

# CULTURA DE LOS CUIDADOS

## REVISTA DE ENFERMERIA Y HUMANIDADES

1<sup>er</sup>. Semestre 2004 • Año VIII - N.º 15

### EDITORIAL

- *Cambio, poder y conocimiento, los aliños de la enfermería en la posmodernidad*

### FENOMENOLOGÍA

- *Calidad Humana*
- *Amiga enemiga mía*

### HISTORIA

- *Evolución de los cuidados enfermeros. Análisis iconográfico desde la perspectiva de Virginia Henderson*

### ANTROPOLOGÍA

- *El cuerpo como práctica artística y primer instrumento de los cuidados*
- *La imagen de la Enfermería española en cuidados críticos vista por pacientes centroeuropeos*
- *Investigación Etnorrativa del Prototipo Enfermero en la Reescritura de Cuentos Tradicionales (Caperucita Roja)*

### TEORÍA Y MÉTODO

- *Una introducción a la naturaleza del Cuidado*
- *Seminario investigativo: Experiencia desde la Perspectiva de Enfermería*
- *Análisis de la identidad profesional a través de la competencia educadora de la Enfermería*

### MISCELÁNEA

- *Biblioteca comentada*
- *Programa de Doctorado*



CONSEJO DE  
ENFERMERÍA  
DE LA COMUNIDAD  
VALENCIANA

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



ASOCIACIÓN NACIONAL DE  
HISTORIA Y ANTROPOLOGÍA  
DE LOS CUIDADOS

## SUMARIO

**DIRECCIÓN**  
José Síles González

**SUBDIRECCIÓN**  
Luis Cibanal Juan

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

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

**COMITÉ ASESOR INTERNACIONAL**  
Carmen de la Cuesta Benjumea  
Marilyn Douglas (EE.UU.)  
Ximena Isla Lund (Chile)  
Carmen Luz Muñoz Mendoza (Chile)  
Cecilia Rohrbach (Suiza)  
Raquel Spector (EE.UU.)  
M<sup>a</sup> Teresa Torres (Ecuador)  
Rick Zoucha (EE.UU.)  
Asesor Enfermería Militar: Capitan J. Fco. Montes Jiménez

**CONSEJO DE REDACCIÓN**  
**SECRETARÍA**  
Elena Ferrer Hernández *ferrer\_ele@gva.es*  
**REDACTOR ELECTRÓNICO**  
Pablo Martínez Cánovas  
Miguel Castell Molina  
Isabel Casabona Martínez  
Juan Mario Domínguez Santamaría  
Belén Estebán Fernández  
Pilar Fernández Sánchez  
Eva M<sup>a</sup> Gabaldón Bravo  
Roberto Galao Malo  
Yolanda Gallardo Frías  
Pedro Hernández Vidal  
Manuel Lillo Crespo  
David Molero Tolino  
Asunción Ors Montenegro  
Rosa Pérez-Cañaveras  
M<sup>a</sup> Mercedes Rizo Baeza  
Carmen Solano Ruiz  
Flores Vizcaya Moreno  
M<sup>a</sup> Teresa Ruiz Royo  
José Ramón Martínez Riera

**RELACIONES INTERNACIONALES**  
Maribel Sanz Quintero  
M<sup>a</sup> José Muñoz Reig  
Adrián S. Morse

*Cultura de los Cuidados. Revista socio-fundadora del Consejo de Editores de Revistas de Enfermería Iberoamericanas.*

**SUSCRIPCIONES:** Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)  
C/. Xàvia, 4 - 3<sup>a</sup> Pta. 10 - 46010 Valencia  
Tarifas 2 números (1 año)  
España y Portugal: 12,02 euros  
Alumnos Enfermería: 7,21 euros  
Extranjero: 18,03 euros  
Revista «on line»: <http://enfe.ua.es>  
ISSN:1138-1728-Dep.Legal: A-1309-1997  
Título clave: Cultura de los Cuidados  
Título abreviado: Cul.Cuid.  
Edita: Consejo de Enfermería Comunidad Valenciana (CECOVA)  
Imprime: Gráficas Estilo, S.C. Alicante  
*LA DIRECCIÓN DE LA REVISTA NO SE HACE RESPONSABLE DE LOS CONTENIDOS DE LOS ARTÍCULOS*

**NORMAS DE PUBLICACIÓN** ..... 4

### EDITORIAL

**Cambio, poder y conocimiento, los aliños de la enfermería en la posmodernidad** ..... 5  
AMEZCUA MARTÍNEZ, MANUEL

### FENOMENOLOGÍA

**Calidad Humana** ..... 9  
FORTES ZABALA, MARÍA ROSA

**Amiga enemiga mía** ..... 12  
SANTOS GARCÍA, FRANCISCO JAVIER

### HISTORIA

**Evolución de los cuidados enfermeros. Análisis iconográfico desde la perspectiva de Virginia Henderson** ..... 17  
NUÑEZ DEL CASTILLO, MERCEDES; SILES GONZÁLEZ, JOSÉ

### ANTROPOLOGÍA

**El cuerpo como práctica artística y primer instrumento de los cuidados** ..... 26  
GARCÍA HERNÁNDEZ, ALFONSO MIGUEL

**La imagen de la Enfermería española en cuidados críticos vista por pacientes centroeuropeos** ..... 32  
LILLO CRESPO, MANUEL; CASABONA MARTÍNEZ, ISABEL; GALAO MALO, ROBERTO; MORA ANTÓN, M<sup>a</sup> DOLORES

**Investigación Etnorrativa del Prototipo Enfermero en la Reescritura de Cuentos Tradicionales (Caperucita Roja)** ..... 37  
SALAS IGLESIAS, PEDRO MANUEL

### TEORIA Y METODO

**Una introducción a la naturaleza del Cuidado** ..... 43  
SALAS IGLESIAS, MANUEL JESÚS

**Seminario investigativo: Experiencia desde la Perspectiva de Enfermería** ..... 49  
DAZA CABALLERO, ROSITA

**Análisis de la identidad profesional a través de la competencia educadora de la Enfermería** ..... 55  
CHOCARRO GONZÁLEZ, LOURDES; GUERRERO BONMATTY, RAFAEL; VENTURINI MEDINA, CARMEN; SALVADORES FUENTES, PALOMA

### MISCELANEA

**Biblioteca comentada** ..... 63  
**Programa de Doctorado** ..... 64

## 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:

1.- Editorial.

2.- 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).

3.- Historia: destinada a la publicación de originales y/o revisiones de historia de enfermería.

4.- Antropología: sección reservada para la inclusión de originales y/o revisiones de trabajos antropológicos en materia de cuidados enfermeros.

5.- 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.

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

7.- Cartas al Director.

### PRESENTACIÓN DE LOS TRABAJOS

Para adaptarnos a las normas internacionales se ha seguido el sistema de citas adoptado por revistas internacionales de enfermería tales como: *Journal of Advanced Nursing*, *Journal of Clinical nursing*, *International Journal of Nursing studies*.

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 mecanografiados 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).

- Estructura del manuscrito: En la primera página figurará el título del artículo seguido del nombre de los autores, su categoría profesional y la dirección del primer autor; en la segunda página, un resumen del trabajo no superior a 200 palabras, con 3 ó 4 palabras clave; las siguientes páginas incluirán el contenido del artículo, con una extensión no superior a los diez folios; la última página estará dedicada a la bibliografía.

- Las ilustraciones, gráficas y fotografías se enviarán aparte indicando su número de orden y título a pie de página o en su reverso en el caso de las fotografías. Las gráficas serán en blanco y negro.

- Dirección donde deben remitirse los manuscritos:

Asociación de Historia y Antropología de los cuidados enfermeros. Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante Apartado 99/ E-03080.

# EDITORIAL

## **CAMBIO, PODER Y CONOCIMIENTO, LOS ALIÑOS DE LA ENFERMERÍA EN LA POSMODERNIDAD *CHANGE, EMPOWERMENT AND KNOWLEDGE, SEASONINGS FOR POSTMODERN NURSING***

**Manuel Amezcua Martínez**

Jefe de B. de Docencia e Investigación, Hospital Universitario San Cecilio, Granada  
Presidente de la Fundación Index

**A** menudo se insiste en que la formación de los profesionales debe ser la principal estrategia para articular el cambio de la enfermería, y debe ser cierto, aunque tenemos serias dificultades para definir a qué cambio nos estamos refiriendo y en qué ámbitos situamos la formación. En una sociedad compleja como la nuestra, enfermería hay muchas (me refiero a posibilidades de entender la práctica profesional de las enfermeras) y estamos demasiado acostumbrados a comprobar cómo se esgrime el discurso del cambio para desacreditar de una manera casi obsesiva a los profesionales.

Hace poco escuchaba al sociólogo Juan Irigoyen afirmar que la obsesión por el cambio que caracteriza a las organizaciones sanitarias obliga a “desaprender” a los profesionales, generando una sensación de inseguridad y desatención que no hace más que aumentar la distancia entre las expectativas de unos y de otros. Con sus lamentables consecuencias para la ciudadanía, que por otra parte vive ajena al debate, ya que ni unos ni otros le reconocen la capacidad de pensar el sistema de salud en términos políticos.

Lo que está claro es que las instituciones sanitarias ya no son lo que eran. En la nueva dialéctica del cambio (sólo en la dialéctica) se ha desterrado casi por completo el concepto de administración (propio de las organizaciones inmovilistas tradicionales) y se habla más de gestión en su sentido empresarial, aunque por ahora se expresa más como deseo que como realidad. La cuestión es que

no basta con que las instituciones funcionen, también hay que hacerlas viables, y por tanto se impone un desempeño basado en los principios de la eficiencia. Es aquí donde surge una serie interminable de interrogantes que aluden a la posición de la enfermería en el nuevo orden organizacional. Podríamos empezar por éste, ¿son costo efectivas las enfermeras?, posiblemente sí, pero nos falta conocimiento para defender esta respuesta con rotundidad. Y el problema es que la respuesta tienen que aportarla las propias enfermeras, ya que las organizaciones, desde el modo de pensamiento único que les caracteriza, prefieren utilizar la duda para defender un desempeño de mínimos orientado exclusivamente al sostenimiento del modelo médico dominante.

Lejos ya de las tesis reformadoras de Alma-Ata (Salud para todos, ¿se acuerdan?), las organizaciones sanitarias del nuevo milenio se caracterizan, entre otras cosas, por la despolitización de la salud-enfermedad. De esta manera el problema de salud se despoja de sus dimensiones sociales y culturales (illness, sickness), aislando el componente biomédico (disease) para centrarse en él, con lo que se logra dotarle de una visión individual y privada. La gestión por procesos, que activa el itinerario asistencial en torno al diagnóstico médico, es un claro ejemplo del modelo emergente en las organizaciones. Incluso cuando las variables sociales pesan de manera determinante sobre el problema de salud (enfermedades infecciosas, salud mental, drogodependencias, vejez, etc) se crean estructuras colate-

rales que no hacen más que situar los sectores atípicos de la población asistible en una posición liminal del sistema de salud. Es el caso de los llamados hospitales socio-sanitarios, que se están estableciendo en algunas comunidades autónomas a partir de unidades tradicionalmente periféricas.

Pero otra característica de este modo diferente de pensar las organizaciones es la elaboración de un discurso dual ciertamente contradictorio que tiene como objeto aliviar desde un plano teórico algunas de las contradicciones del modelo tecnocrático. De esta forma se reinventa la posición del ciudadano ante el sistema de salud, proponiendo etiquetas como “El ciudadano es el centro del sistema” o “El ciudadano es el eje del sistema”. En realidad se trata de una forma refinada de nuevo despotismo (todo para el ciudadano, pero sin el ciudadano) que oculta una de las verdaderas lacras del sistema de salud, como es su escaso nivel de democratización. Si observamos el diseño de los llamados “hospitales de última generación”, comprobaremos que una de sus constantes es la prescripción de lo cotidiano, de lo básico, que se manifiesta en un control robotizado del medio ambiente (aire, luminosidad), de la ocupación del espacio (creciente tendencia al aislamiento), de los procedimientos médico-asistenciales, cada vez más dependientes de la tecnología. Vamos a encontrar muy pocas pistas que nos hagan pensar que ese establecimiento altamente tecnificado vaya a continuar siendo lo que en realidad es: una comunidad (espacio de convivencia continuada de las personas) dentro de otra comunidad mayor que es la ciudad. En un regreso conceptual al pasado de los internados, el hospital posmoderno se va pareciendo cada vez más a las instituciones totales de Goffman, sólo que revestidas de un ambiente futurista tan impresionante como inalcanzable para el ciudadano.

Entre tanto ¿qué posición adoptan o deben adoptar las enfermeras ante la dualidad del discurso de las organizaciones? “¿Cómo podemos evitar fallecer?”, me preguntaba con patetismo una joven residente de Salud Mental en un reciente evento de su especialidad. “Participando” (tomando parte) le respondí casi instintivamente. Las enfermeras tendremos que asumir tarde o temprano los principios éticos que sostienen nuestra profesión, y algunos de ellos insisten en la necesidad de “tomar partido”

por quienes ocupan la posición más vulnerable en el sistema de salud, que no son precisamente los médicos o los gestores. Además hay que desarrollar la habilidad de aprovecharse de las contradicciones del nuevo orden institucional. Pues si el ciudadano es el centro del sistema, habrá que gestionar sus legítimas demandas, aspiraciones y expectativas. Y aquí surge una nueva pregunta ¿qué esperan los ciudadanos de las enfermeras?. Posiblemente que le aclaremos qué pueden esperar de nosotros.

Salgámonos por un momento de nuestra realidad más cercana. Algo se mueve en el mundo global de la enfermería. Estamos empezando a conocer modos de pensar la enfermería universalmente válidos (modelos avanzados de práctica enfermera), estamos conociendo lenguajes estandarizados que pretenden garantizar el conocimiento compartido, estamos constatando que la adherencia a las nuevas tecnologías produce una mayor circulación del conocimiento, estamos comprobando que la utilización del conocimiento en la práctica (movimiento de la evidencia científica) fomenta el pensamiento crítico. Y esto nos lleva a otra pregunta: ¿a qué esperan las enfermeras clínicas para moverse también? Posiblemente, a que alguien las mueva, pero ¿podría hoy el viejo reglamento de la enfermería conventual aportar soluciones ante los dilemas ético-asistenciales de nuestro tiempo? Algunos síntomas estamos experimentando que nos hacen pensar en una activación del compromiso profesional y disciplinar entre las enfermeras, en su mayor parte vienen de la mano de las sociedades científicas, que en el caso español experimentaron una creciente aceptación a partir de la democratización del país y de la inclusión de la enfermería en la universidad.

Algunas sociedades han surgido en torno a proyectos muy concretos de fomento del conocimiento, como es el caso de la Asociación de Historia y Cultura de los Cuidados, con sede en la Universidad de Alicante. Por su parte la Fundación Index se configura como la única entidad enfermera española dedicada a la gestión del conocimiento, con la producción de bases de datos bibliográficas (entorno CUIDEN) y grupos de investigación muy consolidados que lideran movimientos como la Enfermería Basada en la Evidencia o la incorpo-

ración de metodologías cualitativas a la investigación en cuidados, entre otros. Estas iniciativas no son casuales, sino causales, no en balde la Fundación Index y el Departamento de Enfermería de la Universidad de Alicante desarrollan desde hace tiempo una productiva relación que en este año se materializa en la convocatoria del primer Programa de Doctorado de Enfermería con una orientación hacia la Cultura de los Cuidados, con el que pretende generar conocimiento en torno a dimensiones de la salud de alto impacto social, pero de escasa atención por el sistema de salud.

Cambio, poder y conocimiento son conceptos que cabalgan juntos. Quien posee un conocimiento considerado cierto por las instituciones, está en una posición privilegiada para introducir cambios en la organización e influir en la toma de decisiones. Dicho de otra manera, puede más quien más conoce. Pensemos un momento en qué poseen los grupos de poder que les hace ser fuertes: un mayor y mejor acceso a la información, una distribución más generalizada del conocimiento entre sus miembros, un control de los flujos y de las redes de comunicación que afectan a la organización en su conjunto. Es precisamente el monopolio de estos elementos el marcador identitario del poder institucional. Nueva pregunta ¿cómo afecta a las enfermeras la distribución del poder? Aquí hemos de reconocer que tenemos serios problemas. Las enfermeras tienen una escasa influencia en la toma de decisiones. No se trata de algo nuevo, sea por la herencia de un pasado demasiado reciente marcado por las adherencias a otras disciplinas, sea como consecuencia de una formación que no ha primado precisamente la adquisición de competencias en la gestión, lo cierto es que un padecimiento muy particular de las enfermeras es la anorexia de poder, o lo que es lo mismo la adicción a la dependencia, lo que provoca respuestas tan contradictorias como la de reafirmar en otros la toma de decisiones propias, pasando así a considerarlas como impropias de la enfermería. Mucho tiene que ver con esta posición de absentismo de los escenarios de toma de decisiones la inhabituación de consumo de conocimiento, que perpetúa posiciones de inseguridad que inhabilitan para el ejercicio del poder. La consecuencia de todo ello es clara: la invisibilidad de las enfermeras en la organización.

Pues volvamos al principio, si la formación ha de ser el motor del cambio, ¿qué características debiera tener para que resulte efectiva? Propongamos algunas ideas.

(a) Que incremente la competencia profesional. Casi todas las propuestas que se realizan en estos años previos a la adopción de un modelo europeo de formación superior ponen énfasis en que la formación tiene que estar orientada a la adquisición de competencias por parte de los alumnos. Esto significa que la formación da un giro importante, en tanto centra su interés en formar personas preparadas para un ejercicio profesional eficaz, de calidad y eficiente en una sociedad compleja y diversa como la que nos ha tocado vivir. Las organizaciones no son ajenas a esta nueva orientación e introducen la gestión de competencias como uno de los estandartes de un proceso de modernización de las instituciones. Felizmente estamos viendo cómo algunos planes de formación de enfermeras promueven la adopción de modelos de práctica profesional avanzada, que incorporan taxonomías y lenguajes estandarizados en diagnósticos, resultados e intervenciones, igualmente fomentan la adopción de planes de cuidados aplicados a necesidades individuales de los pacientes y fomentan el manejo de los principales problemas de salud. Dentro de la metodología enfermera, se incorporan herramientas como la entrevista, la observación clínica, el diagnóstico diferencial, la preparación de sesiones clínicas, o las habilidades de comunicación, que claramente orientan hacia una enfermería competente en la toma de decisiones clínicas.

(b) Que tenga capacidad transformadora. Los defensores del movimiento de la enfermería basada en la evidencia suelen decir que si las enfermeras incorporasen a la práctica los hallazgos que al día de hoy nos proporciona la investigación, el ejercicio de la enfermería no se parecería en casi nada al que ahora desempeñamos. La aplicación en la práctica los resultados de la investigación nos lleva necesariamente a modelos de gestión de cuidados que incorporan como eje la toma de decisiones, en un contexto de administración de recursos desde unas coordenadas éticas y profesionales.

(c) Que genere conocimiento. En los procesos de cambio, la innovación se convierte en una constante y de ésta se desprende conocimiento que bien gestionado se convierte en una poderosa herramienta para orientar la toma de decisiones. Las enfermeras que se inscriban en modelos avanzados de enfermería han de tener una sólida formación en metodología de investigación aplicada a los cuidados. La clinimetría se presume como la principal orientación para la investigación sobre resultados enfermeros, que a su vez van a proporcionar evidencias sobre la efectividad de los cuidados. Pero no hay que olvidar que los cuidados de enfermería constituyen un constructo complejo al que hay que acercarse necesariamente desde perspectivas fenomenológicas, y en este sentido la enseñanza de metodologías cualitativas son esenciales para conocer la experiencia del padecimiento y otras respuestas sociales y culturales en el proceso salud-enfermedad.

(c) De naturaleza emancipatoria. La formación de las enfermeras tendría que servir para redimir las de los excesos de un sistema altamente medicalizado que no parece estar dispuesto a ceder en un ápice las cotas de poder que acumula. El que las organizaciones sean permeables al pensamiento enfermero constituye al día de hoy la única oportunidad de democratizar el sistema de salud, en el sentido de orientarlo mínimamente hacia las necesidades y expectativas de los ciudadanos. Las organizaciones sanitarias no debieran ser portadoras de una forma de pensamiento único, ya lo hemos dicho, y sólo si las enfermeras se dignan a participar activamente (y las dejan) en las políticas de salud, si son capaces de generar también cultura organizacional desde su modo de hacer y de pensar la salud, si conocen y participan en el diseño y desarrollo de los instrumentos de gestión, si participan activamente en los órganos de toma de decisiones, si cuentan con la autonomía necesaria para realizar su trabajo, sólo entonces podremos asistir a un sistema de salud donde las relaciones profesionales-ciudadanos sean más igualitarias, donde un nuevo conocimiento compartido pueda fluir en beneficio de los intereses comunes.

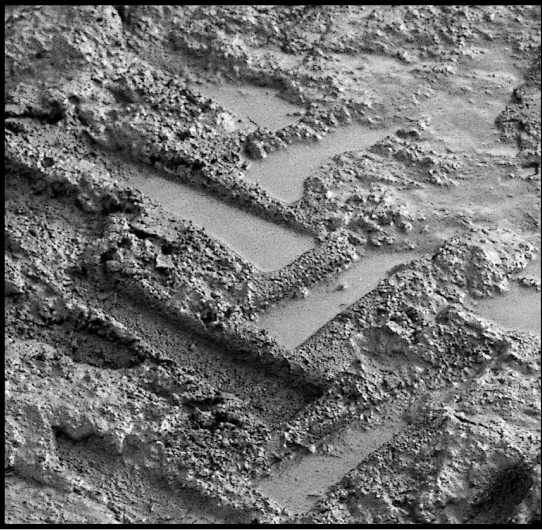
Concluyendo, cambio, poder y conocimiento constituyen los aliños que no deberían faltar en los

planes de formación de las enfermeras si queremos estar preparados para los retos de la posmodernidad. Como diría José M. Morales se trata de pasar de una Enfermería Basada en la Obediencia a una Enfermería Basada en la Evidencia, o en la Ciencia, en la Conciencia, en la Presencia, en la Vivencia, en la Existencia... Se articulan cuatro etapas secuenciales que se relacionan entre sí con un sentido cíclico: si las enfermeras participan más activamente en el sistema de salud, liberarán las estrecheces que ponen límites a su desarrollo profesional, con lo cual aumentarán considerablemente sus competencias tanto en la clínica como en la gestión y en la docencia, que les proporcionarán una visión crítica de la organización que bien administrada producirá un conocimiento válido para la toma de decisiones basada en la eficiencia, con lo cual aumentarán su peso y participación constructiva en el sistema de salud, y así sucesivamente. En realidad acabamos de diseñar lo que podríamos denominar el ciclo del empoderamiento de la enfermería, que tiene como objeto construir una enfermería altamente profesionalizada tan útil para sí misma como para la sociedad.

# FENOMENOLOGÍA

## CALIDAD HUMANA / *HUMAN QUALITY*

María Rosa Fortes Zabala



**E**l día que obtuve mi título de “Auxiliar de Enfermería” no imaginaba los momentos por los que tendría que pasar los tres meses siguientes.

Quizá por mi edad, inexperiencia y ganas de comerme el mundo, me fui directa a una residencia de ancianos. Allí pedí hablar con la directora y geriatra del centro. Cuando estuve ante ella, le mostré mi diploma y le pregunté si cabía la posibilidad de que hubiera algún puesto de trabajo libre, pues en verano (por la época de vacaciones) se masifican estos centros, y la mano de obra es imprescindible. Mientras yo hablaba, noté que la directora no levantaba la cabeza del papel que tenía delante. Llegué a dudar que estuviera escuchando mis palabras. Al verla tan absorta, di marcha atrás, tomando con mi mano la manivela de la puerta para irme. Mas sus palabras me detuvieron.

- “Siéntate”- dijo. - “Es cierto que necesitamos personas jóvenes y dispuestas a trabajar en estos centros, pero hay una cualidad que exijo en este centro que regento y a la que otorgo más importancia incluso que al certificado que acabas de poner sobre mi mesa. Se trata de la “calidad humana” de la persona que esté atendiendo a los residentes”.

No entendí del todo sus palabras. Sabía a la perfección tomar las constantes vitales y pasarlas a gráfica, preparar a un enfermo para cualquier prueba o para quirófano, suministrarle medicamentos (éstos nunca por vía parenteral) y un largo etcétera. Sin embargo, no recordaba ninguna asignatura de “Calidad Humana”.

Debió notar mi desconcierto y, sonriendo, me citó para empezar al día siguiente:

- “Te haré un contrato de tres meses. Harás prácticas y empezarás a manejar esa asignatura pendiente que sólo se adquiere con el trato y el tiempo que pasas junto a los residentes de estos centros. Tu turno comienza a las siete de la mañana, e irás rotando cada mes, o sea que cada treinta días cambiarás de turno.”

Dándole las gracias, salí del lugar con una inmensa alegría en mi interior, bendiciendo al destino por lo que acababa de conseguir: ¡Nada menos que mi primer empleo!

Los tres meses siguientes serían para mí muy ricos en experiencias, me darían madurez y algo importante que me tenía intrigada: empezaría a medir mi “calidad humana”.

Después de varios años en esta profesión sé que aquel lugar no era ni mejor ni peor que otros, pero, quizá por ser el primero en el que trabajaba, la novedad me hacía verlo de forma diferente.



Tenía una enorme estancia rodeada de grandes arcos cerrados al exterior por inmensas cristalerías, tan transparentes y nítidas que se dirían inexistentes. Las macetas abundaban y proporcionaban al entorno un colorido rico en matices y al ambiente un aroma suavemente penetrante. Predominaba el sencillo geranio, que en todos sus colores estratégicamente armonizados hermozeaba la estancia. Las plantas se encontraban enmarcadas en macetones de barro cocido de formas clásicas y muy rústicas, lo que daba al recinto la apariencia de claustro antiguo. En el centro de la estancia sobresalía una pequeña fuente no muy bulliciosa, pero que disponía del caudal de agua suficiente como para que su rumor susurrara lentamente el frescor que pretendía crear con sus caídas. A sus pies, media docena de aspidistras la rodeaban con sus grandes hojas frondosas y anchas de un verde profundo y limpio. La solería formaba arabescos en fuertes tonos de color y las paredes estaban encaladas en un blanco immaculado. Toda la sala se encontraba rodeada de sillones de mimbre, todos vestidos con cretonas del mismo tono. En un ángulo había un televisor grande y mudo, pero siempre conectado. Cerca de la puerta, pegadas a la pared, agrupadas en parejas y plegadas, se encontraban las sillas de ruedas. Casi todos los residentes las necesitaban en algún momento y había que tenerlas a mano.

Los domingos y festivos todo el gran salón se llenaba de familiares que visitaban a los ancianos. Las caras de éstos reflejaban ilusión y alegría. Mas, de esta suerte no disfrutaban todos. Había quien no tenía familia y otros que, a pesar de tenerla, no recibían visitas. Uno de ellos era D. José M<sup>a</sup>, un veterano residente. Con buen porte, a pesar de su edad (rondaba los setenta) y su inseparable silla de ruedas, era “todo un caballero”, como le escuché decir en una ocasión a Doña Soledad, la directora.

Uno de estos días de visita, le vi tan solo que me senté a su lado.

- “¿Qué tal, Don José, aún no ha llegado su familia?”

- “No, jovencita”- Dijo clavando en mí su mirada- “Aún no ha llegado, pero no pierdo la esperanza de volver a verlos.”

Su respuesta me dejó un tanto sorprendida. Él lo captó y empezó a relatar anécdotas, vivencias, experiencias, gracias y desgracias que le habían

ocurrido a lo largo de su vida. Ese día me convertí en un miembro de su ya desaparecida familia. Con su charla y el paso del tiempo se fue apagando el murmullo que había a nuestras espaldas. Poco a poco, la gran sala se quedó vacía de visitas. Se acercaba la hora de servir la cena a los residentes, que ese día se encontraban más cansados que de costumbre, pero satisfechos.

Pasé varias tardes de visita escuchando las historias que me relataba, deleitándome al oírlas, sin interrumpirle. Yo pensaba que “un buen amigo es aquel cuyo silencio no nos estorba”. Me hablaba de la Guerra Civil, en la que había participado siendo un chaval de tan sólo veinte años y donde le hirieron en la cabeza; y de cómo la enfermera que le cuidaba (una voluntaria) sería más tarde la mujer de su vida, ya que contrajeron matrimonio. Pero ella murió joven y, al enviudar, no quiso volver a casarse porque no llegó a querer a ninguna otra mujer con la misma intensidad, y concluyó diciendo que el tiempo es la cruel pizarra en la que todo se borra. Esas tardes en las que yo escuchaba, sentía a mis espaldas el paso quedo de Doña Soledad, la directora del centro, que al igual que observaba a los demás internos y familiares nos observaba a nosotros con un íntimo gesto de agrado.

Más tarde, llegué a comprender que la causa por la que D. José M<sup>a</sup> no estaba solo el día de visita era para que yo fuera practicando no sólo en mis conocimientos de auxiliar, sino en mi “calidad humana”, cualidad que, como ya me advirtió el primer día, exigía a toda persona que trabajaba en el centro.

Una de las tardes de visita no tuve tiempo de pasar por el salón. Algunos internos necesitaron la atención del personal con más asiduidad de lo habitual. Cuando me pasé a recoger a Don José M<sup>a</sup> para llevarle al comedor, le encontré con mal semblante, los ojos entornados, amodorrado y con una tiritona fuera de lo normal. Al tocarle las manos, noté su temperatura alta. Le cogí la muñeca y le tomé el pulso, confrontando mi segundero. Efectivamente, tenía hipertermia. Le subí a su habitación, acomodándole en la cama. Anoté en una gráfica su pulso, respiración y presión arterial, y bajé al despacho de Doña Soledad a explicarle todo. Mi salida se retrasó en dos horas por este motivo. Al terminar la jornada, agradecía el descanso, ya que el trabajo había sido agotador.

La neumonía que padecía D. José M<sup>a</sup> se agravaba por días. A pesar de todo, él no perdía su compostura y sus amables palabras hacia las personas que le atendíamos. Una noche que entré para ver cómo seguía, pues ya terminaba mi jornada laboral, me dijo con una voz apagada que nada se correspondía con la de siete días antes:

- “Jovencita, creo que se está acercando la hora de que yo también reciba mis visitas”.

- “¿Cuándo será eso?” - Pregunté entre asombrada y escéptica.

- “Pronto, pronto”.

El día siguiente era el último en que yo tenía turno de tarde. Se despedía el mes de agosto y sólo me quedaba un mes de trabajo en el centro. Cada día me encontraba más segura al realizarlo. Sumida en estos pensamientos volvía de dar la cena a varios residentes que por distintas circunstancias no podían moverse de sus camas, cuando, al pasar por la habitación de D. José M<sup>a</sup>, me llamó la atención verla abierta. Doña Soledad se encontraba dentro. Dejé bien aparcado en el corredor el carro con los restos de alimentos y entré. El enfermo había empeorado notablemente. Estupor y respiración estertorosa eran dos signos inequívocos. La directora no me dijo nada. Nada se podía hacer. Sólo esperar. Nos encontrábamos una frente a la otra. Sólo nos separaba la cama. Mi vista se posó en la gráfica que se encontraba a la cabecera. Entonces comprendí que aquello era ya inminente: bradicardia, hipotensión. Las líneas habían descendido demasiado en tan sólo veinticuatro horas.

Las dos mujeres continuamos en la misma posición bastante tiempo. Hubo una respiración más honda que las demás. Después sus pulmones se vaciaron con un leve ronquido intermitente y enseguida la absoluta y total quietud. Sus ojos se quedaron abiertos. Mi mano, un tanto temblorosa, los cerró.

A lo largo de mis años de profesión pasaría por este trance tantas veces que llegaría a hacerse cotidiano. Ahora para mí el misterio de la vida es más profundo que el misterio de la muerte, pero aquella fue la primera vez que la vi de cerca, y me encontraba sumamente impresionada.

Me disponía a desenchufar el suero y demás tubos, pero Doña Soledad me indicó con un gesto que saliera de la habitación. Me siguió y, fuera de

ésta, me pidió que marchara a descansar. Acto seguido pulsó el timbre.

Cuando yo bajaba, subía personal ya curtido en estos menesteres. Al salir a la calle, de vuelta para mi casa, mi cuerpo agradeció el aire del primer día de septiembre.

El último mes concluyó con más trabajo, pues ingresaron nuevos ancianos que, por varias razones, se hacían notar más que los demás. Para la mayoría de residentes, las primeras semanas eran las más duras. Fuera de sus costumbres, entorno, alimentos y horarios, les costaba asimilarlo y sufrían crisis, depresiones, ansiedad, inapetencia e incluso se negaban a hablar, manteniendo los ojos constantemente cerrados.

Y en este ambiente de trabajo llegó el último día de septiembre y, con gran pesar, me despedía de mis compañeros de trabajo y de los residentes que más había tratado. Al cruzar el corredor, pasé por la habitación que había sido de D. José M<sup>a</sup>, más deprisa de lo normal. Aún me dolía pensar en él, y fui directamente al despacho de Doña Soledad.

Ésta me esperaba con una abierta sonrisa. Me dijo que estaba muy satisfecha de cómo había desarrollado mi trabajo durante los tres meses de contrato. Me dio un sobre que contenía una carta con buenas referencias y el finiquito.

- “Por mi parte, estás aprobada en tu “Calidad Humana”. “Procura no deteriorar este aprobado a lo largo de tu carrera profesional.” - dijo.

Esto me llenó de orgullo. Nos despedimos.

De nuevo en la calle, comencé a andar hacia mi casa. Iba absorta en mis pensamientos. Había decidido seguir avanzando en mis estudios y ampliar mis conocimientos en el campo de la medicina. No me resultaría difícil. Me había dado cuenta de que tenía verdadera vocación... y había aprobado la principal asignatura. Con este material no podía fracasar.

## AMIGA ENEMIGA MÍA ENEMY FRIEND OF MINE

Francisco Javier Santos García

*“Amigos verdaderos son los que vienen a compartir nuestra felicidad cuando se les ruega y nuestra desgracia sin ser llamados.”*

Demetrio de Falera

Carmen estaba en la muy cuidada, terraza de su piso, sentada en la que definitivamente sería su inseparable amiga-enemiga con ruedas. Miraba hacia la amplia avenida que se abría bajo sus pies. Ésta es la arteria principal del pueblo donde Carmen tendría que luchar diariamente para desenvolverse, en ella el tráfago de personas y vehículos era incesante durante todo el día; empresarios dirigiéndose hacia los bancos para realizar sus gestiones; amas de casa entrando en las mismas entidades para sacar o meter algún dinero; los distintos repartidores dejando sus furgonetas en doble fila, contribuyendo muy directamente a aumentar el caos circulatorio conforme pasan las horas; los jubilados ociosos dando sus lentos paseos o simplemente sentados en algún banco viendo pasar la gente y charlando, a veces discutiendo, de cosas sin importancia; los empleados municipales barriendo entre los estrechos espacios que dejan los coches, haciendo verdaderas piruetas para recoger toda la basura, cosa a todas luces imposible; las señoras bien arregladas, pero de manera informal, con sus carritos o bolsas para hacer la compra diaria, puesto que la semanal desde hace tiempo se deja para ir el sábado con la familia al “hiper” que montaron a las afueras del pueblo; y como no, algunos chavales que ese día decidieron darse unas vacaciones del instituto y que merodeaban de tienda en tienda sin rumbo fijo dejando pasar el tiempo.

Las lágrimas no cesaban de caer por sus mejillas, aunque hacia todos los esfuerzos posibles para detener este llanto, no lo conseguía, sería casi con toda seguridad porque desde el día del trágico accidente hasta ahora no había derramado una sola. Sentía que su vida se estaba volviendo triste, sin sentido y sin esperanzas.

Fue en un día con un sol espléndido cuando a Carmen se le ocurrió, maldita la hora, visitar a su amiga María. Cogió la moto de su hermano y como era normal dejó el casco en casa. Ocurrió en un instante, un cruce sin peligro aparente, una distracción y la mala suerte de golpearse la cabeza con el parabrisas del coche con el que chocó, después vino el hospital.

En un principio los médicos no confiaban en que Carmen saliese de esta situación, pero la juventud, la fuerza y las ganas de vivir hicieron que la evolución fuese favorable; poco a poco fue recuperando el sentido, fue recordando su vida y con el paso de los días se perdió el temor a la muerte. Pero las secuelas se hicieron inevitables. Carmen quedó paralizada de cintura hacia abajo, y con ello comenzaron los viajes de hospital en hospital, de ciudad en ciudad, buscando un remedio clínico o, a veces, un milagro. Este interminable recorrido terminó cuando su familia se hizo a la idea de que este esfuerzo no tenía ningún sentido, que las energías había que encauzarlas hacia la recuperación psíquica de Carmen, había que ayudarla a adaptarse a su nueva situación, había que enseñarla a desarrollar su vida normalmente, acoplándola a este nuevo momento.

Todo esto ocurrió en tan solo nueve meses: el accidente, los días en la UCI, la incertidumbre de las secuelas, la esperanza de una recuperación completa, el apoyo de los verdaderos amigos y amigas, y lo más duro, cómo asumir al gran cambio que sufrió la vida de la joven y su familia. Ahora tenían que dar un giro a sus planteamientos.

Todos los días Carmen se desplazaba a la capital, unas veces la llevaba su padre, otras su hermano e incluso alguna que otra vez su “amigo” Daniel, allí recibía un tratamiento integral, en el centro de recuperación que tenía la asociación de ayuda al discapacitado en la cual Carmen se había inscrito. Esta asistencia era completísima: tenía un gimnasio donde durante una hora realizaba agota-

dores ejercicios ayudada por magníficos monitores muy concienciados con su trabajo, talleres de terapia ocupacional donde le impartían clases acomodadas a su nueva situación: cómo desenvolverse con su, desde ahora, amiga-enemiga silla de ruedas, cómo adaptar los útiles diarios de su hogar, cómo utilizar mejor el mobiliario urbano, cómo incorporarse a la vida laboral,... y, sobre todo, tenía a su disposición un equipo de profesionales que le ayudaban psicológicamente a incorporarse nuevamente a la sociedad. Fue en una de estas sesiones, junto a sus familiares, donde Carmen planteó reiniciar su trabajo.

-Papá, he estado hablando mucho del tema con los doctores y todos coincidimos en que debería comenzar a trabajar de nuevo. Ellos me han enseñado a desenvolverme sola y yo me veo con fuerzas para hacerlo –explicó Carmen dirigiéndose a todos-.

-¿No crees que aún es pronto para que salgas sin ayuda a la calle? –afirmó más que preguntó su madre-.

-Aquí en la ciudad, durante las clases, me desenvuelvo perfectamente y los monitores me han dicho que estoy más que preparada –respondía ella a su madre-. Además, la oficina donde trabajo está cerca de casa, no necesitaré usar ningún transporte para llegar a ella.

-Pero en el pueblo es distinto, allí vas a encontrar más obstáculos en la calle, aquello no está preparado para las personas en silla de ruedas. La gente no tiene cuidado al aparcar y taponan los pocos accesos que existen. Las aceras son estrechas y repletas de obstáculos –insistía, esta vez, su padre-.

-Creo que deberían cambiar de postura y apoyar a su hija en esta difícil decisión –precisó el doctor-. Ya hemos visitado, junto a ella, la empresa donde trabajaba y no han puesto ninguna pega a su incorporación, todo lo contrario, están contentísimos, prueba de ello es que se han comprometido a poner una rampa en los escalones de la entrada y a adaptar su lugar de trabajo y los aseos en el plazo de un mes. La sensación que yo me llevé fue magnífica, el grado de compromiso que vi en sus compañeras, compañeros y jefes ya lo quisiera para otros casos –seguía relatando el doctor-.

-Yo, lo tengo muy meditado, voy a incorporarme en cuanto realicen las adaptaciones. He llegado

a un acuerdo con ellos para trabajar cuatro días a la semana, de lunes a jueves, así podré seguir viniendo al centro los viernes. Mamá, papá, tenéis que ser conscientes de que mi vida tiene que rehacerse, que la asistencia que estoy recibiendo cuesta dinero, las ayudas de las administraciones son escasas y llegan muy tarde. Necesito vuestro incondicional apoyo para afrontar todo esto –intentaba convencer Carmen a sus padres-.

-Sabes que el dinero no es problema, no es que nos sobre, pero lo primero es lo primero –intervinía esta vez su hermano José-, pero creo que llevas razón, debes intentar con todas tus fuerzas hacer tu vida lo más normal posible. Yo me comprometo a acompañarte los primeros días, mientras te haces un poco al recorrido.

-Muchas gracias hermano, no esperaba menos de ti.

-Bueno, si lo tienes tan claro, tu sabes que nosotros lo que queremos es lo mejor para ti, así que vamos a poner todo de nuestra parte para que puedas hacer lo que quieres –al fin, entraba en razón su padre-.

-Mamá, no te veo muy convencida.

-Es que las calles del pueblo están tan mal, hay tanto tráfico y la gente no... –insistía su madre cabizbaja-.

-No te preocupes por eso, estando en el hospital me visitó el amigo del hermano que es Concejal de Urbanismo y me prometió que las siguientes obras que se realizasen en el pueblo serían para adaptarlo a la normativa –seguía explicando Carmen-. Ese hombre es muy serio en lo que promete y me dijo que él estaba muy concienciado con el problema, que no me iba a olvidar.

Pasaron un par de meses y las obras de adaptación en su oficina no habían terminado. Primero hubo problemas con el Ayuntamiento para hacer la rampa en la entrada y luego surgieron otros con los aseos. Carmen no quería desesperarse, la verdad es que no faltaban visitas todos los días en su casa, Daniel y María iban a diario junto con otros amigos y amigas, pero ella quería salir no sólo a pasear, no quería dar lastima, quería con toda su alma sentirse independiente, útil, ser una persona más, en silla de ruedas, pero una persona más.

Al fin se produjo ese día tanto tiempo esperado, un año después del fatídico percance, Carmen podía incorporarse nuevamente a su trabajo, podría

reiniciar esa rutina que a ella no le cansó nunca y ahora necesitaba con ansiedad. En su oficina fue acogida de manera entrañable, todas las compañeras y compañeros hacían lo posible para facilitarle el trabajo e informarla de las novedades producidas durante su ausencia, casi todo fue perfecto, excepto ese excesivo paternalismo que Carmen no necesitaba pero al cual tendría que ir acostumbrándose sino quería estar de mal humor con todos. En la oficina sí rodaban las cosas como debían, pero el problema surgía antes y después de la jornada laboral. Este primer día, como prometió, su hermano José la acompañó, ayudándola a subir en el pequeño ascensor de su bloque, en el que lógicamente cuando lo instalaron no contaron con este tipo de contingencias, al igual que la ayudó para bajar los veinte centímetros de bordillo de la acera, la ayudó a sortear los coches mal aparcados que no permitían el acceso a la acera de enfrente, la ayudó a bordear, sin caer fuera, los alcorques de los árboles que en ocasiones ocupaban casi por completo la vía y estaban evidentemente sin cubrir por una rejilla, la ayudó quitando las motos que interrumpían el paso, estacionadas de mal modo sobre el acera, la ayudó nuevamente a bajar y subir otros bordillos de otras calles que tampoco cumplían la mínima normativa y que alguien, en el gobierno municipal, olvida periódicamente de solucionar. Esto causó a Carmen una gran desilusión, aunque estaba mentalmente preparada para afrontar estas situaciones, ella esperaba que la promesa hecha por el Concejal de Urbanismo, amigo de su hermano y muy apreciado en su casa, estuviera ya cumplida y que las barreras que obstaculizan su vida estuvieran ya eliminadas, después de casi un año de haber comprometido su palabra. Ella no contaba con esta incidencia, la cual la obligaba a replantear la situación. Su hermano se comprometía a llevarla por las mañanas, pero cuando terminaba la jornada a las tres de la tarde, José no podría, pues él tenía que estar en su puesto de trabajo, así que por la tarde, y mientras el Ayuntamiento no cumpliera con su obligación, se irían turnando las compañeras y compañeros del trabajo para acompañarla de vuelta a casa.

Otro problema que solucionó con la ayuda inestimable de Laura, una compañera, era el del desayuno, pues los bares de alrededor no tenían un acceso adecuado; así que Laura iba por los cafés y

juntas desayunaban en la propia oficina.

Así transcurrieron cuatro meses. En la oficina se normalizaron las tareas, ella cumplía con su trabajo, básicamente ante el ordenador y los recorridos diarios de ida y vuelta seguían siendo una odisea digna de guión cinematográfico. Carmen sentía que se la estaba privando del bien y del derecho máspreciado, la libertad. La libertad de no tener que depender de la ayuda de los demás. Pero ella no estaba dispuesta a que las cosas siguiesen así. Decidió asistir, por las tardes, a la autoescuela para normalizar su carné de conducir y adaptar su coche, que una vez más tuvo que sufragar ella sin contar con las tan cacareadas ayudas oficiales, además un día armada de valor, descolgó el teléfono y llamó a ese hombre que un día le prometió su ayuda.

-Ayuntamiento, dígame.

-Buenos días, soy Carmen Jiménez, quisiera hablar con el Concejal de Urbanismo, Paco Muñoz.

-Espere un momento –volvió a contestar esa voz que de muy mala gana se oía al otro lado del auricular-.

-Hola Carmen, cómo estás –respondió en un instante el amigo de su hermano-, que quieres.

-Hola Paco, te llamo porque quería saber cómo van las obras de adaptación y eliminación de barreras arquitectónicas en la vía pública que hace ya tiempo me dijiste que ibais a realizar en el pueblo.

-Mira, tenía que haberte llamado ya –contestaba el Concejal con voz nerviosa- para informarte del tema. Tu hermano cada vez que me ve, me lo recuerda y no sabes lo que insiste, pero es que estoy tan liado. Bueno a lo que vamos, estamos a la espera de recibir una subvención de la Junta que no acaba de llegar, pero en cuanto recibamos el dinero te aseguro que nos ponemos manos a la obra.

-Paco, sé que el dinero del Ayuntamiento es poco, pero es que a veces lo invertís en obras que no son urgentes y éstas pienso yo que son de extrema necesidad para que personas como yo, en silla de ruedas, podamos ejercer nuestros derechos –seguía insistiendo Carmen con más énfasis-.

-Ya lo sé Carmen, no te preocupes que estoy al cien por cien contigo y le voy a dar prioridad al tema –concluyó Paco-, adiós, ya te llamare.

-Adiós, Paco.

Continuaba la limitada vida de Carmen, con su rutina que cada vez la cansaba más. Adaptó el coche y aprendió con rapidez a manejarlo, con lo que solucionó, a medias, el problema diario del traslado al trabajo. Pero esto le creó otro nuevo problema, ¿dónde aparcar?. Para ir al Centro de rehabilitación los viernes no tenía dificultad, pues había varias plazas de aparcamiento reservadas para personas con minusvalía. Pero el pueblo era otro cantar, las poquísimas que existían estaban mal señalizadas y siempre ocupadas por alguien sin autorización “que creía que le hacía más falta” o “no había visto la señal”. La sociedad seguía insistentemente poniendo trabas y más trabas a Carmen, pero ella resistía los envites del destino sin derramar una sola lágrima, afrontando los problemas con valor y apoyándose en la gente que verdaderamente la quería, que no sentía lástima, sino que la comprendían y luchaban junto a ella. En esta fuerza moral que exhibía tenía mucho que ver, además de su familia, su “amigo” Daniel. Él era su apoyo, quien no se olvidó de ella, todo lo contrario, quien se volcó con Carmen. Y su amistad se fue convirtiendo con el paso del tiempo en amor. Un amor que la aceptaba tal y como era ella y su realidad.

Salían con la pandilla a la única cafetería del pueblo donde para tomar unas copas y escuchar algo de música no tenía la necesidad de “escalar el Everest”, y también encontraron en la capital un cine accesible al cual iban con cierta frecuencia. Esta comunicación, este compartir emociones y percibir sensaciones relajantes y excitantes, hacía sentir a Carmen que su mente y su corazón estaban vivos.

El tiempo pasaba, Carmen una vez acabada la jornada laboral, llegaba cada día a casa más agotada, dispuesta a practicar el “deporte” de tumbarse en el sofá unas horas para reponer fuerzas y seguir con sus actividades en aquel maravilloso pueblo tan condenadamente lleno de barreras arquitectónicas. Un buen día, harta de promesas realizadas a través del teléfono, decidió pedir permiso en el trabajo para ir a hablar directamente con el Alcalde sobre esas obras que no acababan de realizarse.

Pasar nuevamente por la calle del Ayuntamiento le producía, después de tanto tiempo, una rara sensación. Y mira que había pasado

veces por allí, pero en otros tiempos, cuando todavía podía caminar como la que más. Seguro que algún recuerdo de entonces cruzaría por delante del parabrisas de su coche.

Tuvo suerte y encontró un estacionamiento cerca, además junto a un vado que le permitió acceder a la acera con facilidad, con lo que en un momento se plantó frente a esos dos colosales escalones de mármol blanco, en la entrada del edificio, que le infundían a éste un aire de grandeza, pero que para Carmen representaban la obligación de solicitar nuevamente ayuda si quería traspasarlos. Se armó de valor y así lo hizo. Con la colaboración de un par de jóvenes, que al igual que ella pretendían entrar, sorteó el primer obstáculo y se dirigió al puesto de información, donde encontró una joven muy atenta pero algo despistada.

-Buenos días, quisiera hablar con el Alcalde –solicitó Carmen-.

-Buenos días, eso es en la planta primera –respondió la funcionaria-.

-Gracias, ¿dónde está el ascensor?.

-Aquí no hay ascensor –se apresuró a responder la muchacha advirtiéndole que su primera información no había sido muy acertada-.

-Ya me lo temía –continuaba Carmen, esta vez un poco más irritada-. ¿Podrías llamar a su despacho y explicarle la situación?.

- No faltaba más, espere un momento que enseña realiza la gestión –concluyó la funcionaria, poniéndose manos a la obra-.

Transcurridos unos minutos, bajó la secretaria del Alcalde para atenderla; ésta que la conocía de vista, le explicó que en esos momentos estaba reunido y que tardaría sobre una hora en terminar, a la vez que le preguntaba si ella podía serle de utilidad en algo. En vista de que insistía en verlo a él, la secretaria le ofreció un despacho de la planta baja para que esperase y donde luego le atendería.

En esa hora, que se le hizo interminable, rondó por su cabeza el pensamiento de que era una tontería todo lo que estaba haciendo, que las cosas son como son y no valía la pena forzar las situaciones e incluso pensó en marcharse y abandonar la idea de exigirle a la máxima autoridad de su municipio que cumpliera con su deber de hacer accesible el pueblo para todas las personas independientemente de sus circunstancias personales. Pero no lo

hizo, siguió esperando en aquel pequeño cubículo ocupado por una mesa y dos sillas, de esas que se abandonan derrotadas por el frecuente uso y que sólo se pueden encontrar en edificios tan viejos como ése, además de un par de cuadros, ambos con los marcos desencajados y las estampas, representando rincones del pueblo, muy descoloridas. Desde luego aquel lugar no se utilizaba desde hacía tiempo, pero aún así estaba muy limpio, como si los servicios de limpieza lo aseasen todos los días sin ninguna necesidad.

Al fin llegó el Alcalde. Con cara muy sonriente, aunque se notaba que era una sonrisa forzada, saludó a Carmen y ocupó una de las sillas junto a ella. En ese momento sonó su móvil y pidiendo disculpas lo atendió durante un buen rato, saliendo incluso al pasillo en algunos momentos de la conversación. Esta situación comenzaba a enojarla cada vez más, pero ella seguía manteniendo la calma y su apariencia de amabilidad.

-Perdóname, pero es que hoy llevo un día horrible de reuniones y de llamadas, parece que todo el mundo se ha puesto de acuerdo para hablar conmigo –intentaba disculparse nuevamente el Alcalde-. Creo que sé por qué vienes a verme. Paco ya me ha estado hablando del tema en varias ocasiones y creo que lo tenía solucionado, ¿o es por otro motivo?.

-No, no es por otro tema, es el mismo que desde hace dos años vengo solicitando. La verdad es que cuando estaba en el hospital y Paco me prometió que ibais a realizar las obras necesarias para hacer accesible el pueblo no le preste mucha atención porque aún creía que me iba a recuperar totalmente, pero ahora no sólo pido, sino que exijo que se realicen esas obras como manda la Ley. No os dais cuenta que yo y otras personas con mi mismo problema tenemos el derecho de sentirnos independientes. Que una sociedad avanzada es aquella que mira por cada uno de sus ciudadanos y ciudadanas. Además, estas obras también facilitarían el tránsito de las personas con los carritos de la compra y de bebés, de los mayores y evitarían algún que otro accidente –intentaba explicar Carmen al Alcalde-.

-No hace falta que insistas, yo estoy muy concienciado con el problema. Te aseguro que lo hemos discutido y que estamos buscando soluciones –relataba el Alcalde de forma diplomática-, ya

te he dicho que Paco, el Concejal de Urbanismo, está en ello.

-La verdad es que no se que creer, porque cada vez que veo los gastos que hacéis en el pueblo, algunos de ellos innecesarios o no urgentes como quieras calificarlos, me pongo de muy mal humor y hoy desde luego cuando he llegado a la puerta y he comprobado que ni tan siquiera el Ayuntamiento, la casa de toda la población, está adaptado, ha sido para gritar de desesperación –seguía argumentando Carmen, cada vez más exaltada, pero manteniendo el debido respeto y compostura-.

En ese momento de la conversación, sonó nuevamente el dichoso móvil del Alcalde, volviéndolo a atender, dejando a Carmen con la palabra en la boca. Esta fue la gota que colmó el vaso de su paciencia. Carmen, aprovechando que otra vez salió al pasillo, decidió marcharse y así lo hizo. Cuando llegó a su casa no dijo nada a nadie, se dirigió a la terraza y se quedó fija mirando hacia la calle.

-¿Por qué has vuelto hoy tan pronto? –preguntó su madre, a voces, desde dentro-.

-He terminado el trabajo de hoy rápido y no tenía ganas de seguir –contestó, también a voces-, me encuentro algo cansada.

-¿Te encuentras mal? –insistió su madre-.

-No, solo cansada. Déjame un rato aquí y se me pasará –concluyó-.

Carmen comenzó a llorar.

# HISTORIA

## EVOLUCIÓN DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS. ANÁLISIS ICONOGRAFICO DESDE LA PERSPECTIVA DE VIRGINIA HENDERSON

Mercedes Núñez del Castillo\*, Jose Siles González\*\*

\*Enfermera asistencial del Hospital Universitario de San Juan de Alicante, Antropóloga, Profesora asociada del Departamento de Enfermería de la Universidad de Alicante.

\*\*Catedrático del Departamento de Enfermería de la Universidad de Alicante



### EVOLUTION OF NURSING CARE. AN ICONOGRAPHIC ANALYSIS FROM VIRGINIA HENDERSON'S PERSPECTIVE

#### ABSTRACT

**T**he aim of this study is to demonstrate that iconographic material constitutes a source for nursing history. For that purpose, a descriptive, retrospective, comparative, ethnographic historical study was carried out. Iconographic materials come from all human ages and have been classified in categories such as: painting, sculpture, philately and photography. In order to potentiate the hermeneutic process from nursing perspective,

categories from Virginia Henderson's needs system have been used. The main conclusion of this study consists in demonstrating pertinence of iconography materials in order to develop historical knowledge of Nursing.

#### Key words:

history of Nursing, nursing care, anthropology of care, iconography

#### RESUMEN

**E**l objetivo de este estudio es demostrar que el material iconográfico constituye una fuente para la historia de la enfermería. Se ha pretendido alcanzar dicho fin mediante un estudio descriptivo, retrospectivo, comparativo, histórico etnográfico. El material iconográfico utilizado se corresponde con el producido en todas y cada una de las épocas de la humanidad y se ha organizado en categorías como son: pintura, escultura, filatelia y fotografía. Para potenciar el proceso hermenéutico desde la perspectiva de enfermería se ha empleado la categorización del sistema de necesidades de Virginia Henderson. La conclusión principal de este estudio consiste en demostrar la pertinencia del material iconográfico para desarrollar el conocimiento histórico de la enfermería.

#### Palabras clave:

Historia de la enfermería, cuidados enfermeros, antropología de cuidados, iconografía.



## INTRODUCCIÓN

Este trabajo se ha desarrollado mediante un estudio descriptivo, retrospectivo, comparativo, histórico-etnográfico de los cuidados de enfermería, analizado desde la perspectiva de las necesidades básicas de Virginia Henderson, utilizando como fuente la iconografía.

### Justificación.

Alberdi, 1986, define la enfermería como: “.. una disciplina tan antigua como el propio hombre, dado que tiene que ver con todos aquellos elementos y factores materiales y humanos que convergen en una actividad innata y esencial en el ser humano. El cuidado del individuo, el grupo y la comunidad..”(Siles, 1999).

Henderson, en su definición sobre Enfermería hace hincapié en el cuidado, tanto de los individuos enfermos como sanos, la independencia del paciente es un criterio importante para la salud, hasta el punto que en sus escritos equipara salud con independencia,

M.F. Collier, estudiosa de la materia dice que “los cuidados son un conjunto de actos de vida, habituales y cotidianos, que tienen por objeto permitir que esta continúe y se desarrolle”. En los orígenes, “.. las “prácticas cuidadoras”

ligadas a la conservación de la especie humana..”(Hernández, 1999), o, dar cuidados o cuidar “..era una noción ligada a cualquier forma de vida, y proporcionar cuidados puede considerarse inseparable de la noción de supervivencia de los seres humanos, de la continuidad de la vida en grupo, del desarrollo y mantenimiento de la vida..”.

“..que cuidar representa un conjunto de actos cuya finalidad es la conservar la vida, asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, manifestándose de diferentes formas según los grupos..”(Domínguez, 1986).

Por otro lado, “..los cuidados enfermeros constituyen una constante histórica, que, desde el principio de la humanidad, surge con carácter propio e independiente ..”(Hernández, 1999).

La necesidad de Henderson de comunicarse con otros para expresar emociones, necesidades, temores u opiniones, constituyen las bases esenciales de la relación de ayuda .(Rogers, 1986) entre las

definiciones que da a la relación de ayuda, dice: “..es aquella en la que uno de los participantes intenta hacer surgir, de una o ambas partes, una mejor apreciación y expresión de los recursos latentes del individuo, y un uso más funcional de éstos..”(Bermejo, 1996), a pesar de que puede adaptarse de forma privilegiada a los cuidados de enfermería, el modelo original, no siempre puede transferirse íntegramente a los cuidados de enfermería, sobre todo en el caso de la entrevista estructurada.

Y según Riopelle, la define como un intercambio “.. siendo a la vez verbal y no verbal, que permite crear un clima de confianza, de respeto y de amor que el cliente precisa para satisfacer sus necesidades fundamentales..”(Phaneuf, 1982).

El hombre primitivo utilizó remedios porque conoció las enfermedades, aunque sigue planteándose una cuestión ¿pero cual era su concepto de enfermedad, como interpretar las situaciones enfermedad o malestar?.

Albarracin, opina que pueden existir tres diferentes interpretaciones de enfermedad o malestar (Albarracin, 1987): La enfermedad entendida como penetración en el cuerpo de un objeto extraño, entendida como pérdida o evasión del alma, o entendida como consecuencia inmediata de la acción de los espíritus hostiles.

Para ver los cuidados a lo largo de la historia entre otras fuentes, podemos observar, pintura, escultura o cualquier otra fuente histórica que se nos presente,

Estas fuentes iconográficas reflejan y transmiten la sociedad y la cultura de ese momento, aportando datos importantes sobre el pasado de la actividad cuidadora. “..En consecuencia, cabe afirmar que, desde los orígenes del hombre, las actividades de enfermería tienen su reflejo en los cuidados más elementales, que son los relacionados con la supervivencia: Los cuidados durante el parto, la crianza, la lactancia y el destete..”(Siles, 1999).

Santo Tomás, opina que “..investigar en historia, implica saber utilizar los instrumentos que el tiempo ha ido poniendo a nuestra disposición..”, “..aprender a interpretar los testimonios que otros hombres y mujeres de épocas pasadas nos han dejado como legado..”, sigue diciendo esta autora

más adelante “..existen además otro tipo de fuentes que son manifestaciones artísticas.....estas fuentes llamadas iconográficas..”. “..Es por tanto la iconografía una fuente importante que podemos y debemos utilizar las enfermeras que deseamos conocer nuestro pasado..” (Santo Tomas,1997).

### **Objetivos.**

El objetivo principal que se plantea es demostrar que el material iconográfico constituye una fuente para la historia de la enfermería.

Y los objetivos específicos son:. Demostrar a través de la iconografía que la profesión enfermera en sus diferentes denominaciones y funciones ha estado presente a lo largo de la historia. Describir y analizar los cuidados de enfermería desde la perspectiva de V. Henderson en la iconografía. Demostrar que los conocimientos empíricos e intuitivos adquiridos por las cuidadoras de forma oral, se transmiten a través de la iconografía. Describir y analizar la relación de ayuda a lo largo de la historia mediante el análisis iconográfico. Demostrar mediante análisis iconográfico, que la iconografía refleja de forma holística las realidades de los cuidados de la salud

### **Hipótesis nuclear.**

La iconografía constituye una fuente de estudios para la historia de la enfermería.

### **Otros puntos de partida.**

La profesión enfermera en sus diferentes denominaciones y funciones, ha estado presente a lo largo de la historia en las diferentes fuentes iconográficas

La iconografía constituye una fuente para analizar los cuidados de enfermería desde la perspectiva de Virginia Henderson. Los conocimientos empíricos e intuitivos adquiridos por las cuidadoras de forma oral están presentes en la iconografía. La relación de ayuda, esta presente a lo largo de la historia en las fuentes iconográficas. La iconografía refleja de forma holística las realidades de los cuidados de la salud.

### **Estado de la cuestión.**

Se han analizado artículos que relacionan la enfermería y la iconografía como instrumento para

la investigación, utilizando dos tipos de referencias, los metodológicos y los estudios iconográficos, en los primeros, Santo Tomás (1996, 1997), argumenta la importancia de la iconografía para el estudio de la historia de la Enfermería y propone una metodología para el estudio de las iconografías, y, que a su vez es la propuesta por Panofsky, 1995.

Siles, (1999) y Hernández (1999), argumentan un tipo de clasificación y análisis iconográfico muy similar a los autores anteriores, pero dando un toque más acorde a la Enfermería.

Encontramos en la bibliografía análisis iconográficos tanto enfermeros como médicos.

En los estudios iconográficos enfermeros, de pintura se han identificado artículos, de Calvo y Santo Tomas, (1997,1998),Morales y Morente, (2001), García, (1996-97) hace un análisis a través de dos tipos de fuentes: la escrita y la iconográfica. Aunque el autor hace referencia a la fuente iconográfica, de hecho incluye imágenes, no realiza ningún tipo de análisis iconográfico.,

En cuanto a fotografía, Lasarte, (2000) y Monge (2001), en sus artículos intentan reconstruir la historia de la enfermería a través de fotografías de la época.

En escultura y vidrieras, Santo Tomás, es la única autora referenciada.

Respecto a los “carteles”, como iconografía son “posters” relacionados con enfermería y con salud; donde se reflejan las comidas para diabéticos, incidencias de úlceras por presión.

Guerra (2001), Ballesteros (2002) y Miralles (1995, 1999), pretenden conocer y aportar como la enfermería y los cuidados han estado presentes a través de la filatelia, haciendo un recorrido y descripción de los sellos publicados tanto a nivel nacional como a nivel internacional

En cuanto a los análisis iconográficos médicos, González, (1996), Moran, (1996), Grau, (2001), Castillo (2002), llegan a un diagnóstico médico mediante el análisis de las la iconografías. Del Águila, (2003), analiza y explica las costumbres de la época, relacionadas con la salud y la enfermedad.

Soriano, /Fotomedic, (desde el 2000), han proporcionado fotografías de enfermeras y de cuidados, aunque lo extrapolan al enfermo, la ayuda, la soledad, las patologías o los lugares del cuidado.

## **METODOLOGÍA.**

El material iconográfico que se va a utilizar para verificar o refutar las hipótesis es tanto civil como religioso, obtenido mediante búsqueda iconográfica, analizándolo desde principio de la historia hasta nuestros días, y organizados por categorías como son: pintura, escultura, filatelia y fotografía.

Las variables, también están distribuidas por categorías y corresponden a las 14 necesidades básicas de Henderson, siendo estas: 1. Respirar, 2. Beber y comer, 3. Eliminar, 4. Moverse y mantener una buena postura, 5. Dormir y descansar, 6. Vestirse y desvestirse, 7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, 8. Estar limpio, aseado, y proteger sus tegumentos, 9. Evitar los peligros, 10. Comunicarse con sus semejantes, 11. Actuar según sus creencias y valores, 12. Ocuparse para realizarse, 13 recrearse, 14. Aprender haciendo diferenciación entre dependencia o independencia, la relación de ayuda se analiza como categoría independiente.

### **Análisis de los datos.**

Los datos cualitativos se han recogido a través de la observación de las iconografías seleccionadas y se llevan a cabo dos tipos de análisis, el iconográfico propiamente dicho y el antropológico.

Para las iconografías, se va a utilizar la interpretación iconográfica propuesta por Panofsky “.. y que se realiza en tres momentos, descripción preiconográfica, Análisis iconográfico e Interpretación iconográfica. El método iconológico va a permitir conjuntar el conocimiento de la historia, las tradiciones, costumbres y cuidados enfermeros. (Santo Tomas, 1997).

Para realizar los análisis iconográficos de pintura y escultura se va a utilizar los esquemas propuestos por Siles.(1999) .

Para la interpretación iconográfica de los cuidados de enfermería, se va a utilizar el análisis propuesto por Henderson (Riopelle) para el estudio de las 14 necesidades.

Para realizar el análisis cuantitativo se ha utilizado el programa Excel del Windows XP.

Para realizar el análisis cualitativo se ha utilizado Heurística y Hermenéutica

La búsqueda HEURÍSTICA se realiza mediante la observación documental y mediante fuentes

indirectas constituidas por documentos e iconografías, en cuanto al Análisis cualitativo nos apoyamos en la HERMENÉUTICA Y FENOMENOLOGÍA

Para estructurar la investigación, se va a clasificar la Historia, según el esquema temporal propuesto por Siles, Hernández, etc., y que tiene una correspondencia con los propuestos por otros expertos en historia del arte.

Para mejorar la operatividad en el estudio de historia de la enfermería se acepta un modo de clasificar esta historia en tiempos convencionales, el esquema temporal es el propuesto por Childe y Siles.

### **Marco teórico.**

El objetivo de Henderson fue, expresar de forma clara y concisa la función propia de la enfermería, teniendo presente las influencias tanto positivas como negativas. Dedicó la mayor parte de su vida a formarse y a investigar, creando e impulsando el concepto de enfermería tal como la conocemos hoy, fue la pionera en la incorporación de una filosofía humanista y existencialista a los cuidados enfermeros.

De hecho, Henderson considera su trabajo más como una aserción filosófica, como una definición, que como una teoría, ya que el término teoría no se utilizaba en el momento en que ella formuló sus ideas. Desarrolla sus ideas motivada por sus preocupaciones sobre la función de la enfermera y su situación jurídica. (Wesley, 1997). En su libro *La naturaleza de la Enfermería*, publicado en 1966 ofrece una definición concisa de la Enfermería en la que destaca la concepción del receptor de los cuidados como agente de cuidados de salud, otorgando a la enfermera un rol complementario/suplementario en la satisfacción de las 14 necesidades básicas definidas en su modelo. (Fernández, 1994).

En 1955, la American Nurses Association, aprobó la definición de la práctica de enfermería propuesta por su comité de legislación. Esta sigue siendo la versión original publicada de nuevo en 1962. Opina Henderson: “..que aunque aún muy general, sugiere al menos que la enfermera puede observar, cuidar y consolar al paciente y supervisar a otros miembros del personal sanitario sin ser ella supervisada por el médico..”.

Pero no fue hasta 1940, que pudo probar sus ideas en la práctica real, desarrollándose el único estudio avanzado en la enfermería médico-quirúrgica. “..Este curso era único porque hablaba del cuidado individualizado del paciente y estaba organizado alrededor de los problemas principales de la enfermería en vez de en los diagnósticos médicos y en las enfermedades somáticas..” (Henderson, 1994).

En 1958, el Nursing Service Comité of the Internatinal Council of Nurses le pide que preparara un boletín de enfermería básica, el boletín publicado en 1961, se cita: “..La función singular de la enfermería es asistir al individuo, enfermo o no, en la realización de esas actividades que contribuyen a su salud o su recuperación (o a una muerte placentera) y que el llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible..”.

“..Creo que la enfermera es, y debe ser legalmente independiente capaz de hacer juicios independientes mientras no haga diagnósticos, prescriba tratamientos o emita pronósticos, porque son funciones del médico. Pero la enfermera es la mayor autoridad en los cuidados básicos de enfermería. (Henderson, 94).

En 1966, perfiló su definición de enfermería, desarrolló su definición basándose en las ciencias de la fisiología, medicina, psicología y física. Haciendo hincapié en el cuidado tanto de los individuos enfermos como sanos, incorporando los aspectos espirituales al cuidado enfermero. (Wesley, 1997). Virginia Henderson no cita directamente los cuatro conceptos del paradigma enfermero, por lo que son adaptados a partir de publicaciones. (Marriner, 2003, Wesley,1997)..

Henderson define la ENFERMERÍA como la asistencia fundamentalmente al individuo enfermo o sano para que lleve a cabo actividades que contribuyan a la salud, a una muerte tranquila;. Requiere trabajar de forma interdependiente con otros miembros del equipo de salud, ayuda al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas, realiza un cuidado individualizado y utiliza un plan de cuidado enfermero por escrito. (Wesley, 1997).

PERSONA “..Es considerada por Henderson como un individuo que necesita asistencia para

alcanzar un estado de salud e independencia o para morir con tranquilidad, la familia y la persona son consideradas como una unidad..”, “..consta de componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales..”, y “.. se esfuerza por obtener un estado de independencia..”(Wesley, 1997), las personas “.. tienen necesidades básicas reales de supervivencia..”.

SALUD. “.. se refiere a la capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación a las 14 necesidades básicas ..”, “.. requiere fuerza, voluntad o conocimiento..” (Wesley, 1997).

ENTORNO. Henderson no lo define explícitamente. “.. los individuos sanos son capaces de controlar el entorno, pero la enfermedad puede alterar esta capacidad..”, “..las enfermeras deben proteger a los pacientes de las lesiones mecánicas..”. (Marriner, 2003).

Henderson identifica 14 necesidades básicas que son los componentes del cuidado enfermero. Por tanto considerando estas 14 necesidades básicas de forma conjunta proporcionan un enfoque holístico de la enfermería. (Wesley, 1997).

### Búsqueda bibliográfica.

Se ha realizado la búsqueda bibliográfica en las bases de datos de enfermería CUIDEN, CUIDATGE, BDI, ENFISPO, MEDLINE, utilizando en primer término las palabras clave, enfermera, enfermería, cuidados de enfermería, arte, iconografía, pintura, escultura, fotografía, carteles y filatelia, tanto en español como en inglés para realizar la búsqueda en MEDLINE. Dado que el número de artículos no era suficiente, se realiza una segunda búsqueda añadiendo los términos enfermedad, salud, patología y medicina, así mismo en español como en inglés. Como sigue siendo limitado el número de referencias encontradas, se procede al vaciado de algunas revistas que están relacionadas pero no indexadas en las bases de enfermería.

El descriptor “arte”, no ha resultado ser positivo, ya que el término es entendido como “arte en el cuidar”, “arte de la enfermería”, etc.; tampoco es muy útil la variable “carteles”, donde se reflejan las comidas para diabéticos, incidencias de úlceras por presión, el resto son bases para concursos de carteles.

## RESULTADOS

De las 103 iconografías analizadas, se observan claramente 298 necesidades de las descritas por Virginia Henderson, de estas un 49% son independientes y el resto, 51% dependientes, (gráfico 1).

En la prehistoria, todas las necesidades observadas son de independencia, y siendo la de vestir, actuar según sus creencias y valores y la de aprendizaje las más representadas. (Gráfico 2).

En la edad antigua, se mantiene un equilibrio entre las manifestaciones de dependencia (42%) y las de independencia (58%), centrándose en las necesidades fisiológicas o de supervivencia y en las de afecto y autorrealización, apareciendo por primera vez la relación de ayuda en una iconografía. (Gráfico 3)

En la Edad Media, los porcentajes de representación de las necesidades son un 57% para las de independencia, siendo las necesidades de moverse y mantener una buena postura y la de dormir y descansar las más representadas, en un 18 y un 19% respectivamente, el resto de las necesidades están muy dispersas. La relación de ayuda sigue en dos de las iconografías analizadas. (Gráfico 4)

En la edad Moderna, Los porcentajes de representación de las manifestaciones de dependencia/independencia, representan un 57% para las necesidades de dependencia y un 43% para las de independencia, siendo la necesidad de moverse y mantener una buena postura y la de dormir y descansar las más representadas. Suponiendo un 26%. La relación de ayuda vuelve a aparecer en una de las iconografías analizadas. (Gráfico 5)

En la edad contemporánea, el 36% de las necesidades representadas corresponden a manifestaciones de independencia, mientras que el 64% corresponden a las de dependencia, siendo las necesidades de moverse y mantener una buena postura (8%) y la de dormir y descansar (31%) las más representadas. (Gráfico 6)

Los resultados analizados por necesidades de Henderson (Tabla 1), son los siguientes:

**DORMIR Y DESCANSAR.** Es la necesidad más representada en las iconografías analizadas, tanto mediante manifestaciones de dependencia como de independencia, **MANTENER UNA BUENA POSTURA.** Es la segunda necesidad más representada, siendo el 64% manifestaciones de

dependencia. La necesidad de **BEBER Y COMER.** Es la tercera, está representada en todas las etapas de la historia, representa un 0,8%, siendo el 75% de estas manifestaciones de dependencia. **ESTAR LIMPIO, ASEADO Y PROTEGER LOS TEGUMENTOS Y EVITAR LOS PELIGROS.**

Necesidades que aparecen representadas a partir de la Edad media, en forma de manifestación de dependencia en un 67% y 69% de los casos, aunque es escasa su representación (0,04%),

La necesidad de **COMUNICACIÓN. Y ACTUAR SEGÚN CREENCIAS,** representan un 6,37%. **APRENDER, VESTIRSE Y DESVESTIRSE Y OCUPARSE PARA RECREARSE.** son menos frecuentes, **MANTENER LA TEMPERATURA DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES.** Casi invisible en las iconografías analizadas, solo en 3 ocasiones se representa esta necesidad, en la Edad Media y en la Moderna, la necesidad de **RESPIRAR,** es la menos observada en las iconografías analizadas, solo aparece en la edad moderna y contemporánea y siempre en su aspecto de dependencia. (gráfico).

## DISCUSIÓN.

En la Prehistoria todas las necesidades observadas son en forma de manifestación de independencia, las necesidades se manifiestan mediante valores indirectos o instrumentos.

El hombre adulto tiene conocimiento de su entorno y por tanto toma medidas, siendo este uno de los factores biológicos que van a influir en la satisfacción de la necesidad de evitar los peligros, aunque curiosamente esta necesidad solo aparece representada en una ocasión.

El aprendizaje como valor sociológico, no es precisamente una necesidad ampliamente observada de forma objetiva, pero si de forma implícita.

En la edad antigua, la dependencia de las necesidades analizadas, son como consecuencia de actividades o de manifestaciones representadas en las iconografías.

En la edad moderna y contemporánea, se observa la dependencia de las necesidades en las tareas de las cuidadoras, y mediante signos indirectos observados en las iconografías.

En la necesidad de comunicación de Henderson, a la sexualidad le falta especificidad.

La relación de ayuda, empieza a observarse a partir de la edad Antigua, aunque en una proporción mínima, se mantiene constante hasta nuestros días

Al analizar los capiteles, metopas y canecillos no se puede realizar de forma individual exclusivamente pues constituyen en la mayoría de las ocasiones una continuidad dentro del monumento.

Se ha constatado la falta de especificidad de algunas palabras clave al realizar la búsqueda bibliográfica, pues son entendidas de forma diferente a los intereses del estudio.

## CONCLUSIONES.

Con la muestra analizada han alcanzado los objetivos y se confirman las hipótesis que se plantean, llevando a las siguientes conclusiones:

Que La iconografía representa una fuente para estudiar los cuidados de enfermería y la historia de la profesión.

Que la profesión enfermera, en sus diferentes denominaciones y funciones ha estado presente en las iconografías analizadas a lo largo de la historia, desde la cuidadora intuitiva dedicada a los cuidados de supervivencia, pasando por las órdenes religiosas dedicadas al cuidado hasta los profesionales actuales. Siendo la edad contemporánea la que facilita más información, concretamente la fotografía.

La iconografía es una fuente para analizar los cuidados desde la perspectiva de Virginia Henderson, siendo las pinturas rupestres las primeras manifestaciones donde se observan estas necesidades.

Los conocimientos empíricos e intuitivos que han adquirido las cuidadoras de forma oral están presentes en las iconografías.

La relación de ayuda empieza a estar presente a partir de la Edad Antigua, observándose iconografías donde se representa exclusivamente la comunicación terapéutica e iconografías donde la relación de ayuda está presente junto a otras necesidades de Henderson.

Y se ha demostrado mediante el análisis iconográfico, que las diferentes formas de iconografía reflejan de forma holística las realidades de los cuidados enfermeros.

En España apenas hay constancia de artículos

que relacionen el tema de la Enfermería y los cuidados con la iconografía, referenciándose los primeros a partir de 1996.

La mayoría de los trabajos se ciñen a la interpretación iconográfica directa.

Los períodos de estudio referenciados comienzan en la Edad Media, siendo la iconografía elegida para el estudio de la enfermería y sus cuidados la pintura principalmente.

A pesar que la necesidad de aprendizaje no está muy presente en las iconografías a lo largo de la historia, éstas suponen un medio directo de aprendizaje.

El estudio aporta una base para realizar en el futuro trabajos comparativos con otras culturas.

## BIBLIOGRAFÍA.

ALBARRACIN, A.(1987): El remedio terapéutico en el mundo primitivo I:16-36 en Historia del medicamento. Editorial Doyma S.A.

BALLESTEROS ALVARO, A. M. (2002): La enfermería y los cuidados en los sellos de España. *Cultura de los cuidados: revista de enfermería y humanidades*. VI n° 11: 24-27.

BERMEJO,J.C, (1996). Apuntes de relación de ayuda. Cuadernos del Centro de Humanización de la Salud.

CALVO, M. Á. (2001): Análisis iconográfico de la pintura de Lucas Valdés 'Asistencia a los sacerdotes en la enfermería. Publicación: Alcalá de Guadaíra, Sevilla Pp. 61.

CIBANAL JUAN, L, (et al). (2003): Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud. Editorial Elsevier España.

COLLIÈRE, M. (1989). Utilización de la antropología para abordar las situaciones de cuidados. *Rol*, 179-180,17-25.

DOMINGUEZ-ALCÓN, C. (1986): Los cuidados y la profesión enfermera en España.Editorial Pirámide.

GUERRA GONZÁLEZ, JE. (2001): Historia de la enfermería. Reflejo en la filatelia mundial. Alcalá de Guadaíra, Sevilla: Qalat Chábir , pp. 61-62

GONZÁLEZ IGLESIAS, J. (1996): Patografía bucal, sacamuelas y dientes de ahorcados en la pintura de Francisco de Goya. *Noticias médicas*. N 3622, junio (35-38).

GRAU, JUAN J; (et al). (2001): Cáncer de mama en los cuadros de Rubens y Rembrandt. *Medicina Clínica* Marzo 116 (10):380-384.

HERNÁNDEZ CONESA, J. (1999): Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de Enfermería. Mc. Graw-Hill Interamericana.

HENDERSON, V. A. (1994): La naturaleza de la enfermería. Una definición y sus repercusiones en la práctica, la investigación y la educación. Reflexiones 25 años después.. Mc Graw-Hill Interamericana de España S.A.

LASARTE CALDERAY, J. E. (2000): Fuentes iconográficas en la revista Nuevo mundo (1896-1930). *Híades: Revista de Historia de la Enfermería*; 7: 11-54

MARRIMER TOMEY, A Y MARTHA RAILE ALLIGOOD. (2003): Modelos y teorías en enfermería. Elsevier España S.A. Madrid.

MAYAN CENDÓN, M D.(et al) :La historia de la Escuela de Enfermeras de Santa madrona a través de la fotografía: 1917-1936. Alcalá de Guadaíra. Sevilla. Pp. 63-64. .

MIRALLES SANGRO, MT (et al). (1995): San Juan de Dios y su Orden en la filatelia. *Index Enfermería* (14) pp.59-61.

(1999): La iconografía enfermera en la filatelia. Sevilla. Asociación de Enfermería Docente. Pp 585-592.

MONGE JUAREZ, M. (2001): Enfermeras y enfermos a través de sus fotografías, Lima 1914.*Híades*. Año VI (8): 599-600.

MORALES MONTALVA, M .S. (et al). (2001): La lactancia materna a través del arte de las Cantigas de Santa María de Alfonso X El Sabio. *Híades*: Año VI (8): 561-562.

MORAN SUÁREZ, I. (1996): El fuego de San Antonio: Estudio del ergotismo en la pintura del Bosco. *Asclepio. Revista de historia de la medicina y de la ciencia*. Vol: XLVIII –2 – (173 – 193).

MORENTE PARRA, M. I. (2001): La Virgen como cuidadora y sanadora a través de las Cantigas de Santa María de Alfonso X .*Híades*: Año VI(8):337-341.

PANOFSKY,E (1995): El significado en las artes visuales. Alianza Editorial.

PHANEUF, M (1982):La communication et la relation d'aide: éléments de compétence de l'infirmière, 2ª parte, *Nursing Quebec*, Vol 2 :3 marzo, abril.

PUJOL CARMONA, C (et al). (2001): Enfermería y arte: apunte iconográfico de los cuidados a través de la historia. Alcalá de Guadaíra, Sevilla. Pp. 76

RIOPELLE,L. (1993): Cuidados de enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona. Editorial Interamericana. Mc. Graw-Hill.

ROGERS,CR .(1986): El proceso de convertirse en persona. Paidos, Barcelona.

SANTO TOMÁS PÉREZ, M. (et al). (1996) : Iconografía: un instrumento para la investigación histórica. *Index Enferm V*(16-17):87-88 .

(1997): "Iconografía y enfermería : un instrumento para la investigación histórica"

*Index de Enfermería*; 19: 13-16

SANTO TOMÁS PÉREZ, M (et al). (1998): Santa Isabel bañando a los tiñosos: análisis iconográfico. *Index Enferm*. Año VII (22):47-49.

(1998): Picasso: Ciencia y caridad. Análisis iconográfico. *Index Enfermería* año VII (23): 39-40. (1999)

:Los cuidados vistos a través de la iconografía del Camino de Santiago. Publicación: Gijón. Congreso: IV Congreso Nacional de Historia de la Enfermería. La Enfermería en las Rutas Jacobeas: Perspectiva Histórica. Gijón. 6, 7 y 8 de mayo de 1999: Pp. 16.

SANTO TOMÁS PÉREZ, M. (2001): Iconografía y cuidados de enfermería. Alcalá de Guadaíra, Sevilla: Pp. 77-78.

SANTO TOMÁS PÉREZ, M (2003): Historia de la enfermería. En: *Enfermería fundamental, serie manuales de enfermería*. Directora de la serie: Blasco, Rosa, M. Fernández, C; Garrido, M; Santo Tomás, M; Serrano, D; colaboración Fuentes, R. Masson S.A. Barcelona

SILES GONZÁLEZ, J. 1999: Historia de la Enfermería volumen I y II. Consejo de enfermería de la Comunidad Valenciana.

WESLEY, R. L. (1995): Teorías y modelos de enfermería. 2ª edición. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana México.

**Relación dependencia-independencia**

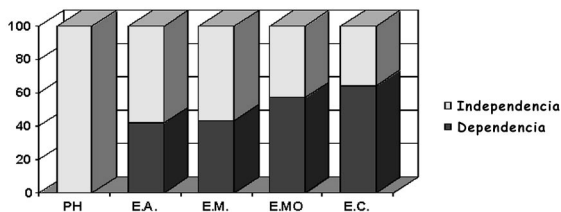


Gráfico 1

**Prehistoria**

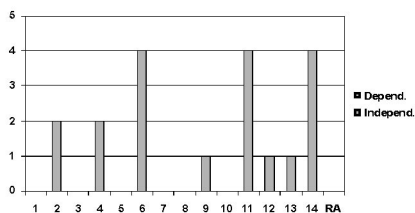


Gráfico 2

### Edad Antigua

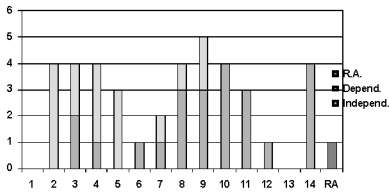


Gráfico 3

### Edad Media

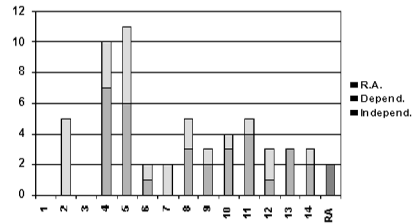


Gráfico 4

### Edad Contemporánea

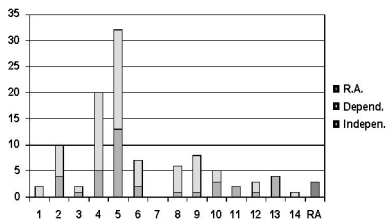


Gráfico 5

### Distribución de las necesidades de Henderson

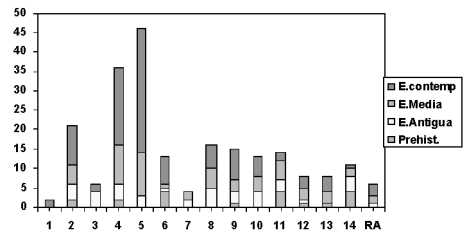


Gráfico 6

TABLA 1

#### RELACIÓN DE NECESIDADES DE HENDERSON EN EL CONJUNTO DE LAS ICONOGRAFÍAS ANALIZADAS

N. Henderson	Frecuencia (n)	Proporción	Porcentaje
5 Dormir y descansar	66	0.2214	22.14
4 Moverse y postura ade.	52	0.1744	17.44
2 Comer y beber	28	0.0939	9.39
8 Higiene e integridad piel	22	0.0738	7.38
9 Evitar peligros y lesionar	22	0.0738	7.38
10 Comunicación	19	0.0637	6.37
11 Actuar según creencias	19	0.0637	6.37
14 Aprendizaje	15	0.0503	5.03
6 Vestirse y desvestirse	13	0.0436	4.36
13 Recreación	10	0.0335	3.35
12 Ocuparse para realizarse	9	0.0302	3.02
3 Eliminación	8	0.0268	2.68
RA Relación ayuda	7	0.0234	2.34
1 Respirar	3	0.0100	1.00
<b>298</b>		<b>1</b>	<b>100</b>



# ANTROPOLOGÍA

## EL CUERPO COMO PRÁCTICA ARTÍSTICA Y PRIMER INSTRUMENTO DE LOS CUIDADOS

Alfonso Miguel García Hernández

Enfermero. Profesor Titular de Fundamentos de Enfermería. Universidad de La Laguna. Tenerife. Licenciado en Antropología Social y Cultural. Universidad Católica San Antonio. Murcia

### THE BODY AS ARTISTIC PRACTICE AND FIRST INSTRUMENT OF CARE

#### ABSTRACT

**O**ur body is the pre-eminent instrument care is given onto, and the vehicle of care itself; has been and is a reviled enigma and an undiscovered land: reviled for how much it hides and how little it shows, and even more for what it still has to reveal. Taken as the thread of thought, word is left out in order to articulate a mute discourse, made visible through its artistic representations. Defining the different parts of the body and the various liaisons that lead to health and illness, by means of representations framed in a variety of cultures and times, the body has become a surface which acts as inspiration or base for our life events to be printed on.

Considering the body as a privileged instrument of care does not only imply mentioning the participating senses but rediscovering sensitivity. Rediscovering what it feels, searching what others feel and clarifying what one feels. Walking a personal path that goes beyond using hands to handle, transport, lift, take, inject, press, caress, massage, etc.

**Key words:** art, body, care.

#### RESUMEN

**E**l cuerpo es el instrumento por excelencia sobre el que se prestan los cuidados, y vehículo o mediador de los mismos, y ha sido y es, un enigma denostado y un territorio por descu-

brir; denostado por lo mucho que nos oculta o por lo demasiado que nos muestra y más aún por lo que debe todavía revelar. Tomándolo como hilo conductor del pensar implica que quite la palabra para articular un discurso mudo, que se hace visible a través de sus representaciones artísticas. Definiendo incluso las distintas partes del cuerpo, así como las distintas relaciones que llevan a la salud y la enfermedad, mediante representaciones enmarcadas en variedad de culturas y tiempos históricos, donde el cuerpo ha sido una superficie que sirve de inspiración o soporte, para imprimir los acontecimientos de nuestra vida.

Hablar del cuerpo como instrumento privilegiado de cuidados no es sólo mencionar los sentidos que de él participan, sino redescubrir la sensibilidad. Redescubrir lo que siente, buscar lo que sienten los demás e intentar ser más claro con lo que uno mismo siente. Hacer un camino personal que va más allá de usar las manos para manipular, transportar, levantar, coger, pinchar, presionar, acariciar, dar masajes, etc.

**Palabras clave:** arte, cuerpo, cuidados.

*"Mediante el uso del cuerpo se pueden prestar cuidados a otra persona. Esto nos puede llevar a preguntarnos por la utilización del cuerpo para cuidar y por el uso de los sentidos para diferenciar y prestar cuidados." Collière (1993: 263)*

#### El cuerpo versátil y su discurso cambiante

Nietzsche nos exigía, como tarea para los tiempos venideros, pensar en el cuerpo y a partir del

cuerpo, tomarlo como hilo conductor del pensamiento, convertirlo en criterio de toda moral y de toda realidad. El cuerpo era entonces, y todavía lo es, un enigma denostado y un territorio por descubrir; denostado por lo mucho que nos oculta, por lo demasiado que nos muestra y más aún por lo que debe todavía revelar. Tomar el cuerpo como hilo conductor del pensar implica que tome la palabra para articular un discurso mudo, que sin embargo, se hace visible a través de sus representaciones. Si el fenómeno del cuerpo, como creía Nietzsche, "es más explícito y comprensible que el del espíritu", puede convertirse en clave de la interpretación; ha de estar en primer lugar y ser el nudo de toda tarea interpretativa de la realidad y sus representaciones, sobre todo de las que el hombre ha hecho de sí a lo largo de la historia (Ginés Navarro 2002: 9).

La importancia histórica y actual del concepto de "cuerpo", tiene implicaciones en muy distintos niveles; todos ellos han sido dignos de estudios sistemáticos, categorizados desde la variabilidad, de modo que aluden a los cambios que se producen durante el proceso ontogenético de los individuos (es decir, desde las transformaciones sufridas por el individuo desde que es fecundado hasta que se convierte en un ser completo) y también durante la filogenia (cada uno de nosotros somos parte de la historia de nuestras poblaciones y nuestra especie), así como los problemas teórico-metodológicos que se enfrentan al abordar la interacción biológica-social, han sido motivo de análisis recurrentes. La corporalidad ha sido vista desde diversos estatus, desde las presencias y variaciones que el cuerpo adopta en las obras literarias, pasando por las artes plásticas y escénicas, para continuar su reafirmación en las performances conceptuales, en las que la diversidad del mismo, se abre a la diversidad y pluralidad que en ocasiones se niega a ser reconocida desde un discurso único, desde esa pluralidad irreductible, que eclosiona en una pléyade de sentidos, fragmentada, que procede a reconstruirse una y otra vez hasta el infinito.

### **SopORTE e inspiración de las prácticas de cuidar**

Todas las sociedades organizan un determinado uso-prácticas del cuerpo, los ideales y respeto al mismo son regulados. Mientras en la nuestra se da una alineación-separación del cuerpo, pues somos

cuerpo, tenemos cuerpo, pero también miramos el cuerpo como algo separado: separación mente-cuerpo, trabajos manuales-intelectuales o mentales, teniendo disciplinas que se encargan de domesticar los cuerpos con la escuela, la política, el orden, la sanidad etc., y donde la sociedad se encarga de "criticar" a aquellos que se salen de los entendimientos establecidos.

En la mayoría de las culturas y los tiempos históricos, así como en todas las clases sociales, el cuerpo ha sido una superficie que sirve de inspiración o soporte, que imprime los acontecimientos de nuestra vida. Cuando la experiencia es fluida, hay impresiones que se desarrollan en forma de emociones, y de hecho respondemos con nuestro cuerpo que es como la película que registra los dramas y las alegrías de nuestra vida. Cada lenguaje es rico en metáforas corporales para describir la gama de reacciones posibles, las expresiones no similares de una cultura a otras en ocasiones, de manera que es imposible entender traducciones literales de estados emocionales. Seguimos las huellas del cuerpo en diversos ámbitos privilegiados como las imágenes y las palabras, las construcciones, templos, monumentos, metáforas del cuerpo en cuerpos móviles y diversos a modo de esculturas y un río continuo de una performance urbanitas.

Decimos que "tenemos el corazón en la garganta" para comunicar angustia, o que "nos sentimos bien en nuestra piel" cuando nos identificamos con nosotros mismos; o que tenemos un malestar psicológico al expresar "me siento como fuera del cuerpo", y si estamos angustiados o temerosos expresamos que "se nos pusieron los pelos de punta". En palabras de G. Deleuze (1987: 287): "El cuerpo es lenguaje porque es esencialmente "flexión", y en la reflexión, la flexión corporal queda como desdoblada, escindida, opuesta a sí, reflejada sobre sí; aparece en fin, por sí misma, liberada de todo lo que ordinariamente la oculta.

Si el lenguaje imita a los cuerpos, no lo hace mediante la onomatopeya, sino mediante la flexión. Y si el cuerpo imita al lenguaje, no es por los órganos sino por las flexiones.

La socialización cultural no sólo modela la razón, el intelecto, la emoción y el afecto, sino también al cuerpo, se hace cuerpo, como elemento

constructor y metaforizante, y no lo digo pensando en la fácil asociación con el maquillaje, el fitness, el peeling, la silicona y la que ahora se llama "lipoescultura", sino más bien lo hago pensando en aspectos más profundos como el dolor y el asco, sin olvidarme de los modelamientos corporales, el embodiment (entendido como un proceso a partir del cual lo social entra en el individuo, donde el cuerpo es como el mediador, unido a la noción de persona a modo de proceso de corporización / encarnación a partir del cual lo social entra en el individuo, y el cuerpo media nuestra socialización.) y los movimientos corporales no simbólicos, que normalmente ubicamos en los territorios de la fisiología, de la enfermedad, la naturaleza y del instinto (García Suárez, C. I., 1997) o la transgresión. Sería por tanto, necesario proceder al descubrimiento de las articulaciones lingüísticas del cuerpo del lenguaje tanto como del lenguaje del cuerpo y dar nombre a los signos del cuerpo y sus significados; una auténtica hermenéutica del cuerpo. Esa hermenéutica debería desnudar no sólo lo que oculta el carácter flexional de la lengua, sino también lo que oculta el carácter flexional del cuerpo en las flexiones de la lengua. El cuerpo se mueve entre la metáfora y la parodia, entre la imagen noble, idealizante, y la burla grotesca, entre Dios y el animal (Ginés Navarro 2002: 81).

### **Prácticas artísticas y discursos que miran y crean el cuerpo**

El cuerpo se ha convertido en un espacio recurrente, en las distintas épocas histórico-culturales, nada neutral ni pasivo, sino más bien obsesivo en el que convergen y se proyectan prácticas artísticas y discursos críticos, un site (lugar) en palabras de Hal Foster (1993:13), por tanto, ambiguo, a la vez construido y natural, semiótico y referencial. Donde desde la mirada, se encuentra localizado en el plano de los objetos y goza, como estos, de una cierta exterioridad para quien lo contempla. Al espectador, la visión del objeto es completa y se constituye mediante una suma de múltiples perspectivas, escapando a la observación algunas de sus partes, pues nuestra visión siempre es fragmentaria, y el cuerpo irreductible y rebelde ante la mirada. Siempre habrá, en la imagen del cuerpo, una zona oscura y sombría a la cual no hay ningún

acceso, zonas calladas, donde el cuerpo no es el cuerpo, o deja de serlo, donde el cuerpo es el otro, un extraño a sí mismo. Donde cuerpo y todo establecen sus confusos e inestables límites.

El arte no ha estado al margen de discursos centrados en el género del cuerpo, su masculinidad y feminidad, en el cuerpo artificial o cyborg y cuerpo asexual. Donde en ocasiones se ha entendido como una noción abstracta; más que desde la realidad del mismo - aunque lo real también está presente -, lo que importa son sus apariencias, lo externo, la imagen virtual del mismo, pero también su capacidad de ser objeto real, y a la vez simbólico, de feroz devastación. De un cuerpo como último refugio de la autenticidad, tal como se planteaba en las prácticas de los años setenta hemos pasado a un cuerpo como sostén privilegiado de lo falso, lo artificial, lo simulado y agresivo. En cierta medida, hemos creado una imagen cautiva de la sociedad, rehén de la industria y el sistema económico occidentalista imperante. El cuerpo no ha podido ni querido mantenerse al margen de ser espectador y actor de una industria de las imágenes, de la informática, e incluso de la genética.

El hombre construye y simboliza su territorio corporal, una imagen incompleta ante el sujeto, por lo que necesita de la mirada del otro, para llenar esos espacios vacíos, como un espejo en el que mirarse para sentir restituida su unidad, su imagen completa. Es un territorio en construcción y deconstrucción permanente, que es simbolizado por sí mismo, de modo que nos determina y establece la concepción del mismo y de los procesos de salud - enfermedad cuidados y muerte, ligada a un imaginario específico que armamos, resultado de nuestras vivencias y creencias. Recordemos que la enfermedad constituye uno de los fenómenos socioculturales más antiguos de la humanidad y cada cultura ha tendido a cristalizar ese enfrentamiento en formas de organización social peculiares, estableciendo en torno a las mismas distintas respuestas y diferentes conceptualizaciones. Alrededor del pilar la salud-enfermedad-atención se cristalizan muchas de las creencias y prácticas sociales que son diferentes según las culturas y sistemas organizacionales, pudiendo incluso dentro de una cultura, convivir diferentes sistemas sanitarios con sus consiguientes concepciones sobre la

enfermedad, salud y atención y el ser humano en general.

### **Tópicos, cuerpo y discursos**

Existen muchos tópicos relacionados con la imagen corporal y el género a través de los medios de comunicación, así como del influjo de otros imaginarios que en nuestro entorno se concentran sobre diversos elementos cambiantes. Desde hace años las mujeres están siendo convertidas en imágenes-objeto sexual para la sociedad, pues son más cuerpo que los hombres y tiene una mayor manipulación sobre este, pero hay más teoría que práctica ejercida, y aunque se han estudiado los discursos sobre el cuerpo no se han analizado suficientemente las prácticas corporales de la gente, inscritas en grupos sociales distintos, en este mundo tan complejo.

Los modelos sobre el cuerpo son duales, de pertenencia (buscamos el modelo perfecto, modelo ideal que cumplen las top-model) y los modelos de disidencia (los que siguen esos modelos pero de modo contestatario). Los procesos corporales y personales van unidos, y las representaciones que los sujetos elaboran de sí a través de las miradas de los otros, quedan fijadas y elevadas a su máxima intensidad en el arte, mediante sus representaciones artísticas, representaciones artísticas en sus diversos soportes y escenarios.

Es posible que hayamos renunciado a conocer el cuerpo, y fruto de ello, lo único que podemos hacer es desvelar la naturaleza de las miradas, de las imágenes que de él tenemos, lo cual nos revela más sobre la mirada que sobre el cuerpo mismo. O tal vez no, porque también podemos pensar que cada mirada es una perspectiva, una dimensión de la proteica realidad del cuerpo presentada como emisario y testimonio del cuerpo, relato de un ser inaprensible, rebelde a todo orden definido, eternamente inquieto, puesto que se niega a permanecer encerrado dentro de sus límites y articulado de ese modo, en su ciega sucesión, una historia del cuerpo, una historia de la mirada en palabras de Ginés Navarro (2002: 108).

El cuerpo en las artes ha traído y aportado distintos discursos, desde el tratamiento del cuerpo desde la visión clásica del mismo (como presentaciones, representaciones o reproducciones) hasta la

transgresora, inmoral u ofensiva visión del mismo (A. Julius 2002: 23), en sus diferentes épocas, profundizando en abordajes de conceptos más amplios: violencia sexual, asesinato, maltrato infantil, lesiones físicas, mediante el uso de diferentes técnicas, soportes y tratamientos y la pluralidad estética y multiplicidad de prácticas artísticas: Pintura, escultura, performance, etc. Presentándose el cuerpo, conceptualmente, desde diferentes discursos: como soporte, como objeto (fetiche), como sujeto, como instrumento de medida del mundo, como centro de un mundo fenomenológico, pero también como cuerpo social, religioso y moral (Guasch 2000: 502). Pero el cuerpo en su máxima transgresora, por instantes traspasa la frontera y viola y a la vez preserva los tabúes, por lo que reafirma los límites. Compartimos la sentencia de Marcel Mauss que causó a Bataille profunda impresión "los tabúes están para violarlos". Fijémonos en el sacrificio, que es una transgresión religiosa, expresada en millones de obras artísticas, la transgresión del tabú del asesinato. Mientras, las voces actuales de las religiones nos dictan que nacemos a un "nuevo cuerpo", desde la fe, y establecen el cuerpo en el que renace el iniciado, elocuentemente y fielmente reflejado desde los abordajes religiocéntricos en los que a lo largo de la historia subyace dicha idea.

Para un buen número de artistas plásticos, la representación o presentación del cuerpo humano, ha supuesto un proceso de fragmentación, que nos retrotrae a visiones descarnadas de guerras, holocaustos o dramas, aproximándonos a imágenes, mezcla de desaprobación y admiración, en ese momento mori como objeto de contemplación que se resiste a encontrar su espacio, público o privado, y que da una información innecesaria e indecente a la que en ocasiones terriblemente nos resistimos, queriendo censurar. En palabras de Guasch, (2000:503) las "obras fragmentarias, parciales y mutiladas concentran sus esfuerzos sobre aquello que les queda o que les falta. La rutina, el fragmento, puede significar el fin, la muerte. Sin embrago, los fragmentos no son frágiles, pues cuanto más disminuyen mejor resisten". Cuerpo puede entenderse como cuerpo distorsionado, entendido desde un enfoque físico, psicológico y/o simbólico, y resuelto a través de los distintos

medios (fotográfico, escultórico objetual, video-performance, etc), que en definitiva propician un encuentro crudo con la realidad, sin velos encubridores, sin marcos de representación, desde lo real por sí mismo, hacia un encuentro con la esencia hecha imagen como si de un eidolón se tratase, el tabú recibe una sacudida pero no se acaba con él, estableciéndose una complicidad entre cuerpo y violación del mismo a modo de placer y dolor combinados in extremis. Donde lo explícito llega a volverse en ocasiones ambiguo o un elemento de denuncia física o espiritual, de denuncia ante el dolor, o la tragedia (de la prosperidad al sufrimiento y el caos) de los demás, desde la visión que entra en la privacidad de personajes de distintas procedencias. Donde rebelión y tradición se mezclan ante los ojos atónitos y la mirada impasible del espectador.

#### **Vehículo de los cuidados versus receptor de cuidados**

El cuerpo, instrumento por excelencia sobre el que se prestan los cuidados, y por tanto el vehículo o mediador de los mismos, en el sentido en el que Mac Luhan lo entiende, como invitación a un mensaje, que cumple una acción que va a dar lugar a una transformación hace que hagamos el camino-necesidad, tal como nos refiere Collière (1993: 263) de intentar volver a descubrir las propiedades del cuerpo: energéticas, propioceptivas, térmicas, mecánicas, etc., propiedades desarrolladas o inhibidas que se traducen en mecanismos de defensa bio-psico-afectivos o en reacciones de empatía. Por ello que hablar del cuerpo como primer instrumento privilegiado de cuidados, no es sólo mencionar los sentidos que de él participan, sino redescubrir la sensibilidad, lo que siente tanto él como los demás e intentar ser más claro con lo que uno mismo siente. Hacer un camino personal que va más allá de usar las manos para manipular, transportar, levantar, coger, pinchar, presionar, peinar, acariciar, dar masajes, etc. Un camino que va más allá de escuchar las palabras e intentar comprender el simbolismo de las mismas, aspirando a ver y descubrir los rostros de las personas en su entorno, revelando los mensajes de sus cuerpos receptivos, expectantes, contorsionados, expresivos, sosegados, abiertos o enfrentados. En el sentido que esta-

blece y describe Constance Classen cuando se refiere a la antropología de los sentidos, como percepción sensorial, como acto no sólo físico, sino también cultural, en esa mezcla de terror y éxtasis. Esto significa que la vista, el oído, el tacto, el gusto y el olfato no sólo son medios de captar los fenómenos físicos, sino además vías de transmisión de valores culturales, desde la creación a la extinción de la vida, desde la reafirmación de las miradas subjetivas.

La impersonalización del cuerpo sólo puede conducir a unos cuidados impersonales, despersonalizados, impersonalizantes. Por ello que debemos redescubrir el cuerpo, preguntándonos ¿cómo entender el cuerpo?, ¿cómo poderlo vivir?, ¿cómo adecuar o decidir los cuidados prestados al cuerpo? y ¿cómo buscar las condiciones que facilitan la vida del cuerpo y la permiten?. De otro modo, todos los instrumentos serán siempre sucedáneos, cómodas tapaderas, medios más aceptables, una justificación que no va más allá de la liminalidad de la piel. Y tras desgranar las cuestiones relativas al sentido del cuerpo y sus tabúes, habrá que profundizar en las tecnologías relacionadas con los cuidados, tecnologías relacionadas con el mantenimiento de la vida, las tecnologías relacionadas con la curación y las tecnologías relacionadas con la información. Pues los cuidados aunque han recurrido al uso de las tecnologías diversas, no hacen otra cosa que servir para el mantenimiento de la vida: cuidados habituales de higiene, de alimentación, y también de relajación y de apariencia. Unidos posteriormente a instrumentos y técnicas de curación cada vez más complejas a las que habrá que añadir todas las tecnologías de la información.

Toda situación planteada al cuidar, como situación antropológica, es decir que afecta al hombre dentro de su medio ambiente, tejido con todo tipo de relaciones simbólicas (Collière 1993: 297) requiere hacer un camino mejor adaptado para descubrir a las personas que son cuidadas haciendo significativas las informaciones que dan. El enfoque antropológico es un enfoque global que vuelve a centrar a las personas en su contexto, intentando comprenderlo respecto a las costumbres, los hábitos de vida, las creencias, los valores que conduce, y centrar el impacto de la enfermedad y los daños

relacionados con ella respecto a este contexto, a lo cual sin lugar a dudas las representaciones artísticas ayudan de manera considerable.

Un enfoque global de la prestación de cuidados, consiste en descubrir y comprender que el hilo conductor de los mismos no radica en una sola hebra. La madeja de la vida, la tejen muchos hilos, siendo todos y cada uno de ellos portadores de un marcado simbolismo, de los que ningún aspecto podría estar aislado; por eso el enfoque antropológico debe ser ampliado hacia un enfoque antropobiológico, que intenta reconocer el juego de las fuerzas presentes que se tienen que enfrentar en una misma dialéctica: fuerzas de la vida y fuerzas de la muerte.

### Identidad de los cuidados versus identidad del cuidador

Los profesionales del cuidar buscan y expresan su identidad, o una nueva identidad de los cuidados que esperan ser identificados, prestando cuidados al cuerpo y al individuo portador del mismo, que reclaman ser entendidos en toda su magnitud. Moldeando una identidad de la práctica del cuidar a fuerza de influencias: corrientes socioeconómicas, medio de trabajo, modelos sociales, predominio de determinados conocimientos y la forma en que son utilizados en la práctica del cuidar. Una identidad creada y/o recreada a la luz de modelos conceptuales que pueden servir de modelos de referencia que constituyen profesionales con una imagen que se transforma y diversifica y que corre el riesgo de volverse más confusa a medida que la estabilidad del rol de quien cuida se tambalea. Estamos asistiendo pues al resurgir de una época en que el cuerpo y el entendimiento del mismo condicionan inexorablemente una nueva definición y consumación de la prestación de cuidados a que sometemos al otro, lo cual se traduce esencialmente en una preocupación de la revalorización de quien presta los cuidados, en el camino hacia la búsqueda de una identidad profesional.

### Referencias bibliográficas

Classen, C. (2002) En fundamentos de una antropología de los sentidos. <http://www.unesco.org/issj/rics153/classenspa.html>

Collière, M. F. (1993) Promover la vida. Interamericana - McGraw-Hill. Madrid.

Comelles, J. M.; Martínez, A. (1993) Enfermedad, cultura y sociedad. Eudema. Madrid.

Deleuze, G. (1989) Lógica del sentido. Paidós. Barcelona.

Foster, H. (1993) Mesa redonda convocada por Hal Foster, Benjamín H. D. Buchloh, Rosalind Krauss, Yves-Alain Bois, Denis Hollier y Helen Molesworth.

García Suárez, C. I. (1997) Cuerpos al margen. Como se asumen, como se comunican. VIII Congreso de Antropología en Colombia. Universidad Nacional de Colombia. Departamento de Antropología. <http://www.colciencias.gov.co/seiaal/congreso/Ponen6/GARCIA.htm>

Gómez García, P. (2000) Globalización cultural, identidad y sentido de la vida. *Gazeta de Antropología*, n° 16, texto 16-02.

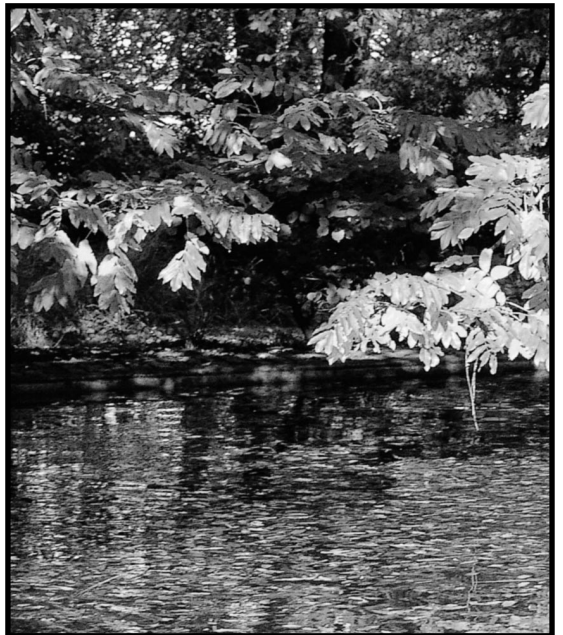
Guasch, (2000). El cuerpo mutilado (la angustia de muerte en el arte). Valencia. Conselleria de Cultura, Educació y Ciencia, Colección Arte, Estética y Pensamiento, n° 2, pp. 53-102.

Julius, A. (2002) Transgresiones. El arte como provocación. Ediciones Destino. Barcelona.

Luhan, M. (1968) Pour comprende les media. París. Seuil.

Navarro, G. (2002) El cuerpo y la mirada. Desvelando a Bataille. Anthropos. Barcelona.

VV. AA. (1993) The politics of the Signifier II. A conversation on the Informe and the Abject. Pp. 13. Citado en Guash, A. M. 2001. El arte último del Siglo XX. Del posminimalismo a lo multicultural. Alianza Editorial.



# LA IMAGEN DE LA ENFERMERÍA ESPAÑOLA EN CUIDADOS CRÍTICOS VISTA POR PACIENTES CENTROEUROPEOS: Una aproximación hacia la identidad de los profesionales de los cuidados españoles en el contexto de la Unión Europea

Manuel Lillo Crespo, Isabel Casabona Martínez, Roberto Galao Malo, M<sup>a</sup>

Dolores Mora Antón

Clínica Vistahermosa de Alicante



**IMAGE OF CRITICAL CARE NURSING IN SPAIN AS SEEN BY CENTRAL EUROPEAN PATIENTS: An approach towards the identity of Spanish care professionals in the context of the European Union.**

## ABSTRACT

**D**uring the last few years, there has been an increase of citizens from central and northern Europe along the Spanish Mediterranean coastline, either as residents or as tourists (who can also be admitted to hospital). Specifically in the Alicante province, a growing number of Scandinavians can be found in the Marina Alta County, and English people in Torrevieja. The chosen group for our study comprises mostly Dutch people. They are retired and mean age is older than 60. For age and health reasons, they tend to make a frequent use of the

Spanish health care system (mostly private); that is why it is interesting to find out their opinion on health care professionals in Spain, in order to establish a comparison with other European countries (in this case, their own) within the professional context of the European union.

In general, Spanish nurses excelled most of these patients' expectancies. A nursing professional profile could be therefore established as: reliable, empathic and communicative –in spite of the language barrier-; self-confident towards their job and transmitting security to patients accordingly; capable of a quick response, of giving an opinion and problem-solving; respectful with intimacy although somewhat distant when carrying out procedures affecting privacy. .

**KEY WORDS:** nursing image, central European, professional identity, European Union, qualitative research.

## RESUMEN

**E**n los últimos años, en toda la costa mediterránea española, ha habido un aumento muy importante de la población del centro y del norte de Europa tanto como residentes durante todo el año como de no residentes, es decir, turistas o que ocupan un período vacacional (y que también son susceptibles de ingreso hospitalario). En concreto en la provincia de Alicante encontramos grupos numerosos de escandinavos en la comarca de la Marina Alta (sobre todo en Alfaz del Pí) e ingleses en Torrevieja. El grupo que nos ocupa comprende a holandeses en su mayoría. Estos grupos de población suelen estar jubilados y la edad media está por encima de los 60 años. Son

pacientes que por razones de edad y salud suelen acudir a menudo al sistema sanitario español (en su mayoría privado); es por ello que resulta interesante conocer cual es su opinión acerca de los profesionales de los cuidados en España, con la finalidad de establecer una línea comparativa con otros países europeos (en este caso, los suyos propios) dentro del contexto profesional de la Unión Europea.

En líneas generales podemos afirmar que las enfermeras/os españoles superan positivamente y en su mayoría las expectativas de los pacientes centroeuropeos. Podríamos hablar pues de un perfil de profesional de Enfermería como: profesionales fiables, empáticos y comunicativos, aún tratándose de idiomas diferentes, seguros de su trabajo y que a su vez transmiten seguridad al paciente, con capacidad de respuesta, de establecer una opinión, así como resolutivos, respetuosos con respecto a los momentos íntimos, aunque poco comunicativos y cercanos durante la realización de los mismos.

**PALABRAS CLAVES:** imagen de enfermería, centros europeos, identidad profesional, Unión Europea, investigación cualitativa.

## INTRODUCCIÓN

En los últimos años, en toda la costa mediterránea española, ha habido un aumento muy importante de la población del centro y del norte de Europa tanto como residentes durante todo el año como de no residentes, es decir, turistas o que ocupan un período vacacional (y que también son susceptibles de ingreso hospitalario). En concreto en la provincia de Alicante encontramos grupos numerosos de escandinavos en la comarca de la Marina Alta (sobre todo en Alfaz del Pi) e ingleses en Torrevieja. El grupo que nos ocupa comprende a holandeses en su mayoría. Estos grupos de población suelen estar jubilados y la edad media está por encima de los 60 años. Son pacientes que por razones de edad y salud suelen acudir a menudo al sistema sanitario español (en su mayoría privado); es por ello que resulta interesante conocer cual es su opinión acerca de los profesionales de los cuidados en España, con la finalidad de establecer una línea comparativa con otros países europeos (en este caso, los suyos propios) dentro del contexto profesional

de la Unión Europea. Llegados a este punto, nos invaden preguntas como: ¿por qué son cada vez más los países de la UE que demandan profesionales de Enfermería españoles?, ¿qué razón existe para que algunos países de la UE lleven a cabo “los planes de choque” en España, haciendo uso únicamente de las instalaciones y el personal de Enfermería español? Y en definitiva nos planteamos como pregunta de investigación: ¿cuál es la imagen que los profesionales de los cuidados damos a los residentes de otras naciones europeas?.

Las características culturales de estos pacientes son distintas a las de los españoles, y por lo tanto su percepción de la salud, la enfermedad y el periodo de hospitalización. Cuando este último tiene lugar, el “shock cultural” ocurre de manera frecuente, al enfrentarse su cultura nativa a otra nueva (Luckmann, 1999), debido a que su concepto de lo que es normal y de cómo van a desarrollarse la secuencia de los acontecimientos es diferente. Existe un vacío absoluto en la literatura mundial de trabajos que aborden de manera específica la forma en que los extranjeros perciben un sistema sanitario que no es el suyo y al profesional sanitario de los cuidados, de forma práctica. Tan sólo se ha podido encontrar uno (Teil, 1997) y que concluye que estos conflictos suelen estar originados más por causas institucionales que por las diferencias culturales. Con lo que respecta a los centroeuropeos, los trabajos son escasos pero hay que destacar el de Steckler (en PURNELL y PAULANCA, 1998), aunque sólo trate a los inmigrantes-residentes alemanes de Estados Unidos, y no hable en concreto de su percepción del sistema sanitario.





## OBJETIVO

Conocer la percepción que otros pacientes europeos tienen acerca de la Enfermería Española en cuidados críticos y realizar comparaciones pertinentes con sus países de referencia con la finalidad de saber cual es el papel del profesional de los cuidados español dentro de la Unión Europea y en relación a sus ciudadanos.

## MATERIAL Y MÉTODOS

El trabajo se llevó a cabo desde la perspectiva de la investigación cualitativa, basada en las entrevistas cortas a pacientes y entrevista en profundidad al informador clave (intérprete de la institución donde se llevó a cabo el trabajo). También se incluyó una hoja de Datos demográficos.

Concretamente, en las entrevistas cortas se les preguntaba acerca de: la imagen a grandes rasgos de la Enfermería española, las diferencias fundamentales que encuentran con respecto a la Enfermería de su propio país, las técnicas realizadas por Enfermería, la actitud de los profesionales de Enfermería hacia ellos y las expectativas que ellos pusieron en estos profesionales.

En cuanto al tiempo empleado en el proceso investigador, se dispuso de 5 meses; en los cuales se trabajó con una muestra de 30 pacientes extranjeros centroeuropeos, en su mayoría holandeses y con la excepción de 4 individuos que aún siendo de nacionalidad holandesa procedían de otras áreas culturales como India, Tailandia, Polinesia y Alemania., por motivos de raíces familiares. Toda la información se obtuvo dentro de la Clínica Vistahermosa de Alicante, donde nos encontramos con pacientes extranjeros residentes en Alicante, así como aquellos que no residen y que acuden como turistas o pertenecientes al plan de choque de su país, en este caso “plan de choque holandés”.

Para el abordaje de cada uno de los pacientes se emplearon 40 minutos aproximadamente, incluyendo un primer acercamiento en el que se les pedía su colaboración desinteresada, se les aseguró confidencialidad y se aseguraba la guardia y custodia de sus respuestas, así como se les pidió la firma en la hoja de consentimiento informado para lo cual no expusieron ningún problema.

En cuanto a la entrevista, la estructura acordada por el grupo de investigadores fue:

- Presentación.
- Explicación de los objetivos.
- Explicación de cada tema a tratar y el porqué de los mismos.
- Feed-back y empatía.

Por otra parte, los criterios de inclusión y exclusión son los que a continuación se detallan:

**A.- Criterios de inclusión:** Los pacientes que se recluten para este estudio serán aquellos que:

- 1) Sean del género masculino o femenino.
- 2) Tengan la nacionalidad de alguno de los países que conforman Centroeuropa.
- 3) Hayan vivido en el país centroeuropeo al menos 15 años de su vida.
- 4) Se identifiquen a si mismos con la nacionalidad del supuesto país centroeuropeo.
- 5) Sea capaz de hablar y entender alguno de los idiomas en los que se presentará la información para la recogida de datos: castellano, inglés, alemán y holandés.
- 6) Hayan tenido contactos previos con el sistema sanitario de su propio país.

**B.- Criterios de exclusión:** Se considerarán estos a todos aquellos criterios que pudieren anular alguno de los criterios de inclusión, anteriormente citados.

## RESULTADOS

Diferenciados en los siguientes grupos:

### RESULTADOS-DATOS DEMOGRÁFICOS:

El porcentaje de hombres entrevistados fue del 18%, mientras que el 82% restante eran mujeres.

El 73% de la muestra fueron pacientes de origen étnico holandés mientras que el 27% restante aún siendo residentes en Holanda tenían otras procedencias étnicas como: Tailandia, India y Polinesia. Estos últimos contaban con más de 20 años residiendo en Holanda.

En cuanto a la religión, el 36% se consideraron católicos, el 26% cristianos reformistas y el resto (38%) se consideraron dentro del grupo de ateos y no contestan.

El 97% de los entrevistados contaba como mínimo con educación básica o media (2 de los

cuales tenían estudios superiores), mientras que el resto decían no tener estudios coincidiendo con los holandeses de diferente origen étnico.

Todos los entrevistados comentaron tener un nivel económico medio/alto.

El 45% de los participantes comentaron tener animales domésticos en casa.

## RESULTADOS-PROTOCOLO DE ENTREVISTA CORTA:

### IMAGEN DE ENFERMERÍA

El 84% consideró que la imagen de Enfermería era positiva o muy positiva.

### DIFERENCIAS ENTRE SISTEMA SANITARIO HOLANDES Vs ESPAÑOL

Un 40% de los participantes se consideraron atendidos por profesionales jóvenes en España a diferencia de Holanda, mientras que el resto aporta respuestas encaminadas a las funciones de Enfermería: las enfermeras españolas toman más decisiones que las holandesas, se percibe a la enfermera española como muy profesional y la calidad en la información que se daba fue mayor. Por otra parte, un 10% no encontraron diferencias entre ambos sistemas sanitarios.

### ACTITUD DE LOS PROFESIONALES FRENTE A LOS PACIENTES

El 54% refirió encontrarse satisfecho con la actitud demostrada por las enfermeras. De esta actitud destacaron especialmente: su imagen de seguridad, la accesibilidad del propio profesional, la dedicación y atención, así como su amabilidad y respeto hacia el paciente.

### EXPECTATIVAS DEL PACIENTE HACIA LA ATENCIÓN DEL PROFESIONAL

El 36% de los entrevistados esperaba más atención y más comunicación del profesional de Enfermería, el 16% no esperaba nada pero su impresión final fue valorada como positiva y en el 48% sus expectativas se vieron superadas.

### TÉCNICAS ESPECÍFICAS DE ENFERMERÍA

Aunque en este apartado el 93% tampoco presentó ningún problema, hubieron algunos comentarios acerca de la destreza de los profesionales a la

hora de canalizar vías periféricas, indicando que algunos tenían dificultades mientras que otros eran muy eficaces.

## DISCUSIÓN

A partir de los datos obtenidos del cuestionario de preguntas abiertas y de la entrevista a la informadora clave, podemos afirmar que la satisfacción reflejada por los pacientes extranjeros a partir de su forma de percibir un sistema sanitario distinto, en el que se vieron envueltos, ha sido buena o muy buena. En esta fue determinante el papel de enfermería, encontrando diferencias significativas con respecto a su país en cuanto al rol que juegan, principalmente en los aspectos técnicos y sociales (dedicación, amabilidad...). Sin embargo aquí también se ha detectado un problema. Un porcentaje considerable esperaba más atención y más comunicación. Es posible que las enfermeras holandesas dediquen más tiempo por paciente en lo que se refiere a educación, adaptación al proceso de la enfermedad y en definitiva a establecer una relación de ayuda. Los aspectos interpersonales de los cuidados de enfermería son considerados como un elemento fundamental en la satisfacción final del paciente. Con el fin de mejorar este punto se deberán realizar esfuerzos en el futuro. A pesar de esto último y en definitiva, la valoración de la imagen de la enfermería ha sido alta, aspecto que se puede relacionar con la alta satisfacción, y que viene a demostrar el importante papel que juegan estos profesionales, para la consecución de la misma.

## CONCLUSIONES

En líneas generales podemos afirmar que las enfermeras/ os españoles superan positivamente y en su mayoría las expectativas de los pacientes centroeuropeos. Podríamos hablar pues de un perfil de profesional de Enfermería como: profesionales fiables, empáticos y comunicativos, aún tratándose de idiomas diferentes, seguros de su trabajo y que a su vez transmiten seguridad al paciente, con capacidad de respuesta, de establecer una opinión, así como resolutivos, respetuosos con respecto a los momentos íntimos, aunque poco comunicativos y cercanos durante la realización de los mismos.

La imagen de Enfermería es observada en relación a la imagen que desde sus países tienen sobre

España y en especial sobre las comunidades del Mediterráneo, ya que se sorprenden que los profesionales sean limpios y pacientes con ellos.

Es interesante destacar el problema que les plantea determinados patrones culturales como el del tono de voz, ya que el propio español lo consideran como muy alto y escandaloso.

Aunque en general destacan una buena comunicación en todos los ámbitos, parece que durante los momentos de más intimidad como la higiene se acusa más la falta de comunicación por parte de los profesionales.

En definitiva, concluiremos diciendo que este tipo de trabajo, que a su vez nos aporta resultados acerca de la evaluación de la satisfacción de los pacientes, resulta útil para la aproximación minuciosa a los problemas que los pacientes/ clientes procedentes de otras culturas le plantean a los profesionales de Enfermería en cuanto a sus necesidades, a la organización e incluso a las funciones de los mismos; así como nos da una aproximación a la imagen que, actualmente y ante la inminente apertura de la UE, tienen nuestros profesionales de Enfermería.

## BIBLIOGRAFÍA

- AL-KANDARI, F.; OGUNDEYIN, W. (1998) Patient's and nurse's perceptions of the quality of nursing care in Kuwait. *Journal of Advanced Nursing*, May; 27(5):914-21
- ARQUIAGA, R. (1995) Protocolos. Hasta donde especificar las recomendaciones. *Revista de formación Médica Continuada en Atención Primaria*. FMC. Volumen 2 Número 3. Marzo. pp 147 – 152.
- ATTREE, M. (1993) An analysis of the concept "quality" as it relates to contemporary nursing care. *International Journal of Nursing Studies*; 30(4):355-369.
- CARMAN, JM (2000) Patient perceptions of service quality. Combining the dimensions. *Journal of Management Medicine*, 14 (5-6):339-56
- CUERVO, J., VARELA, L. Y BELENES, R. (1994) *Gestión de Hospitales: Nuevos instrumentos y tendencias*. Ed. Vicens Vives.
- DOZIER, AM et al. (2001) Development of an instrument to measure patient perception of quality of nursing care. *Research in Nursing and Health*, Dec; 24(6):506-17
- ESSEN, L.; SJODEN, PO. (1991) Patient and staff perceptions of caring: review and replication. *Journal of Advanced Nursing*, Nov; 16(11):1363-74

LEININGER, M. (1991) *Culture care diversity & universality: A theory of nursing*. NLN, Nueva York

LEININGER, M. (1994) *Nursing and anthropology: Two worlds to blend*. Greyden Press, Columbus.

LEININGER, M. (1995) *Transcultural nursing*. McGraw-Hill, Nueva York.

LUCKMANN, JOAN (1999) *Transcultural communication*. Delmar, Albany.

OERMANN, M. et al. (2000) Parent's perception of quality health care. *American Journal of Maternal Child Nursing*, Sep-Oct; 25(5):242-7

PERLA, L. (2002) Patient compliance and satisfaction with nursing care during delivery and recovery. *Journal of Nursing Care Quality*, Jan; 16(2):60-6

STECKLER, J. en PURNELL Y PAULANCA (1998) *Transcultural Health Care*. F.A. Davis, Philadelphia.

TEIL, E. (1997) [How outside- feet inside. How do patients from other cultures experience the German health care system?]. *Plege*, Aug; 10(4): 193-8

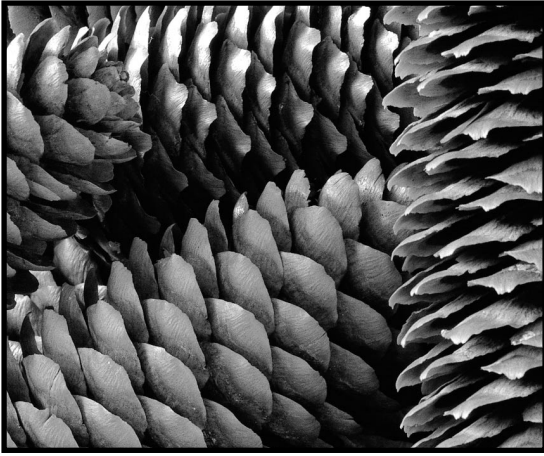
THOMAS, L. H.; BOND, S. (1996) Measuring patients' satisfaction with nursing: 1990-1994. *Journal of Advanced Nursing* 23, 747-756



# INVESTIGACIÓN ETNORRATIVA DEL PROTOTIPO ENFERMERO EN LA REESCRITURA DE CUENTOS TRADICIONALES (CAPERUCITA ROJA)

Pedro Manuel Salas Iglesias

Enfermero Consejería Asuntos Sociales, IASS, Junta de Andalucía, Huelva



## ETNONARRATIVE INVESTIGATION OF NURSING PROTOTYPE IN REWRITING OF TRADITIONAL STORIES (LITTLE RED RIDING HOOD)

### ABSTRACT

The present article tries to demonstrate the presence of elements conforming nursing prototype in Traditional Tales such as Little Red Riding Hood, which will allow a better understanding of the new nursing care within the etnonarrative paradigm. For that purpose, different defining elements will be explained, such as similarities with informal care (family support network as in the case of Little Red Riding Hood), and daily life historic literary Nursing Care will be described, as well as the adaptation of work to diverse Nursing Models such as those of Dorotea Orem, Virginia Henderson and Ernestina Wiedenbach

**Key words:** Nursing prototype, Traditional Tales, Little Red Riding Hood, Informal Care, Nursing Models, Science, Etnonarrative Paradigm.

### RESUMEN

El presente artículo intenta demostrar la presencia de elementos configuradores del prototipo enfermero en Cuentos Tradicionales como es el de Caperucita Roja, lo que permitirá un mayor entendimiento de los nuevos cuidados enfermeros en el paradigma etnonarrativo. Para ello, se expondrán diversos elementos definitorios entre los que se encuentran: similitudes con los cuidados informales (red de apoyo familiar encabezada por Caperucita), se describirán los Cuidados enfermeros histórico literarios de la vida cotidiana, así como la adecuación de la obra a diversos Modelos Enfermeros tales como los de Dorotea Orem, Virginia Henderson y Ernestina Wiedenbach.

**Palabras clave:** Prototipo enfermero, Cuentos tradicionales, Caperucita roja, Cuidados Informales, Modelos Enfermería, Ciencia, Paradigma Etnorrativo.

### INTRODUCCIÓN

El presente artículo intentará contribuir al enriquecimiento de la Ciencia Enfermera integrada en la sociedad del desarrollo tecnológico pero no desprovista de su parte humana y más esencial del cuidado humano, para desembocar en una Enfermería Avanzada mediante la reflexión crítica y apoyada en la investigación. Precisamente recientes movimientos en pro de la definición correcta de la Enfermería por el RAE (Asociación Española Enfermería Docente; *Sobre la Definición de Enfermería en el Diccionario de la Real Academia Española*) no han conseguido ubicarla, más que en una acepción aproximativa pero limitante de la realidad: “*Profesión y titulación de la persona que se dedica al cuidado y atención de enfermos y heridos, así como a otras tareas sanitarias, siguiendo*

*pautas clínicas*”, quedando por tanto, con tal definición carente como todo Arte o Ciencia de la posibilidad de aplicación del *entendimiento, conocimientos y habilidades específicas de la disciplina* (OMS,25). Serán precisamente la contribución de la Ciencia de las Humanidades Enfermeras, Antropología de los Cuidados o de la propia Enfermería Superior y Avanzada, las que permitirán el entendimiento de todas las fuentes literarias escritas u orales clásicas y recientes, filosóficas, comportamentales, culturales, empíricas y racionales...y donde se podrán brindar con mayor facilidad los nuevos cuidados de las Teorías y Modelos enfermeros.

En cuanto a la metodología científica que se empleará, se tomará como patrón de referencia el paradigma etnorrativo investigativo de corte cualitativo, discurrendo y tomando como objeto una fuente literaria ambientada en el acervo de los famosos cuentos tradicionales, y ejemplificada concretamente en *Caperucita Roja* de Charles Perrault. Se intentarán tomar como referencia datos instrumentales de estudios previos, contrastándolos en cuanto a metodología empleada, fuentes, etc. Será como consecuencia de los resultados obtenidos donde se intentará descubrir el prototipo enfermero rescribiendo todos aquellos matices, actividades, ideologías...que se puedan enmarcar y ubicar en el seno de algún modelo, sistema, teoría, etc. empleadas por la Enfermería como disciplina Superior.

## MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio básicamente de corte descriptivo retrospectivo, se llevó a cabo durante dos meses consecutivos tras la finalización de la temporada estival del verano de 2003. Se ha tomado como material esencial de estudio el cuento de *Caperucita Roja*. Todos los datos obtenidos mediante lectura crítica y realizada con rigor científico cualitativo, se han intentado contrastar y verificar con material bibliográfico publicado, así como con otros estudios realizados. La búsqueda en bases de datos reconocidas por su valía científica y prestigiosas por la seriedad que tienen en su actuación, permitirán afianzar la calidad científica de cualquier estudio que se vaya a realizar. En los buscadores se introdujeron palabras clave para las

categorías: Caperucita Roja, Cuidados Informales, Cuentos Tradicionales, Mitología y Paradigmas, así como elementos relacionativos entre estos campos. Destacar que aunque existen algunas referencias bibliográficas para los términos establecidos de manera aislada, al intentar vincular y establecer relaciones para las categorías: caperucita roja y cuidados informales, caperucita roja y enfermería, caperucita roja y cuidados... estas posibilidades son muy limitadas y casi nulas, por lo que la investigación llevada a cabo tiene el carácter de novedosa al no existir precedentes, de ahí el interés que suscita y en concreto por ser una investigación efectuada por primera vez para la disciplina Enfermera.

Las bases de datos consultadas fueron CUIDEN(Base de Datos de Enfermería en Español de la Fundación Index y donde se recogieron un total de 73 registros recuperados), BDI(Base de Datos de Investigación Enfermera, entre las que se encuentra la del Instituto de Investigación de Salud Carlos III de España, con 8 registros), y como base internacional: MEDLINE (PubMed), de la Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU y de los Institutos Nacionales de Salud, con un total de 649 para los registros investigados.

## HACIA LA INVESTIGACIÓN ENFERMERA: RELACIÓN CON MÉTODOS, ENFOQUES, TÉCNICAS... (A MODO DE RESULTADOS)

Se intentará en todo momento demostrar una hipótesis cualitativa previa: “existe un prototipo enfermero en los cuentos tradicionales (ejemplificado en este caso a través de la reescritura de *Caperucita Roja*).

Para ello, si se practica un primer acercamiento a la Ciencia Enfermera se observan en la citada obra similitudes con los cuidados de salud denominados informales (persona, familiar o no, que proporciona la mayor parte de los cuidados y apoyo diario a quien padece una enfermedad o requiere ayuda para el desarrollo de las actividades de la vida diaria, sin percibir remuneración económica por ello (Escuredo et al)). Se establece una red de apoyo familiar de primer orden encabezada por caperucita, que lleva en su cestita alimentos (pasteles, bote de miel, etc) a casa de la dependiente

abuela enferma. Además existen elementos comunes con el rasgo caracterizador definitorio del cuidador informal: atendidos en el seno de la propia familia y fundamentalmente del género femenino (esposas, hijas, nietas, etc), incremento de las actividades domésticas al tener una persona enferma a la que cuidar (madre de Caperucita atiende las necesidades de la abuelita además de las suyas propias practicando relación de ayuda en la alimentación), etc.

Por otra parte existen elementos configuradores que conformarán el prototipo enfermero y permitirán demostrar nuestra hipótesis previa:

-Uno de ellos serán los colores dominantes en Caperucita y que guardan una estrecha relación con la Enfermería: el rojo y el blanco. El primero da nombre a la obra y está presente desde el inicio hasta el final, su simbología con la sangre recuerda a la enfermería que presta sus servicios en aquellas unidades en las que dicho elemento hemático es su principal objetivo, como por ejemplo: en Banco de Sangre, bien realizando pruebas cruzadas y transfusiones sanguíneas, a la que trabaja en Extracciones, Laboratorios, etc.. El segundo color el blanco, es el color de las paredes de muchos hospitales, y con el que está pintado las paredes de la casa de la abuela del bosque.

-Por otro lado, la forma de la capa de caperucita también se incluiría como elemento configura-



dor, ya que nos evoca a las capas de la enfermería militar de las guerras mundiales (aún cuando el color no coincidiera al ser negro), y que eran empleadas para protegerse del frío cuando tenían que prestar sus servicios en el exterior y al salir a la calle.

-Otro elemento que nos servirá para demostrar nuestra tesis investigativa, viene representada por la idea de que al igual que la enfermería trabaja con la enfermedad, tenemos a la abuela que está enferma y agentes patógenos que la rodean como las bacterias y virus: el dañino lobo; así como la enfermera que presta los cuidados llámense de atención primaria domiciliarios o enfermeras de enlace (caperucita roja que atiende a su abuelita en su domicilio).

-También hallaríamos relación de los elementos de Caperucita con los empleados por la enfermería quirúrgica (Instrumentistas) y que vienen reflejados de forma clara en la obra: *El cazador sacó su cuchillo y rajó el vientre del lobo* (usando este cuchillo a manera de antecedente del bisturí para poder realizar incisiones en tejido abdominal). En el cuento, dicha intervención quirúrgica metafóricamente recuerda a una cesárea (cuyo fin es extraer el feto por vía abdominal cuando el parto no se puede verificar por sus vías naturales), sacando el exterior en el caso del texto literario a tratar, a unos seres vivos (aunque adultos) y previniendo el sufrimiento de estar aún dentro de la cavidad estomacal del lobo: *la Abuelita y Caperucita estaban allí, ¡vivas!*.

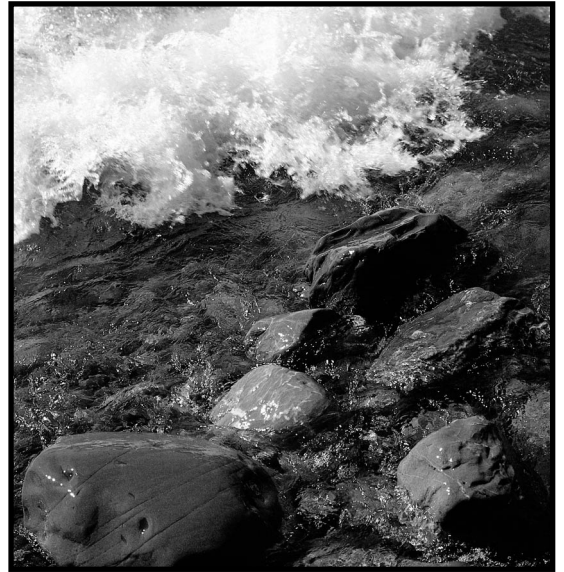
-Por otro lado se pueden definir, funciones de enfermería que se desempeñan en una parte central del cuento, y que bien recuerdan a las que son propias de las enfermeras que trabajan en los servicios de Triage o Clasificación, llegándose a realizar una valoración por aparatos: ojos, orejas, dientes, etc., y que se ve reflejado en el siguiente pasaje: *Abuelita, abuelita, ¡qué ojos más grandes tienes!..., abuelita, abuelita, ¡qué orejas más grandes tienes!... abuelita, abuelita; qué dientes más grandes tienes!...*

-Si investigamos los elementos definitorios del campo vida salud enfermero, destacaría la acepción encontrada para la cesta, que lleva caperucita llena de pasteles y otros alimentos a su abuela. Si bien etimológicamente esta palabra proviene de la

raíz latina *cestus*, una de sus acepciones en términos de salud (Dorland, 284) es: *célula en cesta, estrellada inferior de la corteza cerebelosa, así como una de las condensaciones de neurofibrillas intracelulares en la demencia senil (degeneración neurofibrilar de Alzheimer)*, por lo que estaríamos preparados para lanzar una subhipótesis secundaria en virtud de la cual el autor de manera indirecta, estaría asentando los precedentes literario-históricos de dicha enfermedad (en la época en la que el autor Charles Perrault escribió el cuento (1697), se desconocía tal enfermedad, no siendo descrita hasta 1907, por su mismo descubridor: Alois Alzheimer). Se demuestra, por tanto que se llevaría a cabo un uso lógico y correcto del término (al ser el destinatario de la cesta, la abuela de Caperucita), ya que precisamente será en personas mayores donde haga su aparición tal enfermedad (mensaje subliminal del cuento?).

### **CUIDADOS DE ENFERMERÍA HISTÓRICOS EN EL PLANO DE LA VIDA COTIDIANA DE LA OBRA ESTUDIADA**

En *Caperucita* se describen cuidados enfermeros que pertenecen al mundo de la época Histórica de la Enfermería Renacentista en que se data la escritura de este cuento tradicional, y que se describen a continuación: En concreto la mujer (madre de Caperucita) vemos que controlará y dirigirá todas las tareas necesarias para el desenvolvimiento normal de la familia, coincidiendo con las tareas propias de la época real de la historia renacentista enfermera (Siles G., J., 180). Si bien el cuidado de los enfermos van a ocupar un espacio vital central en su vida (incluso entre las clases altas renacentistas como aristócratas y burgueses van a ejercitar su espíritu cristiano, mortificando sus cuerpos mediante el cuidado de enfermos y otros servicios sociales y sanitarios que prestaban en hospitales). Por otra parte, también se luchará en esta época contra la enfermedad mediante los cuidados caseros (madre de Caperucita y la misma Caperucita) y será de uso común la consulta de profesionales como los barberos sangradores, los médicos y los boticarios. La familia se constituirá en el núcleo básico donde el niño (representado por Caperucita) pueda socializarse, educarse y proteger frente a la enfermedad.



### **¿UNA OBRA CON METODOLOGÍA ENFERMERA?**

Para responder a dicha pregunta se han analizado los diferentes Modelos Enfermeros existentes con rigor científico, encontrando muchas características que la encuadran en algunos de ellos y que a continuación se pasa a detallar:

En cuanto al Modelo de los Autocuidados postulado por Dorotea Orem, los elementos característicos que aparecen en la obra serían: En un primer término por la incapacidad de la abuela para poder administrar sus propios autocuidados, dada su condición de enfermedad, temporal. De los tres sistemas de enfermería, la abuela necesitará de la ayuda de su propia nieta Caperucita (que actúa como enfermera) del sistema parcialmente compensatorio. La abuela en este subsistema, puede satisfacer parte de los requisitos de autocuidado, pero no requiere de la enfermera para todos. No presenta una agencia de autocuidados tan limitada que su bienestar dependa de otros (como sucedería en pacientes inconscientes, sistema totalmente compensatorio). No necesita ayuda en la toma de decisiones, control de conducta, adquisición de habilidades (sistema de enfermería de apoyo-educativo).

Los cuatro conceptos del metaparadigma enfermero (Wesley, 85,86) defendidos por Orem, se identifican en la obra en los siguientes:

En un primer lugar la Persona representada por la abuelita, es un ser que tiene funciones biológicas, simbólicas y sociales, sujeto a las fuerzas de la naturaleza, con potencial para aprender y desarrollarse, y con capacidad para autoconocerse, para aprender las medidas de autocuidado, y que puede realizar una acción deliberada, interpretando experiencias y acciones beneficiosas. En el Entorno se incluye un ambiente de desarrollo, mediante la promoción de la motivación para alcanzar metas adaptando la conducta para satisfacer dichas metas, pudiendo de la misma manera afectar el entorno positiva o negativamente a las capacidades de la abuela para promover su autocuidado. En el cuento el tercer concepto de Orem: la Salud también se ve reflejado ya que está formado por aspectos físicos, psicológicos, interpersonales y sociales (contemplados por caperucita cuando ve a su abuelita), incluyendo la promoción y mantenimiento de la salud, así como el tratamiento de la enfermedad y prevención de complicaciones en la abuelita. Del cuarto concepto Enfermería, caperucita que adopta el rol de enfermera recurre a ella como servicio dirigido a la ayuda de otros, precisándose de ella para promocionar a la abuela como agencia de autocuidados, contemplando el servicio enfermero como un servicio de ayuda y emplea uno o más sistemas de enfermería para promover el autocuidado del enfermo.

Continuando con otro Modelo Enfermero del que podemos hablar destaca el de Virginia Henderson: Se incide prioritariamente tanto en el cuidado de los individuos enfermos como sanos, asistiendo a la abuela tanto en actividades para mantener la salud, como para recuperarse de la enfermedad. El nivel de independencia que se llegue a alcanzar se hace de vital importancia, ayudando caperucita a satisfacer las 14 necesidades básicas componentes del cuidado enfermero, y proporcionando un enfoque holístico de la enfermería. En este caso se incide esencialmente en el nivel de función enfermera sustituta, ayudante y compañera.

Por otro lado, la familia de la abuelita entiende que existe una teoría prescriptiva con un propósito central, una prescripción y una realidad. Ante lo cual existe una provisión de ayuda (Modelo de Ernestine Wiedenbach) personalizada en caperuci-

ta y su madre. El aspecto esencial de la filosofía de dicha familia hacia su abuela se basarán en una filosofía personal donde destacarán tres aspectos fundamentales: la veneración por la vida, respeto a la dignidad de la abuela, y decisión para actuar dinámicamente en función de las ideas asumidas como propias. Coincidiendo también con Wiedenbach se ofrece una conceptualización de los cuidados en Caperucita que asume la identificación de ayuda de la abuela (enferma), la prestación de la ayuda requerida y la validación de que dicha acción prestada era la adecuada para la abuela. En el cuento tan sólo contradice a Wiedenbach la definición que emplea para la persona, ya que no la considera parte de la unidad familiar, aunque sí como ser humano.

### **SIMBOLOGÍA DEL MUNDO ANIMAL Y RELACIÓN CON LA ENFERMERÍA ACTUAL**

Es notable hacer mención sobre la postura simbólica que ocupa el lobo (dominándolo todo), y en cambio la enfermera (caperucita), aparece subyugada al primer orden. Sin embargo tal situación cambiará conforme avanza el relato, conseguirá llegar a doctorarse gracias a la relación de ayuda propiciada por el leñador que corta la barriga al lobo y la saca, permitiendo que continúe de esta forma metafórica su independencia y ascenso como profesión autónoma en el terreno de los cuidados, orientados hacia la Excelencia. Es un deseo compartido por todo el colectivo profesional, que en breve se pueda acceder al título académico de grado (según políticas de convergencia europea de Educación Superior), y no haya más poderes ocultos (lobos) que impidan su reconocimiento, consiguiendo por fin llegar a ocupar el lugar que le corresponde con el rango de Disciplina Superior.

### **CONCLUSIONES**

A modo conclusivo, tras el estudio realizado estamos en disposición de poder aceptar la inicial hipótesis que planteaba la existencia de elementos definitorios del prototipo enfermero en los cuentos tradicionales. Si bien es importante hacer mención a las limitaciones surgidas para conseguir plantear dicha investigación, dada la escasa bibliografía o estudios al respecto de las categorías relacionadas,



y tan sólo existentes de forma aislada. Sin embargo y no por ello, la investigación etnorrativa realizada sobre cuentos tradicionales abandona en ningún momento los primeros planteamientos científicos; y la convierten por el rigor seguido, seriedad, originalidad, adecuación y pertinencia a la Ciencia de los Cuidados Enfermeros, como un estudio digno y a tener en cuenta entre los de mayor calidad dentro del paradigma cualitativo enfermero. Además se cumple un objetivo que toda enfermera debe cumplir, al hacerse visible el potencial enorme que tiene, planteando metas donde el espíritu crítico investigador sea su eje vertebrador. Por todo lo cual se han intentado en todo momento permitir que Enfermería avance hacia la Excelencia y donde se considere al hombre globalmente, contemplado en sus diferentes vertientes.

## BIBLIOGRAFÍA

BDIE (Base Datos Investigación Enfermería) en [http://bdie.isciii.es/Buscador\\_BDIE.htm](http://bdie.isciii.es/Buscador_BDIE.htm) (indexado Noviembre 2003).

CUIDEN (Base Datos Enfermería ,Búsqueda Bibliográfica),Fundación Index,Granada,España en <http://www.doc6.es/index/> (Nov. 2003).

Cuesta Benjumea, Carmen de la (1997),Características de la Investigación Cualitativa y su relación con la Enfermería; Invest Educ Enferm. XV(2):13-24.Septiembre.

Dorland (1988), Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina; Interamericana, México,D.F.; Vol.2, p. 284.

Enciclopedia temática Larousse (2000),Planeta, Barcelona,Tomo III,p.1144.

Escuredo Rodríguez,B.;Díaz Álvarez,E.; Pascual Cortés,O,(2001), Cuidadores Informales.Necesidades y Ayudas;Rol Enferm., 24(3).p.183-189.

Gálvez Toro, Alberto y Amescua,Manuel (2002): Los modos de análisis en Investigación Cualitativa en Salud:Perspectiva Crítica y Reflexiones en Voz Alta, Rev Esp Salud Pública.76(5):423-436, Sep-Octubre.

Medline (Pub Med),National Library Of Medicine,Database,EEUU(Nov 2003) en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=search&DB=PubMed>, .

OMS (1993), Enfermería en Acción; Ministerio de Sanidad y Consumo; Madrid.

Asociación Española Enfermería Docente; Sobre la Definición de Enfermería en el Diccionario de la Real Academia Española; en [www.eeed.net](http://www.eeed.net), indexado el 5/02/2004.

Perrault,Charles;Caperucita Roja; indexado internet

el 27/10/2003 en: <http://personales.mundivia.es/llera/cuentos/caperucita.htm>.

Salas Iglesias, P.M. (1996); Atención de Enfermería en la Enfermedad de Alzheimer; Rev. Doc. Enfermería; Año 1, Marzo, Huelva, p.6-10.

Santana Santana, A.J.; Benítez Ramírez, M<sup>ª</sup>C (1998).; Atención Integral al Enfermo de Alzheimer; Dovall Consulting; Las Palmas de Gran Canaria; p.29.

Siles González, J (1999); Historia de la Enfermería; Ed. Aguaclara, Alicante.

Villegas López, S.(2000), Estudios Culturales y Lingüísticos Mundo Anglófono, Facultad Humanidades, Universidad de Huelva.

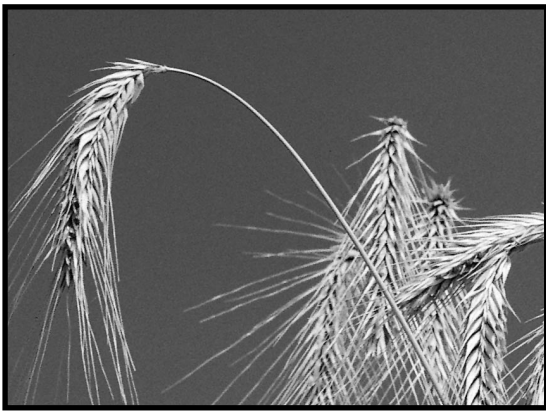
Wesley, R.L. (1997); Teorías y Modelos de Enfermería; McGraw-Hill Interamericana; México, D.F..

# TEORÍA Y MÉTODO

## UNA INTRODUCCIÓN A LA NATURALEZA DEL CUIDADO

Manuel Jesús Salas Iglesias

Doctorando Universidad de Alicante: Enfermería y Cultura de los Cuidados.  
Licenciado en Antropología Social y Cultural. Diplomado y Titulado Superior  
en Enfermería.



### AN INTRODUCTION TO NATURE OF CARE

#### ABSTRACT

This document analyses the biological and cultural nature of Care, explaining to which extent innate and learned principles can be found in it. As a result, apart from highlighting its precise and universally accepted dimension as an activity of attention or assistance applying to the animal world and essential for survival, a need is proven for resorting to an abstract dimension according to the demands inherent to its complexity. Furthermore, this analysis reveals that the notion of Care not only refers to an act in itself but a phenomenon within reality, exclusively human and universal. This work concludes with new considerations for the sciences that understand Care as an unailing part of its object of study.

**Key words:** Care, nature, innate, cultural, abstract dimension.

#### RESUMEN

El presente documento analiza la naturaleza biológica y cultural del Cuidado trayendo a colación las explicaciones respecto a qué de innato y qué de aprendido encontramos en un comportamiento de tales características. Como resultado, además de evidenciar su dimensión concreta y universalmente aceptada en tanto actividad de asistencia o atención extensible al mundo animal y que resulta fundamental para la supervivencia, se pone de manifiesto, mediante una definición precisa de su naturaleza, la necesidad de recurrir a una dimensión abstracta acorde con las exigencias que su complejidad encierra, toda vez que además de a un acto en sí mismo dicho análisis revela que la noción de Cuidado refiere más bien a un fenómeno de la realidad, privativamente humano y con carácter universal. El texto termina con nuevas consideraciones para las ciencias que entienden que el Cuidado constituye parte indefectible de su objeto de estudio.

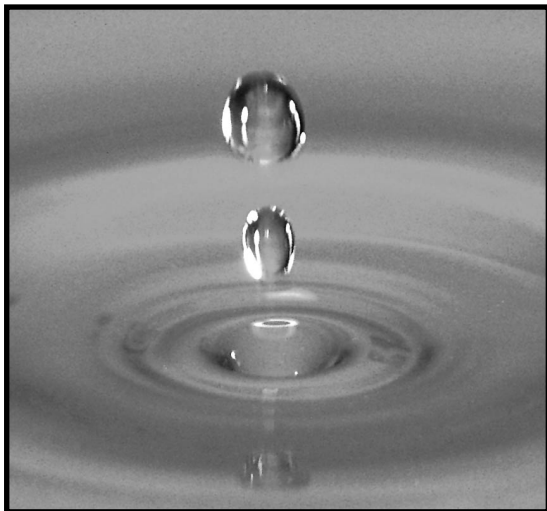
**Palabras Clave:** Cuidado, naturaleza, innato, cultural, dimensión abstracta.

#### INTRODUCCIÓN

Es muy escasa la confusión que el concepto de cuidado suscita, en cuanto a su significación, en la mente tanto de doctos como de profanos, encontrando unas asociaciones prácticamente unívocas entre significante y significado en alto grado homogéneas tanto dentro del contexto académico como en el ámbito de lo social. Es más, a la luz de la realidad ostensible en los medios de comunica-

ción y expresión científica, así como en los foros de discusión de su comunidad, nos encontramos igualmente en condiciones de argüir que la representación conceptual en ambos grupos expuestos no difiere cualitativamente de manera notable. Es decir, la noción de cuidado forma parte de nuestra cotidianeidad, y su uso se halla tradicionalmente arraigado en el dominio tanto de lo público como de lo privado, en lo doméstico y en lo productivo, en lo manual y en lo intelectual resultando comúnmente aceptada su acepción vulgar, concreta o reducida casi de manera universal. Esto es así hasta el punto de que dicha convención ha venido a delimitar con firmeza un espacio conceptual que ha mantenido de manera incuestionable su dimensión restringida por encima de cualquier opción de discusión respecto a lo controvertido de las condiciones efectivas de su naturaleza. En líneas generales, esta coincidencia de representaciones se sintetiza en la definición del cuidado en tanto una acción, actividad o su conjunto, de asistencia o atención, no solamente humana sino de la que participa el mundo animal en sentido extenso y que resulta fundamental para la supervivencia (Collière 1993; Hernández Conesa 1999; Hernández Conesa, Moral de Calatrava y Esteban Albert 2003; Eseverri Cháverri 1992; Torralba i Roselló 1998; Torralba i Roselló 2002; Wesley 1997).

En primera instancia, coincidimos en señalar que las causas del uso generalizado de esta acepción prosaica, de dicha conceptualización abrevia-



da, haya que buscarlas, entre otras, en los resultados de una forma de pensamiento del mundo occidental cuyo contenido se ha venido a caracterizar de manera tradicional por la formulación de antítesis complementarias del tipo cuerpo-alma, físico-mental, vital-social (Kroeber 1975) o naturaleza-cultura. Toda vez que la utilidad de dicha diferenciación se manifiesta no sólo en una forma de discernir entre la legítima naturaleza de una parte de la realidad, sino en la manera por medio de la cual aproximarnos a su conocimiento. En ese sentido, la discriminación que procede traer a colación, refiere a la confrontación entre lo biológico y lo adquirido por cuanto tradicionalmente hemos convenido en consensuar que el cuidado, haciendo uso de esa noción genérica universalmente aceptada, resulta una actividad con la que nacemos, aunque no son escasos los argumentos que se pronuncian a favor de la naturaleza aprendida de dicho comportamiento (Salas Iglesias 2001; Salas Iglesias 2002). Con ello, el fundamento de la divergencia rivaliza básicamente respecto a si nos llega el expresarnos mediante una acción de cuidado a través de la herencia biológica o por el contrario resulta ser algo que forma parte de nuestra vida y constitución por medio de agentes con los que la herencia no tiene nada que ver. En el primer caso, podríamos afirmar que el hombre cuida de manera innata y que constituye un comportamiento similar, de la misma naturaleza, al que encontramos en el mundo animal y que en tanto actividad o acción debería ser contemplado y estudiado, sin nada que discrepar respecto a la consideración efectiva de su dimensión concreta. En cuanto a la segunda de las cuestiones diríamos que el cuidado responde a un comportamiento aprendido que la Cultura se encarga de definir y delimitar, diferenciándose radicalmente no sólo en su origen sino en sus manifestaciones de lo que por cuidado animal pudiésemos entender.

### **EL CUIDADO: UN COMPORTAMIENTO INNATO O APRENDIDO, ANIMAL O PRATIVAMENTE HUMANO**

Nada tendríamos que objetar, respecto a la afirmación, por ejemplo, de que la capacidad de hablar es algo genéticamente determinado en la especie humana, es decir, el hombre presenta una capaci-

dad para hablar que está filogenéticamente establecida. Pero, del mismo modo, tendríamos que coincidir en señalar cómo el idioma que terminamos hablando de manera dominante es aprendido, toda vez que éste no constituye un carácter que pueda ser transmitido por medio de los genes. Por consiguiente podemos afirmar que, en la especie humana, si bien existe una capacidad para hablar que viene filogenéticamente determinada, el idioma, por el contrario, está culturalmente definido (Kroeber 1975). Esto es, existen caracteres biológicamente heredados y otros los aprendemos por medio de la Cultura.

Otras especies animales también tienen capacidad de lenguaje. Sin embargo, el lenguaje en el mundo animal no es parte erradicable de su naturaleza, es decir, está tan contenido en él como sus dientes, su modo de andar o sus instintos, a diferencia, por ejemplo, del idioma en el hombre, por lo que difícilmente ladrará un gato aunque se críe, azarosa o experimentalmente, junto a miembros cánidos. Por ese motivo y de manera irremediable, aunque nuestro gato experimental nunca hubiese mantenido contacto con otros miembros de su especie, su instinto le alertaría sobre la conducta a seguir cuando este hecho se materializase.

En definitiva, queremos traer a colación la conclusión de que en el mundo animal el comportamiento está determinado por la herencia biológica, es decir, tanto la capacidad como su manifestación están filogenéticamente determinadas. Sin embargo no ocurre de igual manera en el hombre.

En esta misma línea podemos considerar, en principio, que tanto hombres como animales cuidan, siendo el ejemplo más diacrítico la atención ofertada a las crías desde el momento de su nacimiento.

Al reconocer el cuidado de las crías en tanto comportamiento animal hemos de entender que responde a una manifestación instintiva y definida al mismo modo que el ladrido del perro o el maullido del gato. Es decir, los animales poseen una capacidad para cuidar contenida en su código genético, siendo su manifestación de la misma naturaleza.

Hasta el momento, en el hombre, sólo en raras excepciones ha sido posible presentar la prueba experimental de respuesta de un mecanismo desen-

cadena innata toda vez que estos maduran en el curso de la ontogénesis y durante este tiempo afluyen múltiples experiencias al organismo (Eibl-Eibesfeldt 1993). Sin embargo, a la luz de los resultados en el campo de la etología, nos encontramos en condiciones de afirmar que, respecto al cuidado, existe, de manera innata, una tendencia a ofrecer asistencia, una intención de prestar atención al recién nacido como reconocimiento o respuesta biológica desencadenada por una serie de estímulos evocados por el neonato, similares a los reflejos que conocemos. Es decir la biología humana es capaz de reconocer la necesidad de poner en marcha una serie de actos de asistencia básicos en la misma línea de la acción comunicativa más elemental, recíproca a la manifestación de determinados comportamientos innatos en el recién nacido, capaces de despertar una aptitud de oferta en los receptores. Y esta capacidad "natural" u orgánica para reconocer una demanda básica de asistencia, en un mecanismo de funcionamiento muy similar al estímulo-respuesta, es genérico o universal en nuestra especie, es decir, es extensible a todos sus miembros sin, inclusive, hacer distinción de sexos. Por consiguiente, quedarían en entredicho todos aquellos condicionantes que culturalmente refuerzan el papel cuidador de la mujer de manera natural, por medio de estructuras pretendidamente ancladas en lo biológico, como el instinto maternal, toda vez que éste sea entendido como una capacidad extrema en la madre de identificar determinadas demandas en el recién nacido (Esteban 2000). Por lo que hemos de constatar la existencia de un fuerte contenido cultural en todas aquellas manifestaciones que refieren a los atributos estructurantes de los géneros (Godeliere 1980) y sus refuerzos como dicho instinto, dado que la capacidad para reconocer la demanda elemental de asistencia existe en la misma medida en hombres que en mujeres.

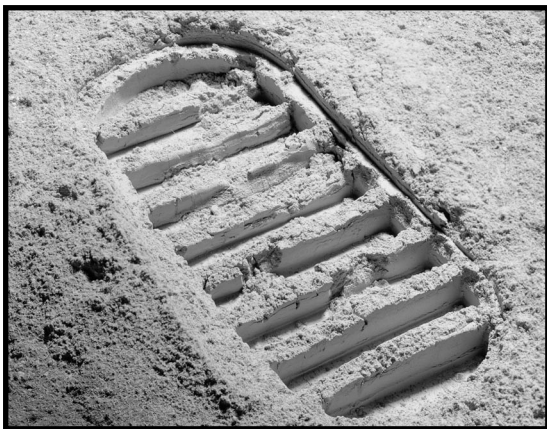
Pero, volviendo al objeto primigenio de la cuestión, podemos afirmar en primer término que en el caso de la especie humana existe del mismo modo esa capacidad para cuidar que vemos en el mundo animal, al igual que heredamos de manera innata la capacidad del lenguaje. Sin embargo de la misma manera que resulta evidente que es la Cultura la que define en última instancia el idioma

que será dominante, el responsable del cuidado así como las diferentes manifestaciones del mismo serán atributos culturalmente determinados (Godeliere 1980; Salas Iglesias 2003a; Salas Iglesias 2003b). Es decir, indudablemente, existen capacidades y actividades verdaderamente paralelas a las de los animales, aunque, a nadie escapa que hay algo más, que sin ser paralelo resulta además muy diferente. Nadie puede negar, por tanto, que hay algo puramente animal de manera subyacente en todo acto de cuidado, pero el hecho de que el cuidado resulte de un fundamento animal, puramente orgánico, no es motivo para entender, en su extrapolación a lo humano, el cuidado humano como una ampliación del acto animal, toda vez que el cuidado humano encierra en su conformación elementos socioculturales además de orgánicos (Kroeber 1975; González Alcantud y Rodríguez Becerra 1996; Salas Iglesias, en prensa).

En un segundo nivel de concreción, conjuntamente, en el hombre, y puesto que hablamos de acción y de percepción de estímulos, tanto la conducta como la percepción van acompañados indefectiblemente por las emociones, es decir, por sentimientos, movimientos de ánimo o correlatos subjetivos (Barriga 1987). Estos sentimientos emotivos constituyen una categoría vivencial en sí misma, es decir, nadie puede aprender el sentimiento de odio, ira, amor, celos, envidia, miedo, mala conciencia, etc..., que además resultan categorías culturalmente universales, sino aquello que es susceptible u objeto de odio, amor, etc... (Eibl-Eibesfeldt 1993). Por lo que nos encontramos en condiciones de afirmar que las emociones son pro-

pias de los organismos y no de los genes, que toda percepción, al igual que todo comportamiento, implica unas emociones, una vivencia subjetiva, pero que sin embargo el objeto sobre el que se desarrolla un tipo u otro de emoción es aprendido y, por tanto, ante un recién nacido se pueden manifestar las emociones que cada cultura imponga, siempre y cuando tengamos en cuenta que la primera intención que de manera biológica se pone en marcha es la prestación de asistencia elemental, tanto en el hombre como en la mujer, aunque sea la cultura la que disponga en qué medida ha de manifestarse en uno u otro caso, además de si se anteponen exigencias de carácter individual o colectivo (Salas Iglesias, en prensa).

Por todo ello, aunque, como hemos advertido, el reconocimiento de mecanismos desencadenantes innatos en el adulto sólo es posible por indicios, podemos concluir, respecto al cuidado, que existe una predisposición biológica a la asistencia del recién nacido como forma más elemental de cuidados humanos, esto es, la capacidad biológica para percibir situaciones de demanda de cuidados está presente en el hombre, de manera innata, por medio de rasgos elementales de comunicación-percepción. O lo que sería más correcto afirmar, existe una demanda biológica de asistencia, una necesidad biológica de atención que tiene una respuesta cultural manifiesta en una o diferentes formas como toda necesidad biológica, aunque no podamos afirmar igualmente que toda respuesta cultural responda a una necesidad biológicamente definida (Kottak 1994). Y esta respuesta, que además de cultural es también biológica, a la demanda de asistencia o atención se materializa en el hombre bajo la denominación de cuidado. Y, por tanto, ante la cuestión respecto a si el cuidado es innato o culturalmente aprendido hemos de responder que es tan biológico como cultural, encerrando tal afirmación las claves para comprender que el cuidado presenta una dimensión abstracta (Salas Iglesias 2002; Salas Iglesias en prensa; Salas Iglesias 2003c) no sujeta al tiempo ni al espacio por cuanto además de un acto, debe ser entendido como un fenómeno de la realidad. En ese sentido, la dicotomía naturaleza/cultura responde, en este caso, más bien a unas exigencias de equilibrio y de complementariedad que a criterios divergentes o exclusi-



vos y así debemos entenderlo cuando de aproximarnos a su conocimiento se trate.

Por último, habría que señalar, además, que llegados a este punto nos encontramos en condiciones de argüir que no movilizan el mismo universo las atribuciones que cuando con la noción de cuidado nos referimos al hombre que al mundo animal, toda vez que en el primero de los casos tal acepción encierra una dimensión abstracta no extrapolable a otras condiciones animales, resultando dicha complejidad, por tanto, algo privativo de nuestra especie.

## CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Es consustancial a nuestra propia naturaleza que en la primera fase del ciclo vital, como recién nacidos, se inciten de manera instintiva hacia comportamientos de respuesta en el entorno que se traduzcan en asistencia o atención, toda vez que, inmediatamente después del nacimiento, el lactante cuenta ya con un repertorio de señales y se halla, además, en situación de reaccionar adaptativamente a la atención de su madre o progenitor. En segundo lugar, existe la total capacidad, tanto en el hombre como en la mujer y en ambos en la misma intensidad biológica, de entender tales actos reflejos, ciertas acciones, gestos, expresiones comunicativas del recién nacido que se traducen en una predisposición de los demás a la prestación de cuidados, por cuanto dichas acciones, gestos, expresiones, etc..., generan básicamente sensación de bienestar, de reciprocidad de oferta, etc... que junto con la herencia aprendida podrían desembocar en la estimulación o potenciación, incluso grupal, de ofertar protección, alimentos, etc..., en función, lógicamente, de las necesidades grupales de supervivencia, toda vez que en el hombre la manifestación de ciertas capacidades se produce culturalmente. Incluso esta manifestación cultural de una necesidad biológica es uno de los fundamentos sobre los que descansan los argumentos de ciertas teorías (Eibl-Eibesfeldt 1993) que encuentran el origen de la sociabilidad, la solidaridad, etc... en esa interacción, comunicación, acción, etc... que hemos venido a definir como Cuidado. Con todo ello podemos apelar a la denominación genérica de *Homo curator* (Diccionario spes 1981; Diccionario R.A.E. 2001) por cuanto nos encontramos en con-

diciones de afirmar que somos una especie cuidadora, en un intento de aproximarnos al conocimiento de lo específicamente humano siempre que dicha noción difiere radicalmente en su naturaleza respecto a otras acciones de asistencia que encontramos en el mundo animal, no pudiendo ser extrapolables las conclusiones obtenidas en ambos campos.

Llegados a este punto son tres las distinciones que hasta el momento debemos traer a colación y la comunidad científica desarrollar: En primer lugar que aunque tanto en el mundo animal como entre los humanos podamos distinguir actividades de asistencia o de atención, éstas difieren notablemente en su naturaleza, por lo que no podemos decir que sea lo mismo el cuidado animal que el humano y, por tanto, cuando del cuidado hablemos será preciso hacer siempre la distinción, si considerásemos que la noción sigue siendo apropiada para designar ambas realidades, entre cuidado humano versus cuidado animal. En segundo lugar, puesto que el cuidado presenta tanto una dimensión restringida como amplia, es necesario referirnos a ella como "cuidado" cuando buscamos en su designación un mayor nivel de concreción versus "Cuidado" cuando de distinguir la complejidad de su dimensión abstracta se trate. En tercer lugar, toda vez que coincidimos en señalar el Cuidado como un fenómeno de la realidad que encierra todo el nivel de abstracción que su complejidad exige, debemos comprender igualmente que al referirnos al Cuidado nos remitimos a un contexto privativamente humano de comportamientos, emociones, conocimientos, etc... muy diferente de la realidad animal. Por consiguiente, la noción de Cuidado debe ser únicamente atribuible a la condición humana, encontrando en el mundo animal acciones de atención o asistencia que garantizan la supervivencia pero no constituyen Cuidado en sí mismo.

Con todo ello, cuando nos referimos al Cuidado en tanto una acción, actividad o su conjunto, de asistencia o atención, además de a éste aspecto concreto, nos referimos a un conjunto de creencias, conocimientos, experiencias, emociones, mecanismos, sistemas y estructuras comunicativas, sensitivas, perceptivas, valores, recursos, instrumentos, gestores, etc... en cada sociedad o cultura en particular o en general, que constituyen

parte de una noción que intenta describir y conocer un fenómeno de la realidad con carácter universal, en sus múltiples dimensiones y con especificidad propia.

La recurrencia a esta dimensión abstracta procura tener acceso a la totalidad, a la integridad del fenómeno en su mayor expresión y magnitud, toda vez que resulta un fenómeno de naturaleza compleja en su conformación, contenido e interacción con el resto de elementos que integran la realidad tanto biológica como sociocultural. En ese sentido, las ciencias que estudian los diferentes fenómenos de la realidad y en particular aquellas que entienden que el Cuidado constituye parte fundamental de su objeto de estudio, deben adoptar igualmente un posicionamiento complejo en la definición de la filosofía científica más adecuada para aproximarnos a dicho fenómeno, toda vez que entender el Cuidado en tanto una actividad, exclusivamente, además de acercarnos de forma parcelaria a la realidad que queremos estudiar y encontrarse en disonancia con su verdadera naturaleza, hace un flaco favor a la ciencia que lo tutela por cuanto constituye más bien un obstáculo que un motor de desarrollo que contribuya a consolidar su estatus científico (Salas Iglesias 2002; Salas Iglesias 2003; Siles González 1997; Siles González 1999).

## BIBLIOGRAFÍA

- BARRIGA, S. (1987) *Psicología General*. CEAC, S.A. Barcelona.
- COLLIÉRE, M.F.(1993) *Promover la vida*. McGraw-Hill Interamericana. Madrid.
- DICCIONARIO RAE(2001) 22ª edición, Espasa Calpe. Madrid.
- DICCIONARIO SPES: latino-español español-latino (1981) Bibliograf S.A. Barcelona.
- EIBL-EIBESFELDT, I.(1993) *Biología del comportamiento humano*. Manual de etología humana. Alianza S.A. Madrid.
- ESEVERRI CHÁVERRI, C.(1992) *Enfermería Hoy. Filosofía y Antropología de una profesión*. Diaz de santos S.A. Madrid.
- ESTEBAN, M.L.(2000) *La maternidad como cultura*. Algunas cuestiones sobre la lactancia materna y cuidado infantil. En *Medicina y cultura*. Estudios entre la antropología y la medicina (Perdiguero, E. y Comelles, J.M. eds.). Ediciones Bellaterra. Barcelona pp.207-226
- GODELIÉRE, M.(1980) *Las relaciones hombre/mujer: El problema de la dominación masculina*. Teoría. Barcelona.3.

-GONZÁLEZ ALCANTUD, J.A y RODRÍGUEZ BECERRA, S. eds.(1996) *Creer y Curar. La medicina popular*. Diputación provincial de Granada. Granada.

-HERNÁNDEZ CONESA, J.(1999) *Historia de la enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de enfermería*. McGraw-Hill Interamericana. Madrid.

-HERNÁNDEZ CONESA, J.; MORAL DE CALATRAVA, P. y ESTEBAN ALBERT, M.(2003) *Fundamentos de la Enfermería: Teoría y método*. McGraw-Hill Interamericana. Madrid.

-KOTTAK, C.P.(1994) *Antropología. Una exploración de la diversidad humana*. McGraw-Hill Interamericana. Madrid.

-KROEBER, A.L.(1975) *Lo superorgánico*(1917). En *El concepto de cultura: textos fundamentales*(Kahn, J.S. Ed.). Anagrama, Barcelona. pp.47-83.

-SALAS IGLESIAS, M.J.(2001) *Terapias Alternativas. De práctica irracional a terapia complementaria*. *Index de Enfermería*.35, 25-28.

-SALAS IGLESIAS, M.J.(2002) *Cuestiones de ciencia: La situación de la Historia de la Enfermería*. *Index de Enfermería*.39, 64-65.

-SALAS IGLESIAS, M.J.(2003a) *La enfermería y la construcción sociocultural de la identidad profesional (I)*. *Documentos de Enfermería*. *Revista del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huelva*.19,7-8

-SALAS IGLESIAS, M.J.(2003b) *La enfermería y la construcción sociocultural de la identidad profesional (II)*. *Documentos de Enfermería*. *Revista del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huelva*.20,4

-SALAS IGLESIAS, M.J.(2003c) *El estatus científico de la Enfermería: Paradigma, método y naturaleza de su objeto de estudio*. *Cultura de los cuidados*. *Revista de Enfermería y Humanidades* 14,71-78.

-SALAS IGLESIAS, M.J. [En prensa]. *Los cuidados de nacimiento en Andalucía (finales del siglo XIX y principios del siglo XX): Gestores del parto, técnicas, procedimientos y fundamentos teórico-metodológicos a través de la encuesta del Ateneo de Madrid de 1901-1902*. *Index de Enfermería*.

-SILES GONZÁLEZ, J.(1997) *Epistemología y enfermería: por una fundamentación científica y profesional de la disciplina*. *Enfermería Clínica*.7/4,188-194.

-SILES GONZÁLEZ, J.(1999) *Historia de la Enfermería*. Aguaclara. Alicante.

-TORRALBA I ROSELLÓ, F.(1998) *Antropología del Cuidar*. Fundación Mapfre Medicina. Madrid.

-TORRALBA I ROSELLÓ, F.(2002) *Ética del Cuidar*. Fundación Mapfre Medicina. Madrid.

-WESLEY, R.L.(1997) *Teorías y modelos de enfermería*. McGraw-Hill Interamericana. México.

# SEMINARIO INVESTIGATIVO: EXPERIENCIA DESDE LA PERSPECTIVA DE ENFERMERÍA

Rosita Daza de Caballero

Profesora Asociada Departamento de enfermería clínica. Facultad de Enfermería  
Pontificia Universidad Javeriana

Magíster en Dirección Universitaria. Universidad de los Andes

Magíster en Filosofía. Pontificia Universidad Javeriana

Especialista en Enfermería Pediátrica. UNAM

Bogotá, Colombia

## RESEARCH SEMINAR: EXPERIENCE FROM NURSING PERSPECTIVE

### ABSTRACT

The research seminar of the Javeriana University Faculty of Nursing has its starting point at the early 1980's when the professors then in charge of the students education questioned themselves about the foundations of Nursing as a professional activity, its field of study, the approach methods and the several theoretical streams on which the professional labour and the disciplinary body relied on, these aspects becoming the leading axis in the continuous reflection that has characterized this area. As a pedagogic experience, it has become a tradition within the Faculty that has enriched teaching practice, brought feedback to the educational processes and also contributed to professional development from a research perspective. This article intends to answer the following questions pointing out the most relevant aspects of the process: What is the research seminar? How has it developed? What are its accomplishments and limitations? What is its current state? What are the arisen challenges?

**Key words:** Research seminar, Nursing Care, Carol Gilligan

### RESUMEN

El seminario investigativo de la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana, tuvo su inicio a comienzos de 1980 cuando el grupo de docentes que en ese momento participaban en la formación de los estu-

diantes empezó a cuestionarse acerca de los fundamentos de la Enfermería como actividad profesional y su objeto de estudio, los métodos de aproximación y las diversas corrientes teóricas en las que se apoyaba el quehacer profesional y el ser disciplinar constituyéndose -estos aspectos- en los ejes conductores que han estado presentes en la reflexión continua que ha caracterizado este espacio. Como experiencia pedagógica, ha constituido una tradición al interior de la facultad que ha enriquecido la práctica docente, retro-alimentado los procesos formativos y generado aportes desde el punto de vista investigativo que contribuyen al desarrollo profesional. Este artículo pretende dar respuesta a los siguientes interrogantes señalando los aspectos más relevantes del proceso: ¿Qué es el Seminario Investigativo? ¿Cómo se ha desarrollado? ¿Cuáles han sido sus alcances y limitaciones? ¿Cuál es el estado actual? ¿Cuáles son los desafíos planteados?

**Palabras clave:** Seminario Investigativo- Enfermería- Cuidado-Carol Gilligan

### SEMINARIO INVESTIGATIVO

La palabra *Seminarium* proviene del latín y significa semillero, plantación lugar de cultivo. Como alternativa pedagógica se caracteriza por los siguientes aspectos:

- La conformación de grupos centrados en el análisis, reflexión, comprensión de un tema o problema, en el cual todos los participantes, de una manera activa, colaborativa y dialogal, contribuyen al proceso de construcción de conocimientos.
- Otra de las características del seminario es su continuidad, permanencia, rigurosidad en la revi-



sión y análisis de la bibliografía como la motivación, responsabilidad, compromiso e interés de sus participantes.

- La elaboración de relatorías y de protocolos escritos de cada sesión constituyen exigencias metodológicas.

Como actividad permanente, favorece el trabajo personal como el colectivo ya que estimula el desarrollo intelectual de cada uno de los miembros y permite reconocer debilidades y fortalezas para enfrentar el trabajo intelectual de razonar, preguntar, argumentar y sustentar ideas. En cuanto al trabajo colectivo, el seminario permite, a través de las discusiones revisar las posiciones personales para retro-alimentarlas desde perspectivas diferentes y construir aportes nuevos y originales.

En el seminario se combinan la docencia y la investigación ya que lo que cada uno de los participantes aprende e investiga permite compartir con los otros miembros del grupo. La exigencia del proceso les obliga a poner en práctica tanto las cualidades de maestro como de investigador.

## **EVOLUCIÓN**

En los comienzos o iniciación de esta actividad académica, el interés de los docentes estuvo centrado en indagar acerca de la esencia misma de la enfermería; para esto fue necesario remitirse a los orígenes mismos de las prácticas de cuidado desde los comienzos de la humanidad, a rastrear minuciosamente como se fueron constituyendo las prácticas de las personas que se dedicaban al cuidado de los enfermos y cuales fueron los rasgos característicos de la vocación y el oficio y como se fueron consolidando a través de las distintas épocas hasta llegar al desarrollo profesional actual.

Este proceso se llevó a cabo paralelamente a la reforma curricular del programa de pregrado, situación que indudablemente repercutió en la reforma en marcha. La pregunta tanto por la identidad como por el método como forma de aproximarse a los fenómenos de la salud y enfermedad estuvieron presentes en esta primera etapa de evolución.

El desarrollo, continuidad y motivación de los miembros del seminario constituyeron factores determinantes en el proceso de maduración que se

empezó a gestar. Se planteó la necesidad de apoyarse en otras disciplinas como la filosofía para poder ampliar la visión, referente y alcance de las discusiones y fue así como se contó con un director de esta disciplina que también ayudó a profundizar en lo que se constituía la episteme de la enfermería.

La pregunta por el objeto de la enfermería estuvo presente lo mismo que el papel que juega el método dentro del quehacer profesional. Se reconoció la importancia de la reflexión teórica en una profesión que históricamente ha estado inmersa en el mundo del desempeño profesional, de las habilidades técnico-científicas, dejando a un lado la actividad teórica.

Es así como la etapa actual o de consolidación permite hoy mirar retrospectivamente el camino recorrido durante este tiempo, reconocer los avances teóricos y las limitaciones, las dificultades y los logros y reconocer que aunque el proceso ha sido lento y complejo también ha permitido estimular y fomentar el trabajo de conceptualización tanto en los departamentos como en el grupo de docentes que se han vinculando al proceso.

La socialización con otros grupos de carácter nacional también ha sido una oportunidad de confrontar y abrir nuevos espacios de intercambio y crecimiento. La pregunta por el cuidado, sus fundamentos y dimensiones han estado presentes en esta etapa.

## **DESARROLLO ACTUAL**

Durante el primer semestre del año 2000 y respondiendo a las necesidades de fundamentar las dimensiones del cuidado, el seminario se ha centrado en el texto de Carol Gilligan, "La moral y la teoría: Psicología del desarrollo femenino". Autora de diversos libros entre los cuales se destaca "En voces diferentes: teoría Psicológica y desarrollo de la mujer".

Para el desarrollo de sus investigaciones y el desarrollo teórico de su propuesta utiliza fuentes bibliográficas de carácter psicológico entre las cuales se destacan Freud, Erikson, Kohlberg, Piaget, Chodorow, Stoller y otras de carácter literario en las que se apoya para ilustrar y señalar los aspectos relevantes relacionados con el desarrollo de las mujeres como Chejov y Bettelheim.

Utiliza su experiencia tanto profesional como académica e investigadora en los diversos estudios relacionados con: estudiantes universitarias y decisión de abortar, que le permitieron explorar el juicio moral, la identidad y el desarrollo en los primeros años del adulto. Estos estudios también le permitieron estudiar la relación entre experiencia y pensamiento y el papel del conflicto en el desarrollo. Las hipótesis generadas le permitieron trabajar sobre derechos y responsabilidades que le ampliaron los conceptos sobre moral, ego, experiencias de conflicto moral, elección y juicios sobre dilemas morales hipotéticos.

En el desarrollo del seminario se ha podido ir analizando la tesis que subyace en el texto mencionado y que hace referencia a lo siguiente:

“Si empezamos el estudio de las mujeres y derivamos de sus vidas las elaboraciones del desarrollo empiezan a surgir los lineamientos de una concepción moral distinta de la descrita por Freud, Piaget o Kohlberg y conforman una descripción diferente del desarrollo. En esta concepción, el problema moral surge de responsabilidades en conflicto y no de derechos competitivos y para su resolución pide un modo de pensar que sea contextual y narrativo, en lugar de formal y abstracto”.

A partir de la tesis expuesta por Gilligan se empieza a develar una concepción diferente en donde el problema moral y la manera de resolverlo pone en conflicto las responsabilidades de los actores, entrando en juego los elementos de relación y de cooperación en las mujeres y de justicia y competencia en los hombres. El camino que abre esta confrontación de visiones distintas nos pone de frente a la visión tradicional de occidente la cual ha privilegiado una forma de conocimiento y una cosmovisión centrada en lo masculino, en detrimento de una visión femenina.

Es necesario resaltar cómo el asumir una perspectiva desde lo relacional y de cooperación, que es la manera como las mujeres asumen el desarrollo de los conflictos morales implica varios aspectos:

- Énfasis marcado en las relaciones interpersonales, con el desarrollo de sentimientos de compasión por el otro, de preocupación por el otro y de cuidado por el otro y con el otro, favoreciendo y/o

privilegiando las relaciones, y la conexión humana e interrelacional en el mundo de lo privado.

- Lo relacional, lo cooperativo exige un tipo de abordaje que tiene que ver con lo comprensivo e interpretativo o hermenéutico, que necesita del lenguaje narrativo para expresarse y para acercarse a la construcción social de la realidad, diferente al abstracto y formal que ha acompañado a lo masculino.

- Por el contrario en los hombres, la manera como resuelven los conflictos está más relacionado con el sentido de justicia y competencia, que conlleva aproximaciones de manera más abstracta con énfasis en los derechos individuales, en el mundo de lo público, privilegiando el papel de la razón como vía de lograr unos resultados basados en la justicia y en una visión de desconexión.

Gilligan demuestra en este texto cómo los aportes realizados por Freud, Kohlberg, Piaget y otros autores afines a esta corriente de pensamiento, han basado sus estudios en niños y han generalizado a partir de estos dejando de lado los desarrollos morales de las niñas.

Frente a esto, Gilligan piensa que se ha mostrado una visión parcial e incompleta de la realidad que es necesario complementar y tenerla en cuenta en aras de lograr una mirada que permita re-pensar el ciclo vital de hombres y mujeres desde la diferencia pero en el mismo lugar de coexistencia.

En este nuevo milenio, sigue vigente la pregunta por el desarrollo moral desde Gilligan, no para abrir nuevamente el debate desde la perspectiva de género, ya que esto ha sido ampliamente trabajado por diversas autoras que han profundizado y develado los supuestos que subyacen en los diferentes planteamientos sino para repensar desde un marco plural de co-participación de hombres y mujeres, en cómo lograr caminos que permitan re-significar el cuidado como eje central de la reflexión sobre el quehacer y el ser de la enfermería.

## **CUIDADO DESDE LA PERSPECTIVA DE ENFERMERIA**

Los elementos señalados por Gilligan, como fundamentales en el desarrollo de la conducta moral de las mujeres tienen que ver con lo relacional y lo cooperativo, constituyen pilares importan-

tes en la aproximación que se hace desde enfermería como profesión al concepto de Cuidado como eje central del quehacer y del ser disciplinar y profesional.

El Cuidado como concepto ha tenido diversas acepciones: como nombre, adjetivo, verbo y ha sido conceptualizado por diversas autoras, teóricas en enfermería y por los diferentes grupos que están trabajando desde la docencia y la asistencia. Esta dinámica de trabajo ha generado diferentes perspectivas de abordaje e interpretaciones, entre las cuales se destacan las siguientes:

En el estudio realizado por Morse Janice y col en 1990, se identificaron cinco conceptualizaciones de Cuidado en las que se resaltan: Cuidado como rasgo humano, como imperativo moral como afecto, como interacción personal, como intervención terapéutica. En este análisis se tuvieron en cuenta los siguientes parámetros: la experiencia subjetiva del paciente, la respuesta física del paciente, la experiencia subjetiva de la enfermera y la combinación de las categorías anteriores.

### **Como rasgo humano**

Desde esta perspectiva se asume el cuidado como parte de la naturaleza humana y necesario para la supervivencia, aspecto que comparten las que han trabajado en esta misma línea de pensamiento. Sin embargo, se hacen distinciones entre las autoras que oscilan entre pensar, que los cuidados difieren de acuerdo a las características culturales de los individuos y grupos, (Leininger 1988) exigiendo un tipo de responsabilidad diferente por parte de la enfermera y que no altere sus patrones culturales; hasta otras como Ray (1989) quien parte de la estructura organizacional, los roles y posiciones de las personas dentro de la organización como elementos fundamentales para la prestación de los cuidados y establece una diferencia de acuerdo a la utilización de descriptores que se utilizan en los diversos servicios institucionales.

Otras como Roach (1987) y Griffin (1980-1983) describen el cuidado como “forma esencial del ser”. En donde se destaca que la forma humana de cuidar a otra persona permite lograr dobles beneficios tanto para el que cuida como para el que recibe el cuidado. Resaltándose en esta perspectiva la necesidad de recuperar la autenticidad humana en el acto de cuidar.

### **Como Imperativo Moral**

Desde esta corriente se recupera el valor de la persona como fundamental lo mismo que el respeto y la dignidad, considerando el Cuidado como una “virtud moral”. Autoras como Brody (1988) Gadow (1985) y Watson, concuerdan en afirmar que el Cuidado es fundamental para la enfermería mientras que Fry (1989) lo considera básico para la humanidad en general.

Watson clama por un cuidado basado en las experiencias mutuas de reciprocidad interactiva que le permitan al enfermero(a) crecer como persona y encontrar significados tanto en su propia existencia como en las experiencias de cuidar. Tanto Brody como Fry consideran la experiencia de cuidar como una virtud ética en donde entran en juego los valores de las personas que participan en la interacción y que tiene como meta resaltar la dignidad humana.

### **Cuidado como afecto**

Fanslow (1987), Gendron (1988), Forrest (1989) relacionan el Cuidado con una emoción, con un sentimiento de compasión o empatía por el paciente, lo cual se constituye en el motor para que la enfermera suministre el cuidado. Este sentimiento o emoción debe ser demostrado por la enfermera de una manera auténtica y expresado de forma sincera de tal forma que permita un mejor acercamiento y comprensión del otro.

### **Cuidado como interacción personal**

En esta perspectiva se reconoce la presencia del esfuerzo entre la enfermera y el paciente para lograr una verdadera y auténtica relación en donde los dos se benefician mutuamente. Se recupera el encuentro personal como espacio de compartir sentimientos, emociones y acciones orientadas a la recuperación de las personas enfermas, lo cual exige de ambos respeto, confianza y comunicación tanto verbal como no verbal. Horner (1988), Knowlden (1988) y Weis (1988) consideran la reciprocidad esencial en el acto de cuidar.

Además, se pueden señalar dentro de estas perspectivas a otras teóricas quienes, aunque no concretan el concepto de Cuidado si aportan elementos importantes a la interacción, (King, Orlando, Paterson y Zderad, Peplau, Travelbee y Wiedenbach, las cuales han destacado la imagen de

la enfermera centrada en la interacción de ésta con el paciente y con una clara orientación hacia la recuperación de lo que han denominado enfermería humanística.

### **Cuidado como intervención terapéutica**

Desde esta perspectiva se han distinguido Gaut (1986), Brown (1986) Larson (1988) Wolf (1986) quienes asumen al paciente como persona con necesidades que la enfermera estará dispuesta a satisfacer de acuerdo a un plan que le permita lograr las metas del paciente. Las actividades o tareas son importantes para la satisfacción de las necesidades de los pacientes y para esto es necesario que la enfermera cuente con habilidades y competencias técnico científicas.

Otras teóricas que han contribuido a crear una imagen de la enfermería trabajando con el paciente y luchando por su independencia a través de la identificación de sus necesidades y de la planeación de actividades son: Abdellah, Henderson y Orem.

### **Confrontación entre Gilligan y Aproximaciones desde Enfermería:**

Al contrastar el concepto de cuidado que se ha venido trabajando desde la perspectiva de enfermería con los planteamientos realizados por Gilligan, se pueden señalar algunos puntos de convergencias:

- El reconocimiento que hace del rol de los sentimientos y la emoción como constituyente de un carácter bueno que le hace abogar y preocuparse por el otro para no dañarlo, es un rasgo distintivo de la manera como afronta los conflictos las mujeres. En las aproximaciones de cuidado revisadas, las enfermeras destacan también la importancia de los sentimientos como rasgo fundamental en la interrelación enfermera-paciente.

- Una ética del cuidado como la propone Gilligan trabaja desde una perspectiva de lo privado y lo íntimo de las personas. En el mundo de la enfermería los procesos de enfermar y morir generan diversos significados comportamientos y reacciones que generalmente tocan la dimensión más íntima de las personas.

- Estas situaciones ponen de presente la vulnerabilidad y la impotencia que se tiene frente a la

enfermedad, y el reconocimiento que se hace de la realidad de seres dependientes e indefensos frente a las agresiones biológicas y ambientales. El respeto por la intimidad, el sufrimiento, la flaqueza humana y sus necesidades cobran gran importancia para el profesional de enfermería.

- Una ética del cuidado como lo señala Gilligan comparte con las perspectivas de Cuidado planteadas por enfermería, la necesidad de reconocer que para la persona enferma y su familia la expresión de sentimientos frente a la enfermedad tiene una gran importancia. Por esto el propiciar los espacios para el intercambio de las vivencias permite un acercamiento más humano en donde se tiene en cuenta al otro como persona que tiene necesidades de conexión e interrelación.

### **Divergencias**

- Gilligan logra elaborar una teoría del desarrollo moral de las mujeres a partir de las experiencias investigativas realizadas con diversos grupos de mujeres y estructurar una serie de conceptos interrelacionados que van constituyendo un cuerpo de conocimientos alrededor de la elaboración del concepto de Cuidado, como categoría moral.

- Los diversos aportes tanto de las teóricas en enfermería, como los diversos autores, llegan a la distinción de conceptos fundamentales para el desarrollo de la profesión, en algunos casos se hace una aproximación a lo denominado teoría, pero se requiere mayor elaboración, argumentación y articulación que permitan tanto su comprensión como su implementación en la práctica cotidiana del cuidar.

- Las prácticas de Cuidado son más complejas en su aplicación que desde la perspectiva teórica por cuanto ponen en juego las dimensiones humanas, las relaciones de poder que se establecen entre los cuidadores que sustentan el saber y los que reciben el cuidado; además las prácticas de cuidado permiten la continua confrontación del yo en relación con los otros.

### **DESAFIOS DEL SEMINARIO**

El asumir el seminario como actividad permanente y continua ha permitido al grupo docente reconocer la importancia que tiene el desarrollo de la reflexión teórica, como parte fundamental en la formación profesional, por cuanto propicia las

capacidades argumentativas y de razonamiento necesarias para el análisis y solución tanto de los problemas de salud, como los particulares de la profesión.

Este aspecto plantea un desafío para la formación, por cuanto exige combinar, tanto el componente técnico científico como la capacidad de reflexión teórica, crítica y reflexiva, las cuales deben ir paralelas con el desarrollo humano con el fin de formar profesionales competentes y con capacidad de tomar decisiones teniendo en cuenta tanto los aspectos relacionales como racionales.

¿Cómo lograr, desde la práctica profesional y disciplinar, construir modelos de cuidado en donde se privilegien las dimensiones relacionales que mantengan la dignidad y el respeto por las personas que participan del cuidar dentro del actual modelo de racionalidad eficientista y racionalizador basado en la rentabilidad económica?

¿Cómo lograr, desde la asistencia, propiciar modelos de cuidado de alta calidad humana que no se dejen reducir por los adelantos técnico-científicos, por las políticas burocráticas y económicas de las instituciones sanitarias dentro de la actual reorganización y re-estructuración del sector de la salud?

¿Cómo lograr utilizar la actual crisis del sector salud y de los profesionales que participan en el cuidado de la vida, como catalizador que impulse la creación de un nuevo modelo de cuidado basado en la perspectiva relacional?

¿De qué manera podremos lograr una cultura universal fundamentada en el cuidado de la vida, en un mundo globalizado?

## BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería, ACOFAEN. 2000 Memorias VIII Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería. Octubre 9-12; Bogota.

- BARKER P.J. Y REYNOLDS. 1995 The proper focus of Nursing: A critique of the "caring" ideology. *Int. J. Nursing* 32( 4), pp.386-397.

- COHEN, J. A. Two portraits of Caring: A comparison of the artists, Leininger and Watson. *Journal of Advanced Nursing* 16, pp.899-909.

- CONDON, E. 1991. Nursing and the caring metaphor: gender and political influences on an Ethics of care. *Medical college of Ohio. Nursing Outlook*. pp 14-19.

- DAZA DE CABALLERO, R et al. 2000 Asociación Colombiana de Facultades y Escuelas de Enfermería. ACOFAEN. Memorias VIII Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería. pp. 27-29.

- GILLIGAN C. 1982 La moral y la teoría, Psicología del desarrollo femenino. Fondo de cultura económica. México pp. 41-42.

- HAWTHORNE Y YURKOVICH. 1995. Science, technology, caring and the professions: are they compatible? *Journal of Advanced Nursing* 21, pp 1087-1091.

- MARRINER TOMEY A, RAILE ALLIGOOD M. 2003. Modelos y teorías en enfermería. Madrid. Barcelona. Mosby/Doyma Libros.

- MCCANCE Y MCKENNA Y B. 1997. Caring: dealing with a difficult concept. *Int. J Nurs*34 ( 4), pp.241-248.

- MACPBERSON, K I, 1989 A new perspective on Nursing and Caring in a corporate context. *Advances in Nursing Science*.11(4), pp 32-39.

- MARCK, P. 1990; Therapeutic reciprocity: A caring phenomenon. *Advances in Nursing Science* 13(1), pp 49-59.

- MORSE J, et al. 1994. Comportamiento Contemporáneo de liderazgo. IV edición. J.B. Lippincot Company. Philadelphia, pp 25-41.

- ORDÓÑEZ, A. S.J (1988) Anotaciones sobre el Seminario Investigativo. Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de ciencias jurídicas y socioeconómicas. Departamento de investigaciones jurídicas y seminarios. Bogotá. pp. 53-80.

- PADGETT, S M. 1998 Dilemmas of Caring in a Corporate Context: A critique of Nursing Case Management. *Advances in Nursing Science*:20(4), pp. 1-12.

- SALAZAR, E. 2004. Cuidado y Género: Debate Moral. Centro Editorial Javeriano. CEJA. Bogotá. pp.55-59 (capitulo libro).

- TORRES PIQUÉ, AM. 2001. Experiencia de conceptualización en enfermería. Grupo Conceptualización. Facultad de enfermería. Pontificia Universidad Javeriana. Centro editorial Javeriano, CEJA. Bogotá, pp.8-28.

- VÁSQUEZ HOYOS, J. S.J. 1988. El seminario en la experiencia docente de la facultad de filosofía de la Pontificia Universidad Javeriana. *Universitas Philosophica*. Bogotá, pp. 44-47.

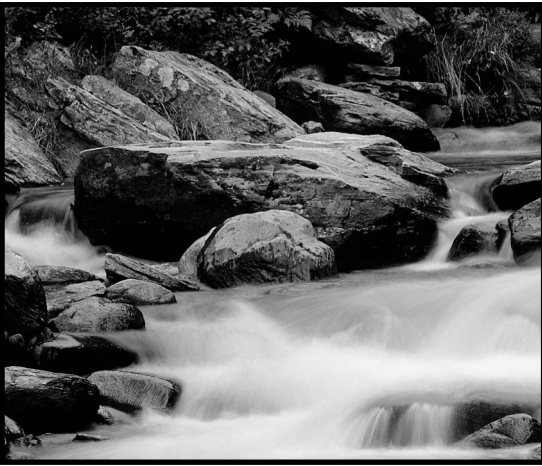
- WATSON, M J. 1998 New dimensions of Human Caring Theory. *Nursing Science Quarterly*.pp.175-181.

# ANÁLISIS DE LA IDENTIDAD PROFESIONAL A TRAVÉS DE LA COMPETENCIA EDUCADORA DE LA ENFERMERÍA

Chocarro González, Lourdes\*, Guerrero Bonmatty, Rafael\*\*, Venturini Medina, Carmen\*\*\*, Salvadores Fuentes, Paloma\*\*\*\*

\*Prof. Titular Enfermería Medico Quirúrgica, \*\*Enfermero. Licenciado en Antropología Social y Cultural. Prof. Titular Interino Enfermería Medico Quirúrgica, \*\*\*Enfermera. Prof. Titular Interina Enfermería Medico Quirúrgica, \*\*\*\*Enfermera. Licenciada en Sociología. Catedrática de Fundamentos de Enfermería.

Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos (URJC), Alcorcón Madrid



## ANALYSIS OF PROFESSIONAL IDENTITY THROUGH NURSES' EDUCATIONAL COMPETENCE

### ABSTRACT

The present article deals with nurses' perception of their own professional competence, other health professionals' view and patients' social perspective.

Two discussion groups integrated by nurses working in two Madrid hospitals were constituted; most of our general study was carried out in these two hospitals. Both groups had different profiles, thus their discourses varied in many aspects, as can be seen in the analysis and conclusions.

The aim was to identify discourses elaborated by nurses interacting with other colleagues from

the same hospital regarding educational competence towards hospitalised chronic patients.

From the analysis of discourses on the educational role, characteristics assigned to education by these two groups of nurses were identified, along with difficulties and conditioning factors.

The discussion groups own dynamics facilitated other discourses emerging in connection to the development of their educational role, such as social acknowledgement of the profession.

**Key words:** professional competence, educational activity, discussion groups, educational role, Nursing methodology, hospital.

### RESUMEN

El presente artículo se centra en la percepción que tienen las propias enfermeras sobre sus competencias profesionales, la visión que tienen otros profesionales sanitarios y la visión social que tienen los usuarios sobre este colectivo.

Para ello se configuraron dos grupos de discusión formados por enfermeras/os que trabajan en dos hospitales de Madrid, en cuyos ámbitos de trabajo se desarrolla gran parte de nuestro estudio general. Se seleccionaron dos grupos con perfiles diferentes, de manera que sus discursos en muchos aspectos, también son diferentes, como se podrá observar en el análisis y las conclusiones del trabajo.

Lo que se pretende es conocer los discursos que elaboraban las enfermeras/os, en interacción con

otros compañeros de trabajo del mismo hospital, respecto de su competencia en educación con pacientes crónicos hospitalizados.

Analizando los discursos que fluían entorno al rol educativo, se pudo identificar las características que estos grupos de enfermeras/os asignaban a la educación que llevan a cabo en el hospital, así como la problemática derivada de su realización, y los factores que la condicionan.

La propia dinámica de los grupos de discusión, facilitó la emergencia de otros discursos que estas enfermeras/os ligaban de manera directa con el desempeño de su rol educativo, como son, el reconocimiento social de la profesión.

**Palabras claves:** competencias profesionales, actividad educadora, grupos de discusión, rol educativo, metodología de Enfermería, hospital.

## INTRODUCCIÓN

El análisis del discurso en el seno de los grupos de discusión, es una herramienta útil que nos acerca al lenguaje de símbolos y representaciones sociales de las personas que configuran el grupo.

La sociología y la antropología hacen aportaciones interesantes respecto al análisis del discurso, como estrategia para acercarnos a las representaciones sociales, a las visiones del mundo. *“Existe pues, una vinculación intrínseca entre discurso y poder, que se da tanto en el plano de las cosmovisiones como en el de la narrativa de identidad. Podemos, en consecuencia, analizar y evaluar en qué medida las formas discursivas contribuyen a sostener, reestructurar, desafiar o transformar relaciones de poder”*.

Analizando la problemática y la situación actual en la que se desarrolla la actividad educadora de la enfermera/o dentro del Hospital, nos acercamos a las competencias desempeñadas por las mismas en éste ámbito de actuación (Atención Especializada).

La construcción de la *“Europa del conocimiento”*, permitirá la formación de futuros profesionales capaces de desarrollar su trabajo en los distintos ámbitos que configuran el campo profesional europeo de Enfermería.

En España diferentes grupos están trabajando, tanto a nivel Comunitario, como Nacional para

establecer, entre otras cosas, las competencias que deberán desempeñar los futuros Enfermeros en el marco de la Convergencia Europea.

En este artículo se presentan los resultados obtenidos en el marco del proyecto de investigación subvencionado por la CAM, en el año 2003 sobre la *“Incidencia del rol educativo de enfermería en la frecuentación hospitalaria”*, ya que el estudio de la actividad educadora de la Enfermería en el ámbito hospitalario, permite conocer todo el complicado entramado de aspectos que influyen en el desarrollo de esta actividad profesional.

¿Por qué un enfermero/a y no otro profesional? ¿Qué aportaciones específicas hace la enfermera/o en el ámbito del cuidado? ¿Cuál es su identidad profesional? ¿Cómo los ven sus compañeros? ¿Cómo los ven los usuarios?. En este sentido, se ha escrito mucho sobre la identidad profesional.

Es interesante conocer lo que dice el Diccionario de la Real Academia sobre la *“competencia”*: *“pericia, aptitud, idoneidad para hacer algo o intervenir en un asunto determinado”*.

En el presente estudio se pretende conocer las competencias en el área independiente de actuación en relación al desempeño del rol educativo con pacientes crónicos en Atención Especializada. Para ello hemos analizado los discursos elaborados por las enfermeras/os en interacción con otros compañeros que trabajan en el mismo hospital. Para tal fin se constituyeron dos grupos de discusión formados por enfermeras/os en activo, que tenían diferentes perfiles profesionales y desempeñaban su trabajo asistencial en dos hospitales públicos de la Comunidad de Madrid.

Analizando los discursos que fluyen en torno al rol educativo, se pudieron identificar las características que estos grupos de enfermeras/os asignaban a la educación que llevan a cabo en el hospital, así como la problemática derivada de su realización, y los factores que la condicionan, quedando de esta manera reflejado el modelo educacional directivo que se desempeña en los hospitales.

La propia dinámica de los grupos de discusión, facilitó la emergencia de otros discursos que estas enfermeras/os ligaban de manera directa con el desempeño de su rol educativo, como es, el reconocimiento social de la profesión: qué nivel de capacitación se otorgan a sí mismos, cuales son sus

competencias y cuales sus funciones, qué imagen tienen tanto ellos mismos como la que tienen los usuarios del sistema público y la imagen que tienen los propios compañeros sanitarios, sobre el papel de Enfermería como profesión. Ello viene condicionado en gran medida por las competencias profesionales difusas y el reconocimiento social percibido por los profesionales.

Se detectan aspectos que tienen que ver con las características que conforman una profesión, entre las que destaca la identificación de un área independiente de actuación. En este sentido los grupos hablaban de la necesidad de aplicar una Metodología específica de Enfermería para garantizar los cuidados.

Los miembros de ambos grupos otorgan mucha importancia al desarrollo de la investigación en el área específica de Enfermería, que si bien se encuentran con dificultades para su desarrollo, lo identifican como un elemento clave que ayudará al impulso y consolidación de la profesión.

En el presente documento reflejamos textualmente aquellas expresiones más significativas en cada uno de los discursos que hemos identificado al respecto.

Por tanto podemos identificar los siguientes objetivos:

- Identificar las competencias que desarrolla el Diplomado de Enfermería en el área independiente de actuación respecto a las actividades educadoras.
- Describir la influencia que ejercen, la imagen y reconocimiento social en el desempeño de sus funciones.
- Describir el desempeño del rol educativo y el uso de la metodología de Enfermería.

## **MATERIAL Y METODOS**

Se trata de un estudio descriptivo, en el que se ha aplicado metodología cualitativa, mediante la utilización de la estrategia del Grupo de Discusión.

El ámbito de estudio se circunscribe a dos Hospitales del Sistema Público de Salud, ubicados en la Comunidad de Madrid.

Se configuraron dos grupos de discusión, formados por enfermeras y enfermeros que trabajan en los mencionados ámbitos hospitalarios de la Comunidad de Madrid. Ambos grupos se configuraron con perfiles diferentes.

El desarrollo de los dos grupos de discusión tuvo lugar en el mes de Julio de 2002.

Los aspectos más destacables de los diferentes perfiles son los siguientes: uno de los grupos estaba compuesto por seis enfermeras, todas ellas son mujeres, de entre 30 y 45 años, con un amplio bagaje profesional (más de 7 años de desempeño de la profesión), que desempeñan su actividad profesional en un hospital de nivel 1 de la Comunidad de Madrid en Unidades de Hospitalización Médicas, Quirúrgicas y UCI de adultos. El otro grupo de discusión estaba compuesto por seis profesionales de Enfermería (un hombre y cinco mujeres), mucho más jóvenes que el anterior grupo, que han finalizado sus estudios recientemente (entre 2 y 7 años), y trabajan en un hospital de nivel 3 de la Comunidad de Madrid.

## **COMPETENCIA EN EL DESEMPEÑO DEL ROL EDUCATIVO**

Las características que se destacan en relación a la educación que llevan a cabo las enfermeras/os con los pacientes hospitalizados crónicos son las siguientes:

- La importancia de utilizar un lenguaje asequible al paciente y que sea poco tecnicado.
- La educación está condicionada por el tiempo del que se dispone dentro de la jornada laboral es decir, la disponibilidad de tiempo limita su realización.
- Es necesario incluir al cuidador principal para llevar a cabo la educación a pacientes.
- Se necesita formación previa sobre cómo llevar a cabo la Educación en Salud.

El grupo de mayor experiencia profesional señala las siguientes dificultades de su puesta en marcha:

- El bajo nivel socioeconómico y cultural de los pacientes atendidos en este Hospital dificulta, en algunas ocasiones, la comprensión por parte de la población atendida respecto de la importancia que tiene en su proceso patológico cambiar hábitos no saludables
- Las enfermeras/os no detectan las necesidades de formación de los pacientes al ingreso
- Hay una falta de preparación y coordinación en el Alta del paciente entre las enfermeras/os y los médicos.



- No disponen de recursos suficientes que garanticen un alta hospitalaria segura, es decir, que evite la aparición de complicaciones tras la llegada al domicilio del paciente.

- Parece existir escasa conexión del Hospital con Atención Primaria o con los Servicios Sociales.

El grupo de enfermeras/os con menor experiencia profesional destaca que:

- El estado de ánimo, el estrés, la presión asistencial, el interés de cada profesional son factores que influyen en la realización de la educación a los pacientes.

- La educación a pacientes está condicionada por las distintas formas de organización del trabajo.

- Falta formación para llevar a cabo una correcta Educación en Salud.

- Falta tiempo.

Los miembros de ambos grupos identifican como función propia el desempeño del rol educativo, sin embargo encuentran que su puesta en práctica es *“decisión personal de cada enfermera/o”*. Este hecho es una deficiencia que imputan al profesional de Enfermería del hospital.

Se utiliza una metodología oral verbal. Educando poniendo ejemplos, dando nociones y comprueban el aprendizaje progresivo de habilidades técnicas mediante feed-back.

El modelo educativo que se sigue en ambos Centros no es participativo, sino direccional, en el que el protagonista es la enfermera/o. No se tiene en cuenta la necesidad de formación que manifieste o no el paciente, ni su nivel de información previo sobre el tema.

Informar al paciente es comunicarle aspectos que para la enfermera/o son importantes respecto de su proceso sin tener en cuenta ningún otro aspecto. Los objetivos de la educación parecen ser de la enfermera/o.

Las enfermeras/os manifiestan sentirse decepcionados cuando intentan modificar actitudes y no lo consiguen, sin haber tenido en cuenta las experiencias y visiones del propio paciente: *“Tienes que aceptar que no vas a tener éxito y no vas a conseguir tus objetivos...”* *“Es frustrante todo lo que haces, tu trabajo no sirve para nada”*.

*“Cuando das el Informe al Alta sabes que el paciente no va a hacer nada de lo que le has dicho”*.

Se apunta débilmente la importancia de la escucha activa, y la necesidad de mantener una actitud empática y de comprensión hacia el paciente en el momento de llevar a cabo la educación.

Destacamos algunas frases que hacen referencia al modelo educativo que parecen seguir estas enfermeras/os:

- *“Los objetivos se bajan por comodidad”*. *“El que falla no es el paciente, eres tú porque no transmites el mensaje adecuado.”*

- No se tiene en cuenta al paciente: *“si el enfermo se niega a hacer algo que intentas educar, pues hay que empezar por otro lado.”* *“No hay un patrón a seguir. Hay que averiguar por qué no quiere aprender.”*

- La educación se hace de forma general, *“a granel”*. Se cuestiona la eficacia de la educación que da la enfermera porque *“se trabaja poco en ella”*, deja mucho que desear en cuanto a las formas y canales de comunicación empleados.

- Se insiste en que la *“educación es sistematizada y no individualizada: “a todo el mundo le das el mismo menú”*. Dicen que la educación no es eficaz *“no obedecen a la enfermera, lo sería si el paciente cambiara los hábitos.”*

- Asimismo se señala lo necesario que es otorgar al paciente un papel activo, pero no se ahonda en este aspecto. *“El que sabe es el profesional”*.

Según Sánchez Moreno, estas afirmaciones corresponden a uno de los enfoques propuestos en su artículo, que tiene que ver con *“La Educación para la salud informativa y prescriptiva”* y que corresponde con un modelo autoritario que *“obliga al paciente a seguir las normas”*. La relación que se establece entre sanitario y paciente, en este modelo es vertical, propio de la medicina galénica, coherente con la elitización del conocimiento y la jerarquización social”.

El grupo de mayor experiencia destaca el contexto social de dependencia médica y alta medicalización en que tradicionalmente se ha desarrollado la Enfermería, de manera que ha sido considerada como una *“pseudoprofesión”*. De ahí la necesidad de desarrollar el área independiente de la profe-



sión, mediante la utilización de un lenguaje propio (Diagnósticos de Enfermería) y un método de trabajo específicos (Planes de Cuidados).

Son conscientes de las dificultades que conlleva la utilización de estas herramientas “*nuevas de trabajo*” y se detecta un ambiente más propicio entre las enfermeras/os con más trayectoria profesional que en el grupo más joven.

### IMAGEN PROPIA

En este apartado se destacan las ideas que el colectivo tiene de sí mismo y la percepción del resto de profesionales sanitarios.

El reconocimiento social empieza por una visión nítida de las competencias que el colectivo tiene de su propia profesión, pero en el caso de las enfermeras/os están difusas: “*la enfermera hace de todo*”. Estas se ven condicionadas por el resto de profesionales sanitarios que desarrollan su actividad, de manera muy estrecha con este colectivo, en el ámbito hospitalario. Médicos, Auxiliares y Celadores, valoran positivamente el trabajo de la enfermera/o, pero son incapaces de identificar la aportación específica que estos realizan.

Las enfermeras/os con mayor experiencia se encuentran altamente capacitadas, pero encuentran dificultades para poder llevar a cabo sus funciones. Estas dificultades provienen de la interacción con

otros colectivos: “*estamos demostrando que estamos en otro nivel, pero no nos dejan ocupar el puesto*”, “*estamos preparadas, pero también nos pueden pedir que cojamos la fregona.*”

Dentro de las competencias identifican como suyo el rol educativo, pero opinan que “*las competencias de Enfermería no están bien definidas: “Quizá ayudaría a esclarecer su aportación si las funciones estuviesen escritas: “Tenemos exceso de cargas de trabajo porque asumimos cosas que no son nuestras”. “Registramos y escribimos como una autentica secretaria”. “La burocracia y los registros que cumplimentamos innecesariamente restan tiempo para educar.*”

Se quejan de que la enfermera/o tiene integrado el rol asistencial por encima del rol educativo. La enfermera/o recibe una formación pre-grado centrada en el desarrollo de técnicas, situaciones patológicas, urgencias y se insiste poco en el desarrollo de otras competencias. Por ello no da importancia al rol educativo y consideran muy importante la labor asistencial. “*La mayoría de las asignaturas eran de patologías*”.

De forma unánime, opinan que todo el mundo, tanto las propias compañeras como el resto del personal, valoran más la actividad asistencial que cualquier otro tipo de actividad, de manera que “*si no haces cosas con las manos no te consideran*”; “*si no te estas moviendo no estas haciendo nada útil*”

En contraposición, se recoge que si se limitan a realizar las funciones más técnicas del profesional de Enfermería, podría llegarse a la sustitución de estos profesionales por otros de categoría inferior y formación profesional técnica “*Si vas a limitar un montón de funciones terminará haciendo tu trabajo un técnico*”.

Existe un discurso entorno a la problemática del trabajo en equipo dentro del hospital, no sólo en el equipo de Enfermería formado por Enfermera y Auxiliar, sino también con el equipo Médico.

Identifican actividades independientes y dependientes, pero también hacen lo que el grupo denomina “*trabajo subalterno*”, que consiste en hacer cosas que solo le sirven a otro profesional: “*me traes, me sacas, me pones, me llevas*”, que nuevamente resta tiempo para desarrollar funciones independientes.

Se ven a sí mismos como un colectivo “conformista y muy crítico con sus pares. Se comunican poco entre ellas, se implican poco y no quieren adoptar más responsabilidades, de manera general.”

Se reconocen como “la base dentro del equipo, como un elemento fundamental”, pero la falta de reconocimiento a lo largo del desempeño de la profesión suele ser un factor de desmotivación para desarrollar más competencias.

Las funciones pueden estar identificadas según el modo de trabajo del hospital. La organización de cada equipo, parece que está condicionada por la “costumbre o la tradición”, pero no por una decisión tomada desde otro criterio más profesional.

Las enfermeras/os perciben que las Auxiliares valoran más positivamente a las enfermeras/os que les quitan trabajo: “cuantas mas cuñas pongas eres mejor enfermera/o”.

El médico considera que la buena enfermera/o es la que “es de plantilla, conocida y que resuelve”.

Las enfermeras/os se consideran ubicadas entre las auxiliares y los médicos. Prima la actividad de colaboración con el médico y piensan que la enfermera/o no puede dejar de hacer determinadas cosas al paciente porque es insustituible, mientras que el médico sí puede dejar de hacerlo: “la tradición es ayudar al médico pero además debes prestar atención integral al paciente y no puedes dejar nada sin hacerle”

Un criterio que parece explicar el que algunos Equipos de Enfermería funcionen bien, parece ser “el llevarse bien y llevar mucho tiempo trabajando juntas”

Incluso aluden que dentro de la misma Unidad cada turno de trabajo, organiza el trabajo de manera diferente: “hay quien trabaja de la mano, otros van por separado”, “toda la gente no tiene el mismo concepto de trabajo en equipo.” “Dentro de un equipo hay distintas formas de ser y de actuar”.

Las enfermeras/os con mayor experiencia profesional se quejan por no conocer la actividad llevada a cabo en otras Unidades.

Piensan, en general, que no se trabaja en equipo y que el paciente lo percibe: “No hay Equipo de Enfermería”. “Toda la gente no tiene el mismo

concepto de trabajo en equipo.” “Dentro de un equipo hay distintas formas de ser y de actuar”. “Los pacientes dicen: hay formas de trabajo distintas... pero hacen su trabajo y me informan de lo mismo”.

## IMAGEN SOCIAL QUE LAS ENFERMERAS CREEN QUE PERCIBEN LOS USUARIOS DEL SISTEMA

Las enfermeras/os con mayor experiencia profesional piensan que los usuarios del Sistema Público de Salud, tienen una idea mas clara respecto de la contribución de las enfermeras que desempeñan su trabajo en los Centros de Atención Primaria de Salud: “allí si hay reconocimiento. La gente habla muy bien de ellas”.

Al mismo tiempo y en contraposición, piensan que los pacientes que han pasado por el hospital, sobre todo crónicos, se sienten más satisfechos cuando están atendidos en el hospital, ya que les aporta mayor seguridad el trabajo de Enfermería Especializado. “luego no se fían de las enfermeras/os de Atención Primaria”, “el hospital les da seguridad”.

Este grupo de profesionales opina que las enfermeras/os de Atención Primaria están poco formadas para mantener la continuidad de cuidados en algunos pacientes crónicos, y que estas instituciones (los Centros de Salud) cuentan con pocos medios, lo que dificulta aún más su actividad asistencial.

Faltaría conocer la opinión que tiene los usuarios, pero no se les ha incluido como informante en este artículo. Otros estudios realizados, dicen que los usuarios discrepan respecto a la opinión de los expertos, y ven a las enfermeras/os desde una imagen “anclada en ideas de tipo religioso, maternal, y con carácter de dependencia; no hay noción de la complejidad del rol profesionalizante”.

## ROL EDUCATIVO Y METODOLOGÍA DE ENFERMERÍA

Ambos grupos identifican la utilidad del uso de los Diagnósticos de Enfermería (DdE) ya que contribuye a identificar el área específica e independiente de actuación de la enfermera/o, pero son muchas y variadas las dificultades que se encuentran tanto en su uso como en las estrategias de

implantación. Se identifican los diagnósticos enfermeros como parte importante de la autonomía de la profesión.

De los dos grupos de discusión emergen las dificultades para la puesta en marcha de metodología de cuidados que incluya el uso de los Diagnósticos de Enfermería (DdE).

No se identifica un claro rechazo hacia los DdE pero sí hay cierto recelo. Se reconoce que la Dirección de Enfermería otorga importancia al tema, aunque las estrategias de implantación no están libres de fallos, "el marco teórico va por un lado y no tiene nada que ver con la realidad".

Ambos grupos identifican la importancia de contar con unos buenos registros, ya que favorecen el desarrollo de la profesión.

Muchos registros de los que se cumplimentan deriva de la burocracia de otros profesionales, generalmente del médico, y restan tiempo para dedicar al paciente y a los registros de Enfermería.

Entre las dificultades expresadas por ambos grupos en relación al registro de estas actividades destacamos los siguientes:

- *"Que no hay costumbre de registrar". "No se organiza la planificación y por tanto no queda por escrito"*.

- *Requieren tiempo para su cumplimentación. "Se necesita mas tiempo para registrar. Es importante registrar porque lo que no está registrado no está hecho". "Registramos y escribimos como una autentica secretaria", "Tenemos exceso de cargas de trabajo porque asumimos cosas que no son nuestras"*.

El Informe al Alta de Enfermería pretende ser el registro indicador específico de la planificación y continuidad de los cuidados. En él debe quedar reflejada la actividad enfermera, siendo parte de ésta, la educación llevada a cabo con el paciente.

Este Informe se realiza acorde a criterios que debe cumplir el paciente. El grado de cumplimentación de éste no es el mismo en todas y cada una de las Unidades de Hospitalización de adultos: *"Se hace con determinados enfermos y dependiendo del Servicio donde se genere el Alta"*.

La falta de institucionalidad en la cumplimentación del Informe se ve reflejada en el contenido de los mismos: *"no están adecuados a la metodología de enfermería"*.

## CONCLUSIONES

Existe coincidencia tanto en el grupo de menor como en el de mayor experiencia en que la actividad educativa se lleva a cabo en el hospital, y se reconoce como una función propia.

El medio social hospitalario no ayuda en la puesta en práctica de la Educación en Salud. Los turnos, la presión asistencial, la falta de formación al respecto, son algunos de los aspectos que frenan el desarrollo de una actividad educadora rica y dinámica.

Los pacientes crónicos demandan información a las enfermeras/os.

Entre el propio colectivo todavía se sigue valorando mas la actividad asistencial que cualquier otro tipo de actividades, al que restan importancia.

Las enfermeras/os identifican los factores socioeconómicos y culturales de sus pacientes como elementos a tener en cuenta a la hora de garantizar un Alta segura al domicilio, y no encuentran demasiados recursos para evitar peligros a sus pacientes.

El modelo educativo que se sigue es directivo. Posiblemente esté condicionado por el ambiente y limitaciones que impone la dinámica cotidiana de la vida de las enfermeras en el hospital.

Se sienten reconocidas pero algo infravaloradas en el desempeño de su trabajo, tanto por los usuarios como por los otros compañeros sanitarios.

Las enfermeras/os se sienten altamente capacitadas para el desempeño de multitud de funciones, y al mismo tiempo se sienten muy responsables de sus pacientes.



Cada equipo de Enfermería se organiza el trabajo de maneras muy diferentes y los criterios son variados.

Los grupos identifican el uso de un lenguaje específico de Enfermería (DdE) y de una metodología propia como la clave para la consolidación del colectivo como profesión.

Se deben analizar los recursos humanos y técnicos con los que se cuentan para adaptar las metas a conseguir.

Hay que destacar, como necesidad prioritaria, cambiar la metodología de trabajo y pasar del modelo biomédico a un modelo centrado en los Cuidados de Enfermería.

Los registros son reconocidos por las enfermeras/os como instrumentos indispensables para documentar y evaluar su actuación. Actualmente hay un reto importante al respecto para documentar la calidad de los cuidados y las acciones cuidadoras de las enfermeras/os.

Los registros transmiten la información necesaria para la atención de un enfermo entre distintos profesionales sanitarios, pero están poco o nada desarrollados los aspectos más específicos relacionados con la transmisión de información entre los propios profesionales de Enfermería, utilizando un lenguaje propio.

En el análisis del discurso de estos grupos, se vislumbra que las enfermeras/os identifican mejor los problemas interdependientes que los problemas independientes.

La actividad enfermera se ve determinada por la motivación y compromiso individual. Influyen el bajo reconocimiento social y la "*desmotivación a lo largo del desempeño de la profesión por falta de nuevas metas de futuro*".

La actividad técnica - asistencial prima por encima de cualquier otra actividad de carácter más intelectual. Esta actividad técnica proporciona mayor seguridad y mayor reconocimiento al profesional. Se evita la implicación en actividades que requieren mayor compromiso. Las enfermeras/os que participan en grupos de trabajo suelen hacerlo fuera del trabajo asistencial cotidiano. Asimismo, se identifica como gran condicionante para el desarrollo de actividades que no son puramente asistenciales, tener que mantener las presencias físicas, así como la organización de las plantas de hospitalización, y el problema que suscita la ausencia de

una enfermera en la Unidad durante su jornada laboral.

Ambos grupos coinciden en que el desarrollo de la investigación en el ámbito de la enfermería mejoraría su imagen social, aumentaría la motivación profesional y se fomentaría el desarrollo de la profesión en múltiples y variados ámbitos.

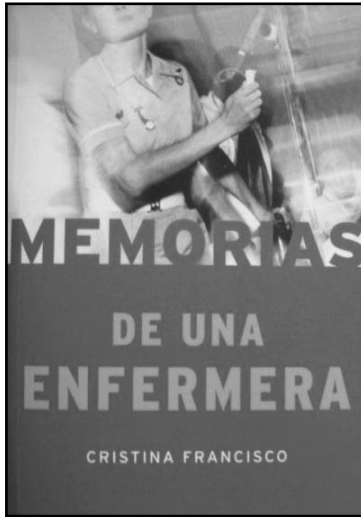
## BIBLIOGRAFÍA

- ALBERDI, R. M. (1992). "La identidad profesional de la enfermera". Revista Rol de Enfermería nº 170, 39-45.
- ARIÑO, A. (1997). Ideologías, discursos y dominación. Revista Española de Investigación (REIS). 79, 179-220.
- Diccionario de la lengua española (2001). Vigésima segunda edición.
- GARCÍA, A y col. (2000). Imagen social de la enfermera. Desarrollo Científico Enfermería. Volumen 8 nº 9, octubre
- SALVADORES, P, y col. (2003). Incidencia del rol educativo de Enfermería en la frecuentación hospitalaria. Número de proyecto Ref 08.7/0004/2001.1 año 2003.
- SALVADORES, P, y col. (2003). Red de Enfermería para la Convergencia con Europa. Comunidad Autónoma de Madrid- ORDEN 6533/2002, de 26 de noviembre, del Consejo de Educación.
- SÁNCHEZ, A. (1995). Estructura de racionalidad en educación para la salud: fundamentos y sistematización. Rev sanitaria Hig Pub. 69; 1, 5-15.



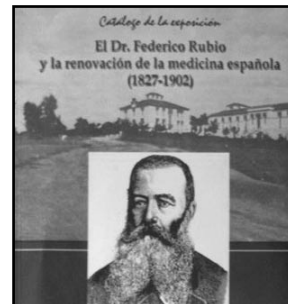
# MISCELÁNEA

## BIBLIOTECA COMENTADA



ne sobre la misma, sino a todos los enfermeros, dado que a través de las experiencias narradas, se pueden sentir identificados con los de la autora. Gracias por esta obra Cristina.

*Encarni García Hernández (enfermera y pedagoga)*



**FRANCISCO, CRISTINA (2003) MEMORIAS DE UNA ENFERMERA. LA ESFERA DE LOS LIBROS, MADRID.**

Ya hace algunos meses que, en una tarde lluviosa, conocí a Cristina Francisco. Fue en un congreso de enfermería en Zaragoza, allí me sorprendió su gran humanidad, pero cuando leí sus “Memorias de una enfermera”, comprendí que la suya era una humanidad que había que escribir necesariamente con mayúsculas. La novela, escrita con estilo sencillo y de claro carácter divulgativo, denota su objetivo de llegar a alcanzar la atención y comprensión del público en general para que el lector llegue a captar la imagen de la enfermería. Se trata de una historia llena de vida, de una vida autobiografiada en la que se narran las experiencias de la misma autora, de los acontecimientos que le fueron sucediendo a lo largo de los años. Cristina Francisco escribe como vive e introduce en su narración todo lo que acontece: trabajo, amor, humor, compañerismo, sentimientos, gracias y desgracias.

Aconsejo su lectura no sólo para que se conozca nuestra profesión –la enfermería– y se reflexio-

**FRANCISCO HERRERA RODRÍGUEZ & MIGUEL ÁNGEL CABALLERO SÁNCHEZ (2003) CATÁLOGO DE LA EXPOSICIÓN. EL DR. FEDERICO RUBIO Y LA RENOVACIÓN DE LA MEDICINA ESPAÑOLA (1827-1902). AYUNTAMIENTO DEL PUERTO DE SANTAMARÍA. CONCEJALÍA DE CULTURA, PUERTO DE SANTAMARÍA.**

La publicación sobre la vida y obra del puertense Federico Rubio, constituye uno de los resultados más notables de la serie de actos conmemorativos organizados con motivo del 175 aniversario de su nacimiento y el centenario de su fallecimiento. Los profesores Francisco Herrera y Miguel Ángel Caballero ya nos tienen acostumbrados a trabajos históricos en los que abunda el rigor en armonía con la claridad expositiva y el ingenio literario, pero con esta nueva aportación vuelven a superarse a sí mismos llegando a elaborar un texto en el que se consideran de forma global las diferentes dimensiones del personaje: formación, esti-

lo, carácter, ética y compromiso social y político. Ciertamente, con la lectura de este libro, el lector no sólo conocerá el perfil profesional y las aportaciones que el doctor Rubio realizó a la medicina en general y a la enfermería en particular (fundación de la escuela de enfermeras de Santa Isabel de Hungría), sino que llegará a entrelazar sus aspiraciones intelectuales y académicas con sus opciones políticas y todo ello en un clima narrativo conciso y ordenado; incluso se insertan algunas descripciones sobre los maestros de Rubio Gali que permiten conocer lo que el honorable doctor opinaba sobre sus profesores. Así, Rubio expresa de forma grácil y decidida su visión sobre José Gabarrón (uno de

sus más notables docentes tal vez algo iconoclasta y poco dado al autoalago): “Carecía de orden; desconocía toda autoridad, la suya la primera. Hacía imposibles para que no lo respetan y, sin embargo, se le respetaba; estudiantes y no estudiantes, todos le queríamos.”. En definitiva una nueva aportación de los profesores Herrera y Caballero que resulta altamente recomendable para los lectores en general y para los profesionales de enfermería en particular.

*José Siles González*

## CONVENIOS

### PROGRAMA DE DOCTORADO: “Enfermería y Cultura de los Cuidados”



El programa de doctorado: “Enfermería y Cultura de los Cuidados” se impartirá en México el próximo curso académico. Para presentar dicho programa, se desplazó hasta Ciudad Victoria (Taufmalipas) el profesor Siles (que aparece en la foto entre el Rector de la Universidad Autónoma de Taufmalipas (UAT) Jesús Levin Santos y el vicerrector de relaciones internacionales Modesto Robledo Robledo), expuso los contenidos y filosofía del programa ante los 4 decanos de las correspondientes facultades de enfermería de la universidad mexicana. Asimismo, con posterioridad, se desplazó a las sedes de las 4 facultades (Ciudad Victoria, Tampico, Nuevo Laredo y


Matamoros). Entre otras actividades, es de reseñar la potenciación de intercambios entre los doctorandos del programa que cursan sus estudios en España y México con la finalidad de incentivar los encuentros interculturales y el conocimiento de las diferentes culturas atesoradas por ambos países.



# CAMPUS *Bienvenidos al* VIRTUAL



## PROGRAMA DE DOCTORADO ENFERMERIA Y CULTURA DE LOS CUIDADOS

 Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

Departament d'Infermeria  
Departamento de Enfermería



Presentación

Información general

Información específica

Contenido

Profesorado

Preinscripción

### Presentación

A través de un convenio de colaboración, la Universidad de Alicante y la Fundación Index convocan el programa de doctorado "Enfermería y Cultura de los Cuidados", que en la actualidad realiza el Departamento de Enfermería de la citada Universidad. Esto significa que el único programa de doctorado en nuestro país específicamente enfermero realizado íntegramente por un Departamento de Enfermería se realizará también en Granada, en las instalaciones de la Fundación Index. Esta iniciativa tiene como objeto cubrir la necesidad expresada por multitud de enfermeros y enfermeras de Andalucía, que habiendo realizado licenciaturas en Enfermería y disciplinas afines, desean formarse en un tercer ciclo propio. Igualmente pretende dar cobertura a las instituciones académicas de América Latina con las que la Fundación Index tiene convenios de cooperación.

### Información general

Los programas de doctorado, según la normativa vigente sobre las enseñanzas de tercer ciclo de los estudios universitarios, comprenden, al menos, dos años y se estructuran en dos fases:

- Periodo de docencia: supone la obtención de, al menos 20 créditos (200 horas) de docencia en cursos y seminarios de tipo M (Metodológicos), F(Fundamentales) o A(Afines)

- Periodo de Investigación: supone la obtención de, al menos 12 créditos (120 horas) de investigación tutelada.

Los estudios de tercer ciclo pueden dar lugar a:

- Certificado de docencia de tercer ciclo (tras cursar un mínimo de 20 créditos docentes, de los cuales 15 deberán corresponder a materias de tipo F)

- Diploma de estudios avanzados (tras haber superado los períodos de docencia e investigación, y haber superado una valoración de los conocimientos adquiridos por el doctorando ante un tribunal de suficiencia investigadora)

- Título de Doctor (tras haber superado los períodos de docencia e investigación, haber obtenido el Diploma de estudios avanzados y haber presentado y aprobado un trabajo de investigación, la tesis doctoral)

Titulación requerida para acceder a estudios de tercer ciclo:

- Título de licenciado, arquitecto o ingeniero, por la Universidad Española



- Título de licenciado o nivel equivalente por una Universidad extranjera, previa homologación de su título, o sin necesidad de homologar el título, mediante la solicitud de admisión dirigida al Rector de la Universidad.

### *Mapa curricular*

#### MAS INFORMACIÓN

(Matricula, normativa, tasas, becas, plazos, etc.)  
 CEDIP ( *Centro de Estudios de Doctorado y Postgrado de la Universidad de Alicante* )

#### **Información específica**

"Enfermería y Cultura de los Cuidados" es un programa de doctorado cuyos contenidos, objetivos, recursos humanos y materiales, y la planificación en su conjunto, obedecen a un fin que se ha considerado esencial desde el inicio de este proyecto: conciliar la práctica clínica y las teorías enfermeras con las disciplinas que más pueden contribuir al desarrollo docente e investigador de la enfermería. Testimonio de la profunda planificación del programa lo constituye el hecho de actividades transversales tales como la existencia de una revista científica de enfermería: "Cultura de los Cuidados", la celebración de Jornadas Internacionales de "Cultura de los Cuidados", la Asociación Nacional de Historia y Antropología de los cuidados, la colaboración estrecha e intensa con la Fundación Index (y toda la riqueza que implica: revista Index de Enfermería, Laboratorio de Investigación Cualitativa, Observatorio de Enfermería Basada en la Evidencia, jornadas científicas, etc). En consecuencia, de acuerdo con la filosofía de este programa, se abordan cuestiones tales como: el estudio de los cuidados desde una perspectiva cultural y transcultural (de acuerdo con las necesidades emergentes de la sociedad actual), la antropología educativa (en sus ámbitos docente y clínico), la fundamentación teórica, histórica y metodológica de los cuidados enfatizando la relevancia de la investigación cualitativa y su contextualización en la práctica clínica y comunitaria, las fuentes para la aplicación clínica de los diagnósticos, las técnicas de comunicación y los cuidados de salud mental. Asimismo la dinámica a la que está sometida la sociedad transformando sus necesidades continuamente hace necesaria la adecua-

ción de la enfermería a las nuevas demandas y problemáticas sociales: el envejecimiento de la población, la violencia doméstica, el problema de género y los avances en la reproducción y desarrollo humano, la cultura penitenciaria, etc.

Resulta de vital importancia poder obtener el título de doctor, dado que es el único medio de alcanzar la plena aptitud en docencia e investigación, dos actividades que se dan la mano, dado que la renovación de conocimientos (material a transmitir en la actividad docente), sólo se puede conseguir mediante la investigación.

#### **Objetivos**

- Conocer y comprender la enfermería como disciplina inmersa en una cultura.
- Identificar y relacionar los aspectos históricos y antropológicos que inciden en la formación de la cultura de los cuidados.
- Conocer y comprender los modelos de enfermería transcultural, herencia cultural y competencia cultural.
- Ser capaces de analizar, explicar y someter a crítica la teoría de la cultura de los cuidados.
- Conocer las diferentes corrientes existentes dentro de la teoría de cultura de los cuidados.
- Explicar los conceptos de multiculturalismo, interculturalismo y transculturalismo en el contexto de la enfermería.
- Comprender la naturaleza de la cultura de los cuidados en sus dos sentidos: particular y universal.
- Relacionar los conceptos de individuo, persona, familia y comunidad en el contexto de la cultura de los cuidados
- Comprender la dialéctica entre libertad y cultura de los cuidados.
- Identificar los rasgos esenciales del fetichismo, la magia y la religión en diferentes contextos desde la perspectiva cultural de los cuidados.
- Explicar los conceptos de Institucionalismo, burocracia, sistemas de salud y cultura de los cuidados de forma relacionada.
- Rentabilizar etnográficamente el texto como campo de trabajo en cultura de los cuidados.
- Dominar las técnicas iconográficas desde la perspectiva de la cultura de los cuidados.
- Conocer y trabajar las publicaciones especializadas en cultura de los cuidados.

**Datos generales**

Programa convocado por: Universidad de Alicante  
y Fundación Index (España)

Departamento coordinador: Enfermería

Departamento responsable: Enfermería

Sede en Granada: Fundación Index

Director del programa: Prof. José Siles González

Número mínimo de alumnos: 10

Número máximo de alumnos: 15 (Sede de  
Granada)

Áreas de conocimiento: Enfermería

**Tribunal de suficiencia investigadora**

Presidente: Joaquín de Juan Herrero

Suplente: Juan B. Martí Lloret

Vocal 1: Luis Cibanal Juan

Suplente: Rosa Ferrer Diego

Vocal 2: José Siles González

Suplente: Emilia Tonda Monllort

**Criterios de admisión**

Expediente académico: 45%

Calificación en Asignaturas de licenciatura corres-  
pondientes al área o perfil del programa: 25%

Trabajos y seminarios realizados en relación al  
área o perfil del programa: 15%

Universidad de la licenciatura: 15%

**Información administrativa**

Granada

Fundación Index

C/ Horno de Marina, nº2, 3º-2, 18001, Granada,  
España.

Apartado de correos nº 734, 18080, Granada,  
España.

Tfno/Fax: (34) 958293304

Web: www.index-f.com

Secretaría

**Alicante**

Secretaría de la Comisión de Doctorado  
(Edificio Germán Bernácer)

Universidad de Alicante

Apdo. de correos 99. E-03080 Alicante

E-mail: doctorat@ua.es

**Contenido**

Código

PERIODO DE DOCENCIA

(Cursos y seminarios)

Créditos

**Fundamentales**

61568

CULTURA DE LOS CUIDADOS

3

61569

ENFERMERÍA TRANSCULTURAL Y EDUCA-  
CIÓN PARA EL DESARROLLO

3

61570

ENFERMERÍA EN EL MARCO DE LA RELA-  
CIÓN DE AYUDA Y LA TEORÍA  
SISTEMÁTICA DE LOS CUIDADOS

3

61572

LA ENFERMERIA A TRAVES DE FUENTES  
ESCRITAS, ORALES E ICONOGRÁFICAS;  
LOS CUIDADOS EN LA PRENSA ESCRITA,  
LA LITERATURA Y EL CINE

3

62242

INVESTIGACIÓN, CUIDADOS DE ENFER-  
MERÍAY DESARROLLO DE LA COMUNIDAD

3

**Metodológicos**

ESTADO DE BIENESTAR , SALUD PÚBLICA  
Y POLÍTICAS DE INMIGRACIÓN

2

CUIDADOS ALTERNATIVOS EN SALUD

2

61576

INVESTIGACIÓN CUALITATIVA E INNOVA-  
CIÓN EN LA CLÍNICA ENFERMERA

3

## PERIODO DE INVESTIGACIÓN

61573

ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN Y CUIDADOS BIOPSIOSOCIALES

12

61580

CULTURA DE LOS CUIDADOS: CONTEXTUALIZADOS HISTORICANTROPOLÓGICA, TEÓRICA, METODOLÓGICA Y CLÍNICA DE LA ENFERMERÍA

12

### ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS (OPTATIVAS)

INSTITUCIONES DE SALUD, CUIDADOS DE ENFERMERIA Y MULTICULTURALIDAD

Complementario a los seminarios 61568 y 61569  
Seminario que tendrá lugar en el Hospital español de Tánger (Marruecos)

JORNADAS INTERNACIONALES SOBRE CULTURA DE LOS CUIDADOS Y REUNION SOBRE INVESTIGACION CUALITATIVA EN SALUD

Complementario a los seminarios 62242 y 61576  
Reuniones científicas que tendrán lugar en Granada en 2005 y en Alicante en 2006

CULTURA Y SABERES TRADICIONALES EN SALUD

Complementario al seminario "Cuidados alternativos en salud"

Seminario que tendrá lugar en la Sierra Sur (Jaén), con visitas a las casas y santuarios de los santos y curanderos

### Organización y desarrollo del programa

#### Periodo de Docencia

- El alumno/a debe obtener al menos 20 créditos (200 horas) de docencia distribuidos de la siguiente forma: un mínimo de 15 de los cursos de tipo Fundamental y 5 de los cursos de tipo Metodológicos y Afines.

- Los cursos y seminarios correspondientes a esta fase se impartirán en las aulas de la Fundación Index durante el curso 2004-2005.

- Las actividades complementarias son optativas y se desarrollarán durante el periodo académico, estando ubicadas en los seminarios que se corresponden con su temática.

- Los cursos son presenciales y de carácter teórico-práctico. Los trabajos prácticos realizados dentro de los diferentes seminarios serán evaluados para su publicación en las revistas Index de Enfermería y Evidentia (Fundación Index), o en Cultura de los Cuidados (Asociación Nacional de Historia y Antropología de los Cuidados).

#### Periodo de Investigación

- Consiste en la obtención de, al menos, 12 créditos (120 horas) de investigación tutelada. Para ello, el alumno/a será tutelado por un profesor-tutor del programa, y se realizarán seminarios de apoyo sobre metodología de investigación. Las investigaciones deberán ubicarse dentro de las líneas propuestas en el programa.

#### Profesorado

Dr. José Siles González  
Catedrático de E. Universitaria. Universidad de Alicante (España)

Dra. Rachel Spector  
Catedrática de Antropología. Boston College (EEUU)

Dr. Luis Cibanal Juan  
Catedrático de E. Universitaria. Universidad de Alicante(España)

Dr. Antonio García Martínez  
Profesor titular. Universidad de Huelva (España)

Dra. Carmen de la Cuesta Benjumea  
Profesora titular. Universidad de Antioquía (Medellín, Colombia)

Dra. Ana L. Velandia Mora.  
Profesora titular. Universidad Nacional de Bogotá (Colombia)

Dr. Manuel Spector  
Profesor titular Emérito. Boston college (EEUU)

Dado el carácter interdisciplinario del Programa de "Enfermería y Cultura de los Cuidados", dentro de cada curso se invitará a profesores e investigadores de reconocido prestigio de otras universidades y centros de investigación.

Dr. Manuel López Morales  
Profesor asociado. Universidad de Jaén (España)

FUNDACION INDEX Apartado de correos nº 734  
18080 Granada, España - Tel/fax: +34-958-293304  
Enviar correo electrónico

Dra. Amparo Nogales Espert.  
Profesora titular. Universidad Juan Carlos I  
(Madrid, España)

Dra. Francisca Hernandez Martín.  
Profesora titular. Universidad Complutense  
(Madrid, España)



NOTICIAS

Bienvenido a la página de la Fundación Index

[www.index-f.com](http://www.index-f.com)

PROXIMAS ACTIVIDADES

BUSCAR EN  
CUIDEN

CARTELERA

**EVIDENTIA**  
NUEVA REVISTA

La Fundación Index publica la revista digital EVIDENTIA, primera revista en español sobre Enfermería Basada en la Evidencia

**CULTURA DE LOS CUIDADOS Y ENFERMERIA**

La Fundación Index convocará para el curso próximo el programa de Doctorado en colaboración con la Universidad de Alicante

COMUNICADO  
II REUNION SOBRE  
ENFERMERIA BASADA EN LA  
EVIDENCIA  
I Conferencia Iberoamericana de  
Revistas de Enfermería y Afines

III Jornadas Internacionales de Cultura de los Cuidados  
30th Annual Conference of the Transcultural Nursing Society  
VI Reunión sobre Investigación Cualitativa en Salud  
Alicante (España), 14-16 de junio de 2004

**VII Congreso Nacional y II Internacional de Historia de la Enfermería**

*Historia, magistra vitae* Conoce tu historia, conoce tu profesión  
Granada (España), 21, 22 y 23 de octubre de 2004

Ya está disponible el avance de programa científico

**II ENCUENTRO FORANDALUS - 2004**

"Al reconocimiento social por la investigación: redes de conocimiento enfermero"  
Málaga, 4 de junio de 2004

Ya está disponible el avance de programa científico

Ver programa en PDF



¿Quieres saber lo que pueden hacer los alimentos?

Proyecto patrocinado por la Excm. Diputación Provincial de Jaén, España



En la isla de Tierrabomba hay una comunidad que quiere adueñarse de su destino

**¡NUEVO!**  
**VISITA LA EXPOSICION**  
**Bocachica, tradición y Prosperidad**

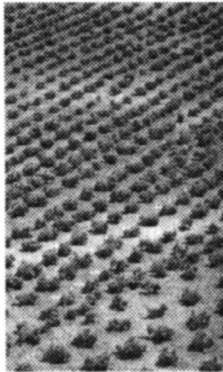
**FORMACION**

**CURSOS A DISTANCIA**

**METODOLOGIA DE INVESTIGACION CUALITATIVA EN SALUD**  
**PRACTICA DE ENFERMERIA BASADA EN LA EVIDENCIA**

**CURSOS CONCERTABLES**

**¡NUEVO!**  
**AYUDAS A LA INVESTIGACION**



**SECCIONES PRINCIPALES**

- EL RINCON DEL AUTOR**
- INVESTIGACION BIBLIOMETRICA Y DOCUMENTAL**
- DOCUMENTOS INDEX**
- ENFERMERIA BASADA EN LA EVIDENCIA**
- LABORATORIO DE INVESTIGACION CUALITATIVA**
- REVISTA INDEX DE ENFERMERIA**
- FONDO INDEX SOLIDARIDAD**
- BASES DE DATOS BIBLIOGRAFICAS**

- QUE ES INDEX**
- SERVICIOS**
- ACTIVIDADES**
- FORMACION**
- PUBLICACIONES**
- BUSQUEDAS**
- ENLACES**
- FORANDALUS**

**ULTIMAS ACTUALIZACIONES**

LISTADO DE REVISTAS INCLUIDAS EN LAS BASES DE DATOS DE INDEX

NORMAS DE ESTILO DE INDEX DE ENFERMERIA

**ULTIMOS MONOGRAFICOS INDEX**

**¡NUEVO!** LAS RELACIONES ENTRE LA ENFERMERIA Y LA ANTROPOLOGIA

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN UNA SOCIEDAD MULTICULTURAL

ENFERMERIA BASADA EN LA EVIDENCIA: APORTACIONES Y PROPUESTAS

**CONSENSOS**

REUNION DE RESPONSABLES DE INVESTIGACION DE INSTITUCIONES SANITARIAS

I REUNION SOBRE ENFERMERIA BASADA EN LA EVIDENCIA

VIII JORNADAS: CUIDADOS DE ENFERMERIA EN UNA SOCIEDAD MULTICULTURAL

**¡NUEVO!** II REUNION SOBRE ENFERMERIA BASADA EN LA EVIDENCIA



**QUIERO SABER**

COMO HACER UNA BUSQUEDA EN CUIDEN

COMO MODERAR EVENTOS CIENTIFICOS

COMO HACER UNA REVISION CRITICA

COMO INCLUIR DOCUMENTOS EN CUIDEN

CUAL ES EL IMPACTO DE LAS REVISTAS ESPAÑOLAS DE ENFERMERIA

COMO ESCRIBIR UN ARTICULO ORIGINAL

COMO HACER TRABAJO DE CAMPO ETNOGRAFICO

COMO REALIZAR UN PROTOCOLO DE INVESTIGACION

COMO PUBLICAR EN INDEX DE ENFERMERIA

COMO ESTABLECER UN CONVENIO CON INDEX

**DESEO RECIBIR INFORMACION PERIODICA SOBRE INDEX**



Tu opinión nos interesa  
¡Envíanos tus comentarios y propuestas!

Actualización  
22.04.04

Página diseñada y producida por Index

Estadísticas del Sitio

E-mail:  
indexcd@interbook.net

Tel/fax: (34)958-  
293304

Apartado de correos 734 -18080 Granada  
España

Situación

## 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 (dos 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 subcripción: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)  
C/ Xàvia, 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

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.: