

CULTURA DE LOS CUIDADOS

REVISTA DE ENFERMERIA Y HUMANIDADES

1^{er}. Semestre 2009 • Año XIII - N.º 25

EDITORIAL

- A volta para casa

CARTAS AL DIRECTOR

- Nuevos tiempos, nuevas estrategias. Una reflexión desde los cuidados

FENOMENOLOGÍA

- Sólo fue un sueño
- La comunicación con pacientes pediátricos en la unidad de cuidados intensivos

HISTORIA

- La familia, la enfermedad, el dolor y la muerte en la obra pictórica de Edgard Munch
- La Escuela Nacional Superior de Enfermeras de Colombia. Relaciones con Organismos Interamericanos
- Fontes Históricas e ético-legais: possibilidades e inovações

ANTROPOLOGÍA

- El señalamiento de la cronicidad, la transformación en el área de lo público y la influencia de los enfermeros en la formación de un cuasi grupo
- Influencia del modelo hegemónico biomédico en la concepción y desarrollo de las terapias alternativas
- Recursos naturales: una alternativa utilizada como complemento terapéutico por las personas que viven con el virus/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (PVV). Tampico Tamaulipas. México
- Actitudes y creencias en los estudiantes del Campus de Bellvitge sobre las medidas higiénicas y las precauciones estándar

TEORÍA Y MÉTODO

- As necessidades dos cuidadores familiares da Pessoa com depressão-Uma revisão sistemática da literatura
- Algo se está moviendo en los hospitales. ¿Será quizás la humanización clínica?
- Influencia del patrón cultural dietético del paciente diabético en el apego al régimen alimenticio
- Temporalidad y conducta suicida

MISCELÁNEA

- Biblioteca comentada
- 2º Simpósio Ibero-Americano. Da História da Enfermagem
- Cultura de los cuidados entre los principales "Hits" del repositorio de la U.A.



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

Cultura de los Cuidados

1^{er}. Semestre 2009 • Año XIII - N.º 25

CONSEJO EDITORIAL

DIRECCIÓN

José Siles González

SUBDIRECCIÓN

Luis Cibanal Juan

ASISTENTES DE LA DIRECCIÓN

Carmen Solano Ruiz
Ana Lucía Noreña Peña

CONSEJO DE REDACCIÓN

SECRETARÍA

Elena Ferrer Hernández
ferrer_ele@gva.es • Telf.: 966989085

Asunción Ors Montenegro
Miguel Ángel Fernández Molina
Eva M^a Gabaldón Bravo
Flores Vizcaya Moreno
José Ramón Martínez Riera
Juan Mario Domínguez Santamaría
M^a Mercedes Rizo Baeza
Mercedes Nuñez del Castillo
Miguel Castells Molina
Rosa Pérez-Cañaveras
Manuel Lillo Crespo
Isabel Casabona Martínez
Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante

REDACTOR ELECTRÓNICO

Francisco Calatayud Menor

DIRECCIÓN TÉCNICA Y FINANCIERA

Colegio Oficial de Enfermería de Alicante
José Antonio Avila Olivares. *Presidente del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA).*
Belén Paya Pérez. *Presidenta del Colegio Oficial de Enfermería de Alicante.*
Antonio Verdú Rico. *Vicepresidente del Colegio Oficial de Enfermería de Alicante.*
Juan José Tirado Dauder. *Enfermero. Secretario General del Consejo Valenciano de Enfermería.*
Francisco Mulet Falcó. *Enfermero. Tesorero General del Consejo Valenciano de Enfermería.*
Francisco J. Pareja Lloréns. *Enfermero. Vicepresidente del Consejo Valenciano de Enfermería.*
Belén Esteban Fernández. *Enfermera. Tesorera del Colegio Oficial de Enfermería de Alicante.*

COMITÉ CIENTÍFICO O ASESOR

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

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

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

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

Antonio C. García Martínez
Licenciado en Historia
Doctor en Historia
Profesor Titular Universidad de Huelva
(España)

Esperanza de la Peña Tejeiro
Enfermera.
Profesora Titular Escuela de Enfermería
Universidad de Extremadura (España)

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

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

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

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

Natividad Sánchez González
Enfermera
Profesora Escuela de Enfermería y Fisioterapia
Universidad de Albacete (España)

Francisco Ventosa Esquinaldo
Enfermero. Historiador de la Enfermería.
Superior Gerente del Hospital San Juan de Dios
“Juan Grande”
Jerez/Cádiz (España)

Carmen de la Cuesta Benjumea
Ph.D en Enfermería
Profesora Visitante
Universidad de Alicante (España)

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

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

Raquel Spector
Doctora en Enfermería
School of Nursing
Boston College
Boston (EEUU)

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

Taka Oguiso

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

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

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

INDIZADA E INSCRITA EN:

Cultura de los Cuidados está incluida en las bases de datos:
- CAPES/QUAL. Base de datos de revistas del Ministerio de Educación de Brasil.
- LATINDEX. Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal.
- BDIE, ENFISPO, EBSCO, PUBLISHING, CUIDATGE, CUIDEN CINHALL y hemerotecas digitales como: Cantárida y RUA (repositorio Institucional Universidad de Alicante: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/831>)
Coordinadora RUA. Ana L. Noreña

SUSCRIPCIONES:

Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA) C/. Xàbia, 4 - 3^o Pta. 10 - 46010 Valencia
Tarifas 2 números (1 año). España y Portugal: 12,02 euros
Alumnos Enfermería: 7,21 euros
Extranjero: 18,03 euros

CORRESPONDENCIA:

Carmen Solano Ruiz. Departamento de Enfermería
Universidad de Alicante. Campus de Sant Vicente del Raspeig
Ap 99. E-03080 Alacant
Alicante
Revista «on line»:
<http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/831>
ISSN: 1138-1728-Dep.Legal: A-1309-1997
Título clave: Cultura de los Cuidados
Título abreviado: Cul. Cuid.
Tirada/ Producción: 3.000 ejemplares

IMPRESIÓN Y ACABADO:

Edita: Consejo de Enfermería Comunidad Valenciana (CECOVA)
Imprime: Gráficas Estilo. Alicante (España)

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

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

SUMARIO

• NORMAS DE PUBLICACIÓN	4
• CRITERIOS DE EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE ARTÍCULOS	5
• EDITORIAL	
A volta para casa	7
TAKA OGUISSO	
• CARTAS AL DIRECTOR	
Nuevos tiempos, nuevas estrategias. Una reflexión desde los cuidados	15
JUANA ROCÍO REYES BAUTISTA, FERNANDO JESÚS ROBLEDO CÁRDENAS, MARIO MERINO CASTO	
• FENOMENOLOGÍA	
Sólo fue un sueño	18
JOSÉ SILES GONZÁLEZ	
La comunicación con pacientes pediátricos en la unidad de cuidados intensivos	21
M ^a VICTORIA BELLIDO ESTÉVEZ, ADORACIÓN CARRETERO GARCÍA, M ^a JOSÉ ESPÍLDORA GONZÁLEZ	
• HISTORIA	
La familia, la enfermedad, el dolor y la muerte en la obra pictórica de Edgard Munch	29
MORILLO CADIerno R.M.; GONZÁLEZ MORENO, M.J.; CAPADO RODRÍGUEZ M.M.	
La Escuela Nacional Superior de Enfermeras de Colombia. Relaciones con Organismos Interamericanos ..	36
ANA LUISA VELANDIA MORA	
Fontes Históricas e ético-legais: possibilidades e inovações	46
FERNANDO PORTO, GENIVAL FERNANDES DE FREITAS, JOSÉ SILES GONZÁLEZ	
• ANTROPOLOGÍA	
El señalamiento de la cronicidad, la transformación en el área de lo público y la influencia de los enfermeros en la formación de un cuasi grupo	54
MARÍA TERESA MIRET GARCÍA, ÁLVARO BERNALTE BENAZET, FRANCISCO JAVIER GALA LEÓN, MARÍA MERCEDES LUPIANI JIMÉNEZ	
Influencia del modelo hegemónico biomédico en la concepción y desarrollo de las terapias alternativas	62
GÓMEZ PÉREZ, D.; PALACIOS CEÑA, D.	
Recursos naturales: una alternativa utilizada como complemento terapéutico por las personas que viven con el virus/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (PVV).	
Tampico Tamaulipas. México	69
M ^a DEL SOCORRO PIÑONES MARTÍNEZ, JOSÉ SILES GONZÁLEZ, ISABEL LAGARRIGA ATTÍAS	
Actitudes y creencias en los estudiantes del Campus de Bellvitge sobre las medidas higiénicas y las precauciones estándar	81
CARME LOPEZ MATHEU, ENRIQUE LIMÓN CÁCERES, ISABEL OTO CLAVERO, JORDI CARRATALA FERNÁNDEZ, JOSÉ ENRIQUE ESPASA SUÁREZ DE DESA, VICENTE LOZANO DE LUACES, BALDIRI PRATS CLIMENT, JOSÉ MARIA RAMÓN TORRELL	
• TEORÍA Y MÉTODO	
As necessidades dos cuidadores familiares da Pessoa com depressão-Uma revisão sistemática da literatura ..	88
MARIA DE FÁTIMA DOS SANTOS ROSADO MARQUES	
Algo se está moviendo en los hospitales. ¿Será quizás la humanización clínica?	98
ANTONIA PADES JIMÉNEZ, CATALINA HOMAR AMENGUAL, A. MARTÍN-PERDIZ, E. PONSELL-VICENS, I. RIQUELME-AGULLÓ	
Influencia del patrón cultural dietético del paciente diabético en el apego al régimen alimenticio	104
NOEMI ALCARAZ MORENO, ANA MARIA CHÁVEZ ACEVEDO, GENOVEVA AMADOR FIERROS, ALMA CRISTINA REYES ALFARO, JESSICA ISABEL LOYA BAYARDO, MARIA ROCIO DEL CARMEN VARGAS RUELAS	
Temporalidad y conducta suicida	111
JUAN LUIS LOPEZ RODRÍGUEZ, CARMEN BÁRCENA CALVO, JULIA GONZÁLEZ MEDRANO, JOSE ANTONIO IGLESIAS GUERRA, VICTOR ABELLA GARCIA	
• MISCELÁNEA	
Biblioteca comentada	116
2º Simpósio Ibero-Americano. Da História da Enfermagem	118
Cultura de los cuidados entre los principales “Hits” del repositorio de la U.A.	122

ESTRUCTURA DE LA REVISTA Y NORMAS DE PUBLICACIÓN

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

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

PRESENTACIÓN DE LOS TRABAJOS

- Estructura del manuscrito: En la primera página figurará el título del artículo seguido del nombre de los autores (no más de 6), su rango académico más elevado o profesional y la dirección de contacto del primer autor con su correo electrónico y teléfono. En la segunda página, un resumen del trabajo no superior a 200 palabras (en inglés, portugués y español) y las palabras claves consultadas; las siguientes páginas incluirán el contenido del artículo evitando poner subíndices y notas al pie de página, con una extensión no superior a los doce folios; la última página estará dedicada a la bibliografía.

- El sistema de citas adoptado en la revista está de acuerdo a la normativa Harvard-APA: en el texto sólo aparecerá el apellido y la fecha del autor entre paréntesis, ej: (López,1998). La bibliografía consultada al final del artículo no llevará numeración y quedará ordenada alfabéticamente por el apellido del autor ej:

Sánchez, J. (1997) Historia de la revista panacea. Paidós, Barcelona (Libro)

Sánchez, J. (1997) Historia de la revista panacea. Enfermería Científica 8, 22-27 (Artículo revista)

Sánchez, J. (1997) Historia de la revista panacea. En Las revistas españolas de enfermería (Cibanal, L. ed.), Síntesis, Madrid pp. 88-102 (Capítulo de Libro).

United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting (1990) Post-Registration Education and practice Project. UKCC, London.

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

- Presentación: en soporte papel mecanografiado en hojas DIN A4, letra Times New Roman, tamaño letra 12, a doble espacio, por triplicado y en disco 3 1/2 (WORD 6-7 o equivalente).

- Los autores deberán remitir al editor una carta de presentación en la que describa resumidamente tanto su perfil investigador como las características del trabajo enviado, enfatizando la pertinencia del mismo en relación con la disciplina enfermera.

- Los autores deberán remitir una carta al editor en la que dan fe, mediante su firma, del carácter original e inédito de los trabajos enviados. Dejarán constancia escrita, asimismo, de que dichos trabajos no han sido enviados a ningún otro medio para su publicación.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE ARTÍCULOS

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

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

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

Consejo Editorial que fundamente esta decisión.

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

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

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

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

EVALUATION CRITERIA AND SELECTION OF ARTICLES

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

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

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

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

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

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

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

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO E SELEÇÃO DE ARTIGOS

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

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

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

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

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

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

- A originalidade, novidade e atualidade do tema;
- Relevância e aplicabilidade dos resultados;
- Qualidade metodológica, confiança e validade;
- Apresentação, boa redação, organização e coerência lógica do texto.

EDITORIAL

EL REGRESO A CASA

Taka Oguisso

*Profesora Titular de la Escuela de Enfermería de la
Universidad de Sao Paulo, Brasil*

Todo viaje al exterior, sea por turismo, por motivo profesional o emigración, involucra ansiedad, excitación y preocupaciones, por la expectativa de lo que se hará o verá, por cómo será la adaptación al nuevo ambiente, o por lo que se encontrará en adelante. Por más interesante que haya sido el viaje turístico, el retorno es tan bueno como el entusiasmo y la alegría de la partida.

En el campo profesional, si el viaje fue motivado por una propuesta de empleo desde el exterior, se producen las dificultades iniciales con el idioma, las costumbres locales, la búsqueda de un lugar para vivir, los sistemas de trabajo, los nuevos compañeros y jefes, la sensación de estar siendo evaluado en cada gesto, la responsabilidad y la necesidad de probar la competencia; aunque la invitación estuviera justificada y motivada por alguna capacidad o calificación específica del profesional.

En esta editorial pretendo reflejar el momento de mi retorno a casa después de haber trabajado como asesora, por más de diez años consecutivos (1987 - 1997), en el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), una organización no gubernamental con sede en Ginebra, Suiza. La invitación para ese trabajo partió de Nelly Garzon Alarcon, Presidenta del CIE durante el periodo de 1985-1989, cuando vino al Brasil para participar en el XXXVIII Congreso Brasileño de Enfermería, en octubre de 1986.

El CIE, fundado el 1° de julio de 1899, es una federación de asociaciones nacionales de enfermería (solamente una organización por país) admitidas formalmente como miembros. Tiene como misión representar a los enfermeros de todo el mundo, ser su voz, hacer avanzar la profesión e influenciar las políticas de salud. Sus objetivos son: influir en los estándares de enfermería, de

salud y de la política social, profesional y socioeconómica en todo el mundo; ayudar a las asociaciones nacionales de enfermería (ANE) a mejorar los estándares de enfermería y de competencia de las enfermeras(os); promover el fortalecimiento de las ANEs; representar a las enfermeras y la enfermería en el plano internacional; establecer, recibir y gestionar fondos y fideicomisos que contribuyan al progreso de la enfermería y del CIE.

La organización es dirigida por una Junta Directiva de 15 miembros, elegidos para un mandato de cuatro años, procedentes de todos los continentes, que componen las siete regiones del CIE, y se reúne una vez al año, por cuatro a cinco días, en Ginebra. Esta sede es dirigida por una Directora Ejecutiva y un staff de cerca de 14 o 15 funcionarios fijos (dentro de ellos 4 a 5 son enfermeros asesores, y otras son secretarías y archivadoras) además de algunos contratados por un plazo determinado para desarrollar proyectos específicos.

El órgano mayor de deliberación del CIE es el Consejo de Representantes Nacionales (CRN) que se reúne una vez, cada dos años para decidir sobre las políticas de la organización, aprobación de cuentas, establecimiento de cotizaciones, admisión de nuevos miembros y elección de los integrantes de la Junta Directiva. Cada ANE elige a un(a) representante, que puede ser el propio presidente(a), algún miembro de la Junta Directiva local o cualquier otra persona que sea enfermero(a), acreditado por la ANE. Cada organización nacional puede enviar un representante oficial y uno o dos suplentes para el CRN, sin embargo, cada ANE independientemente del número, tiene derecho a un solo voto.

Además de las reuniones del CRN, cada dos años, se realiza un congreso cuatrienal, en el cual pueden participar todos los enfermeros que estén

afiliados a la ANE que es miembro del CIE. La Presidenta del CIE para el periodo 2005-2009 es la Dra Hiroko Minami, del Japón.

La idea de fundar una organización internacional partió de la Sra. Ethel Bedford Fenwick (1857-1947), enfermera inglesa muy activa del Consejo Internacional de Mujeres. Cabe destacar que fue la representante de Dinamarca, Sra. Gordon Norrie, la que en una de las primeras reuniones del CIE, propuso el inglés como idioma oficial de la nueva organización. De este modo el inglés fue adoptado como idioma oficial. Actualmente hay otros dos idiomas de trabajo, el francés y el español, desde 1967, cuando se produjo la reforma de la Constitución (o Estatuto) del CIE pasando a regir a partir del Congreso Cuadrienal realizado en Montreal en 1969. Un idioma se considera oficial cuando los instrumentos jurídicos del CIE y los archivos están financiados para su mantenimiento en dichos idiomas. En caso de duda respecto al texto del documento traducido, prevalece el significado del texto original en inglés. Todas las reuniones de comisiones y grupos de estudio del CIE son conducidas en el idioma inglés. Ya los idiomas de trabajo, o sea, el francés y el español, son idiomas a los cuales son traducidos todos los documentos usados en las reuniones del CRN y enviados a las asociaciones miembros de los países que hablen tales idiomas o a la organización miembro que haya optado por ese idioma.

La inclusión del francés fue el resultado de fuertes reivindicaciones de enfermeros franceses y canadienses, debido a que en la primera mitad del siglo XX era considerado como idioma universal. El español fue adoptado como tercer idioma al verificarse que, en 1965, la representación de enfermeros procedentes de países de idioma español era mayor que el de francés. El CIE tuvo sólo una presidenta con idioma nativo español, la licenciada en enfermería Nelly Garzón, de Colombia. Para enfermeros oriundos de países que no hablan ninguno de estos tres idiomas del CIE (Brasil, Japón, Italia, Tailandia, Egipto y otros) que son la absoluta mayoría entre sus asociaciones miembros, no hace ninguna diferencia, ya que estarán siempre obligados a optar por uno de estos tres idiomas, para manejar y comunicarse con el CIE. Sin embargo, asumen indirectamente el costo de la tra-

ducción e interpretación. Finalmente, en 1985, en una nueva discusión sobre idiomas se aprobó que, a partir de las elecciones de 1993, la Junta Directiva incluya representantes de lengua española y/o francesa con traducción simultánea en los tres idiomas.

Cabe destacar que la Organización de las Naciones Unidas (ONU) mantiene también esos tres idiomas como oficiales, además del ruso, chino y árabe. El costo de traducción e interpretación simultánea de esos idiomas en documentos y publicaciones, así como en las reuniones, imposibilita mayor utilización de este recurso, que sin duda, facilitaría aún más la comunicación entre los miembros.

En un primer momento del CIE, solamente Gran Bretaña, Estados Unidos, Irlanda (del Norte) y Alemania habían oficializado su afiliación al Consejo Internacional de Enfermeras, cuando en julio de 1901, se realizó el Primer Congreso de Enfermería, en Buffalo, Estados Unidos. Luego ingresaron Dinamarca, Canadá, Finlandia y Holanda, en 1904. En la primera década de 1910 fueron India y Nueva Zelanda, y en la década de 1920, Italia, Bélgica, China, Noruega, África del Sur, Bulgaria, Cuba, Francia, Irlanda, Polonia, Brasil, Grecia, Filipinas, Suecia e Yugoslavia. Varios de esos países, en general, debido a situaciones de guerra o revolución en sus países, se ausentaron de la organización, pero después de la finalización de sus respectivas contiendas regresaron. Por ejemplo, Cuba ingresó antes de Brasil, en 1925, pero después de la revolución cubana en 1959, se retiró del escenario internacional, retornando sólo en 1981. Brasil ingresó en 1929 manteniendo, de manera ininterrumpida, su afiliación a través de la Asociación Brasileña de Enfermería (ABEn) hasta 1997, en que pasó a ser representado por el Consejo Federal de Enfermería (COFEN). La mayoría de las organizaciones de enfermería de otros países de América Latina ingresaron en la década de 1950, 1960 y esporádicamente en las décadas subsiguientes. De la Península Ibérica, el Consejo General de Enfermería de España fue admitido, en 1965, y la Asociación Portuguesa de Enfermeros, en 1969.

Después de algún tiempo, aunque el trabajo llene las aspiraciones, se sienta valorizado en el

ambiente de la institución, se encuentre económicamente bien gratificado y psicológicamente ajustado, hay un determinado momento en que el ser humano siente un fuerte deseo de abandonar todo y, simplemente, regresar al lugar de origen o a la familia y disfrutar de algún tipo de tranquilidad y relajación sin los agobios de los compromisos habituales. Si la permanencia en el extranjero se prolonga por algunos años, aún confundiendo con inmigración definitiva, la persona siente que su lugar no es aquel donde está, tiene la sensación de pertenecer a otro lugar y experimenta la nostalgia de regresar a su casa, a sus raíces, a sus cosas, a su propio hogar, a lo que podría llamarse su mundo.

En Brasil, de modo general, los extranjeros son tratados sin prejuicios y en igualdad de condiciones. No obstante hay países, principalmente, en Europa, América del Norte y Asia, en los cuales no se permite a los extranjeros olvidar que son, de hecho, extranjeros cuando les preguntan: ¿cuándo pretendes regresar a tu casa? ¿Pretendes quedarte aquí definitivamente? ¿En tu tierra no existen empleos como el que ejerces? ¿No sientes falta de tu tierra, de tus amigos, de tu familia? O aún comentarios del tipo: trabajar en el primer mundo es mucho mejor que en Brasil, ¿verdad? No regreses a tu país, aquí estás mejor, aprovecha esta oportunidad que te concedieron y que no tendrías en tu país.

Ante tales interrogantes, la idea del retorno a casa y al empleo anterior, ahora con mucha más experiencia, conocimientos, visión de otros modelos profesionales y fluidez en más de un idioma, se pasa del sueño al deseo de concretar hasta el punto de decidirse por la prioridad más importante. Te imaginas que los recursos amortizados durante tu estancia en el exterior será suficiente para reiniciar la vida en tu país de origen. En esta fase, todo gira en función de lo que se pretende hacer al regresar, dónde aplicar sus conocimientos y experiencias, cómo ayudar a las personas o instituciones con las habilidades adquiridas, qué hacer, por dónde comenzar. Si para iniciar su trabajo en el exterior tuvo que dejar su empleo, al retornar sabe que tendrá que buscar uno nuevo con la certeza de que su experiencia de vida y trabajo sumarán puntos a su currículo, lo que teóricamente le daría ventaja en

comparación a los demás candidatos o potenciales concurrentes.

Mientras tanto, el retorno a casa no es propiamente la realización del sueño tan ansiado. Cuando estábamos en el exterior, y retornábamos por cortos periodos de vacaciones, éramos una especie de visitas, y, consiguientemente, se nos trataba como tales. Muchas medidas, abrazos, demostraciones de afecto, invitaciones a cenas, fiestas, conferencias, homenajes o para conocer las últimas novedades de la ciudad, teatros, y otros sitios de entretenimiento, promesas o aún ofrecimientos de ayuda. Las personas solicitaban nombres para contacto o ayuda para conseguir también un empleo en el extranjero. Como puede percibirse, el status social es alto para quien trabaja en el extranjero y las personas se nos aproximan por simple curiosidad u otro interés.

Cuando finalmente se produce el regreso a casa, y buscamos a esos amigos, éstos se asustan y argumentan que fue una locura retornar ahora que el país está con tantos problemas económicos y crisis de desempleo y tratan de dejar en claro que no conocen a nadie que esté necesitando de un profesional con la experiencia que uno trae, ni conocen quien nos pueda ayudar a encontrar un trabajo. De hecho, mientras éramos “visita” el trato era siempre de cortesía y demostraciones de aprecio, muchas veces en la expectativa de poder ser invitados para alguna asesoría o participar en seminarios o conferencias en el exterior.

Así, el retorno no siempre es bien acogido. Cuando se trata de una vuelta al empleo de origen, muchas rutinas habrán cambiado, las personas podrán ser otras, y aunque sean las mismas, ellas pueden estar ocupando cargos o ubicaciones diferentes y eso unido a la existencia de nuevos funcionarios en ejercicio. En fin, es casi como comenzar todo de nuevo, y cuanto mayor el tiempo de alejamiento, mayores serán las dificultades, no sólo porque las personas de antaño crearon otros vínculos entre ellas sino también porque se protegen contra el que salió, el cual es visto como invasor y una amenaza por las experiencias y el bagaje de conocimientos que trae consigo. Ostensiva o veladamente esas personas procuran boicotear o dificultar la reintegración del intruso, haciéndole sentirse un “extranjero” dentro de su propio

ambiente de trabajo. Usan códigos y siglas en las conversaciones entre sí para alejar al que acaba de retornar, haciéndole sentir que no es del grupo.

El trabajo realizado cotidianamente dentro de la institución es más valorado (quizá como premio a la fidelidad) que la experiencia y tipo de trabajo desarrollado en el exterior aunque haya sido en una organización internacional dentro del mismo campo de actividad.

En la familia el reencuentro puede ser igualmente difícil, pues el miembro que regresa no es más una visita que traía regalos y novedades para ser distribuidos entre los parientes y amigos. Si tenía su propia habitación antes de viajar, el cuarto puede haber cambiado de destino o de usuario, dando lugar a disputas que pueden generar conflictos con el nuevo ocupante. La búsqueda de otra vivienda, sea para comprar o para alquilar, siempre representa otro problema con las respectivas implicancias económicas o familiares.

Así, regresar a casa puede representar, en verdad, un desafío muy grande desde el punto de vista profesional por las dificultades en la reintegración y el poco apoyo que antiguos colegas demuestran y por la hostilidad de los nuevos que sienten que nuestro retorno puede dificultar eventualmente su carrera y ascenso profesional.

¿Como afrontar esto? El que sale, al planear su regreso a casa, debe estar consciente de las dificultades que puede encontrar, ya que la realidad puede ser fría y difícil después que deja de ser visita y ejecutivo de alto nivel de una organización cualquiera ubicada en el exterior, transformándose en alguien que busca un cargo o empleo en la propia

tierra aspirando al desarrollo de una actividad justo al lado de los antiguos colegas, incluso llegando a reasumir las funciones desempeñadas anteriormente dentro del servicio público como si se hubiera ausentado sin remuneración. Para reasumir un cargo público efectivo es necesario avisar formalmente con bastante antelación sobre el regreso y la fecha probable de la llegada, para que el sustituto tenga constancia mediante la oportuna comunicación. Debe también preparar su plan de trabajo para el regreso, con el tipo de actividad que desarrollará, indicando sus pretensiones y ofreciendo colaboración en los sectores, departamentos o áreas donde podría actuar. Evidentemente, el retorno será más fácil si durante el periodo de alejamiento mantuvo contacto con las personas de su área de actividad, visitándoles anualmente con motivo de su venida al país, en vacaciones o por cualquier otro motivo, manteniendo correspondencia regular con algunas personas claves; enviando material, publicaciones o documentos y, de ser posible, invitando a esas personas a participar en reuniones, conferencias, proyectos o para hacer turismo. Lo importante es mantener siempre una “puerta abierta” con todas las personas, para que al regresar pueda encontrar apoyo y quién sabe, una ayuda. Sea en el retorno definitivo o en los ocasionales por vacaciones, el profesional debe permanecer humilde, no alardeando de su trabajo ni de las ventajas que le proporciona lo que ha hecho o está todavía haciendo. La humildad, en cierta medida, también abre muchas de las puertas que pueden ser útiles en el regreso a casa.



A VOLTA PARA CASA

Taka Oguisso

*Profesora Titular de la Escuela de Enfermería de la
Universidad de Sao Paulo, Brasil*

Toda viagem ao exterior, seja por turismo, seja por motivo profissional ou mudança (imigração) envolve ansiedade, excitação e preocupações, pela expectativa do que se vai ver ou fazer, ou como adaptar-se ao novo ambiente, ou o que irá encontrar pela frente. Por melhor que tenha sido a viagem turística o momento de voltar é tão bom quanto, ou até melhor que o entusiasmo e a alegria da partida.

No campo profissional, se a viagem foi motivada por proposta de emprego de empresa no exterior, há as dificuldades iniciais com o idioma, os costumes locais, a busca de local para moradia, os sistemas de trabalho, os novos colegas e chefias, a sensação de estar sendo avaliado em cada gesto, a responsabilidade e a necessidade de provar sua competência, mesmo que o convite tenha sido feito por alguma qualidade ou qualificação específica do profissional convidado.

Neste editorial pretendo refletir sobre o momento de meu retorno à casa depois de haver trabalhado como assessora, por mais de dez anos consecutivos (1987-1997), no Conselho Internacional de Enfermeiras (CIE), uma organização não governamental sediada em Genebra, Suíça. O convite para esse trabalho partiu de Nelly Garzon Alarcon, Presidente do CIE, para o período de 1985-1989, quando veio ao Brasil para participar do XXXVIII Congresso Brasileiro de Enfermagem, em outubro de 1986.

O CIE, fundado no dia 1º de julho de 1899, é uma federação de organizações nacionais de enfermagem, (apenas uma por país) formalmente admitidas como membros. Tem como missão representar enfermeiros de todo o mundo, ser sua voz; fazer avançar a profissão e influenciar políticas de saúde. Seus objetivos são: influir nos padrões da enfermagem, da saúde e da política social, profissional e socioeconômica em todo o mundo; ajudar as associações nacionais de enfermagem a melhorar os padrões de enfermagem e de competência das enfermeiras (os); promover o fortalecimento

das ANEs; representar enfermeiras e enfermagem no plano internacional; estabelecer, receber e administrar fundos que possam contribuir para o progresso da enfermagem e do CIE.

A organização é dirigida por uma Diretoria de quinze membros, eleitos para um mandato de quatro anos, procedentes de todos os continentes, que compõe sete regiões, e se reúne uma vez por ano, por 4 a 5 dias, na sede, em Genebra. A sede é dirigida por uma diretora executiva e um staff de cerca de 14 ou 15 funcionários fixos (cerca de 4 ou cinco enfermeiros consultores, secretárias, contabilistas e arquivista) e outros contratados por prazo determinado para execução de projetos específicos.

O órgão maior de deliberação do CIE é o Conselho de Representantes Nacionais (CRN), que se reúne uma vez a cada dois anos, para decidir sobre as políticas da organização, aprovação de contas, estabelecimento de cotizações, admissão de novos membros e eleição dos membros da Diretoria. Cada associação membro do CIE elege um (a) representante, podendo ser o próprio presidente, alguém da diretoria local ou ainda qualquer pessoa, desde que seja enfermeiro (a), credenciada pela Associação. Cada organização nacional de um país pode enviar um representante oficial e mais um ou dois suplentes, para o CRN, porém cada organização nacional, independentemente do tamanho, tem direito a apenas um voto.

Além do CRN, a cada quatro anos, é realizado um congresso quadrienal, do qual podem participar todos os enfermeiros que estejam filiados às organizações membros do CIE. A Presidente do CIE, para o período 2005-2009, é a Dra. Hiroko Minami, do Japão.

A idéia de fundar uma organização internacional partiu de uma enfermeira inglesa, Ethel Bedford Fenwick (1857-1947), que era muito ativa no Conselho Internacional de Mulheres. Cabe salientar que foi a representante da Dinamarca, Sra. Gordon Norrie, quem propôs que o inglês fosse a língua oficial da nova entidade. Assim, o

inglês foi adotado como idioma oficial. Atualmente existem outros dois idiomas de trabalho: o francês e o espanhol, desde 1967 quando houve uma reforma da Constituição (ou Estatuto) do CIE com vigência a partir do Congresso Quadrienal realizado em Montreal, em 1969. Idioma oficial nesse caso é aquele em que os instrumentos jurídicos do CIE e os arquivos são mantidos. Em caso de alguma dúvida sobre o texto em documento traduzido, prevalecerá o significado do texto original, em inglês. Também é nesse idioma que todas as reuniões de comissões e grupos de estudo do CIE são conduzidas. Já os idiomas de trabalho, ou seja, o francês e o espanhol são idiomas para os quais são traduzidos todos os documentos para as reuniões do CRN e enviados para as associações membros dos países que falem esses idiomas ou quando a organização membro tenha optado por esse idioma.

A inclusão do francês foi em decorrência de fortes reclamos, sobretudo, de enfermeiros franceses e canadenses, porque na primeira metade do século XX, era considerado o idioma universal. O espanhol foi adotado como o terceiro idioma, porque se verificou que, em 1965, a representação de enfermeiros procedentes de países de idioma espanhol era maior que o de francês. O CIE teve apenas uma presidente de idioma nativo espanhol, a enfermeira Nelly Garzon, da Colômbia. Para enfermeiros oriundos de países que não fala nenhum desses três idiomas do CIE, (Brasil, Japão, Itália, Egito, Tailândia e outros) que são a absoluta maioria entre as associações membros do CIE, não faria diferença alguma, pois são sempre obrigados a optar por um desses idiomas e têm que lidar e comunicar-se com o CIE em outro idioma que não o seu nativo. Mas assumem indiretamente o ônus de arcar, pelo menos em parte, com despesas de tradução e interpretação. Finalmente, em 1989, em nova discussão sobre idiomas foi aprovado que a partir das eleições de 1993, a Diretoria incluísse representantes da língua espanhola e/ou francesa com tradução simultânea nos três idiomas.

Cabe ainda salientar que a Organização das Nações Unidas (ONU) mantém também esses três idiomas, como oficiais, além de outros três: russo, chinês e árabe. O custo de tradução e interpretação simultânea desses idiomas em documentos e publi-

cações, assim como nas reuniões, impossibilita maior utilização desse recurso, que sem dúvida, facilitaria ainda mais a comunicação entre os membros.

No primeiro momento, apenas representantes dos Estados Unidos, Grã Bretanha e Irlanda (do Norte), e Alemanha haviam oficializado sua filiação ao Conselho Internacional de Enfermeiras, quando em julho de 1901 realizou o Primeiro Congresso de Enfermagem, em Buffalo, Estados Unidos. Em seguida, ingressaram a Dinamarca, Canadá, Finlândia e Holanda, em 1904. Na década de 1910 foi a Índia e Nova Zelândia, e na década de 1920, Itália, Bélgica, China, Noruega, África do Sul, Bulgária, Cuba, França, Irlanda, Polônia, Brasil, Grécia, Filipinas, Suécia e Iugoslávia. Vários desses países saíram, em geral devido a situações de guerra ou revolução em seus países, e depois retornaram. Por exemplo, Cuba ingressou antes do Brasil, em 1925, porém logo após a Revolução cubana em 1959, ela se retirou do cenário internacional, retornando apenas em 1981. Já o Brasil ingressou em 1929 e manteve ininterrupta filiação através da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) até 1997, e após essa data, passou a ser representado pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). A maioria das organizações de enfermagem de outros países da América Latina ingressou na década de 1950, 1960 e esporadicamente nas décadas subseqüentes. Da Península Ibérica, o Conselho Geral de Enfermagem da Espanha foi admitido, em 1965, e a Associação Portuguesa de Enfermeiros, em 1969.

Depois de algum tempo, mesmo que o trabalho preencha suas aspirações, sintam-se valorizado no ambiente da instituição e esteja economicamente bem gratificado e psicologicamente ajustado, há um determinado momento em que o ser humano sente uma vontade imensa de abandonar tudo e simplesmente voltar para as origens, ou para a família e desfrutar de algum tipo de tranquilidade, relaxamento e descompromisso com as obrigações habituais. Se essa permanência no estrangeiro, se prolonga por alguns anos, confundindo-se mesmo com imigração definitiva, a pessoa sente que seu lugar não é aquele onde está, tem a sensação de pertencer a um outro lugar, tem uma vontade nos-

talgica de voltar para sua casa, para suas origens ou raízes, para suas coisas, para seu próprio canto, para aquilo que chamaria o seu mundo.

No Brasil, os estrangeiros de modo geral são tratados sem preconceitos e em igualdade de condições. Não obstante, há países, principalmente, na Europa, América do Norte e Ásia, onde os estrangeiros são lembrados com certa regularidade de que são estrangeiros com perguntas do tipo: quando você pretende voltar para sua casa? você pretende ficar por aqui permanentemente? Na sua terra não existem empregos como esse que você exerce? Você não sente falta de sua terra, dos seus amigos ou da família? Ou comentários do tipo: É bem melhor trabalhar no primeiro mundo do que no Brasil, não é? Não volte para seu país, pois aqui é muito melhor e lhe deram uma oportunidade que não teria em seu país.

Diante desses questionamentos, a idéia do retorno para casa e para o emprego anterior, agora com muito mais experiência, conhecimentos, visão de outros modelos profissionais e fluência em mais de um idioma passa de sonho para a vontade de concretizar, e exacerba-se a tal ponto que torna-se a prioridade mais importante. Imagina que o recurso amealhado no exterior será suficiente para reiniciar a vida no seu país de origem. Nessa fase, tudo gira em função do que pretende fazer ao regressar, onde aplicar seus conhecimentos e experiências, como ajudar as pessoas ou empresas com as habilidades adquiridas, o que fazer, por onde começar. Se ao embarcar para o trabalho no exterior teve que deixar seu trabalho, ao retornar sabe que terá que buscar novo emprego, mas acredita que sua experiência de vida e trabalho no exterior irão somar pontos ao seu currículo, o que teoricamente lhe daria vantagem em comparação aos demais candidatos ou concorrentes potenciais.

Entretanto o retorno à casa não é propriamente a realização daquele sonho anelado e ansiado. Enquanto se encontrava no exterior, e retornava para curtos períodos de férias, éramos uma espécie de visitas, e tratados como tais. Muitas mesuras, abraços, demonstrações de afeto, convites para jantares, festas, conferências, homenagens ou para conhecer as últimas novidades da cidade, teatros e outros locais de entretenimento, promessas ou mesmo oferecimentos de ajuda. As pessoas solici-

tavam toda sorte de encomendas ou ajuda para conseguir também um emprego no exterior. O status social é alto para quem trabalha no estrangeiro e as muitas pessoas se aproximam por algum interesse ou simples curiosidade.

Quando finalmente acontece a volta para casa, e recontamos esses amigos, em primeiro lugar eles se assustam, dizendo que foi loucura retornar agora que o país está com tantos problemas econômicos e crise de desemprego e tratavam de deixar claro que não conheciam ninguém que estivesse necessitando de um profissional com a nossa experiência e nem sabiam de ninguém que pudesse ajudar-nos a encontrar um trabalho. De fato, enquanto éramos “visita” o tratamento era sempre de muita cortesia e demonstrações de apreço, muitas vezes na expectativa de serem eles próprios convidados para alguma assessoria ou participar em seminários ou conferências no exterior.

Assim, nem sempre o retorno encontra boa acolhida. No caso de retorno ao emprego anterior, no caso de serviço público efetivo, quando o cargo continuou assegurado, mas muitas rotinas terão mudado, as pessoas poderão ser outras, e mesmo que sejam as mesmas, elas podem estar ocupando cargos ou posições diferentes, novos funcionários podem estar em exercício. Enfim, é quase como começar tudo de novo, e quanto maior o tempo de afastamento, maiores serão as dificuldades, não apenas porque as pessoas remanescentes criaram outros vínculos entre elas e se protegem contra o egresso, visto como um invasor e uma ameaça pelas experiências e conhecimentos que traz em sua bagagem. Ostensiva ou veladamente essas pessoas procuram boicotar ou dificultar a reintegração do intruso, fazendo-o sentir-se um “estrangeiro” dentro de seu próprio ambiente de trabalho. Usam códigos e siglas nas conversas entre si para marginalizar o egresso e fazê-lo sentir-se que não é do grupo.

O trabalho realizado cotidianamente dentro da instituição é mais valorizado (talvez como prêmio à fidelidade) do que a experiência e o tipo de trabalho desenvolvido no exterior, mesmo que tenha sido em alguma organização internacional dentro do mesmo ramo de atividade.

Na família, o reencontro pode ser igualmente difícil, pois o membro que retorna não é mais uma

visita que trazia presentes e novidades para serem distribuídos entre os parentes e amigos. Se possuía um aposento seu antes de viajar, ele pode ter mudado de destino ou de usuário e nesse caso a disputa pode gerar conflitos com o novo ocupante. A busca de um outro lugar, para alugar ou comprar, sempre representa outro problema com as respectivas implicações econômicas ou familiares.

Assim, voltar para casa pode representar, na verdade, um desafio muito grande do ponto de vista profissional pelas dificuldades na reintegração e o pouco apoio que antigos colegas demonstram e uma certa hostilidade dos novos que sentem que nosso retorno pode eventualmente atrapalhar a carreira e ascensão profissional deles.

Como resolver? O egresso ao planejar sua volta para casa, deve estar consciente dessas dificuldades que poderá encontrar no seu retorno, pois a realidade pode ser fria e difícil, depois que deixamos de ser visita e executivos de alto nível de uma organização qualquer localizada no exterior, e passamos a procurar um cargo ou emprego na própria terra, a desempenhar uma atividade lado a lado com antigos colegas ou ao reassumir suas funções anteriores dentro do serviço público, se estivera afastado sem vencimentos. Para reassumir um cargo público efetivo, é necessário avisar formal-

mente com bastante antecedência sobre o retorno e a data provável da chegada, para que o substituto seja alertado. Deve também preparar seu plano de trabalho para o retorno, com o tipo de atividade que irá desempenhar, indicando suas pretensões e oferecendo colaboração nos setores, departamentos ou áreas onde poderia atuar. Evidentemente, o retorno será mais fácil se durante o período de afastamento, manteve contato com as pessoas de sua área de atividade, visitando-as anualmente, por ocasião das vindas ao país, em férias ou por qualquer outro motivo, mantendo correspondência regular com algumas pessoas-chaves, enviando material, publicações ou documentos e ocasionalmente, quando possível, convidando essas pessoas para participar de reuniões, conferências, projetos ou mesmo para turismo. O importante é manter sempre uma “porta aberta” com todas as pessoas, para que ao retorno possa encontrar apoio e quem sabe, uma ajuda. Seja no retorno definitivo ou nas ocasionais para férias, o profissional deve permanecer humilde, não alardeando demais o seu trabalho e nem contar muitas vantagens sobre o que tem feito ou está fazendo. Humildade na medida certa também abre muitas portas que poderiam ser úteis na volta para casa.



CARTAS AL DIRECTOR

NUEVOS TIEMPOS, NUEVAS ESTRATEGIAS. UNA REFLEXIÓN DESDE LOS CUIDADOS

Juana Rocío Reyes Bautista*, Fernando Jesús Robledo Cárdenas**,
Mario Merino Casto***.

**Bachelor of nursing. Enfermera Gestora de Casos*

*** Enfermero Gestor de Casos*

****Enfermero Gestor de Casos*

Hospital General de Riotinto (Huelva)

NEW TIMES, NEW STRATEGIES. A REFLECTION FROM CARE

SUMMARY

The evolution of the andalucian society in which we are immerse is progressively changing such typically traditional society. This overall evolution has an impact on the culture of home care, and assisting the dependent elderly is one of the most affected aspects. An imaginary situation is debated here about a nurse judgement in which the patient is the real andalucian society itself. The situation and possibilities are discussed from the perspective of care and based on standardised taxonomies, all from a hypothetic point of view but based on a growingly frequent reality in andalucian hospitals.

NOVOS TEMPOS, NOVAS ESTRATÉGIAS. UMA REFLEXÃO ACERCA DOS CUIDADOS

RESUMO

A evolução da sociedade andaluza, na qual estamos inseridos, encontra-se em mudanças pouco a pouco típicas de uma sociedade tradicional. Essa evolução, de maneira geral, afeta, também, a cultura dos cuidados domiciliários, pois o atendimento a um maior dependente é uma das facetas mais afetadas por isso. Apresenta-se uma situação imaginária sobre um julgamento de enfermagem, em que o próprio paciente é a autêntica sociedade andaluza. Expõe-se, a partir da perspectiva dos cuidados e apoiado



RESUMEN

La evolución de la sociedad andaluza en la que estamos inmersos está cambiando poco a poco dicha sociedad tan típicamente tradicional. Esta evolución de orden general afecta también a la cultura de los cuidados domiciliarios, atender a un mayor dependiente es una de las facetas más afectadas por ello. Se plantea una situación imaginaria sobre un juicio enfermero en el que el propio paciente es la auténtica sociedad andaluza. Se expone desde la perspectiva de los cuidados y apoyado en taxonomías normalizadas, la situación y posibilidades, todo desde un plano hipotético pero basado en una realidad cada día más frecuente de observar en los hospitales andaluces.

em taxonomias normalizadoras, a situação e possibilidades, a partir de um plano hipotético, mas fundamentado em uma realidade cada dia mais frequente de observar nos hospitais andaluzos.

En la sociedad en la que vivimos, imbuida en las prisas y la impersonalidad, caminamos a menudo por la calle sin molestarnos en mirar aquello que ocurre a nuestro alrededor más inmediato. Tenemos dificultad para apreciar la belleza de un niño que cruza la calle de la mano de su madre, o la que desprende un anciano sentado en un banco mientras alimenta las palomas que se posan en sus hombros y comen dulcemente en sus arrugadas manos.

Hace poco tiempo, un invitado de un conocido programa radiofónico se preguntaba: “¿Dónde se han metido los protagonistas de nuestros cuadros andaluces?”. Con ello reflejaba sus dudas en relación a los cambios que están orientando nuestra sociedad, los matices que están transformando nuestra cultura, que han constituido desde siempre la propia idiosincrasia del pueblo andaluz. Ese trato cálido, próximo y familiar tan habitual está desviando empujado por el viento de la independencia hacia el camino del desapego total entre cada uno de los miembros de la sociedad.

Entre las consecuencias más notorias de estos cambios, se encuentra la disminución de los núcleos familiares. Hace unas décadas, que para algunos era nuestra niñez, lo habitual era la familia con al menos tres hijos, además, en zonas rurales el domicilio era compartido por varias generaciones de una misma familia. De este modo la familia adquiriría mayor dimensión que la actual. Curiosamente hoy, mucho se habla del precio de la vivienda, vivienda que paradójicamente acoge una familia reducida habitualmente a un matrimonio y uno o dos hijos como máximo, en la que las personas mayores dependientes, son cada vez menos habituales. La familia ha dejado de ser sinónimo de “todos”, para convertirse en prácticamente sinónimo de “muy pocos”. Se ha pasado de una sociedad en la que la familia era una unidad simbiótica en la que cada miembro dependía y ayudaba a su vez al resto para pasar, a una sociedad en la que esta relación “ecológica” ha evolucionado a otro tipo.

En la dinámica de vida actual, se hace difícil conciliar vida laboral con la función de cuidadora de un paciente dependiente, con la “responsabilidad” que supone el CUIDADO. Así encontramos en nuestros hospitales, una escena característica: paciente sin acompañantes durante su estancia hospitalaria por la dificultad de sus familiares; esta situación se acompaña de una consecuencia inmediata, la dificultad para el cuidado tras el alta. La solución habitualmente no pasa por el domicilio del paciente, como sería deseable.

Reconociendo que el problema resulta de difícil solución, nuestra pregunta sería, ¿tiene enfermería las herramientas necesarias para solucionar o solventar de alguna manera esta problemática de nuestros pacientes en el día a día? ¿Sería posible volver a encontrar de alguna manera a aquellos protagonistas de los cuadros andaluces? En el supuesto de disponer de herramientas ¿hasta donde llegan las posibilidades de las acciones que se puedan acometer? ¿Es posible en la sociedad actual compaginar trabajo, independencia y vida familiar?

Hagámonos un planteamiento, quizás muy abstracto, imaginemos que la sociedad actual es un paciente, ¿cuál sería su plan de cuidados?, en primer lugar, la valoración sería lo argumentado previamente. Desde una perspectiva hendersoniana, en el juicio diagnóstico podríamos identificar tres claros tipos de problemas:

Problemas de colaboración: que serían como ya sabemos todos aquellos en los que la enfermera necesita de otras disciplinas profesionales para solucionar la problemática del paciente. En nuestro caso en concreto, estos profesionales no serían tanto del ámbito sanitario como del social y, deseablemente, con la implicación de los estamentos políticos, desde el concejal de un municipio hasta los altos cargos de la Junta de Andalucía y el Gobierno Central. Encontramos también problemas de autonomía, en este caso que la institución hospitalaria suple en la medida de sus posibilidades. Y también habría problemas de independencia o Diagnósticos de Enfermería: Aquí es donde está la clave. ¿Podríamos plantearnos un diagnóstico enfermero para el caso que nos ocupa?, de ser así, Enfermería no solo puede actuar, sino que tendría la obligación ética y profesional de hacerlo. A

priori, estamos analizando respuestas humanas frente a situaciones de salud y enfermedad, por lo que la actuación estaría sobradamente justificada; dos serían las posibles etiquetas que se adecuarían a este problema: 00126 Conocimientos deficientes y/ó 00077 Afrontamiento inefectivo de la comunidad

Planteado el juicio diagnóstico, queda el terapéutico. También para eso contamos con herramientas a nuestro alcance, herramientas relativamente nuevas, pero que, bajo nuestra humilde opinión, son de gran utilidad, hablamos de NOC y NIC. 1701 Creencias sobre la salud y 2700 Competencia Social, aparte del 2202 Preparación del Cuidador Familiar Domiciliario como Objetivos de donde partir y evaluar e Intervenciones del tipo de 7110 Fomento de la implicación familiar, 4410 establecimiento de

objetivos comunes, 5020 mediación de conflictos, 5270 Apoyo emocional, 5230 Aumentar el afrontamiento, 5430 Grupo de apoyo o 5604 Enseñanza grupo, por citar algunos de los posibles a utilizar.

Este sería nuestro juicio enfermero, ahora bien, aunque esto es difícil de llevar a cabo, puede que fuese interesante, ya que las herramientas las tenemos a nuestro alcance, que desde la Enfermería de ambos niveles nos pongamos manos a la obra para enfocar nuestros esfuerzos en este sentido. Para ello, ni que decir tiene que debemos contar con el apoyo de las instituciones para las que trabajamos, ellas también deben concienciarse de que es necesario ampliar las miras del trabajo enfermero no solo en el plano individual, sino además en el familiar y comunitario. Así quizás podamos volver a ver sentaditos al sol a “los protagonistas de nuestros cuadros andaluces”.



FENOMENOLOGÍA

SÓLO FUE UN SUEÑO

José Siles González



(I)

La pata gigantesca del mamut se le echaba encima y Kilik sólo era capaz de sentir algo más diferente al sudor frío que le recorría su cuerpo tembloroso: miedo. Kilik se despertó empapado y se acercó con la respiración entrecortada a una especie de cisterna natural donde se coleccionaba el agua procedente de las lluvias que, además de resbalar por las paredes desde grietas horadadas en la parte más cenital de la cueva, goteaba a través de las afiladas puntas de unas estalactitas impotentes para resolver aquel lagrimeo tanto más eterno cuanto más lento. Kilik sumergió la cabeza en la balsa. El agua fría lo despabiló, pero no empezó a serenarse hasta que pudo comprobar como roncaban los miembros de la tribu que dormían arracimados alrededor del fuego encendido en el centro de la cueva. Se acercó al lugar donde dormía Cril y lo zarandó lo imprescindible para despertarlo sin molestar al resto de la tribu. Pero Kilik no pudo evitar que las airadas protestas de su amigo hicieran removerse a más de uno en su camastro de pieles de bisonte.

- ¡Déjame Kilik! -volvió a protestar Cril, que era uno de los mejores cazadores de la tribu y había salvado la vida de Kilik en más de una ocasión.

Pero Kilik insistió y logró arrastrar a su amigo hasta un rincón de la cueva para poder contarle lo que le había pasado. Todavía estaba muy alterado y no sabía muy bien que era lo que le había ocurrido.

- Acabo de verle - dijo Kilik mientras Cril bostezaba sin demostrar demasiado interés.

¿Qué es lo que acabas de ver?- le preguntó sin disimular su apatía, pues deseaba que aquello acabara lo antes posible para volver a dormirse y poder estar en condiciones en la dura jornada de caza que le esperaba.

- Un mamut -dijo Kilik.

- ¿Un mamut... aquí dentro, en la cueva? - exclamó incrédulo Cril. Kilik, entonces, le dijo que también lo había visto a él y que estaba a punto de suceder lo mismo que había pasado veintenas de lunas atrás cuando el mamut iba a aplastarlo.

- Volviste a salvarme: otra vez te debo la vida, no sé como agradecértelo, es una deuda enorme en vidas- dijo mientras Cril seguía frotándose los ojos; había estado toda la noche durmiendo y no sabía de qué le hablaba su amigo.

- Estás mal Kilik, lo que pasó hace veinte lunas no se ha vuelto a repetir... afortunadamente para los dos- dijo Cril esperando que su amigo se calmara y lo dejara irse a dormir.

Kilik insistió y le mostró a su amigo el cuerpo empapado en sudor, pero fue lo único que pudo argumentar a su favor porque no había rastro alguno que hiciera sospechar, ni remotamente, que un mamut hubiera estado allí aquella noche. Kilik miró desconcertado a su alrededor: sus compañeros dormían plácidamente y efectivamente no había huellas de paquidermo alguno, ni señales de violencia de ningún tipo. Se tapó los ojos con las manos para ahogar un sollozo que apenas pudo contener. Entonces fue cuando Cril sintió como si un rayo atravesara su cabeza de sien a sien abriendo un túnel por el que transitaba aquella misma

iedad que lo impulsaba a jugarse la vida para salvar a los demás en las situaciones más comprometidas y decidió que había llegado la hora de sincerarse y contarle a Kilik aquel suceso que había mantenido en el secreto más absoluto a pesar del tormento que le causaba:

- Yo también vi cosas que no eran, ¿recuerdas cuando me ataron al árbol de la vida durante dos soles y dos lunas? - le dijo a Kilik apartándole las manos de los ojos.

Cril le contó a su amigo la causa de aquel castigo cuyo misterioso origen nadie entendió en su día (pues la fama de cazador de Cril lo hacía acreedor a otro tipo de tratamiento).

Inexplicablemente, Elka, la mujer del jefe de la tribu, había acudido a su camastro para yacer con él en el transcurso de una noche que al avezado cazador se le había antojado demasiado corta: "Cuando a la mañana siguiente le comenté a Elka lo que me había gustado y las ganas que tenía de repetirlo, me miró con los ojos abiertos como si no supiera nada de lo que le estaba diciendo. Yo no debí seguir insistiendo porque sólo conseguí un puñetazo y que luego el jefe ordenara que me ataran al árbol de la vida".

- ¿Quieres decir que tanto el mamut como Elka son mágicos? -Preguntó atónito Kilik que no podía entender el hecho insólito de que ni Elka ni su mamut hubieran estado y no estado a la vez con Cril y él respectivamente. Impotentes para resolver la trama, los dos amigos volvieron a acostarse, pero no les dio tiempo a dormirse porque aquella misma noche -un par de horas antes de que amaneciera- el jefe empezó a gritar y a blandir los brazos como si se defendiera de algo sin dejar de dormir. Ante los miembros de la tribu en pleno, bruscamente despertados por los aullidos de terror de su líder, el hechicero de la tribu tuvo a bien inventar una palabra para explicar lo que estaba pasando: es sólo un sueño.

(II)

La pantalla se encendió a la hora estipulada por la programación de la Hermandad Universal y una voz sibilante comenzó a ordenarle, uno por uno, los pasos que debía seguir para alcanzar el orgasmo. Cuando K.L.K creyó que había despertado,

ella todavía seguía encima, montada a horcajadas como una amazona que se resiste a bajarse del caballo con el que acaba de ganar la última carrera. Pero la pantalla se apagó difuminando la figura de aquella hembra con la que había hecho el amor siguiendo las prescripciones de la Hermandad Universal. K.L.K. Se removió en su cama de polvo de oro (un metal por el que se mataban los hombres hasta mediados del siglo XXI) y leyó el manual electrónico instalado en su reloj de pulsera: a los nueve minutos exactos sería padre. Llamó a I.K.A, la mujer con la que virtualmente había hecho el amor e intentó decirle lo emocionante que había sido, pero no le salieron las palabras porque en el fondo no tenía ni puta idea de lo que significaba el residuo más insignificante de emoción.

-Al principio puede parecer maravilloso, pero luego todo es igual: pura rutina -le contestó sin explicarle que ella ya había parido ciento treinta y dos hijos virtuales, todos de distintas razas, con pesos y padres virtuales diversos, incluso llegó a mezclar las características de varias etnias consiguiendo efectos espectaculares: niños albinegros, glauco anfibios, rojiblancos, glaugranas e incluso pardo amarillentos; aunque, eso sí, todos - hasta los mismos negros - con ojos azules.

K.L.K no se inmutó y, después de alejarse lo suficiente de la pantalla del ordenador, siguió leyendo las instrucciones del manual instalado en su reloj de pulsera hasta que el persistente zumbido de la alarma, emitida como el grito gutural de un lejano y olvidado ancestro, empezó a sonar en el altavoz del ordenador: habían pasado los nueve minutos. La pantalla del monstruo informático volvió a ocupar todo el espacio de la estancia sin que nadie le negara el permiso que no había solicitado y, a cambio, K.L.K pudo asistir al parto de su primer hijo virtual: era precioso. No cabía en sí y, después de manipular con el ratón las opciones ofertadas por el programa en el que estaba instalado su primogénito, pudo comprobar cómo lloraba, le dio un baño, cambió sus pañales, le preparó el primer biberón y se lo administró como una nodriza que había extraviado su ánimo de lucro, con un sentimiento que no fue capaz de describir porque la palabra ternura hacía tiempo que había perdido su significado y nadie la usaba ya. Después lo acostó en su cunita azul (había elegido el sexo) y activó

una nana que había sido muy popular en Irlanda a mediados del siglo XIX. Luego anduvo trasteando el programa de los grandes almacenes virtuales y, después de seleccionar "moda infantil del siglo XX", le compró un par de mudas, cuatro peles y dos pares de botitas de punto (azul y blanca respectivamente). Luego, tras arroparlo en su cunita,

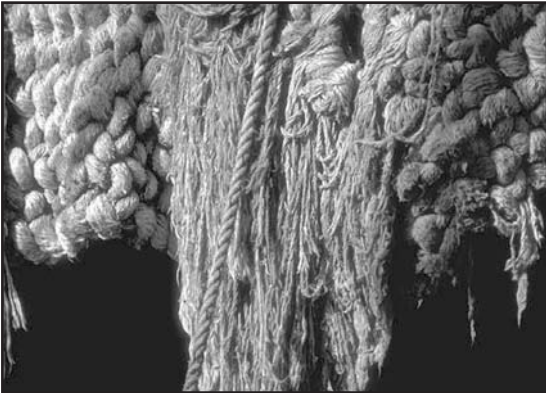
lo programó para que llorara un par de veces durante la noche (a las tres cuarenta y cinco y a las seis y diez) y le dio un beso. No le dijo que tuviera buenos sueños porque también esa palabra se había malogrado y nadie sabía ya qué puñetas quería decir: el invento de un oscuro hechicero del neolítico había pasado a mejor vida.



LA COMUNICACIÓN CON PACIENTES PEDIÁTRICOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

M^a Victoria Bellido Estévez, Adoración Carretero García,
M^a José Espíldora González

*Diplomadas Universitarias de Enfermería. UCI Pediátrica.
HRU Carlos Haya. Pabellón Materno Infantil. Málaga.*



COMMUNICATION WITH PAEDIATRIC PATIENTS IN AN INTENSIVE CARE UNIT

SUMMARY

Communication between family, hospital personnel and paediatric patients with assisted ventilation (AVPP) presents severe difficulties for their extreme dependency, and their impaired physical condition to produce speech. These type of difficulties are always important to cope with and situations are made worse should the individual be a paediatric patient or an immigrant because of his language difficulties.

Our aims were to identify either verbal and non verbal expressions used by the AVPP in a paediatric intensive care unit (ICU) to communicate with hospital staff and also with their family, and to design especial patterns, tables of images or pictures to express concepts, feelings or even questions to solve their basic needs, in Spanish, English, French or Arabic language.

A retrospective study in four children (aged 1-14) diagnosed of congenital degenerative metabolic disease in an ICU was done. A three-year follow up was performed. A close and strict

patients' observation by family as well as by hospital staff personnel, were recorded to determine not only face and eyes expressions when trying to communicate with other people but also body language. A 15 items questionnaire was presented to those hospital staff personnel with their own personal experiences with AVPP patients. Most frequently the type of gestures made by these patients is very common, very specific and its identification and knowledge by the sanitary professionals contributes to improve the quality of health care.

The means for improving these sort of communication with AVPP patients provides ways to better cope with their needs and helps hospital personnel with less experience to widen their knowledge.

Nurse professionals demand better and more advanced education courses in English, French, Arabic languages to improve their communication ability with foreign patients in order to obtain better health care assistance.

Key-words: Non verbal Communication - assisted ventilation in paediatric patients

RESUMEN

La comunicación de la familia y personal sanitario con los pacientes pediátricos ventilodependientes presenta dificultades porque el paciente se encuentra en situación de dependencia y su estado físico le impide emplear la voz. Este problema es más grave en el paciente pediátrico, por su inmadurez; ó si es inmigrante, por sus dificultades idiomáticas.

Nuestros objetivos fueron identificar los gestos verbales y no verbales utilizados por los pacientes pediátricos ventilo-dependientes ingresados en una UCI pediátrica para comunicarse con el personal sanitario y con sus familiares; y confeccionar

tablas de imágenes de conceptos, sentimientos y preguntas sobre necesidades básicas y alimentos en castellano, inglés, francés y árabe.

Realizamos un estudio retrospectivo en una UCI pediátrica sobre 4 niños (1-14 años) con enfermedad metabólica degenerativa congénita seguidos durante 3 años, mediante la observación directa del enfermo por el personal del personal de enfermería y la familia para determinar los gestos más comunes empleados por el paciente en sus intentos de comunicación. Se realizó una encuesta de 15 ítems al personal de enfermería sobre sus experiencias personales con pacientes que presentaban dificultades para la comunicación.

Los gestos de comunicación empleados por los pacientes ventilodependientes con dificultades severas motoras son característicos. La identificación de estos gestos y la difusión entre los profesionales de la enfermería contribuye a mejorar la atención a estos pacientes. El uso de medios de soporte para la comunicación con estos pacientes facilita la realización de sus cuidados básicos y fomentar su empleo entre el personal con menor experiencia contribuye a mejorar la atención de calidad. El personal de enfermería demanda más cursos formativos para mejorar la comunicación con pacientes que hablan otras lenguas. La realización de cursos básicos en lengua inglesa, francesa o árabe mejoraría la comunicación con los pacientes procedentes de otro país y con ello su asistencia.

Palabras clave: Comunicación no verbal - Paciente pediátrico ventilo-dependiente

A COMUNICAÇÃO COM PACIENTES PEDIÁTRICOS NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

RESUMO

A comunicação da família e pessoal de saúde com os pacientes pediátricos dependentes de ventilação apresenta dificuldades porque o paciente se encontra em situação de dependência e seu estado físico o impede de empregar a voz. Esse problema é mais grave no paciente pediátrico, devido sua imaturidade: ou se é imigrante, por suas dificuldades idiomáticas. Os objetivos desse estudo foram: identificar os gestos

verbais e não verbais utilizados pelos pacientes pediátrico dependentes de ventilação e internados na UTI pediátrica para comunicarem-se com os profissionais de saúde e com seus familiares; e elaborar tabelas de imagens de conceitos, sentimentos e perguntas sobre necessidades básicas e alimentos em castelano, inglês, francês e árabe.

Realizamos um estudo retrospectivo em uma UTI pediátrica envolvendo 4 crianças (1-14 anos) com enfermidade metabólica degenerativa congênita, os quais foram seguidos durante 3 anos, mediante a observação direta do enfermo pela equipe de enfermagem e pela família, a fim de determinar os gestos mais comuns empregados pelo paciente em suas tentativas de comunicação. Realizou-se um instrumento com 15 tópicos dirigido à equipe de enfermagem sobre suas experiências pessoais com pacientes que apresentavam dificuldades de comunicação.

Os gestos de comunicação empregados pelos pacientes dependentes de ventilação, com dificuldades motoras severas, são característicos. A identificação desses gestos e a difusão desses resultados entre os profissionais de enfermagem contribuem para melhoria da atenção a esse tipo de pacientes. O uso de recursos de suporte para a comunicação com eles facilita a realização de cuidados básicos e fomenta seu uso pelos profissionais com menor experiência, contribuindo, dessa maneira, para implementar melhorias na qualidade assistencial. A equipe de enfermagem requer mais cursos de capacitação para melhorar a comunicação com pacientes que falam outros idiomas. A realização de cursos básicos em línguas inglesa, francesa ou árabe melhoraria a comunicação com os pacientes que provêm de outro país e com isso haveria, também, melhoria na qualidade assistencial.

Palabras-chave: Comunicação não verbal; paciente pediátrico dependente de ventilação.

INTRODUCCIÓN

Las investigaciones realizadas por varios autores sobre comunicación deducen que es imposible no comunicarse, que por más que uno lo intente no puede dejar de comunicar, bien mediante el lenguaje analógico (Tonos de voz, gestos, etc.) bien



mediante el lenguaje digital (A través de símbolos lingüísticos). (WATZLAWICK, 1997; GAILLARD, J.P., 1999). Otros autores indican que el ser humano es el único que puede expresarse a través de símbolos verbales y no verbales. (PLANELLA, J., 2003-2004-2005) Cuando la comunicación verbal no es posible la comunicación no verbal adquiere una gran importancia (DANCE, F. 1973, ALLUÉ, M., 2003)

La comunicación con los pacientes en general presenta algunas dificultades debido fundamentalmente a que el receptor se encuentra en una situación de dependencia y su estado físico le impide emplear los canales habituales de comunicación. La comunicación se torna aún más dificultosa en las edades más tempranas. Si a esta circunstancia se añade un déficit neurológico o psicomotor que impide al niño usar sus medios habituales de expresión oral y gestual, el problema de comunicación se agrava considerablemente. En pacientes crónicos pediátricos ventiladores dependientes con dificultad motora severa, cuya estancia en el hospital es prolongada, que permanecen frecuentemente bajo la responsabilidad de las enfermeras sin la presencia continuada de su familia, se plantean a menudo problemas de comunicación. En algunos casos la única forma de comunicación de estos niños para satisfacer sus necesidades básicas es la expresión ocular. La mayoría de estos niños emplean mecanismos de compensación variados para comunicarse con su familia y con el personal de enfermería.

En los últimos años y con motivo de los movimientos migratorios hacia nuestro país y concreta-

mente hacia la comunidad andaluza, puerta de entrada de las corrientes migratorias procedentes de África, se ha planteado un nuevo y creciente problema de comunicación. El número de ingresos de niños que no hablan el idioma español ha aumentado en un alto porcentaje. El mayor problema que se presenta es la falta de traductores de lengua árabe-magrebí que facilitan la comunicación con estos pacientes pediátricos y con sus familias que en numerosas ocasiones hablan un dialecto regional y no tienen conocimiento de otras lenguas por su bajo nivel cultural.

OBJETIVOS

Planteamos como objetivos de este trabajo comprobar si existen coincidencias entre las diferentes señales que emplean los niños para comunicarse y cómo pueden adquirir comportamientos, bien aprendidos bien desarrollados de forma espontánea que faciliten su comunicación. Intentaremos determinar tanto las señales como los gestos usados por los pacientes con más frecuencia para comunicarse. Y daremos difusión de estos conocimientos al personal sanitario (sobre todo personal de enfermería y médicos) encargado del control y tratamiento de estos niños para facilitar y mejorar la comunicación con ellos y por tanto su calidad de vida y la calidad asistencial.

Finalmente centraremos nuestro interés en intentar mejorar la comunicación con pacientes pediátricos de habla extranjera para lo que se han elaborado varias tablas de comunicación mediante imágenes sencillas que faciliten la expresión por parte de los pacientes y la comprensión por parte del personal sanitario de las necesidades básicas, para ello estas tablas han sido traducidas al inglés, francés y árabe, por ser éstos los idiomas de uso más frecuente entre los nuevos pacientes de procedencia extranjera en nuestro medio.

Concretando, nuestros objetivos fueron dos, en primer lugar identificar los gestos verbales y no verbales utilizados por los pacientes pediátricos ventiladores dependientes ingresados en una UCI para comunicarse con el personal sanitario y con sus familiares. Y en segundo lugar confeccionar y testar unas tablas de imágenes de conceptos, sentimientos y preguntas sobre necesidades básicas y alimentos en castellano, inglés, francés y árabe.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Materno Infantil de Málaga durante 3 años sobre 4 niños con enfermedad metabólica degenerativa congénita, de edades comprendidas entre 1 año y 14 años, mediante la observación de experiencias personales del personal de enfermería y la familia.

Se elaboró el siguiente cuestionario para el personal de enfermería sobre las experiencias personales con pacientes que tienen dificultad para la comunicación de 10 preguntas abiertas.

CUESTIONARIO SOBRE LA COMUNICACIÓN CON PACIENTES PEDIÁTRICOS EN CRÍTICOS.

EDAD años

AUX ENFERMERÍA

DIPL. ENFERMERÍA

EXPERIENCIA EN UCIP años

SEXO: Mujer

Hombre

1. Gestos y señales habituales que hayas observado, en un niño con gran dificultad para comunicarse, utilizando la boca.
2. Gestos y señales habituales que hayas observado, en un niño con gran dificultad para comunicarse, utilizando los ojos.
3. Gestos y señales habituales que hayas observado, en un niño con gran dificultad para comunicarse, utilizando las manos.
4. Otros medios que hayas observado que empleen estos niños aparte de los anteriores.
5. ¿Crees que los gestos y señales que realizan son característicos de este tipo de paciente pediátrico?
6. ¿Piensas que estos gestos y señales son aprendidos o espontáneos?
7. ¿Utilizas algún medio de soporte para comunicarte con niños con dificultad para la comunicación oral?
8. ¿Conoces algunas palabras de lenguaje básico en lengua inglesa?
9. ¿Conoces algunas palabras de lenguaje básico en otras lenguas? Especifica

10. Si se organizara algún curso para mejorar la comunicación con pacientes extranjeros, ¿estarías interesado/a en realizar algún curso básico de lengua inglesa, árabe u otra lengua?

Tras la recogida de datos, con los resultados obtenidos se realizó un estudio estadístico descriptivo de frecuencia (N)/porcentaje (%) ANOVA de un factor comparando dos variables, la observación de las diferentes señales y signos de los pacientes con la experiencia laboral mayor o menor de 5 años de los profesionales de enfermería encuestados y con la experiencia laboral mayor o menor de 10 años.

Se realizaron una serie de tablas de comunicación por imágenes para facilitar el entendimiento a nivel de necesidades básicas en pacientes pediátricos con dificultad para comunicarse y en pacientes pediátricos no hispano parlantes.

Tabla 1 - Árabe

[ELMÁ]  ماء	[JOBS]  خيار	[AASER]  عصير	[JELIB]  جلباب	[DEYESH]  بيضة
[CHOCOLATA]  شوكولاته	[RACH DANON]  دانون	[JOBS]  جلباب	[JULEMS ELBESQUETS]  جوليمس	[JALUF]  لحم خاوي
[PELJQUE MATRIRONA] [JOTRA MATRIRONA]  كشور	[PETTISUS]  جلباب	[ALMORATBA] [CONFITURE]  المربوب	[SUBDA]  زبدك	[HEUT]  حوت

TABLA DE ALIMENTOS BASICOS

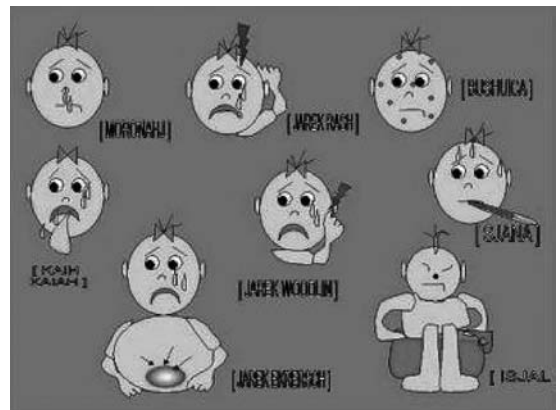


Tabla 2 - Inglés

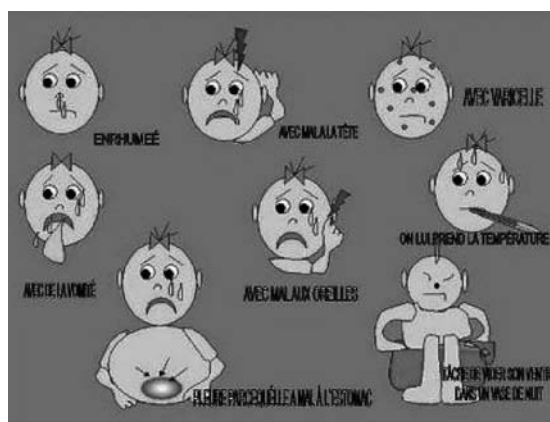
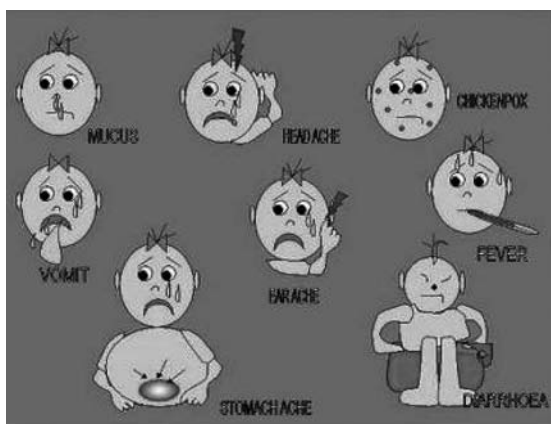
 WATER	 BREAD	 JUICE	 MILK	 CHICKEN
 CHOCOLAT	 YOGOURTH	 OTHER BREAD	 BISCUITS	 JAM
 FRESH FRUIT/VEGETABLE	 CHEESE CREAM	 MERMELADE	 BUTTER	 FISH

TABLA DE ALIMENTOS BASICOS

Tabla 3 - Francés

 L'EAU	 LE PAIN	 LE JUS DE FRUITS	 LE LAIT	 POILET
 LE CHOCOLAT	 LE YOGOURT	 LE PAIN DE MIE	 LES BISCUITS	 LE JAMON CUT
 LA BOUILLIE	 LA CRÈME DE FROMAGE	 LA CONFITURE	 LE BEURRE	 LE POISSON

TABLA DE ALIMENTOS BASICOS



RESULTADOS

Descripción de lo observado

En uno de los pacientes de mayor edad el uso de tablas de comunicación ya constituía un instrumento muy satisfactorio, debido al déficit motor severo progresivo que padecía y que apenas le permitía la apertura ocular y movimientos apenas perceptibles de algunos dedos de una de las extremidades superiores. Sus padres elaboraron una tabla de imágenes muy completa que permitía al niño comunicarse sobre cuestiones algo más complejas que las elaboradas para las necesidades básicas.

Los movimientos oculares que en este caso eran muy limitados debido a la caída palpebral, se limitaban a pequeñas desviaciones de la mirada hacia arriba, los lados y hacia abajo.

En otro de los pacientes mayores con más grado de movilidad, el sistema de movimientos oculares y guiños consistió su medio principal de comunicación con el personal de Enfermería. Por

medio de los guiños procedía a contar números con ayuda de su madre o de las enfermeras con objeto de comunicar algún hecho de gran importancia para su vida como podía ser el número de días que le faltaban para poder volver a su casa, su cumpleaños o fechas importantes para él y su familia, como las Navidades. En situaciones concretas aumentaba la presión de las vías aéreas de modo que hiciera saltar la alarma del respirador y así llamar la atención sobre la persona a su cargo, mecanismos que compensaban su déficit de comunicación oral.

En los pacientes más pequeños la comunicación resultó mucho más difícil, aunque adquirieron conocimientos rápidamente con los medios de que disponían.

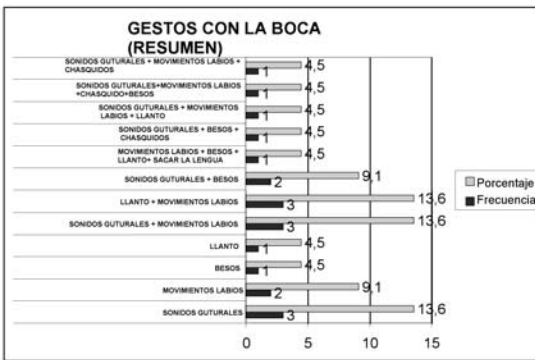
La disposición de nuestra unidad donde los pacientes crónicos se encuentran en la misma habitación facilita el aprendizaje de estos medios alternativos de comunicación. Las madres emplean

códigos parecidos de comunicación con sus hijos que han visto útiles en los pacientes que llevan más tiempo en la unidad y adiestran a sus hijos en estas señales.

Resultados de los datos obtenidos mediante el cuestionario

Tras el análisis de los datos estadísticos se obtuvieron los siguientes resultados:

Los gestos con la boca observados mayoritariamente en estos pacientes por el personal de enfermería son:



- Sonidos guturales, movimientos con los labios, besos, llanto y chasquidos con la lengua (con una frecuencia parecida y sin significación estadística).

Los gestos con los ojos observados mayoritariamente en estos pacientes por el personal de enfermería son:



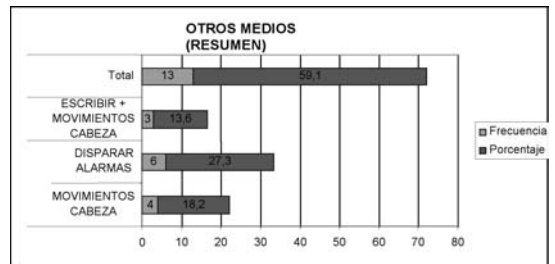
- Movimientos oculares, parpadeo y guiños (con una frecuencia parecida y sin significación estadística).

Los gestos con las manos observados mayoritariamente en estos pacientes por el personal de enfermería son:



- Señalar, movimientos con los dedos, apretar con las manos, movimientos con los brazos (con una frecuencia parecida y sin significación estadística).

Otros medios empleados para comunicarse con la familia y/o el personal de enfermería, observados por el personal de enfermería son:



- La escritura, movimientos con la cabeza y disparar alarmas del respirador.

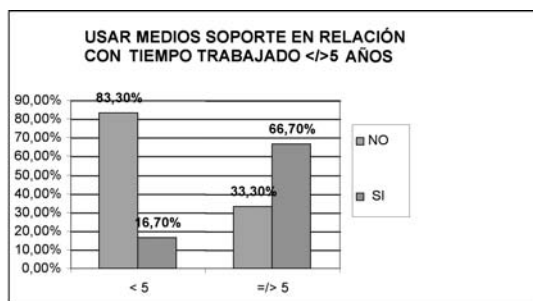
Comparando la media de años de experiencia laboral de la población encuestada (mayor o menor a 5 años de experiencia) con la observación de otros medios de comunicación, encontramos una diferencia estadística en el uso de otros medios.



El personal de enfermería con experiencia menor a 5 años observa movimientos de cabeza en mayor porcentaje que el personal con experiencia mayor a 5 años.

Sin embargo el personal con mayor experiencia valora el disparar alarmas del respirador como medio empleado para comunicarse mayoritariamente. Este dato es significativamente estadístico (mayor que el resto de posibilidades, $p < 0,05$). Esto puede significar que el personal de enfermería con menor experiencia no asocia el hecho de que se disparen las alarmas del respirador del niño con la intención de comunicarnos algo sino por algún problema físico (mucosidad por ejemplo).

La mayoría del personal de enfermería encuestado (68,2%) opina que los gestos empleados por este tipo de pacientes son característicos y que algunos son espontáneos (13,6%) y otros aprendidos (18,2%).

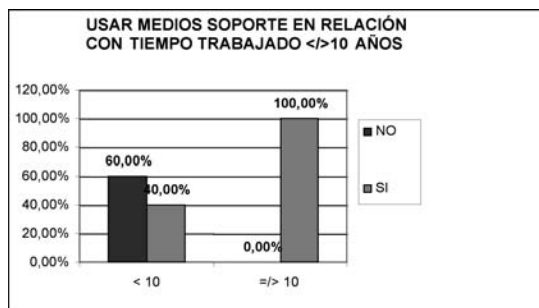


Relacionando el uso de medios de soporte para la comunicación con estos pacientes con la experiencia laboral en años del personal de enfermería (mayor o menor a 5 años de experiencia), también encontramos una diferencia estadística.

El personal con mayor experiencia usa medios de soporte para la comunicación con una probabilidad mayor que el resto de posibilidades $p < 0,05$.

Esto puede significar que la falta de conocimiento de estos medios de soporte conlleva que el personal con menor experiencia no los use.

Relacionando el uso de medios de soporte para la comunicación con estos pacientes con la experiencia laboral en años del personal de enfermería (mayor o menor a 10 años de experiencia), también encontramos una tendencia a ser mayor que el resto de posibilidades $p = 0,058$, hay que tener en cuenta que la población encuestada es pequeña.



Mayoritariamente, el 95% del personal de enfermería está dispuesto a realizar cursos de mejora para aprender o perfeccionar otros idiomas. Entre los idiomas más demandados están: 1-Inglés 2-Francés 3-Árabe.

DISCUSIÓN

En los estudios sobre comunicación realizados por Watzlawick (1997) y Dance (1973) se resaltan las características del ser humano para comunicarse valiéndose de conductas verbales y no verbales para ello. Debido a la naturaleza de nuestros pacientes ventilador-dependientes con graves deficiencias motoras, físicas y en algunos casos psíquicos queremos resaltar la importancia que adquieren otros medios de comunicación no verbales. El artículo de Arroba sobre técnicas de comunicación en la consulta (ARROBA BASANTA ML, DAGO ELORZA R. 2005) destaca la dificultad en la comunicación y el abordaje en situaciones difíciles con técnicas específicas para poder superar estas dificultades. En nuestro medio no se pueden utilizar las mismas técnicas que en la consulta debido a la gravedad y la situación especial de nuestros pacientes pero sí utilizamos otros medios de soporte que compensen otros mecanismos más habituales de comunicación. En el presente trabajo se han detallado los signos no verbales observados por las enfermeras y la familia en los niños, para facilitar la comunicación con ellos y así poder transmitir estos conocimientos a nuevos profesionales que desconozcan por falta de experiencia como comunicarse con este tipo de paciente pediátrico.

CONCLUSIONES

Los gestos de comunicación empleados por los pacientes ventilador-dependientes con dificultades

severas motoras son característicos. La identificación de estos gestos y la difusión entre los profesionales de la enfermería contribuye a mejorar la atención a estos pacientes.

El uso de medios de soporte para la comunicación con estos pacientes facilita la realización de sus cuidados básicos y fomentar su empleo entre el personal con menor experiencia contribuye a mejorar la atención de calidad.

El personal de enfermería demanda más cursos formativos para mejorar la comunicación con pacientes que hablan otras lenguas. La realización de cursos básicos en lengua inglesa, francesa o árabe mejoraría la comunicación con los pacientes procedentes de otro país y con ello su asistencia.

BIBLIOGRAFÍA

- ALLUÉ, M. (2003). Discapacitados. La reivindicación de la igualdad en la diferencia. Barcelona. Ed. Bellaterra.
- ARROBA BASANTA ML, DAGO ELORZA R. (2005). Técnicas de comunicación en la consulta; abordaje de situaciones difíciles. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría, pag: 111-117. Madrid. Exlibris Ediciones.
- DANCE, F. (1973) Teoría de la Comunicación Humana. , pag 391-417. Buenos Aires Ed. Troquel.
- GAILLARD, J.P. (1999) L'educateur spécialisé, l'enfant handicapé et sa famille. Paris. Ed ESF.
- PLANELLA, J.(2002) Acompanyament social, multiculturalisme i discapacitat. 47: 5-24 Perspectiva Social.
- PLANELLA, J. (2003) De l'atenció a l'acompanyament de la persona. Reflexions sobre un procés. Revista de Trabajo Social 169: 52-68.
- PLANELLA, J. (2004) Subjectivitat, Dissidència i Disk@pacitat. Pràctiques d'acompanyament social. Barcelona. Ed. Claret.
- WATZLAWICK. (1997) Teoría de la Comunicación Humana. Barcelona. Ed. Herder.



HISTORIA

LA FAMILIA, LA ENFERMEDAD, EL DOLOR Y LA MUERTE EN LA OBRA PICTÓRICA DE EDVARD MUNCH

Morillo Cadierno R.M.; González Moreno M.J.; Capado Rodríguez M.M.

*Departamento de Enfermería. Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de la
Universidad de Sevilla*



CONCLUSIONS: Painting constitutes a vehicle to express and show disease, death and to deepen in their implicit ones. Munch like a main character of a Greek tragedy painted his environment, he showed what he saw: his sister's illness, his family's pain, his mother's death and his patient awaiting of his own death. Munch's work of art is like a dramatic, raw, real and unique universe created by a tormented and solitary genius who suffered like no other human being the experience of pain, disease and death in his own family.

Key-words: Family, disease, death

FAMILY, DISEASE, PAIN AND DEATH IN THE PICTORIAL WORK OF EDVARD MUNCH

SUMMARY

INTRODUCTION: Disease, pain and death are very significant events in life thus it is natural to see them reflected in pictorial works of art. Considering Edvard Munch had a severe experience of illness and death in his own family when child, he felt the need to deepen and analyzing his life and work to discover the intrinsic meaning of disease and death to illustrate some of his canvases.

METHODOLOGY: For an adequate evaluation and analysis Munch's life, work and historical context was studied. The visual support for this communication has been extracted from diverse pictorial works directly concerned with terms as family, pain, disease and death.

A FAMÍLIA, A DOENÇA, A DOR E A MORTE NA OBRA PICTÓRICA DE EDVARD MUNCH

RESUMO

INTRODUÇÃO: A enfermidade, a dor e a morte são acontecimentos muito significativos, sendo algo natural que apareçam nas obras pictóricas. Considerando o fato de que, desde sua infância Edvard Munch sofreu a experiência da enfermidade e a morte na sua própria família, surgiu a necessidade de realizar uma análise de sua vida e obra para desvelar o significado intrínseco desses fenômenos que ilustram alguns de suas pinturas.

METODOLOGIA: Para a análise e valorização adequadas do objeto, foram analisadas a vida e obra de Munch, bem como sua contextualização histórica. O recurso visual dessa comunicação está

constituído por diversas obras pictóricas que se revelan relevantes para os vocábulos: família, dor, enfermidade e morte.

CONCLUSÕES: A pintura constitui um veículo para identificar a doença, a morte e possibilitar a discussão sobre suas implicações. Munch, como protagonista de uma tragédia grega, pintou o que observou: a enfermidade de sua irmã, a dor de sua família, a morte de sua mãe e a espera paciente de sua própria morte. A obra pictórica de Munch exposta aparece como um universo cru, dilacerante, real e irrepitível, criada por um gênio atormentado e solitário, que padeceu como poucos a experiência da dor, a enfermidade e a morte em sua própria família.

Palabras-chave: Família, Enfermidade, Morte.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La enfermedad, el dolor y la muerte son acontecimientos muy significativos que resulta natural que aparezcan en las obras pictóricas. Teniendo en cuenta, que desde su niñez Edvard Munch sufrió la experiencia de la enfermedad y la muerte en su propia familia, surgió la necesidad de realizar un análisis de su vida y obra para descubrir el significado intrínseco de la enfermedad y la muerte que ilustran algunos de sus lienzos.

METODOLOGÍA: Para el análisis y valoración adecuados se estudió la vida y obra de Munch; así como su contextualización histórica. El soporte visual de esta comunicación lo constituyen diversas obras pictóricas que atañen directamente a los términos: familia, dolor, enfermedad y muerte.

CONCLUSIONES: La pintura constituye un vehículo para reseñar la enfermedad, la muerte y profundizar en sus implícitos. Munch, como el protagonista de una tragedia griega, pintó lo que vio: la enfermedad de su hermana, el dolor de su familia, la muerte de su madre y la espera paciente de su propia muerte. La obra pictórica de Munch expuesta aparece como un universo crudo, lacerante, real e irrepitible creada por un genio atormentado

y solitario que padeció como pocos la experiencia del dolor, la enfermedad y la muerte en su propia familia.

Palabras Clave: Familia, enfermedad, muerte

INTRODUCCIÓN

La enfermedad, el dolor y la muerte son acontecimientos muy significativos que resulta natural que aparezcan en las obras pictóricas. Teniendo en cuenta, que desde su niñez Edvard Munch sufrió la experiencia de la enfermedad y la muerte en su propia familia, surgió la necesidad de realizar un análisis de su vida y obra para descubrir el significado intrínseco de la enfermedad y la muerte que ilustran algunos de sus lienzos.

El Arte de Munch, conceptualmente, es, ante todo, introspectivo, existencialista. Su pintura es el vehículo de su angustia y ésta a su vez es la fuente de aquélla.

“Sin el miedo y la enfermedad mi vida sería como un bote sin remos”

Con estas palabras resumía Edvard Munch el sentido de su pintura. Al igual que otros artistas, la enfermedad, el dolor y la muerte; marcaron de tal forma su vida que el pintor nunca pudo deshacerse del hombre que lo envolvía. “Yo no pinto lo que veo, sino lo que vi” decía Munch. Y lo que vio fue plasmado en su pintura como una percepción momentánea de una escena de la existencia humana.

Quizás estemos acostumbrados al sufrimiento, al dolor en soledad. Podemos realizar el esfuerzo, ahora, durante apenas un instante, lo extremadamente difícil que sería expresarnos desde cualquier técnica artística obviando el sufrimiento, la melancolía y la soledad del dolor. Como un acto agónico, como el protagonista de una tragedia griega, Munch pintó lo que vio: un grito callado desde la cama, un marco inamovible de blancos radiantes, un soporte para la composición del lienzo y de su vida. Munch, el pintor de almohadas.

Desde su niñez, la muerte y la enfermedad ocuparon un lugar central en su vida. Con cinco años ve cómo su madre muere de tuberculosis, enfermedad que se llevará también a su querida hermana Sophie a la edad de 15 años. En noviembre de 1889 fallece también su padre.

El mismo dejó constancia de su ánimo sombrío: "Enfermedad, muerte y locura fueron los ángeles negros que velaron mi cuna y desde entonces me han perseguido durante toda mi vida". Se ha debatido mucho sobre la naturaleza de la enfermedad mental de Munch. Se ha hablado de temperamento melancólico, de síndrome ansioso-depresivo, de fobia social, de agorafobia, de neurosis y hasta de esquizofrenia. Sin embargo parece que no padeció esquizofrenia. Quizá sólo tuvo un trastorno de la personalidad, caracterizado por la introversión, así como un excesivo consumo de alcohol. Sea como fuere, en la última etapa de su vida pareció reconciliarse con sus espectros.

METODOLOGÍA

Para el análisis y valoración adecuados se estudió la vida y obra de Munch; así como su contextualización histórica. El soporte visual de esta comunicación lo constituyen diversas obras pictóricas que atañen directamente a los términos: familia, dolor, enfermedad y muerte.

VIDA Y OBRA DE EDVARD MUNCH

Munch nació en Løten, Noruega, en 1863, era hijo de un médico militar y en su familia había una gran tradición de artistas e intelectuales. Pero no fue este pasado ilustre lo que marcó su vida sino la muerte. Cuando apenas tenía cinco años falleció su madre. Esto llevó a que su padre, un hombre profundamente religioso, tuviera crisis místicas. A los pocos años falleció su hermana más querida, su otra hermana cayó en depresiones profundas (llamadas entonces "melancolía") y sólo su hermano varón llegó a edad adulta, pero a los pocos días de casarse también falleció. Munch sentía cómo la sombra de la muerte dominaba toda su vida.

A los diecisiete años decidió que quería ser pintor y partió hacia Cristiania, la capital de Noruega. Estudió en la Escuela Real de Dibujo y se convirtió en discípulo de Christian Krogh, el más importante pintor naturalista noruego quien descubrió enseguida las cualidades artísticas de su alumno.

En 1885 partió en viaje de estudios a París donde descubrió a los impresionistas que revolucionaban el arte francés. Munch se dio cuenta que el naturalismo ya no tenía sentido y que debía pintar no lo que veía sino lo que sentía. Volvió a

Noruega con estas ideas y se puso a trabajar en una obra que reflejara sus nuevas ideas en el arte.

El resultado fue una obra maestra y monumental: "Niña enferma", una obra desgarradora donde a partir de trazos gruesos y colores contrastantes, Munch conseguía transmitir el dolor por su hermana muerta. La crítica noruega, recibió despectivamente a esta obra que parecía desprestigiar los principios básicos del arte naturalista. Debido a esa respuesta, Munch pintó algunas telas más tradicionales.

En 1889 su vida iba a cambiar rotundamente al conocer a Hans Jæger, el líder artístico y político de los anarquistas noruegos. Jæger había estado en la cárcel debido a sus principios políticos y también sexuales, ya que fue uno de los impulsores del amor libre en Noruega. Munch se fascinó con este gran anarquista y compartía su ideología rebelde.

Ese mismo año viajó nuevamente a París en el que comenzaba la etapa post-impresionista marcada también por un profundo desprecio por el arte naturalista.

También fue en París donde se enteró de la muerte del único ser de su familia que le quedaba: su padre. Una vez más Munch sufrió una depresión marcada por la sensación de estar solo en el mundo. Sin embargo, siguió trabajando en sus pinturas que aún mantenían una gran influencia de los impresionistas franceses.

Hacia 1891, Munch decidió ir hacia una búsqueda todavía más arriesgada y personal. En esa década de los 90 iba a crear sus cuadros más logrados y célebres "El grito" cuyos primeros bosquejos son de 1891, aunque su versión más famosa es de 1893. De "El grito" existen alrededor de cincuenta versiones.

Con su nuevo estilo tenía como tarea "estudiar el alma". Con este bagaje de obras llegaría Munch en 1893 a Berlín para una muestra individual en una prestigiosa galería.

El rechazo de los primeros años se convirtió de manera casi automática en admiración. Munch pasó a ser un artista respetado y admirado, aunque Noruega tardó algunos años más en reconocer la grandiosa obra de su hijo pródigo.

Pero el creciente éxito como artista no iba acompañado con una vida de felicidad. Sus relaciones con las mujeres siempre fueron siempre conflictivas.

Al igual que los anarquistas que frecuentaba, Munch estaba a favor del amor libre. Durante mucho tiempo estuvo enamorado de una amiga de su infancia, pero también ella, su amor loco de juventud, murió joven.

En 1898, Munch tenía una relación tormentosa con otra chica; actos de amor y de desamor se sucedían entre los dos, que finalmente acabaron con la relación sentimental. Desde entonces, Munch prefirió la soledad.

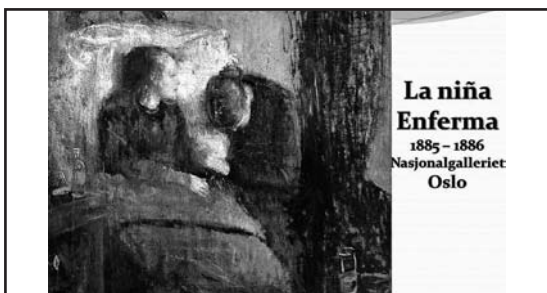
El artista se refugió en el alcohol y los fantasmas de muerte y dolor se multiplicaron. En 1908 tuvo que ser internado en un instituto psiquiátrico en Copenhague durante varios meses donde fue sometido a descargas eléctricas para lograr su curación. Cuando salió de la clínica decidió volver a Noruega. Estaba mucho más tranquilo y pero los autorretratos de esa época lo muestran agotado. Su pintura había perdido parte de ese trazo nervioso que lo había identificado. Igualmente, no perdió su genio tal como lo testimonian los murales del aula magna de la Universidad de Oslo y en las pinturas de los paisajes noruegos.

Munch acumulaba las telas en su casa de Oslo porque no le gustaba venderlas ya que consideraba que la obra tomaba su real sentido en el conjunto y no individualmente. Por eso, reproducía por distintos medios sus pinturas, en xilografía y en litografía, entre otros procedimientos en los que se destacó.

"Enfermedad, locura y muerte fueron los ángeles negros que velaron mi cuna al nacer" escribió una vez. Munch murió a los 81 años, en una Oslo invadida por los nazis. Murió en soledad, rodeado por cientos de sus cuadros.

Tras un breve repaso de la vida de Munch se comentarán las obras elegidas para esta comunicación:

La niña enferma



Si alguien nos habla de Munch, inmediatamente visualizamos *El grito*, pero a mi juicio, pintó una obra anterior a ésta que produce en mi espíritu un sentimiento que me perturba por su realismo desgarrador: crudo realismo desde el impresionismo. Su primera obra maestra: *La niña enferma*. Os animo a que la contempléis conmigo:

La niña enferma (por supuesto evocando la enfermedad de la hermana de Munch, Sophie) está sentada en la cama, enderezada por una gran almohada de plumas que la sujeta. Su cara vuelta hacia el lado donde una mujer sin rostro parece estar sentada o arrodillada. En la parte izquierda, una cómoda en la que reposa una botella nos hace pensar en un estrecho espacio; un trozo de pared que parece confundirse con la almohada; en la parte derecha, una superficie verdosa, quizás una cortina cerrada y en primer plano, una mesita con un vaso de agua. Ese es el mundo del dolor: cerrado. ¡No se puede respirar! ¡No hay esperanza!. Las figuras humanas y los objetos están encerrados como peces en un acuario.

Podemos sentir el dolor incontenible de una madre sin rostro inclinada ante lo irremediable, ante el respeto que nos produce la muerte y, entregada (las manos de ambas, madre e hija, están entrelazadas) a una hija que la contempla con resignación y paciencia. El dolor del que produce dolor. Fijaros en los ojos de la niña. Su mirada tranquila y sosegada. La mirada de la aceptación, del peor dolor del otro: querer morir.

A pesar de lo que pueda sugerirnos este lienzo, fue fuertemente criticado cuando en 1886 fue exhibido por primera vez durante la Exposición de Otoño de Cristianía. Ni el tema ni la composición eran motivo de escándalo. La forma que fue ejecutado con sólo esbozos escarbados en el lienzo y los surcos que parecían arañar la tela poniendo de manifiesto una intensa agitación nerviosa pueden explicar el desasosiego de los críticos. Ahora, os invito a que lo contempléis con los ojos de Munch. Los múltiples retoques, los rasguños que penetran en todas las capas de pintura, las sombras capaces de modelar los cuerpos y, la luz. Una luz que no incide desde fuera sino del interior de las figuras, de la gran almohada y del rostro trasparente de la niña enferma. Nada en Munch queda inacabado. Una obra de arte está completa cuando el artista ha

dicho todo lo que tenía en su corazón. Y en “La niña enferma” no quedó nada por decir.

En La niña enferma, tema sobre el que Munch volverá una y otra vez, la emoción no emana únicamente de la escena, sino también de la técnica, pues los trazos toscos e incompletos parecen revelar unas manos temblorosas pero a la vez incisivas, que hubieran pretendido arañar, más que pincelar, la tela.

La primavera. 1889



La primavera (1899)
Nasjonalgalleriet, Oslo

El año 1889 comienza con una enfermedad grave de Munch. Durante su convalecencia, Munch pinta La primavera y despliega todo el espectro de la técnica naturalista aplicada a la reproducción de un interior.

En el centro del cuadro se encuentra sentada una vez más- la niña enferma enmarcada por un cojín blanco y por un enorme armario marrón al fondo. La extraordinaria palidez de su rostro contrasta con el color saludable de la figura que aparece de perfil, una señora algo mayor sentada al lado de la enferma, tal vez la madre. La jarra de cristal, así como los frascos de medicamentos sobre la mesa oscura, aparte de acompañar a la enferma, forman el polo opuesto a las macetas alineadas sobre el alféizar de la ventana por donde entra la luz del día. Las cortinas ligeramente abombadas por una corriente de aire aluden claramente a la fuerza curativa del aire fresco que penetra en la oscuridad de la alcoba. Parece como si los objetos presentes en la escena tuvieran la capacidad de hablar.

Junto al lecho de muerte. 1895



Junto al lecho de muerte (1895)
Colección Rasmus Meyer, Bergen

En esta obra ya no es la enfermedad el tema del cuadro, el tema es la familia y la muerte. Los protagonistas de la escena son los miembros de la familia de Munch cuyos rostros y manos surgen de una zona oscura. Gracias al tratamiento del lecho, casi plano y escorzado, el espectador se convierte en testigo presente, en visita del enfermo. Se puede observar claramente que la lividez de las sábanas contrasta con el marrón rojizo de las paredes. Por la derecha se aproxima la sombra de la muerte, destacándose de ella los rostros, pintados con trazos de los allegados. Su identidad permanece indeterminada por la escasez de rasgos. Sin embargo, podemos reconocer al padre de Munch que ora fervorosamente. El mismo Munch podría estar a su lado. Pero no es posible saber si la mujer del primer plano es la tía Karen, quién se hizo cargo de la familia tras la muerte de la madre de Munch y quién apoyó a éste cuando tomó la decisión de ser pintor, así como tampoco se puede decir con precisión, si las figuras femeninas del fondo son sus hermanas Inger y Laura.

Muerte en la habitación. 1895



Muerte en la habitación (1895)
Nasjonalgalleriet, Oslo

Este cuadro fue pintado en 1895, parece que se puede palpar la desesperante estrechez de la habita-

ción aislada del mundo exterior. El alto respaldo del sillón de mimbre oculta al enfermo que acaba de morir. Las hermanas de Munch Inger y Laura (en primer plano, de pie y sentada respectivamente) son fáciles de reconocer. Al fondo, el pintor vuelve la espalda a la escena. En torno al sillón se encuentran el padre y la tía Karen. La otra figura masculina podría ser Andreas, el hermano de Munch.

La suma de la meditación de Munch sobre la muerte está contenida en este cuadro.

Madre muerta con niña (1897-1899)



En este cuadro, el tema es –una vez más– la muerte. Munch rememora de nuevo la temprana muerte de su madre en 1868.

Detrás de la cama colocada horizontalmente en el cuadro, se encuentran cuatro personas adultas de la familia que expresan mediante gestos nerviosos y reservados, y en su ir y venir cabizbajos, su impotencia frente a la muerte. Sophie, en cambio, se halla en el primer plano vuelta hacia el espectador: se ha tapado los oídos con las manos como si quisiera ponerse a salvo del dolor que le produce el silencioso grito de la muerte.

Madre muerta con niña (1899-1900)



En la versión posterior del cuadro *Madre muerta con niña* de 1899-1900, que está en la Galería de Bremen, los miembros de la familia han desaparecido; lo que ha quedado es tan sólo un retrato de su hermana Sophie. En una vertical monumental, la niña cuya madre yace muerta en la horizontal nos hace frente. La pintura muestra en el fondo, la cama en donde reposa el cadáver de una mujer, y en el primer plano, una niña de mirada ausente que se tapa los oídos con fuerza. La niña, ahí presente, lo es todo: el vacío, la desesperanza, la angustia, la soledad y el terror, ciertos aspectos que se repiten a menudo en la obra del pintor noruego.

Así como el genio del Renacimiento Leonardo Da Vinci diseccionaba cuerpos con la intención de conocer su estructura y funcionamiento, Munch pretendía diseccionar las almas.

Y volviendo al cuadro de *Madre muerta con niña*, siempre he sentido un cariño especial hacia él. Tal vez por la niña, que intenta tapar sus oídos de todo el ruido, de todo el llanto, de todo el caos exterior y crea una burbuja casi invisible a su alrededor. Tal vez por el aislamiento al que los adultos confinan a la niña, concentrándose en su propio duelo, en su propio llanto, sea fingido o sea real. O tal vez por el vacío en la mirada de la niña, de los dolientes, de todos los personajes que Munch presenta en su obra. Tal vez es el vacío con quién siento esa empatía...

Autorretrato entre el reloj y la cama (1940-1942)



Por último, uno de sus últimos cuadros, *Autorretrato entre el reloj y la cama*, de 1940. El

reloj no tiene más agujas, la cama, austera como la cama de un hospital, es dónde Edvard Munch murió.

Enflaquecido, caquético, es un anciano, está ya esperando la muerte, sus ojos y su boca ya están cerrados.

Sus cuadros están en la pared, testimonio de su última vida.

Autorretrato junto a la ventana (1942)



Autorretrato junto a la ventana (1942)
Much-Museet, Oslo

Este último cuadro de formato alargado es la viva imagen de la oposición entre la vida y la muerte. El rojo intenso de la cara y la pared, así como el verdiazul de la ventana forman un bastión contra la muerte representada por un paisaje helado que penetra por la ventana.

La estructuración vertical del formato del cuadro acentúa la polaridad entre el yacer y el estar de pie.

La vida humana es una provisional victoria sobre la fuerza de la gravedad, sobre la materia. El pintor se incorpora por última vez para acostarse a morir. Su vida es el símbolo de esa victoria. Como tal símbolo, el cuadro reconcilia la vida con la muerte, la línea vertical con la horizontal, el movimiento con el reposo.

CONCLUSIONES: La pintura constituye un vehículo para reseñar la enfermedad, la muerte y profundizar en sus implícitos. Munch, como el protagonista de una tragedia griega, pintó lo que vio: la enfermedad de su hermana, el dolor de su familia, la muerte de su madre y la espera paciente de su propia muerte. La obra pictórica de Munch expuesta aparece como un universo crudo, lacerante, real e irrepetible creada por un genio atormentado y solitario que padeció como pocos la experiencia del dolor, la enfermedad y la muerte en su propia familia.

Munch murió a los 81 años y efectivamente pintó lo que vio.

BIBLIOGRAFÍA

- BISHOFF, U, Edvard Munch. 1863-1944. (2000) Cuadros sobre la vida y la muerte, Taschen, Colonia.
- BOE, A. (1989) Edvard Munch, versión française de Robert Marrast, Polígrafa, Barcelona.
- CHIPP, H. B. (1995) Teorías del arte contemporáneo. Fuentes artísticas y opiniones críticas. Traducción de Julio Rodríguez Puértolas, Akal, Madrid.
- HODIN, J. P. (1994) Edvard Munch, Ediciones Destino, Barcelona.
- ROSENBLUM, R. (1993) La pintura moderna y la tradición del Romanticismo nórdico. De Friedrich a Rothko, Alianza, Madrid.

LA ESCUELA NACIONAL SUPERIOR DE ENFERMERAS DE COLOMBIA. RELACIONES CON ORGANISMOS INTERAMERICANOS

Ana Luisa Velandia Mora

Licenciada en Enfermería por la Universidad Nacional de Colombia

Profesora Emérita, Universidad Nacional de Colombia



THE NATIONAL HIGH SCHOOL OF NURSES OF COLOMBIA. RELATIONS WITH INTERAMERICAN ORGANISMS

SUMMARY

This writing is a contribution to the project: “Formation of personnel of infirmary in the National University of Colombia”, that carries out the Group of Investigation in Nursing History in the same University. This work has as objective present history the National Nursing High School of the National University of Colombia - ENSE, from its creation in 1943 to its transformation in Faculty of Infirmary, in 1958. The National Nursing High School is an emblematic institution in the Colombian infirmary and is part of a representative time of the direction of the health services towards an approach hygienist, promoted in all the continent by inter-American organisms.

This phenomenon happens in a time in a context characterized by great legal development in nursing, as much by prescribed laws of the profession, like by prescribed decrees of the nursing schools, and especially by the legal prerogatives that granted to the National Nursing High School.

On the other hand, this school can be considered as one of the pillars of the implantation in Colombia of the american influence that arrived from the United States and Canada, countries that had received “the nightinguiliana” influence, of English nurses, in second half of Century XIX.

Key words: nursing, education, Colombia, National University of Colombia.

A ESCOLA NACIONAL SUPERIOR DE ENFERMEIRAS DE COLÔMBIA. RELAÇÕES COM ORGANISMOS INTERAMERICANOS

RESUMO

Este escrito é um contribua ao projecto: “Formação de pessoal de enfermagem na Universidade Nacional de Colômbia”, que leva a cabo o Grupo de Investigação em História da Enfermagem da mesma Universidade. O artigo tem como objectivo dar a conhecer a história da Escola Nacional Superior de Enfermagem da Universidade Nacional de Colômbia - ENSE, desde sua criação em 1943 até sua transformação em Faculdade de Enfermagem, em 1958. A Escola Nacional Superior de Enfermagem é uma instituição emblemática na enfermaria colombiana e faz parte de uma época representativa da orientação dos serviços de saúde para um enfoque higienista, promovido em todo o continente por organismos interamericanos. Corresponde ademais a uma época de grande desenvolvimento legal da enfermagem, dado tanto por leis regulamentares da profissão, como por decretos regulamentares das escolas de enfermagem, e especialmente pelas prerrogativas legais que se lhe concederam à Escola Nacional Superior de Enfermeiras. Por outra parte,

esta escola pode-se considerar como um dos pilares da implantação em Colômbia da influência americana que chegou desde Estados Unidos e Canadá, países que tinham recebido a influência “nightinguiliana”, de enfermeiras inglesas, na segunda metade do Século XIX.

Palavras Chave: enfermagem, educação, Colômbia, Universidade Nacional de Colômbia.

RESUMEN

Este escrito es un aporte al proyecto: “Formación de personal de enfermería en la Universidad Nacional de Colombia”, que lleva a cabo el Grupo de Investigación en Historia de la Enfermería de la misma Universidad. El artículo tiene como objetivo dar a conocer la historia de la Escuela Nacional Superior de Enfermeras de la Universidad Nacional de Colombia - ENSE, desde su creación en 1943 hasta su transformación en Facultad de Enfermería, en 1958. La Escuela Nacional Superior de Enfermeras es una institución emblemática en la enfermería colombiana y hace parte de una época representativa de la orientación de los servicios de salud hacia un enfoque higienista, promovido en todo el continente por organismos interamericanos. Corresponde además a una época de gran desarrollo legal de la enfermería, dado tanto por leyes reglamentarias de la profesión, como por decretos reglamentarios de las escuelas de enfermería, y especialmente por las prerrogativas legales que se le concedieron a la Escuela Nacional Superior de Enfermeras. Por otra parte, esta escuela se puede considerar como uno de los pilares de la implantación en Colombia de la influencia americana que llegó desde Estados Unidos y Canadá, países que habían recibido la influencia “nightinguiliana”, de enfermeras inglesas, en la segunda mitad del Siglo XIX.

Palabras claves: enfermería, educación, Colombia, Universidad Nacional de Colombia.

Organización de los Servicios de Salud

Con las ayudas prestadas por la Fundación Rockefeller, desde 1914 en Costa Rica, Nicaragua, Guatemala, Panamá y El Salvador; los referentes

norteamericanos tuvieron gran influencia en el establecimiento de modelos sanitarios adoptados por gobiernos nacionales, entre ellos el de Colombia.

Quevedo y colaboradores (1990), denominan la etapa de la salud en Colombia 1886 - 1947, como el “Modelo Higienista”. En septiembre de 1942, el gobierno colombiano pide participación en el programa interamericano de cooperación y, para tal efecto, Nelson Rockefeller visita al país, igualmente el Dr. Howard B. Schooknoff, quien venía destinado para ser el Jefe del SCISP- SCISP.

La profundización de la influencia del modelo higienista en salud se hace especialmente significativa en la formación del recurso humano. (Eslava, 2004). El SCISP, en su programa de labores en 1943 acordó algunas campañas sanitarias, entre otras la lucha contra el paludismo, y otras actividades como la fundación del Instituto Nacional de Nutrición y la construcción del edificio para la escuela de enfermeras (Bejarano, 1948).

Para Restrepo y Villa (1980), el SCISP “montó en el Ministerio de Salud Pública una estructura vertical, dirigida y administrada por técnicos norteamericanos con la colaboración de colombianos que se iban formando para este fin... el cual rompió la orientación de atención integral de la fase anterior, por la separación rotunda entre los aspectos preventivos a cargo del subsector oficial y los curativos bajo la responsabilidad de la caridad”.

El hecho más importante en salud en esta época, lo constituye la Ley 6ª. de 1945 que se ha considerado el primer Estatuto de Seguros Sociales en Colombia y por medio de la cual se había creado la Caja Nacional de Previsión para los trabajadores al servicio del Estado. En 1946 y mediante la Ley 90 se crea el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS), adscrito al Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social (Abel, 1996). Según Hernández (2002), paralelamente a la creación del ICSS se da el debate en torno a la necesidad de un ministerio para la salud. En 1945 Jorge Bejarano, entonces Ministro de Trabajo, Higiene y Previsión Social, presenta al Congreso un proyecto en tal sentido, y se crea el Ministerio de Higiene (Ley 27 de 1946).

Los centros de salud, las enfermerías y los orfanatos se desarrollaron de manera desigual en las diferentes regiones del país y fueron víctimas fáci-

les de cierres cuando los ajustes fiscales así lo exigieron. Sin embargo, las campañas patrocinadas por la Fundación Rockefeller se imponían sin consultar a los propietarios y trabajadores rurales que eran sus principales beneficiarios (Abel, 1996).

Desarrollo de la Educación

Según Helg (1989), hasta 1958 la política educativa nacional fue orientada a frenar el éxodo rural de los jóvenes y a asegurar una educación separada para las mujeres. La controversia en torno a las orientaciones de la enseñanza media se hizo candente en 1937 al establecerse el examen oficial obligatorio para el ingreso a las universidades. Conservadores y liberales se sintieron furiosos por la influencia que Carmen Rodrigo, psicóloga y refugiada comunista de España, ejercía sobre el escaso número de cupos de la Universidad Nacional. Según Abel (1996), un grupo de profesores hizo un llamado para que la Universidad Javeriana abriera su Facultad de Medicina, argumentando que era indispensable que los estudiantes asistieran a clases obligatorias de moral y ética católicas. Algo similar sucedió en enfermería. Las diferencias en su ejercicio por parte de las órdenes religiosas que implicaba el cumplimiento de ciertas obligaciones establecidas por su comunidad religiosa, y por parte de los profesionales laicos, que aspiraban a horarios de trabajo y salarios de acuerdo a su formación, fue un tema de controversia entre los administradores hospitalarios.

Presencia de Organismos Interamericanos

En 1942 fueron enviadas al país por la Oficina Sanitaria Panamericana dos enfermeras, Hellen Howitt, canadiense, y Johanna Schwarte, norteamericana; para que asesoraran en materia de enfermería al Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social, en sus campañas higiénicas - asistenciales. (Pedraza, 1942).

En el Memorándum de antecedentes sobre la fundación de la Escuela Nacional Superior de Enfermeras (Memorándum de Antecedentes, 1975), se expone:

“Nuestras enfermeras se educan en ambiente hospitalario para atender enfermos, pero están desconectadas de la parte social y desde luego carecen de una apreciación sobre el alcance de nuestras campañas sanitarias y de ahí el que con estos ele-

mentos sea imposible hacer una transformación educativa tanto en el ramo de la sanidad como en el de la nutrición y protección de la infancia, que vamos a iniciar.”

“Los doctores Pedraza y Aconcha resolvieron de común acuerdo interesar a las dos enfermeras extranjeras para crear una Escuela Nacional de Enfermeras con el fin de formar un personal que pudiera dirigir otras escuelas y colaborar eficazmente en la Campaña Materna - Infantil” (Wiesner, 1976).

Al definir la financiación para su funcionamiento, en el Memorándum se plantea:

“La Oficina Sanitaria Panamericana costearía las expertas (enfermeras extranjeras), y además ofrecería las becas necesarias para complementar estudios en Estados Unidos. La Fundación Rockefeller costearía el personal científico nacional; y la alimentación, servicios y dotación serían atendidos por el Servicio de Salubridad (Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública) en cooperación con el gobierno colombiano” (Memorándum de Antecedentes, 1975). La financiación para la construcción de la Escuela se haría con un aporte adicional por parte del Grupo General Brigadier Dunham. (Del Ejército de los Estados Unidos).

La Escuela Nacional Superior de enfermeras

El Presidente López Pumarejo expide 4 de Marzo de 1943 el Decreto 466, por el cual se crea la Escuela Nacional Superior de Enfermeras, dependiente del Ministerio de trabajo, Higiene y Previsión Social y supervisada por la Universidad Nacional. Se regiría por una Junta Directiva de 5 miembros y solamente recibiría alumnas con diploma de enseñanza secundaria (Bachiller o Normalista), convirtiéndose en la primera escuela que exigió diploma de enseñanza secundaria completa en Colombia y probablemente en toda América Latina.

Para dirigirla fue nombrada la señorita Hellen Howitt, quien según Álvarez (2005), era egresada de la Universidad de Alberta (Canadá). Según información encontrada en Internet (Foundationnurses, 2005), Helen Howitt egresó de Bellevue Hospital School of Nursing en 1923. Las primeras cinco instructoras fueron seleccionadas entre las primeras graduandas de la Escuela

Nacional de Enfermeras. Además de su salario, contaban además con residencia (Documento Bodas de Oro, 1975), (Wiesner, 1975).

Una de las Instructoras, Rosa Sáenz, era egresada de la Escuela de Enfermeras del Hospital Santo Tomás de Panamá, tal como ella nos lo contó (Sáenz, 1989):

“Helen Howitt, antes de venir a Colombia, fue Directora de la Escuela de Panamá en el tiempo que yo estaba de estudiante; cuando a Helen Howitt la nombraron para venir a organizar la escuela de aquí, ella se acordó de mí.”

El Acta de la Sesión Inaugural del Comité Ejecutivo de la Escuela Nacional Superior de Enfermeras, del 12 de mayo de 1943, nos aporta los siguientes datos:

“Luego de la lectura por parte del doctor Luis E. Aconcha de la Resolución No. 431 del 6 de los corrientes, el Dr. Schooknoff pregunta: por qué se pone 'bachiller o por lo menos normalista?'... El doctor Aconcha hace la aclaración de que existen dos bachilleratos, uno superior y otro inferior y es unánimemente aprobada la modificación de poner 'bachillerato superior o normalista regular' La señorita Howitt interviene para preguntar cuánto cuesta la beca que se va a asignar a las alumnas y el Dr. Orozco (Secretario General del Ministerio) responde que es de \$40.00. (En ese momento, la tasa real de cambio del dólar era de \$1.47)... El Dr. Aconcha propone que podría aprovecharse la gira de los doctores Schooknoff y Orozco, para visitar las escuelas de enfermeras existentes en el país y estudiarles sus condiciones actuales, para dictar posteriormente normas que regulen sus estudios y expedición de diplomas; pues dijo tener conoci-

miento de la anarquía que existía en sus pensums (sic) y en la manera de expedir los diplomas” (Acta Comité Ejecutivo ENSE, 1943). Y efectivamente, más adelante se dictaban algunas disposiciones reglamentarias sobre Escuelas de Enfermeras y otras. (Decreto 3151 de 1946).

Conforme a la concepción de la época, en que las mujeres debían estudiar internas (incluso quienes tenían su familia en la misma ciudad); se construyó un edificio en los predios de la ciudad universitaria (OPS, 2002). Las estudiantes tenían derecho a los servicios de bienestar estudiantil que se habían implementado en la Universidad Nacional, como resultado de la reforma de la educación superior (Romero, 1989), (Ferro, 1989). En abril de 1948 se efectúa el traslado a dicha edificación, en la cual funcionó hasta 1968 (Velandia, 2006).

Dos prestantes médicos nos legaron su visión acerca de la historia de la enfermería en Colombia. Según Héctor Pedraza (1954), en desarrollo del proyecto N° 52 con apoyo del SCISP, del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social y del Gobierno Nacional se levanta para la Escuela en predios de la Ciudad Universitaria en lote donado para ello por la Universidad Nacional, un edificio construido y dotado con todas los requerimientos técnico-arquitectónicos y de equipamiento para la enseñanza de la enfermería y para vivienda de estudiantes y profesoras.

Según Bejarano (1948) “puede asegurarse, sin exageración alguna, que sus edificios son de los mejores dedicados a este fin en América Latina. Tanto las construcciones dedicadas a vivienda de alumnas como de profesoras, los equipos y casinos, lavandería, laboratorios y demás materiales de enseñanza, no dejan nada que desear; han venido de los Estados Unidos y el costo total de la obra con sus elementos excede de un millón de pesos colombianos; pero en esta forma quedará ya asegurada la existencia definitiva de la enseñanza de la enfermería en Colombia”.

Según Álvarez (2001), estudiante y más tarde profesora de la Escuela: “Helen Howitt, gestionó y aceleró, con la ayuda de la Fundación Rockefeller, la construcción de la bellísima sede para nuestra escuela en los predios de la Ciudad Universitaria, en la que fueron considerados todos los detalles: capilla, cafetería con instalaciones modernas,



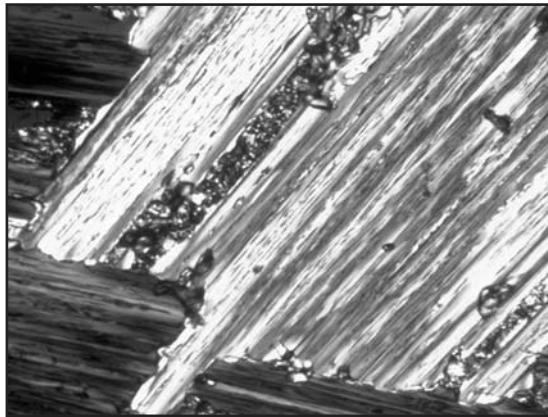
buses, campos de deporte, salones de clase, lavandería, sala de recepciones y visitas con hermoso piano de cola, laboratorios químico y de dietética y sala de demostraciones y artes de enfermería; las habitaciones de alumnas como de profesoras, elegantemente dotadas, apartamento privado para la Directora, en fin, hasta el más mínimo detalle, fue considerado para nuestro confort.”

Howitt elaboró un escrito que fue enviado el 5 de julio de 1950 a Miss Mary Alberti, de la Oficina Sanitaria Panamericana. La Revista Avances en Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, publicó una traducción del mismo en diciembre de 2005 (Howitt, 2005), que había sido publicado en noviembre de 1951 en *The American Journal of Nursing*.

Es bueno conocer la visión que la misma Helen Howitt (2005), tuvo de esta Escuela: “Solo tres de las escuelas existentes, son aprobadas por el Gobierno Nacional - la Escuela de Enfermería de la Cruz Roja Nacional y la Escuela Nacional Superior de Enfermería. (Habla de tres escuelas, pero no menciona sino dos. Por esa época, las otras dos escuelas existentes eran la de la Universidad de Cartagena y la de la Universidad Javeriana)² De las últimas mencionadas, la Escuela Nacional Superior de Enfermería es la más nueva de las tres. Fue abierta en Bogotá en marzo de 1944 con un curso de 43 estudiantes. Cada estudiante presentó un diploma que indicaba que había terminado satisfactoriamente la escuela secundaria, la cual es comparable con el “High School” de los Estados Unidos”.

“Esta escuela de tres años fue establecida por el Gobierno Nacional con la cooperación de la Oficina Sanitaria Panamericana, el Instituto de Asuntos Internacionales y la Fundación Rockefeller. En 1950, la escuela con 6 años de fundación, tiene 76 graduadas, 11 de las cuales han realizado estudios de postgrado en los Estados Unidos y han regresado a la Escuela en calidad de profesoras. En 1950, hay 96 estudiantes en la Escuela”.

“El plan de estudios está basado en el Currículo Guía de 1937, establecido por la Liga Nacional de Enfermería (de los Estados Unidos). Los laboratorios y salones de clase de la escuela son atractivos y bien equipados”.



“Las experiencias clínicas son proporcionadas por el Hospital San José, un hospital general de 500 camas. Aquí hay salas de 30 camas para pacientes de medicina, cirugía, ginecología, y divisiones de obstetricia que han sido especialmente equipadas con fines docentes. Hay también cinco salas de operaciones, donde las estudiantes aprenden técnicas quirúrgicas y un recientemente organizado departamento de consulta externa que ofrece muchas oportunidades de aprendizaje”.

“Para las experiencias en enfermería pediátrica, las estudiantes van al Hospital de la Misericordia, una institución infantil de 450 camas, donde 40 camas (Pabellón Barranquilla), están reservadas para proveer experiencia clínica a las estudiantes. En cada sala donde las estudiantes practican hay enfermeras jefes, pagadas por la escuela, quienes las enseñan y supervisan”.

“Durante el tercer año, todos los estudiantes tienen 3 meses de práctica en un centro de salud pública, donde hay enseñanza y supervisión por enfermeras graduadas. Las estudiantes de enfermería usualmente tienen cinco a seis horas de trabajo en sala y dos o tres horas diarias de clase en aula. Tienen un día libre a la semana. Las actividades curriculares incluyen grupos de canto, deportes, baile y aprendizaje de algún instrumento musical. Una completa y bella nueva residencia para los estudiantes fue abierta en 1948”.

“Las estudiantes llegan a la Escuela Nacional Superior de Enfermería (sic) casi de todos los Departamentos de Colombia. Usualmente entran con una beca que es provista bien sea por el Departamento o el Gobierno Nacional. En reciprocidad por la beca, la estudiante acepta retornar a su

localidad cuando se gradúe y laborar allí por lo menos dos años”.

“Enfermería, como profesión, es todavía muy joven en Colombia, pero se está desarrollando marcadamente rápido. Porque hay una gran necesidad de enfermeras preparadas, un número de cursos cortos han sido iniciados para entrenar ayudantes y parteras. Ellas trabajan en los centros de salud, hospitales y clínicas y están contribuyendo a mejorar los programas de salud de Colombia”.

Murphey, por su parte, en el artículo que escribió sobre la historia de la enfermería en Colombia (1956), se refiere en los siguientes términos a ésta Escuela:

“El 13 de Marzo de 1944 la Escuela Nacional superior de Enfermeras abrió sus puertas al primer grupo de 43 estudiantes, cuya credencial era el Diploma de Bachiller o Normalista Superior... El Instituto de Asuntos Interamericanos, el SCISP y la Fundación Rockefeller, cooperaron con el gobierno nacional en la organización de esta escuela. La organización, programas y cursos fueron planeados igual que en la más moderna y progresista escuela en los Estados Unidos, y las instructoras y supervisoras han sido enviadas a los Estados Unidos para cursos de post-gradó en enfermería... Actualmente el SCISP está edificando en el Hospital San José, un nuevo pabellón que será para que las estudiantes hagan sus prácticas de psiquiatría... La más moderna y bella residencia fue construida por el SCISP en los prados de la Ciudad Universitaria, donde se inspiran en una atmósfera sana y de devoción al estudio.”

Las estudiantes en la práctica clínica daban atención directa a los pacientes en turnos que cubrían las 24 horas, inclusive días festivos y dominicales, en los hospitales de San José y la Misericordia, y a partir de 1953, en la Clínica particular de Marly. Se contaba además con el Centro de Salud N° 8 para la experiencia en salud pública. (Wiesner, 1976), (Velandia, 2009).

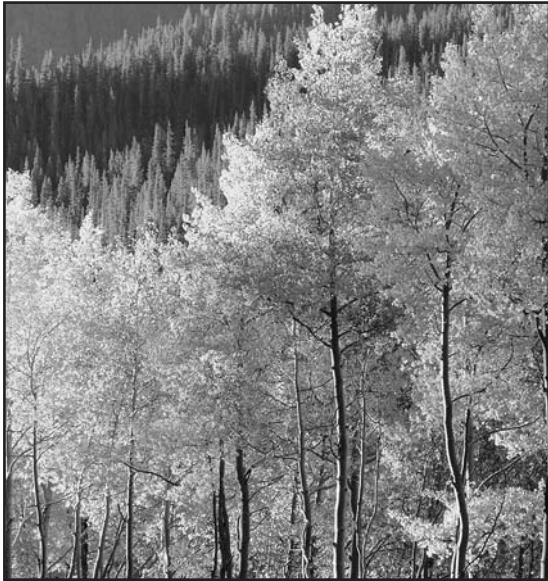
El 21 de Febrero de 1947 se graduó un grupo de 23 alumnas, quienes recibieron el título de “Enfermera General” en el Aula Máxima de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, el cual se les refrendó después de 2 años de servicios. En 1946 se había promulgado la Ley 87, que reglamentó los títulos de enfermería y

ya se habían aceptado oficialmente las auxiliares de enfermería (diversificadas) y las ayudantes o asistentes.

En el Decreto Presidencial No. 3708 de 1950, y en el Acuerdo 79 de 1951 del Consejo Directivo de la Universidad Nacional, se especifica que la Escuela Superior de Higiene y la Escuela Nacional Superior de Enfermeras, como dependencia de aquella, pasan a formar parte de la Universidad Nacional (Velandia, 2008).

La Escuela Nacional Superior de Enfermeras tuvo dos planes de estudio. Por el Decreto 466 de 1943, se establece un Plan de Estudios de tres años, con Tesis y Examen de Grado. Cada uno de los tres años, distribuido en un primer y un segundo periodo. Si comparamos este primer plan de estudios con el establecido por el Acuerdo No. 5 de 1937 para la Escuela Nacional de Enfermeras (Gómez, 2006), podemos analizar varios aspectos: uno, primordial, tiene que ver con la orientación “sanitaria” o de corte higienista, que incluye una asignatura novedosa: “servicio rural de ayuda a la familia”; otro, tiene que ver con la presencia de asignaturas relacionadas con fisioterapia y nutrición, ya que por esa época las enfermeras también desempeñaban esos roles porque todavía no existían las carreras de fisioterapia y nutrición, de manera independiente de la enfermería. El Acuerdo 14 de 1954 del Consejo Académico de la Universidad Nacional, estableció un nuevo Plan de Estudios para la escuela, con tres años de duración, de dos semestres académicos cada uno. Las asignaturas están organizadas por Grupos, cada uno de los cuales incluye varias asignaturas. Es todavía más orientado a la Salud Pública y revelador de lo que sería más adelante el desarrollo de la enfermería de salud pública en Colombia. Por esta época, en la Escuela de Salud Pública de la Universidad Nacional, bajo los auspicios de la Oficina Sanitaria Panamericana y la UNICEF, se abrió un curso postbásico en Obstetricia con una duración de 8 meses, bajo la dirección de Helen Hentsoel con ayuda de la enfermera colombiana, Rubby Palacio. (Arango, 1966), (Buriticá, 1989).

“La influencia de las fundaciones Kellogg, Rockefeller y Ford en las concepciones y orientaciones prácticas del ejercicio de la profesión que fueron reproducidas de las enfermeras norteamericanas



canas, se hizo patente en estos programas”, dice Romero Ballén (1992).

Howitt fue directora hasta el año de 1951, la sucedió Katherine Kain, quien no la ocupó mucho tiempo; luego vino la enfermera norteamericana Hellen Murphey, quien la desempeñó asesorada por la enfermera colombiana María Teresa Murillo Pombo (Pedraza, 1954). Helen Murphey estuvo hasta 1955 y durante 1956 y 1957, Murillo Pombo; con quien regresa la dirección de la escuela a enfermeras colombianas. (Wiesner, 1976).

Inés Durana (1992), en su presentación al ser admitida como miembro de la Academia Nacional de Medicina, decía: “Otra mención que en justicia debe hacerse, es la del SCISP (SCISP), brazo internacional del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social” y continúa: “El SCISP coordinó esfuerzos con la Oficina Sanitaria Panamericana y la Fundación Rockefeller, para crear en 1942 la Escuela Nacional Superior de Enfermeras, que concederá el título de Enfermera General, donde se fusionan las dos grandes tendencias de la época, por un lado la formación hospitalaria (que venía teniendo la Escuela de Enfermeras de la Universidad Nacional desde 1937) y por el otro la salubrista...” (Que se venía promoviendo desde los servicios de salud del estado). (Las complementaciones son nuestras). La influencia que en la medicina preventiva tuvo el SCISP es mostrada por diversos autores. (Cuellar, 2006).

Con base en las prerrogativas sobre los demás instituciones universitarias del país, concedidas por el Decreto 260 de 1936, todos los programas de enfermería que nacieron posteriormente, se nutrieron de aquel (Bejarano, 1948). Es así, como se reorganiza la Escuela de Enfermeras y Parteras de Cartagena, la cual en 1949 pasa a ser una dependencia académica de la Universidad de Cartagena. De la misma forma, en 1950 la Universidad Nacional se encargaría de la dirección y organización técnicas y refrendaría los títulos de la Escuela de Enfermería Hospitalaria de la Universidad del Valle.

A manera de conclusiones

La Escuela Nacional Superior de Enfermeras, representa entonces, la tercera etapa de la enfermería en la Universidad Nacional de Colombia y nació como respuesta a una necesidad del gobierno de preparar enfermeras con orientación comunitaria para sus programas, especialmente en el área materna - infantil; y por las repercusiones que tuvo tanto en la formación como en la práctica de la enfermería en el país, se constituye en un hito de la enfermería colombiana.

Por su parte, Helen Howitt representa un estilo de enfermera en la cual se reflejan las características de su época: la tradición de tipo religioso, la relación de la enfermería con la condición femenina y la herencia militar. (Velandia, 1995, b). Una personalidad que pintan muy bien quienes la conocieron: rígida, pero a la vez muy humana. Su influencia en la enfermería colombiana fue decisiva. En la Escuela Nacional Superior de Enfermeras, que ella contribuyó a crear y de la cual fue su primera Directora, dejó su impronta de enfermera salubrista en cuanto al enfoque conceptual de su plan de estudios, y de enfermera con formación anglosajona en su organización curricular.

Este modelo continuó hasta una nueva reforma de la educación de enfermería a partir de 1959, coincidiendo con la creación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia que fue la primera en conceder el título de Licenciada en Enfermería en un país de habla hispana. “Se realizó entonces un intercambio auspiciado por el gobierno de los Estados Unidos con la Universidad Católica de América en la ciudad de

Washington, D. C. y se obtuvieron suficientes becas para estudios de postgrado en el exterior”, relata Durana (1989).

Como puede deducirse, la década del 50 es muy significativa para la enfermería colombiana, especialmente por los cambios que se dan dentro de la Universidad Nacional.

La influencia de las organizaciones interamericanas en Enfermería, no fue sólo en Colombia. Hellen Howitt fue Directora de la Escuela de Enfermería del Hospital Santo Tomás de la Zona del Canal de Panamá entre 1933 y 1938 (Roy, 2005); luego fundadora y primera Directora de la Escuela Nacional Superior de Enfermeras de Colombia entre los años 1943 y 1951; posteriormente de la Escuela Nacional de Enfermeras de Bolivia entre 1953 y 1959, cuando fue invitada a cumplir un cargo similar en Venezuela. A todos estos países, llegó primero como consultora del respectivo Ministerio de Salud, a través de convenios con el SCISP (Velandia, 2006, b).

Finalmente, la influencia extranjera en la enfermería colombiana no se circunscribe a la influencia americana; a mi manera de ver, los distintos momentos, se podrían clasificar así:

- 1900 a 1924 Influencia francesa (Cartagena, Bogotá)
- 1924 a 1943 Influencia americana, especialmente en la administración de servicios (Cartagena), y en el enfoque hospitalario (Bogotá)
- 1943 a 1958 Influencia de organizaciones sanitarias de procedencia americana (SCISP, OPS, Fundación Rockefeller, AID, Fundación W. K. Kellogg)
- 1960 a 1980 Profundización de la Influencia que ya se venía recibiendo del sistema universitario americano, con la llegada de enfermeras colombianas con postgrados en los Estados Unidos (Velandia, 2005).

Sin embargo, desde mediados del Siglo XX se empieza a observar una influencia inter-regional entre países de habla hispana del continente americano. Tal vez el país que empezó a influir más fue Chile, donde se ofrecieron cursos de postgrado, mejor decir postbásicos, a los cuales asistieron enfermeras de diversos países. Más adelante, en la década del 60, Colombia ofreció el programa de

Licenciatura en Enfermería y tuvo estudiantes procedentes desde México hasta Argentina y en la década del 70 ofreció programas de Maestría, inicialmente en Educación y en Administración en Enfermería, a los cuales también llegaron enfermeras de diferentes países (Velandia, 1995); por su parte México ofreció programas de especialización, especialmente en Pediatría que fueron muy acreditados en toda la región; en la década del 80, Brasil empezó a ofrecer programas de doctorado, a los cuales empezaron a asistir enfermeras extranjeras, especialmente en la década del 90. Desde la década del 90 y especialmente a comienzos de este siglo, se siente que España está tratando de retomar influencia en la enfermería latinoamericana, especialmente a través del apoyo a sus organizaciones gremiales y de programas de doctorado.

BIBLIOGRAFÍA

- Abel, Christopher (1996) Ensayos de Historia de la Salud en Colombia, 1920-1990. Bogotá: Instituto de Estudios Políticos y Relaciones Internacionales de la Universidad Nacional de Colombia - CEREC.
- Acta de la Sesión Inaugural del Comité Ejecutivo de la Escuela Nacional Superior de Enfermeras. Bogotá, Mayo 12 de 1943. Archivo preparado por el Comité Académico para conmemorar las Bodas de Oro de la Carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, 1925 - 1975. Bogotá, 1975.
- Acuerdo No. 14 de 1954 (Marzo 8). Acta No. 9 del Consejo Académico de la Universidad Nacional de Colombia, “por el cual se determina el plan de estudios para la Escuela Nacional de Enfermeras, dependiente de la Escuela Superior de Higiene”. Aprobado por el Consejo Directivo en sesión de Marzo 15 de 1954.
- Acuerdo 79 de 1951 (Abril 25), Acta No. 23 del Consejo Directivo de la Universidad Nacional, en el cual se especifica que la Escuela Superior de Higiene y la Escuela Nacional Superior de Enfermeras pasan a formar parte de la Universidad Nacional.
- Álvarez de Espitia, Lelly. Intervención en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, con motivo de la Inauguración de la Galería de Retratos de las Directoras y Decanas de las Escuelas y luego Facultad de Enfermería. Bogotá, Mayo 18 de 2001.
- Álvarez de Espitia, Lelly. Entrevista concedida a Ana Luisa Velandia Mora, el 13 de Mayo de 2005.
- Arango T., Bertha (1996) “Reseña histórica de la enfermería de salud pública en Colombia”. Rev. ANEC, Bogotá, Año 1, No. 2, Mayo - Agosto, Págs. 15 - 17.
- Bejarano, Jorge (1948) “Historia y desarrollo de la enfermería en Colombia”. Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Vol. XVII, No. 1, Julio Páginas 1075 - 1079.
- Buriticá, Josefina. Entrevista concedida a Ana Luisa Velandia, en Bogotá, en septiembre de 1989.

- Cuellar-Montoya, Zoilo. "Académica Inés Durana Samper". Se encuentra en: www.encolombia.com/medicina/academia-medicina/academ26467-inesdurana.htm Consultado: 14/03/2006
- Decreto No. 466 de 1943 (Marzo 4), por el cual se crea la Escuela Nacional Superior de Enfermeras. Diario Oficial, Año LXXXVIII, No. 25202. Viernes 12 de Marzo de 1943, Pág. 811.
- Decreto 3151 de 1946 (Octubre 31), por el cual se dictan algunas disposiciones reglamentarias sobre Escuelas de Enfermeras y otras. Diario Oficial, Año LXXXII, No. 26275, página 481.
- Durana Samper, Inés. Entrevista concedida a Ana Luisa Velandia, en Bogotá, en septiembre de 1989.
- Durana Samper, Inés (1992) "Reflexiones sobre Enfermería". Revista Medicina. Bogotá: Academia Nacional de Medicina. No. 31, Diciembre, pp. 27 - 34.
- Eslava Castañeda, Juan Carlos (2004) Buscando el reconocimiento profesional. La salud pública en Colombia en la primera mitad del siglo XX. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Págs. 62 - 67.
- Ferro, Pepa. Entrevista concedida a Ana Luisa Velandia, en Bogotá, en septiembre de 1989.
- Garzón Alarcón, Nelly. "Análisis de la experiencia docente como profesora de la Facultad de Enfermería desde 1958 hasta 1976. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 1977.
- Gómez Serrano, Consuelo (2006) "La Escuela Nacional de Enfermeras de la Universidad Nacional de Colombia: 1937 - 1944". Revista Avances en Enfermería (Bogotá), Vol. XXIV, No. 2, Julio - Diciembre, Págs. 99 - 109.
- Helg, Aline (1989) "La educación en Colombia. 1946 - 1957". EN: Nueva Historia de Colombia, Bogotá, Planeta Colombiana Editorial, Tomo IV: 111 - 134.
- Hernández Álvarez, Mario (2002) "Muchas lógicas de la política de salud en el proceso de incorporación: 1930 - 1938" EN: La Salud Fragmentada. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia: Instituto de Salud Pública - Facultad de Medicina, Págs. 83 - 165.
- Howitt, Helen. (1951) Nursing School in Bogota, S. A., The American Journal of Nursing, Vol. 51, No. 11 (Nov.), pp. 644-645, doi:10.2307/3468465. This article consists of 2 page(s).
- Howitt, Helen (2005) "Escuela de Enfermería en Bogotá, S. A." Traducción y comentarios de Ana Luisa Velandia Mora. Revista Avances en Enfermería. (Bogotá). ISSN: 0121 - 4500. Vol. XXIII, No. 2, Julio - Diciembre, pp. 107 - 108.
- Memorándum de Antecedentes sobre la fundación de la Escuela Nacional Superior de Enfermeras. Bogotá, s. f. Archivo preparado por el Comité Académico para conmemorar las Bodas de Oro de la Carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, 1925 - 1975. Bogotá, 1975.
- Murphey, Helen (1956) "Historia de la Enfermería en Colombia." Revista de la Asociación Mexicana de Enfermeras. Año III, No. 5, Septiembre - Diciembre. Págs. 10 - 12.
- Organización Panamericana de la Salud. La Organización Panamericana de la Salud y el Estado Colombiano: cien años de historia 1902 - 2002. Bogotá, OPS, 2002. Pág. 99.
- Pedraza M., Héctor. (1942) "Informe para el VIII Congreso Panamericano del Niño, sobre organización y actividades de la protección materna e infantil en Colombia". Revista de Higiene, 23 (6-7), Junio - Julio: 10 - 35.
- Pedraza, Héctor (1954) La Enfermería en Colombia. Reseña histórica sobre su desarrollo. Legislación. Bogotá: Editorial Minerva. Tercera Época 1930 - 1950. Págs. 34 - 57.
- Poveda Ramos, Gabriel (1989) "Cien años de ciencia colombiana." En: Nueva Historia de Colombia. Bogotá: Planeta Colombiana Edit.. Tomo IV. Pp. 159 - 188.
- Quevedo, Emilio y colaboradores. La Salud en Colombia. Análisis Sociohistórico. Primera Parte. Bogotá: Ministerio de Salud - Departamento Nacional de Planeación, 1990. Disponible en: <http://www.saludcolombia.com/actual/salud54/informe.htm>. Consultado: 13/04/2009.
- Quevedo, Emilio y colaboradores. Café, Gusanos, Mosquitos y Petróleo. Bogotá. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina. Instituto de Salud Pública, 2004. Págs. 183 - 185.
- República de Colombia. Ley 36 de 1942 (Diciembre 2), por la cual se crea el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública.
- República de Colombia. Ley 6 de 1945 (febrero 19), por la cual se dictan algunas disposiciones sobre convenciones de trabajo, asociaciones profesionales, conflictos colectivos y jurisdicción especial del trabajo.
- República de Colombia. Ley 27 de 1946 (Diciembre 2), por la cual se crea el Ministerio de Higiene.
- República de Colombia. Ley 87 de 1946 (Diciembre 26), por la cual se reglamenta la profesión de enfermería y se dictan otras disposiciones.
- República de Colombia. Ley 90 de 1946 (Diciembre 26), por la cual se crea el seguro social obligatorio y se crea el Instituto Colombiano de Seguros Sociales.
- Restrepo Ch., Guillermo y Villa V., Agustín. Desarrollo de la Salud Pública Colombiana. Medellín: Universidad de Antioquia, 1980. Pág. 85.
- Romero Ballén, María Nubia. "Modelo pedagógico en enfermería: Una proyección del papel histórico de la mujer". Trabajo de Investigación de Año Sabático: Tunja: Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, 1992. Documento de circulación interna.
- Romero Pabón, Concepción. Entrevista concedida a Ana Luisa Velandia, en Bogotá, en septiembre de 1989.
- Roy, Alonso. "La Escuela de Enfermería del Hospital Santo Tomás." Se encuentra en: <http://www.alonsoroy.com/med/med07.html>. Consultado: 05/07/2005
- Sáenz, Rosa. Entrevista concedida a Ana Luisa Velandia, en Bogotá, en 1989.
- Velandia Mora, Ana Luisa (1995) Historia de la Enfermería en Colombia. Bogotá: Ediciones de la Universidad Nacional de Colombia. Etapa 1935 - 1954. Págs. 77 - 106.
- Velandia Mora, Ana Luisa (1995) Concha Romero: un modelo y un reflejo de su época. Avances en Enfermería. Volumen XIII, No. 1. Págs. 13-18.
- Velandia Mora, Ana Luisa. "Influencias étnicas en la enfermería latinoamericana". Publicado por la Revista Temperamentvm. 2005. ISSN: 1699 - 6011. http://www.index-f.com/temperamentum/Irevista/1_sumario.php
- Velandia Mora, Ana Luisa. La Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia en el Siglo XX. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia Unibiblos, 2006.

- Velandia Mora, Ana Luisa. "Organizaciones interamericanas en la Enfermería en Colombia". Ponencia presentada en el XIII Congreso Nacional de Historia. Bucaramanga, Agosto 22 a 25 de 2006, b. Memorias en CD. ISBN 958 - 8187 - 55 - 9
- Velandia Mora, Ana Luisa (2009) "Helen Howitt: una semilla canadiense en la enfermería latinoamericana". EN: Revista Avances en Enfermería. Vol. XXVII, No. 1, Enero - Junio.
- Velandia Silva, Geraldinne Marcela (2008) Repercusiones de la higiene pública y la Escuela Superior de Higiene en la formación del personal de enfermería en Colombia (1935 - 1960). Trabajo de Grado para optar al título de Enfermera.

Bogotá: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia.

- Wiesner, Lotti. Reseña Histórica de la Carrera de Enfermería en la Universidad Nacional de Colombia. Documento para la celebración de los 50 años de la Facultad. Bogotá, agosto de 1975. Págs. 51 - 55.
- Wiesner, Lotti (1976) "Desarrollo histórico de la carrera de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia". Revista ANEC, Bogotá, Año VII, No. 17. Enero - abril. Págs. 51 - 55.
- <http://foundationnurses.org/collections/bellevuefa.htm>
Consultada: 31/01/2008.

¹ Los programas de las Escuelas Normales eran paralelos a los del bachillerato, también con seis años de duración; no abordaban la pedagogía sino hasta al tercer año. En 1951 se extendió a cuatro años los estudios para obtener el diploma de las Escuelas Normales Rurales que se habían iniciado en 1934 para darle formación al campesinado. En algunos casos esta formación fue aceptada para ingresar a estudiar enfermería.

² Notas de la traductora: Ana Luisa Velandia



Funcionarios del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública. Sentada a la derecha, Helen Howitt. Foto Archivo de la Autora, donación de Lelly Álvarez de Espitia.



Celebración de Aniversario en la Escuela Nacional Superior de Enfermeras. Estudiantes, Profesoras y su Directora, Helen Howitt, sentada en el centro. Foto Archivo de la Autora, donación de Lelly Álvarez de Espitia.

FONTES HISTÓRICAS E ÉTICO-LEGAIS: POSSIBILIDADES E INOVAÇÕES

Fernando Porto¹, Genival Fernandes de Freitas², José Siles González³

¹Prof. da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (EEAP) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

²Professor Doutor do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

³Professor catedrático do Departamento de Enfermería de la Universidad de Alicante (Espanha).



SOURCES HISTORICAL AND ETHICAL LEGAL: OPPORTUNITIES AND INNOVA- TIONS

SUMMARY

Introduction: This paper focused the analysis and questioning the use of historical sources and types of ethical and legal.

Objectives: Reflecting on the classification of historical and ethical-legal in the light of national and international literature and discuss opportunities and innovations in this regard.

Methodology: A descriptive, exploratory and qualitative approach.

Results and discussion: From the historical trajectory of the classification of sources, the findings indicated the need for expanding the concept of documents / sources and the possibility of articulating different sources in studies that have as object the history of nursing.

Keywords: History of nursing; Ethics; Law.

FUENTES HISTÓRICAS Y ÉTICO-LEGALES: POSIBILIDADES E INNOVACIONES

RESUMEN

Introducción: El estudio se centró el análisis y el cuestionamiento de la utilización de las fuentes históricas, éticas y legales.

Objetivos: Reflexionar sobre la clasificación de las fuentes históricas y ético-legales a la luz de la literatura nacional e internacional y debatir las oportunidades y las innovaciones en este sentido.

Metodología: Estudio descriptivo, exploratorio y de abordaje cualitativo.

Resultados y discusión: Desde la trayectoria histórica de la clasificación de las fuentes, los resultados revelan la necesidad de ampliar el concepto de documentos y fuentes y la posibilidad de articular las diferentes fuentes en los estudios que tienen como objeto la historia de la enfermería.

Palabras clave: Historia de la Enfermería; Ética; Legislación.

RESUMO

Introdução: O estudo tem como objeto a análise e problematização do uso da tipologia das fontes históricas e ético-legais.

Objetivos: Refletir sobre a classificação das fontes históricas e ético-legais à luz da literatura nacional e internacional e discutir sobre possibilidades e inovações a esse respeito.

Metodologia: Estudo descritivo, exploratório e de abordagem qualitativa.

Resultados e discussão: A partir da trajetória histórica da classificação das fontes, os achados apontaram para a necessidade de ampliação do conceito de documentos / fontes e a possibilidade de articulação de fontes diversas em estudos que tenham como objeto a história da enfermagem.

Palavras-chave: História da Enfermagem; Ética; Legislação.

1. Introdução ao estudo e justificativa

As fontes históricas e ético-legais seriam, em princípio, todo aquele objeto material, instrumento ou ferramenta, símbolo ou discurso intelectual, que procede da criatividade humana, através dos quais se pode inferir algo acerca de uma determinada situação social no tempo (Aróstegui, 2001).

A história tornou-se científica ao fazer a crítica dos documentos a que se chama “fontes”. Em que consiste o fazer a crítica? O “corpus” documental (massa documental) não é qualquer coisa que fica por contado do passado; é um produto da sociedade que o fabricou segundo as relações de forças que ali detinham o poder. O termo “documentum” deriva de “docere”, “ensinar”, evoluiu para o significado de “prova” e é amplamente usado no vocabulário legislativo (é no século XVII que se difunde na linguagem jurídica). Assim, o documento que, para a escola histórica positivista do fim do século XIX e do início do século XX, será o fundamento do fato histórico, ainda que resulte da escolha de uma decisão do pesquisador, parece apresentar-se por si mesmo como prova histórica. Sua objetividade parece opor-se à intencionalidade do monumento...” (Le Goff, 2003). Ademais, o vocábulo “monumentum” representa um sinal do passado. Os documentos são fontes e os monumentos (uma obra comemorativa de arquitetura ou escultura; um monumento funerário) também são fontes para a história.

O monumento é tudo aquilo que pode evocar o passado perpetuar a recordação, por exemplo, os atos escritos. O monumento tem como característica o ligar-se ao poder de perpetuação, voluntária ou involuntária das sociedades históricas; é um legado à memória coletiva e possibilita o reenviar a testemunhos que só numa parcela mínima são testemunhos escritos (Le Goff, 2003).

A partir de 1960, com o advento da chamada revolução documental, houve um alargamento da compreensão do significado do termo documento: este adquiriu conotação mais ampla, ou seja, passou a ser entendido e aceito em diversas tipologias: escrita, ilustrada, transmitida pelo som, a imagem, ou de qualquer outra maneira (Samaran, 1961).

Diversas são as maneiras de classificação das fontes documentais. José González Siles (1999) relata que, a classificação é um capricho da história, pois ela deve ter utilidade prática e ser clara.

A classificação das fontes é um tipo de dado que orienta o pesquisador no momento em que decide que tipo de fonte será utilizado no estudo, bem como para responder ou contestar a perguntas formuladas com aderência ao objeto de pesquisa, com a proposta de cumprir os objetivos traçados.

Neste sentido, certa reflexão sobre a classificação das fontes se faz necessária. Quanto à hierarquização destas, alguns as classificam como primárias - contato direto com os fatos - e secundárias - contato indireto com os fatos - que, segundo José González Siles, trata-se de uma maneira obsoleta, mas isso pode ser explicado pela trajetória de classificação das fontes pelo decorrer dos séculos (Siles, 1999).

Considerando a ampliação do conceito de fonte, a generalização das possibilidades de exploração de objetos materiais ou de realidades intelectuais, como fontes de informação histórica, uma das questões prévias para o estudo profundo das fontes históricas é a de estabelecer uma taxonomia adequada da diversidade de fontes possíveis.

Nessa perspectiva, há que se mencionar, então, em critérios taxonômicos, a saber: posicional (fontes diretas ou indiretas); intencional (fontes voluntárias ou não voluntárias); qualitativo (fontes materiais ou culturais) e formal quantitativo (fontes seriadas ou não seriadas e não seriáveis) (Aróstegui, 2001).

No tocante à posição, as fontes eram de um tipo ou de outro (diretas ou indiretas), segundo a maneira como a informação era obtida, ou seja, pela “proximidade” da fonte aos fatos narrados. Nessa ótica, uma fonte seria considerada direta quando era um escrito ou relato de alguma testemunha presencial de um fato, de um protagonista, de uma documentação, que emanava diretamente do fenômeno em tela. Por sua vez, uma fonte indi-



reta era uma fonte mediada ou mediatizada, ou seja, uma informação baseada em outras informações não testemunháveis (Aróstegui, 2001).

A fonte voluntária ou testemunhal é aquela que tem constituído a memória oficial das sociedades. É o reflexo do “imaginário” que os componentes de um grupo constroem, de sua mentalidade e ideologia. É a que reflete, portanto, o conflito interno de toda sociedade. Ao contrário da fonte involuntária, que trata de todos aqueles vestígios do homem que se tem conservado sem que este se tenha proposto, conscientemente, à sua conservação como “testemunho histórico” (Aróstegui, 2001).

Segundo o critério taxonômico qualitativo, aqueles documentos históricos cujo valor informativo reside, em primeiro lugar, em sua própria materialidade (os restos arqueológicos em geral) - precisam, sem dúvida, de um tratamento diferente daqueles outros cuja identidade e valor residem “no que dizem”, em seu conteúdo intelectual. Dessa maneira, estabelece-se uma clara distinção entre fontes material e cultural. Estas últimas são praticamente todas as existentes que não são fontes arqueológicas, todas aquelas escritas, faladas, simbólicas ou audiovisuais que transmitem uma mensagem em linguagem mais ou menos formalizada (Aróstegui, 2001).

Para este autor, as fontes culturais escritas podem ser narrativas ou não narrativas, as quais são categorias também centrais no que é o discurso textual. Assim, as fontes não narrativas são uma categoria muito genérica que exclui uma categoria bastante homogênea, mas extensíssima: todo o que é o relato. Em princípio, trata-se de uma distinção clara, mas que permite sutilezas e distinções, de

forma que a partir de uma ou de outra se pode extrair um trabalho histórico bem distinto.

A história tradicional era construída, essencialmente, sobre fontes narrativas, que eram já em si mesmas uma “história” enquanto narração. Em matéria de fontes, a moderna historiografia reside no uso mais amplo das fontes não narrativas. Nesse sentido, Aróstegui (2001, pág. 388) pontua que a grande revolução tecnológica que o mundo tem experimentado no último quarto do século XX e início do século XXI refere-se às possibilidades dessa revolução dada a digitalização, a informação mediante a imagem de todo tipo (fotografia, imagem, a conjunção de imagem, som e texto, as chamadas multimídias), o que representa grande mudanças nas chamadas fontes tradicionais de informação histórica. Dessa maneira, hodiernamente, a aparição e o aumento constante do uso de materiais (como fontes) de outro gênero, cabe ressaltar que a novidade está junto ao advento de outro tipo de registros não verbais, senão visuais ou sonoros. Novos tipos de recursos e sua conservação em suportes de memória exenta, ou seja, eletromagnéticos e digitalizados.

A fonte seriada é aquela, material ou cultural, que está composta de muitas unidades ou elementos homogêneos, suscetíveis de ser ordenados, numericamente ou não (Aróstegui, 2001).

Exemplo: um arquivo policial de ocorrências de um determinado período de tempo; os prontuários dos pacientes de um dado hospital, ou anuários estatísticos de uma série de anos sobre os dados contáveis de uma empresa, etc. Desse modo, umas fontes apresentam-se seriadas e outras não estão seriadas por sua natureza, mas são seriáveis. Por exemplo: um conjunto de depoimentos, os discursos políticos de uma pessoa, etc. Infere-se, por conseguinte, que a condição de seriadas ou não alude, essencialmente (mas não de forma exclusiva), à distinção que pode ser feita nas fontes, entre aquelas que apresentam (ou delas se pode extrair) um conteúdo que se expressa numericamente, frente às que não têm essa possibilidade.

2. As fontes no transcurso da história

No século XVII, época que remonta a Idade Média, com Papebroche e Mabillon, as escolas classificavam-nas em autênticas e falsas. Posteriormente, no século XIX, a pesquisadora

Juana Maria Hernandez Conesa (1995) relata que ocorreram as primeiras classificações de fontes, mais completa possível para àquela época.

Exemplo disso, é encontrado na obra de J. Lelewel intitulada “Historika - Metodologia de la Historia” (1815), por meio da divisão: Tradicional - relatos orais-, Fontes escritas - monumentos silenciosos do passado - e Fontes escritas, bem como é possível de se encontrar na obra “Historika” (1922) de autoria de M. Handelsman com a classificação de Fontes indiretas - tradicionais - e as Fontes diretas - as demais. Nesse século G. Labuda rompeu com as classificações das fontes propostas, propondo a divisão para fontes ergotécnicas, sociotécnicas, psicotécnicas e tradicionais (Conesa, 1995).

As fontes ergotécnicas são aquelas referentes às atividades existentes, e indiretamente, ligadas às atividades sociais e mentais; as sociotécnicas refletem os processos de interação social; as psicotécnicas se referem ao papel da consciência em transformação pelas condições materiais e sociais da existência humana e as tradicionais refletem a memória do passado (Conesa, 1995).

Como se pode observar, a maioria das classificações propostas apresenta limitações sejam semânticas ou materiais. Neste sentido, Maria Juan Hernandez Conesa sugeriu o uso da classificação apresentada na obra “Metodologia de la Historia” (1973) de autoria de Topolsky, a saber: fontes diretas e indiretas, e fontes escritas e não escritas.

Para tanto, a mesma autora disponibiliza um quadro aos leitores no sentido de sua aplicabilidade.

Quadro número 1: Fontes Diretas e Indiretas

Fontes diretas - escritas e não escritas -	Fontes indiretas - escritas e não escritas -
● Conhecimento direto	● Conhecimento indireto
● Fatos	● Sinais convencionais (e precisa decifrá-los)
● Sem a intervenção de terceiro	● Intervenção de terceiro (talvez voluntária)
● Sem problemas de analisar a confiabilidade (é necessário examinar a autenticidade)	● Necessidade de examinar a confiabilidade do informante.
● Legenda/Significado.	

Fonte: Esquema 1.4 (Conesa, 1995)

Este quadro deve ser utilizado mediante articulação com a decodificação das fontes, ou seja, é preciso considerar: a informação, a pessoa que a recebeu; o canal através do qual se pode receber a informação e o código que determinou o modo que essa informação foi passada pelo receptor. Ademais, códigos como o lingüístico, terminológico, gráfico, psico-social e espiritual devem ser de conhecimento do pesquisador no que se refere ao objeto de pesquisa e a delimitação institucional, geográfica e temporal a ser utilizada (CONESA, 1995).

Conesa registra também que classificações combinadas podem produzir bons resultados, mas isso depende da peculiaridade do processo cognitivo histórico e dos procedimentos adotados pelo pesquisador (Conesa, 1995).

Por outro lado, a utilização desta classificação com massa documental densa, entende-se que ela consome um espaço temporal considerável em horas, segundo o que José González Siles propugnou no sentido de ser esta classificação um “capricho da historia”, seja pela praticidade e clareza.

Por outro ângulo, Kossoy - pesquisador que destinou a tipologia das fontes com interesse para as imagens ressalta que, a tal tipologia deve vir ao encontro da praticidade e clareza na categorização das fontes, sendo elas: escritas, iconográficas, orais e objetos (Kossoy, 2001).

A fonte escrita - como registros escritos e de abrangência fundamental para as informações transmitidas sob forma original manuscrita, de reprodução gráfica ou impressa; iconográfica - em especial, as fotografias, que podem ser aplicadas às imagens, em geral; oral - depoimento e entrevista gravada e objeto - vestígios materiais que sobreviveram ao tempo (Kossoy, 2001). Mesmo diante do exposto acima, entende-se que o excesso de documento compromete o rigor metodológico da pesquisa. Para isso, é necessária a delimitação do uso da massa documental - corpus do estudo, por meio de critérios de exclusão e inclusão com aderência ao objeto, ao se delimitar a documentação. Sendo

assim, a delimitação da massa documental decorre da diversidade de fontes, requerendo que o pesquisador utilize, tais como: atas, memorandos, leis, resoluções, jornais, revistas, fotografias, filmes e artefatos (Cadiou, Coulomb, Lemonde e Santamaria, 2007).

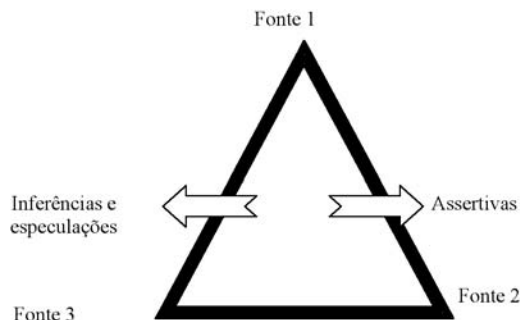
Desta forma, se entende que, após a delimitação do corpus do estudo seja prudente aplicação de uma ou mais matrizes de análise de acordo com a especificidade da fonte utilizada, ou seja, ferramenta metodológica individualizada para aplicação em documentos oriundos da área jurídica, imprensa, imagem e outras.

Cabe, porém, destacar que a aplicação das matrizes, como ferramenta de análise das fontes, não impede as crítica interna e externa. Para Aróstegui (2001), a contribuição da Escola de Annales foi decisiva para a crítica hodierna feita às fontes, destacando que o texto, em si mesmo, deve ser visto como algo inacabado, devendo ser interrogado sobre a veracidade, bem como a possibilidade de sentido extraído da essência do documento. Em suma, o pesquisador não se limita à discussão acerca da verdade do documento que se lhe apresenta, mas busca o sentido no contexto da produção, mesmo diante da possibilidade da “inveracidade”, que reveste sua intencionalidade. Com isto, Aróstegui alerta para a ampliação das fontes sem se comprometer com a questão do que seja ou não a “verdade” documental, mesmo assim o documento poderá ser considerado como fonte histórica. Aróstegui, 2001).

Ainda sobre a crítica das fontes, estas podem ser indagadas no sentido de serem cópias ou originais. Em outras palavras, cabe analisá-las, quando necessário, no sentido da química, física e Raio X. Outro procedimento a ser realizado com as fontes, é a aplicação de critérios relativos à credibilidade, em especial, à triangulação das fontes (Alves-Mazzotti e Gewandsznajder, 2001).

A triangulação das fontes permite o pesquisador especular, inferir e construir assertivas com risco menor de equivocar-se. Logo, esta ferramenta metodológica - triangulação - faz com que o pesquisador ao construir o texto de pesquisa lhe proporcione um tempo de vida mais longo até que outros estudos retifiquem ou até mesmo ratifiquem os dados analisados e discutidos.

Esquema 1: Representação da triangulação das fontes



O esquema número um representa a materialização do mental sobre a triangulação das fontes, mesmo que sejam múltiplas, representam a possibilidade de análise sistemática, englobando: Interpretação dos dados; Síntese e Produto final no sentido da produção de artigo, monografia, dissertação, tese e relatório de pesquisa.

3. Fontes ético-legais em estudos históricos

Os legisladores da enfermagem, em matéria de ensino e exercício, têm uma grande parcela de responsabilidade ao facilitarem ou dificultarem o processo de reconhecimento social da profissão da enfermagem, definindo quem seus agentes sociais legítimos e, com isto, estabelecendo atribuições (competências) ao enfermeiro, identificando-o como um profissional de nível universitário, e considerando as múltiplas competências da sua formação. Além disso, a legislação pode constituir-se em importante instrumento rumo à autonomia profissional, porque ela pode legitimar conquistas de uma classe ou categoria profissional organizada, na luta pelo seu espaço social, sua identidade coletiva, a preservação dos valores e de sua memória como uma construção coletiva e dialética.

Cabe pontuar que na abordagem histórica das fontes legais, o entorno não pode delimitar-se ao tempo da promulgação de uma dada legislação, como por exemplo, a Lei de Diretrizes de Base (LDB) da Educação Nacional - a qual define e regulariza o sistema de educação brasileiro nos princípios presentes na Constituição Federal, de 1988. É preciso anteceder temporalmente à LDB, abordando e analisando outras legislações concer-

nentes ao objeto (no caso a educação). A abrangência temporal de análise dos dispositivos legais anteriores à LDB nº 4024/61, por exemplo, requer uma visão mais ampla dos contornos sociais, políticos e ideológicos e dos desdobramentos de questões dessa ordem envoltas ao ensino de enfermagem no Brasil no contexto da criação dessa lei. Assim, o historiador deve discutir quem são ou foram os agentes sociais influentes à época da propositura de uma legislação, quais foram as forças políticas que nortearam o processo de sua elaboração, dentre outros aspectos igualmente relevantes, acerca, por exemplo, da existência de escolas de enfermagem no contexto estudado. Assim, a busca de fontes legais não é suficiente em um estudo histórico, requerendo outras fontes, que iluminarão melhor a compreensão e análise dos achados.

No caso da LDB, já mencionada, ressalta-se o papel da Lei nº 775/49 - que é uma legislação que regulamentava o ensino da enfermagem no Brasil, na década de 1940, a qual deixava clara a contradição sobre a acessibilidade ao curso de enfermagem. Se, por um lado, era requerido o secundário completo; por outro, permitia-se o ingresso de candidatas com curso ginásial. Esta contradição teria sido totalmente superada pela LDB. Assim se revelou a necessidade de sanar aquela contradição, considerando-se o fato de que não havia consenso antes da LDB de 1961, em relação aos requisitos para admissão ao curso de enfermagem.

A Escola de Enfermagem Anna Nery exigia o diploma de conclusão de curso normal ou equivalente. Outras escolas não faziam essa exigência, como a da Cruz Vermelha Brasileira e Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, atual Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, que seguiam legislação própria, relacionada ao Ministério da Guerra (no caso da Cruz Vermelha) ou obedecia ao Decreto 791/1890, vinculado ao Ministério da Justiça. Ora, essa foi uma luta dos três ministérios (da Educação e Saúde, da Guerra e do Interior), pois tinham o mesmo nível hierárquico.

As leis são documentos e importantes fontes para os estudos históricos. Há que se considerar, entretanto, que na história tradicional (positivista), o documento correspondia ao texto, por exemplo, o Código de Direito Canônico, o direito da Igreja. Associando-se, portanto, o documento à “prova”,

ao direito, tanto que se diz: “não há história sem documento” (Fustel de Coulanges, 1961). A preocupação principal do historiador referia-se à autenticidade do documento. Já na perspectiva de Marc Bloch (1941-42), seria uma grande ilusão imaginar que a cada problema histórico corresponderia um tipo de documento especializado para esse fim. Nesse sentido, o que transforma o documento é a sua utilização pelo poder. Considerando-se que o documento ou o “corpus” documental não é qualquer coisa que fica por conta do passado; ao contrário, representam produto da sociedade que os fabricou, segundo as relações de forças que ali detinham o poder e o domínio do saber.

Daí a importância de se fazer a crítica aos documentos (fontes) e de se fazer a triangulação: revelando-se contradições ou inconsistências. É preciso perguntar-se quem os engendrou? Que interesses defendiam? Quais forças político-ideológicas de dominação estavam presentes? Quem criou a lei e a sancionou? Quais os interesses que defendiam uma dada lei? Por conseguinte, a legislação, enquanto “corpus” documental e monumento refletem as relações de poder (Estado) - que estabelecem quem detém a legitimação para produzi-las. Portanto, a legislação, enquanto monumento, representa jogos de forças ideológicas presentes nas relações sociais.

No tocante às fontes legais, cabe pontuar, a priori, a existência de hierarquização. Assim, subordinam-se à Constituição Federal (CF) as



emendas ao texto constitucional, bem como as leis complementares, leis ordinárias, leis delegadas, medidas provisórias, decretos legislativos e resoluções, além de portarias, contratos e sentenças.

As leis complementares à Constituição destinam-se ao detalhamento de aspectos previstos na Constituição Federal do país, que se resguardam em princípios constitucionais auto-aplicáveis, dependendo de regulamentação que elas consubstanciam. Por exemplo, a Lei de Diretrizes de Base da Educação Nacional e o Código de Defesa e Proteção do Consumidor são exemplos de fontes documentais dessa natureza, ou seja, complementar à Constituição Federal do Brasil.

A lei ordinária refere-se a qualquer matéria e sua iniciativa segue o preceito constitucional, por exemplo, a lei do exercício profissional da enfermagem.

A lei delegada representa aquela delegação ao Presidente da República sendo feita por Resolução, especificando seu conteúdo e os termos do seu exercício. Como ato de força do poder executivo, existe, também, a chamada MP (Medida Provisória), a qual decorre de ato do Presidente da República com força de lei para casos de relevância e urgência. Deve ser levada imediatamente ao conhecimento do Congresso Nacional, que a analisará e poderá convertê-la em lei. Cabe pontuar que a MP não convertida em lei no prazo de 30 dias, perde a eficácia, mas o Presidente poderá reapresentá-la.

O Decreto significa decisão, ordem, julgamento ou decisão que emana de autoridade competente para tal. De acordo com a autoridade que o expedir, este pode ser um Dec. Legislativo, judiciário ou Decreto-lei. O primeiro, decorre de deliberações em que se consagra uma medida de caráter administrativo ou político do Congresso Nacional. Não pode estabelecer nem criar um direito novo, o que só pode ser feito por uma lei. O segundo é produto da designação dada, de modo geral, a toda decisão emanada de autoridade judicial, em caráter de ordem, a qual deve ser cumprida pelas partes interessadas. A própria sentença do juiz constitui um decreto judiciário, em que soluciona um litígio (demanda) de interesses. E o terceiro representa ato emanado do Poder Executivo, quando no seu fundo e na sua forma se equiparava às próprias leis, emanadas do Poder Legislativo. É peculiar aos

regimes de exceção e foi empregado no Brasil no Estado Novo e no período de regime militar.

As resoluções são instrumentos normativos que resultam de um ato da administração de um colegiado ou uma assembléia, contendo esclarecimentos, solução, deliberação ou regulamentação ou determinação sobre algum assunto (Oguisso, 2007).

A portaria, por sua vez, é um ato escrito por meio do qual uma autoridade qualquer na esfera dos três poderes (ministérios, secretarias de Estado, tribunais regionais, autarquias), tais como ministro de Estado, juiz, reitor de universidade, etc, dá instruções sobre a execução de leis ou serviços, nomeia ou designa funcionários e aplica medidas de ordem disciplinar a subordinados (Freitas, 2005).

A doutrina constitui importante fonte jurídica e representa o domínio das lições, ensinamentos e descrições explicativas do direito posto, elaboradas pelos mestres e pelos juristas especializados (Carvalho, 2000).

A jurisprudência é outra fonte jurídica, que consiste em um conjunto de decisões judiciais que apontam para tendências a serem seguidas por decisões judiciais. O uso da hermenêutica jurídica possibilita interpretar a legislação, visando preencher suas lacunas ou casos omissos. Entretanto, em matéria de fonte, o Juiz não se obriga a seguir os julgados que o antecedem, podendo, portanto, inovar e criar novas jurisprudências (Carvalho, 2000).

Em suma, se para a história hierarquizar as fontes constitui uma tipologia obsoleta, para o direito representa uma prática admissível, haja vista a necessidade do legislador de considerar a própria instituição da hierarquização das normas jurídicas. Como fontes históricas devem prevalecer as normas constitucionais sobre as demais. Sendo assim, se houver uma legislação “maior” regulamentando a mesma matéria, o pesquisador não deverá declinar do valor jurídico da fonte. Deve-se entender que a hierarquização das leis é obsoleta em uma perspectiva histórica mais atual; por outro ângulo, é admissível dizer que tal postura representa um diferencial. Faz-se mister, entretanto, considerar a necessidade de triangulação das legislações com outras fontes históricas e legais se considerarmos a necessidade da aplicação de maior rigor metodológico nos estudos históricos acerca da profissão da enfermagem.

4. Considerações finais

Em relação às possibilidades da seleção das fontes para a consecução de estudos em história da enfermagem, percebe-se que, atualmente, o conceito de fonte abrange uma densa massa documental no sentido de englobar documentos escritos, iconográficos, fontes orais e objetais. Dessa maneira, o movimento da História Nova tem contribuído para o esgarçamento do conceito de documento e, por conseguinte, a massa documental adquire novo status, porém há limitações das classificações das fontes.

Alguns autores têm propugnado por determinadas tipologias de fontes, de acordo com seus interesses e necessidades, conforme requerem seus objetos de investigação, o que, por outro lado, não o exime do compromisso com a idéia de complementariedade e ampliação do uso de outras fontes, pois o pesquisador não deve se limitar à exclusividade de uma massa documental, embora essa possa ser seu foco temático.

A presente contribuição, enquanto atualização na problemática de tipologias das fontes históricas, não tem a pretensão de esgotar a discussão acerca dessa temática. Por outro lado, não se pode negligenciar o fato de que existem possibilidades de uso de fontes virtuais e quíçá holográficas. Em termos de inovação na utilização de fontes históricas, cabe pontuar aquelas atinentes aos documentos legais, pois têm sido ainda pouco utilizadas como ferramenta importante para evidenciar a memória histó-

rico-legal da profissionalização da enfermagem no Brasil.

5. Referências:

- Alves-Mazzotti, A.J. e Gewandsznajder, F. (2001): Método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo (Brasil).Pioneira.
- Aróstegui J. (2001): La investigación histórica: teoría y método. Barcelona (Espanha). Crítica
- Bloch M. (2003): Apologie pour l'histoire ou métier d'historien. Paris: Colin; 1949. In: Le Goff J. História e memória. São Paulo (Brasil).Ed. Unicamp.
- Cadiou F.; Coulomb, C.; Lemonde, A.; Santamaria, Y. (2007): Como se faz história - historiografia, método e pesquisa. Petrópolis (Brasil), Vozes.
- Carvalho P.B.(2000): Curso de direito tributário. 13ª Ed. São Paulo (Brasil): Saraiva.
- Conesa J. M. H. (1995): Historia de la Enfermería: um análisis histórico de los Cuidados de Enfermería. Madrid (Espanha). Interamericana/McGraw.
- Coulanges F.N.D. (2003): La monarchie franque. In: Histoire des institutions politiques de l'ancienne France. Tomo III. Paris: Hachette; 1875-1889. In: Le Goff J. História e memória. São Paulo (Brasil). Ed. Unicamp.
- Freitas G.F.(2005): Conceituação sobre direito e normas éticas e legais. In: Oguisso T (org). Trajetória histórica e legal da enfermagem. São Paulo (Brasil). Manole.
- Kossoy B. (2001): Fotografia e História. São Paulo (Brasil). Ateliê Editorial.
- Le Goff J. (2003):História e memória. São Paulo (Brasil). Ed. Unicamp.
- Oguisso T. (2007): O exercício da enfermagem: uma abordagem ético-legal. Rio de Janeiro (Brasil). Koogan Guanabara.
- Samaran C. (org) (2003): L'histoire et ses methods. XI. Paris: Gallimard; 1961. Encyclopédie de la Pléiade. In: Le Goff J. História e memória. São Paulo (Brasil). Ed. Unicamp.
- Siles J. (1999): Historia de la Enfermería. Alicante (Espanha): Aguacilara.



ANTROPOLOGÍA

EL SEÑALAMIENTO DE LA CRONICIDAD, LA TRANSFORMACIÓN EN EL ÁREA DE LO PÚBLICO Y LA INFLUENCIA DE LOS ENFERMEROS EN LA FORMACIÓN DE UN CUASI GRUPO

Miret García, María Teresa¹, Bernalte Benazet, Alvaro², Gala León, Francisco Javier³, Lupiani Jiménez, María Mercedes⁴

¹Lda. en Geografía e Historia especialidad en Antropología Social.
Máster en Antropología de la Salud.

²Ldo. en Antropología Social y Cultural, Doctor en Medicina.

³Ldo. en Psicología, Doctor en Medicina.

⁴Licenciada en Humanidades. Dra. en Medicina.



THE SIGNALING OF CHRONICITY, THE PUBLIC AREA TRANSFORMATION AND THE INFLUENCE OF THE NURSES IN THE FORMATION OF A QUASI-GROUP

SUMMARY

From the 80's (XXth century) in the development of Primary Health Care in Spain and particularly in Andalusia, nurses' work has had a great influence, especially on the assistance to people with chronic diseases. The health education offered to these chronic patients, for them to achieve the necessary knowledge to tell healthy from unhealthy ways of life, has had an effect on what we could call the urban landscape, where we

have detected the presence of these citizens who have made themselves visible in gardens, parks, walking, etc.

During more than one year we have shared their places of exercise in a small Mediterranean village, and by means of participant observation and verbal interaction we have obtained from these groups of people the how and the why of what is happening.

Key words: nursing care. Social impact of the nurses' work.

OS SINAIS DE CRONICIDADE, A TRANSFORMAÇÃO NA ÁREA DO PÚBLICO E DA INFLUÊNCIA NA FORMAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE UM QUASE-GRUPO

RESUMO

A partir da década de 80 (século XX), no desenvolvimento da Atenção Primária de Saúde na Espanha e, mais concretamente na Andaluzia, o trabalho dos enfermeiros tem tido uma grande influência, especialmente na atenção a pessoas que padecem de processos crônicos. A educação para a saúde efetuada nos pacientes crô-

nicos, com o intuito de alcançar o nível de conhecimentos necessário para elegir entre as formas de vida saudável e não saudável, tem produzido uma influência no que podemos denominar de paisagem urbana, na qual temos observado a presença desses cidadãos, tornando-se visíveis, seja nos jardins, nos parques; a maioria deles em caminadas, etc. Durante mais de um ano, temos compartilhado seus lugares de exercício em um pequeno vilarejo no Mediterrâneo, bem como através da observação participante e de interação verbal, temos obtido a partir destes grupos explicações sobre como e o porquê do que acontece.

Palavras-chave: Cuidados de enfermagem, Impacto social do trabalho de enfermagem.

RESUMEN

A partir de la década de los 80 (s. XX) en el desarrollo de la Atención Primaria de Salud en España y más concreto en Andalucía, el trabajo de la enfermera ha tenido una gran influencia, especialmente en la atención a las personas con procesos crónicos. La educación para la salud efectuada en los pacientes crónicos, cuyo objetivo era alcanzar el nivel de conocimientos necesario para elegir entre formas de vida sana e insana, ha producido una afectación en lo que podríamos llamar el paisaje urbano, donde hemos detectado la presencia de estos ciudadanos que se han hecho visibles, en los jardines, en los parques, la mayoría mediante caminatas, etc. Durante más de un año hemos compartido sus lugares de ejercicio en una pequeña aldea pequeña del mediterráneo, y a través de la observación participante y de la interacción verbal hemos obtenido de estos grupos de personas el cómo y el porqué de lo que sucede.

Palabras clave: Cuidados enfermeros. Impacto social del trabajo enfermero.

INTRODUCCIÓN

Debemos comentar que la presente etnografía ha sido realizada en un pequeño pueblo de la costa mediterránea española y cuyo nombre real no men-

cionaremos, siguiendo una antigua tradición antropológica, así que lo denominaremos Micropolis.

Si nos centramos en el primer escalón asistencial de la medicina biologicista de nuestro país, la Atención Primaria de Salud, veremos que generalmente está representada a nivel formal - infraestructural por los Centros de Salud, y en ella, como sabemos desarrollan su actividad entre otros profesionales: enfermeros, médicos, trabajadores sociales,... etcétera.

En la práctica del enfermero de atención primaria también llamado enfermero de familia, se produce frecuentemente el ritual de tránsito de un cliente a enfermo crónico, y generalmente el ciudadano ya ha pasado por un prueba previa (rito), el denominado "señalamiento" o diagnóstico que es establecido por la única autoridad social facultada incluso para hacer morir a un ciudadano, el médico (Van Gennepe, 1981; García, Velasco, et al., 1991).

Es decir un buen / mal día una persona que sale de su casa como un ciudadano de tantos, y al regresar de la consulta de su médico se da cuenta, de que ya no es aquella persona que fue, de pronto, es un enfermo y este término afecta a su identidad, a sus roles y a su estatus; pero cuando esta idea que parece rondar de forma inquietante, penetra o se introduce realmente en la mente, la vida y las actividades de la persona, es cuando un enfermero le toma de la mano cual padrino (entendido como actor principal en cualquier ritual) en el proceso de tránsito como enfermo crónico.

La idea primigenia del sujeto es la negación, cualquier excusa es buena para negar la realidad "científica", representada por el diagnóstico médico, pero en esa batalla su "partenaire" (el enfermero) no le va a acompañar, para el enfermero el paciente es una persona primero, y es alguien que puede tener una necesidades de cuidados que hay que cubrir, muchas veces no refiere siquiera al diagnóstico médico, habla incluso de diagnósticos enfermeros, lo que a muchos clientes les parece más una enumeración de... como llamarle... ¿cosas necesarias?... ¿necesidades?... En esa dinámica piensa la persona, pero yo estoy bien ... (duda) por qué necesito todas estas cosas, si trabajo, mantengo a mi familia, salgo con los amigos... ¿Por qué?. Es el enfermero quien armado de paciencia - si

paciencia, muchas veces - va poco a poco situando a la persona en un contexto de “realidad” entendiéndola como la realidad del enfermero, que sigue siendo percibida como irrealidad, por ahora, por “el paciente”.

Tanto en la educación para la salud del paciente, tanto como en la parte de educación sobre su enfermedad la denominada educación sanitaria (Bernalte, Miret; 2003; Salleras; 1985), los estilos de vida que se le “exigen” a este nuevo hombre / mujer denominado crónico, tienen que ver generalmente con aspectos que van desde la nutrición al ejercicio físico, pasando por otras cuestiones; es en este aspecto del ejercicio físico donde estableceremos una realidad que parte de nuestra observación.

La presencia de personas de diferentes edades realizando ejercicio en el paseo marítimo de una Micrópolis, fue nuestro inicial estímulo y mediante técnicas de tipo cualitativo hemos realizado una investigación del paisaje humano descubierto y de algunas de sus causas que entendíamos podían estar relacionadas con los patrones de cambio de estilo de vida que se promociona entre los enfermos crónicos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos inicialmente una búsqueda bibliográfica en la base de datos de CUIDEN y posteriormente en Medline, de los años 2003 a 2005 ambos incluidos, con las siguientes palabras clave: cuidados enfermeros e impacto social del trabajo enfermero, donde al no encontrar referencias ampliamos las palabras clave, a: paisaje urbano, paisaje, señalamiento, señalamiento de la cronicidad y cronicidad, y su expresión en inglés, y esto nos ha llevado a comprobar que ciertas referencias apenas tocan tangencialmente nuestra investigación, y en ningún caso directamente, aunque las incluimos en la bibliografía.

Nuestra investigación podemos definirla como dentro del paradigma cualitativo, epistemológicamente como constructivista, y metodológicamente hemos utilizado la etnografía, y nuestras técnicas son cualitativas.

Nuestro objetivo investigador, parte de una pregunta que uno de los autores se planteó, ¿qué hacen estas personas andando o corriendo por el paseo marítimo de la localidad?, serán acaso otros

crónicos como yo, que intentan controlar su peso o disminuir los cúmulos de grasa ya existentes, y por ende cambiar su estilo de vida, o a diferencia de estos, son personas que simplemente se ejercitan para mejorar su condición física (“los valores que entraña la propia carrera, el cuerpo, la hazaña física o simplemente el bienestar...” Segalen; 1994:12).

El contexto ya mencionado es una pequeña localidad del sur mediterráneo, con un paseo marítimo que tiene el movimiento de personas más continuo de todas las calles y callejas de la mencionada, no es solo un balcón a la playa es punto de paso y de encuentro, con las terrazas de bares y restaurantes y sus bancos mirando el mar.

Las unidades de observación propuestas fueron tres, a saber:

A y B) Los dos tramos de paseo marítimo existente en Micrópolis, son punto de paso y de encuentro como ya mencionábamos, y lugar de ejercicio físico para muchas personas, hay que indicar que el paseo marítimo, padece una fractura de la continuidad debida a unos edificios públicos muy cerca del agua, y ello crea de hecho dos paseos marítimos; los dos tienen una cierta continuidad, el uno con un puerto deportivo y el otro con una serie de urbanizaciones situadas a pie de playa. El primero de ellos (a partir de ahora los denominaremos primer y segundo paseos), está delimitado en su longitud por una larga valla de obra de un edificio destinado a colonias veraniegas infantiles, es utilizado por los adolescentes para pasear con sus motocicletas, haciendo ruido y algún caballito que otro, comer pipas, beber alguna “cosilla”, y fumarse algún que otro porro, siendo también utilizado como lugar de paso hacia el pueblo, por todos los habitantes del “pueblo marinero”, es decir los apartamentos construidos alrededor del puerto deportivo, lo cual hace que existan por ejemplo unas variaciones de interés entre la época escolar, cuando las madres acompañan a sus hijos pequeños a la guardería y al colegio, sitios en el punto de fractura del paseo marítimo, y el período vacacional. El segundo paseo, más cercano al núcleo del pueblo, posee un frontal de bares, restaurantes y cafeterías, que a medida que se aleja del centro es substituido por grandes edificios de

apartamentos, que también serán sustituidos a su vez por urbanizaciones de adosados, ...etcétera; también en él comer pipas y tirar sus cáscaras al suelo es una costumbre, así como colillas, papeles, y las “necesidades” de algunos animalitos, cuando no lo hacen en la arena de la playa, contigua al paseo, pero en esta zona es donde el Ayuntamiento utiliza casi todos sus medios de limpieza.

C. El quiosco de la prensa, que es un lugar de encuentro no solo por que esta tienda (que además es locutorio) es también un negocio que atrae a un público heterogéneo, sino por la “particular” simpatía de sus dueños que lo convierten en un centro de interacción entre individuos muy diferentes, interacciones donde los investigadores podían introducirse sin problema alguno, cuando no las generaban ellos mismos.

Las unidades de análisis definidas fueron cuatro:

- Los andadores y corredores como tales
- Los motivos de su actividad
- Sus interacciones en el paseo
- Sus conversaciones en el quiosco

Sobre la metodología utilizada en este trabajo de campo, diremos previamente a su descripción, que entendemos la investigación como... “acción, el mundo está ahí pero el mundo no viene a nosotros, no impacta, sino es a través de un abrir la ventana a él, los investigadores de la vida [que no somos otra cosa] debemos asomarnos a él, pero con una actitud de prestar atención, sólo esa atención inequívoca permite que penetre la información, ello es especialmente importante en el caso de los antropólogos que somos a la vez instrumento de recogida y elemento de procesamiento y análisis; todo ello parece fundamentar la gran reorientación de la práctica de nuestra disciplina realizada por Malinowski (Velasco;1999:131-153), en su propuesta sobre la aproximación a la "realidad" efectuada en “Los Argonautas del Pacífico Occidental” (Bernalte; 2004:94).

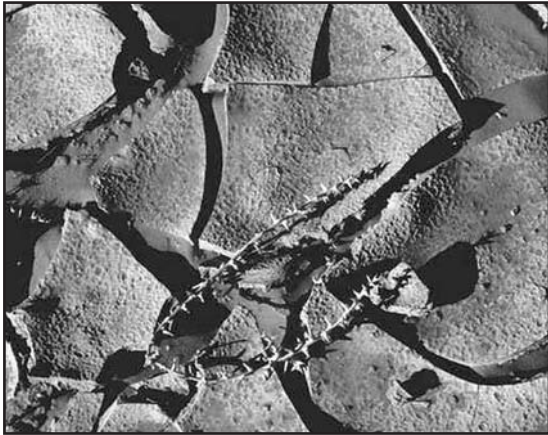
Nuestra elección de técnicas (consensuada entre los participantes) ha sido la siguiente:

- * Observación participante, que procede de la reformulación realizada por Bronislaw Malinowski (1986:53-78), podríamos defi-

nirla como una observación directa realizada por el etnógrafo, que implica una relación con los sujetos y objetos de estudio, que permite recoger no sólo la visión etic (la del etnógrafo) sino también la visión emic (de los “otros”), y sobre los contextos e interacciones que suceden en la institución o la comunidad que estudiamos, ha sido estudiada por diferentes autores como Taylor y Bogdan: “La observación participante... designa la investigación que involucra la interacción social entre el investigador y los informantes en el milieu de los últimos, y durante la cual se recogen datos de modo sistemático y no intrusivo” (1992: 31); Guasch: “La observación participante es uno de los modos de investigación que permite prestar mayor atención al punto de vista de los actores. Tal y como pretenden los clásicos, se trata de que el investigador se convierta el mismo en un nativo a través de la inmersión en la realidad social que analiza” (1970: 36); y otros: Del Rincón et al. (1995), Sebastián de Erice (1994).

En el planteamiento de la observación, y dado que en general las personas varían su forma natural de comportarse al sentirse observadas, hemos realizado un tipo de observación encubierta (Bernalte; Rev. Enf. Cient. 2000:214-5).

- * Conversaciones informales, realizadas tanto en el quiosco como en el paseo (aunque prioritariamente en el primero) que nos permitían sin descubrir el objetivo I de la misma, obtener información sobre las causas de su presencia en el paseo marítimo (paseando, caminando, corriendo o en bicicleta).
- * Asistencia a la consulta en el módulo de atención primaria existente en dicha localidad, para ver como se producía esa información o formación sobre estilos de vida saludables para enfermos crónicos, donde hemos de mencionar se incidía prioritariamente en algunos hábitos saludables, entre ellos el no fumar.



La guía de observación, creada por los antropólogos del grupo, fijaba la atención de los mismos en los siguientes aspectos:

- El proceso que había llevado allí a estas personas
- El objetivo de las mismas al realizar aquel ejercicio
- El tipo de ejercicio que realizaban y como lo hacían
- Algunas características de esas personas (edad, ropa, calzado, ...)
- Y el lugar donde realizaban el ejercicio

La observación se ha realizado durante 14 meses, abarcando inicialmente dos horarios: uno por la mañana y otro por la tarde, tanto en un paseo como en el otro inicialmente. En la primera fase de la observación nos situamos como uno más de los viandantes y corredores que atraviesan el primer paseo, realizando a lo largo de ocho meses una observación en dos horarios relacionados con la luz solar, uno del amanecer hasta las once horas y otro desde dos horas antes de decaer la luz del sol, el atardecer fue abandonado por la poca presencia de casos; en la siguiente fase de la observación nos situamos en el segundo paseo, y decididamente en horario matutino, durante 6 meses, aunque en el primer mes esporádicamente exploramos por la tarde el paseo.

La observación en el quiosco y las conversaciones informales, después de tres meses previos de introducirnos en el lugar, se han realizado a lo largo del mismo período.

RESULTADOS

Uno. El primer aspecto a reflejar es que la cronicidad de una enfermedad, supera la separación de lo privado de lo público.

Dos. La observación de las transformaciones conseguida por la escucha y las conversaciones informales de los clientes de tipo crónico, en el ámbito de lo público, nos impacta por denotar claramente la existencia de un antes y un después, en este momento se produce un cambio en los discursos, en los que se introducen:

- Afirmaciones sobre la salud en general.
- Comentarios sobre medidas dietéticas en particular.
- Afirmaciones sobre la importancia del estilo de vida.
- Comentarios sobre el ejercicio físico.
- Afirmaciones sobre las personas conocidas que deberían también adoptar cambios en su vida
- Otras.

Tres. Hemos observado varias actitudes con respecto al impacto que produce esta transformación en crónico, a saber:

- Primera. Una muy corriente es la de “invenible o irreductible” que refiere a la resistencia a aceptar que su situación ha cambiado y que por lo tanto debe tomar una serie de medidas versus el mantenimiento de su salud, generalmente va acompañada por una lucha constante con los miembros de su núcleo de convivencia o familiar y sobre todo con la cuidadora principal (si ésta es la mujer).
- Segunda. Otra es la de la cuidadora habitual que pasa a ser enferma crónica, en este caso la persona acostumbra a realizar algunos ajustes en su vida (sobre todo a nivel farmacológico, quizás son los más asumibles, y los que menos problemas producen al resto de la familia) pero de manera que no alteren apenas la vida de su entorno o núcleo de convivencia, es una actitud de “abnegación”, se anteponen siempre las necesidades, gustos,... de los demás.
- Tercera. También existe la “aceptación” que parece traducida en derrota de la praxis de

vida que uno ha llevado y que normalmente genera esa sensación de caída, un dejarse llevar por los especialistas: médico y enfermero con resignación, ese dejarse, comporta una actitud que lleva a veces a pequeñas rebeliones contra sus vigilantes, dado que no se ha producido un cambio profundo.

- Cuarta. La del “converso”, que es la persona que acepta su nueva situación como un motivo para reorientar su atención sobre: si mismo, sus necesidades, sus objetivos y lo concreta en su cuerpo; en estos casos el individuo cual pez en el agua, realiza una transformación donde sus normas de vida son sustituidas por el decálogo de la vida sana, en cuanto a medidas higiénico - dietéticas, lo cual produce un impacto claro en su estilo de vida y que a veces afecta a su entorno próximo.

Cuatro. Los médicos y enfermeros no son conscientes de que sus consejos sobre el estilo de vida implican un cambio de costumbres y que este lo hemos observado en el paisaje urbano

Cinco. En la primera fase, en el primer paseo, pudimos observar en cuanto a las personas que lo utilizaban en el período del “amanecer”, lo siguiente:

- Madres y alguna vez padres que llevan a los niños al colegio (en período escolar), trabajadores sobre todo varones, inmigrantes (sudamericanos y magrebíes en cuanto a su importancia numérica) la mayoría que van a sus quehaceres, sobre todo en la primera hora.
- Caminantes, sobre todo varones solos, también algunas mujeres en pequeños grupos de dos o tres personas. Entre las particularidades de estos, podemos mencionar cierta tendencia al saludo al cruzarse con otros caminadores, son personas que en su mayoría presentan una obesidad mórbida, existe también algún hiperglucémico y alguna persona con problemas circulatorios como las varices en los miembros inferiores; y sus edades oscilaban entre los cincuenta y los setenta años.
- Corredores, pocos, algún varón y alguna mujer; en su mayor parte son extranjeros (ingleses), lo realizan como deporte para

mantenerse en forma, y sus edades varían, dado que excepto en el verano los corredores se sitúan entre los cuarenta y cinco y los sesenta y cinco, bajando el límite inferior muchísimo en los veranos, hasta los veinticinco. Estos, nunca saludan a los que caminan.

- Ciclistas, son muy pocos y su aparición es esporádica.

Seis. En la siguiente fase de la observación nos situamos en el segundo paseo, y decididamente en horario matutino; al amanecer existen en este mayor número de personas paseando, corriendo, caminando y en bicicleta que en el otro tramo del paseo, las características de los mismos:

- Algunos pescadores que ramonean sentados en las sillas de una terraza de un bar (cerrado por su puesto a esas horas), algún inmigrante sudamericano que se dedica a la limpieza de alguno de los muchos bares, y algunos camareros y camareras (magrebíes) que van al primero de sus quehaceres, que es abrir el establecimiento.
- Caminantes, existen algunos y su edad oscila entre los 45 y los 75 años, su número varía considerablemente en verano, por la incorporación numerosísima de veraneantes; entre los anuales podemos decir que existen los varones que caminan solos, y las mujeres en pequeños grupos, los primeros son más constantes, siendo las segundas las que faltan con una cierta frecuencia a esta cita diaria, entre los hombres, sus problemas son crónicos HTA y diabetes, y entre las mujeres predominan la obesidad, los problemas osteoarticulares, así como la HTA y la diabetes; dicho esto de pasada, entre los veraneantes, podemos distinguir: obesos e hipertensos.
- Corredores, apenas existen, algunos que combinan correr y caminar, y no continúan mucho tiempo, su edad tiene una gran dispersión desde 35 a 70 años, siendo la mayor parte de ellos ingleses, a parte de estas apariciones esporádicas, es en verano cuando su número se multiplica, bajando su media de edad, y situándose el límite inferior cercano a los 25 años, siendo su objetivo el estar en forma.

- Ciclistas, existen pocos ciclistas, dos, y no son muy constantes, su edades oscilan entre 35 y 60 años, su preocupación es mantenerse en forma y no engordar.

DISCUSIÓN

En cuanto a la separación entre público y privado, de lo observado podemos afirmar que si bien es diagnosticada y tratada clínicamente por el médico en la privacidad de su despacho, y así mismo, es abordada en la intimidad de la consulta por el enfermero en cuanto a las necesidades individuales y la manera de afrontarlas, su propia existencia y afrontamiento la convierten en algo público, el enfermo crónico cambia generalmente sus costumbres, su estilo de vida y ello se determina y hace en parte en la fracción privada de la vida, pero también en la pública, así los cambios son perceptibles por las personas que lo rodean no solo en el núcleo familiar, sino en el ámbito laboral, en el del ocio, etcétera.

Esta afectación de la vida cotidiana implica como decíamos un cambio, generalmente, importante en el estilo de vida, como ejemplo: las personas con gran apetito pasan a “disfrutar” de dietas, es decir del control de los aportes: calóricos, proteicos,... ;así mismo, otras personas, muchas de ellas con una trayectoria de vida sedentaria, empiezan a salir a la calle vestidas, al parecer, de forma deportiva para realizar un ejercicio moderado que les ayude, en ese cambio del estilo de vida, y este es otro apunte a tomar en cuenta, dado que el ejercicio se realiza en gimnasios, clubes, pero prioritariamente se da en la calle, en los paseos, y en los jardines.

Si bien la categorización de las actitudes con respecto al impacto que produce esta transformación en crónico no pretende ser exhaustiva, diremos que entre estas posturas tan nítidas existen mezclas de las mismas, así como el paso de unas a otras. Esto que hemos recogido en el devenir de las conversaciones con los enfermos crónicos, procede del ámbito de lo privado, pero también puede observarse en el área de lo público, en el pueblecito objeto de este estudio. Y hemos podido aproximarnos a estas categorías por la utilización que de los espacios públicos como el paseo marítimo, hacen las personas que allí habitan a lo largo del

año. Hemos obviado a los veraneantes aunque algunos de ellos por su perfil podrían formar parte.

El impacto en la geografía urbana, de la actuación de los enfermeros y los médicos de atención primaria, debido a sus consejos sobre el ejercicio físico moderado y los beneficios resultantes, es desconocido por los mismos, y de ello son ejemplo las dos partes del paseo marítimo de la pequeña población costera estudiada.

Algo que nos ha llamado la atención es que la mayoría de los caminantes no llevan ni ropa ni calzado adecuado, los tiempos de paseo son insuficientes e interrumpidos por paradas no justificables para el objetivo que pretenden; y que los más constantes pueden identificarse por que llevan - en general- la indumentaria más adecuada para realizar ejercicio físico.

CONCLUSIONES

La actuación del Servicio Andaluz por medio de sus programas de atención de crónicos está permitiendo explorar a muchas personas otro tipo de vida más saludable, a la cual muchos se lanzan como patos al agua, pero se puede observar:

- Faltan conocimientos de cómo se debe realizar el ejercicio, que tipo de calzado e indumentaria deberían utilizar para ello.
- Existen deserciones, personas que parecen no motivadas y abandonan, y otras que realizan períodos de ejercicio y períodos sin ejercicio.
- Existe un abandono o falta de tutela del proceso en cuanto las personas salen del centro de salud, creemos que esto no debería ser así, el proceso debería ser tutelado por los enfermeros de atención primaria de alguna forma.
- Debería estimularse la formación de cuasi-grupos donde el apoyo mutuo estimulara e impidiera las deserciones.

BIBLIOGRAFÍA

- Andrews, J.; Manthorpe, J.; Watson, R. (2004) Involving older people in immediate care. *Journal of Advanced Nursing*. 46(3): 303-310.
- Bernalte, A.; Miret, M. T. (2003). “Guía de educación para la salud desde la Mirada antropológica”. Cádiz. Servicio de publicaciones de la Universidad de Cádiz.
- Bernalte, A. et al. (2000) “La observación una herramienta de enfermería que debe utilizarse siempre”. : *Rev. Enfermería Científica*. Enero - Febrero. Nº 214 - 215.

- Bernalte, A. (2004). "Etnografía de un centro de salud". Cádiz. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz.
- Bucnall, T. (2003) The clinical landscape of critical care: nurses' decision-making. *Journal of Advanced Nursing* 43(3): 310-319.
- Del Rincón, D.; Arnal, J. et al. (1995). "Técnicas de investigación en Ciencias Sociales". Madrid. Ed. Dykinson.
- García, J. L.; Velasco, H. et al. (1991). "Rituales y proceso social". Madrid. Ministerio de Cultura.
- García Mata, M Ángeles, (2005) "El final del final..." . Rev. Excel Enferm. Enero.
- Guasch, O. (1970) "La observación participante". (Cuadernos metodológicos nº 20) CIS, Madrid.
- Malinowski, B. (1986). "Els argonautes del Pacífic Occidental I". Barcelona. Edicions 62 / Diputació de Barcelona.
- Medina López, Ofelia Mercedes (20003) Encuentro con la cronicidad. *Desarrollo Científ. Enferm.* 2003 abr. 11(3):79-82.
- Mojsa, W.; Owlasiuk, A. *Wiad Lek* (2004) "Preparatory training of primary health care nurses for handling health education regarding prophylaxis of circulatory disorders" Vo. 57 Suppl. 1, pp. 223-6.
- Nawafleh, H.; Francis, K; Chapman, Y. (2005) The influence of HIV/AIDS on the practice of primary care in Jordan: Rhetoric and reality. *Internacional Journal of Nursing Practice.* 11:200-205.
- Salleras, LL., (1985). "Educación Sanitaria. Principios, Métodos y Aplicaciones". Madrid. Ed. Díaz de Santos.
- Sanches, Luciane Maximiliano y Boemer, Magali Roseira (2002) O Convivo com a dor: um enfoque existencial. *Rev Esc Enferm USP.* dic. 36(4):386-393.
- Serra París, María y Comelles, Josep María. (1998) Acerca de la construcción sociocultural de la cronicidad. *Rev. Trab Soc y Salud.* mar. 29:315-323.
- Sebastián de Erice, J. (1994). "Erving Goffman. De la interacción focalizada al orden interaccional". Madrid. CIS.
- Segalen, M. (1994). "El etnógrafo, el periodista y el médico". Granada.
- Taylor, S. J.; Bogdan, R. (1992). "Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados". Ediciones Paidós. Barcelona.
- Van Gennep, A. (1981). "Les rites de passage". Paris. Ed. Picard.
- Vasconcelos Lira, Geison; Nations, Marilyn K. y Fontenelle Catrib, Ana María (2004) "Cronicidade e cuidados de saude: o que a antropologia de saúde tem a nos ensinar?". *Contexto Enferm.* ene-mar. 13(1):147-155
- Velasco, H. (1999). "Lecturas de Antropología social y cultural". Madrid. UNED.
- Villagra de Ramírez, Liliana (1994) "Experiencia de enfermería y trabajo con familias en formación" Santafé de Bogotá D. C. Colombia. Ponencia II Congreso de actualización en enfermería.

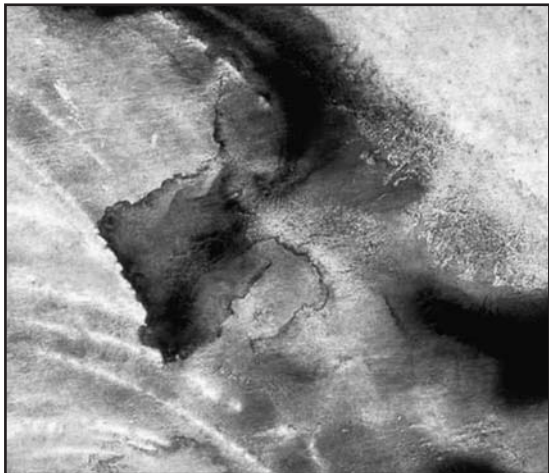


INFLUENCIA DEL MODELO HEGEMÓNICO BIOMÉDICO EN LA CONCEPCIÓN Y DESARROLLO DE LAS TERAPIAS ALTERNATIVAS

Gómez-Pérez D*, Palacios-Ceña D**

*Diplomado en Enfermería y estudiante de Antropología Social y Cultural.

**Diplomado en Enfermería y licenciado en Humanidades.



INFLUENCE OF HEGEMONIC BIOLOGIC PATTERN IN CREATING AND DEVELOPING ALTERNATIVE THERAPIES

SUMMARY

The presence of a system of ideological beliefs and previous expectations may influence and change the adopting different strategies or taking another actions within the process of health/disease care. This circumstance entails some especial meaning when referring to the core of relationship doctor/patient. The biomedicine is one of the established forms of care and disease in most of different societies and has become (the medical hegemonic pattern) identified as the most accurate and efficient procedure to meet health/ disease process. Being subjective when considering disease and its management by the individual means searching new therapies and alternatives to give an answer to all type of needs and not just simply curing them, something that for the time being and through biomedicine only has not yet been fulfilled. Of course, this option is not

exempt from the exposure to a medical treatment. Hence the importance of a deep study together with its relationship with present hegemonic medicine because current users of alternative therapies and traditional medicine may have certain knowledge in biomedicine and therefore some sort of expectations in scientific know-how regarding the use of such alternative therapies.

Key words (DeCS): Alternative therapies, cultural anthropology, traditional medicine, alternative therapies, transcultural nursing and holistic nursing.

INFLUÊNCIA DO MODELO HEGEMÔNICO BIOMÉDICO NA CONCEPÇÃO E DESENVOLVIMENTO DAS TERAPIAS ALTERNATIVAS

RESUMO

A presença de um sistema ideológico de crenças e expectativas prévias influi e pode modificar na adoção de outras estratégias ou ações dentro do processo de saúde-doença e atendimento. Essa situação adquire características especiais dentro do núcleo da relação médico-paciente. A biomedicina constitui uma das formas institucionalizadas de atenção da enfermidade e, em grande parte das sociedades, tem chegado a ser (o modelo médico hegemônico) identificada como a forma mais concreta e eficaz de atender o processo saúde-doença. Da importância da subjetividade na enfermidade e do manejo da mesma pelo indivíduo deriva a busca de novas alternativas e terapias para dar resposta às necessidades e não somente a cura da doença, e que por meio da biomedicina não tem sido encontrada. Essa escolha, tampouco, está isenta da exposição

de uma medicalização. Com isso, a importância do estudo de terapias alternativas, considerando as relações com a medicina hegemônica atual, porque os usuários de terapias alternativas e complementares podem ter uma inculturação na biomedicina, sendo, portanto, respeitada a expectativa de “cientificidade” quanto ao uso dessa modalidade de tratamento.

Palavras-chave: Terapias alternativas e complementares, antropologia cultural, medicina tradicional, enfermagem transcultural e enfermagem holística.

RESUMEN

La presencia de un sistema ideológico de creencias y expectativas previas influye y puede modificar en la adopción de otras estrategias o acciones dentro del proceso de salud/enfermedad /atención. Esta situación adquiere características especiales dentro del núcleo de la relación médico/paciente. La biomedicina constituye una de las formas institucionalizadas de atención de la enfermedad y, en gran parte de las sociedades, ha llegado a ser (el modelo médico hegemónico) identificada como la forma más correcta y eficaz de atender el proceso salud/enfermedad. De la importancia de la subjetividad en la enfermedad y del manejo de la misma por el individuo deriva la búsqueda de nuevas alternativas y terapias para dar respuesta a las necesidades y no solo la cura de la enfermedad, y que a través de la biomedicina no ha sido encontrada. Esta opción tampoco está exenta de la exposición de una medicalización. De ahí la importancia de su estudio junto a sus relaciones con la medicina hegemónica actual porque los usuarios de las medicinas alternativas y complementarias puede que tengan una enculturación en la biomedicina, y por tanto alguna expectativa también de “cientificidad” respecto al uso de esas terapias.

Palabras clave (según DeCS): Terapias alternativas y complementarias, antropología cultural, medicina tradicional, enfermería transcultural y enfermería holística.

INTRODUCCIÓN

La presencia de un sistema ideológico de creencias y expectativas previas influye y puede modificar en la adopción de otras estrategias o acciones dentro del proceso de salud/enfermedad. La presencia de un modelo previo hegemónico como es el de la medicina occidental puede dificultar la integración de otras medicinas complementarias y alternativas (MCA) que pueden ayudar en la integración de la persona enferma como un todo, como persona dentro de un entorno, con unas expectativas e influida por una cultura y un conjunto de creencias y valores que le son propios.

El objetivo de este trabajo es:

- Describir cómo el modelo hegemónico sanitario ha ido integrando modelos subalternos de medicinas alternativas y complementarias.
- Detallar las principales características de las transacciones entre los modelos.

DESARROLLO

Dentro de la medicina occidental se puede preguntar en que medida unos aspectos son considerados aptos he incorporados al cuerpo de conocimientos dentro de esta disciplina y cuales no. El método básico empleado es el método científico y junto a este el empleo de la epidemiología como instrumento básico para estudiar determinados fenómenos ha sido vital, gracias a estudios del tipo de cohortes, caso y control, ensayos clínicos, seguimientos de casos, etc. Pero aunque no vamos a tratar aquí cómo se ha desarrollado esta cuestión históricamente ni cómo ha llegado a ser este y no otro el modelo hegemónico, en este punto, la valoración, estudio y clasificación de la clínica ha sido fundamental.

Durante los tres últimos siglos muchos han sido los aportes a la clínica que han confirmado sus hallazgos provenientes entre otros de los campos de la anatomía, fisiología, anatomía patológica, antropología, cirugía, laboratorio clínico, microbiología, radiología, genética, inmunología e higiene social. En el último medio siglo la revolución científica técnica con sus impredecibles adelantos le ha planteado a la clínica nuevos caminos que para algunos, sin caer en posturas retrógradas en la

medicina, la pueden llevar a ser una práctica des-humanizada de la atención al enfermo, que hace pensar en la necesidad de un nuevo retorno al legado hipocrático. Como cita Menéndez (2003): “Actualmente la posibilidad de establecer diagnósticos y tratamientos no se depositan en el análisis de los síntomas, ni en los signos detectados por el “ojo” y “mano” clínicos, sino en los signos producidos por diferentes tipos de análisis, es decir por pruebas objetivas, lo cual ha tenido consecuencias no sólo para la relación médico/paciente, sino para la identificación profesional del médico consigo mismo.(...) Esta situación de exclusión de la dimensión histórica del saber médico adquiere características especiales si las referimos a lo que actualmente es el núcleo de la relación médico/paciente, es decir la prescripción del tratamiento, que en gran medida es la prescripción de medicamentos”.

Pero a través de todo este proceso en el que se ha ido conformando el modelo asistencial hegemónico biomédico se ha ido produciendo un proceso de exclusión de la palabra en la relación profesional sanitario/paciente, lo que evidencia que la biomedicina se ha convertido en una disciplina /profesión centrada en el signo que excluye cada vez más al síntoma. Según Menéndez (2000): “...Los antropólogos, sobre todo en los últimos años, han señalado que la posibilidad de que el paciente narre su padecimiento permite no sólo la emergencia de procesos psicológicos, sino su articulación con procesos culturales expresados a través del padecimiento, y que utilizados por el equipo de salud pueden dar lugar a una mayor eficacia terapéutica”.

Ejemplos de estas estrategias narrativas los podemos ver en los trabajos sobre “El cuerpo, la experiencia de la enfermedad y el mundo vital” y “La representación narrativa de la enfermedad” de Byron J. Good. (2003) o “Análisis de los posibles” de Rodero Sánchez, Virtudes et al (2006). Estrategias narrativas para mostrar que el significado se crea en la enfermedad y en la personificación (embodiment) y que ayudan a restituir el mundo vital del individuo que se ve afectado por la enfermedad.

Es dentro de este marco hegemónico de la medicina occidental donde aparecen y surgen las



medicinas complementarias y alternativas, muy ligadas a la eficacia simbólica. Para explicar esta y citando a Lévi Strauss (1987): “...la relación entre monstruo y enfermedad es interna a ese mismo espíritu, ya sea consciente o inconsciente; es una relación entre símbolo y objeto simbolizado, o para emplear el vocabulario de los lingüistas, entre significativo y significado. El hechicero suministra a la enferma el lenguaje en el cual pueden expresarse inmediatamente estados no formulados ni formulables de otro modo. Y el paso a esa expresión verbal (que permite, al mismo tiempo, vivir bajo una forma ordenada e inteligible una experiencia actual, pero que sería, sin todo ello anárquica e inefable) provoca el desenlace del proceso fisiológico, esto es, la reorganización, en un sentido favorable, la secuencia cuyo desenvolvimiento ha experimentado la enferma.”

La función del especialista médico sería (Strauss, 1987): “... hacer que afloren a la conciencia conflictos y resistencias que hasta entonces quedaron inconscientes, ya a causa de su remoción por parte de otras fuerzas psicológicas, ya a causa de su propia naturaleza, que no es psicológica, sino orgánica, y hasta simplemente mecánica” y según una explicación de la cura mágica “...se trata de suscitar una experiencia, y en la medida en que esa experiencia se organiza, algunos mecanismos, situados fuera del control del sujeto, se regulan espontáneamente para desembocar en un funcionamiento ordenado”.

Así mismo es preciso resaltar la importancia de la subjetividad en el proceso salud enfermedad, y la necesidad de incluir esa subjetividad dentro del modelo biomédico, citando a Menéndez (2000): “...cuando hablamos de posibilitar la palabra del

paciente(...), dado que favorece potencialmente la elaboración diagnóstica, la selección de tratamiento y/o la colaboración terapéutica, debemos también asumir que el paciente, por diversas razones, no quiera hablar mucho sobre todo respecto a determinados aspectos que no sólo pueden explicarse por la asimetría de la relación curador/paciente, sino por la existencia de otros tipos de asimetrías, lo cual implica la necesidad de disponer de tecnologías que posibiliten la producción de la palabra o de otras formas de expresión. Pero más allá de la existencia de diferentes situaciones que pueden operar positiva o negativamente, si realmente queremos que el sujeto exprese a través de su padecer/punto de vista (illness) su problemática, ello supone reconocer la necesidad de disponer de un intervalo de tiempo que no siempre guarda relación no sólo con las disposiciones institucionales o con las urgencias personales, familiares y grupales. Dar la palabra al sujeto en términos de su padecimiento supone una determinada dimensión del tiempo, que en la medida que se incluyen factores culturales hacen más complejo el manejo de dicha temporalidad”.

De la importancia de la subjetividad en la enfermedad y del manejo de la misma por el individuo deriva la búsqueda de nuevas alternativas y terapias para dar respuesta a las necesidades y no solo la cura de la enfermedad, y que a través de la biomedicina no ha sido encontrada.

Las medicinas complementarias y alternativas

Según Menéndez (2003): “Lo que domina en las situaciones actuales, dentro de los diferentes conjuntos sociales estratificados que las constituyen, y más allá de la situación de clase o de la situación étnica, es lo que se conoce como pluralismo médico, término que se refiere a que en nuestras sociedades la mayoría de la población utiliza potencialmente varias formas de atención no sólo para diferentes problemas, sino para un mismo problema de salud.”

“En las sociedades (...) más desarrolladas se estarían incrementando actualmente las denominadas medicinas alternativas o paralelas, y si bien dicho incremento sería en cierta medida, una reacción a determinadas características de las orientaciones biomédicas, éste no es sin embargo el factor

decisivo, por lo menos respecto de determinados procesos”

“Otro proceso importante a considerar es la presencia en las sociedades denominadas occidentales de formas de atención a la salud que corresponden a saberes médicos de otros sistemas muy distintos al occidental. Los casos más conocidos son los de la acupuntura y la digitopuntura, pero debe subrayarse que en varios países europeos y latinoamericanos se han asentado y desarrollado la medicina mandarina o la medicina ayurvédica en contextos donde previamente no existían estas concepciones académicas”.

Pero ¿qué se entiende o qué podemos entender por medicina complementaria o alternativa (MAC)? La OMS en su estrategia sobre medicina tradicional 2002-2003 asume la variabilidad del pluralismo asistencial, pues entiende como medicina alternativa “... un término amplio utilizado para referirse tanto a los sistemas de medicina tradicional como por ejemplo la medicina tradicional China, el ayurveda hindú y la medicina unani árabe, y a las diversas formas de medicina indígena. Las terapias de la medicina tradicional incluyen terapias con medicación, si implican el uso de medicinas con base de hierbas, partes de animales y/ o minerales, y terapias sin medicación, si se realizan principalmente sin el uso de medicación, como es el caso de las terapias manuales y las terapias espirituales...” (Perdiguero, 2004). Claro que esta definición tampoco está exenta de la exposición de una medicalización.

No se trata de analizar en un frente a frente el saber biomédico con el saber de las CAM. Existen unas relaciones de hegemonía y de poder que son evidentes, pero estas relaciones de poder no están descartadas tampoco en una consulta alternativa. Además las relaciones entre las diferentes culturas que se confrontan en cualquier encuentro terapéutico no son simétricas en ningún caso. La enfermedad y los procesos de salud, enfermedad y atención (s/e/a) son parte esencial de los conjuntos sociales. Este proceso s/e/a no se define en términos duales de salud/enfermedad a partir de instituciones o profesiones, sino, se define en términos de proceso s/e/a como hechos sociales. Porque el eje s/e/a constituye además una de las áreas de la vida colectiva donde se estructuran la mayor parte de

las simbolizaciones y representaciones colectivas, como ya exponía Menéndez, en todas las sociedades. Se debe entonces señalar la importancia del padecimiento como uno de “los principales ejes de significación colectiva”.

De ahí la importancia de su estudio junto a sus relaciones con la medicina hegemónica actual. Pero ¿cuál es el uso que se da a las MAC?, ¿cuál es la base de su eficacia?, ¿cuáles son las expectativas de las personas que acuden a ellas? porque los usuarios de las MAC puede que tengan una enculturación en la biomedicina, y por tanto alguna expectativa también de “cientificidad” respecto al uso de las MAC.

En este punto no existen suficientes trabajos que den respuestas a las múltiples cuestiones planteadas. Perdiguero en su trabajo sobre el pluralismo asistencial, muestra que con los datos que tenemos actualmente resulta imposible hacerse una idea de cuál es la realidad del pluralismo asistencial ni de cuales son el tipo de transacciones que se suceden desde la biomedicina a las MAC o viceversa y de cómo las utilizan la población.

Si bien, algunas corrientes, aluden al surgimiento y la utilización de las MAC, a partir de una crisis del modelo médico hegemónico, para resolver determinados padecimientos y que condujeron desde más o menos la década de los años sesenta al cuestionamiento de la biomedicina y sus bases por un lado y a la recuperación de una serie de concepciones y prácticas “alternativas” que ponían en duda, no sólo la eficacia sino también la ideología de la denominada medicina científica. No se puede reducir su origen a esta supuesta crisis periódica, pues por otra parte: “La biomedicina tiende continuamente a expandirse directa o indirectamente sobre las prácticas y representaciones populares; no sólo se va constituyendo en parte de las mismas, sino que su proceso expansivo suele exigir que otras formas de atención de la enfermedad adquieran un carácter subalterno, que supone en determinados casos la apropiación de dichas formas de atención, a partir de incluirlas en su racionalidad, técnica e ideológica. Uno de los casos más frecuentes es de la acupuntura” (Menéndez, 1994).

Pero es que en el proceso de s/e/a y el estudio sobre las MAC hay que tener en cuenta que igual que la biomedicina ha demostrado a lo largo de su

historia un continuo proceso de desarrollo tecnológico y de expansión, las MAC también se caracteriza por un proceso constante de modificación, sobre todo en los últimos años.

Menéndez (1994) explica que: “El proceso de salud/enfermedad/atención, así como sus significaciones, se ha desarrollado dentro de un proceso histórico en el cual se constituyen las causales específicas de los padecimientos, las formas de atención y los sistemas ideológicos (significados) respecto de los mismos. Este proceso histórico está caracterizado por las relaciones de hegemonía/subalternidad que opera entre los sectores sociales que entran en relación en una sociedad determinada, incluidos sus saberes técnicos. (...) y dice además que:- Todas las sociedades necesitan producir estrategias de acción técnica y socioideológica respecto de los padecimientos que reconocen como tales; una de ellas es la producción de curadores reconocidos institucionalmente y autorizados para atender un determinado espectro de daños a la salud individual y colectiva”.

La biomedicina constituye una de las formas institucionalizadas de atención de la enfermedad y, en gran parte de las sociedades, ha llegado a ser (el modelo médico hegemónico) identificada como la forma más correcta y eficaz de atender el proceso salud/enfermedad. Pero ésta como otras formas doctas y/o doctoradas (homeopatía, quiropraxia, etc.) hablando en el sentido académico o populares (herbolaria y espiritualismo entre otros) de atender a los padecimientos, tienen el carácter de “instituciones”, es decir, instruyen una determinada manera de “pensar” e intervenir sobre las enfermedades y, por supuesto, sobre los enfermos. Todas tienen una ideología, cada una con sus relaciones de poder.

Por ello es fundamental el trabajo y estudio de la enfermera sobre las actuaciones de los microgrupos y los grupos sociales. Además porque el saber de todo curador, ya sea un médico de atención primaria, hospitalaria, psiquiatra o chamán, inevitablemente se aplica sobre sujetos o grupos sociales, y son estos grupos por tanto los que articulan las representaciones y prácticas recibidas del saber médico, sea este cual sea, a partir de las representaciones y prácticas que dichos grupos manejan. Y en consecuencia (Menéndez, 1994):

“...la mayoría de las actividades técnicas llevadas a cabo por curadores constituyen no sólo hechos técnicos, sino también hechos sociales, más allá de que los curadores y las instituciones médicas los interpreten o no como tales”.

Las interrelaciones de las MAC como las de la biomedicina no pueden ser entendidas si no están relacionados con el campo de los actores en el cual interactúan y centrarse así en las transacciones entre las dos partes y las funciones y significados que los grupos dan a sus prácticas.

Otro aspecto importante es no partir de una definición de las MAC como algo taxativamente diferente, opuesto y antagónico a la biomedicina. Así: “Es en el “sistema” funcionando, que veremos operar procesos de síntesis, de yuxtaposición o de exclusión de prácticas y representaciones procedentes de diferentes saberes, pero que, en los conjuntos sociales, se organizan de una determinada manera”. Además: “Todo acto técnico, proceda de un curador popular o de un médico de tercer nivel se socializa y culturaliza en la práctica concreta con el paciente, tanto desde la perspectiva del enfermo y su grupo, como desde el funcionamiento de la institución médica. (...) ya no sólo constituye un acto técnico sino un acto social” (Menéndez, 1994).

Se debe evitar discutir en abstracto las características diferencias con la biomedicina y posibilidades de las MAC, ya que dicho análisis puede conducir a conclusiones ideologizadas, que no sólo no den cuenta de la realidad, sino que tiendan a distorsionarla (Menéndez, 2003): “Si bien dichas diferencias existen, generalmente las mismas tienden a ser registradas y analizadas por los investigadores a través de las representaciones sociales e ideológicas, y mucho menos en el nivel de las prácticas sociales, es decir de las actividades desarrolladas con respecto a los padecimientos por los grupos usan las diversas formas de atención, lo cual refuerza una concepción dominante de antagonismos más que de articulaciones transaccionales entre las diferentes formas de atención”.

El anterior autor señala: “Si iniciamos la descripción a través de los sujetos y los conjuntos sociales, porque a partir de los mismos, especialmente de la trayectoria de la “carrera del enfermo” o “carrera del paciente” podemos identificar todas, o por lo menos, la mayoría de las formas de aten-

ción que intervienen en un contexto determinado, lo cual sería difícil de obtener –por muy diversas razones– si partimos inicialmente de los curadores”. Por lo tanto mediante: “...los usos y de las perspectivas de los diferentes actores significativos que podemos detectar la variedad de articulaciones que estos realizan respecto de las diferentes formas de atención que potencialmente pueden utilizar en un contexto determinado, porque la mayoría de esas articulaciones se generan a través de las acciones que los sujetos y grupos realizan para poder reducir o solucionar sus problemas” y “...a través de tomar en cuenta los procesos y factores culturales, que podemos observar la existencia de otras formas de atención de la enfermedad, cuyas principales diferencias radican no sólo en el tipo de técnicas utilizadas sino en el sentido y significado cultural con que se las utiliza, residiendo en ello gran parte de su función cultural más allá de su eficacia específica”.

Es preciso no olvidar que los usuarios de las MAC tendrán también una enculturación en la biomedicina, y por tanto alguna expectativa también de “cientificidad” respecto a su uso. Ya que por ello mantendrán unas acciones u otras y es por ello que (Menéndez, 2003): “El conjunto de estas acciones supone la existencia de un saber respecto del proceso de s/e/a dentro de los microgrupos y especialmente de los grupos domésticos, que más allá de lo erróneo o correcto de sus explicaciones causales, diagnósticos provisionarios o tipo de tratamiento, implica sobre todo la existencia de este saber, que se ejercita constantemente a través de diferentes tipos de padecer, y es a partir de este saber que se establecen las relaciones transaccionales con las otras formas de atención. Cuando un sujeto va al médico o al quiropráctico, a una curandera o a un sanador new age va generalmente con un diagnóstico provisional del padecimiento por el cual recurre a dicho cuidador.”

CONCLUSIONES

La clínica en su origen fue el primer método de obtención de datos y de comprensión del estudio de la persona enferma, pero no sólo sus signos y síntomas, sino también todas aquellas facetas que podían haber influido en su actual estado. La evolución de los instrumentos y de su codificación fue alejando a la valoración clínica del sujeto enfermo,

centrándose más en el objeto enfermedad. Esto ha derivado en un modelo hegemónico que por esa visión cartesiana entre cuerpo y mente no ha sido capaz de encontrar las respuestas adecuadas desde el punto de vista de los agentes/actores al proceso global de su salud/enfermedad/atención lo cual ha traído consigo la búsqueda de estos de nuevas respuestas a través de medicinas alternativas o complementarias. Prácticas que pese a tener una relación de subalternidad con el modelo biomédico no están exentas tampoco de relaciones de poder y cuyas transacciones tampoco podrían ser estudiadas si no atendemos a que dichas prácticas tampoco pueden ser entendidas si no están interrelacionados con el campo de los actores en el cual interactúan y para ello hemos de centrarnos así en las transacciones entre las dos partes y las funciones y significados que los grupos dan a sus prácticas.

BIBLIOGRAFÍA

- GOOD, B. (2003) Medicina, racionalidad y experiencia. Bellaterra, Barcelona.
- LÉVI-STRAUSS, C. (1987) Antropología Estructural. Paidós Básica, Barcelona
- MENÉNDEZ, E. (1994) La enfermedad y la curación. ¿Qué es la medicina tradicional? Alteridades 4 (7), 71-83.
- MENÉNDEZ, E. (2000) Factores culturales: de las definiciones a los usos específicos. En Medicina y cultura (Perdiguero, E. y Comelles, J.ed) Bellaterra, Barcelona pp. 163-188.
- MENÉNDEZ, E. (2003) Care illness models: theoretical exclusions and practice articulations. Ciênc. saúde coletiva [edición digital], vol. 8, no. 1, pp. 185-207. Disponible en: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100014&lng=en&nrm=iso>. [Consultado el 14.07.08]
- PERDIGUERO, E. (2004) El fenómeno del pluralismo asistencial: una realidad por investigar. Gaceta sanitaria. 18(1), 140-145.
- RODERO-SÁNCHEZ, V., ACEBEDO-URDIALES, S., VIVES-RELATS, C. ET AL. (2006) Análisis de los posibles desde la teoría de Parse en una persona con Alzheimer. Index Enferm. [online]. 2006, vol. 15, no. 54 [citado 2008-05-09], pp. 44-47. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000200009&lng=pt&nrm=iso>. [Consultado el 14.07.08]



RECURSOS NATURALES: UNA ALTERNATIVA UTILIZADA COMO COMPLEMENTO TERAPÉUTICO POR LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIRUS / SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (PVV). TAMPICO TAMAULIPAS. MÉXICO

M^a. del Socorro Piñones Martínez, José Siles González, Isabel Lagarriga Attias



NATURAL RESOURCES: AN ALTERNATIVE USED AS A COMPLEMENTARY THERAPY BY PEOPLE WHO LIVE WITH VIRUS/IMMUNE-DEFICIENCY ACQUIRED SYNDROME. TAMPICO TAMAULIPAS. MÉXICO

SUMMARY

Aims: Were centred in understanding and explaining the meaning of natural resources for those people living with AIDS, from the perspective of anthropology of care, at the same time to determine which are those resources and their effectiveness from the users' perspective and to know how they apprehend those natural resources, who recommend them, as well as their influence in persevering with traditional medicine. Also to request opinions about such natural resources among their own traditional medical doctors.

Methodology: A qualitative descriptive study was performed by means of action investigation type based on an ethnographic method. The sample was constituted by 1263 individuals living with the virus or AIDS, registered cases within the Jurisdicción Sanitaria II in Tampico (Mexico) (CONASIDA -2002), from whom 180 form a self-

aid group fully coordinated with the Frente Nacional de Personas Afectadas de Virus de SIDA. (FRENPAVIH-2004). 14 individuals were selected as key informants in a convenient sample. Doctors opinions were considered due to their paramount knowledge with respect to the matter, their selection done at random but for their premise of being directly involved in AIDS patients.

Results: 39 different types of vegetables (medical plants, fruits and greens). No specifically taken into consideration for the treatment were some mineral or animal resources. The AIDS people declare having used some green resources, as from their personal point of view they have experienced an improvement in their health, they feel better. They buy them locally (natural resources shops, herbal shops or are cultivated in their own gardens). They have been recommended by people of their own environment, their social group, their family or got them from the self-aid group where they belong to.

Doctors participant in the study express that natural resources as an alternative or complement to traditional medical treatment to AIDS are not scientific but they confess not to be familiarized with those medical plants o alternative medicine.

Conclusions: According to testimonials the conclusion is that there is evidence that within these type of groups their common habits and health beliefs are present in their lives thus the use of natural resources in AIDS patients go parallel to the traditional medical treatments and together with their own values and way of life, social environment where they belong to what allows them to have their personal cosmos-vision idea.

Leininger and his model of trans-cultural nursing suggests different cultures are to be considered with their own convictions of health and illness, what would allow a specific traditional sanitary care as well, because patterns and life styles have an important influence in people's decisions. He also takes into account Emicos' point of view, the essence of human being and he suggests as well that combining them with traditional professional knowledge would help to adopt actions and take decisions coherent with cosmos-vision.

Key-words: traditional Medicine, Anthropology, natural resources, VIH, SIDA

RECURSOS NATURAIS: UMA ALTERNATIVA UTILIZADA COMO COMPLEMENTO TERAPÊUTICO PELAS PESSOAS QUE VIVEM COM O VÍRUS DA SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (AIDS). TAMPICO TAMAULIPAS. MÉXICO

RESUMO

Objetivos: os objetivos estão voltados para compreender e explicar qual o significado dos recursos naturais para as pessoas que vivem com HIV/AIDS, na perspectiva da antropologia dos cuidados, da mesma maneira, objetiva-se determinar quais são esses recursos e a efetividade, na perspectiva dos usuários, e conhecer como adquirem os recursos naturais, quem os recomenda, bem como a influência das persistência da medicina tradicional e do entorno social no uso deles; além de indagar a opinião de médicos lidam com essa questão.

Metodologia: o estudo foi do tipo qualitativo, descritivo, por meio da investigação-ação, baseado no método etnográfico. O universo do estudo foi constituído por 1263 pessoas que vivem com o vírus da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida ((PVVS o PVV)), casos registrados na Jurisdição Sanitária II em Tampico Tamaulipas, México (CONASIDA-2002), das quais 180 integram o grupo de auto ajuda, o qual encontra apoio na Frente Nacional de Pessoas Afetadas pelo Vírus da AIDS. (FRENPVVIH-2004). Foram selecionados

14 colaboradores, a partir de uma amostra de conveniência. As opiniões dos médicos foram consideradas devido ao primordial de seus discernimentos com relação ao tema, e esses foram selecionados aleatoriamente, com o antecedente de haver atendido a PVVS.

Resultados: Foram identificados 39 diferentes recursos vegetais (plantas medicinais, frutas e verduras); entretanto, não foram mencionados, em específico, recursos minerais ou animais para o tratamento. As PVVS alegam ter utilizado os recursos vegetais, argumentando buscá-los porque se sentem bem, quando os consomem, adquirindo-os na localidade (lojas de ervas, lojas de produtos naturais, ou em seus próprios jardins), recomendando-os a pessoas do grupo social (familiares) e do grupo de auto ajuda, ao qual pertencem. Os médicos participantes emitiram suas opiniões, considerando que o uso dos recursos naturais como terapia alternativa ou complementar no caso do HIV, não é científico e com suas respostas concretas referem desconhecer de plantas medicinais ou medicina alternativa.

Conclusões: Com base em testemunhos, conclui-se que é evidente que nesse grupo, a cultura está presente em seus costumes e crenças de saúde, que determinam o uso dos recursos naturais no HIV/AIDS, já que neles persiste a cultura da Medicina Tradicional derivada de seus valores e a forma de vida do entorno social ao qual pertencem, que lhes possibilita ter sua própria visão de mundo. Leininger, com seu modelo de enfermagem transcultural, sugere-nos que devem ser consideradas as diferentes culturas acerca da visão de mundo, da saúde e enfermidade, o que permite uma prática da atenção à saúde específica, já que os padrões e estilos de vida têm influência nas decisões das pessoas. Ademais, considera de grande importância os pontos de vista Emicos, a essência interna do ser, e sugere que ao combinar tudo isso com o conhecimento profissional, podem ser adotadas ações e decisões coerentes com a cosmovisão.

Palavras-chave: Medicina tradicional; Antropologia; Recursos naturais; HIV; AIDS.

RESUMEN OBJETIVOS

Los objetivos se centraron en comprender y explicar cuál es significado que de los recursos naturales para las personas que viven con el VIH/SIDA (PVVS o PVV), desde la perspectiva de la antropología de los cuidados, de la misma forma determinar cuáles son estos recursos y la efectividad desde la perspectiva los usuarios y conocer cómo adquieren los recursos naturales, quien los recomienda, así como la influencia de la persistencia de la medicina tradicional del entorno social en el uso de estos e Indagar la opinión de médicos tratantes, respecto al tema.

METODOLOGÍA

El estudio fue de tipo cualitativo descriptivo a través de la investigación acción, basado en un método etnográfico, El universo estuvo constituido por 1263 personas que viven con el virus o el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (PVVS o PVV), casos registrados en Jurisdicción Sanitaria II en Tampico Tamaulipas, México (CONASIDA-2002), de las cuales 180 integran el grupo de autoapoyo coordinándose con el Frente Nacional de Personas Afectadas por el Virus del Sida. (FRENPAVIH-2004). Seleccionando a 14 informantes clave en un muestreo por conveniencia. Las opiniones de los médicos, fueron consideradas debido a lo primordial de sus discernimientos con respecto al tema, estos fueron seleccionados al azar, con el antecedente de haber atendido a PVVS.

RESULTADOS

Se lograron identificar 39 diferentes recursos vegetales (plantas medicinales, frutos y verduras) no fueron mencionados en específico algunos recursos minerales o animales para el tratamiento. Las PVVS aducen haber utilizado los recursos vegetales, argumentando recurrir a ellos porque desde su perspectiva se sienten bien cuando los consumen, los adquieren en la localidad (hierbearías, tiendas naturistas, sus propios jardines) y se los recomiendan personas del grupo social- familiar y del grupo de autoapoyo al cual pertenecen. Los médicos participantes emitieron sus opiniones en donde consideran que el uso de los recursos naturales como alternativa o complemento de trata-

miento en el VIH, no es científico y con sus respuestas concretas refieren desconocer de plantas medicinales o medicina alternativa.

CONCLUSIONES

Con base a testimonios se concluye que es evidente que en este grupo la cultura está presente en sus costumbres y creencias de salud, que determinan el uso de los recursos naturales en el VIH/SIDA, ya que en ellos persiste la cultura de la Medicina Tradicional derivada de sus valores y la forma de vida del entorno social al que pertenecen, que les permite tener su propia cosmovisión.

Leininger con su modelo de enfermería transcultural, nos sugiere que se deben considerar las diferentes culturas respecto a las convicciones de la salud y la enfermedad, que permita una práctica de la atención sanitaria específica, ya que los patrones y estilos de vida tienen influencia en las decisiones de las personas, además considera de gran importancia los punto de vista Emicos, la esencia interna del ser, y sugiere que al combinar estos con el conocimiento profesional, se podrán adoptar acciones y decisiones coherentes a la cosmovisión.

Palabras clave: medicina tradicional, antropología, Recursos naturales, VIH, SIDA

INTRODUCCIÓN

Una de las preocupaciones más grandes que ha tenido el hombre a través de la historia ha sido como resolver sus problemas de salud, encontrando la respuesta en el mundo que le rodea como son los recursos naturales y su estilo de vida, por tal motivo en 1976 en la 29ª Asamblea Mundial de la Salud, un grupo de países se presentaron por primera vez a la Organización Mundial de la Salud (OMS) para pedir, se tomara en cuenta a la Medicina tradicional, parte esencial de la cultura de salud de los pueblos.

En 1977 la Organización Mundial de la Salud (OMS) realiza la conferencia de Alma Ata, cuyo lema fue "salud para todos en el año 2000" del cual surge una revaloración de la Medicina Tradicional. Considerándola en 1978 como: "la suma de todos los conocimientos teorías y prácti-



cas explicables o no, utilizados para diagnóstico, prevención y supresión de trastornos físicos, mentales o sociales, basados exclusivamente en la experiencia y la observación, transmitidos verbalmente o por escrito de una generación a otra”.

En esta misma reunión queda establecido que para llevar a cabo la política de la “Salud para todos en el año 2000” era necesaria una estrategia específica, llamada “Atención primaria de salud”, dicha estrategia sugiere a los países en vías de desarrollo el uso de los recursos disponibles de la comunidad para el logro de sus objetivos en los programas de salud. Para lograr dichos objetivos es de gran importancia el uso la medicina tradicional, que permite dar respuesta a las necesidades de salud que no pueden ser cubiertas con los servicios oficiales de salud y que son de acuerdo a las culturas de los pueblos.

Oficialmente la OMS con la declaración surgida en Alma Atta en 1979, reafirma la invitación a los países miembros a que aprovecharan las experiencias y conocimientos de la población sobre la medicina tradicional y que lograran la participación activa de la población, aprovechando sus conocimientos en esta medicina, considerando sus necesidades, recursos locales y las características sociales como culturales.

Piñones (1992) considera que, el que el uso de la medicina tradicional actualmente este resurgiendo paralela al uso de la medicina científica puede estar ligada a las condiciones sociales y económicas por las que se cursa, ya que la cobertura de los servicios de salud en México, es limitado e inaccesible principalmente en las regiones rurales margi-

nadas, por lo que la medicina tradicional con el uso de la herbolaria presenta una respuesta social que la comunidad hace ante la realidad de su problemática de salud.

La OMS en 1984 confirma este hecho señalado que entre el 70 y 90 % de las enfermedades no son tratadas por los sistemas convencionales de salud. Es por ello que en mayo 2002 en Ginebra se define a “la medicina tradicional como prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades”.

En la reunión celebrada en Kampala en junio del 2000, y patrocinada por el ONUSIDA (Programa de las Naciones Unidas contra el VIH/SIDA) se acordó que la medicina tradicional está en un sentido real llevando la carga de la epidemia del SIDA en África, y consideran que los Ministerios de Salud y las agencias internacionales han pasado por alto esta tendencia,

Así mismo en estudio reciente ha demostrado que el 78% de los pacientes que padecen VIH/SIDA en EE UU utilizan alguna forma de Medicina Tradicional o complementaria alternativa, para obtener una cura sintomática y tratar las infecciones oportunistas. También señala que en los países en vías de desarrollo hasta el 80% de su población utiliza la herbolaria o alguna otra alternativa (OMS- 2002 al 2005).

Investigadores como Leininger (en Marriner p.429 1999) refiere que se deben considerar las diferentes culturas y subcultura del mundo, desde el punto de vista de sus valores asistenciales, valores culturales, formas de vida, lenguaje, de la expresión y convicciones sobre la salud y la enfermedad y de los modelos de conducta, siempre con el propósito de desarrollar una base de conocimientos científicos y humanísticos que permitan una práctica de la atención sanitaria específica de la cultura y / o universal.

De tal manera que cada una de las personas que viven con el VIH /SIDA al igual que cualquier otro individuo que ve mermada su salud, recurre al recurso terapéutico que considera resolverá el problema que le aqueja y esto puede ser influenciado

por su cosmovisión. Las siglas utilizadas para identificar esta enfermedad son VIH (Virus de inmunodeficiencia Humana) virus que causa el SIDA (AIDS en inglés) síndrome de inmunodeficiencia adquirida. El primer caso diagnosticado en América fue en Estados Unidos en la Florida en 1980 y en los Ángeles California en 1981.

En México 1983 el primer caso ingresa al Hospital de zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Ciudad de México. En la actualidad no se cuenta aún con el tratamiento curativo para las PVVS (Nieto, C. L.1996), éstos han recurrido a las medicinas alternativas o complementarias según su creencias, su cultura y su nivel socioeconómico y esto puede estar condicionado por poseer un concepto de salud - enfermedad natural o sobrenatural de acuerdo a su cosmovisión, donde consideran el bien y el mal y que la enfermedad puede ser por causa científicamente comprobada o por fuerzas inanimadas, deidades enojadas por comportamientos inmorales. (Piñones, 1992).

OBJETIVOS

Los objetivos del presente trabajo fueron comprender y explicar el significado que tienen los recursos naturales para las personas que viven con el VIH/SIDA (PVVS o PVV), desde la perspectiva de la antropología de los cuidados, así mismo determinar cuáles son estos recursos y la efectividad del tratamiento alternativo o complementario desde la perspectiva los usuarios. Además se consideró conocer cómo adquieren los recursos naturales, quien los recomienda y del mismo modo identificar la influencia de la persistencia de la medicina tradicional del entorno social en el uso de estos e Indagar la opinión de médicos tratantes, respecto al tema.

ESTADO DE LA CUESTIÓN

Leininger considera que la diversidad y universalidad de los cuidados culturales tienen una gran importancia y que al interactuar con las personas de diferentes culturas se puede obtener información que permita al profesional de salud orientar la atención y los cuidados de enfermería adecuados a la cultura que cada individuo necesita. En uno de sus supuestos señala que enfermería es un fenómeno transcultural, en donde los enfermeros/as inte-

raccionan con los pacientes y los grupos, y se requiere que los enfermeros/as identifiquen y empleen datos culturales enfermeros/as - paciente y sistema, para que los cuidados se deriven en gran parte de la cultura de cada individuo. (Marriner, 1994).

De la misma forma Piñones en 1992, concluye en su estudio en una comunidad urbano marginada de Nuevo León, México, que independientemente de que la comunidad cuente con servicios oficiales de salud, continúa con el uso de la medicina tradicional, siendo esta la primera alternativa de solución que eligen al ver afectada su salud con los primeros síntomas de cualquier tipo de enfermedad.

Así mismo en Hermosillo Sonora en 1996, se realizó un estudio en la unidad de medicina familiar No. 37, en una comunidad urbana, sobre la aceptación y uso de la herbolaria en medicina familiar, encontrándose que el 92% de los usuarios aceptan utilizar plantas medicinales, de igual forma pero en un 100% lo hace el personal de salud, el 83% de los médicos refiere aceptarla y un 75% contestó que la utiliza. (Taddei y Santillana 1999).

En el año de 1993 se llevó a cabo un encuentro en la Cd. De Chihuahua, del 7 al 11 de septiembre, convocada por el Instituto Nacional de Antropología e Historia (INAH), con la participación y apoyo del Instituto Nacional Indigenista (INI), y la Universidad Autónoma de Chihuahua entre otras, dentro de la temática principal se abordaron temas como: Medicina tradicional e historia, medicina tradicional y el uso de los recursos naturales, enfermedades tradicionales en la conceptualización regional entre otras.

En el caso de Lagarriga Attias en su conferencia las enfermedades tradicionales regionales, hace hincapié, con respecto a que en México la concepción de las enfermedades tradicionales parten de principios universales y que han perdurado con el paso de los siglos (Lagarriga en Ortiz, 1999).

Oramas y Rodríguez (1999, p.39-46) refieren que en Australia el 80% de las personas infectadas por el VIH han recurrido a algunas de las formas de tratamiento alternativo, en donde incluyen enfoques nutricionales, acupuntura, homeopatía, ejercicios, dieta macrobiótica, meditación, calor, hielo, música y productos mentolados, además de emplear la aromaterapia con aceites esenciales y extrac-

tos de flores y hierbas aromáticas incluyendo en algunos casos, minerales aromáticos; también practican el reiki, que es una forma de masaje que se basa en la filosofía sobre la energía natural, la homeopatía y el gí Gong que emplea actividad física y meditación.

Utilizan también vitaminas extraídas de plantas medicinales como el ajo y la hipericina (un extracto de la planta *Mosto de San Juan*); otros tratamientos utilizando los tejidos de algunos mamíferos y en el cartílago de tiburón; el *Lentinus edodes mycelia*, un producto obtenido de los hongos *Shiitaki*, hacen una combinación con todo ello para utilizarla como alternativo complementario en el VIH/SIDA. Argumentan que los productos naturales empleados en el objetivo de mejorar los males que aquejan al hombre le han acompañado en el transcurso de los siglos coincidiendo en esto último con Lagarriga en 1975, 1999 y Piñones en 1992.

En la 56ª asamblea mundial de salud el 31 de marzo del 2003, se hace mención de la importancia del uso de la medicina tradicional para tratar o prevenir dolencias y enfermedades crónicas y para mejorar la calidad de vida, incluyendo para tratar y cuidar pacientes con enfermedades potencialmente mortales como el paludismo y el SIDA. Señala que hasta el 75% de las personas con VIH/SIDA utilizaban la medicina tradicional sola o combinada con otras medicinas, para diversos síntomas y afecciones.

De la misma forma en el Documento de Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005 menciona: "En una reunión en Kampala celebrada en junio del 2000, y patrocinando por el ONUSIDA se acordó que la medicina tradicional está en un sentido real llevando la carga de la atención clínica de la epidemia del SIDA en África. Los ministerios y las agencias internacionales han pasado por alto esta tendencia". ONUSIDA es partidario de colaborar con los practicantes de la medicina tradicional en la prevención del SIDA y la OMS dice que la medicina tradicional está incrustada en un amplio sistema de ciencias y sigue siendo una parte integral e importante en la vida de las personas en el mundo.

También refieren que La atención en África Subsahariana, la mayoría de los africanos que

viven con VIH/SIDA utilizan medicinas tradicionales con base de hierbas para obtener una cura sintomática y tratar las infecciones oportunistas. Además señala que "un estudio reciente ha demostrado que el 78% de las personas que padecen VIH/SIDA en EEUU utiliza alguna forma de medicina tradicional". Considera que muchas poblaciones de países en vías de desarrollo utilizan la medicina tradicional, y que las poblaciones de países desarrollados por lo menos una vez la han utilizado, considera que es necesario que la medicina tradicional esté disponible mucho más en los países más pobre.

Además considerando la posibilidad de aumentar la cooperación entre los proveedores de la medicina tradicional y los trabajadores sanitarios comunitarios, enfatizando los problemas sanitarios prioritarios como el VIH/SIDA. Sin dejar a un lado lo relevante de tomar en cuenta que también existen riesgos de interacciones medicamentosas. Ha sido demostrado que algunos fitofármacos modifican las concentraciones plasmáticas y el efecto de drogas antirretrovirales por ejemplo la *Hypericum Perforatum* disminuye las concentraciones de Indinavir entre un 20 % y 50 %; *Lentinus edodes* incrementa la acción de las drogas retrovirales. (OMS 2000-2005).

Rachel King colaborador del programa conjunto de las naciones unidas sobre el VIH/SIDA (2002), considera que a medida que la pandemia de VIH/SIDA continua devastando al mundo es necesario buscar, examinar, adaptar y adoptar estrategias para combatirla. Refiere que las técnicas de los curanderos tradicionales están entre las estrategias que deben ser investigadas más a fondo para ver la posibilidad de adoptarlas.

El uso de las plantas medicinales se ha extendido por todo el mundo, generando en los investigadores de salud inquietud por conocer más a fondo la evidencia científica de su efectividad en el VIH/SIDA, muestra de ello es dentro de la homeopatía la investigación realizada por Moral Parras, médico homeópata, quien llevó a cabo un estudio y seguimiento clínico y analítico de enfermos de VIH a los que se les proporcionó un preparado nutricional junto con tratamiento homeopático. Sus conclusiones fueron que se puede inducir a una recuperación con el complemento de principios

nutricionales y la homeopatía específica (medicina-naturista.net).

También existen diversas fuentes de información en Internet como el de medlineplus, que brinda información sobre hierbas medicinales, suplementos, terapias complementarias y alternativas, también la página de todosida-hierbas entre otras, donde se puede encontrar una gran variedad de plantas medicinales, esta es una más de la evidencias de que el uso de los recursos naturales y la medicina tradicional es vigente y tangible, cómo también lo refiere Piñones (1992) en su estudio de persistencia de la medicina tradicional en una comunidad urbana.

Es motivarte encontrar trabajos que evidencian el interés por enfermeros(as) por conocer cómo funciona la medicina tradicional, como es el caso de Quédrao (2003), quien en su estudio "experiencias de un enfermero con la medicina tradicional" señala que los curanderos pueden coordinarse y prestar servicio a la administración y a la medicina moderna, orientando a la ejecución de los programas (index-Enfermería), coincidiendo con lo señalado por Leininger cuando afirma que la diversidad de los cuidados culturales, se basa en la convicción de que las personas de culturas diferentes pueden ofrecer información y orientar para recibir la clase de cuidados que desean o necesitan de los demás.

El estudio de las plantas medicinales en México:

En todo el mundo existen diversas instituciones académicas y de investigación que se dedican a realizar estudios científicos sobre plantas medicinales, en México sobresalen estudios realizados en la Universidad Nacional Autónoma de México, el Instituto Politécnico Nacional, La Universidad Autónoma de Chapingo, la Universidad Autónoma Metropolitana, el Instituto Nacional de la Nutrición y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) quien actualmente cuenta con una coordinación de investigación en salud, área que realiza investigaciones sobre las propiedades medicinales de las plantas a cargo del Dr. Xavier Lozoya, en la división de investigación biomédica, que lleva el herbario medicinal de Seguro Social.

El IMSS tiene una amplia trayectoria en la investigación de la medicina tradicional, tal experiencia data de 1975 donde en sus inicios se dieron

a la tarea de identificar y capacitar a parteras empíricas y a la búsqueda e identificación de los prestadores tradicionales de salud en las áreas marginadas a través de los IMSS- COPLAMAR actualmente llamados IMSS-SOLIDARIDAD y coordinados por el entonces llamado IMEPLAM dirigido por dos distinguidos investigadores el Dr. Lozoya y el Dr. Zolla. Y en el ya desaparecido Instituto Nacional Indigenista (INI)

Existen también algunas fundaciones que reportan sus experiencias con el uso de medicinas complementarias o alternativas, tal es el caso de la fundación anti-SIDA de San Francisco que a través de un boletín en octubre de 1997, menciona lo siguiente, "Desde el principio de la epidemia del SIDA, las personas VIH positivas han empleado diferentes componentes de la medicina complementaria alternativa como lo es la medicina China, que ha resultado consistente como una de las modalidades alternativas más populares" (Jeslie, H. 1997).

La UNESCO promueve tomar en cuenta las culturas de las poblaciones de que se trate por los programas de lucha contra el VIH/SIDA, Con un enfoque socioantropológico para combatir y prevenir la enfermedad en función de los recursos culturales de las poblaciones afectadas, considerando la gran importancia las diferentes concepciones del cuerpo y de la enfermedad, las creencias correspondientes, las prácticas tradicionales de salud y el uso de las plantas medicinales. (UNESCO.org, 2004)

Actualmente el maestro Erick Estrada Lugo con una vasta experiencia en la etnobotánica es el encargado del departamento de atención comunitaria en la Universidad Autónoma de Chapingo, desarrolla el programa de servicios tradicionales de salud con la utilización de recursos naturales como tratamiento en diversos padecimientos. (<http://www.jornada.unam.mx/1998/06/29/cienpanorama.html> 2005).

Cabe señalar que durante la búsqueda de bibliografía, no fue posible encontrar suficientes fuentes en relación al tema, son pocas las aportadas por Enfermería, en su mayoría surgen de estudios antropológicos, Médicos y otros de la Antropología Médica, así como de la etnobotánica, se encontraron una gran variedad de artículos, que al revisar sus fuentes de información y contenido no resultaron significativos pero sí poco confiables.

Por lo anterior es importante que el personal de enfermería haga observaciones sistemáticas al respecto, tomando en cuenta la cultura del cuidado basado en la enfermería transcultural considerando y respetando los patrones y estilos de vida de las PVVS y su decisión de utilizar recursos naturales como tratamiento alternativo o complementario para resolver sus problemas de salud y mejorar su calidad de vida, por lo que las enfermeras/os no pueden permanecer indiferentes ante esta realidad.

METODOLOGÍA

Estudio de tipo cualitativo descriptivo, a través de la investigación acción participativa, aplicando el método etnográfico, para alcanzar los objetivos de estudio y peculiaridades específicas del modelo teórico. El universo fue de 1263 PVVS, casos registrados en Tampico Tamaulipas para la Jurisdicción Sanitaria II (CONASIDA-2002), de las cuales 180 integran el grupo de autoapoyo del Frente Nacional de Personas Afectadas por el Virus del Sida (FRENPAVIH-2004). El muestreo fue por conveniencia, considerando además la opinión de los médicos tratantes, debido a lo primordial de sus discernimientos con respecto al tema, seleccionados al azar, con el antecedente de haber atendido a PVVS.

Con la finalidad de obtener una visión total de los sujetos, se consideró realizar historias de vida, con el fin de identificar a profundidad como se fue dando el proceso de la enfermedad y conocer a detalle aspectos relevantes de su entorno social. Se realiza observación participante registrándose notas en diario de campo sobre el entorno y actitud ante la enfermedad, así mismo se realizan entrevistas incidentales. Se realizan grabaciones en cinta y video, además de fotografía, con previo consentimiento.

Para realizar el análisis primeramente se realiza la transcripción de las entrevistas y se cotejan con los informantes, considerando el proceso de análisis como un proceso cíclico y una actividad reflexiva, donde el proceso analítico debe ser amplio y sistemático pero no rígido, y donde la fragmentación de los datos y la división de los mismos en unidades significativas mantiene una unión con el total. (Coffey & Atkinson, 2003).

RESULTADOS

Las PVVS aducen haber utilizado los recursos

vegetales, argumentando recurrir a ellos porque desde su perspectiva se sienten bien cuando los consumen, consideran que mejora su estado de salud o previenen algunas enfermedades, además de que esto forma parte de sus costumbres y cultura. Cabe señalar que no por sus valores culturales dejan de acudir a la Medicina Científica u Oficial ya que las personas entrevistadas hacen uso de ambas medicinas realizando una combinación de ellas utilizando los recursos naturales según su necesidad desde su perspectiva.

Se lograron identificar 39 diferentes recursos vegetales como plantas medicinales, frutos y verduras, usados como alternativa o complemento de tratamiento por los PVVS para prevenir o tratar diferentes tipos de padecimientos, no fueron mencionados en específico algunos recursos minerales o animales para el tratamiento ya que se inclinan más hacia las plantas medicinales, los sujetos argumentaron consumirlos porque con ellos se sienten mejor en su estado general y que disminuyen el decaimiento, las náuseas y el vómito.

Los recursos naturales los adquieren en la localidad en algunos expendios como hierbearías o tiendas naturistas así como en sus propios jardines y se los recomiendan personas del grupo social-familiar y del grupo de autoapoyo al cual pertenecen. Responden que su familia específicamente la Mamá, acostumbra algunas prácticas tradicionales de salud realizándola con la misma familia, y que vecinos y amigos les han recomendado diversos recursos terapéuticos naturales para tratar las enfermedades oportunistas o algún malestar que se les presenta. (VER CUADRO)

Los médicos participantes emitieron sus opiniones en donde consideran que el uso de los recursos naturales como alternativa o complemento de tratamiento en el VIH, no es científico y con sus respuestas concretas refieren desconocer de plantas medicinales o medicina alternativa.

DISCUSIÓN

En el presente estudio se plantearon 3 objetivos generales y 2 específicos para determinar cuáles son los recursos naturales utilizados como tratamiento alternativo o complementario por las PVVS que acuden a un grupo de autoapoyo y la efectividad desde su perspectiva, en Tampico Tamaulipas, México, y un tercer objetivo que per-



mitió indagar la opinión de los médicos con relación a este tema. La muestra recayó en 14 informantes (PVVS) con los cuales se realizaron entrevistas conversacionales incidentales y 4 entrevistas a profundidad, habiéndose elegido dos de estas últimas como informantes clave.

Los resultados arrojados señalan que los PVVS de Tampico, pertenecientes al grupo conocen y hacen uso de la medicina complementaria o Alternativa de acuerdo a su perspectiva, evidenciado a través de 39 recursos naturales en su totalidad vegetales entre los que se encuentra 64% (25) a plantas medicinales, el 23% (9) a frutos y 13% (5) a verduras. Utilizándola para resolver 39 afecciones de las cuales 18% (7) son para purificar la sangre según lo refieren, 15% (6) para prevenir o tratar la diarrea, 20.5% (8) sumando las que usan para la gripa, tos y garganta, el resto de los recursos mencionados a porcentajes menores al 4% para cada una, siendo en un 5% (2%) las señaladas para SIDA.

Confirmándolo con lo que señala el líder del grupo de autoapoyo, quien refiere que la mayoría de las personas del grupo utilizan algún recurso alternativo o complementario, indistintamente de que lleven un tratamiento antirretroviral o no, estos han sido recursos vegetales, yoga, temazcal, siendo este último una alternativa o complemento que no se ha encontrado reportada en los estudios revisados hasta el momento. (ANEXO: No. 12 y 13)

Es evidente que en este grupo la cultura está presente en sus costumbres y creencias de salud, que determinan el uso de los recursos naturales como tratamiento alternativo o complementario en

el VIH/SIDA, ya que en ellos persiste la cultura de la Medicina Tradicional derivada de sus valores y las formas de vida del entorno social al que pertenecen, que les permite tener su propia cosmovisión y favorecer esta acción, confirmándose así el supuesto de estudio.

Es de relevancia destacar que los resultados coinciden totalmente o quizá superan a lo señalado por la OMS en 1984, que confirma este hecho reportando que entre el 70 y 90% de las enfermedades no son tratadas solo por los sistemas convencionales de salud. (OMS). Además de lo referido en un estudio reciente, que demuestra que el 78% de los pacientes que padecen de VIH/SIDA en EE.UU., utilizan alguna forma de medicina tradicional o complementaria alternativa, para obtener cura sintomática y tratar las infecciones oportunistas. También señala que en los países en vías de desarrollo hasta el 80% de su población utiliza la herbolaria alguna otra alternativa. (OMS 2002 al 2005).

De igual forma Oramas y Rodríguez (1999), refieren que en Australia el 80% de las personas infectadas por el VIH han recurrido a alguna forma de tratamiento alternativo empleando aceites esenciales, hierbas aromáticas y extractos de flores, haciendo referencia de que los productos empleados con el objeto de mejorar los males que aquejan al hombre, lo han acompañado en el transcurso de los siglos, señalado en esto también por Lagarriga (1975, 1999) y Piñones (1992).

En el documento sobre estrategias de la medicina tradicional 2002 al 2005 de la OMS, hace referencia que la atención en África subsahariana, la mayoría de los africanos que viven con el VIH/SIDA utilizan medicinas tradicionales con base de hierbas para obtener una cura sintomática. Considerando el listado de recursos vegetales que nos reportan los PVVS de Tampico, nos indica como en ellos persiste la cultura del uso de la medicina tradicional a través de los recursos naturales, influenciada por su cosmovisión.

Los resultados del presente trabajo supera a lo argumentado por la OMS (2002) y Oramas (1999), que señalan que el 80% de las PVVS hacen uso de la medicina complementaria o alternativa, demostrando con ello la importancia de tomar en cuenta las diferentes culturas y convicciones de salud y la enfermedad, así como los modelos de conducta de

los individuos, con el propósito de llevar a cabo una práctica de atención de enfermería específica de la cultura como lo señala Leininger.

Así mismo ella centra en el análisis de su estudio que los patrones y estilos de vida, tienen influencia en las decisiones de las personas, esta teoría ayuda a la enfermera a descubrir y documentar el mundo del paciente y utilizando su punto de vista ético. (Leininger en enfermería 21.com 2003).

También Piñones (1992) señala la importancia de que la Medicina Tradicional actualmente esté resurgiendo paralela al uso de la medicina científica y que esto puede estar ligada a las condiciones sociales y económicas. Argumenta que el uso de la herbolaria presenta una respuesta social y cultural que la comunidad hace ante la realidad de su problemática de salud y que independientemente de que esta cuente con servicios oficiales de salud, continúan con el uso de la Medicina Tradicional, siendo esta la primera alternativa que elige al ver afectada su salud con los primeros síntomas de cualquier tipo de enfermedad.

Con respecto a la opinión de los médicos sobre el que las PVVS utilicen recursos naturales como alternativa o complemento en el tratamiento del VIH/SIDA, el 60% (8 médicos) están de acuerdo con su uso y el 40% no lo aceptan. Esto hace evidente el desconocimiento de lo señalado por la 56ª asamblea de salud en marzo del 2003, donde se hace mención de la importancia que el uso de la medicina tradicional tiene en las enfermedades crónicas, para mejorar la calidad de vida, incluyendo la enfermedad del VIH/SIDA.

Así también no se retoman las estrategias y recomendaciones de la OMS para 2002 al 2005, donde se considera que los patrones de creencias y el uso de la medicina tradicional y el uso de la herbolaria es parte integral e importante en la vida de las personas, haciendo énfasis al mencionar que Un elemento relevante a tener en cuenta en este campo lo constituye el riesgo de interacciones medicamentosas y que ha sido demostrado que algunos fitofármacos modifican las concentraciones plasmáticas y el efecto de drogas antirretrovirales como por ejemplo *Hypericum Perforatum* disminuye las concentraciones de Indinavir entre un 20% y 50%; *Lentinus edodes* incrementa la acción de las drogas retrovirales.

Es importante mencionar que los resultados obtenidos del personal médico en este estudio tampoco concuerdan con lo señalado por Taddei y Santillana (1999), ya que ellos en un trabajo cuantitativo de "Aceptación y uso de la herbolaria en medicina familiar" en la CD. De Hermosillo Sonora, México, obtuvieron que el 83% de los médicos aceptan la herbolaria y que además el 75% de ellos reconocen hacer uso de ella.

En menor medida se acerca con lo señalado por Lagarriga (1999), Rachel King(2002), Quedrago (2003), y ni con la UNESCO(2004), pues todos ellos mencionan lo relevante del respeto a la diversidad cultural con el propósito de desarrollar una base de conocimientos científicos y humanísticos que permitan una práctica de atención sanitaria específica de la cultura y/o universal como lo señala Leininger.

CONCLUSIONES

Con base a testimonios es evidente que en este grupo la cultura está presente en sus costumbres y creencias de salud, que determinan el uso de los recursos naturales en el VIH/SIDA, ya que en ellos persiste la cultura de la Medicina Tradicional derivada de sus valores y la forma de vida del entorno social al que pertenecen, que les permite tener su propia cosmovisión favoreciendo esta acción. La cosmovisión del individuo es determinante para la salud, nutrida por la cultura como base fundamental de sus costumbres, creencias y tradiciones, que en conjunto con la experiencia previa del grupo social que les rodea, determina el concepto de salud-enfermedad desde su perspectiva.

Leininger con su modelo de enfermería transcultural, nos sugiere que se deben considerar las diferentes culturas respecto a las convicciones de la salud y la enfermedad, que permita una práctica de la atención sanitaria específica, ya que los patrones y estilos de vida tienen influencia en las decisiones de las personas, además considera de gran importancia los punto de vista éticos, la esencia interna del ser, y sugiere que al combinar estos con el conocimiento profesional, se podrán adoptar acciones y decisiones coherentes a la cosmovisión.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre .B. (1986). Antropología médica. Centro de investigación y estudios superiores en antropología social. México:
- Chelala, C. A. (1993) SIDA Organización Panamericana de la Salud, Programa de Publicaciones OPS.
- Daniel, S.G, V. (1989). SIDA Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, Editorial Manual Moderno, México, D.F.
- Estrada, L.(1991 Compilador) Plantas medicinales de México. Introducción a su estudio. Universidad Autónoma de Chapingo, Departamento de Fitotecnía, Unidad de estudios Etnobotánicos. México.
- Foster, M. (1961) Análisis Antropológico-Intercultural de un programa de ayuda técnica, Washington, Smithsonian Institute.
- Guía de manejo Antirretroviral de Personas que viven con el VIH/SIDA (2003 -2004) Consejo Nacional para la Prevención y control del VIH/SIDA (CENSIDA). www.salud.gob.mx/conasida
- Kelly, Isabel (1959) La Antropología , la Cultura y la Salud Pública. La Paz Bolivia, VSOM-Bolivia.
- Koos,J.D. (1992 cap-10, p-154-165) La Etnomedicina en la Salud Mental en la Comunidad. Temas de Salud Mental en la comunidad serie PALTEX Para ejecutores de programas de Salud no. 19 Washington D.C. E.U.A.
- Kumate, R.(1990,noviembre -diciembre p.9,5, 17,22) Libellus de Medicinalibus Indorum Herbis. Ciencia y Desarrollo. México.
- Lagarringa, Attias I. (1999) Las enfermedades tradicionales regionales en la medicina tradicional en el norte de México. Colección Científica. INAH. Lagarringa, Attias, I. (2000) Conceptos, actitudes y valores de sus seguidores. En Medicina Tradicional en México. Instituto Nacional de Enfermedades respiratorias (INER) México.
- Linares, M., Flores, P. y Bye, R.(1990) Selección de Plantas Medicinales de México. Limusa Noriega. México.
- Lozoya, X. (1984) Bibliografía básica sobre herbolaria medicinal de México. Secretaria de Desarrollo Urbano y Ecología. México.
- Lozoya, X., Velásquez, G. (1988) La medicina tradicional en México.
- Experiencias del panorama IMSS-COPLAMAR 1989 - 1987. IMSS (P. 9-4, 38-39)
- Marriner (1994 3ª Ed.) Modelos y teorías de enfermería. Harcourt Brace, S. A. (p. 424 - 445)
- Martínez Maximino. (1991 6ª Ed.) Las plantas Medicinales de México. Ediciones Botas. México.
- Menéndez, E.(1983) Hacia una práctica alternativa hegemónica y auto atención (gestión) en salud. Centro de Investigación y estudios superiores en Antropología Social (CIESAS), México.
- Menéndez, E. (1987) Medicina tradicional o sistemas prácticos ideológicos de los conjuntos sociales, como primer nivel en atención. En el futuro de la medicina tradicional en la atención ala salud de los países Latinoamericanos, México CIESS.
- OMS Estrategias sobre medicina tradicional 2002 al 2005.
- Ortiz E. S. (1999) La Medicina Tradicional al Norte de México. Colección científica. INAH, México.
- Piñones, M. S. (1992) Persistencia de la medicina tradicional en familias de una comunidad urbana-marginada, Pueblo Nuevo, Apodaca, N.L. Tesis de maestría en Enfermería con especialidad en salud comunitaria, énfasis en familia. México.

(Inédita: Biblioteca Facultad de Enfermería Tampico, UAT México) (2000 Septiembre) Medicina tradicional en el Noreste

- De México “Etnoenfermería”, memorias de Houston International Community Health Summit, Inc. Houston Texas. (p. 187)
- Peñarrieta, C. I.; Piñones, M .S. (14 -15 de Abril 2005) Análisis situacional del VIH/SIDA en la frontera de Tamaulipas, México. Informe inédito Grupo Multisectorial Binacional. The Policy Project., Reunion Binacional Tamaulipas -Texas.
- Salinas Cantu, H. (1991) Historias y Filosofía Medica. Monterrey N. L. (4ª. Ed.) México.
- Siles, J.; et al. (2001) Una mirada a la situación científica de dos especialidades esenciales de la Enfermería contemporánea: la antropología de los cuidados y la enfermería transcultural. Cultura de los Cuidados. V/10 64-72.
- Siles González, J., Solano Ruiz, C., Cibanal Juan, L. (2005) Holismo e investigación cualitativa en el marco de la antropología de la complejidad. Una reflexión sobre la pertinencia metodológica en ciencias socio-sanitarias y humanas. Cultura de los cuidados. IX/18: 68- 83.
- Taddei, G; Santillana, M.A.; Romero, J.A.; Romero, M:B; (Mayo/junio 1999). Aceptación y uso de Herbolaria en Medicina Familiar. Salud Pública de México, Vol.41 No.3 Cuernavaca Morelos, México. Print ISSN 0036-3634.
- UNESCO.(2008) Recomendaciones de la UNESCO sobre la terminología y la redacción del material relativo al VIH y al SIDA.
- Zolla, C. (1986) Terapeutas, Enfermedades y Recursos Vegetales.
- México Indígena. (marzo-abril, p.9, 16-19) México.

Direcciones electrónicas:

- BMJ 1997; 315: 1689-1691, Primer caso de SIDA <http://www.bmj.com>
- Consejo Nacional Para la Prevención y el Control del SIDA en México (CONASIDA -2005) <http://www.salud.gob.mx/conasida/2005>
- Erick Estrada Lugo. Coordinador del programa de Medicina Tradicional en la Universidad Autónoma de Chapingo.<http://www.jornada.unam.mx/1998/06/29/cienpanorama.html> consultada agosto 2006.
- Herbolariamedicinal o fitoterapia http://www.e-salud.gob.mx/wb2/eMex/eMex_Fitoterapi
- Información VIH/SIDA, estadística del Estado de Florida http://www.wemakethechange.com/about_hir-aids-sp.html
- Información VIH/SIDA estadística en Tamaulipas.
- HTTP://WWW.salud.gob.m/conasida/estadis/2002/trim-3/0203-02.HTML
- La Medicina Complementaria Alternativa (MCA), la medicina China y la enfermedad VIH, Boletín publicado en octubre de 1997 en el Boletín de Tratamientos Experimentales Contra el SIDA, por la Fundación anti-SIDA de San Francisco. <http://www.sfaf.org/tratamiento/betaespanol/s1097/index.htm/>
- Los Recursos Naturales (definición) http://www.peruecologico.com.pe/lib_c15_t05.htm
- Marco Legal, Ley General de Salud se reconoce desde el 7 de mayo de 1997 <http://www.farmacopea.org.mx/>
- Medicina alternativa <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/alternativemedicine.html>

- Medicina alternativa en SIDA. <http://www.todosida.org/info/hierbas.htm>
- Medicina alopática, complementaria y alternativa <http://www.adusalud.org.ar/vihsida.htm> Argentina.
- Medicina herbal: tratamiento alternativo para el SIDA, <http://www.ciudadfutura.com/>
- Medicinas, hierbas, y suplementos. <http://medlineplus.gov/spanish/>
- Oramas, D. J., y Rodríguez, L.I, Resumen 1999;12 (1): p-39-46, Artículo la información científica y la medicina tradicional y natural.
- Organización Mundial De La Salud 56ª Asamblea Mundial De La Salud A56/18 Punto 14.10 Del Orden Del Día Provisional 31 De Marzo De 2003. Medicina Tradicional Informe De La Secretaría. http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA56/sa5618.pdf
- Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS, Medicina Tradicional -Necesidades Crecientes y Potencial, No. 2 - Mayo de 2002 Organización Mundial de la Salud, Ginebra. www.masaje.info/trm_strat_span.pdf
- Portal Tampico 2005: <http://www.tampico.gob.mx/tampico1/tampico.asp>
- Primer caso de Sida en México. Leopoldo Nieto Cisneros, Participantes en el trabajo sobre VIH/SIDA en México. http://www.aids-sida.org/participnal_n.html
- Quédraigo, T. Alfred. Experiencia de un enfermero con la Medicina Tradicional. *Index Enferm* 2003; 43:8. Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/43revista/43_articulo_8.php>.
- ¿Qué es la medicina complementaria y alternativa? <http://nccam.nih.gov/espanol/informaciongeneral/>
- ¿Qué Son Las Terapias Alternativas? <http://www.aidsinfo-net.org/index.php>
- Rachel king. Colaboración con curanderos tradicionales en la prevención y atención de VIH/SIDA en el África subsahariana. Programa conjunto de las naciones unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). (junio de 2002). Colección mejores prácticas de ONUSIDA. Ginebra. Resumen del sida, núm. 8 (publicado: 2002.10), pág. 6.
- Secretaría de Salud, Subsecretaría de Innovación y Calidad, Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, Dirección de Medicina Tradicional Desarrollo Intercultural. Cultura, Cosmovisión y Sistemas Médicos. (2000-2006) <http://www.ssa.gob.mx>
- Tamaulipas existían 21 casos VIH registrados en la secretaria de salud en el año 2001 (CONASIDA) salud.gob.m/conasida/estadis/2002/TRIM-3/0203-02.html
- Teoría transcultural de Leininger. Manrique, M., Reyes, I, Delgado, H., I, Jiménez, B. http://www.enfermeria21.com/lis-tametas/Leininger_monografia.doc, Valencia. Junio 2003 Universidad de Carabobo.

CUADRO

Recursos vegetales utilizados por las PVVS. Como tratamiento alternativo o complementario en el VIH/SIDA.

FOTO	NOMBRE COMUN	NOMBRE CIENTIFICO	USO TERAPEUTICO
	DAMIANA DE CALIFORNIA	<i>Turnea diffusa Willd.</i>	➤ ESTIMULACION PARA EL DECAIMINETO
	NIEM O NEEM	<i>Melia azadirachta</i>	➤ DEBILIDAD ➤ SIDA
	CHACLOCO	<i>Harmelia patens</i>	➤ PURIFICA LA SANGRE
	UÑA DE GATO	<i>Uncaria tomentosa</i>	➤ TUMORES CANCEROSOS ➤ SIDA ➤ SISTEMA INMUNOLOGICO
	MANZANILLA	<i>Matricaria chamomilla L.</i>	➤ DIARREA ➤ CALAMBRES
	ZABILA	<i>Aloe barbandensis miller.</i>	➤ ULCERAS BUCALES ➤ DEBILIDAD ➤ DESPARASITANTE

ACTITUDES Y CREENCIAS EN LOS ESTUDIANTES DEL CAMPUS DE BELLVITGE SOBRE LAS MEDIDAS HIGIÉNICAS Y LAS PRECAUCIONES ESTÁNDAR

(Proyecto subvencionado por el Programa de Investigación en Docencia. Universidad de Barcelona. Instituto de Ciencias de la Educación (REDICE-06)

Carme Lopez Matheu¹, Enrique Limón Cáceres², Isabel Oto Clavero³, Jordi Carratala Fernández⁴, José Enrique Espasa Suarez de Des⁵, Vicente Lozano de Luaces⁶, Baldiri Prats Climent⁷, José Maria Ramón Torrell⁸.

¹*Profesora titular del Departamento de Salud Pública, Salud Mental y Materno Infantil de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona.*

²*Profesor Asociado de la Escuela de Enfermería.*

³*Profesora titular Departamento de enfermería Fundamental y Médico-Quirúrgica.*

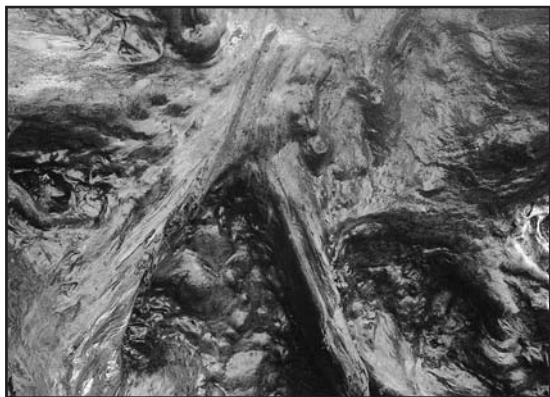
⁴*Doctor. Departamento de Ciencias Clínicas. Facultad de Medicina.*

⁵*Profesor. Facultat d'Odontologia.*

⁶*Profesor Titular. Departamento Odontoestomatologia. Facultat d'Odontologia.*

⁷*Profesor titular de Podología.*

⁸*Profesor Titular. Departamento de Ciencias Clínicas. Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona.*



ATTITUDE AND BELIEFS IN STUDENTS OF BELLVITGE CAMPUS ON HYGIENIC RULES AND STANDARD CAUTION

SUMMARY

In the latest years some new and important advances in fields of self-protection facing infections had been produced. In the teaching side, those who teach theory related to self-protection in health and hygiene personnel within the different Health and Science Courses in the Bellvitge

Campus (CB) in the University of Barcelona (UB), an important lack of knowledge and confusion was detected in subjects related to patient and professional security.

Aims: To enhance education and knowledge in Health Sciences of CB in the BU regarding basic hygienic means.

Material & Method: A study of field was advised: causes and comparatively. A group of teachers implied in the subjects gathered together in order to determine and deepen in the syllabuses to establish common criteria to fulfil a real analysis of present the situation. Semi-structured interviews to two students within the different courses were done, registered and transcribed literally for a further analysis (Atlas/Ti19).

Results and Discussions: From the discourse four categories were established: 1) Learning: Students underline lack of agreement among teachers and an extreme theoretical teaching. 2) Work experience: Students underline opposition in theory and

practice. 3) Personal considerations: Students link measures with exceptional situations (extremely invasive techniques). The speech of do not hurt the patient is always present. 4) Peculiarities inherent to each different university courses: Students perceptions are completely different according to their very different education programmes.

Conclusions: Preventing and hygienic measures matters within the different university programmes are considered in the study programmes punctually but not continuously. Students perceive them as a necessary education due to their lack of experience but no more than acquiring certain skilfulness. Regarding Health Centres and Hospitals there is not a mutual agreement in whether professionals should take into consideration as compulsory those preventing and hygienic measures in daily practice, and even theory and practice criteria deeply differ in such instances.

Key Words: Prevention, infections, students, security, attitudes and beliefs.

ATITUDES E CRENÇAS NOS ESTUDANTES DO CAMPO DE BELLVITGE SOBRE AS MEDIDAS HIGIÊNICAS E AS PRECAUÇÕES STANDARD

RESUMO

Introdução: Nos últimos anos, têm-se percebido avanços importantes no campo da autoproteção frente às infecções. Por parte dos docentes que compartilham temas relacionados com o campo de autoproteção do pessoal de saúde e a higiene nas diferentes carreiras de ciências da saúde no Campus de Bellvitge (CB) da Universidade de Barcelona (UB), destacando-se um desconhecimento e/ou uma confusão de matérias relacionadas com a segurança do paciente e dos profissionais.

Objetivo: Melhorar a preparação dos estudantes de Ciências da Saúde del CB da UB em relação com as medidas higiênicas básicas.

Material e Método: Estudo de campo, causal e comparativo. Estabeleceu-se um grupo formado

pelos professores envolvidos nessas disciplinas para unificar critérios e levar a termo uma análise da situação de forma exaustiva. Foram feitas entrevistas semi-estruturadas a cada dois estudantes de cada área, que foram registradas e transcritas textualmente pela análise posterior (Atlas/Ti19).

Resultados e discussão: Da análise dos discursos surgiram quatro categorias: 1) a aprendizagem: os estudantes destacaram a falta de consenso entre os professores e o ensino demasiadamente teórico. 2) a experiência de trabalho; os estudantes destacam a divergência entre a teoria e a prática. 3) os argumentos pessoais; os estudantes relacionam as medidas com situações de excepcionalidade (técnicas muito invasivas), o que está muito presente no discurso de “não causar prejuízo ao paciente”. 4) as características próprias das diferentes carreiras universitárias; registram-se percepções dos riscos diferentes entre elas.

Conclusões: A formação em medidas preventivas e de higiene está contemplada nos planos de ensino, como uma formação pontual e não linear, nas carreiras profissionais. Os estudantes a percebem como uma formação necessária, dado o seu grau de experiência, mas que não é necessária quando se adquirem certas destrezas. No que concerne aos centros de saúde e aos hospitais, não há consenso quanto à obrigatoriedade no sentido de que todos os profissionais adotem essas medidas na prática cotidiana e algumas vezes, os critérios entre teoria e prática são divergentes.

Palavras-chave: Prevenção; Infecção; Estudantes; Segurança; Atitudes; Crenças.

RESUMEN

Introducción: En los últimos años se han producido avances importantes en el campo de la autoprotección ante las infecciones. Por parte de los docentes que imparten temas relacionados con el campo de la autoprotección del personal de salud y la higiene en las diferentes carreras de ciencias de la salud en el Campus de Bellvitge (CB) de la Universitat de Barcelona (UB) se detectó un desconocimiento y/o confusión de materias relacionadas con la seguridad del paciente y de los profesionales.

Objetivo: Mejorar la preparación de los estudiantes de Ciencias de la Salud del CB de la UB en relación con las medidas higiénicas básicas.

Material y Método: Estudio de campo, causal y comparativo. Se estableció un grupo formado por los profesores implicados en estas materias para unificar criterios y llevar a cabo un análisis de la situación exhaustiva. Se hicieron entrevistas semiestructuradas a dos estudiantes de cada carrera que fueron registradas y transcritas textualmente por el análisis posterior (Atlas/Ti19).

Resultados y Discusión: Del análisis de los discursos surgieron cuatro categorías: 1) El aprendizaje; los estudiantes destacan la falta de consenso entre profesores y la enseñanza demasiado teórica. 2) La experiencia laboral; los estudiantes destacan la divergencia entre la teoría y la práctica. 3) Los argumentos personales; los estudiantes relacionan las medidas con situaciones de excepcionalidad (técnicas muy invasivas) está omnipresente el discurso de “no hacer daño al paciente”. 4) Las características propias de las diferentes carreras universitarias; hemos registrado percepciones de los riesgos diferentes entre ellas.

Conclusiones: La formación en medidas preventivas y de higiene está contemplada en los planes de estudio como una formación puntual y no lineal en las carreras. Los estudiantes la perciben como una formación necesaria dado su grado de inexperiencia, pero que no es necesaria cuando se adquieren ciertas destrezas. Por lo que respeta a los centros de salud como a los hospitales no hay un consenso en la obligatoriedad que todos los profesionales adopten estas medidas a la práctica diaria y algunas veces los criterios entre teoría y práctica son divergentes.

KeyWords: Prevención. Infecciones. Estudiantes. Seguridad. Actitudes y creencias.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se han producido avances importantes en el campo de la autoprotección ante las infecciones (Jeffe et al, 1997; Wiwanitkit 2002;

Doebbeling 2003). Los puntos más destacables han sido la estandarización de las medidas higiénicas, la implantación de sistemas de descontaminación de las manos y también, los cambios en la aplicación de medidas para evitar las infecciones cruzadas (Doebbeling 2003; Garner 1996). Son normas sencillas de fácil aplicación pero que requieren no sólo conocerlas sino también adoptarlas en la práctica profesional (Jeffe et al, 1997; Kim et al 1999). Cambiar hábitos profesionales no es fácil, por eso es muy importante que los estudiantes aprendan todas estas medidas en su formación básica para conseguir que los nuevos profesionales de la salud trabajen de una forma segura para ellos mismos y para las personas que atenderán en un futuro próximo (Wiwanitkit 2002; Gershon et al, 1995; Koenig & Chu 1995; Boyce & Pittet 2002; WHO.2006).

Por parte de los docentes que imparten temas relacionados con el campo de la autoprotección del personal de salud y la higiene en las diferentes carreras de ciencias de la salud en el Campus de Bellvitge (CB) de la Universidad de Barcelona (UB) se detectó un desconocimiento y/o confusión de materias relacionadas con la seguridad del paciente y de los profesionales. Este problema afectaba tanto estudiantes de pregrado como los postgraduados (11).

Este estudio inicial motivó una reunión de trabajo de profesores de las diferentes disciplinas y la planificación de una intervención basada en dos fases. Un primer estudio exploratorio sobre las actitudes y creencias referentes a las precauciones estándar (PE) y las medidas higiénicas en las diferentes carreras y una fase de intervención basada en la realización de un entorno virtual de prácticas, con los conocimientos que tienen que adquirir los alumnos y que permita trabajar estos temas desde un enfoque multidisciplinar. En este artículo describimos los resultados obtenidos en la primera fase de la investigación.

Tanto por razones teórico-metodológicas como pragmáticas, ha sido muy conveniente la utilización de métodos cualitativos en la evaluación de los conocimientos de higiene y prevención de los estudiantes del CB. La adopción de esta perspectiva supone la asunción de ciertos principios básicos que orientan y sostienen el diseño y la ejecución de la investigación evaluativa. Estos principios se

pueden sintetizar de la siguiente manera: (a) se intentó implicar a todas las personas que participan en el proceso; (b) la principal finalidad es conseguir la optimización de las prácticas profesionales; (c) la recogida y el análisis de la información se ha diseñado y ejecutado aplicando criterios de máximo rigor; (d) la evaluación se ha realizado en un contexto de diálogo y relación entre los investigadores y los diferentes colectivos; (y) la evaluación se ha realizado con el fin de cambiar y mejorar; y (f) las mejoras se producirán no sólo mediante un diagnóstico adecuado sino también por el impacto que tiene esta información para los diferentes agentes implicados. El foco sobre el que se ha centrado el proyecto son los significados y las percepciones de los estudiantes en relación a la prevención y contagio.

OBJETIVOS

El objetivo general del estudio es mejorar la preparación de los estudiantes de Ciencias de la Salud del CB (Enfermería, Medicina, Odontología, Podología) en relación con las medidas higiénicas básicas. Como objetivos secundarios se establecieron, mejorar la seguridad de los estudiantes del Campus en relación con el contagio de infecciones (autoprotección), valorar las confusiones y desconocimientos que tienen sobre el tema, llegar a acuerdos de los conocimientos mínimos necesarios que tienen que adquirir los estudiantes de todas las carreras de ciencias de la salud, hacer difusión de los acuerdos y crear un entorno interactivo específico sobre la materia basado en la evidencia para la utilización de los profesores y estudiantes.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de campo, causal y comparativo. Para realizar este proyecto se estableció un grupo, formado por los profesores implicados en estas materias de cada disciplina, con el objetivo de unificar criterios. En reuniones periódicas de trabajo este grupo llevó a cabo un análisis de la situación de forma exhaustiva y estableció un cronograma de intervenciones. La primera fase del proyecto pasó por la recogida directa de información para poder valorar cual era el grado de conocimiento de los estudiantes. Para la recogida de la información se optó por hacer entrevistas individuales. La modalidad de entrevista utilizada en la investigación ha

sido la semiestructurada, con un planteamiento sucesivo, no de preguntas, sino de directrices temáticas derivadas tanto de los objetivos de la investigación como de la evolución propia de la entrevista. Se realizaron entrevistas individuales a estudiantes participantes en todas las carreras ubicadas en el CB de la Universitat de Barcelona. Así, participaron: (a) 2 estudiantes de Enfermería; (b) 2 estudiantes de Medicina; (c) 2 estudiantes de Odontología; (d) 2 estudiantes de Podología. En la muestra total de las entrevistas se buscó la paridad de género.

Las entrevistas fueron remuneradas, con la intención de motivar la participación. La duración de las entrevistas fue aproximadamente de una hora. La persona que realizó las entrevistas fue una profesora titular, enfermera y antropóloga, formada en técnicas cualitativas en los estudios de doctorado de la UB. Se realizaron en el CB en el periodo de noviembre de 2007 a enero 2008. Todas las entrevistas, fueron registradas y fueron transcritas textualmente para su análisis posterior mediante el software Atlas/Ti19. La codificación se desarrolló mediante el etiquetado de conceptos en el texto considerados de relevancia potencial para nuestra investigación y consensuado entre el equipo docente. En un primer momento hemos procedido a la codificación abierta, identificando las temáticas principales que aparecen al corpus y asignándolos etiquetas o códigos que agrupan temáticas (en este caso fragmentos de texto) que desde el punto de vista de nuestro equipo presentaban características comunes, que compartían algunas propiedades o hacían referencia a un mismo fenómeno. Igualmente, dentro de esta fase de codificación abierta hemos procedido, en algunos casos, a la agrupación de conceptos en categorías más generales, siguiendo el mismo principio utilizado anteriormente para la identificación de los conceptos más genéricos. La utilización de un programa informático como Atlas/ti facilita enormemente la posibilidad de crear "códigos genéricos" relacionados con códigos de carácter más específico.

La codificación axial, fue el siguiente paso en el análisis, ya que, una vez creados los códigos tanto específicos como genéricos, hemos procedido a la identificación de relaciones entre los mismos (por ejemplo, el código A causa el código B; el código A contradice el código B, etc.). El traba-



jo en grupo en línea nos permitió realizar un análisis conceptual trabajando sobre la representación gráfica de los códigos y sus relaciones, lo que nos ayudó a elaborar nuevas hipótesis sobre relaciones entre códigos, a plantear nuevas posibilidades de división - agrupación de los mismos y, en definitiva, al trabajo de análisis y explicación de resultados.

RESULTADOS

Específicamente, presentaremos una síntesis de los resultados relativos a los conocimientos, actitudes y creencias sobre higiene y precauciones que tienen los estudiantes de ciencias de la salud del campus de Bellvitge, y en concreto a entender sus argumentos sobre asumir o no asumir como propias ciertas precauciones consensuadas por la comunidad científica.

El análisis conjunto nos permitió definir cuatro grandes categorías a las que se etiquetó como: el aprendizaje (¿Cómo se enseñan los conocimientos?), la experiencia laboral (Entorno laboral, confianza en los profesionales), los argumentos personales (Los argumentos sobre asumir o no las precauciones, el miedo del contagio), las diferentes carreras universitarias (Las características propias de cada enseñanza).

Aprendizaje. ¿Cómo se enseñan estos conocimientos?

Los estudiantes de las diferentes enseñanzas expresan una confusión en ciertos aspectos a causa de la disgregación de la información entre las dife-

rentes asignaturas. Los conocimientos han sido proporcionados por los docentes pero no han estado integrados por los alumnos ya que son percibidos como independientes. Existe una falta de consenso entre los diferentes profesores que dan los mismos temas, o así es como lo perciben los estudiantes. El tema de las precauciones, de la higiene o de las medidas de autoprotección tendría que formar parte de todo el temario de las carreras, de forma lineal, pero queda ubicado en una determinada asignatura sin relación con el resto de materias. Por poner un ejemplo práctico, los estudiantes de enfermería asocian precauciones estándar con la asignatura de enfermería comunitaria, pero no lo asocian con el resto de las asignaturas y comentan que otras asignaturas como son enfermería médico-quirúrgica también enseñan los mismos temas. Los conceptos son explicados de una forma teórica pero chocan con la realidad que perciben los alumnos. Los estudiantes expresan que conocen los métodos a seguir pero que la realidad les aleja, de éstas prácticas teóricamente correctas, hacia un relajamiento en sus planteamientos. Hay conceptos que se repiten en diferentes asignaturas, pero en ocasiones a la hora de aplicarlos, se producen diferencias que confunden al estudiante.

Experiencia laboral. Entorno laboral, confianza en los profesionales

El análisis de las entrevistas nos ha permitido agrupar la información en dos aspectos específicos que determinan el entorno laboral: los equipos de trabajo y la organización de la institución. En primer lugar, en relación con los equipos, el estudio apunta a que las competencias de los/as profesionales sanitarios está fuera de dudas. A pesar de eso, se perciben rasgos de "rutina" en el proceso y en la aplicación de los procedimientos. Este aspecto es especialmente sintomático en determinadas técnicas que los profesionales argumentan y justifican delante del alumno en comentarios del tipo "esto no se tendría que hacer así" pero que dado su grado de experiencia se permite estas concesiones. Este tipo de argumentos refuerza la idea de algunos estudiantes que estas precauciones van más dirigidas a personas sin experiencia práctica ya que cuando un profesional adquiere un grado de experiencia mayor en ciertas técnicas se puede relajar las precauciones.

En segundo lugar, de los comentarios sobre la misma organización, el estudio detecta los siguientes problemas: Por una parte, existe una percepción muy negativa del exceso de rotación de los profesionales que integran los equipos; así como una preocupante falta de coordinación dentro de los equipos profesionales. Por otra parte, se ha identificado un problema que está relacionado con el punto anterior y es el excesivo grado de confianza en las características personales de los expertos y no en la evidencia científica. Finalmente, se ha podido identificar un conjunto de problemas específicos relacionados con los canales de información. Los estudiantes detectan una falta de información entre los diferentes estamentos implicados en la higiene, pasividad a la hora de transmitir la información dentro de los propios centros, rigidez de los canales de información y homogeneización de la información interna.

Argumentos personales. Los argumentos sobre tomar o no las precauciones y el miedo al contagio.

Este apartado engloba todas aquellas percepciones basadas en experiencias personales sobre el riesgo que se asume al estar en contacto con fluidos corporales. En las entrevistas se tomó como eje central los comentarios en relación con la posibilidad de contagiarse de alguna enfermedad. En el análisis se enfatizó específicamente el estudio de los argumentos que los estudiantes usan para justificar determinados comportamientos relacionados con las precauciones. Los alumnos entran en la carrera con una serie de conocimientos propios de su experiencia vital. Algunos han tenido muy poco contacto con entornos de salud, otros han trabajado o han sido voluntarios en programas de salud y la mayoría tienen alguna persona en sus redes sociales que son su fuente de información primaria o secundaria. Se percibe en una parte del discurso este enfrentamiento entre los conocimientos propios y los conocimientos adquiridos en la universidad y cómo se van adecuando los unos a los otros, en función de si se integran o no los conocimientos. Por ejemplo, llevar guantes se percibe como una medida de higiene pero en pocas ocasiones de protección, o se minimiza esta protección. Así, se puede afirmar, que los conocimientos de los estudiantes sobre las medidas de higiene son impre-

cos o inadecuados y se relacionan básicamente con situaciones de excepcionalidad (técnicas muy invasivas). Eso indica una falta de información, no mitigada por los profesionales, que repercute sobre las fantasías y significados que asocian a los estudiantes a los métodos de protección. Asimismo, este efecto se ve reforzado por la percepción del lugar donde se realizan las técnicas como entorno medicalizado y por lo tanto más seguro. La información no sólo está relacionada con el conocimiento sobre las precauciones y la utilización de métodos de prevención, sino que tiene que ver con la tranquilidad y la seguridad que el estudiante tiene durante y después de la técnica. En este sentido, hemos podido apreciar que en el contacto con el paciente la realización de una técnica invasiva aparece siempre asociada al miedo (no siempre concreto o físico) sobre el riesgo personal a contraer una enfermedad. Una consecuencia explícita de eso es que la primera vez que se realiza una técnica, es un determinante que se realice correctamente, porque incidirá en las realizaciones posteriores (lo que nosotros hemos definido como fidelización).

Una constante en los argumentos de los estudiantes es la polaridad que se establece entre la protección propia y la protección al paciente como elementos que permiten explicar las medidas de prevención. El discurso de "no provocar daño en el paciente" es omnipresente en los estudiantes. Se tiende a ver el acto de prevención como fundamentalmente individual. La prevención no debe ser conceptualizada como un acto particular o individual, sino que debe serlo también como un acto colectivo. En este sentido, las relaciones sociales dentro del entorno laboral, la cotidianidad y la accesibilidad podrían ser puntos de apoyo que favorecerían los comportamientos de prevención de los estudiantes.

Diferencias entre carreras universitarias. Las características propias de cada carrera.

La percepción de riesgo cambia según las diferentes carreras. Existe una relación entre el número de técnicas invasivas que realizan los profesionales de cada disciplina en una jornada laboral y el riesgo percibido por los estudiantes de esa carrera. Mientras que los estudiantes de enfermería se muestran bien informados y dan importancia a las

precauciones aunque minimizan los riesgos, los estudiantes de medicina lo asociarían a determinadas técnicas y a métodos en momentos muy concretos de su actividad. Los estudiantes de odontología son muy concretos en las medidas a tomar en aquellas técnicas más invasivas y los estudiantes de podología especifican que las medidas tienen sentido en ciertas intervenciones.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Una evaluación orientada teóricamente de la misma manera que nosotros hemos hecho en este trabajo, tiene que involucrar no sólo en el equipo de profesores expertos en la materia sino, sobre todo en los grupos implicados (estudiantes, profesionales, profesores, universidad, y centro de salud de referencia) porque la información, necesaria para la evaluación, tiene que ver con sus intereses, sus exigencias, sus preocupaciones y sus puntos de vista. La dinámica, generada por la metodología cualitativa adoptada, ha permitido un intercambio fluido y constante de información tanto de manera formalizada como de manera completamente informal y una participación activa de buena parte de ellos. En efecto, las estudiantes a los que hemos tenido acceso, no han sido meros objetos pasivos de observación, ni interlocutores neutrales reactivos a nuestras preguntas. Pretendemos devolver la información a la totalidad de personas involucradas en el proceso de aprendizaje.

Respecto de los resultados concretos del estudio realizado, las principales conclusiones se pueden sintetizar en tres puntos. En primer lugar, al día de hoy la formación en medidas preventivas y de higiene está contemplada en los planes de estudio como una formación puntual y no lineal en las carreras. En segundo lugar, los estudiantes los perciben como una formación necesaria dado su grado de inexperiencia, pero que no es necesaria cuando se adquieren ciertas destrezas. En tercero y último lugar, tanto por lo que respeta en los centros de salud como a los hospitales no hay un consenso en la obligatoriedad que todos los profesionales adopten estas medidas a la práctica diaria.

El control de los riesgos para los pacientes y para los trabajadores son medidas esenciales para una prestación sanitaria de calidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Boyce JM, Pittet D. (2002) Guideline for hand hygiene in health-care settings. Recommendations of the healthcare infection control practices advisory committee and the HIC-PAC/SHEA/APIC/IDSA hand hygiene task force. *MMWR* 51: 1-45.
- Centers for Disease Control and Prevention.(1999) NIOSH alert: preventing needlestick injuries in health care settings. DHHS publication (NIOSH) 2000-108. Cincinnati, OH: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention.
- Doebbeling BN.(2003) Lessons regarding percutaneous injuries among healthcare providers. *Infect Control Hosp Epidemiol* 24, 82-85.
- Garner JS.(1996) Guideline for isolation precautions in hospitals. The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. *Infect Control Hosp Epidemiol* 17: 53-80.
- Gershon RR, Vlahov D, Felknor SA, et al. (1995) Compliance with universal precautions among health care workers at three regional hospitals. *Am J Infect Control* 23: 225-236.
- Jeffe DB, Mutha S, L'Ecuyer PB, et al.(1997) Healthcare workers' attitudes and compliance with universal precautions: gender, occupation, and specialty differences. *Infect Control Hosp Epidemiol* 18: 710-712.
- Koenig S, Chu J.(1995) Medical student exposure to blood and infectious body fluids. *Am J Infect Control* 23: 40-43.
- Kim L.E., Evanoff B.A., Parks R.L. et al.(1999) Compliance with universal precautions among emergency department personnel: implications for prevention programs. *Am J Infect Control* 27: 453-455.
- López, C. Limón, E. Castillo, E. López, T. Gudíol, C. Isla, P. Doménech, E.(2006) Precauciones Estándar: ¿se conocen? ¿se aplican?. *Revista Rol* 29,16-20.
- Wiwanitkit V.(2002) Knowledge survey concerning universal precaution among the Thai preclinic year medical students: a medical school-based study. *Am J Infect Control* 30: 255-256.
- WHO.(2006) WHO Guidelines for Hand Hygiene in Health Care (advanced Draft). World Alliance for Patients Safety. Geneva: WHO.



TEORÍA Y MÉTODO

AS NECESSIDADES DOS CUIDADORES FAMILIARES DA PESSOA COM DEPRESSÃO - UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA -

Maria de Fátima dos Santos Rosado Marques

Professora Adjunta

Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus



“THE NEEDS OF FAMILY CAREGIVERS OF PEOPLE WITH DEPRESSION” A SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW

SUMMARY

The depression assumes strong incidence and prevalence situating in fourth place between all the illnesses. One expects that the family assumes an important role in the cares assuming the partner condition

But what needs the family to feel partner in the process of cares? How lives the family the role of caregiver? Which his needs? It's necessary to know them so that the nurses can help the families to take care of his depressed relative.

Objective: to identify the needs of family caregivers of the person with depression.

Methods: the searches were conducted via EBSCO and via B-ON, in 13 electronics databases

during the month of May 2007. Criteria of inclusion and exclusion of the primary studies and the descriptors had been defined to use in the research. 612 studies had been found. By applying the criteria, remaining 3 studies on which the analysis was done.

Results: The caregivers are not prepared for the impact that depression has in the family, work and social life. The changes and adjustments required for the role of caregiver and the unfamiliarity of the progress and prognosis of the disease, generating dissatisfaction and insecurity. The role of caregiver is a lonely experience, with poor relationships and loss of intimacy.

The family caregivers want the health professionals who listen, understand and take seriously their needs. They needs information about the development of depression, training of communication skills and to understand the importance of antidepressants in controlling the disease. They want to be heard and considered in the management of the referring decisions to its familiar.

Keywords: family caregivers; depression; needs

RESUMO

A depressão assume forte incidência e prevalência, situando-se em quarto lugar entre todas as doenças. Espera-se que a família assuma um papel de relevo nos cuidados avocando a condição de parceira. Mas de que precisa a família para se sentir parceira no processo de cuidados?

Como vive a família o papel de cuidador? Quais as suas necessidades? É preciso conhecê-las para que os enfermeiros possam ajudar as famílias a cuidar do seu familiar deprimido.

Objectivo: identificar as necessidades dos cuidadores familiares da pessoa com depressão.

Método: foram realizadas pesquisas via EBSCO e via B-ON, em 13 bases de dados electrónicas durante o mês de Maio 2007. Foram definidos critérios de inclusão e exclusão dos estudos primários e os descritores a utilizar nas pesquisas, tendo-se encontrado 612 estudos. Pela aplicação dos critérios, restaram 3 estudos sobre os quais foi feita a análise.

Resultados: os cuidadores não estão preparados para o impacto que a depressão tem na família, no trabalho e na vida social. As mudanças e adaptações impostas pelo papel de cuidador e o desconhecimento da evolução e prognóstico da doença, geram insatisfação e insegura. O papel de cuidador é uma experiência solitária, com relações pobres e perda de intimidade.

Os cuidadores familiares querem profissionais de saúde que os ouçam, entendam e levem a sério as suas necessidades. Precisam de informação acerca da evolução da depressão, treinar competências de comunicação e entender a importância dos antidepressivos no controle da doença. Querem ser ouvidos e considerados na gestão das decisões referentes ao seu familiar.

Palavras chave: cuidadores familiares; depressão; necessidades

INTRODUÇÃO

Sendo considerada actualmente a principal causa de incapacitação em todo o mundo, a depressão assume uma forte expressão de incidência e prevalência, situando-se em quarto lugar entre todas as doenças (OMS;2001). De acordo com a mesma fonte, é esperada uma tendência ascendente desta perturbação mental nos próximos 20 anos, sendo espectável que 5,8% dos homens e 9,5% das mulheres, passem por um episódio depressivo num período de 12 meses.

Caracterizada por desinteresse e falta de alegria, perturbações do sono e do apetite, perturbações sexuais, alterações do pensamento e da

concentração (Guz, 1990), quebra de energia e variações do humor, a depressão está detectada desde há séculos, havendo casos descritos há cerca de 3000 anos (Serra, 1990).

Classificada nosograficamente como um transtorno do humor, segundo o DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition) e o ICD-10 (International Classification of Diseases - 10th-revision), a depressão tem sido o centro de atenção de profissionais e investigadores que actuam no campo da saúde mental, bem como dos responsáveis pelas políticas de saúde de muitos países (Gentil, 1999), pelo ónus que causa a nível social (OMS, 2001).

A atenção que recai sobre a depressão é motivada pelo facto de esta afectar não só a pessoa doente, mas também a sua família, provocando sérios problemas na dinâmica pessoal, familiar e social. As pessoas que sofrem de depressão vivem o início da doença de forma solitária, sem conseguir descrever claramente o sofrimento ocasionado pelas primeiras manifestações comportamentais, o que faz com que os familiares tenham dificuldade em identificar os primeiros sintomas da doença (Silva et. al., 2004).

A incapacidade de sentir prazer com as coisas que lhe proporcionavam essa sensação anteriormente, o isolamento, o comportamento silencioso, a expressão facial triste, o choro fácil e o desinvestimento na higiene e aparência pessoal, são alguns dos sinais que incomodam os familiares que vivem com uma pessoa que está deprimida (Townsend, 2002), pela dificuldade em lidar com uma situação nova e desconhecida. O internamento é maioritariamente um recurso de última linha, sendo no contexto familiar e social que a pessoa vive a sua depressão de forma silenciosa.

Tendo em conta as actuais políticas de saúde e o Relatório da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental em Portugal (2007), é esperado que a família adopte um papel de relevo no contexto dos cuidados, através de uma atitude pró-activa assumindo a condição de parceira. De acordo com um documento elaborado pela Federação Nacional das Associações de Famílias Pró-Saúde Mental de onde foram retirados excertos que constam no Relatório acima referido, as famílias como cuidadores, têm necessidades que devem ser reconheci-

das e respeitadas. Assumir este papel implica consequências importantes, nomeadamente nos estilos de vida e nas relações interpessoais (Ballester Ferrando et. al., 2006). Mas como vive a família o papel de cuidador? De que precisa ela para se sentir de facto parceira de direito no processo de cuidados? Quais são as suas necessidades? Quem a escuta, quando os seus conhecimentos são insuficientes e os recursos disponíveis pouco adequados? O desconhecimento da problemática específica da pessoa com depressão e a abordagem que lhe é feita, pode incidir de forma negativa na sua evolução (Orts, 2002), com consequentes repercussões no contexto familiar.

Investigar as necessidades das famílias que cuidam de um familiar com depressão, não vai eliminá-las; mas vai ajudar a torná-las conhecidas de modo a que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, possam definir estratégias e levar a cabo intervenções (Ballester Ferrando, et.al., 2006), que ajudem a cuidar da família cuidadora, tendo por base aquilo que ela necessita.

MÉTODO

Tendo como finalidade apurar a evidência científica acerca das necessidades dos cuidadores familiares de pessoas com depressão, formulou-se uma pergunta de pesquisa que norteou toda a revisão da literatura: - “Quais as necessidades dos cuidadores familiares da pessoa com depressão?”

Para dar resposta a esta questão foram considerados estudos empíricos de acordo com os critérios definidos, independentemente do paradigma no qual se situavam para nortear a investigação

Critérios de exclusão: - estudos que não forneciam informação clara acerca dos elementos considerados fundamentais para a análise, nomeadamente, participantes, intervenções, resultados e desenho de pesquisa, bem como o ano de realização do estudo;

- Estudos que se referiam a cuidadores familiares de crianças e/ou adolescentes;
- Estudos que se referiam a cuidadores familiares de adultos e/ou idosos que tinham associado outras patologias como demência, doença de Alzheimer, alcoolismo ou doença bipolar;

- Estudos nos quais os cuidadores eram externos à família;
- Estudos realizados em países de origem Africana.

Critérios de inclusão: - estudos em que os participantes eram cuidadores familiares independentemente do grau de parentesco;

- Estudos que se referiam a cuidadores familiares de adultos e/ou idosos tendo como diagnóstico clínico unicamente depressão unipolar;
- Estudos em língua inglesa, francesa, castelhana e portuguesa
- Todos os estudos realizados entre Janeiro de 1997 e Maio de 2007.

ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS UTILIZADAS NA PESQUISA

Para o acesso e selecção dos estudos recorreu-se à pesquisa em bases de dados electrónicas durante a última quinzena do mês de Maio. Previamente isolaram-se os conceitos angulares da pesquisa relativamente aos participantes (cuidadores familiares) e à situação clínica dos participantes indirectos (adultos e/ou idosos com depressão unipolar). Foram feitas várias conjugações de descritores no sentido de encontrar expressões relativamente estáveis que pudessem consolidar a pesquisa, o que nem sempre se verificou fácil.

Os descritores utilizados foram:

- Family / families / relatives
- Caregivers / carers / care / cared / carer / caretakers
- Depression / depressive / depressed / illness / disorder / disease / chronic / mental / severe / psychiatric /
- Patient / persons / adult / older / people / members /
- Needs / home.

As pesquisas foram efectuadas nas seguintes bases de dados electrónicas: via B-ON - Sciencedirect-Elsevier. Via EBSCO - MEDLINE, CINAHL; PubMed; MedicLatina; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; British Nursing Index; Cochrane Database of Systematic Reviews; Cochrane Central Register of Controlled

Trials; Psychology and Behavioural Sciences Collection. SCIELO; Fundación Índex e Psiquiatria.com. Para completar a pesquisa utilizaram-se ainda os seguintes motores de busca: Soople; Google; Scholar Google e Wikipédia. Na selecção de estudos foram também tidas em conta as referências bibliográficas mencionadas nos artigos escolhidos.

De acordo com as estratégias de pesquisa definidas, encontraram-se 612 referências a estudos, existentes nas diferentes bases de dados já mencionadas. Iniciou-se então uma selecção por afinamento, estreitando o leque de artigos considerados pertinentes de acordo com os critérios de inclusão/exclusão definidos, a qual se iniciou primeiramente pela leitura dos títulos, leitura dos resumos e finalmente o texto integral, tal como se esquematiza na figura 1.

Os artigos referentes aos 3 estudos primários seleccionados foram relidos de forma a identificar os autores, o ano da pesquisa, o país onde ocorreu, os participantes, as intervenções, os resultados e o desenho do estudo. Os dados recolhidos foram colocados numa tabela de modo a facilitar a compreensão e respectiva síntese. (Tabela 1)

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A apresentação dos artigos dos estudos seleccionados na Tabela 1, foi feita por ordem cronológica da sua realização.

Tendo em conta o paradigma de investigação qualitativo em que todos os estudos seleccionados se posicionam, verificamos que o número de participantes se situa dentro do espectável, balizado no intervalo entre 37 e 7 familiares cuidadores de pessoas com depressão.

O estudo realizado por Muscroft e Bowl (2000), foi constituído por dois momentos diferentes. Num primeiro momento, foi enviado um questionário a familiares cuidadores, membros da associação “Depression Aliance”, onde era pedido a sugestão de assuntos que gostassem de abordar e simultaneamente era feito o convite para participar no estudo. Foram devolvidos 64 questionários representando 83,1% do total de questionários enviados, sendo que 51 (79,6%) eram de familiares de cuidadores de pessoas com depressão. Todos os que responderam, afirmaram querer entrar no estu-



do, tendo sido seleccionados 10, segundo uma amostragem por conveniência. Num segundo momento e tendo em conta os assuntos referidos nos questionários enviados na fase inicial do estudo, realizaram-se entrevistas em profundidade aos 10 cuidadores seleccionados, centrando-se nas seguintes questões: - como é que a vida familiar é afectada pela depressão? - Como é que as famílias relatam a depressão? - Qual a natureza das experiências dos cuidadores com os profissionais de saúde mental? - Quais os factores que facilitam ou impedem os pedidos de ajuda?

A entrevista teve uma abordagem próxima da utilizada nas histórias de vida, centrando-se na vida antes da depressão, primeiras manifestações, ajustes e adaptações das situações, familiarização com a situação, uma síntese da experiência global e finalmente uma reflexão sobre a própria entrevista. A idade dos cuidadores entrevistados situava-se entre os 30 e os 80 anos, totalizando 678,8 anos de cuidados dirigidos à pessoa com depressão. A média de cuidados era de 13,3 anos e o intervalo ia de 6 meses a 30,1 anos.

Segundo Muscroft e Bowl (2000) o confronto com a depressão no sistema familiar parece ocorrer de acordo com 4 fases distintas a que chamaram fases de Aquisição (manifestação dos primeiros sinais e sintomas, período pré-diagnóstico); Acomodação (confronto com o diagnóstico clínico e com a ideia de ter um doente na família); Adaptação (começa a surgir a necessidade de priorizar necessidades dos próprios cuidadores, do doente e de outros elementos da família) e Apropriação (é a consciencialização de que a depressão é parte integrante do sistema familiar levando a uma redefinição dos papeis).

Para perceber as necessidades dos cuidadores é preciso ter em conta o papel que este desempenha

na família, a sua idade, a relação com o familiar doente e a fase pela qual a família está a passar.

Boyle e Chambers (2000) realizaram um estudo para explorar as atitudes, experiências e percepções dos cuidadores familiares, acerca da adesão terapêutica aos antidepressivos por parte dos familiares idosos com depressão. A amostra foi seleccionada por conveniência e o método de pesquisa utilizado o “focus grupo”. Os participantes foram convidados telefonicamente para participar no estudo, sendo informados da sua finalidade, dia, hora e local para realização do encontro. O “focus grupo” foi moderado por um dos investigadores e os temas a abordar foram os seguintes: - pode dizer-me o que sabe acerca da depressão do seu familiar? - O que é que pensa acerca do seu familiar tomar antidepressivos? - Pode dizer-me o que é que faz para ter a certeza que o seu familiar toma os antidepressivos? - Acha que poderia ajudar o seu familiar a controlar a depressão e a toma dos antidepressivos? - Há alguma coisa mais que queira falar?

Toda a sessão foi gravada para posterior análise, e o grupo suscitou momentos emocionais fortes gerados a partir das experiências individuais dos cuidadores.

Entre Fevereiro e Julho de 2002, Highet et.al., realizaram “focus grupos” em seis cidades importantes da Austrália com cuidadores familiares de pessoas com diagnóstico de depressão unipolar. Os cuidadores eram convidados a participar no estudo através de organizações de apoio direccionadas para pessoas com doença mental, e a investigação pretendia explorar as experiências dos cuidadores familiares de pessoas com depressão.

Cada “focus grupo” envolveu 2 sessões mantendo os mesmos participantes, sendo os grupos constituídas por 5 a 8 elementos e com a duração aproximada de 2 horas. As sessões foram conduzidas por um ou dois facilitadores experientes (2 dos autores da pesquisa) e seguiram um formato estruturado segundo o qual eram colocadas 6 questões, a fim de serem depois discutidas abertamente com o grupo: - o que é que reconheceu primeiro que não estava bem com o seu familiar? - O que é que isso significou para si? - Que impacto teve isto na vossa relação? - Como é que procurou ajuda para o seu familiar com depressão? - Qual foi o impacto da

doença nos outros membros da família? - Como cuidador o que é que precisa do sistema de cuidados de saúde em geral? Todas as sessões foram gravadas, transcritas e posteriormente analisadas com o programa de software QSR NUD*IST.

As idades dos participantes no estudo variavam entre 23 e 65 anos, e o número de homens e mulheres era semelhante. Da análise qualitativa evidenciaram-se 5 áreas temáticas consideradas como temas chave pelos investigadores: - o impacto directo da depressão nos cuidadores; o impacto da depressão nas relações íntimas; a falta de apoio social mais alargada; falta de respeito ou compromisso dos prestadores de cuidados de saúde; importância das organizações e grupos de apoio.

Depois de olhar cada estudo isoladamente, quer pela Tabela 1 quer pela descrição narrativa, pode verificar-se que todos respondem à questão colocada inicialmente: -“Quais as necessidades dos cuidadores familiares da pessoa com depressão?”

Partindo de métodos de recolha de dados semelhantes, divergindo apenas na recolha individual ou em grupo, os estudos centram-se na forma como os cuidadores familiares perceberam a mudança de comportamento dos seus familiares e que impacto essa mudança teve na relação familiar (Highet, et.al., 2004), (Muscroft e Bowl, 2000). Como é que procuram ajuda e qual foi a resposta dos profissionais de saúde?

Sendo a depressão uma doença silenciosa na forma como se impõe no seio familiar, desencadeia um rol de alterações que coloca em causa o seu equilíbrio. Este processo é iniciado na fase de aquisição onde as relações entre os membros da família se tornam inseguras e cautelosas. É o constatar com uma nova realidade que crescerá progressivamente, atingindo o seu auge na fase de apropriação. (Muscroft e Bowl, 2000).

Os cuidadores não estão na maioria das vezes preparados para o profundo impacto que a depressão tem na família, no trabalho e na vida social (Highet, et.el. 2004). As mudanças e adaptações que lhe são impostas pelo papel de cuidador e o desconhecimento face ao controle e prognóstico da doença, geram insatisfação e insegurança (Boyle e Chambers, 2000). De acordo com Muscroft e Bowl (2000), os familiares consideram o papel de cuidador uma experiência solitária vivi-

da no silêncio, impregnada de relações pobres e perda da intimidade, aumentando o potencial para rupturas nas relações conjugais (Highet, et.al., 2004).

Associado à experiência vivida pelo cuidador no seio familiar junto da pessoa com depressão, agrega-se a experiência vivida junto dos profissionais de saúde mental quando o cuidador procura apoio. Os cuidadores familiares querem profissionais que os ouçam, que os entendam e que levem a sério as suas necessidades. Querem saber informação acerca da evolução da depressão e treinar competências de comunicação, de modo a utilizarem uma linguagem facilitadora do processo relacional com o familiar deprimido (Muscroft e Bowl, 2000). Querem entender a importância da medicação antidepressiva (efeitos principais e secundários) no processo de controlo da depressão, de modo a pudermos incentivar o seu familiar à sua toma, fazendo-o de modo consciente como elementos activos no processo de cuidados (Boyle e Chambers, 2000). Querem ser ouvidos e considerados na avaliação crítica dos procedimentos e na gestão das decisões referentes ao seu familiar. Nas situações em que o cuidador foi consultado, isto foi percebido como benéfico para o doente, para o cuidador e para o profissional prestador de cuidados (Highet, et.al., 2004).

CONCLUSÃO

Partindo inicialmente de um conjunto de artigos publicados num período de dez anos (entre 1997 e 2007), cuja quantidade parecia promissora, seleccionados em bases electrónicas de dados já anteriormente referidas, verificou-se após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão no estudo, que os trabalhos encontrados se mostraram exíguos. No entanto, os achados do levantamento revelaram-se pertinentes e coerentes com a temática trabalhada, na medida em que possibilitaram a compreensão das necessidades dos cuidadores familiares da pessoa com depressão, o que permite dizer que o objectivo do estudo foi atingido.

Por vezes com um surgimento insidioso e não anunciado, a depressão provoca alterações profundas no sujeito onde se instala e na família que com ele priva. Há necessidade de redefinir papéis e funções no seio familiar, onde as relações se tornam pobres e pouco estimulantes. A família não

compreende o comportamento do seu familiar, sente-se sozinha neste processo e por isso reclama pelo apoio dos profissionais de saúde, na definição de estratégias de comunicação, que facilitem o seu papel de cuidador.

Pela escassez de trabalhos encontrados e pela pertinência da temática tendo em consideração a tendência ascendente da depressão nos próximos 20 anos (OMS, 2001), bem como as políticas de saúde apelando ao envolvimento das famílias no processo de doença depressiva, parece-nos pertinente a realização de outros estudos acerca da temática explorada, em contextos sociais e culturais diferentes dos já estudados.

É preciso conhecer de forma clara as necessidades dos cuidadores familiares de pessoas com depressão, de modo a que possamos definir estratégias para as minorar e/ou colmatar, capacitando assim cada cuidador para o desempenho do seu papel dentro da família. Estamos certos, que este poderá ser um dos contributos da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

BIBLIOGRAFIA

- Ballester Ferrando D, (2006) Cambios en los cuidadores informales en cuanto a estilos de vida, relaciones y alteraciones de salud mental. Revista Presencia. 2, 4 Disponível em <<http://www.index-f.com/presencia/n4/56articulo.php>> [ISSN:1885-0219]
- Boyle, E. & Chambers, M.(2000) Medication compliance in older individuals with depression: gaining the views of family carers. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing,7, 515-522
- Comissão Nacional Para a Reestruturação Dos Serviços De Saúde Mental - Reestruturação e desenvolvimento dos serviços de saúde mental em Portugal, (2007) Lisboa. Disponível em http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos_Constitucionais/GC17/Ministerios/MS/Comunicacao/Outros_Documentos/20070530_MS_Doc_Sau de_Mental.htm
- Gentil, V (1999) Uma leitura anotada do projecto brasileiro de reforma psiquiátrica. Dossier Psiquiatria e Saúde Mental. Revista USP. São Paulo. 43, 6-23
- Guz, I (1990) Depressão: o que é, como se diagnostica e trata. Roca, São Paulo
- Highet, Nicole J. [et.al.] (2004) How much more can we lose?: carer and family perspectives on living with a person with depression. The Medical Journal of Australia.Sydney. 181,7
- Muscroft, J & Bowl, R (2000) The impact of depression on caregivers and other family members: implications for professional support. Counselling Psychology Quarterly. 13, 1, 117-134
- Organização Mundial da Saúde, Genebra, 2001 (2002) Relatório Mundial da Saúde 2001. Saúde Mental: Nova Compreensão, Nova Esperança. Climepsi Editores, Lisboa (Livro).

- Orts, R (2002) Cuidadores informales como agentes de salud. Interpsiquis. Disponível em <http://www.psiquiatria.com/imprimir.ats?5614>
 - Serra, A (1990) A depressão na prática clínica. Marca - Artes gráficas, Porto

- Silva, MC; Stefanelli, M; Hoga, L (2004) En busca de solución para el sufrimiento; vivencias de familiares en el proceso de enfrentamiento de la depresión. Ciencia e Enfermería. Concepción. ISSN 0717-2079. X, 2, 31-41
 - Townsend, M. C. (2002) Enfermagem Psiquiátrica: conceitos de cuidados. Guanabara, Rio de Janeiro

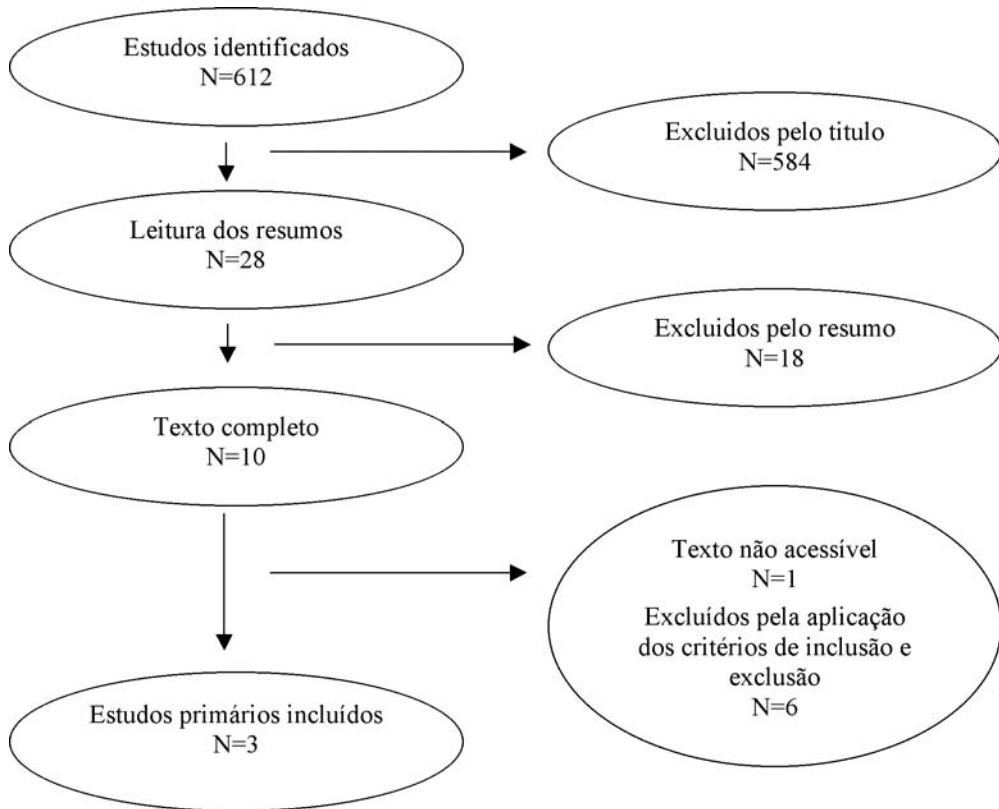


Figura 1 - Processo de selecção dos estudos de investigação

Autor(es)/ Ano/Pais	Participantes	Intervenções	Resultados	Desenho
Muscroft; Bowl, 2000, Grã- Bretanha	10 Familiares de pessoas com depressão	<p>Para identificar a forma como os cuidadores familiares de uma pessoa com depressão são afectados, foi enviado um questionário aos membros da “Depression Alliance”, de modo a obter um conjunto de assuntos a explorar em entrevista e simultaneamente convidar a participar na pesquisa. Responderam 64 indivíduos, dos quais 51 eram cuidadores de pessoas com depressão. Destes foram escolhidos 10 de acordo com a acessibilidade geográfica, a disponibilidade e a habilidade para comunicar, tendo sido realizadas entrevistas em profundidade com uma estrutura de base cronológica.</p>	<p>As experiências dos cuidadores familiares deram origem a um modelo constituído por 4 fases: - aquisição; acomodação; adaptação e apropriação. Este foi formulado a partir do relato das famílias sobre a depressão, sobre a forma como a vida emocional da família é afectada, as suas experiências de cuidadores com os profissionais de saúde mental e os factores que facilitam ou impedem a procura de ajuda. Os familiares consideram o papel de cuidador uma experiência solitária e incompreendida. As suas necessidades são desconhecidas e desconsideradas pelos profissionais de saúde mental. Referem lacunas na informação sobre o curso evolutivo da depressão, o comportamento e a linguagem a adoptar para lidar com o seu familiar</p>	Qualitativo

Autor(es)/ Ano/Pais	Participantes	Intervenções	Resultados	Desenho
Boyle; Chambers, 2000, Irlanda do Norte	7 Familiares de idosos (idade igual ou superior a 65 anos) com o diagnóstico primário de depressão	Para explorar as atitudes, experiências e percepções dos cuidadores familiares relacionados com a adesão terapêutica à medicação antidepressiva, dos seus familiares idosos com depressão, foi realizado um Focus grupo. A amostra foi seleccionada por conveniência, as entrevistas gravadas e a análise qualitativa das mesmas, permitiu identificar aspectos chave	Os cuidadores têm poucos conhecimentos sobre a depressão, a sua evolução e prognóstico. Não foram devidamente informados acerca da medicação antidepressiva e têm um papel activo no processo de assegurar a adesão terapêutica. Foi destacada a necessidade dos profissionais de saúde promoverem e encorajarem os cuidadores, a tomar parte no programa terapêutico dos idosos com depressão. Isto deve ser feito proporcionando informação educacional de forma concisa e explícita, acerca dos antidepressivos e da importância da adesão terapêutica	Qualitativo

Autor(es) Ano/Pais	Participantes	Intervenções	Resultados	Desenho
Highet, et al, 2004, Austrália	37 cuidadores (19 pais, 15 esposas/os e 3 irmãos) de pessoas com depressão unipolar	De modo a explorar as vivências dos cuidadores familiares de pessoas com depressão, foram conduzidos doze Focus grupo estruturados, em seis cidades importantes da Austrália (2 em cada cidade), entre Fevereiro e Julho de 2002. Os dados foram analisados através do programa de software QSR NUD*IST.	A análise destacou cinco temas chave. O papel dos cuidadores é dificultado pela falta de conhecimento da comunidade sobre a depressão e pela relutância de outras famílias e amigos em ter um comportamento de ajuda. Os cuidadores experimentam um sentimento de solidão muitas vezes exacerbado pelas experiências adversas com os profissionais de saúde. São excluídos quando são tomadas decisões importantes e nos serviços de urgência os profissionais são indiferentes às suas preocupações. Contrariamente, as organizações de suporte na comunidade geralmente proporcionam um sentido de inclusão e de finalidade comum.	Qualitativo

Tabela 1 - Artigos dos estudos seleccionados

ALGO SE ESTÁ MOVIENDO EN LOS HOSPITALES, ¿SERÁ QUIZÁS LA HUMANIZACIÓN CLÍNICA?

Dra. Antonia Pades Jiménez (*), Catalina Homar Amengual (**),
A. Martín-Perdiz(***), E. Ponsell-Vicens (*), I. Riquelme-Agullo(***)

(*) *Profesora Titular Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia.*

Departamento de Enfermería y Fisioterapia

(**) *Profesora asociada de la Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia.*

Departamento de Enfermería y Fisioterapia

(***) *Profesora Colaboradora de la Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia. Departamento de Enfermería y Fisioterapia*



SOMETHING IS MOVING IN HOSPITALS. COULD IT BE CLINICAL HUMANISA- TION?

SUMMARY

In this article results are presented after analysing the students' answers in regard to perception, beliefs and attitudes on the Clinical Humanisation process in hospitals. We conclude that "something is moving", though very slowly, concerning the change in the process of humanisation of care. Students perceive that families and carers in hospitals are not well taken care of, and consider this change as essential. They believe it is necessary to acquire knowledge and communication and social strategies towards the emotional approach to patients and their relatives.

Key words: Clinical humanisation, attitudes, beliefs, perception, psychosocial care, communication abilities.

ALGO ESTÁ OCORRENDO EM HOSPI- TAIS: TALVEZ A HUMANIZAÇÃO CLÍNICA?

RESUMO

Nesse artigo apresentam-se resultados obtidos da análise de respostas do alunado, em relação à percepção, crenças e atitudes sobre o processo de Humanização Clínica nos hospitais. Conclui-se que "está ocorrendo algo", ainda que de maneira muito lenta, atendendo à mudança no processo de humanização dos cuidados. Os estudantes percebem que não se atende de maneira adequada à família e ao cuidador nos hospitais, e consideram imprescindível essa mudança de perspectiva. Eles acreditam que seja fundamental a aquisição de conhecimentos e estratégias comunicativas e sociais para a abordagem emocional em relação ao paciente e sua família.

Palabras-chave: Humanização clínica; atitudes; crenças; percepções; cuidados psico-sociais; habilidades comunicativas.

RESUMEN

En este artículo se presentan los resultados tras analizar las respuestas del alumnado en relación a la percepción, creencias y actitudes sobre el proceso de Humanización Clínica en los hospitales. Se concluye que "algo se está moviendo", aunque de manera muy lenta, atendiendo al cambio en el proceso de humanización

de los cuidados. Los estudiantes perciben que no se atiende de manera adecuada a la familia y al cuidador en los hospitales, y consideran imprescindible este cambio de perspectiva. Creen fundamental la adquisición de conocimientos y estrategias comunicativas y sociales para el abordaje emocional al paciente y la familia.

Palabras clave: Humanización clínica; actitudes; creencias; percepción; cuidados psicosociales; habilidades comunicativas

INTRODUCCIÓN

El cuidar es la base de la actividad enfermera, este cuidar posee una dimensión normativa y estipulada para definirse como tarea profesional (Feito, 2005). Los cuidados como bien interno, como lo que legitima algo como propio de una profesión, es lo que da su sentido y validez social (Feito, 2005). Sin embargo, existe otro aspecto del cuidado que consideramos tan o más importante que éste, y es el que hace referencia al cuidado como actitud. Feito define ésta como una situación de sensibilidad ante la realidad, de toma de conciencia de... El cuidado es, sin duda, una forma de responsabilidad. En contra de lo que pueda parecer, la humanización del cuidado no es un movimiento de los últimos 20 años, sino que ya se recogen artículos sobre esta materia a principios de los años 70 con trabajos como los de Kassab (1970) o de Lex (1971). A nivel docente, son muchos los trabajos que se centran en los valores que debe tener la profesión y cómo enseñarse en las aulas (Pérez et al, 2002, Oliveira et al, 2006; Barbosa, 2007), pero pocos los que ahondan en trabajos prácticos con el alumnado ya sea desde una perspectiva cualitativa o cuantitativa (Motta, 2004; Nunes, 2006; Barbosa y Silva, 2007).

Desde hace ya varios años, las docentes de la asignatura Relaciones Humanas, abordamos las variables que influyen en la intervención terapéutica, asistencial y de cuidados (Pades et al, 2004). Consideramos que es fundamental educar en la actitud del cuidado. Es una de nuestras prioridades, no sólo aportar a los alumnos conocimientos teóricos, sino contribuir a aumentar su bagaje profesional con una serie de destrezas que les permitan esta

actitud de cuidar, base de unos cuidados profesionales adecuados a las demandas actuales de la persona.

En este sentido y siguiendo las directrices del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) que aboga por una educación centrada en el rol autónomo del alumno, durante el curso académico 2007-08, y dentro de esta asignatura se han incorporado una serie de cambios metodológicos, con el objetivo de que el alumnado desde el primer día, reflexione, partiendo de la premisa que "las personas tienen capacidad para reflexionar sobre sus propias situaciones, así como para modificarlas mediante sus propios actos" (Carr, 1988) trabajo, "la buena práctica es la que permite avanzar a cotas más elevadas de desarrollo profesional" (Bardají, 2008) y desarrolle una actitud crítica y responsable, con una gestión adecuada de sus emociones. Aunque estos cambios se empezaron a introducir desde el año 1999-2000 con la aplicación de un programa de entrenamiento en habilidades sociales (EHS) diseñado y adaptado a los alumnos de tercer curso (Pades A y Ferrer VA, 2002), en el presente curso académico se han introducido nuevos aspectos metodológicos y ejercicios dentro de dicho programa. A continuación, se presentan en este artículo las reflexiones realizadas por los alumnos y se proponen una serie de estrategias de mejora.

El primer día de clase se propuso al grupo completo, una lectura crítica de un texto: "La Humanidad Clínica" (Garrido, 2003). Artículo escrito por un periodista conocido a nivel local, autor también del libro: "Te lo contaré en un viaje", donde narra su experiencia como familiar y acompañante de su hija adolescente enferma hasta su muerte. A los alumnos de tercer curso tras la lectura del artículo se les propuso el ejercicio de contestar de manera abierta y tras la reflexión grupal a una serie de preguntas, con el objetivo de explorar cuál era la percepción del alumnado ante el proceso de humanización en el hospital, y analizar las actitudes y/u opiniones en relación a los cuidados prestados a la familia y/o cuidador principal.

Nuestro objetivo como docentes era entonces, explorar y analizar sus percepciones, creencias y actitudes sobre el tema, para luego insistir a nivel docente en la adquisición de nuevos conocimientos y estrategias comunicativas y de interacción social.

El segundo objetivo, lo teníamos garantizado con el aporte de los conocimientos a nivel teórico, pero la primera parte de analizar percepciones, creencias y actitudes y, si era preciso intentar cambiarlas era más compleja. CAMBIAR ACTITUDES, todos nosotros lo sabemos, es difícil, cuesta y sobre todo si éstas ya están adquiridas y reflejan un aprendizaje social y por observación del entorno que nos rodea (Bandura, 1986). Las propias experiencias negativas con el sistema sanitario, y con los encuentros con diferentes modelos (profesionales de la salud) que interactúan en él, nos condicionan e influyen en nuestras percepciones, actitudes, emociones y conducta (Borrell, 2003).

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo transversal en una muestra de 133 alumnos/as de tercer curso de enfermería de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universitat de les Illes Balears (UIB), durante el curso académico 2007-2008.

Tras la lectura de un texto escrito que era de corta extensión, que suponía una lectura individual de aproximadamente 4-5 minutos, se formaron grupos de 3-4 personas que reflexionaron sobre una serie de cuestiones que planteamos. Tras la clase, los alumnos debían seguir trabajando el tema, ya que les habíamos propuesto que este trabajo grupal reflexivo, tuviese una ponderación en la nota final de la asignatura. Por lo tanto, nos debían entregar sus conclusiones grupales por escrito. La propuesta exacta era que a lo largo del curso académico se realizasen trabajos de reflexión a nivel grupal de este tipo, que atendían al temario teórico que se estaba impartiendo, y que luego las conclusiones se entregarían por escrito a las profesoras para su corrección y posterior feedback. A estos trabajos se les denominó "Entregables". Este trabajo pues, suponía el primer entregable del curso. Podría servir también de ejercicio de "Calentamiento" tal y como se denominan a los ejercicios para romper el hielo (Caballo, 1986). En los procesos de inicio de la interacción social. Los alumnos aún no se habían adentrado por la asignatura teórica de Relaciones Humanas.

Para ello, las preguntas que se les formularon fueron las siguientes:

- Creéis que ALGO SE ESTÁ MOVIENDO en el hospital, refiriéndose al cambio o al movimiento humanista en la práctica asistencial, tal y como el texto apunta.
- Cómo se ve a la familia en los hospitales.
- Creéis que se cuida a los cuidadores, acompañantes.
- La valoración emocional del paciente, cliente y familia ¿se está haciendo? Vosotros como alumnos de tercer curso, ¿cómo se os ocurriría abordar este tema? Empieza evaluando... ¿qué preguntarías para conocer estos aspectos emocionales? ¿Qué aspectos de la comunicación no verbal observarías y por qué? ¿cómo lo harías tú.....?.
- Humanizar, es algo más que una técnica ¿Por qué?
- Qué entiendes por empatía. Defínela y describe los parámetros (verbales y no verbales) que la componen.
- Cuando el autor afirma que "sí que existe un código universal de humanidad" qué creéis que está diciendo.
- Para finalizar, qué cualidades creéis que debe tener una enfermera/enfermero para cuidar.

RESULTADOS

Los resultados más relevantes se presentan a continuación:

La mayoría de los alumnos, (98%) perciben que "sí, algo se está moviendo pero de manera muy lenta". Textualmente comentan: "Tenemos que tratar a personas, se va dejando atrás la fórmula: paciente de la 324"... Otro alumno comenta, "Sí algo se está moviendo, hemos dejado de ver una herida para ver a una persona". "Se mueve pero de forma muy pequeña, al igual que cuando tiramos una piedra al lago, se van haciendo círculos uno más grande que el otro y a consecuencia del más pequeño. Si se cuenta con la humanización y se tiene la mentalidad que hay que cambiar esos cuidados tan técnicos es porque la piedra ya se ha tirado y poco a poco los círculos se harán más grandes"

- El 76% perciben que aún no se ve a la familia como se tiene que ver, "como una persona o personas que necesita también cuida-

dos”. Se les ve como una molestia “más personas con las quien batallar”, “como un estorbo” La visión generalizada es la de personas incordiantes y molestas. “Como un obstáculo”. Se les califica como “pesados” o “listillos”. Los alumnos dicen, en los hospitales, se observa una familia esquivada por parte del profesional, además de una familia desgastada tras dormir día a día en una incómoda butaca. Para la persona ingresada, una de las cosas más importantes, por no decir la más importante, es el apoyo de sus personas cercanas, ya sean familiares, pareja, amistades...y es en los que realmente se apoyan. Es como si a un anciano que usa bastón para caminar y que sin él le cuesta moverse, le quitásemos ese bastón, al final el anciano acabará cayéndose solo.

El resto de alumnos apunta a que sí que se cuida a los familiares, que se ha avanzado mucho, que se percibe un notable cambio, que la familia no es un concepto cerrado, cada hospital, cada unidad y cada profesional tiene su propia concepción de FAMILIA, y ésta puede distar mucho de unos a otros.... La mayoría concluyen que necesitamos una educación paciente-familia-personal sanitario en la que todos nos ayudemos y no nos perjudiquemos, además tenemos que ver al paciente y a la familia como un conjunto inseparable.

- A la pregunta Creéis que se cuida al cuidador/acompañante: la mayoría apunta que no (88%) La mayoría de veces nos centramos en los cuidados físicos del paciente, nadie les pregunta a los cuidadores cómo se sienten ellos, y si necesitan alguna cosa. Identifican que se les atiende mal. Es una tarea que requiere mucho tiempo y paciencia. En los hospitales hay poco personal para la elevada carga de trabajo. Existe una notable diferencia entre el hospital y el ámbito comunitario. Otro alumno comenta que “para mí es la gran asignatura pendiente, ya que en ocasiones la carga física y emocional que recae sobre el cuidar es mayor que la que pueda sufrir el propio paciente”.

La valoración emocional del paciente y familia ¿se está haciendo?

- El 38% apunta que sí. “Que la valoración emocional del paciente va subiendo peldaños y cada vez la tenemos más en cuenta ya que el proceso de humanización nos obliga a estar más pendientes de este comportamiento emocional” Otros alumnos dicen (56%) que sí, pero en atención primaria no en el hospital. Otros dicen que sí que se hace, pero se hace mal. “Algunas enfermeras hablan con los pacientes, pero lo hacen durante muy poco tiempo, en momentos no adecuados para hablar de sentimientos (como pueden ser la higiene, la medicación...), y después de saber cuáles son esas angustias o pensamientos del enfermo no hacen nada para mejorarlas”... “Se ven indicios de empezar a valorar tanto el estado físico como emocional”
- Cuándo se les pide cómo lo harías tú... Se formulan preguntas de manera adecuada, sin embargo confunden los parámetros a observar y las emociones que deben explorar.
- Humanizar, es algo más que una técnica ¿Por qué?

Los alumnos están de acuerdo con esta premisa, y dicen.... “Humanizar es mostrarse próximo, sereno, comprensivo”. “Humanizar es algo nuestro, propio de los seres humanos. Humanizar se trata de comprender a la persona, es algo innato, no se aprende.... Es hacer humano o familiar a algo a alguien. Humanizar tu trabajo es hacerlo sabiendo que ofreces toda tu calidez como persona y de la misma forma que te gustaría recibirlo”.

- Qué entiendes por empatía. Defínela y describe los parámetros (verbales y no verbales) que la componen. Apuntan entre otras...“Ponerse en el lugar del otro y comprender, ver a la persona desde su propia perspectiva, capacidad para comprender los pensamientos y las emociones del paciente”. En relación a los parámetros, apuntan: escucha activa, mirada, comprensión, tacto, asentir con la cabeza, sonrisa adecuada no falsa..., coger la mano, tocar a la persona, e incluso abrazar. ...



- Cuando el autor afirma que “sí que existe un código universal de humanidad” qué creéis que está diciendo. Ellos identifican como: “creo que quiere decir: dignidad, libertad de elegir, sentido de haber cumplido con la vida, afecto sin condiciones”. “Valorar a la persona de forma integral, forma más cercana, atenta y dándole la posibilidad de dar su opinión y respetarla. Humanizar no es algo mecánico”. “Se consigue implicándose cada uno, sacando lo mejor de uno mismo”. “Creo que existe un código con el que todos los humanos somos capaces de entendernos, incluso a veces sin hablar: no hace falta ser un profesional muy cualificado en técnicas muy complicadas, para hacer sentir a alguien que estás a su lado, y que tiene todo tu apoyo y comprensión”.
- Para finalizar, analizar qué cualidades creéis que debe tener una enfermera/enfermero para cuidar. Las cualidades que creen que son necesarias para que una enfermera/o pueda cuidar son: Saber escuchar, empatizar, amabilidad, respeto, sensibilidad, comprensiva, tolerancia, saber trabajar en equipo, segura de sí misma, y preocupación por la problemática de la familia....

DISCUSIÓN

Como docentes, interpretamos que el alumnado realiza un juicio de valor negativo hacia los profesionales de la salud del entorno hospitalario, y que generalizan. Esto particularmente nos preocupa teniendo en cuenta que esta actitud o percepción tan negativa, no solo condiciona sus conductas sino también sus emociones. Nuestro propósito

será intentar qué sepan adquirir una actitud crítica, pero constructiva, que sepan identificar los elementos que pueden influir en el proceso de Humanización, y sobre todo, que sean capaces también de ser autocríticos con ellos mismos e intentar despertar el interés y la motivación hacia el proceso de humanización. La humanización no es algo que suceda de manera espontánea sino que debe ser fomentada, aprendida y practicada (Escuredo, 2003). Como reflexiona Santos Hernández (2003) “Sólo un ser humano es capaz de reconocer la dignidad de otro y respetar sus derechos, asumiendo en consecuencia el deber ético de asistirlo, cuidarlo y consolarlo y acompañarlo en su fragilidad “.Sin embargo, para conseguir esta interacción este” Abrir (paciente) Donar (enfermera - profesional)”Es imprescindible que se conjuguen: vocación, competencia profesional y virtudes morales (Los alumnos creen necesaria una formación rigurosa sobre el tema, sin embargo, nosotras pensamos que la formación y conocimientos teóricos no bastan, se necesita también QUERER, se necesitan actitudes positivas y estar motivados. El componente observacional tiene un valor importante e intrínseco en el aprendizaje (Bandura, 1986). HAGO LO QUE VEO. Los modelos representativos, incluso durante las prácticas clínicas, son esenciales. El ver cómo lo hacen las enfermeras y médicos es fundamental.... Pero también observar a sus propias profesoras. Debemos ser y dar ejemplo. Siguiendo la propuesta de Escuredo (2003) además de lo que se enseña de manera formal (consciente) existe otro elemento a tener en cuenta en el análisis del aprendizaje de los valores profesionales: el denominado currículum oculto (Espindler, 1993) . Que incluye lo que transmitimos los profesionales durante las prácticas clínicas y los profesores en el aula a los alumnos mediante nuestras propias actitudes, la priorización que hacemos de nuestros temas, la selección de lecturas, etc. Los profesionales deben ser muy conscientes de lo que transmiten al futuro profesional, así pues será otro elemento a tener en cuenta en la humanización de los cuidados.

CONCLUSIONES

- Los alumnos argumentan: Sí que algo se está moviendo en el hospital, en relación a la

humanización, pero de manera muy lenta. Dicen que la gente (se refieren a los profesionales de la salud) está más sensibilizada, pero tienen pocos recursos para poner en práctica el proceso... La organización no lo favorece.”

- NO SE CUIDA en el medio HOSPITALARIO a los que CUIDAN. Consideran que se ve a la familia como “un estorbo”, y que cuando no quitan el trabajo del profesional, dicen textualmente, “molestan...”
- Sin embargo, consideran que es necesario y útil que la familia se tome en cuenta como PILAR fundamental en el proceso de cuidados y recuperación del paciente y como fuente de apoyo emocional indiscutible.
- Los alumnos identifican como MUY NECESARIOS y también útil la formación en áreas de comunicación terapéutica, valoración y entrevista clínica y psicología.
- Identifican cualidades humanas como relevantes y necesarias. Las cualidades que creen que son necesarias para que una enfermera/o pueda cuidar son: Saber escuchar, empatizar, amabilidad, respeto, sensibilidad, comprensiva, tolerancia, saber trabajar en equipo, segura de sí misma, y preocupación por la problemática de la familia.... Estos resultados coinciden con los hallazgos de (Pérez A et al., 2002) también en una muestra de alumnos de enfermería.

Para finalizar creemos que es necesario reflexionar, discutir, insistir y formar en valores humanistas, para que nuestro alumnado reflexione, sean críticos, autocríticos y autónomos como personas y como profesionales. El humanismo implica una actitud frente a la vida. Sería interesante seguir investigando, y replicar este estudio con alumnado de enfermería de otras Escuelas.

BIBLIOGRAFÍA

- Bandura, A. (1987) Teoría del Aprendizaje Social. Espasa-Calpe, Madrid
- Barbosa IA, Silva MJ. (2007). Humanization in nursing care: acting with respect in a school hospital. Rev Bras Enferm. 2007 Sep-Oct;60(5):546-51.
- Bardaji, T. (2008). El diario reflexivo como herramienta de autoaprendizaje en la formación de enfermería. Nursing 26, 52-55.

- Borrell, F.(2004) ENTREVISTA CLINICA. Manual de estrategias prácticas. semFYC, Barcelona.
- Caballo, V.E.(1993) Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Siglo Veintiuno de España Editores, Madrid.
- Carr W, Femmis S.(1988) Teoría crítica de la enseñanza. Martínez Roca, Barcelona.
- Escudero, B. (2003) Humanismo y tecnología en los cuidados de enfermería desde la perspectiva docente. Enf. Clínica 13, 164-70.
- Espindler, GD. (1993) La transmisión de la cultura. Trotta, Madrid
- Fargues i Garcia I.(2002) El diario reflexivo y el autoaprendizaje tutorizado. Metas Enferm. 45:14-8.
- Feito L. (2005) Los cuidados en la ética del siglo XXI. Enf Clínica 15(3), 167-174
- Garrido C (2003) La humanidad clínica. Tempos Vitalis. Revista Internacional para el Cuidado del Paciente Crítico 2(3):49-50.
- Kassab P. (1970). Efficiency, productivity and humanization of the medical assistance system. AMB Rev Assoc Med Bras 16(11), 381-382.
- Lex A. (1971). Humanization of hospitals: respect for the human personality. Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo 26(2), 83-86.
- Motta MG. (2004). Humanized care in the teaching of nursing. Rev Bras Enferm. 57(6), 758-760.
- Nunes DM, Wegner W, Bottan G. (2006). How nursing professors insert the theoretical content on human care into the development of their discipline. Rev Gaucha Enferm 27(4), 539-547.
- Oliveira BR, Collet N, Viera CS. (2006). Humanization in health care. Rev Lat Am Enfermagem 14(2), 277-284.
- Pades A, Ferrer VA. (2002) Cómo mejorar las habilidades sociales. Ejercicios prácticos para profesionales de enfermería. Grupo Editorial Universitario, Granada
- Pades A, Amorós SM, Homar C. (2004). Actitudes y cualidades esperadas en los profesionales enfermeros. Metas de Enfermería 7(5), 54-58.
- Pérez et al. (2002) Salud y Cuidados. 3. <http://www.saludycuidados.net/numero3/perfilvalores/perfilvalores.htm> consultado [06/05/08
- Santos, A. M. (2003) Humanización de la Atención sanitaria: reto y perspectivas. Cuadernos Bioética 14, 39-60.



INFLUENCIA DEL PATRÓN CULTURAL DIETÉTICO DEL PACIENTE DIABÉTICO EN EL APEGO AL RÉGIMEN ALIMENTICIO

Noemí Alcaraz Moreno* Ana María Chávez Acevedo** Genoveva Amador Fierros*** Alma Cristina Reyes Alfaro**** Jessica Isabel Loya Bayardo**** María Rocío del Carmen Vargas Ruelas****

**Doctoranda- becaria por la Universidad de Colima, Programa Cultura de los Cuidados. Universidad de Colima (UDC), México.*

***MC. Profesora de la Facultad de Enfermería. UDC*

****ME. Profesora de la Facultad de Enfermería. UDC*

*****Alumnas del 8º semestre de la Carrera de Licenciatura en Enfermería. UDC.*



Objective: To describe the influence that the cultural dietary pattern of diabetic patients has on the way they stick to their diet.

Methodology: This is a descriptive study in which the qualitative paradigm is used for both the design and information collection phases. Grounded theory is used to analyze data.

Conclusion: The cultural pattern has an influence when the patient faces a dietary change, sometimes to the extent that they make every effort to "reduce the intake, but not stop it." It is therefore necessary to ensure that the health care team monitor the disease, to implement individual educational and dietary programs and to involve the family in the process as a health care resource.

Key words: Cultural pattern; diet, diabetes; cultural health care.

INFLUENCE OF DIABETIC PATIENTS' CULTURAL DIETETIC PATTERN ON THE ALIMENTARY ADHERENCE

INFLUÊNCIA DO PADRÃO CULTURAL DIETÉTICO DO PACIENTE DIABÉTICO NA ADESÃO AO REGIME ALIMENTAR

SUMMARY

Introduction: Diabetic patients face the challenge of ensuring a new health status that leaves bad eating habits behind to adapt to new healthy habits. The road ahead is difficult, even when being fully aware that this is the ticket to a better quality of life.

RESUMO

Introdução: Os pacientes diabéticos enfrentam o desafio de construir um novo estado de saúde, no qual têm que deixar para trás as más práticas alimentares, a fim de se acostumarem com novos hábitos saudáveis. A mudança não é fácil, mesmo havendo consciência de que essa é o meio para se obter uma melhoria da qualidade de vida.

Objetivo: Describir a influência do padrão cultural dietético do paciente diabético na adesão ao regime alimentar.

Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo, no qual se faz uso do paradigma qualitativo, tanto para o desenho quanto para a coleta da informação; para tanto, utiliza-se a teoria fundamentada dos dados.

Conclusão: O padrão cultural influi no momento em que a pessoa se depara com a mudança alimentar, em ocasiões em que se requer um esforço para “diminuir o consumo alimentar, sem eliminar eliminá-lo”. É necessário o acompanhamento da equipe de saúde durante o trajeto de sua enfermidade, a implementação de programas educativos no tocante à alimentação de forma personalizada, bem como a incorporação da família a tais programas, como recurso de saúde (ou de sucesso no programa).

Palavras-chave: Padrão cultural; Regime dietético; Diabetes; Cuidados culturais.

RESUMEN

Introducción: Los pacientes diabéticos, se enfrentan al desafío de construir un nuevo estado de salud, en el que tienen que dejar atrás las malas prácticas alimenticias para acomodar nuevos hábitos saludables. El camino no es fácil aún cuando se tenga conciencia de que esa es la vía para tener una mejor calidad de vida.

Objetivo: Describir la influencia del patrón cultural dietético del paciente diabético en el apego al régimen alimenticio.

Metodología: Se trata de un estudio descriptivo, en el que se hace uso del paradigma cualitativo tanto para el diseño como para la recolección de la información y se utiliza la teoría fundamentada para el análisis de datos.

Conclusión: El patrón cultural influye al momento, en el que, la persona se enfrenta al cambio de alimentación, en ocasiones en tal grado que su esfuerzo se centra en “disminuir su consumo, no eliminarlo”. Por lo que se hace necesario el acompañamiento del equipo de salud durante el trayecto de su enfermedad, la implementación de progra-

mas educativos y alimenticios personalizados, así como la incorporación de la familia como recurso de salud.

Palabras Clave: Patrón cultural; régimen dietético, diabetes; cuidados culturales.

INTRODUCCIÓN

Numerosos estudios, fundamentan la importancia de una alimentación saludable y balanceada para la prevención y tratamiento de la diabetes mellitus. En muchos casos el seguimiento adecuado de un régimen alimenticio resulta suficiente para controlar dicha patología, sin embargo la cultura puede actuar como una barrera que impide a un buen número de pacientes apearse al régimen.

El individuo y su familia se conducen dentro de una cultura alimentaria propia, construida a partir de emociones, ideas, significados, alimentos y prácticas alimentarias de la cual todos ellos se sienten parte. A su vez, esta cultura alimentaria es compartida por toda una comunidad y se va reintegrando de una generación a otra. Por lo tanto, las personas diabéticas se encuentran al centro de un proceso de transformación cultural alimentaria más amplio (Castro S. A. 2007) y les es difícil asimilar un cambio radical impuesto a un estilo de vida arraigado a su herencia cultural. El desafío de construir un nuevo estado de salud en el que se tienen que dejar atrás las malas prácticas alimenticias para acomodar nuevos hábitos saludables no es un camino fácil aún cuando se tenga conciencia de que esa es la vía para tener una mejor calidad de vida.

La cultura es pues fundamental para el tema que nos ocupa. Su concepto ha ocupado a múltiples pensadores de los que derivan al menos entre 150 y 200 definiciones, (Lipson, 2000), lo que puede dar una idea de la complejidad del terreno que pisamos cuando se integra esta variable en los análisis de salud; no obstante, para este estudio retomamos el concepto de Malinowski (en Firth, R; et al. 1997), quien considera que cultura es un equivalente de “herencia social o conjunto de fuerzas que inciden en el individuo nacido en una sociedad determinada”, dentro de ella incluye: los bienes, los procesos técnicos, las ideas, los hábitos y los valores. Dicho concepto invita a mirar hacia

la antropología para comprender desde ahí los significados que el paciente y su familia otorgan a la enfermedad, con la certidumbre de que no siempre coinciden con el significado construido para ello por el equipo de salud. (Amezcuza, 2000).

Aún desde esas miradas distintas, la enfermería y la antropología, comparten rasgos característicos, (Siles, 2003) como: su campo de conocimientos referidos al ser humano, a través de la triada: individuo, familia y comunidad; sus herramientas metodológicas, al ocuparse del estudio de la satisfacción de necesidades de la comunidad desde la perspectiva de los cuidados y la influencia de los factores culturales en dicho proceso, así como su praxis, encaminada a “adaptar los cuidados a la idiosincrasia de la cultura del individuo, la familia o la comunidad”.

La competencia cultural ha sido identificada como inherente al quehacer de la enfermería y por ello, se le ha instado a superar retos relacionados con las prácticas religiosas y la diversidad en la forma de satisfacer las necesidades dentro de los diferentes grupos sociales, Siles (2003). Para afrontarlos, la enfermería cuenta con aportaciones realizadas desde el interior de la disciplina a través de modelos y teorías, como la de Madeleine Leininger con su teoría "Diversidad y universalidad en el cuidado cultural" y su modelo de "el sol naciente". Ambos derivan de la enfermería transcultural, definida por la autora como “área formal de estudio y trabajo centrado en el cuidado basado en la cultura, creencias de salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas, para ayudarlas a mantener o recuperar su salud, hacer frente a sus discapacidades o a su muerte (Leininger, 1978, 1995, citado en Leininger. 1999). El trabajo de Rachel Spector, describe “los Cuidados Culturales y las formas de identificar las creencias, prácticas y tradiciones de salud de pacientes y familias que son miembros de cualquier grupo cultural” (Spector, R. 1999), mientras que el modelo de competencia cultural de Purnell, tiene como objetivo “promover la comprensión cultural de situaciones humanas durante periodos de enfermedades, y el mantenimiento y promoción de la salud” (Purnell, L. 1999).

Con este bagaje de conocimientos y herramientas metodológicas, emprendimos el desafío de entender mejor la influencia de los patrones cultu-

rales en el modo de actuar de los pacientes que han sido llamados a implantar cambios significativos en su vida, específicamente cambios en el régimen dietético, como un medio indispensable para ganar calidad de vida.

OBJETIVO

El objetivo general del estudio fue: describir la influencia del patrón cultural dietético del paciente diabético en el apego al régimen alimenticio. Para el logro de dicho objetivo nos planteamos tres objetivos específicos: conocer el patrón cultural dietético del paciente diabético; identificar el régimen alimenticio actual del paciente diabético y conocer la experiencia de asimilación y acomodación del régimen alimenticio del paciente diabético.

ESTADO DE LA CUESTIÓN

Podemos resaltar tres nociones, resultantes de la búsqueda de información relacionada con nuestro estudio, la primera de ellas expresa la falta de apego al tratamiento en general por parte de los pacientes diabéticos. Un estudio realizado por Durán, et al (2001), en 150 pacientes con diabetes, reveló que el apego correspondió a 54.2%, los factores asociados al no apego fueron la escolaridad primaria y la falta de información sobre la enfermedad. Por su parte Hernández (2003), en una población de 79 diabéticos, midió el grado de cumplimiento para cada una de las medidas terapéuticas que correspondía a: ingesta de medicamentos y/o insulino terapia, dieta, ejercicio y asistencia a citas médicas, encontrando que el incumplimiento global fue de 39% y que tanto la dieta como el ejercicio eran las medidas en las que más se incumplía con un 62% y un 85% respectivamente. Con un estudio específico del cumplimiento de una dieta hipocalórica en un grupo de pacientes con diabetes tipo 2, (Román DL, Izaola O, Aller, 2001), identificaron que los pacientes realizan una dieta hipocalórica, con predominio de hidratos de carbono, alto porcentaje de grasas monoinsaturadas y un aporte de proteínas correcto.

No obstante, se considera que un programa integral que incluya actividades educativas teórico-prácticas en los aspectos médico, nutricional, social y psicológico, mejorará considerablemente las condiciones generales de estos pacientes, lo

cual fue demostrado en los estudios realizados por Jauregui (2002), Amezcua (2002) y Castro (2007).

Cuando se considera a los hábitos alimenticios parte de una cultura y no como sólo como componente de medidas terapéuticas para un determinado padecimiento (como lo concibe el paradigma biologicista médico), plantea la necesidad de situarnos dentro de la perspectiva antropológica para comprender el significado que tiene para las personas que padecen diabetes, el concepto de dieta (Mendoza, et al. 2000), al mismo tiempo que se aprende a respetar y aceptar las diferencias culturales (Vásquez, M. 2000; Rohrbach, 1998), evitando así el choque cultural que con frecuencia se establece entre pacientes y equipo de salud (Amezcua, 2000).

METODOLOGÍA

Diseño

Se trata de un estudio descriptivo, en el que se hace uso del paradigma cualitativo tanto para el diseño como para la recolección de la información y se utiliza la teoría fundamentada para el análisis de datos. La investigación cualitativa permite al investigador situarse directamente con los actores y dentro del contexto de un fenómeno determinado, estudiar la cultura en uno de sus rasgos característicos como es el caso de la alimentación. Este enfoque nos obliga literalmente a indagar dentro del espacio personal tanto como del contextual en un grupo de personas. Por su parte, la teoría fundamentada, tiene como objetivo final explicar la realidad que se está investigando, a través de la recolección e interpretación de los datos, apoyados en explicaciones teóricas (Trinidad, A; Carrero, V y Soriano, R, 2006).

Recolección de datos

El trabajo de campo se llevó a cabo entre los meses de junio a septiembre del 2008. Para la recolección de la información se empleó la entrevista semi-estructurada, ya que, es la que permite que los sujetos entrevistados expresen de una manera más abierta sus puntos de vista, su uso nos permitió tomar decisiones respecto a la secuencia de preguntas y conducir al informante cuando se requirió profundizar en alguna temática determina (Flick, 2004).

Previo consentimiento informado, se aplicaron 10 entrevistas a personas que padecen diabetes tipo 2, adscritas a una Institución de segundo nivel de atención, perteneciente a la seguridad social, del municipio de Colima, México. De ellos, 5 son mujeres y 5 hombres, pertenecen a zonas urbanas de los municipios de Colima y Villa de Álvarez; es un grupo heterogéneo respecto a su edad, la cual oscila entre los 86 años del paciente más longevo hasta 32 años de la persona con menos edad dentro del grupo.

El análisis de datos se hizo de forma manual, el proceso llevado a cabo fue el siguiente: se transcribieron cada una de las entrevistas, se aplicó el microanálisis, que consiste en analizar la información línea por línea (Strauss, A; Corbin, J.2002), identificando aquellos datos que a nuestro juicio fueron importantes para nuestro objetivo. La información obtenida del microanálisis se clasificó en fichas, las que contienen: 1) datos de la persona entrevistada, 2) párrafo de entrevista 3) memos analíticos y 3) el código que representa el dato identificado. Una vez obtenidos los códigos se definieron las categorías, sus dimensiones y subcategorías, para luego contrastarlas con teorías precedentes.

RESULTADOS

A continuación se presenta el desarrollo y la discusión de las dos categorías resultantes del presente trabajo: la primera de ella "la experiencia de confrontar hábitos alimenticios no saludables", da cuenta de la realidad alimentaria de la que parten los pacientes al momento en que se les informa el diagnóstico de su enfermedad y la difícil experiencia por la que pasan al afrontar la indicación de su cambio de hábitos alimenticios. La segunda categoría "educación para la salud", refleja la necesidad de proporcionar una adecuada educación de salud por parte del equipo que interviene en el cuidado de las personas con esta patología.

Categoría: la experiencia de confrontar hábitos alimenticios no saludables.

Como sabemos las enfermedades llamadas crónicas, grupo al que pertenece la enfermedad de nuestros informantes, causan un gran impacto en la vida de las personas. Según Brannon y Feist (2001),

dos situaciones conducen a éste desequilibrio: primero “la reacción emocional” que produce el saberse portador de una enfermedad de por vida y la segunda por los cambios que deberá realizar la persona en su “estilo de vida”. Del mismo modo, el patrón cultural es un aspecto condicionante para que los pacientes con diabetes sigan su tratamiento alimenticio (Smeltzer, SC; Bare BG. 2005).

Estas prácticas, que se fundamentan en la cultura adquieren particular importancia en el cuidado de pacientes con Diabetes, “para quienes la dieta desempeña un papel crucial en su tratamiento y para la conservación de su salud” (Cardoso. 2006). En nuestro caso, los informantes refirieron que para ellos, lo más “difícil de llevar es la dieta” ya que deben cambiar hábitos que tienen desde hace mucho tiempo, destacando además el carácter súbito del cambio. Sus respuestas reflejan que no han modificado sus hábitos alimenticios. La mayoría comenta que lo que han hecho es disminuir las cantidades o variar la frecuencia de su consumo, incluso hay quienes aseguran “sigo con el mismo ritmo de vida, pues no puede dejar uno nada, porque es parte de la vida de uno”.

Identificamos, que existen diversos hábitos relacionados con el patrón cultural, que se consideran limitante para modificar sus prácticas alimenticias. Entre ellos, destacan las reuniones familiares y/o el comer fuera de casa, en especial los fines de semana, los festejos con motivo de cumpleaños, navidad y año nuevo, en donde suele prevalecer la comida típica de la localidad o de la región, cuyas materias primas son una gran fuente de grasas, carbohidratos y azúcares” (Oseguera. 1995). Mencionan también que hay sentimientos de por medio que les impiden cumplir con la dieta debido a que extrañan la alimentación que llevaban antes de su enfermedad. Ellos relacionan el régimen con “sacrificio o con imposición” e incluso refieren que se sienten tristes al no poder comer sus comidas favoritas.

Un aspecto primordial, para lograr el apego de los pacientes al régimen alimenticio es sin duda el apoyo que reciban de sus familias. Es precisamente este aspecto que consideramos una tarea pendiente de los servicios de salud. Incorporar a la familia como apoyo a su familiar con diabetes es de fundamental importancia. De acuerdo con la

tipología establecida por Castro (2007), para identificar los patrones de acomodación socio alimentaria que llevan a cabo las familias con pacientes diabéticos, ubicaríamos a nuestros informantes en la familia segregante, esto significa que la familia aparta o separa a la persona diabética, en especial en lo que refiere al rubro de alimentación. Incluso algunas personas se sienten culpables de tener la enfermedad, por lo que no realizan ningún cambio en su alimentación para no sacrificar al resto de la familia, en especial a los hijos.

Otra de las limitantes, está relacionada con las creencias y/o mitos de las personas respecto a la diabetes. La mayoría de ellos consideran que lo que más “hace daño” es el consumo de azúcares, por lo que refieren que han disminuido el consumo de refresco o lo han cambiado por refrescos hechos a base de edulcorantes artificiales, sin embargo desconocen la importancia del manejo de los carbohidratos para el control de su enfermedad (Lerman, 2003).

Además del patrón cultural, se encontraron otros limitantes para el apego al régimen alimenticio de las personas que padecen diabetes, los cuales están determinados por su actividad laboral y el rol familiar y social desempeñado.

Categoría: Educación para la salud

La educación entendida como un proceso de enseñanza-aprendizaje que permite adquirir conocimientos para resolver problemas (Islas S.A. 2005) nos hace suponer que cuando la persona adquiere e integra un nuevo conocimiento o experiencia en su vida, se esperaría que ello lo lleve a modificar total o parcialmente su comportamiento, es decir, se esperaría que aprenda. La educación que reciben las personas con diabetes está pensada, desde los servicios de salud, con esa lógica. Es decir, se espera como resultado de la acción educativa, que los pacientes modifiquen sus hábitos alimenticios y el apego al régimen alimenticio prescrito por los profesionales de salud. Nada más alejado de la realidad mientras no se tome en cuenta la variable cultural. Todos nuestros informantes tienen más de un año de padecer la enfermedad (la antigüedad oscila entre 1 a 32 años) y se encuentran en seguimiento médico y aún así, no han conseguido llevar el régimen alimenticio prescrito.

Los informantes perciben la dieta como un ideal casi imposible de realizar, se le conoce como “dieta rigurosa” y se le identifica como “la lista, hoja o papel de la nutrióloga”, esto en referencia al plan nutricional estandarizado (despersonalizado) que los pacientes reciben por escrito luego de la consulta de nutrición.

Se encontró que las dietas son otorgadas por el médico familiar, el internista o la trabajadora social y no por una nutrióloga como sería deseable. Además se entrega una misma dieta a todos los pacientes siendo que “El plan de alimentación de los diabéticos debe tomar en consideración los tipos de alimentos que agradan al paciente, su estilo de vida, la hora en que normalmente comen y los antecedentes étnicos y culturales” (Smeltzer, Bare, 2005). En la actualidad se considera que en lugar de hacer énfasis en el porcentaje calórico que debe obtenerse de nutrimentos específicos, hay que enfocarse en los alimentos que consume el paciente, los cambios que pudieran ser benéficos y los cambios que esté dispuesto o sea capaz de lograr, puesto que al final es la persona quien decide que alimentos consumir.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Consideramos que el patrón cultural, influye al momento en que la persona se enfrenta al cambio de alimentación, ya que la alimentación va más allá de la ingesta de alimentos, representa tradiciones, valores, creencias, acumulados a lo largo de la vida y que forma parte de la subjetividad de cada ser humano.

La dificultad para seguir el régimen alimenticio establecido por los profesionales de salud, radica en que hay sentimientos de por medio que actúan como una barrera: 1) Se extraña la alimentación que llevaban antes de su enfermedad, 2) el cumplir la dieta representa un sacrificio o una imposición, 3) no logran visualizar la importancia que que la dieta representa para su salud.

Por lo anterior consideramos que en el control y seguimiento de los pacientes con esta enfermedad, el equipo de salud debería hacer énfasis en los siguientes aspectos: brindar apoyo psicológico durante la etapa de aceptación de la enfermedad y de modificación de su estilo de vida; establecer programas educativos con base en las característi-

cas personales y culturales de cada uno de los pacientes; elaborar dietas personalizadas de acuerdo a la edad, sexo y cultura alimenticia, de tal manera que el cambio no represente para el/la paciente “un choque cultural”.

El establecimiento de las estrategias expuestas, exige un trabajo conjunto y planificado del equipo multidisciplinario, al mismo tiempo que cada profesional lleva a cabo sus funciones específicas. En ese sentido identificamos la ausencia del personal de enfermería, pues en ningún momento se observó su participación dentro del grupo de apoyo, por lo que sugerimos se involucre a esta disciplina tanto en la educación de los pacientes como en el control y seguimiento de su dieta con miras a que los pacientes se sientan acompañados durante la experiencia de modificar sus hábitos alimenticios.

La incorporación de la familia como componente indispensable del cuidado y en especial del acompañamiento al paciente en el apego al régimen dietético resulta de fundamental importancia. La educación a la comunidad respecto a la importancia del apego al régimen dietético como un medio para conseguir una mejor calidad de vida de los enfermos de diabetes y como medio para una vida saludable en sus familiares, resulta crucial. Finalmente consideramos que hacen falta esfuerzos de investigación dirigidos a conocer más sobre los aspectos subjetivos de la enfermedad que determinan la forma de actuar, más que la forma de pensar de los pacientes. De este tipo de medidas dependerá que se proporcionen “cuidados culturalmente adecuados”.

BIBLIOGRAFÍA

- Amezcua, RC. et al. (2002) Tratamiento en el paciente diabético. HGZ57 “La Quebrada”. sep-dic; Vol. I (1): p 20 - 23. Consultado en la red mundial el 12 de abril de 2008 en: <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-quebrada/e-lu2002/elq02-1/em-lq021e.htm>
- Amezcua, M. (2000) Antropología de los Cuidados, Enfermedad y Padeamiento: Significado de Enfermar para la Práctica de los Cuidados. Rev. Cultura de los Cuidados. 1º y 2º semestres. Año IV. No. 7 y 8.
- Brannon, L; Feist, J. (2001) Psicología de la Salud. España:Parainfo/Thomson Learning.
- Cardoso, GMA. (2006) La cultura como configurador de estilos alimentarios antagónicos al tratamiento médico contra la diabetes, cultura, dieta y diabetes. Redalyc may-ago; Vol. 13 (32): p 129 - 147. Consultada en la red mundial el 10 de marzo de 2008 en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/351/35103707.pdf>

- Castro, S.A. (2007) La nutrición como ruptura cultural: la experiencia de los adultos con diabetes mellitus tipo 2. *Investigación en Salud*. Abr. 1; Vol. IX (1): p 26 - 33. Obtenida de la red mundial el 27 de febrero de 2008. Consultada en: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=5&hid=2&sid=1af9bc55-07e8-4dfe-adcd-132e92f7defb%40sessionmgr7>
- Duran; Varela B. (2001) Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública de México*. May-jun. Vol. 43. (3): p. 233-236. Consultado en la red mundial el 12 de abril de 2008 en: <http://scielo.unam.mx/pdf/spm/v43n3/a09v43n3.pdf>
- Firth, R, et al. (1997) *Hombre y Cultura*. La obra de Bronislaw Malinowski. España: Siglo Veintiuno.
- Flick, U. (2004) *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid, España: Morata
- Hernandez, I. (2003) Factors associated with therapy noncompliance in type-2 diabetes patients. *Salud pública de México*. May-jun, 45, 191-197. Consultado en la red mundial el 4 de marzo de 2008: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v45n3/16481.pdf>
- Islas, AS. (2005) *Diabetes Mellitus*, 3ª ed. México, Mc Graw-Hill/ Interamericana, p 381, 421-423
- Jáuregui, J.J; De la Torre S.A; Gómez G.P. (2002) Control del padecimiento en pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial: impacto de un programa multidisciplinario. *Revista Médica del IMSS*. Ene. 24; Vol 40 (4): p. 307-318. Consultado en la red mundial el 10 de marzo de 2008 en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2002/im024f.pdf>
- Leininger, M. (1999) Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural. *Cul Cuid*. 1999 jul-dic; Año III(6):5-8.
- Lerman, I. (2003) *Atención integral del paciente diabético 2a ed.* México: McGraw-Hill Interamericana Editores, p 55, 81-83
- Lipson, JG. (2000) *Cultura y Cuidados de Enfermería*. Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital) 2000; 28-29. Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/28-29revista/28-29_articulo_19-25.php> Consultado el 29 de Mayo de 2008.
- Mendoza, V.F. et al. (2000) Comunicación y perspectiva de audiencias: una investigación cualitativa para la diabetes. *Revista de endocrinología y nutrición*. Ene-mar; Vol 8 (1): p. 5-13. Consultado en la red mundial el 12 de abril de 2008 en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2000/er001b.pdf>
- Oseguera, D. (1995). *La cocina colimense, el menú muestrario de la cultura regional*. Estudios sobre las culturas contemporáneas. Dic.1995/Vol.1, número 002. Universidad de Colima, Colima, México. En <http://redalyc.uaemex.mx>
- Purnell, L. (1999) El modelo de competencia cultural de Purnell: descripción y uso en la práctica, educación, administración e investigación. *Cul Cuid*. 1999 jul-dic; Año III(6):91-97.
- Rohrbach; Viadas, C. (1997). *Antropología: cuidar es tan antiguo como el mundo y tan cultural como la diversidad de la humanidad* *Cultura de los cuidados, cultura de los cuidados*. No. 2: 36-39. Consultada en la red mundial el 13 de mayo de 2008 En: <http://www.index-f.com/cultura/revista.php>
- Román, D.L; Izaola, O; Aller, R. (2001) Evaluación del cumplimiento de una dieta de 1.500 calorías en una población de diabéticos tipo 2 con sobrepeso. *Nutrición hospitalaria*. Vol.

- 16 (4); p. 122-125. Consultado en la red mundial el 14 de abril de 2008 en: <http://www.grupoaulamedica.com/web/nutricion/pdf/042001/eval.pdf>
- Siles, J. (2003) *Antropología y Enfermería*. La necesaria simbiosis entre dos disciplinas para vertebrar culturalmente la teoría y la praxis de los cuidados. Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital) 43. Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/43revista/43_articulo_28-32.php> Consultado el 30 de Mayo de 2008.
- Smeltzer, SC; Bare B.G. (2005) *Enfermería Médicoquirúrgica*, 10ª ed México: McGraw-Hill; p 111-115, 128-131, 1279, 1289-1291 (Vol. 1).
- Spector, R. (1999). *Cultura, cuidados de salud y enfermería*. *Cul Cuid*. 1999 jul-dic; Año III(6):66-73.
- Strauss, A; Corbin, J. (2002) *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Colombia.
- Trinidad, A; Carrero, V, Soriano, R. (2006). *Cuadernos Metodológicos: Teoría fundamentada "grounded theory"*. España. Centro de investigaciones sociológicas. p 24-25.
- Vásquez, T.M. (2006) Aproximaciones a la creación de competencias culturales para el cuidado de la vida. *Educación/Education*. Sep. Vol. 24 (2); p. 136-142. Consultado en la red mundial el 14 de mayo de 2008 en: <http://enfermeria.udea.edu.co/revista/v24n2/pdf/v24n2a15.pdf>
- Vásquez, T.M. (2000). *El cuidado en enfermería desde la perspectiva transcultural: una necesidad en un mundo cambiante*. Vol. 4 (3). Consultado en la red mundial el 14 de mayo de 2008 en: <http://enfermeria.udea.edu.co/revista/v4n/pdf/v4n3.pdf>



TEMPORALIDAD Y CONDUCTA SUICIDA

López Rodríguez, Juan Luís* Bárcena Calvo, Carmen** González Medrano,
Julia*** Iglesias Guerra, José Antonio**** Abella García, Víctor*****

* *Doctor. Profesor Asociado en la E.U.E de Oviedo.*

** *Doctora. Profesora Titular de la E.U. de Ciencias de la Salud de la Universidad de León.*

*** *Diplomada en Enfermería.*

**** *Licenciado en Filosofía y Ciencias de la Educación. Profesor Asociado de la E.U. de Ciencias de la Salud de la Universidad de León.*

***** *Doctor. Profesor Asociado de la Universidad de Burgos.*



nacionality. In regard to the temporality pattern, suicide attempts are committed in the evening, during weekdays, and in summer time.

Key words: Sicide attempt, suicidal behaviour, epidemiology in a Univerisy Hospital.

TEMPORALIDADE E CONDUTA SUICIDA

RESUMO

O objetivo é avaliar a temporalidade e o perfil psico-social das condutas suicidas atendidas no Hospital Universitário Central de Astúrias (HUCA). O estudo tem um desenho prospectivo. Os sujeitos do estudo foram 1633 pacientes, que recorreram ao Serviço de Urgências por apresentar conduta suicida, durante o triênio de 2003 a 2005. Os resultados mostraram que os sujeitos que desenvolveram conduta desse tipo, têm como perfil o fato de pertencerem ao grupo etário compreendido entre 30 e 39 anos; mulher, solteira, que convive com família própria, com estudos primários, inativa do ponto de vista econômica e trabalhista, e de nacionalidade espanhola. Em relação ao padrão de temporalidade, as tentativas de suicídio caracterizam-se por serem concretizadas durante o período vespertino, em dias de semana, e durante os meses de verão.

Palavras-chave: Tentativa de suicídio; Conduta suicida; Epidemiologia em um Hospital Universitário.

TEMPORALITY AND SUICIDAL BEHAVIOUR

SUMMARY

Objective: To evaluate the temporality and the psychosocial profile of some suicidal behaviors that were taken care of in the Asturias Central University Hospital (HUCA)

Design: Prospective study

Patients: 1633 subjects, who were assisted in the Emergency Unit due to a suicide attempt, were studied in 2003-2005.

Results: The subjects who have had some kind of suicidal behavior are usually 30-39 years old, female, single, living with their family, with primary education, unemployed, and of Spanish

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la temporalidad y el perfil psicosocial de las conductas suicidas atendidas en el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).

Diseño: Estudio prospectivo.

Pacientes: Fueron estudiados 1.633 sujetos que acudieron al Servicio de Urgencias por presentar conducta suicida durante el trienio 2003-2005.

Resultados: Los sujetos que han realizado algún tipo de conducta suicida, se caracterizan por pertenecer al grupo de edad comprendido entre los 30 y 39 años, mujer, soltera, que convive con familia propia, con estudios primarios, inactiva económica y laboralmente, y de nacionalidad española. En relación al patrón de temporalidad, las tentativas de suicidio se caracterizan por ser llevadas a cabo durante las horas de la tarde, en días de semana, y durante los meses estivales.

Palabras clave: Tentativa de suicidio, Conducta suicida, Epidemiología en un Hospital Universitario.

INTRODUCCIÓN

Dentro de los numerosos acontecimientos enigmáticos que aporta la vida humana, la conducta suicida es uno de ellos. Son inciertas, hasta el momento, las razones por las cuáles una persona atenta contra su vida, cuando su más preciado tesoro es la vida misma. La conducta suicida, como fenómeno, abarca el intento o tentativa y el suicidio, este último, particularmente, con una rica historia (Gómez et al 1996).

Las tentativas de suicidio son el factor de riesgo más importante para el suicidio consumado. La OMS destaca la importancia de los comportamientos suicidas no letales como un grave problema de Salud Pública. Así pues, tanto la valoración como el tratamiento de este tipo de conductas en los servicios de urgencias van a resultar factores clave en el tratamiento de las personas con conductas suicidas y potencialmente en la prevención del suicidio.

Se trata de uno de los principales problemas sanitarios a pesar de que la mortalidad por suicidio en población general es relativamente baja (1%-2% de la mortalidad por cualquier causa) y ocupa

entre la 9ª y 10ª posición en las causas de mortalidad en los países occidentales, existiendo en España una incidencia de tentativas suicidas aproximadamente de entre 30.000 / 40.000 personas/año. Esto vendría a suponer unas tasas de entre 50 y 90/100.000 habitantes/año, aunque las tasas reales probablemente sean superiores (Saiz, 1997).

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza un estudio prospectivo con una muestra constituida por 1.633 sujetos que acudieron a los Servicios de Urgencias del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), sito en la ciudad de Oviedo, durante el período comprendido entre el 1 de Enero de 2003 y el 31 de Diciembre de 2005. A todos los sujetos se les pasó, como instrumento de evaluación, el WHO/EURO MULTICENTRE STUDY OF SUICIDAL BEHAVIOUR MONITORING FORM (Schmidtke, et al 1996).

Se trata de un protocolo constituido por un total de 29 variables de carácter cuantitativo y que recogen información acerca de:

- A.- Datos sociodemográficos:
- B.- Tentativa de suicidio actual:
- C.- Tentativas previas:
- D.- Diagnósticos psiquiátricos:
- E.- Tratamiento actual en algún dispositivo de la Red de Salud Mental:

RESULTADOS

El total de sujetos que acudieron durante ese período de tiempo a los Servicios de Urgencias fue de 259.293 sujetos, de los cuáles, 1.633 (0,63 %) lo hicieron por presentar algún tipo de conducta suicida.

La población muestral estaba compuesta por 636 varones (38,9 %) y 997 mujeres (61,1%). La proporción de hombres que han realizado tentativa suicida es inferior a la proporción de hombres en la población general del Área Sanitaria. En las mujeres evidentemente sucede lo contrario. No obstante, las diferencias no son estadísticamente significativas. La edad media [media (desviación estándar)] de la muestra fue de [38,66 (15,13)] años de edad, siendo la edad mínima de 13 y la máxima de 95 años. En los hombres predominan las edades comprendidas entre los 30 y los 39 años

de edad seguido del grupo de 20 a 29 años de edad, mientras que en el grupo de las mujeres, predominan en primer lugar las edades comprendidas entre los 30 y los 39 años de edad pero son seguidas del grupo de 40 a 49 años de edad (Tabla 1).

Grupos de edad [N(%)]	Hombres	Mujeres	Total
13-19 años	32 (5)	73 (7,3)	105 (6,4)
20-29 años	149 (23,4)	219 (22)	368 (22,5)
30-39 años	213 (33,5)	266 (26,7)	479 (29,3)
40-49 años	136 (21,4)	233 (23,4)	369 (22,6)
50-59 años	46 (7,2)	114 (11,4)	160 (9,8)
60-69 años	24 (3,8)	36 (3,6)	60 (3,7)
70-79 años	20 (3,1)	29 (2,9)	49 (3)
80-89 años	12 (1,9)	20 (2)	32 (2)
≥ 90 años	1 (0,2)	5 (0,5)	6 (0,4)
Dato desconocido	3 (0,5)	2 (0,2)	5 (0,3)

La distribución según estado civil fue de solteros (39,8%), casados o con pareja estable (31,2%), viudos, divorciados, y separados (4%, 3%, y 10%) respectivamente. En relación al soporte familiar, 154 (9,4%) sujetos vivían solos, 94 (5,8%) vivían con sus hijos, 468 (28,7%) vivían con pareja e hijos, 117 (7,2%) con pareja sin hijos, 457 (28%) vivían con su familia de origen, 145 (8,8%) vivían con otras personas y/o en Instituciones. A nivel académico se encontró que predominan los sujetos con estudios primarios 1062 (65%), seguidos de los sujetos con educación secundaria 276 (16,9%) y de los sujetos con estudios universitarios 99 (6,1%). La situación laboral se distribuyó de la siguiente forma: 628 (38,5%) se encontraban en activo laboralmente, 268 (16,4%) percibían algún tipo de prestación económica aunque sin trabajo activo, y 552 (33,8%) no recibían prestaciones económicas ni desarrollaban trabajos remunerados (amas de casa, estudiantes, etc.). Con respecto a la nacionalidad de los sujetos, prácticamente la totalidad de la muestra 1.565 (96%) tenían nacionalidad española y 66 (4%) eran extranjeros.

Con relación a la temporalidad de las tentativas de suicidio, en el presente estudio se han realizado con mayor frecuencia durante las horas 23 (7,5%), seguidas de las horas 12 (7,4%), 20 (6,9%), las 21 (6,5%), las 19 (5,8%), las 17 (5,7%) y las 22 (5,5%). La mayoría de las tentativas se llevan a cabo entre las 12 y las 0 horas. En función del día de la semana, 898 (55,1%) de los sujetos lo

hicieron durante los días de semana (lunes, martes, miércoles y jueves), en tanto que 733 (44,9%) eligieron el fin de semana (viernes, sábado y domingo). Los días de la semana en que se produce un mayor número de tentativas de suicidio han sido los domingos (16,9%) y los lunes (15,2%) respectivamente. Los días en que menos tentativas se han producido han sido los miércoles (12,9%). Con respecto al mes, 376 (23,1%) realizaron la tentativa de suicidio durante el primer trimestre, 416 (25,5%) lo hicieron durante el segundo trimestre, 458 (28,1%) lo hicieron durante el tercer trimestre y 383 (23,5%) lo hicieron

durante el cuarto trimestre. El procedimiento empleado con mayor frecuencia para las tentativas de suicidio fue la intoxicación medicamentosa, elegida por el (74,8%) de los sujetos, seguido por la flebotomía (18,4%) de los sujetos. Con una menor frecuencia la precipitación (3%), la ingestión de pesticidas y ahorcamiento (1%).

DISCUSIÓN

En la mayor parte de los países donde se ha estudiado el fenómeno suicida, las mujeres presentan mayores tasas de ideación y de comportamientos suicidas (Kopjar et al 2005; Agudo et al 2006; Duce et al 1998), pero la mortalidad producida por estos actos es típicamente más baja en las mujeres que en los varones.

En España, la proporción entre mujeres y varones por lo que se refiere a tentativas de suicidio, presenta una tendencia hacia la equiparación. Así, se ha pasado de una relación de 1:9 a favor de las mujeres en la década de los 70 a 1:2 en la actualidad. En la muestra estudiada el número de mujeres que realizaron una tentativa suicida fue de 997 (61,1%) en tanto que los varones fueron 636 (38,9%). Los porcentajes de hombres y mujeres del presente estudio, son coincidentes con los mismos en población general, siendo la proporción mujer/hombre de 1,6. Los grupos de edad más frecuentemente relacionados con las tentativas de suicidio son los incluidos en el período juvenil. La mayoría de los estudios que investigan este fenó-

meno, muestran cómo las tasas más elevadas de comportamiento parasuicida se dan en personas jóvenes, concretamente en la franja de edad comprendida entre los 15 y los 34 años (Fernández, 2001; Lozano et al 2004; Bille-Brahe et al 1997).

En el estudio WHO/EURO se observó que la relación entre intentos de suicidio y estado civil era dependiente de la edad por cuanto la probabilidad de estar casado es menor entre la población más joven. Aún así, al corregir este factor de confusión se observó que las tentativas suicidas eran más frecuentes entre los solteros y los divorciados. Por último, se considera que tener hijos a cargo es un factor de protección frente a este tipo de comportamientos (Bobes et al 2004)). La situación psicológica de aislamiento (alejamiento conyugal, migración, etc.) aumenta el riesgo de tentativa suicida. Así, circunstancias como vivir sólo, estar ingresado en un hospital, en la cárcel, etc. elevarían las posibilidades de realizar este tipo de conducta.

Existen datos consistentes de que la disfunción familiar podría ser un factor favorecedor del comportamiento suicida. Un estudio epidemiológico que ha evaluado a 12.500 sujetos de cinco países europeos (Reino Unido, Irlanda, España, Noruega y Finlandia) señala el aislamiento como uno de los factores asociados a la presencia de ideas suicidas en la población que se repite en todos los países europeos (Ayuso et al 2006). En general, se considera que el nivel educativo no tiene un papel determinante en el comportamiento suicida. No obstante, lo cierto es que en la mayoría de los estudios se encuentra un nivel educativo más bajo en las personas que intentan o consuman el suicidio (Caracciolo, 1996). En los datos encontrados en el presente estudio, los sujetos con estudios primarios están más representados que en la población general, obteniéndose diferencias estadísticamente significativas tanto en hombres como en mujeres.

La relación entre conducta suicida y desempleo ha sido comprobada en numerosas ocasiones, coincidiendo en señalar la existencia de una relación entre las conductas suicidas y diversos marcadores socioeconómicos, entre los que destaca el desempleo, la duración del mismo o la clase social de pertenencia. A pesar de que el desempleo se asocia a las tentativas de suicidio serias tanto en hombres como en mujeres, el riesgo atribuible es sólo del 7,3%, lo que sugiere que la situación de desem-

pleo contribuye en una pequeña medida al desencadenamiento del acto suicida, siendo por tanto fuente de controversia como factor de riesgo. El lugar de nacimiento del individuo viene a demostrar de una manera "incorrecta" el reflejo de la emigración. La inmigración, unida al desarraigo y el aislamiento, supone un factor de riesgo de comportamientos suicidas, aunque este riesgo disminuye cuando la emigración se hace con toda la familia. Esto se ha observado en las familias de emigrantes en las que se ha mantenido la misma tasa de suicidio de su país de origen durante las primeras generaciones, y parece apoyar la teoría de la integración social de Durheim, ya que la mayor capacidad de adaptación protege frente a este efecto suicidógeno de la emigración.

La franja horaria correspondiente a la tarde y noche, con independencia de la gravedad de la tentativa, del género, o de la repetición, es mayoritariamente la más prevalente en las tentativas de suicidio, y la preferida sobre todo en los Trastornos Mentales Orgánicos, sujetos dependientes de sustancias psicoactivas, Trastornos Neuróticos y de la Personalidad. Algunos autores sugieren que en el horario pueden influir posiblemente los ritmos circadianos biológicos, puesto que en las horas de la tarde y primeras de la noche, los niveles de serotonina están más bajos (Jessen et al 1999). Los días de la semana son objeto de discusión entre los investigadores, ya que tanto en el estudio multicéntrico europeo (Schmidtke et al 1996) como en otras culturas (Ho, 1998), encuentran, para las tentativas, los domingos como el día con el mayor pico, en tanto que los viernes sería el más bajo, aunque esto, sólo sería válido para las mujeres, concentrándose después de días vacacionales señalados, como la Navidad, y no antes. Las variaciones estacionales en las tentativas de suicidio se han divulgado en muchos países. Investigaciones recientes han sugerido que los patrones estacionales entre las tentativas y los suicidios consumados no son iguales. Para la mayoría de los investigadores que estudian las tentativas de suicidio, éstas son más bajas durante los meses de invierno, incrementándose hasta la primavera y con picos en mayo y junio.

En otras culturas los picos de tentativas que ingresan en hospitales (excluyen intoxicaciones por alcohol) se ven durante los meses de junio,

agosto y septiembre, relacionando estos dos últimos meses con factores culturales-religiosos, ya que las fiestas serían factores de riesgo para las sociedades con poco soporte familiar y social, mientras que resultarían protectoras donde existe dicho soporte, puesto que favorecerían la reunión con los suyos. Los métodos utilizados en las tentativas de suicidio suelen ser métodos “blandos” (sobredosis de fármacos y cortes o incisiones en las flexuras de las manos), lo que indicaría la ambivalencia existente en esos momentos.

BIBLIOGRAFÍA

- Agudo, M. et al. (2006) Conductas parasuicidas en población inmigrante del área 11 de salud; X Congreso Nacional de Psiquiatría.
- Ayuso Mateos, JL. et al. (2006) Predictors of compliance with psychosocial interventions offered in the community; *Psychological Medicine*, 1: 1-9.
- Bille-Brahe, U. et al. (1997) A repetition-prediction study of european parasuicide populations: a summary of the first report from part II of the WHO/EURO multicentre study on parasuicide in cooperation with the EC Concerted Action on Attempted Suicide; *Acta Psychiatr.Scand*, 95: 81-86.
- Bobes, J, Sáiz, P, Bascarán, MT, Bousoño, M, y García-Portilla, MP (2004). Comportamientos suicidas. Prevención y tratamiento. Barcelona: Ars Médica.
- Caracciolo, S. (1996) Circadian rhythm of parasuicide in relation to violence if method and concomitant mental disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93(4): 252 - 256.
- Duce, S. et al. (1998) Intoxicaciones medicamentosas voluntarias atendidas en un servicio de urgencias. *Emergencias*, 10(4): 225-233.
- Fernández, C. (2001) Características de las conductas suicidas en pacientes ingresados en una unidad psiquiátrica. Universidad de Oviedo, Tesis Doctoral.
- Gómez Alcalde, M.S.; Reyes Martín, A. (1996) Suicidio consumado y enfermedad mental previa: aproximación epidemiológica. *Psiquis*, 17(8): 402-409.
- Ho, B (1998) Temporal variation in parasuicide among Singaporean Chinese. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32: 500-503.
- Jessen, G. et al. (1999) Temporal fluctuations and seasonality in attempted suicide in Europe. *Archives of Suicide Research*, 5: 57-69.
- Kopjar, B.; Dieserud, G.; Wilk, J. (2005); Deliberate self-poisonings treated in hospitals. *Tidsskr. Nor. Laegeforen*. 125(13):1798-800.
- Lozano, C. et al. (2004) Estudio descriptivo del parasuicidio en las urgencias psiquiátricas. *Rev. Asoc. Esp Neuro*. 91:11-22.
- Saiz Martínez, P.A. et al. (1997); Searching for a predictive peripheral biological model in parasuicidal behaviour. *Eur Psychiatry*, 12: 75-81.
- Schmidtke, A et al. (1996) Attempted suicide in Europe: rate, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the QWHO/EURO multicentre study on parasuicide. *Acta Psychiatrica Scan*, 327-338.



MISCELÁNEA

BIBLIOTECA COMENTADA

APUNTES HISTÓRICOS SOBRE EL ORIGEN DEL COLEGIO DE ENFERMERÍA DE CIUDAD REAL. EL COLEGIO PROVINCIAL DE PRACTICANTES. II/52: 27-32

Expósito González, R. (2009)

Raúl Expósito González, nos ha regalado a los amantes de la historia de la enfermería un trabajo de investigación denominado "Apuntes históricos sobre el origen del Colegio de Enfermería de Ciudad Real" que coincide con la celebración del centenario de dicha corporación. En síntesis, la principal aportación del autor radica en arrojar luz sobre el proceso de institucionalización colegial de la enfermería en España, pero sobre todo en Ciudad Real. Raúl Expósito aborda el tema de la colegiación relacionándolo con fenómenos de socialización como la agrupación de practicantes en gremios, cofradías, montepíos, sociedades, aso-

ciaciones, federaciones, Uniones y colegios profesionales, con la finalidad de defender su profesión y para luchar contra el intrusismo. En este trabajo el autor ha realizado una profunda e intensa labor heurística y de análisis documental llegando a contrastar cientos de fuentes primarias y secundarias, por lo que merece una especial atención por parte de los historiadores de la disciplina.

José Siles González

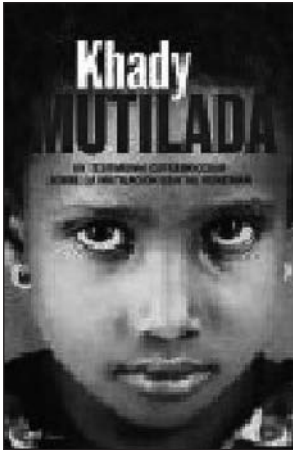
Enlace a la revista:

http://www.ocenf.org/ciudadreal/02_publicaciones/Cat_Revi.asp

MUTILADA

Khady (2007) RBA.

ISBN 978-84-473-5673-7



Khady Koita la autora de etnia soninké y de origen Senegalés, describe en su obra las vivencias en la niñez en la ciudad de Thies, relata con detalle los ritos propios de su cultura, el rol desempeñado por la mujer en la aldea, así como la estructura familiar que le arropa durante toda su

infancia y a pesar de las dificultades propias del entorno deja entrever la felicidad que vivió junto a los suyos. A la edad de siete años sufrió la mutilación genital por su abuela, algo incomprensible

para una niña, dejando una huella imborrable el dolor sufrido, la hemorragia y el shock. A los trece años debe emigrar a Francia como consecuencia de su matrimonio, viviendo una etapa de grandes dificultades a la que trata de sobreponerse en todo momento. Definida como una víctima de su propia cultura que se arraiga con fuerza a tradiciones inhumanas como la mutilación en la infancia, embarazos seguidos antes de ser adulta, la sumisión continua al esposo, la humillación y el maltrato físico -psíquico recibido por el mismo, han hecho que Khady se haya revelado contra el sistema a través de una lucha constante por conseguir los derechos propios de la mujer en su país.

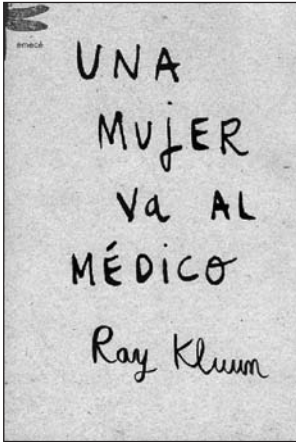
En estos momentos la autora del libro ocupa el cargo de "Presidenta de la Red de Europea de lucha contra las mutilaciones sexuales" y ha recibido entre otros premios, el premio a la Tolerancia otorgado por la comunidad de Madrid y el de Derechos Humanos otorgado por el Consejo General de la Abogacía Española.

María del Carmen Solano Ruiz

UNA MUJER VA AL MÉDICO

Kluun, R. (2008)

Emecé, Barcelona.



Esta obra presenta la fragmentación de la cotidianeidad de un joven matrimonio holandés a partir de un hecho crucial: el diagnóstico de un cáncer de pecho de la mujer. Lo más original del texto subyace en la sinceridad del autor -el marido- que narra de forma autobiográfica todos los avatares

a los que se ve sometida la vida de su esposa y la suya a raíz de la entrada en escena del cáncer. En esta novela cimentada en la realidad experimentada por el propio autor, se describe el proceso de adaptación de la pareja a las nuevas situaciones a las que se van enfrentando conforme “el mal” va ganando terreno. La narración del momento en el que se informa a Carmen sobre la naturaleza de su enfermedad resulta magistral tanto por la interpretación del papel del médico como por el descubrimiento de una más que posible negligencia sanitaria anterior. Asimismo, se describen situaciones proverbiales que deben provocar la reflexión de los profesionales de la salud: la escenificación de las sesiones de quimioterapia con profusión de detalles acerca de enfermeras, médicos y otros pacientes que “exhiben” en sus cuerpos la veteranía o su condición de principiante en tan particular menester; la labor de las asociaciones en la “socialización”, toma de conciencia y lucha activa de las personas que están unidas por el denominador

común del cáncer; los tratos dispensados a los pacientes por los diferentes profesionales sanitarios; el impacto en la frágil armonía familiar de un matrimonio con una hija pequeña que también intenta hacerse una idea de lo que está ocurriendo desde el inocente paraíso de la infancia; la repercusión laboral en los cometidos profesionales de la pareja; la incidencia del proceso en su círculo de amistades; la necesidad, pese a todo, de seguir disponiendo de espacios y tiempos de ocio, diversión y sexo; la progresiva disminución de la libertad de seguir viviendo y la necesidad resultante de intentar controlar al menos: el momento, la forma, el lugar, las personas, con las que va a producirse la despedida apurando hasta el último hilo de vida.

Un relato plagado de datos, pero tal vez lo más interesante del mismo radique en la forma de escribirlo. El estilo es directo y el lector se ve prendido en una tensión donde el dinamismo de los acontecimientos no desmerece la intensidad de las experiencias narradas: hinchada de fútbol, cierta sensibilidad por el arte, amante de los placeres propios de la clase media alta holandesa, etc. Asimismo, el autor apuesta sin complejos por la franqueza sin tapujos y no margina del discurso narrativo las que se podrían considerar como “partes más discordantes de su vida” con respecto a su mujer enferma: amante compulsivo, no puede dejar de serle infiel a Carmen ni aún en los momentos más críticos, el alcohol, las drogas, la conducción temeraria, etc. Sin lugar a dudas orbita en torno a esta sincera autocrítica, como en el tema de la eutanasia -interesantísima la parte del relato en la que aparece la figura del médico encargado de realizarla- la particular permisividad que caracteriza la cultura holandesa.

José Siles González



SIMPÓSIO IBERO-AMERICANO DA HISTÓRIA DA ENFERMAGEM

Preservar a memória. Porquê? Para quê?

7 a 10 de Outubro de 2009

Fundação Calouste Gulbenkian

Av. de Berna

Lisboa / Portugal

A Associação Portuguesa de Enfermeiros (APE) vai realizar em Lisboa o II Simpósio Ibero-Americano de História de Enfermagem com o tema Preservar a Memória. Porquê? Para quê? de 7 a 10 de Outubro de 2009, na Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa.

Para a organização deste Simpósio a APE conta com o apoio da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Comissão Científica

- José Siles González - Prof. Universidade de Alicante
- Lucília Nunes - Prof^a Escola Superior de Saúde - Setúbal
- Madalena Esperança Pina - Prof^a, Faculdade de Ciências Médicas, UNL
- Manuel Rodrigues - Prof. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
- Maria Helena Racha da Silva - Prof^a, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
- Maria Isabel Soares - Assessora Técnica de Enfermagem, Departamento de Recursos Humanos do Ministério da Saúde, Aposentada
- Maria Teresa Calvário Antunes - Prof^a Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
- Paulo Fernando de Souza Campos - Prof. Universidade de São Paulo
- Taka Oguisso - Prof^a, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Comissão Organizadora

- Alexandra Tereso - Prof^a da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
- Deolinda Antunes da Luz - Prof^a da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

- Deolinda Lopes Duarte - Supervisora de Enfermagem do IPOFG - Lisboa, Aposentada
- João José Santos Fernandes - Enfermeiro Director do Hospital S. Francisco Xavier, Lisboa
- Luísa da Conceição Matado Caldas - Enfermeira Chefe do Hospital Cuf Descobertas
- Maria Alice Santos Curado - Prof^a da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
- Maria Dulce Mendes Gonçalves - Enfermeira Graduada do Hospital de S. Francisco Xavier
- Marília Pais Viterbo de Freitas - Assessora Técnica de Enfermagem, Departamento de Recursos Humanos do Ministério da Saúde, Aposentada

Sub Comissão de Finanças

- Alexandra Tereso - Prof^a da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
- João José Santos Fernandes - Enfermeiro Director do Hospital S. Francisco Xavier, Lisboa

Sub Comissão de Actividades Culturais

- Maria Dulce Mendes Gonçalves - Enfermeira Graduada do Hospital de S. Francisco Xavier
- Luísa da Conceição Matado Caldas - Enfermeira Chefe do Hospital Cuf Descobertas

O programa provisório vai estar disponível no site da APE assim como os critérios de apreciação de comunicações livres e posters.

Data para envio de resumos: até 31 de Maio de 2009.

Informação sobre aceitação ou recusa do resumo pela Comissão Científica até 30 de Junho de 2009
Inscrição até 15 de Julho de 2009

Associação Portuguesa de Enfermeiros

Rua Duque de Palmela, 27 - 4^ª Dto / 1250-097 Lisboa - Portugal

Tel. 213 535 543 / Fax 217 156 736 / E-mail: historiaenf@gmail.com / www.apenfermeiros.pt



2^o

SIMPÓSIO IBERO-AMERICANO DA HISTÓRIA DA ENFERMAGEM

Preservar a memória. Porquê? Para quê?

7 a 10 de Outubro de 2009

Fundação Calouste Gulbenkian

Av. de Berna

Lisboa / Portugal

NORMAS E CRITÉRIOS DE APRESENTAÇÃO E SELECÇÃO DE RESUMOS

- 1 - O resumo deve ser escrito em português ou espanhol
- 2 - A data limite para o envio de resumos: 31 de Maio de 2009
- 3 - O resumo deve ser dactilografado no próprio formulário de resumos
- 4 - O resumo deve incluir: uma introdução e justificação do tema, os objectivos do estudo, a metodologia, as fontes, os resultados e as conclusões.
- 5 - O estudo deverá situar-se na História da Saúde/Enfermagem; em estudos multidisciplinares deverá haver uma abordagem relativa à História de Enfermagem.
- 6 - Sugestão de algumas áreas temáticas:
 - História das Instituições
 - Histórias de Vida
 - As Mulheres na Saúde
 - Antropologia dos cuidados
 - Estudos críticos sobre Enfermagem
 - Estudos Fenomenológicos sobre situações de cuidados
- 7 - O método deve ser relevante em relação ao problema em estudo, de acordo com as normas éticas para estudos científicos.
- 8 - Os autores devem colocar os nomes por extenso, com indicação do autor, que deverá apresentar o trabalho e respectiva forma de contacto.
- 9 - O trabalho a ser apresentado no simpósio não pode ter sido previamente publicado ou apresentado noutro simpósio.
- 10 - Depois de enviado, o resumo não pode ter correcções ou revisões.
- 11 - A APE reserva-se ao direito de publicar e distribuir qualquer resumo ou comunicação aceite para apresentação.
- 12 - A publicação das comunicações apresentadas no simpósio, noutras revistas ou noutros países, poderá ser autorizada pela APE, desde que haja autorização do autor.
- 13 - Todos os pedidos para devolução de resumos devem ser apresentados por escrito.
- 14 - Se um resumo for aceite, o apresentador deve responsabilizar-se por todas as despesas relacionadas com a sua viagem, inscrição no simpósio e apresentação da comunicação.
- 15 - Se um resumo for aceite, o autor deverá entregar todo o material no formato escrito para posterior publicação.
- 16 - A selecção de resumos será da responsabilidade da comissão científica. A decisão desta comissão é final.
- 17 - Os resumos não devem exceder as 250 palavras e devem ser escritos dentro da folha em anexo.
- 18 - Os resumos devem ser enviados para a APE através de: historiaenf@gmail.com, pelo correio ou por FAX nº (351)213535543. Neste caso devem ser enviados o original e 3 cópias. Deve também ser mencionado o material audiovisual a utilizar na apresentação.
- 19 - A aceitação ou recusa do resumo será comunicada até 30 de Junho de 2009

Associação Portuguesa de Enfermeiros

Rua Duque de Palmela, 27 - 4º Dto / 1250-097 Lisboa - Portugal

Tel. 213 535 543 / Fax 217 156 736 / E-mail: historiaenf@gmail.com / www.apenfermeiros.pt



2^o

SIMPÓSIO IBERO-AMERICANO DA HISTÓRIA DA ENFERMAGEM

Preservar a memória. Porquê? Para quê?

7 a 10 de Outubro de 2009

Fundação Calouste Gulbenkian

Av. de Berna

Lisboa / Portugal

- 20 - Uma vez aceite o resumo, o autor deverá inscrever-se no Simpósio e pagar a inscrição até 15 de Julho de 2009. Se até esta data não for feita e paga a inscrição os resumos serão eliminados do programa.
- 21 - Os resumos podem ser apresentados nas seguintes categorias:
- Comunicações Livres para apresentação oral com a duração máxima de 20 minutos.
 - Posters com apresentação em horário a definir.
- 22 - Características a atender na elaboração dos Posters
- O conteúdo deverá ser legível a 1,5 metros de distância;
 - Não deve ultrapassar as dimensões de 110x90 cm;
 - Deverá conter, preferencialmente, figuras, fotos e gráficos;
 - A apresentação, pelo autor, do Poster seleccionado não poderá exceder os 15 minutos;
 - Os Posters deverão ser expostos, de preferência, na véspera do Simpósio ou no 1º dia, até às 10 horas;
- 23 - Todas as decisões quanto à aceitação dos resumos são definitivas, não dando lugar a reclamações;
- 24 - O texto integral das Comunicações Livres deve ser enviado até 31 de Julho de 2009 para a APE.
- Não deve ultrapassar 25 folhas A4, processada a dois espaços, numa só face, com margens de 4cm à esquerda e 2cm à direita.

PROGRAMA PROVISÓRIO

1.º DIA - 7 DE OUTUBRO DE 2009

9h00.- Sessão de Abertura

9h30.- Conferência

Nursing History: A Subject for All Seasons
Professora Doutora Anne Marie Rafferty

10h30.- Café

11h00.- Paineir

A Importância do estudo da História de Enfermagem no Ensino da Enfermagem
Participantes - Professora Doutora Taka Oguisso, Escola de Enfermagem da USP, S. Paulo, Brasil
- Professora Ana Pires, Escola Superior de Enfermagem de Beja, Portugal
Moderadora - Professora Mª Teresa Calvário Antunes, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal

13h00.- Almoço

14h30-18h30.- Comunicações Livres

14h30-18h30.- Seminário “Projecto de Investigação em História de Enfermagem”
Coordenador Professor Doutor Paulo Campos, Universidade de S. Paulo, Brasil

2.º DIA - 8 DE OUTUBRO DE 2009

9h30.- Conferência “La obra del Enfermero Bernardino de Obregón (1540-1599): Orígenes de La Enfermería Moderna em España y Portugal”
Professor Doutor António Claret Garcia Martinez, Universidade de Huelva, España

10h30.- Café

Associação Portuguesa de Enfermeiros

Rua Duque de Palmela, 27 - 4º Dto / 1250-097 Lisboa - Portugal

Tel. 213 535 543 / Fax 217 156 736 / E-mail: historiaenf@gmail.com / www.apenfermeiros.pt



2^o

SIMPÓSIO IBERO-AMERICANO DA HISTÓRIA DA ENFERMAGEM

Preservar a memória. Porquê? Para quê?

7 a 10 de Outubro de 2009

Fundação Calouste Gulbenkian

Av. de Berna

Lisboa / Portugal

11h00.- Mesa Redonda

Metodologia de Investigação Histórica

Professora Doutora Zília Osório de Castro,
Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal

Mestre Maria Isabel Soares, Assessora Técnica de
Enfermagem, Departamento de Recursos
Humanos do Ministério da Saúde, Aposentada,
Portugal.

Arquivista Dr.^a Sandrina Fernandes Martins,
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa,
Portugal

13h00.- Almoço

14h30-15h30.- Conferência “A construção do dis-
curso científico em Enfermagem: dos manuais
didáticos aos artigos científicos em revistas inde-
xadas”

Professor Doutor Manuel Rodrigues, Escola
Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal

15h30-16h30.- Comunicações Livres e
Apresentação de Posters

16h30.- Café

17h00-18h00.- Comunicações Livres

3.º DIA - 9 DE OUTUBRO DE 2009

9h30.- Conferência “La Enfermería en Colômbia.
Análisis Sociohistórica “

Professora Doutora Ana Luísa Velandia Mora,
Universidade de Bogotá, Colombia

10h30.- Café

11h00.- Mesa Redonda “ História do Ensino de
Enfermagem nas antigas colónias de Cabo Verde
(1971 - 1973) e de Moçambique (Séculos XVI -
XX) e em Macau, Território Chinês com

Administração Portuguesa (1989 - 1998)”.
- Maria Teresa Quintão Pereira, Assessora Técnica

de Enfermagem, Departamento de Recursos
Humanos da Saúde do Ministério da Saúde,
Aposentada, Lisboa, Portugal.

- Maria Fernanda Gouveia Pinto, Monitora Chefe,
Escola Técnica dos Serviços de Saúde de
Moçambique, Aposentada

- Professora Maria Brites Camacho Cardoso,
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa,
Portugal

Moderadora - Professora Maria Helena Racha da
Silva, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa,
Portugal.

13h00.- Almoço

14h30-16,00.- Conferências

“Comadres e Matronas. Contributo para a História
das Parteiras em Portugal”

Mestre Marília Pais Viterbo de Freitas, Associação
Portuguesa de Enfermeiros, Portugal

Título a confirmar

Professora Doutora Almerinda Moreira, Escola de
Enfermagem do Rio de Janeiro, Brasil

Moderadora - Professora Maria Alice Curado,
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa,
Portugal

16,00.- Encerramento

4.º DIA - 10 DE OUTUBRO DE 2009

9h30-13h30.- Visitas de estudo

Hospital Miguel Bombarda, Lisboa

Hospital de S. José, Lisboa

Museu da Farmácia, Lisboa

Termas das Caldas da Rainha

Associação Portuguesa de Enfermeiros

Rua Duque de Palmela, 27 - 4º Dto / 1250-097 Lisboa - Portugal

Tel. 213 535 543 / Fax 217 156 736 / E-mail: historiaenf@gmail.com / www.apenfermeiros.pt



CULTURA DE LOS CUIDADOS ENTRE LOS PRINCIPALES “HITS” DEL REPOSITORIO DE LA UA.



Resultados 1-10 de 3485.

Hits de comunidad:

Nombre de la comunidad
Revista OBETS. Revista de Ciencias Sociales
Revistas
Revista Migraciones Forzadas
Cultura de los cuidados. Revista de enfermería y humanidades
Revista Alicantina de Estudios Ingleses
Revista de Historia Moderna. Anales de la Universidad de Alicante

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Siguiente

IMPORTANTE INCREMENTO DEL IMPACTO DE LA REVISTA:

LOS DE *CULT. CUID.* ENTRE LOS ARTÍCULOS MÁS CONSULTADOS Y “DESCARGADOS”

REVISTA CULTURA DE LOS CUIDADOS “ON LINE”:

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

