

# CULTURA DE LOS CUIDADOS

3<sup>er</sup> Cuatrimestre 2014 • Año XVIII - N.º 40

## SUMARIO

### EDITORIAL

- Las nodrizas y su importancia en los cuidados

### FENOMENOLOGÍA

- Más allá de las "indiciones". Reflexión sobre la comunicación a partir de una vivencia
- La calle de la Lona
- Tanto todo
- Creativity in higher education of nursing - from the theoretical concepts to the pedagogical effects

### HISTORIA

- Epístola 'literaria' al profesor Sánchez Granjel
- Hospital Militar de San Miguel (1838-1839)

### ANTROPOLOGÍA

- Relaciones de poder en los Hospitales. Enfermeras y padres y madres inmigrados
- Poder y exclusiones formativas en Ciencias de la Salud. Propuestas de mejora en la atención al paciente desde la complementariedad
- La humanización en el proceso de formación académica de los profesionales de la salud
- Prácticas de autocuidado sexual y reproductivo en mujeres "parejas de" migrantes internacionales de San Luis Potosí, México
- Esferas vaginales: Función terapéutica

### TEORÍA Y MÉTODO

- Etnografía en la investigación en enfermería: una revisión integrativa
- La práctica clínica enfermera en el abordaje de la violencia de género
- Madre y mujer gitana. Joaquina la gitana de Joaquín Sorollao

### MISCELÁNEA

- Macondece
- Biblioteca comentada
- Máster en Cultura de los Cuidados



ASOCIACIÓN NACIONAL DE HISTORIA  
Y ANTROPOLOGÍA DE LOS CUIDADOS



CONSEJO DE ENFERMERÍA DE LA  
COMUNIDAD VALENCIANA

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

**CONSEJO EDITORIAL**

**DIRECCIÓN/ EDITOR**

José Siles González

**COMITÉ EDITORIAL**

Luis Cibanal Juan - Carmen Solano Ruiz

**CONSEJO DE REDACCIÓN**

**COORDINADORA**

Ana Lucia Noreña Peña

**MIEMBROS CONSEJO REDACCIÓN**

Miguel Ángel Fernández Molina

Eva M<sup>a</sup> Gabaldón Bravo

Elena FerrerHernández

Flores Vizcaya Moreno

José Ramón Martínez Riera

M<sup>a</sup> Mercedes Rizo Baeza

Mercedes Nuñez del Castillo

Miguel Castells Molina

Rosa Pérez-Cañaveras

Manuel Lillo Crespo

Isabel Casabona Martínez

Departamento de Enfermería.

Universidad de Alicante

**COORDINADOR INFORMÁTICO Y PÁGINA WEB**

Pablo Díez Espinosa

**DIRECCIÓN FINANCIERA**

Organización Colegial de Enfermería de la Comunidad Valenciana

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

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

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

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

**COMITÉ CIENTÍFICO O ASESOR**

**Manuel Amezcua Martínez**

Presidente de la Fundación Index. Profesor asociado Universidad de Granada (España).

**Carmen Chamizo Vega**

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

**César Hueso Montoro**

Doctor por la Universidad de Alicante. Profesor Universidad de Granada (España).

**Manuel García Martínez**

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

**Guillermo Silva Magaña**

Doctor por Universidad de Alicante. Profesor titular. (Universidad de Colima, Méjico.

**Carlos Lousada Lopes Subtil**

Profesor titular Escola/Faculdade: Escola Superior de Enfermagem. Viana do Castelo (Portugal)

**Antonio C. García Martínez**

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

**María Elisa Moreno-Fergusson**

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

**Esperanza de la Peña Tejero**

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)

**Fernando Porto**

Doctor en enfermería por la escuela de Enfermagem Anna Nery/ UFRJ. Professor Adjunto da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da UNIRIO (Brasil)

**Beatriz Morrone**

Profesora Titular de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Mar del Plata. Investigadora Categorizada II. Integrante del Banco Nacional de Evaluadores para Proyectos de Investigación del Ministerio de Cultura y Educación (Argentina).

**Ximena Isla Lund**

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

**Raquel Spector**

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

**Rick Zoucha**

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

**Taka Oguiso**

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

**Genival Fernandes de Freitas**

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

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

**INDIZADA E INSCRITA EN:**

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

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

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

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

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

"Inscrita y miembro del en Servicio CrossRef (DOI prefix is: 10.7184")

Coordinadora RUA. Ana L. Noreña

**SUSCRIPCIONES:**

Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA) C/. Xàbia, 4 - 3<sup>a</sup> Pta. 10 - 46010 Valencia Tarifas 3 números (1 año). España y Portugal: 12,02 euros

Alumnos Enfermería: 7,21 euros

Extranjero: 18,03 euros

**CORRESPONDENCIA:**

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

Ap 99. E-03080 Alacant - Alicante

Revista «on line»:

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

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

Título clave: Cultura de los Cuidados

Título abreviado: Cul. Cuid.

Tirada/ Producción: 3.000 ejemplares

**IMPRESIÓN Y ACABADO:**

Edita: Consejo de Enfermería Comunidad Valenciana (CECOVA)

Diseño editorial, maquetación e impresión:

AROA Diseño y Comunicación. Alicante (España)

LA DIRECCIÓN DE LA REVISTA NO SE HACE RESPONSABLE DE LOS CONTENIDOS DE LOS ARTÍCULOS. MARCA ESPAÑOLA Nº 2.816.560 DENOMINADO CULTURA DE LOS CUIDADOS BOE. 16/04/2008.

## SUMARIO

<b>NORMAS DE PUBLICACIÓN</b> .....	4
Criterios de evaluación y selección de artículos.....	7
<b>EDITORIAL</b>	
Las nodrizas y su importancia en los cuidados.....	9
<i>ANTONIO MARTÍNEZ SABATER</i>	
<b>FENOMENOLOGÍA</b>	
Más allá de las “indiciones”. Reflexión sobre la comunicación a partir de una vivencia.....	18
<i>RAQUEL A. DÍAZ ALONSO, DAVID PALACIOS MARTÍNEZ</i>	
La calle de la Lona.....	21
<i>ALEJANDRO MARÍN REÑASCO</i>	
Tanto todo.....	24
<i>MARTA NÚÑEZ</i>	
Creativity in higher education of nursing - from the theoretical concepts to the pedagogical effects....	27
<i>ONÁ SILVA, ELIOENAI DORNELLES ALVES, MARIA CRISTINA SOARES RODRIGUES</i>	
<b>HISTORIA</b>	
Epístola ‘literaria’ al profesor Sánchez Granjel.....	36
<i>FRANCISCO HERRERA-RODRÍGUEZ</i>	
Hospital Militar de San Miguel (1838-1839).....	40
<i>ESPERANZA SANTANO MOGENA, SERGIO RICO MARTÍN, MARÍA LUZ SÁNCHEZ CALVARRO Y JULIÁN FERNANDO CALDERÓN GARCÍA</i>	
<b>ANTROPOLOGÍA</b>	
Relaciones de poder en los Hospitales. Enfermeras y padres y madres inmigrados.....	50
<i>JUAN LUIS GONZÁLEZ PASCUAL Y MANUEL MORENO PRECIADO</i>	
Poder y exclusiones formativas en Ciencias de la Salud. Propuestas de mejora en la atención al paciente desde la complementariedad.....	59
<i>DAVID CONDE CABALLERO</i>	
La humanización en el proceso de formación académica de los profesionales de la salud.....	72
<i>CAROLINA FELICIANA BRACARENSE, JOYCE MARA GABRIEL DUARTE, HELGA MARÍZIA SOARES, RENATA MACIEL CÔRTEZ, ANA LÚCIA DE ASSIS SIMÕES</i>	
Prácticas de autocuidado sexual y reproductivo en mujeres “parejas de” migrantes internacionales de San Luis Potosí, México.....	82
<i>YÉSICA YOLANDA RANGEL FLORES</i>	
Esferas vaginales: Función terapéutica.....	93
<i>MIRIAM ABDEL KARIM RUIZ, JESICA GALLEG0 MOLINA, MARTA GAVILÁN DÍAZ</i>	
<b>TEORÍA Y MÉTODO</b>	
Etnografía en la investigación en enfermería: una revisión integrativa.....	99
<i>CARLA LUBE DE PINHO CHIBANTE, FÁTIMA HELENA DO ESPÍRITO SANTO</i>	
La práctica clínica enfermera en el abordaje de la violencia de género.....	107
<i>CARMEN PÉREZ GARCÍA, MARÍA DE LOS ÁNGELES MANZANO FELIPE</i>	
Madre y mujer gitana. Joaquina la gitana de Joaquín Sorolla.....	116
<i>MARÍA DOLORES GIL ESTEVAN, MARIA DEL CARMEN SOLANO RUIZ</i>	
<b>MISCELÁNEA</b>	
Macondece.....	121
BIBLIOTECA COMENTADA.....	123
MÁSTER EN CULTURA DE LOS CUIDADOS.....	127

## 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 en minúscula en tres idiomas en este orden: español, inglés y portugués, seguido del nombre de los autores (no más de 6), en minúscula. En primer lugar las iniciales en mayúsculas separadas por un punto y seguido por los apellidos en minúsculas por ejemplo: M<sup>a</sup>.C. Solano Ruiz. Mediante un asterisco (superíndice) escribir su rango académico más elevado o profesional y la dirección de contacto del primer autor junto con su correo electrónico y teléfono. En la segunda

página: resumen del trabajo no superior a 200 palabras (en inglés, portugués y español. Se incluirán, además de cuatro a cinco palabras clave en los tres idiomas. Las siguientes páginas incluirán el contenido del artículo evitando poner subíndices y notas al pie de página, con una extensión no superior a los 17 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 en minúsculas 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: Cibanal, L.. ed. Las revistas españolas de enfermería ,Síntesis, Madrid: 88-102 (Capítulo de Libro).

- Para citar documentos/ artículos “on line”:

Pagani, R.. (2002) Informe técnico. El crédito europeo y el sistema educativo español. 425 Available [http://www.eees.ua.es/http://aneca.es/modal\\_eval/docs/doc\\_download/426\\_27th\\_July\\_2008](http://www.eees.ua.es/http://aneca.es/modal_eval/docs/doc_download/426_27th_July_2008).

- Las ilustraciones, gráficas y fotografías se enviarán en otro archivo, 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: letra Times New Roman, tamaño letra 12, a doble espacio.
- Los autores deberán realizar el” check list” disponible en este enlace, previo a la remisión del artículo.

## STRUCTURE OF JOURNAL AND NORMS OF PUBLICATION

Although subject to variations in the interest of contextualizing the journal philosophy, will include sections such as:

- Editorial.
- Phenomenology section devoted to the publication of original and / or reviews of clinical phenomenology. They will also take place in this section, the clinical experience of professionals in whatever form of expression, narrative, essay, poetry or art. Finally, also be eligible for the original publication, in the opinion of the editorial board, contribute to the development of humanistic nursing (in any of its aspects).
- History: intended for publication of original and / or revisions of nursing history.
- Anthropology: section reserved for the inclusion of original and / or revisions of anthropological work on nursing care.
- Theory and methods nurses: section dedicated to the publication of original and / or reviews that contribute to both theoretical and philosophical development of nursing as their methods and practical applications.
- Other: Section dedicated to the dissemination activities, news, calendar etc., reviews, new books.
- Letters to the Editor

### PRESENTATION OF WORK

- Structure of the manuscript: On the first page will contain the article title in lowercase in three languages in this order: Spanish, English and Portuguese, followed by the name of the authors (no more than 6), in lowercase. First initial capital letters separated by a period followed by the surnames in lowercase eg: M<sup>a</sup>.C. Solano Ruiz. By an asterisk (superscript) write their highest academic level or professional contact and address of the first author with his email and phone. On the second page: abstract of the work not exceeding 200 words (in English, Portuguese and Spanish. shall include in addition to four to five keywords in

these languages. The following pages include the contents of the article to avoid subscripts and footnotes footer, with an extension not exceeding 17 pages, the last page is devoted to the literature.

- The citation system is adopted in the journal according to the Harvard law-APA: the text will only appear in lower case the name of the author and the date in brackets, eg (Lopez, 1998). The bibliography at the end of the article will be numbered and arranged alphabetically by author's surname eg

Sanchez, J. (1997) History of the Journal panacea. Polity Press, Barcelona (Book)

Sanchez, J. (1997) History of the Journal panacea. Nursing Science 8 22-27 (Journal Article)

Sanchez, J. (1997) History of the Journal panacea. In: Cibanal, L. ed. The Spanish journals nursing, Synthesis, Madrid. 88-102 (Chapter in Book).

To cite documents / articles "on line":

Pagani, R.. (2002) Technical Report. The European credit and the Spanish educational system. Available [http://www.eees.ua.es/http://aneca.es/modal\\_eval/docs/doc\\_425](http://www.eees.ua.es/http://aneca.es/modal_eval/docs/doc_425). downloaded 42627th July 2008.

- The illustrations, charts and pictures will be sent to another file, indicating your order number and title in footer or the reverse in the case of the photographs. Graphs, preferably, should be submitted in black and white.
- Presentation: Times New Roman, size letra 12, double-spaced.
- The authors should make the "check list" available here, prior to the submission of the article.



## ESTRUTURA DA REVISTA E NORMAS DE PUBLICAÇÃO

Embora sujeita a variações no interesse de contextualizar a sua filosofia, a revista vai incluir recursos como:

- Editorial.
- A secção dedicada à Fenomenologia da publicação do original e / ou opiniões da fenomenologia clínica. Eles também serão realizados nesta secção, a experiênciaclinica dos profissionais, independentemente da forma de expressão, a narrativa, o ensaio de poesia, ou de plástico. Finalmente, também será elegível para a publicação original, na opinião do conselho editorial, contribuir para o desenvolvimento da enfermagem humanística (em todos os seus aspectos).
- História: destinadas a publicação do original e / ou revisões de história da enfermagem.
- Antropologia: seção reservada para a inclusão de original e / ou revisões de trabalho antropológico sobre cuidados de enfermagem.
- enfermeiras Teoria e métodos: seção dedicada à publicação de opiniões originais e / ou que contribuam para o desenvolvimento teórico e filosófico da enfermagem como os seus métodos e aplicações práticas.
- Outros: Seção dedicada a actividades de divulgação, notícias, calendário etc, resenhas de livros novos.
- Cartas ao editor

### DE APRESENTAÇÃO DE TRABALHO

- Estrutura do manuscrito: Na primeira página vai conter o título do artigo em letras minúsculas em três idiomas, nesta ordem: Espanhol, Inglês e Português, seguido do nome dos autores (não mais que 6), em letras minúsculas. Primeira letra inicial maiúscula, separados por um ponto seguido pelo sobrenome em minúsculas, por exemplo: M<sup>a</sup> C. Solano Ruiz. Por um asterisco (sobrescrito) escrever seu mais alto grau académico ou contato profissional e endereço do primeiro autor com o seu e-mail e telefone. Na segunda página:.. Resumo do trabalho não superior a 200 palavras (em Inglês,

Português e Espanhol, para além de quatro a cinco palavras-chave em todas as três línguas. As páginas seguintes incluem o conteúdo do artigo para evitar subscritos e notas rodapé, com uma área não superior a 17 páginas, a última página é dedicada à literatura.

- O sistema de nomeação é adotado na revista de acordo com a Harvard-lei APA: o texto não aparece apenas em letras minúsculas o nome do autor ea data entre parênteses, por exemplo (Lopez, 1998). A bibliografia no final do artigo serão numerados e dispostos em ordem alfabética pelo sobrenome do autor, por exemplo

Sanchez, J. (1997) História da panacéia Journal. Polity Press, Barcelona (Book)

Sanchez, J. (1997) História da panacéia Journal. Enfermagem da Ciência 8 22-27 (Journal Article)

Sanchez, J. (1997) História da panacéia Journal. In: Cibanal, L. ed. Os espanhóis periódicos de enfermagem Síntese, Madrid. 88-102 (Capítulo de Livro).

Para citar documentos / artigos “on line”:

Pagani, R.. (2002) Relatório Técnico. O crédito Europeu e do sistema educativo espanhol. Disponível [http://www.eees.ua.es/http://aneca.es/modal\\_eval/docs/doc\\_425.baixado\\_426\\_27\\_de\\_julho\\_de\\_2008](http://www.eees.ua.es/http://aneca.es/modal_eval/docs/doc_425.baixado_426_27_de_julho_de_2008).

- As ilustrações, gráficos e fotografias serão enviadas para um outro arquivo, indicando o seu número de ordem e título em rodapé ou o inverso no caso das fotografias. Gráficos, de preferência, devem ser apresentadas em preto e branco.
- Apresentação: Times New Roman, tamanho letra 12, com espaçamento duplo.
- Os autores devem fazer o “check list”, disponível aqui, antes da apresentação do artigo.

## CRITERIOS DE EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE ARTÍCULOS

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

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

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

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

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

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

- La originalidad, novedad y actualidad del tema.
- Relevancia y aplicabilidad de los resultados.
- Calidad metodológica. Fiabilidad y validez
- Presentación, buena redacción, organización y coherencia lógica del texto.
- La inclusión en los manuscritos enviados de, al menos, una cita de artículos publicados en Cultura de los Cuidados.

## 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.
- The inclusion in manuscripts submitted to at least one citation of articles published in Culture Care.

## 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.
- A inclusão em manuscritos submetidos a pelo menos uma citação de artigos publicados nos Cuidados de Cultura.



# Editorial

## Las nodrizas y su importancia en los cuidados

Wet nurses and their importance in care

As amas de leite e sua importância no cuidado

Antonio Martínez Sabater

*Doctor en Enfermería. Profesor Colaborador. Departament d'Infermeria i Podologia de la Universitat de València.*

*Cómo citar esta editorial en edición digital: Martínez Sabater, A. (2014) Las nodrizas y su importancia en los cuidados. Cultura de los Cuidados (Edición digital) 18, 40. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.40.01>*

*Correspondencia: Facultat d'Infermeria i Podologia. Universitat de València. C/Jaume Roig s/n. 46010. Valencia.*

*Correo electrónico: Antonio.Martinez-Sabater@uv.es*

*Recibido: 1/07/2014; Aceptado: 15/09/2014*



La enfermería como actividad del cuidado se encuentra ligada a la aparición de la humanidad, habiéndose desarrollado en paralelo a ella. Hasta llegar a la profesionalización existente en la actualidad se ha seguido un largo camino en el que se ha ido sucediendo diferentes figuras preprofesionales, competencias y funciones entre las que podemos encontrar las sanadoras, parteras y las nodrizas que con el devenir de los años han ido desapareciendo y transformándose. Como ya indicaba Virginia Henderson, a la enfermera se la ha llamado “la madre profesional”; y, en efecto, como una madre que responde a las necesidades de su

hijo, a veces debe realizar tareas que son ajenas a su profesión (Henderson, 1971), y podríamos incluso concretar que en cada momento histórico y situación concreta las actividades y funciones de la enfermera se han ido adaptando al momento social. Una de las figuras que tradicionalmente podremos relacionar con los cuidados en los diferentes momentos de nuestra profesión es la nodriza, que como indica Siles y col., etimológicamente proviene del término latino *nutricia* (que eran los pagos o salarios entregados a la nodriza por su ocupación), del que se desarrollarán posteriormente términos como *nutrix*, *nutrire*, *nurse*,... que constatan el carácter biológico de las actividades y la relación simbólica de los cuidados con las actividades nutritivas (Siles, y otros, 1998).

Los roles biológicos de la mujer que la hace encargada de las actividades de lactancia y crianza, y esta como elemento funcional dentro del marco del hogar provocará que se produzca una transformación de éstos en pseudooficios, oficios y profesiones (nodriza, criada, maestra, enfermera) y en actividades marginales remuneradas como la prostitución (Siles González, Pasado, presente y futuro de la enfermería en España: perspectiva histórica y epistemológica).

ca, 1996). Concepto biologista establecido por una diferencia de género, fruto del proceso socializador que ha responsabilizado a la mujer de las funciones reproductivas y al hombre del trabajo productivo, que ha supuesto a lo largo de la historia una desigual posición de hombres y mujeres en la sociedad, minusvalorando el trabajo reproductivo respecto al trabajo productivo (Larrañaga, Arregui, & Arpal, 2004). Así, la nodriza supuso la profesionalización del trabajo reproductivo, caracterizado por ser eminentemente femenino, no estar remunerado y permanecer invisible incluso a los ojos de las personas que lo llevan a cabo (Carrasquer, Toms, Tejero, & Romero, 1998) y permitió la salida del hogar de la mujer que si bien no participaban en el proceso productivo industrial, aprovechaba un recurso natural como el de la leche con el fin de obtener un beneficio económico, permitiendo la función de la reproducción de la fuerza del trabajo (Fuentes Caballero, 1996). Al mismo tiempo, este rol laboral supuso un desarrollo económico y social del grupo familiar, propiciando emigraciones continuas de nodrizas a la ciudad, y cuya labor va a influir en el desarrollo económico de la zona de partida debido al importante flujo económico (Soler, 2010), pese a que debe tenerse en cuenta que al asimilarse a la esfera privada de producción y reproducción de las condiciones de vida, se producía una invisibilización de la mujer siendo únicamente valoradas por los productos finales (hijos criados, comida elaborada), y obviando todas las actividades, tanto dentro como fuera del hogar (cocineras, lavanderas, etc.) que permitían el desarrollo familiar (Herrera Fera, 2003). Así la lactancia mercenaria se convirtió en uno de los nichos de trabajo de estas mujeres en diferentes ámbitos: las nodrizas de las inclusas, las nodrizas que crían en sus propias casas y las

mujeres que ejercen la lactancia asalariada en su propia casa (Soler, 2010), ocupando más de la cuarta parte de anuncios de ofertas de puestos de trabajo en los periódicos españoles del siglo XVIII (Paricio Talayero, 2004). En este proceso laboral se va a producir una evolución de la figura, si bien en algunos países se había iniciado como un servicio altruista hacia los padres que han tenido que emigrar, siendo la nodriza una mujer de la zona rural, pasando al siglo XIX a ser una figura más dentro del servicio doméstico que vive y realiza su función en el hogar familiar (Fildes, 1988) (Mander, 2003). Esta evolución va a ser similar en otras situaciones, no estando inicialmente la tarea de amamantar restringida a las profesionales, sino que se establecen redes de apoyo entre las mujeres del grupo, convirtiéndose la profesionalización de la crianza en uno de los medios que permitió a las mujeres pudientes liberarse del vínculo constante al cuidado doméstico que caracteriza al papel femenino en las sociedades patriarcales (Expósito González, Rubio Pilarte, & Solórzano Sánchez, 2012).

En la historia de la humanidad, la leche materna ha sido el único alimento que el recién nacido ha podido tomar para sobrevivir, convirtiéndose la lactancia materna en una actividad cultural que afecta a los mujeres en función de las creencias, clase social y nivel educativo entre otros. (Hernández Gamboa, 2008) (Riverón Corteguera, 1995). Teniendo en cuenta la necesidad y la importancia de la lactancia materna, y la falta de un sustituto eficaz, y dada la elevada mortalidad del uso de alimentación artificial, el pecho de la madre, o de la nodriza en las situaciones en las que ésta era la opción, suponía la diferencia entre la vida y la muerte del recién nacido (Paricio Talayero, 2004). Así, podríamos definir a la nodriza como la mujer que amamanta a un

lactante que no es su hijo, hoy en desuso en la mayor parte de Occidente, el empleo de amas de cría se remonta a la Prehistoria y fue común hasta el siglo XIX para alimentar a niños cuyas madres no podían o no deseaban hacerlo. Así, el motivo de esta elección podían ser razones físicas como la insuficiente producción de leche, existencia de partos múltiples, o sociales, al permitir disminuir el período entre embarazos o simplemente librarse de una tarea percibida como socialmente inadecuada para las clases superiores (Expósito González, Rubio Pilarte, & Solórzano Sánchez, 2012). Como indica Fuentes Caballero, “estas mujeres no hicieron otra cosa que buscar la solución que más se ajustaba a sus necesidades o deseos” (Fuentes Caballero, 1996).

Las nodrizas han sido un referente en el desarrollo social a través de la historia, apareciendo disposiciones sobre ellas en los códigos babilónicos (Leyes de Eshnunna y Código de Hammurabi) (Yalom, 1997), siendo imprescindibles en las culturas clásicas en la que la mayor parte de mujeres de la nobleza recurrían a ellas (Paricio Talayero, 2004) y apareciendo referencias a las nodrizas en la Biblia tanto en el ámbito público como privado (Ben-Lun, 2006). Al mismo tiempo será un referente en las culturas islámicas (Ruf-Nabhan, 2000) (Koçtürk T. , 92) (Koçtürk T. , 2003) y orientales (Botton Beja, 2000) (Macfarlane, 2002). En Europa, la lactancia mercenaria será predominante en la edad media sobre todo en las clases elevadas (Paricio Talayero, 2004), (Fildes, 1988), desarrollándose en Francia en el siglo XVIII las primeras legislaciones de protección a los niños amamantados por nodrizas, trabajo que como indica Fildes recibirá una compensación mayor que otros trabajos femeninos (Paricio, 2004), (Fildes, 1988). La lactancia mercenaria se extenderá por Europa durante el

Renacimiento y por diferentes clases sociales, así si en el siglo XVI era una práctica exclusiva de la aristocracia, se extiende en el XVII a la burguesía y alcanza en el XVIII a las clases populares, suponiendo un desarrollo de la industria de las nodrizas que suponía en 1780 que de 21.000 niños nacidos en París, 1.801 son amamantados por sus madres, 19.000 por una nodriza en el domicilio familiar, *nourrice sur lieu*, o en la inclusa y 199 en casa de una nodriza, generalmente en el campo, y que había supuesto en 1769 la creación del Bureau des Nourrices, Oficina de Nodrizas, dependiente del gobierno, (Paricio, 2004).

Pese a que ya en algunos textos medievales ya aparecía la lactancia mercenaria como problema, será a partir de la publicación del “Emile” de Rousseau cuando se inicia un proceso de construcción social que enuncia un ideal femenino de dedicación al hogar y a la maternidad que repercutirá en los comportamientos y actitudes hacia la vida familiar (Fuentes Caballero, 1996) (Bolufer Peruga, 1992), propugnándose una “vuelta a la naturaleza” y una vida familiar, que se vehiculará a través de la literatura médica, divulgativa y la prensa con el fin de cambiar los hábitos (Bolufer Peruga, 1992) en el que se incidirá en que la descarga de la lactancia en nodrizas contradice el carácter natural del instinto maternal y las obligaciones inherentes a la maternidad biológica que era una obligación considerada como sagrada, convirtiéndose la transgresión en la falta más grave que puede cometer una mujer (Fuentes Caballero, 1996). Este discurso fue propiciado, junto con las necesidades demográficas de los estados, por la ascensión del poder y la influencia de la profesión médica, siendo los médicos higienistas los mayores divulgadores de normas y consejos, no solo para evitar los males físicos de las condiciones del trabajo sino

a modificar hábitos y prácticas tradicionales de la vida privada donde los conocimientos y la experiencia de las mujeres siempre habían tenido lugar (Fuentes Caballero, 1996). La descarga de la práctica de la lactancia no supuso un problema, mientras se mantuvo en el ámbito privado, siendo favorecida por la influencia de comadronas, madres y amigas (Bolufer Peruga, 1992) (Fuentes Caballero, 1996). A partir del momento en que se contextualiza como un interés público, relacionado con el porvenir de la sociedad y la defensa de un modelo de familia, junto con la extensión de la lactancia asalariada a las clases trabajadoras (Bolufer Peruga, 1992), y la consideración de la nodriza como un oficio lucrativo cuando se contextualiza el problema (Fuentes Caballero, 1996); problema que se fundamenta en la estructura patriarcal jerarquizada de la época, siendo el colectivo masculino el que toma las decisiones (Soler, 2010) renegando del origen natural de la maternidad y desjerarquizando el hecho maternal del trabajo social, empobreciendo el rol de mujer madre, que se va a transmitir a los hijos (Sau, 1991). Es por ello que se va a establecer una categorización estereotipada de la figura de la nodriza, con un gran número de connotaciones negativas a nivel social y moral, que incluso va a aparecer en la legislación reformista (Real Cédula sobre Expósitos de 20 de Enero de 1794) construyéndose un arquetipo de nodriza como mujer de baja extracción social, generalmente campesina, cuyas motivaciones económicas en el proceso natural supone falta de escrúpulos y que es capaz de elucubrar (al ocultar a los padres las enfermedades o accidentes del niños o su propia falta de leche) con el fin de no perder su fuente de ingresos fundamentándose la crítica al considerar que los cuidados maternos deben ser absolutamente desinteresados, pro-

ductos del amor y del deber, y es el motivo por el que la sociedad patriarcal dominante justifica que una mujer asalariada no puede asumir las funciones maternas, reforzando esta idea al dar a entender que abandonan a sus propios hijos para atender a otros con un afán de lucro (Bolufer Peruga, 1992).

Dada la necesidad de mantener la supervivencia de los expósitos, en el siglo XIX, se iba a procurar la necesidad de apertura de Casas de Maternidad para la lactancia y reglamentar las condiciones de las nodrizas, que como indica Siles en su estudio sobre la industria de las nodrizas en Alicante, va a suponer la creación de instituciones dependientes de las diputaciones y ayuntamientos y al mismo tiempo una regulación de las condiciones de las lactantes (Siles González, La industria de las nodrizas en Alicante, 1868-1936, 1996). Previamente en nuestro país, la realeza durante el medievo seguía las indicaciones de Berdanio de Gordonio sobre las cualidades que debía tener una nodriza, y con el fin de mejorar la supervivencia de los herederos, las nodrizas dejaban a sus hijos al cargo de otras nodrizas, que eran sufragadas por el rey (Cabrera Sánchez, 2006). Al mismo tiempo indica la diferenciación en los niveles de supervivencia respecto a los niños de Instituciones por el insuficiente ratio de nodrizas (Llompart, 1979) (Quintana Andrés, 2003) y por las diferencias existentes entre las condiciones de las nodrizas en un mercado regulado por la oferta y la demanda en el que las nodrizas sanas y acomodadas eran contratadas por particulares que proporcionaban un salario más elevado, mientras que las más pobres eran las que trabajaban para las inclusas, hecho que se iba a relacionar con la peor consideración social de estas (Rodríguez Martín, 2008) (Campbell, 1989). Este proceso de instauración de una visión negativa de las nodri-

zas por parte de la sociedad, propugnada por el intento de construcción de la visión de una “nueva madre” (Koutsoukos, 2009) junto con el desarrollo de las leches de fórmula provocan una sustitución gradual de las nodrizas por leches de fórmula (Stevens 1999), que supondrá cambios en el patrón de morbilidad infantil, que como indica Sartori alcanzará al 80% en niños alimentados de forma artificial en orfanatos durante los primeros años del siglo XX (Sartori, 2002). Al mismo tiempo, se la sociedad industrializada cambiará el modelo de alimentación infantil sin realizar una previsión previa de las consecuencias (aumento de hambruna, aumento de infecciones, etc.) y suponiendo un cambio social por la pérdida de la cultura de amamantamiento intergeneracional, que es un factor importante en la transmisión de los conocimientos madre-hija (Paricio, 2004). Este cambio se produce por diversos factores: mejoras en el desarrollo científico y en las condiciones de las leches artificiales, los intereses económicos de la industria y la creencia de los profesionales sanitarios de la lactancia artificial, pero sobre todo el proceso de liberación de la mujer de finales del siglo XIX, mujer que se incorpora al mercado laboral y ve la lactancia artificial como una mejora en la perspectiva de género que le permite abandonar la lactancia materna como símbolo de modernidad. No obstante a lo largo del siglo XX van a surgir voces que van a intentar defender los beneficios de la lactancia materna: Cicely Williams en el año 1933 atribuirá a la lactancia artificial miles de muertes en lactantes (Williams, Milk and Murder: Address to the Rotary Club of Singapore in 1939, 1986) (Williams, A nutritional disease of childhood associated with a maize diet, 1933), la creación en 1956 de la Liga de leche, como grupo de apoyo a la lactancia, etc. Estos esfuerzos son respaldados

por organizaciones internacionales, así en los objetivos del milenio de la OMS para el año 2000 (Organización Mundial de la Salud, 2003), la lactancia materna ha de ser un elemento clave para los sistemas sanitarios, recomendándose que en aquellas situaciones en las que los niños no puedan recibir leche de sus madres, la mejor opción es la leche donada (Hoddinott, Tappin, & Wright, 2008). Tras la disminución de las nodrizas y ante la dificultad de asegurar leche materna por medio de nodrizas a niños enfermos o prematuros que por sus características requerían alimentación que no podía ser satisfecha mediante la lactancia artificial se crea en Viena en 1909 el primer banco de leche (Jones, 2003), (Neale, 1949), considerándose como una versión medicalizada de las nodrizas y demostrando su eficacia en la supervivencia de niños prematuros y en estado crítico, ventajas respecto al desarrollo psicomotor y la prevención antiinfecciosa entre otras (Verd Vallespir, Calvo Benito, Sáez Torres, & Gayà Puig, 2003) (García Lara, NR, García-Algar, & Pallás-Alonso, 2012), estando reconocidos los beneficios de la leche donada y las características a cumplir en el proceso de mantenimiento y distribución (Arnold L., The cost-effectiveness of using banked donor milk in the neonatal intensive care unit: prevention of necrotizing enterocolitis, 2002). La implantación de los Bancos de Leche ha tenido un desarrollo desigual en los diferentes países en función de las características de las políticas de Salud Pública, (Springer, 2006) (Gutierrez & Guera de Almeida, 1998) (Arnold L., The cost-effectiveness of using banked donor milk in the neonatal intensive care unit: prevention of necrotizing enterocolitis, 2002), y el sistema de donaciones se inspira en una estética motivacional de tipo institucional que surge como consecuencia de las nuevas necesi-

dades generadas por la incorporación de la mujer al sistema laboral y educativo y tras un proceso de concienciación comunitario que trasciende el apoyo de las redes espontáneas y vecinales de solidaridad, siendo el eslabón fundamental las donaciones maternas, facilitadas por el exceso de leche y el altruismo y que permiten a las donantes ir un paso más allá en el incremento de su autoestima y conciencia como mujer y madre producido por la lactancia (Leaf & Winterson, 2009) (Martínez-Sabater, Siles-González, Escrivà-Aparisi, & Ballestar-Tarín, 2014). La situación de la lactancia materna actualmente resulta de la evolución que ha seguido a lo largo del siglo XX en los países industrializados (Martínez Fernández, y otros, 2004). Tras las revoluciones industriales y la incorporación de la mujer al sistema laboral y educativo se produce una transición de una estética natural tradicional, motivadora de la alimentación con leche natural (preferiblemente materna) cimentada en valores y sentimientos inspirados en la maternidad y la familia; a una estética industrial propulsora de la leche artificial en la que la motivación se sustenta en los valores y sentimientos enraizados en el profesionalismo y el tecnologicismo, que conlleva cambios incluso en los símbolos y el arte en el que se recogen las expresiones de sentimientos que se corresponden con la tendencia marcada por la estética natural: sentimiento de maternidad, lactancia como una encrucijada en la que se recogen los beneficios para la salud del niño, la salud de la madre y los efectos emocionales positivos para ambos. Posteriormente se produce un movimiento dialéctico que niega los valores tradicionales que limitan el papel de la mujer en la sociedad a poco menos que doméstica, cuidadora, procreadora y criadora “nutrix” de la prole, con la finalidad de poder integrarse en

el plano laboral y dedicarle el tiempo y esfuerzo suficiente para alcanzar el profesionalismo (Siles, y otros, 1998). El feminismo, la democracia y el estado del bienestar de mediados de siglo XX impulsan valores de igualdad entre el hombre y la mujer en los que no cabe motivación alguna para la maternidad y la lactancia materna. Tras estos dos movimientos antitéticos se produce una síntesis de la mano del pensamiento postfeminista mediante el que algunas mujeres intentan rescatar algunos valores tradicionales abandonados ante las necesidades de profesionalización de la mujer y una sociedad más igualitaria a efectos de diferencias de género. Esta reinterpretación del papel de la mujer intenta conciliar la maternidad con el profesionalismo, pero esto implica una lucha para el reconocimiento de la profesional como madre y criadora y es, en este momento histórico, en el que se construye socialmente una nueva tipología de valores que es el resultado de la conjunción de los valores tradicionales y los nuevos: lactancia materna y lactancia natural entre los que caben el profesionalismo, el tecnologicismo, pero también el humanismo y la solidaridad comunitaria transmaternal (Siles González, La eterna guerra de la identidad enfermera: un enfoque dialéctico y deconstruccionista, 2005). Así, al igual que todos los procesos de cuidados han sufrido una transformación, las mujeres donantes a los bancos de leche suponen un “resurgir” de las nodrizas permitiendo la mejora de las tasas de supervivencia de los neonatos y los niños/as en estado crítico junto con las mejoras científicas en los procesos de la atención. No obstante, por otro lado, las nuevas estructuras familiares, la modificación de las conductas, etc. han hecho surgir en diferentes países y situaciones ofertas de venta de leche, junto con una proceso de normalización del



intercambio con iniciativas al margen de los bancos de leche, utilizando los recursos que proporcionan las redes sociales e internet y que se convierte en una versión actual de la figura de las nodrizas (Akre, Gribble, & Minchin, 2011).

Así, en resumen, respecto a la figura historia de la nodriza podemos indicar que supuso un elemento normalizado en la sociedad en el entorno de los cuidados con un rol importante en el patrón demográfico; pero dada la escasez progresiva de nodrizas en el ámbito institucional y la aceptación de mujeres con peores condiciones físicas y un nivel social más bajo lo que conllevó una caracterización negativa por parte de la sociedad que había sido vehiculizada por la prensa y la literatura divulgativa. Aunque durante el siglo XIX persistió una visión dual en la prensa en función del origen o el estatus del bebé alimentado: en las clases elevadas se valora la influencia en el seno familiar enfatizándose las cualidades aportadas en el seno familiar, y en los estamentos sociales más desfavorecidos, se incidió en la poca relación afectiva con los expósitos alimentados y la búsqueda del beneficio económico en la mercantilización de su leche. Esta visión negativa se acució por la crítica de la clases médica, que en el proceso de medicalización de los procesos biológicos, convierte a las nodrizas en objeto de sus críticas, las medicaliza y monopoliza el proceso de contratación y selección; y al mismo tiempo se produce una discriminación fruto de la concepción patriarcal de la sociedad y el carácter femenino de la actividad, acompañado de búsqueda de alternativas de alimentación infantil y la aparición de los productos farmacéuticos supone la aparición de campañas publicitarias que minusvaloran el rol y el oficio de nodriza, que hasta principios del siglo XX se había establecido como una fi-

gura laboral normalizada, que profesionaliza su rol biológico a cambio de un salario, aunque en ocasiones, éste no iba a ser el único beneficio, ya que sobre todo en estatus elevadas se obtenían mejoras en las relaciones y en el rol social de la familia; por otro lado se establecían redes vecinales y de parentesco que se extendían durante años.

## TRABAJOS CITADOS

- Akre, J; Gribble, K; & Minchin, M. (2011) Milk sharing: from private practice to public pursuit. *International Breastfeeding Journal* 6(8).
- Arnold, D; & Lockhart Borman, L. (1996) What are the Characteristics of the Ideal Human Milk Donor? *J Hum Lact* 12(143).
- Arnold, L. (2002) The cost-effectiveness of using banked donor milk in the neonatal intensive care unit: prevention of necrotizing enterocolitis. *Journal of Human Lactation* 18(2): 172-77.
- Arnold, L. (2006) Global health policies than support the use of banked donor human milk: a human rights issue. *International Breastfeeding Journal* 1(26).
- Ben-Lun, L. (Dec de 2006) Breastfeeding. The roots. *Mi-nerva Pediatr.* 58(6): 551-556.
- Bolufer Peruga, M. (1992) Actitudes y discursos sobre la maternidad del siglo XVIII: la cuestión de la lactancia. *Historia Social* 14: 3-22.
- Botton Beja, F. (2000) China: su historia y cultura hasta 1800. El Colegio de México, México.
- Cabrera Sánchez, M. (2006) La transmisión del saber médico: la vida infantil en la edad media a través de los tratados pediátricos y de otras fuentes de la época. *ME-RIDIES. Revista de Historia Medieval* 8: 7-36.
- Campbell, L. (1989) Wet-nurses in early modern England: some evidence from the Townshend archive. *Medical History* 33: 360-370.
- Carrasquer, P; Toms, T; Tejero, E; & Romero, A. (1998) El trabajo reproductivo. *Papers* 55: 95-114.
- Carvalho da Graça, L. C; Barbiéri Figueiredo, M. D; & Caetano Carreira, M. (2011) Contributions of the nur-

- sing intervention in primary healthcare for the promotion of breastfeeding. *Rev. Latino-Am.Enfermagen* 19(2).
- Dettwyler, K. (2004) When to Wean: Biological versus Cultural Perspectives. *Clinica Obstetrics & Gynecology* 47(3): 712-713.
  - Dirección General de Investigación y Salud Pública. (2005) Lactancia Materna. Recuperado el 12 de 03 de 2012, de Consellería de Sanitat: <http://www.sp.san.gva.es/sscc/progSalud.jsp?CodProg=PS81&Opcion=SANMS11410>
  - Expósito González, R; Rubio Pilarte, J; & Solórzano Sánchez, M. (14 de 06 de 2012) Recuperado el 01 de 03 de 2013, de Enfermería Avanza: <http://enfeps.blogspot.com.es/2012/06/nodrizas.html>
  - Fildes, V. (1988) The English wet-nurse and her role in infant care 1538-1800. *Medical History*(32): 142-173.
  - Fuentes Caballero, M. (1996) Ser nodriza en Barcelona: una posibilidad de supervivencia a final del siglo XIX. *Políticas Feministas: ética, estética y feminismo*: 81-93.
  - García Lara, N.R; García-Algar, O; & Pallás-Alonso, C. (2012) Sobre bancos de leche humana y lactancia materna. *An Pediatr (Barc)* 76(5): 247-249.
  - Gutierrez, D; & Guera de Almeida, J. (1998) Human milk banks in Brazil. *J Hum Lact*(14): 333-335.
- Henderson, V. (1971) Principios básicos de los cuidados de enfermería. Consejo Internacional de Enfermería, Ginebra.
- Hernández Gamboa, E. (2008) Genealogía Histórica de la Lactancia Materna. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica*(15).
  - Herrera Fera, M. (2003) La domesticación del cuerpo femenino en la perspectiva de la historia regional. *Revista Géneros* 10(29): 20-26.
  - Hoddinott, P; Tappin, D; & Wright, C. (2008) Clinical review: breastfeeding. *BMJ*(336): 881-887.
  - Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. (1994) Diccionario Jurídico sobre Seguridad Social. UNAM, México.
  - Jones, F. (2003) History of North American Donor Milk Banking: One hundred Years of Progress. *Journal of Human Lactation* 19(3): 313-18.
  - Koçtürk, T. (May de 2003) Foetal devopment and breast-feeding in early texts of the Islamic tradition. *Acta Paediatr.* 92(5): 617-620.
  - Koutsoukos, S. (2009) “Mercenary wet-nurses”: the discourse of medical doctors and portraits of the wet nurses Brazil in the second half of the 19th century. *Hist Cienc Saude Manguinhos* 16(2): 305-324.
  - Larrañaga, I; Arregui, B; & Arpal, J. (Mayo de 2004) El trabajo reproductivo o doméstico. *Gaceta Sanitaria* 18(1): 31-37.
  - Leaf, A; & Winterson, R. (2009) Reast-milk banking: evidence of benefit. *J Paediatr Child Healt*(19): 395-399.
  - Llompart, G. (1979) La población hospitalaria y religiosa de Mallorca bajo el Rey Sancho (1311-1324). *Cuadernos de Historia Jerónimo Zurita* 33-34: 67-98.
  - Macfarlane, A. (2002) Infant feeding in Japan. Recuperado el 12 de 03 de 2012, de <http://www.alanmacfarlane.com/savage/INFANTS.PDF>
  - Mander, R. (2003) An analysis of Simpsons’s notebook data on the wet nurse. *Midwifery* 19(19): 46-54.
  - Martínez Fernández, M; Grifo Peñuelas, M; Canicatti Galiano, A; Sanz Rosado, A; Hindi, B; Kassis, E; & Gonzalo Hombrados, J. (2004) Lactancia materna. Volviendo a los cincuenta. *Semergen* 30(4): 159-163.
  - Martínez-Sabater, A; Siles-González, J; Escrivà-Aparisi, M; & Ballestar-Tarín, M. (2014). Review of the Característica of Mothers Donor Milk Banks. *American Journal of Nursing Research* 2(1): 1-6.
  - Moring, B. (1998) Motherhood, milk and money: infant mortality in pre-industrial Finland. *Soc Hist MED* 11(2): 177-196.
  - Neale, A. (1949) Avances en Pediatría. *Anales de medicina y cirugía* 25(43): 38-50.
  - Organización Mundial de la Salud. (2003) Estrategias para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Recuperado el 21 de 03 de 2011, de Estrategías para la alimentación del lactante y del niño pequeño.: [http://www.who.int/nutrition/publications/gs\\_infant\\_feeding\\_text\\_spa.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/gs_infant_feeding_text_spa.pdf)
  - Paricio Talayero, J. (2004) Tesis doctoral inédita leída en la Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de Medicina. Departamento Epidemiología y Salud Pública. Fe-

- cha de lectura: 16 de Septiembre de 2004. Lactancia materna y hospitalización por infecciones en el primer año de vida. Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.
- Paricio, J. (2004) Aspectos históricos de la alimentación al seno materno. En AEP, Guía para profesionales - Monografía de la Asociación Española de Pediatría 5. Ergón, Madrid: 7-21.
  - Prado, R. (1902) Wet nurses. Their Hygienic Importance. Public Health Pap. Rep.(28): 307-310.
  - Quintana Andrés, P. C. (2003) Grupos urbanos y asistencia social: el Hospital de San Martín de Las Palmas en el Seiscientos. VEGUETA(7): 41-64.
  - Riverón Corteguera, R. (1995) Valor inmunológico de la leche materna. Rev Cubana Pediatr. 67(2).
  - Rodríguez Martín, A. (2008) El destino de los niños de la inclusa de Pontevedra, 1872-1903. Cuaderno de Estudios Gallegos 15(121): 353-388.
  - Ruf-Nabhan, E. (2000) N Book Review: Infants, Parents and Wet Nurses: Medieval Islamic Views on Breastfeeding and their social implications. Journal of Human Lactation(16): 100.
  - Sarasúa, C. (1994) El servicio doméstico en la formación del mercado de trabajo madrileño, 1758-1868 (Primera ed.). S. XXI, Madrid.
  - Sartori, E. (2002) Not only bottles. Glass baby's bottles in between the second half of XIXth century and the first decades of the XXth. Med Secoli 14(2): 609-622.
  - Sau, V. (1991) La ética de la maternidad. En L. Luna, & S. I. mujer (Ed.) Mujer y sociedad. Universitat de Barcelona, Barcelona: 1277-182.
  - Siles González, J. (1996) La industria de las nodrizas en Alicante, 1868-1936. En S.Castillo El trabajo a través de la historia). UGT - Centro de Estudios Históricos. Asociación de Historia Social, Madrid:367-372.
  - Siles González, J. (1996) Pasado, presente y futuro de la enfermería en España: perspectiva histórica y epistemológica. CECOVA, Alicante.
  - Siles González, J. (2005) La eterna guerra de la identidad enfermera: un enfoque dialéctico y deconstruccionista. Index Enferm [online] 14(50).
  - Siles González, J; & Solano Ruiz, M. (2007) Estructuras sociales, división sexual del trabajo y enfoques metodológicos: la estructura familiar y la función socio-sanitaria de la mujer. Investigación y educación en enfermería 25(1): 66-73.
  - Siles, J; Gabaldón, E; Molero, D; Gallardo, Y; García Hernández, E; & Galao, R. (1998) El eslabón biológico en la Historia de los Cuidados de Salud. El caso de las nodrizas (una visión antropológica de la enfermería). Index de Enfermería (edición digital) 20-21.
  - Soler, E. (2010) Parentesco de leche y movilidad social. En P. Gonzalbo Aizpuru, Familias y relaciones diferenciales: género y edad (págs. 171-179) Universidad de Murcia. Servicio de Publicaciones, Murcia.
  - Springer, S. (2006) Trends in human milk banking in Germany and Europe. Breastfeed Med, 26(1): 200-201.
  - Stevens, E; Patrick, T; & Pickler, R. (2009) A history of Infant feeding. J Perinat Educ 18(2) 32-39.
  - Swain Müller, F; & Aparecida Silva, I. (2009) Social representations about support for breastfeeding in a group of breastfeeding women. Rev. Latino-Am.Enfermagem 17(5).
  - Utrera Torres, M; Medina López, C; Vázquez Román, S; Alonso Díaz, C; Cruz-Rojo, J; Fernández Cooke, E; & Pallás Alonso, C. (Mar de 2010) Does opening a milk bank in a neonatal unit change infant feeding practices? A before and after study. International Breastfeeding Journal 5(4).
  - Verd Vallespir, S; Calvo Benito, J; Sáez Torres, C; & Gayà Puig, T. (2003) Avances en el uso de la leche humana de donante. An Pediatr(Barc) 58(3).
  - Williams, C. (December de 1933) A nutritional disease of childhood associated with a maize diet. Arch Dis Child, 48(8), 423-431.
  - Williams, C. (1986) Milk and Murder: Address to the Rotary Club of Singapore in 1939. IOCUROAP, Penang.
  - Yalom, M. (1997) Historia del pecho (Primera ed.) Tusquets, Barcelona.

# Fenomenología

## Más allá de las “indiciones”. Reflexión sobre la comunicación a partir de una vivencia

Beyond the injections. A reflection based on a experience about the communication

Além das injeções. Reflexão sobre a comunicação de uma experiência

Raquel A. Díaz Alonso<sup>1</sup>, David Palacios Martínez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Diplomada Universitaria en Enfermería. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada, Madrid, España.

<sup>2</sup>Médico de Familia. Servicio Madrileño de Salud – SERMAS. Dirección Asistencial Sur de Madrid. C.S. San Blas (Parla, Madrid, España).

Cómo citar este artículo en edición digital: Díaz Alonso, R.A. y Palacios Martínez, D. (2014) Más allá de las “indiciones”. Reflexión sobre la comunicación a partir de una vivencia. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)* 18, 40. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.40.02>

Correspondencia: Raquel Asunción Díaz Alonso. C/ Nazaret, Nº6, Portal 2, 2ºB. Parla C.P. 28980. Madrid. E-mail: raquelda\_parla@hotmail.com

Recibido: 20/07/2014; Aceptado: 14/09/2014



### ABSTRACT

The aim of this paper is to describe a reflection based on an experience about the communication. In this experience, the interpretation of the message was essential. The first step of the sanitary intervention is the interview with the patient. After that, we can detect their needs and begin to act properly. The inadequate interpretation of the data obtained by the interview may conduct to un-

expected outcomes. Frequently, the patients reinterpret or even reinvent the names of the drugs which are part of their usual treatment. Sometimes, it may also happen with the name of their diseases or the description of their underlying pathology. They may be influenced by several factors (cultural, geographical, etc). Decipher its true meaning may pose a real challenge sometimes. A recent conversation with my grandmother led me to reflect on the relationship between healthcare professionals and patients. This reflection is presented in this paper.

**Key words:** holistic nursing; nurse-patients relations; patient medication knowledge; ethics, nursing; philosophy, nursing.

### RESUMO

O objetivo deste artigo é descrever uma reflexão originou-se de uma vivência. Nele, a interpretação da mensagem era indispensável.

O primeiro passo na área da saúde é a entrevista com o paciente. Depois disso, podemos identificar suas necessidades e comece a agir corretamente. A interpretação inadequada dos dados obtidos através da entrevista pode levar a diferentes dos resultados esperados. Muitas vezes, os pacientes reinterpretem ou mesmo reinventar os nomes das drogas, doenças, etc. Às vezes isso pode acontecer também com a descrição da patologia subjacente. Esses fatos tendem a ser influenciado por vários fatores (culturais, geográficas, etc.). Decifrar o seu verdadeiro significado pode representar um desafio às vezes. Uma conversa recente com a minha avó me levou a refletir sobre a relação profissional entre apresentado neste trabalho.

**Palavras-chave:** enfermagem holística, relações enfermeiro-paciente, conhecimento do paciente sobre a medicação, ética em enfermagem, filosofia em enfermagem.

## RESUMEN

El propósito de este trabajo es describir una reflexión originada a partir de una vivencia. En ella, la interpretación del mensaje fue indispensable. El primer paso de la asistencia sanitaria es la entrevista con el paciente. Tras ello, podemos detectar sus necesidades y empezar a actuar adecuadamente. La interpretación inadecuada de los datos obtenidos mediante la entrevista puede conducir a resultados diferentes de los esperados. Con cierta frecuencia, los pacientes reinterpreten o incluso reinventan los nombres de los fármacos, de las enfermedades, etc. En ocasiones puede suceder también con la descripción de la patología subyacente. Estos hechos suelen estar influenciados por diversos factores (culturales, geográficos, etc.). Descifrar su verdadero significado puede llegar a suponer un verdadero reto en algunas ocasiones. Una conversación

reciente con mi abuela me condujo a la reflexión sobre la relación profesional sanitario-paciente presentada en este trabajo.

**Palabras clave:** enfermería holística, relaciones enfermero-paciente, conocimiento de la medicación por el paciente, ética en enfermería, filosofía en enfermería.

Mi abuela, natural de un pequeño pueblo de Toledo (España) y costurera durante décadas, me llamó hace unos días. Quería que la acompañara “al trin-trón”. Esta expresión simpática se refiere al Sintrom® (marca comercial del acenocumarol en España). Su expresión me hizo sonreír. En realidad, ella quería que la acompañase al Centro de salud para realizarse el control de INR. Este hecho me provocó algunas reflexiones que desearía compartir.

Como profesionales sanitarios, una de nuestras atribuciones en el trabajo diario es la interpretación. La mayoría de las veces, nuestro cerebro procesa inmediatamente la traducción de lo que la persona nos quiere decir. En otras ocasiones, tenemos que esforzarnos. Incluso iniciar una investigación con el paciente para descubrir a qué se refiere. No son pocas las situaciones en las que no podemos evitar sonreír, por lo divertidas que nos resultan la palabra o la expresión utilizada.

Ejemplos hay miles, muchos de ellos derivados de la deformación popular de nombres o expresiones complejos. “Menos dos” (Ventimask). “Quince” (esguince). “Chinchón” o “trin-trón” (Sintrom®). “Indición” (inyección). “Atontolol” (atenolol). “Anapril” (enalapril). “Vengo por los cuchillos de la garganta” (odionofagia/faringitis). “Tengo cita con el Doctor Rino” (otorrinolaringólogo). “Estoy con las angustias” (en función de la zona geográfica de procedencia del paciente, “angustias” cor-



responde a ansiedad, náuseas y/o vómitos, disnea o dolor abdominal). *“Los perros/lobos agarrados”* (dolor). *“Vengo con el tontillo”* (no se refería al acompañante, sino al temblor en las manos).

A veces nos sorprenden las reflexiones humanas, muchas de ellas también procedentes del arraigo popular. *“¿Cómo va a saber la pastilla dónde tiene que ir, con lo pequeña que es?”*. *“Yo no soy diabética. El problema es que me da alergia el azúcar”*. *“El niño sigue con diarrea a pesar de la dieta blanda. Sólo le damos natillas”*. *“Vengo porque desde ayer tengo las piernas azules”*, porque le habían desteñido sus vaqueros nuevos.

La salud, como otros tantos ámbitos de la vida humana, es un campo del que todos tenemos alguna noción. Ya sea por curiosidad, por necesidad, por haber vivido de cerca una enfermedad. Lo mismo pasa, por ejemplo, con la mecánica de vehículos, con la agricultura,

con la confección de ropa. Por eso, analizando nuestro comportamiento desde esta perspectiva, entiendo la sonrisa del mecánico cuando le pedí que me rellenara el *“líquido azul de los cristales del coche”*. O la del frutero cuando compré dos kilos de brócoli en noviembre (amablemente me explicó que es la época en la que más caro está). O la de mi abuela cuando traté de entrar en un vestido tres tallas menores de lo necesario alegando que *“en el dobladillo tendrá tela suficiente”*.

No podemos ser expertos todos en todo. A veces tenemos que esforzarnos en interpretar lo que quieren transmitirnos otras personas. Del mismo modo que, en otras ocasiones, alguien tiene que esforzarse para interpretar lo que nosotros queremos transmitirle. En ocasiones puede resultarnos muy difícil lograr comunicarnos de forma efectiva, pero es muy gratificante cuando lo logramos.





# La calle de la Lona

## The Canvas street

### Rua da Lona

Alejandro Marín Reñasco<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Graduado en lengua y literatura española por la Universidad de Murcia

Cómo citar este relato en edición digital: Marín Reñasco, A. (2014) *La calle de la Lona*. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital) 18, 40. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.40.03>

Correspondencia: Alejandro Marín Reñasco. Calle turquesa 45, 3ºB (30310) Cartagena, Murcia.  
Correo electrónico: konsxd@gmail.com

Recibido: 20/07/2014; Aceptado: 12/09/2014



#### ABSTRACT

Story in which the charged atmosphere of daily life of the inhabitants of a street, the Canvas Street, is described. During a Saturday morning in a street located in a working area of any city, the author dissects with a precise and brilliant language the kids games that take advantage of morning school warrant to free the charged atmosphere home away from family control transgressing the limits of the street... wherever the world how risky can cause a disaster at any time.

#### RESUMO

História em que a atmosfera carregada de vida diária dos habitantes de uma rua, o da

Lona rua descrito. Durante uma manhã de sábado, em uma rua localizada em uma área de trabalho de qualquer cidade, O autor relaciona com uma linguagem precisa e brilhante jogos infantis que se aproveitam do mandado de escola de manhã para se livrar da atmosfera carregada de suas casas e longe do controle familiar transgredir os limites da rua ... onde quer que o mundo o quão arriscado pode causar um desastre a qualquer momento.

#### RESUMEN

Relato en el que se describe el ambiente cargado de realidad cotidiana de los habitantes de una calle, la calle de la lona. En el transcurso de la mañana de un sábado en una calle ubicado en una zona obrera de una ciudad cualquiera, el autor disecciona con un lenguaje preciso y brillante los juegos de los niños que aprovechan la mañana de libranza escolar para liberarse de la atmósfera cargada de sus casas alejándose del control familiar transgrediendo los límites de la calle... allá donde el mundo de lo arriesgado puede provocar una desgracia en cualquier momento.

Ya querían danzar en el asfalto las peonzas, y las faldas de las muchachas volar y caer creándose como blancas medusas de aire en

la habitual estrechez de la calle. Pero aún era casi de noche y los niños dormían a pierna suelta en sus camas, en sus sillones, o donde los recuerdos quieran poner a dormir a mis niños de la Calle de la Lona. No estaba sola la Lona, estaban las madres cogiendo las ropas que colgaban en las cuerdas de tender, y los padres y los hijos mayores de manos duras y oscuras desayunaban dentro de las casas antes de ir a trabajar con otros padres y otros hijos mayores de manos duras y oscuras. Miguelito se levantó algo más tarde, cuando su padre y sus hermanos solo eran platos sucios, como casi siempre, y solo quedaban su madre y Chucho para hacerle compañía. Mientras vagaba casi en sueños por la escalera dirección al comedor, en la calle se escuchaban los primeros ruidos. Aún no eran los niños jugando, solo Juan Sin Sangre arrancando su moto para ir vete tú a saber a dónde, con su jaula de pájaros como siempre entre sus piernas morenas y flacas. Chucho subió a recibir a Miguelito y a sacarlo del sueño de otra mañana más, chupando primero sus pies y luego su cara, hasta que Miguelito decía “*para ya*” y Chucho se estaba quieto. Mamá había puesto el desayuno en la mesa y seguía a sus cosas, y mi hermano se sentó a tomarse la leche con el Colacao, o lo que sea, y vio que mi hermano se había dejado medio mordisco de tostada y un par de cigarros olvidados encima de la mesa.

Fue el primero de todos en entrar en la calle, los sábados no madrugaban los niños de la Lona, solo madrugan los tristes decía la madre de José. Se alejó de su puerta mordiendo el trozo de tostada y colocándose bien las gafas de ver y cuando encontró una sombra se sentó a esperar a Clarisa y al chacho José, que eran los que jugaban con él los fines de semana. Miguelito miraba los pájaros, le en-

tusiasmaba la forma que adoptaba el cielo en las nubes, siempre le habían gustado las nubes. Recordó una mañana, no hacía mucho, en la que un globo se le escapó a las nubes y lloró, y lloró como una magdalena, pero no le quisieron comprar otro. Vio como en la otra punta de la calle salían de la casa grande Jacinto y Laura Fernández Astur de Lima y que les faltaba uno para la comba. Al rato salió María, y al poco Antonio con su peonza de colores y chinchetas que hoy no danzaba porque Laura se había sacado la falda y la comba y tocaba saltarla. Y poco a poco en la Calle de la Lona se dejaba oír el eco del ruido distinto que hacen los niños.

Ya salía el chacho José con la pequeña Clarisa de la mano y Miguelito se levantó a saludar y a contar que si la tostada y el perro, enseñando los cigarros a José mientras le daba la mano él también a la pequeña Clarisa. Todos los sábados lo mismo, esperar a la niña y a su hermano y dar vueltas a la manzana escuchando lo que le contaban de su cole y contando lo que había pasado en el suyo durante la semana. A veces comían alguna cosa que Juan Sin Sangre le había dado a José la noche antes, cuando tenía que ir al baño después de acostarse con su madre, y otras veces, como ese día, fumaban a escondidas en los pinos, sentando a Clarisa no muy lejos de ellos para verla mientras jugaba con alguna muñeca suya. Más allá de la Lona, pasando los pinos y la vía, había un descampado seco que Miguelito y todos ellos conocían como el jardín, al que los gritos de los padres no llegaban nunca y Laura Fernández Astur de Lima cansada de sentirse medusa había dicho de jugar allí a ser ladrones. Todos estaban en el jardín eligiendo los equipos y mi hermano y el chacho José querían jugar, así que cogieron a Clarisa y se acercaron al corro. Los de la

casa grande decidieron que lo más divertido sería ver al Miguel corriendo detrás de todos ellos, así que Miguelito se quedó con Clarisa para que José y los demás pudieran escapar de él sin llevar a la pequeña como lastre.

Estaban casi encima de la hora de comer y los padres y los hermanos mayores traían sus manos duras y oscuras a la Calle de la Lona creando un sonido distinto al que pierden los niños, cuando empezó a escucharse el tren de las dos y Miguelito que iba el último metió prisa y los demás cruzaban la vía de un salto para llegar a los pinos y él y Clarisa intentaban correr, pero él no sabía correr más y el resto primero gritaba vamos Miguel y luego venga retrasado corre que viene el tren, que viene el tren, y Miguelito que no le soltaba la

mano Clarisa cruza la vía y Clarisa también, pero el tren pasa y el aire que le sigue arranca a la niña de la mano de mi hermano y mancha con su sangre las piedras de los pinos. Todos los niños corre que te corre a la Calle de la Lona a avisar a sus padres y a sus madres de que el retrasado de Miguel ha matado a la Clarisa y es Miguelito el que se acuesta llorando, todo él tirado en la tierra, con la cabeza toda rojode la pequeña abrazada entre sus manos duras y oscuras mientras se escucha a los pájaros de Juan Sin Sangre y a Juan gritándole a mi padre que su hijo el subnormal ha matado a su niña en la vía de los pinos.

Pepito Villa

*Madrid, Abril de 2014*



# Tanto todo

## Therefore all

### Portanto todos os

Marta Núñez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Licenciada en filología hispánica. Escritora.

Cómo citar este relato en edición digital: Núñez, M. (2014) *La calle de la Lona. Cultura de los Cuidados (Edición digital)* 18, 40. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.40.04>>

Correspondencia: Marta Núñez. C/Mediodía, 21. 02691, Bonete (Albacete)

Correo electrónico: [mnd-88@hotmail.com](mailto:mnd-88@hotmail.com)

Recibido: 21/07/2014; Aceptado: 13/09/2014



#### ABSTRACT

These poems are inspired by the sonnet “Life” by José Hierro, whose verses serve title to these four compositions, presented as a game between “All” and “Nothing”, two terms while antagonistic, complementary because man will be familiar with the reality of “All”, provided there lying on his face in utter nihilism of “Nothing”, and vice versa.

Taking as its starting point the sonnet “Life” by José Hierro, whose verses serve title to these four compositions, presented as a game between “All” and “Nothing”, two terms while antagonistic, complementary because man will be familiar with the reality of “All”, provided there lying on his face in utter nihilism of “Nothing”, and vice versa.

If we take these poems as an up gradation as to the meaning of life, we can see that, although from the first poem we find many references to death and the meaninglessness of life, once we got to the fourth poem “Both everything” the

reader can see a glimmer of hope in these “last kiss”, “because they do see the desired tomorrow”. It is known that the lovers die, humans will die but unlike the final line of the poem Iron “after so much all for nothing”, this effort will not be in vain. Life is a constant suffering, a struggle for life Darwinian manner.

The “Nothing” is hopeless, but not lack the “All” wrought daily, those little things that become, over time, momentous.

#### RESUMO

Estes poemas são inspirados pelo soneto “Life”, de José Hierro, cujos versos servem título a estes quatro composições, apresentado como um jogo entre “All” e “Nothing”, dois termos antagonísticos, enquanto, complementar porque o homem vai estar familiarizado com a realidade de “All”, desde que encontra-se em seu rosto no nihilismo total de “Nada”, e vice-versa.

Tomando como ponto de partida o soneto “Life”, de José Hierro, cujos versos servem título a estes quatro composições, apresentado como um jogo entre “All” e “Nothing”, dois termos antagonísticos, enquanto, complementar porque o homem vai estar familiarizado com a realidade de “All”, desde que encontra-se em seu rosto no nihilismo total de “Nada”, e vice-versa.

Se tomarmos esses poemas como uma graduação quanto ao significado da vida, podemos

ver que, apesar de o primeiro poema encontramos muitas referências à morte e a falta de sentido da vida, uma vez que chegamos ao quarto poema “Tanto tudo” o leitor pode ver um vislumbre de esperança nestes “último beijo”, “porque eles vêem o amanhã desejado”. Sabe-se que os amantes morrem, os seres humanos morrerão, mas ao contrário da linha final do poema de Ferro “depois de tanto tudo por nada”, esse esforço não será em vão. A vida é um sofrimento constante, uma luta pela maneira darwiniana vida.

O “Nada” é impossível, mas não falta a “All” forjado diária, essas pequenas coisas que se tornam, ao longo do tempo, importante.

## RESUMEN

Tomando como punto de partida el soneto “Vida” de José Hierro, cuyos versos servirán de título a estas cuatro composiciones, que se presentan como un juego entre el “Todo” y la “Nada”, dos términos a la vez que antagónicos, complementarios, pues el ser humano será conocedor de la realidad del “Todo”, siempre y cuando haya caído de bruces en el nihilismo más absoluto de la “Nada”, y viceversa.

Si tomamos estos poemas como una gradación ascendente en cuanto al sentido de la vida, podemos observar que, aunque desde el primer poema encontremos multitud de referencias a la muerte y al sinsentido de la vida, una vez que llegamos al poema cuarto “Tanto todo”, el lector podrá observar un atisbo de esperanza en esos “últimos besos”, “pues ellos sí verán el deseado mañana”. Es sabido que los amantes morirán, el ser humano morirá pero, al contrario del verso final del poema de Hierro “después de tanto todo para nada”, aquí el esfuerzo no será en balde. La vida es un sufrimiento constante, una lucha por la vida a la manera darwinista.

La “Nada” es irremediable, pero no por ello carecemos del “Todo” forjado a diario, de esas pequeñas cosas que se convierten, con el paso del tiempo, en transcendentales.

## TANTO TODO

Después de todo, todo ha sido nada,  
[...]

Después de nada, o después de todo  
[...]

después de tanto todo...

JOSÉ HIERRO

(HIERRO, José. *Cuadernos de Nueva York*, Hiperión, 1998.)

## DESPUÉS DE TODO

Adiós, parte sagrada.

Era lo acordado.

Te pesa la historia.

Parten los fuertes de corazón.

No hay criba para ti.

Me dijiste adiós.

Era parte del trato.

Cuando me rozas la mano,

invisiblemente fría

contemplo la vida que no es,

la mirada incierta,

el labio abierto al tiempo,

los años que nos pesan.

Oigo las palabras que se fueron,

o que nunca estuvieron,

ya da igual.

Y quiero arañar mi herida,

volver allí, donde entonces,

creía en la eternidad,

y pasear por el parque

y decirte

lo que de sobra ya sabes.

Me pides que me lo calle.

Que te basta el silencioso grito,  
Que no deben oírnos.  
Es también parte del trato.  
Todavía no entiendo por qué  
firmamos ese acuerdo con la muerte.

### CUANDO TODO SE ACABE

Cuando todo se acabe...  
nos refugiaremos en los recuerdos,  
como hace el anciano en su sillón.  
Haremos el equipaje,  
pero, esta vez, para siempre.  
Sorberemos ese último café,  
lentamente...  
Sostendremos esa calma aparente:  
firmeza en los ojos,  
tersura en los labios.  
Paso equívoco hacia la salida.  
¡No mires hacia atrás!...  
Pero será demasiado tarde.  
De nuevo, Orfeo volverá a perder a su Eu-  
rídice.  
Ya se sabe, la historia siempre,  
siempre se repite.  
Sólo cambian los actores.

### DESPUÉS DE NADA

Quiero llorar mi pena  
y te lo digo  
en un atardecer fusilado  
por mis ánimos corroídos.  
Misericordia exijo  
o la hoguera eterna  
de Mefistófeles increpo.  
Que el alba sucumba  
y con ella,  
el galope de mi cuerpo  
aborrecido y aborrecible.  
Regresa o finiquita  
la agonía de mi vivir.  
El castigo sin venganza  
que aún cuenta con la esperanza

de este ser aniquilado  
en un tiempo equivocado.  
Largo domingo de desolación,  
de aullido interminable.  
Desatendido corazón  
que sólo siente el Nevermore  
como el cuervo de un tal Poe.

### TANTO TODO

Probemos a amarnos  
en silencio  
extiende tu mano hacia  
mi mejilla. Olvida  
el camino recorrido y párate,  
justo ahí, en mi oscura inocencia.

Transitemos la misma senda,  
en la que las almas se unen  
gritando al unísono  
que hoy, por fin, son libres.

No habrá un mañana para nosotros,  
insomnes pecadores,  
que creímos en la luz eterna,  
en amores sin límites,  
en cimientos siempre firmes,  
en los ires y venires  
de esta vida de encuentros furtivos  
y, casi siempre, insanos.

Amor, ahora que ya sabes  
que hemos de morir,  
que lo nuestro tiene  
los minutos contados, alegrémonos  
y demos gracias por estos  
últimos besos,  
colmados de gracia divina,  
pues ellos sí verán el deseado mañana,  
pues ellos sí serán contados  
cuando las cenizas se apoderen  
de nuestros hoy todavía  
serviles en esto del amor.



# Creativity in higher education of nursing – from the theoretical concepts to the pedagogical effects

La creatividad en la educación superior en enfermería – de los conceptos teóricos a los efectos pedagógicos

Criatividade no ensino superior de enfermagem – dos conceitos teóricos aos efeitos pedagógicos

Onã Silva<sup>1</sup>, Elioenai Dornelles Alves<sup>2</sup>, Maria Cristina Soares Rodrigues<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Nurse, Public Health Specialist, Master of Education, PhD student in the Nursing Graduate Program at UnB (University of Brasília). Works in the Health Department of the Federal District. Researcher at NESPROM-UnB and Playful Learning Group (UnB).

<sup>2</sup>Nurse, Doctor and Full Professor. Retired professor and Senior Researcher at University of Brasília, Postgraduate Program in Nursing at UnB. Leader of the Nucleus of Studies in Education, Health Promotion and Inclusive Projects-CEAM/UnB, Researcher at CNPq.

<sup>3</sup>Nurse, PhD in Health Science. Associate Professor of the Faculty of Health Science, Nursing Department and of the PPGEnf at UnB. Leader of the Group in Studies and Research Multidisciplinary in Patient Safety.

Cómo citar este artículo en edición digital: Silva, O; Alves, E. D; Rodrigues, M.C.S. (2014) Creativity in higher education of nursing – from the theoretical concepts to the pedagogical. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)* 18, 40. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.40.05>

Correspondencia: QE 34, Conjunto R, Casa 36 – Guarú II – Distrito Federal-Brasil- CEP 71065-182  
Correo electrónico: onatil@gmail.com

Recibido: 09/07/2014; Aceptado: 16/11/2014



## RESUMEN

**Objetivo:** Este artículo tiene el objetivo de reflexionar sobre la creatividad en la enseñanza de enfermería, fundamentando en teorías, discutiendo la aplicabilidad y los efectos pedagógicos creativos, en los actores educacionales.

**Método:** Se trata de estudio original de reflexión. El estudio fue conducido por el pensar

reflexivo utilizando el operador cognoscente de la Teoría de la Complejidad, de Edgar Morin. Fueron seleccionadas teorías relacionadas a la creatividad y convergentes en el enfoque sociocultural: la Teoría en la Perspectiva de Sistemas, la Teoría General para el Desarrollo de la Productividad Creativa en Jóvenes y la Ciencia del Ser Humano Unitario.

**Resultados:** Las concepciones teóricas del estudio contribuyen para la producción de la ciencia referente a la creatividad en la educación superior de enfermería, superando las brechas científicas en la temática. Las teorías fundamentan y presentan relevancia científica a las investigaciones y a las evidencias pedagógicas. Efectos pedagógicos de la enseñanza basados en la creatividad, para los actores educacionales, docentes y estudiantes más identificados fueron autonomía, independencia, pensamiento divergente, ideas inusitadas, alegría y otros.

**Conclusión:** Las concepciones teóricas de la creatividad contribuyen para el conocimiento de la enfermería, enriqueciendo las acciones cuidativas, desde la enseñanza, favoreciendo el potencial creador de los profesionales.

**Palabras clave:** Enfermería, Educación Superior, Creatividad, Investigación en Enfermería, Teoría de Enfermería.

## RESUMO

**Objetivo:** Este artigo tem o objetivo de refletir sobre a criatividade no ensino de enfermagem, fundamentando em teorias, discutindo a aplicabilidade e os efeitos pedagógicos criativos, nos atores educacionais.

**Método:** Trata-se de estudo original de reflexão. Conduziu-se o estudo pelo pensar reflexivo utilizando o operador cognoscente da Teoria da Complexidade, de Edgar Morin. Seleccionaram-se teorias relacionadas à criatividade e convergentes no enfoque sociocultural: a Teoria na Perspectiva de Sistemas, a Teoria Geral para o Desenvolvimento da Produtividade Criativa em Jovens e a Ciência do Ser Humano Unitário.

**Resultados:** As concepções teóricas do estudo contribuem para produção da ciência referente à criatividade no ensino superior de enfermagem, superando as lacunas científicas na temática. As teorias fundamentam e apresentam relevância científica às pesquisas e às evidências pedagógicas. Efeitos pedagógicos do ensino baseado na criatividade, para os atores educacionais, docentes e estudantes mais identificados foram autonomia, independência, pensamento divergente, ideias inusitadas, alegria e outros.

**Conclusão:** As concepções teóricas da criatividade contribuem para o conhecimento da enfermagem, enriquecendo as ações cuidativas, desde o ensino, favorecendo o potencial

criador dos profissionais.

**Palavras-chave:** Enfermagem, Educação Superior, Criatividade, Pesquisa em Enfermagem, Teoria de Enfermagem.

## ABSTRACT

**Objective:** This article aims to reflect on creativity in nursing education, basing on theories, discussing the applicability and pedagogical creative effects, in educational actors.

**Method:** It is the original study of reflection. The study was led by reflective thinking using the operator cognoscente of the complexity theory, by Edgar Morin. Related theories were selected for creativity and convergent in the sociocultural approach: the Theory on Systems Perspective, the General Theory for the Development of Creative Productivity in Young People and the Science of Unitary Human Being.

**Results:** The theoretical conceptions of the study contribute to production of science regarding creativity in higher education, overcoming the scientific gaps in the subject. The theories substantiate and present scientific relevance to the researches and to the pedagogical evidence. Pedagogical effects of teaching based on creativity, for educational actors, teachers and students most identified were autonomy, independence, divergent thinking, unusual ideas, joy and others.

**Conclusion:** The theoretical conceptions of creativity contribute to nursing knowledge, enriching the care actions, since the teaching, favoring the potential creator of professionals.

**Keywords:** Nursing, Higher Education, Creativity, Nursing Research, Nursing Theory.

## INTRODUCTION

Everyone is creative and it is possible to rise the number of people with creative traits

(Csikszentmihalyi, 1996) – this definition revolutionized science. First, for putting the creativity phenomenon in the scientific world by the Systemic Theory; second, the important ruptures with previous settings – the creativity related to thinking and personality traits, ignoring social influences.

The creativity, being a multifaceted construct, already presented distinct definitions. It was already considered from the magic and mysterious perspective – creative people were illuminated by gifts or inspiration –; seen as a complex sublimation repressed on Freud's view; as a promoter of mental health by humanists; and, more recently, conceptualized in a systemic perspective. In other words, the history of the research carried provides an overview of the multifaceted conceptual framework for creativity (Maslow, 1959; Rogers, 1978; Amabile, 1983; Csikszentmihalyi, 1992, 1996).

Defenders in the systemic vision argue that people become more creative influenced by multiple factors – people, social, cultural, spiritual and others – that are active and interrelated in the dimensions of complexity (Arieti, 1976; Csikszentmihalyi, 1988, 1992, 1996; Renzulli, 1992; Martinez, 2000).

Currently, by the emphasis on completeness, creativity is present in the research agenda. The purpose of the studies has been diversified: analysis of personalities, profiles, barriers and other objectives, more developed in the field of education and psychology.

As for the science of nursing, has produced few empirical studies. Those examined (Silva, 2013a), creativity doesn't appear as the main subject, but secondarily – often included in discussions of nursing education, basing the competencies, attitudes and skills – according to requirements established in

the Undergraduate Program National Curriculum Standards in Nursing (NCSN) (Brasil, 2001).

Thus, creativity is related to the new profile of educational actors: the caring and educating that involves knowledge of creative nature, aesthetic, ethic, political and technical – qualifying educators for significant interventions in the care network (Ferraz et al, 2005; Erdmann et al, 2007); the approach to the training of nurses to care in any way, according to the model of health care whose directionality is to care for the user (Silva e Sena, 2006, 2008).

The authors who sign this consideration – associates and researchers of nursing science – verified such scientific gaps (Silva, 2013a) – absence of thematic studies in creativity – being, including, theme of the doctoral thesis of the first author.

Therefore, the objective of this study reflects on creativity in nursing education, basing on theories, discussing the applicability and effect of it, in educational actors.

## METHOD

This is an original article of reflective nature. It was delineated in the reflection process, using a cognitive operator complex thinking the Reintroduction of the Principle of Cognoscente Subject, from Complexity Theory (Morin, 2005). This principle emphasizes the researcher as an observer in the action-reflection-action, for redefinition of knowledge, using its own cognitive potential, creative and subjectivities, favoring the reflection and the discussion of the state of the art of an object of study.

For the theoretical foundation of the study, three interrelated concepts that stand upon its precepts were selected – or allow us

to discuss – the creative and playful aspects, inside the complex vision, in other words, the Perspective on the Theory of Systems (Csikszentmihalyi, 1996), General Theory for the Development of Creative Productivity in Young People (Renzulli, 1992) and the Science of Unitary Human Beings (Rogers, 1970).

**RESULTS**

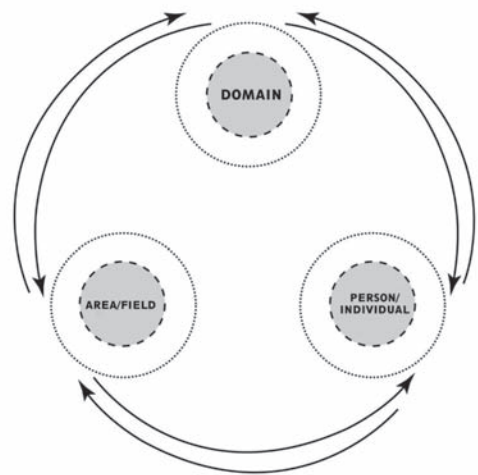
From the theoretical referential about creativity, in the reflexive process, it was worked with knowledge that involves systemic nature. In other words, the ones related to the multiple humans potential – influenced and integrated –, such as creative experiences in scenarios and spaces promoters of the total development of the human being (Rogers, 1970; Arieti, 1976; Amabile, 1983; Csikszentmihalyi, 1988, 1992, 1996; Renzulli, 1992; Martinez, 2000).

This reflective act required an expanded analysis – systemic – about the creative potential. On the other hand, for methodological purposes, were delimited the theories and studies related to the creativity in teaching-learning process, that approach the man, as the results below exposed.

The Perspective on the Theory of Systems (Csikszentmihalyi, 1996) highlights in its grounds the social, cultural and personal forces. According to this theory, creativity should not be restricted to the mind, but it is the result of the interaction between the person’s thinking and social-cultural context – in other words, the phenomenon is systemic before being individual. According to the theorist, it is impossible for man to live and interact excluding creativity, since the human

being is naturally creative. To that end, the interest and creativity of people need to be revitalized in family, school and environmental experiences and the exposition to several opportunities.

The representation of Systemic Theory of Creativity can be visualized in Picture 1, in which appear three conceptual elements that are interrelated: the domain, the field and the individual.



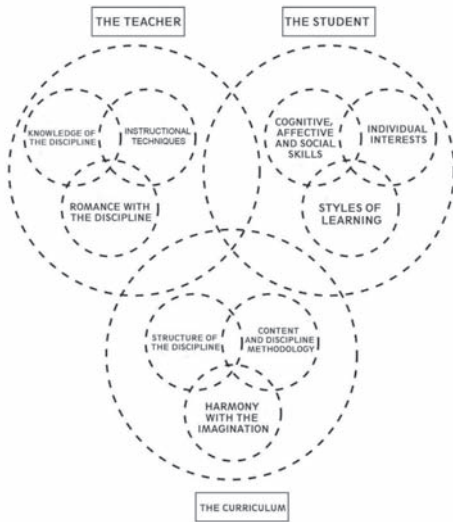
Picture 1- Schematic representation of the Perspective of Systems Theory of Creativity, Csikszentmihalyi, 1996<sup>1</sup>.

However, the General Theory for the Development of Creative Productivity in Young People (Renzulli, 1992) emphasizes the interaction between social context and creative expression, aiming the creative production through learning. The main arguments refer to the encouragement of the creative production and the learning experiences.

The Picture 2 highlights the theoretical model represented by three circles – also called rings – that interact with themselves si-

<sup>1</sup> Schematic representation of the Systemic Theory created by the authors, based on the following: Csikszentmihalyi M. Creativity: Flow and the psychology of discover and invention. New York: HapperCollins; 1996.

multaneously, corresponding to the structures of the teaching-learning process: teacher, student and curriculum.



Picture 2- Schematic representation of the General Theory for the Development of Creative Productivity in Young People, Renzulli, 1992<sup>2</sup>

Regarding the Science of Unitary Human Beings (SUHB), created by a nurse (Rogers, 1970), highlights the basic concepts of vital process, unitary man, environmental energy fields, complementarity, principle of resonance and principle of helicity.

In Roger's conception, nursing care promotes human development – the nurse is a vital participant in this process – and the knowledge field, constitutes, in fact, as humanist and humanitarian art-science. As instruments and values, the SUHB uses the imagination, creativity, the playfulness and the humanization.

The maximum paradigm of the theory is the emphasis on continuous and harmonious

interaction between the person and the environment, the person being an open and unified, with biological, psychological, sociocultural and spiritual characteristics.

The Picture 3 highlights the continuous interaction that one can achieve, modifying the ideas, actions and behaviors, according to the precepts of the SUHB.



Picture 3- Schematic representation of the Science of Unitary Human Beings, Rogers, 1970<sup>3</sup>

## DISCUSSION

### Systemic theories of creativity: convergent aspects and the interrelationship with nursing

By confronting the selected theoretical concepts, it is observed that the convergence of these aspects refer to the argument that the expression of creativity involves different factors – social, historical, cultural. Consists in the history that two theories – Systemic and SUHB – were influenced by theories-sources, that is, the Systems Theory (Rogers, 1970; Csikszentmihalyi, 1996).

All of them systematize their assumptions on three or more aspects. The Systemic Theory emphasizes the interaction of three factors – person/individual, domain, area/field –; the General Theory for the Development of Creative in Young People denominates the interactions as the three rings (or circles) – teacher,

<sup>2</sup> Schematic representation of the Theory created by the authors, based on the following source: Renzulli JS. A general theory for the development of creative productivity in young people. In: FJ Mönks, W Peters (Ed.). Talent for the future. Assen Maastricht-The Netherlands: Van Gorcum; 1992. p.51-72.

<sup>3</sup> Schematic representation of the Science of Unitary Human Beings created by the authors, based on the following source: Rogers ME. An introduction to the theoretical basis of nursing. Philadelphia, PA: F. A. Davis; 1970.

student and curriculum –; and in the Science of Unitary Human Beings the interaction factors – the man and his environment – are mediated by the energy field and its open systems.

Basically, the theoretical concepts can be thereby understood:

a) The Systemic Theory can be explained by the interaction of three factors: the person/individual, the domain and the area/field (Csikszentmihalyi, 1996). Regarding the person is endowed with genetic background and personal experience. The creativity appears when it uses symbols of the domain (music, engineering and others) and its new idea is recognized by the area. The domain is the culture with their symbolic rules and procedures. The area or field is the social system that decides whether the new idea will be included in the field. It is the person who carries out changes in the field or area. Therefore, the creativity in this field is the interaction – domain, area and the person – being result of the opportunity, perseverance, to be in the right time and place.

b) The General Theory for the Development of Creative Productivity in Young People (Renzulli, 1992) is represented by three circles – also called rings – in simultaneous interaction, concerning the structures of learning: teacher, student and curriculum.

The first structure – the teacher – needs to know and like the discipline; to be the facilitator of the creativity, to have a less orthodoxy vision, enthusiasm for teaching, sense of humor and others. About the student – the second ring – the effective learning bases on individual interests, learning styles and cognitive skills, affective and social. The student must recognize his own skills, interests and learning styles; the school must involve them in activities related to the learning style of the students. The curriculum is the third ring represented

by the triad: discipline structure, content and methodology discipline and harmony with the imagination. The desirable curriculum requires a project in which the student is an actor in the process.

c) The SUHB (Rogers, 1970) presents some main concepts. The person is defined as the unitary human being and integrated with the pan-dimensional (infinite); and in an open system in interaction with other system: the environment – the latter is an irreducible pan-dimensional energy field. Each field of the environment system is a human domain, and both evolve and interact mutually. Furthermore, the energy field patterns expressed defines the vital process, allows the observation of people and environments as irreducible entities, varying in intensity, density and length.

### **The theoretical concepts and creativity reflected in nursing education**

The three theories presented are the conceptions that can contribute a lot to the nursing, particularly to the nursing education, because its similar aspects are: highlight the creativity inherent to the unitary, global, full and complex nature person.

Such conceptions can contribute in teaching political projects of nursing education, as they are in accordance with the NCSN, which emphasizes the potentialities, the competence and the educational actors' skills: associate – facilitator; and student – the actor – of the learning process.

This way, the Systemic Theory and the three rings are clear in their assumptions by emphasizing that the personal characteristic and social-cultural environments – the school, in case – stimulate the creative production. They also stimulate the access and the updating of knowledge; access to mentors and diver-



sified resources such as books, computers and an infinity of others.

Even being nursing theory, the SUHB has harmony with two others in analysis in this study, because it defines the person as open system, in development, dynamic and creative – nursing as a science and humanistic and humanitarian art, in the social context and complex in which it is inserted. The nurse helps people find their healthy potential. In education, the associate shares energy fields in peer relations and with students. In other words, the SUHB contributes to the practice, to the learning and research in nursing.

### **Theoretical reflection of the pedagogical effects of creativity in nursing education**

The development of creativity in the school context – including in higher education – it is an important element in the production of care, in the perspective of completeness, contributing to the continuous interaction of learning structures: the teacher, the student and the curriculum. For the actors of the educational area of nursing – teachers and students, no doubt that the development of the potential creator will reflect on the quality of teaching, favoring the personal enrichment, of the course, of the science, in favor of care to be developed in the user of the health system will receive quality care – involving aspects of humanization, of playful and health promotion. From this reflected practice that will emerge the positive pedagogical effects from nursing school based on creativity and with creativity – in which its actors use their potentials and expressions.

Undoubtedly the theories analyzed contribute for the development of the teaching. Regarding the nursing schools, it is important, to bring up a creative, critic, reflexive teaching-learning process. From this reflection formu-

lated the concept of creativity as a revitalizing continuous wave that can be found in all contexts: social, family, professional and so many others (Silva, 2011, 2012). Finally, the theoretical foundation helps mediate the learning process, especially in the academic context, which is the source of scientific production.

In Brazil, among the ideas presented, few nurses have used the same applicability in health care, involving creativity (Sá, 1994; Baraúna, 2001; Silva, 2013a, 2013b). Among researchers, the ones that use SUHB corroborate the theoretical precepts that human life is a phenomenon of totality, continuity and creative and dynamic change. The person lies in open system, indivisible and creative. Thus, creativity is vital for nursing and the care act is expressed in a comprehensive and creative way, revitalized by intuitive professionals.

The first author of this reflection has been studying, applying and triangulating for more than two decades, the three theoretical concepts discussed here, the creative approach towards professional nursing (Silva, 2011, 2012, 2013b). In higher education in nursing area, the researcher has been dedicated to strategies, studies and productions with recognized innovations. It was mentioned the Cuidarte Project and the Creativity Space as strategies for developing expressive and creative skills, as well as studies of aesthetic knowledge involving poetry, music, theater, cordel literature and other artistic, expressive and cultural languages (Silva, 2011, 2013b, 2013c; Silva, Alves e Rodrigues, 2014; Siles González, 2014).

The applicability, presented in Picture 4, was developed by the first author, in workshops to stimulate creativity and development for nurses working to revitalize the energy fields aiming at health promotion, disease prevention and rehabilitation, which may be in

care actions in various environments (parks, schools and health care network).



Picture 4- Creativity workshop for teachers in higher education. Digital collection of the first author<sup>4</sup>

As for the pedagogical effects that came from the creative teaching, emerges, for example, the development of expressive, musical, scenic, inter and intrapersonal relation, independence, fluency skills and divergent thinking, unusual ideas, happiness and many others.

From the theoretical conceptions presented, the higher nursing education based on creativity, provides the development of the creative potential of their educational actors, reflecting positively on care actions.

Thus, nursing education, based on theoretical conceptions of creativity in the educational scenario is very important, considering the challenges of care to be lived, built, reflected, involving the dimensions of complexity – indivisible spaces, solid and interaction spaces, open and meaningful.

## CONCLUSION

The reflection allowed to analyze the importance of the three theoretical conceptions that enhance creativity in personal development and professional performance. It was emphasized, on reflection, nursing care in higher educational context. The theories pre-

sent similar aspects in conceptual design – the systemic, extended and complex approach – whose arguments turn to social-cultural scenarios, promoters of creativity, enhancing the creative potential of educational actors.

As for nursing, the reflection mediated by the systemic theories concluded that it lives up to the title of science-art, because of the constant interaction – person and environment – emerges the total care. This reflection also shows the need for research on the creativity and nursing themes – based on the theoretical concepts presented.

Studies whose main theme is creativity in nursing are scarce, also those of theoretical and creative base, including the SUHB whose paradigms have applicability in nursing care, with pedagogical purposes. The SUHB, being humanistic and humanitarian art and maximum pro-health of individuals, among its applicability, emphasizes creativity for both the individual and population groups.

The nursing science has concrete advantages when using theories that underpin the research. The challenge of the professionals is the scientific interface between theory, creativity and nursing for pedagogical purposes. But the challenge is the characteristic of the creative person and the researcher. May new researches be produced decreasing the gaps on the theme reflected.

## REFERENCES

- Amabile, T.M. (1993) The social psychology of creativity. Springer-Verlag, New York.
- Arieti, S. (1976) Creativity: The magic synthesis. Basic Books, New York.
- Baraúna, T. (2001) Criatividade: uma necessidade para a enfermagem. Rev enf Nursing, 4(33): 8-9.

<sup>4</sup> Source: this Picture 4, which records creative activities for healthcare professional, belongs to the photo archive of the first author.

- Brasil. (2001) Resolução CNE/CES 3/2001. Dispõe sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de Novembro de 2001. Seção 1: 37.
- Csikszentmihalyi, M. (1988) The domain of creativity. Trabalho apresentado no Congresso de Criatividade. Pitzer College, Claremont, Estados Unidos.
- Csikszentmihalyi, M. (1992) A psicologia da felicidade. Saraiva, São Paulo.
- Csikszentmihalyi, M. (1996) Creativity: Flow and the psychology of discover and invention. HarperCollins, New York.
- Erdmann, A.L.; Sousa, F.G.M; Backes, D.S; Mello, A.L.S.F. (2007) Construindo um modelo de sistema de cuidados. Acta paul. Enferm 20(2):180-85.
- Ferraz, F; Silva, L.W.S; Silva, L.A.A; Reibnitz, K.S; Backes, V.M.S. (2005) Cuidar-educando em enfermagem: passaporte para o aprender/educar/cuidar em saúde. Rev bras enferm 58(5): 607-10.
- Martinez, A.M. (2000) Criatividade, personalidade e educação. Ed. Papirus, 2ª ed. São Paulo
- Maslow, A.H. (1959) Creativity in self-actualizing people. In HH Anderson (Ed.). Creativity and its cultivation. Harper & Row, New York: 83-95.
- Morin, E. (2005) Introducción al pensamiento complejo. Gedisa, Barcelona.
- Renzulli, J.S. (1992) A general theory for the development of creative productivity in young people. In: FJ Mönks, W Peters (Ed.). Talent for the future. Assen Maastricht- Van Gorcum, The Netherlands: 51-72.
- Rogers, C.R. (1978) Tornar-se pessoa. Martins Fontes, São Paulo.
- Rogers M.E. (1970) An introduction to the theoretical basis of nursing. F.A.Davis Company, Philadelphia:
- Sá, A.C. (1994) A ciência do ser humano unitário de Martha Rogers e sua visão sobre a criatividade na prática da enfermagem. Rev Esc Enfermagem USP 28(2):171-76.
- Siles González, J. (2014) Onã Silva (2013) Histórias da enfermagem no universo de cordel, Brasília, Thesaurus. 324 p/il. Cultura de los Cuidados (Edición digital). 18, 38:148-149. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.38.20>>
- Silva, K.L; Sena, R.R. (2006) A formação do enfermeiro: construindo a integralidade do cuidado. Rev bras enferm 59(4):488-91.
- Silva, K.L; Sena R.R. (2008) Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. Rev Esc Enferm USP 42(1):48-56.
- Silva, O. (2001) A criatividade no ensino superior de enfermagem à luz dos componentes do processo de ensino-aprendizagem: o professor, o aluno e o currículo- [dissertação de Mestrado em Educação]. Universidade Católica de Brasília.103 f. Brasília (DF).
- Silva O. (2011) Espaço Criatividade. In: 63º Congresso Brasileiro de Enfermagem, organizador. (Re)criação e inovação do cuidado de enfermagem. 63º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 3 a 6 out 2011: Maceió, Al. Maceió: 63º CBEEn.
- Silva, O. (2012) Projeto Cuidarte: o ensino do curso de graduação em enfermagem revitalizado pela criatividade e arte. In: VII Congresso Iberoamericano de Docência Universitária, organizador. Ensino Superior: Inovação e Qualidade na Docência. VII Congresso Iberoamericano de Docência Universitária: Livro de Atas; 24 a 27 jun 2012: Porto, Portugal: 1055-56
- Silva, O. (2013a) As ondas revitalizadoras da criatividade no ensino de enfermagem: estudo comparativo e multifatorial do perfil criativo dos atores educacionais. Tese desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em enfermagem. Universidade de Brasília. Brasília (DF).
- Silva, O. (2013b) A enfermagem nas ondas da criatividade e ludicidade: relato de experiência. In: Sá A.V.M., Silva A.J.N., Braga M.D., Silva O. (Org.). Ludicidade e suas interfaces. 1ªed. Editora Liber Livro Ltda, Brasília-DF: 17-38.
- Silva, O. (2013c) Histórias da enfermagem no universo de cordel. 2ª. ed. Thesaurus Editora de Brasília, Brasília-DF: 324.
- Silva, O; Alves, E. D; Rodrigues, M.C.S. (2014) Liricidad y toque de arte para la producción del conocimiento estético de enfermería – una reflexión poética inspirada en la Teoría de la Complejidad. Cultura de los Cuidados (Edición digital) 18, 39:14-29. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.39.03>>

# Historia

## Epístola ‘literaria’ al profesor Sánchez Granjel<sup>1</sup>

“Literary” epistle to professor Sánchez Granjel

Epístola “literário” para professor Sánchez Granjel

Francisco Herrera-Rodríguez

Facultad de Enfermería y Fisioterapia (Universidad de Cádiz)

Cómo citar este artículo en edición digital: Herrera Rodríguez, F. (2014) Epístola ‘literaria’ al profesor Sánchez Granjel. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)* 18, 40. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.40.6>

Correspondencia: Francisco Herrera-Rodríguez. Facultad de Enfermería y Fisioterapia. Avda. Ana de Viya, 52. 11009-Cádiz. Correo electrónico: [francisco.herrera@uca.es](mailto:francisco.herrera@uca.es).

Recibido: 10/12/2014; Aceptado: 11/12/2014



El profesor don Luis Sánchez Granjel en Salamanca (Homenaje del día 7 de septiembre de 2013) (Fotografía de F.H.R.)

**Keywords:** History of medicine, Luis Sánchez Granjel, humanism and medicine, literature and medicine.

### RESUMO

Epístola escrito para a homenagem ao Professor Dr. D. Luis Sánchez Granjel, realizado no Colégio de Médicos de Salamanca, em 7 de setembro de 2013. Publicamos estes inédito na “cultura de cuidado” páginas como uma homenagem ao amado professor que morreu último 29 de novembro de 2014.

**Palavras -chave:** História da medicina, Luis Sánchez Granjel, humanismo e medicina, literatura e medicina.

### ABSTRACT

Epistle written for the tribute to Professor Dr. D. Luis Sánchez Granjel, held at the Medical College of Salamanca on September 7, 2013. We publish these unpublished pages in “culture of care” as a tribute to beloved teacher who died last November 29, 2014.

### RESUMEN

Epístola escrita para el homenaje al profesor Dr. D. Luis Sánchez Granjel, celebrado en el Colegio de Médicos de Salamanca, el día 7 de septiembre de 2013. Publicamos estas páginas inéditas en “Cultura de los Cuidados” como homenaje al querido maestro que falle-

<sup>1</sup> Epístola escrita para el homenaje al profesor Dr. D. Luis Sánchez Granjel, celebrado en el Colegio de Médicos de Salamanca, el día 7 de septiembre de 2013. Publicamos estas páginas inéditas en “Cultura de los Cuidados” como homenaje al querido maestro que falleció el pasado 29 de noviembre de 2014.

ció el pasado 29 de noviembre de 2014.

**Palabras clave:** Historia de la medicina, Luis Sánchez Granjel, humanismo y medicina, literatura y medicina.

Querido don Luis:

En 1978 servidor de usted cursaba cuarto de carrera y andaba a mal traer con la *Patología Quirúrgica*, que estudiaba por el grueso volumen de Patel; muy didáctico, sí, pero muy pesado para pasarlo en la maleta de allá para acá, sobre todo porque también colocaba dentro alguna novela o algún ensayo que otro. Un buen día, entre clase y clase, dejé la cartera en la banca, encontrándome con la sorpresa de que una compañera había hurgado entre mis cosas con la excusa de buscar unos folios para la siguiente clase, pero encontró un botín máspreciado, una novela de Nathalie Sarraute titulada *El señor Marterau* y el *Galileo* de Bertolt Brecht. No me dio tiempo a decirle nada porque me espetó una rotunda frase:

*-¡Menos novelitas y más Quirúrgica!*

Aún resuena en mi cabeza el reproche de aquella inquisidora compañera; por esas mismas fechas andaba yo también estudiando el cantonalismo gaditano, circunstancia que me llevó a consultar con un profesor de Historia para que me aclarase algunas cosas del sistema benéfico-asistencial de la época, pero este hombre no acabó de entender que un alumno de medicina estuviera interesado en estos temas y me despachó con gran desconfianza. En fin que entre una cosa y otra, uno se sentía un outsider. El remate fue cuando decidí hacer la tesis en la cátedra de Historia de la Medicina; para qué voy a reproducir aquí las cosas que tuve que escuchar de mis compañeros, algún clínico no desaprovechaba ocasión para meter la puya y señalarme como un médico frustrado.

Bueno, don Luis, usted se estará preguntando a que viene este exordio que nada tiene que ver con su vida y con su obra, ni con el libro que aquí se presenta en esta mañana; pero, sí, tiene que ver porque servidor de usted para resistir mentalmente a ese ambiente que me señalaba como un médico demediado o frustrado tuvo que buscar alimento espiritual; el principal lo encontré en el seno de la cátedra de mi maestro, el profesor Orozco Acuaviva, y allí fue donde comencé a leer los libros de usted. No se puede imaginar lo que supuso para mí, en 1988, leer su libro “Memoria personal”, en él encontré bálsamo y fuerza para construir mi humilde vocación historicomédica; en ese libro aprendí esa rotunda frase que llevo esculpida en mi corazón, permítame que se la recuerde:

*“Siempre he creído que los deberes verdaderos, los que no pueden desatenderse, son los inventados, los que uno mismo se impone. Deberes inventados eran, en aquella fecha, para mí, los que me sugería el encargo docente que se me había encomendado; si iba a ser profesor de Historia de la Medicina, tal era el cometido administrativo, debía ser asimismo historiador investigador”.*

Otra idea expresada por usted en ese libro es la de señalar a la literatura como un arrabal imprescindible para reconstruir el pasado historicomédico español. Bendito arrabal este de la literatura, don Luis, que le ha permitido aquilatar páginas imprescindibles para comprender la medicina española Moderna y Contemporánea a través de la novela picaresca, de Cervantes, Quevedo, Torres Villarroel, Galdós o Azorín. Toda esa producción intelectual circula ya para siempre bajo el epígrafe de “*Medicina en la literatura*”.

En 1998 publicó usted “*Una vida de historiador*”, donde aparece inventariada también

su obra como ensayista literario, que por cierto ya quisiera firmar algún que otro catedrático de Literatura de este país. Sus Retratos o biografías o ensayos (como prefiera usted llamarlos) de Azorín, Unamuno, Baroja, Ramón Gómez de la Serna, Eduardo Zamacois, Felipe Trigo, etc., han crecido con el paso de los años y reciben el reconocimiento de críticos como José Guimón, José-Carlos Mainer, Juan Ignacio Ferreras o José María Vaz de Soto, por citar tan solo a algunos de ellos.

Con su obra literaria he aprendido a entender desde otra perspectiva a Unamuno con sus palpitaciones y sus anhelos de inmortalidad, o a valorar a Baroja como un estilista literario, aunque esto no lo compartan los que utilizan el adjetivo galdobarojiano para señalar lo que consideran una prosa poco cultivada; he comprendido mejor las frustraciones de don Pío con esos sueños de *“El hotel del Cisne”*.

Usted sabe mejor que yo que Ramón Gómez de la Serna solía decir:

*“Cada vez estoy más convencido de que la biografía es una cosa que el biógrafo merece o no merece hacer. Si merece, saldrá bien; y si no lo merece, inútiles serán esfuerzos y esmeros”*.

Está claro, don Luis, que usted mereció escribir ese gran retrato de Gómez de la Serna, publicado en 1963, que yo adquirí en la Cuesta de Moyano en la primavera de 1992 y que leí como se merece también el orondo creador de las greguerías, capaz de escribir artículos sobre cualquier esquina de Madrid, las casas aseguradas de incendio, o crear esa novela sin argumento, *“El Doctor Inversímil”*, en la que usted supo ver que Ramón fue pionero en España en dar tratamiento literario al psicoanálisis freudiano. Sabía o notaba cosas Ramón que a los demás nos pasan desapercibidas, pero que son obvias como, por ejemplo, que la nos-

algia es la *“neuralgia de los recuerdos”* o *“que la O es la I después de comer”* y sobre todo que *“si te conoces demasiado a ti mismo, dejarás de saludarte”*. Ramón por siempre y para siempre.

Gracias, don Luis, por ese bellissimo libro dedicado a Eduardo Zamacois, mujeriego impenitente, pionero de la novela *“galante”* en España, estudiante de medicina que puso mucho empeño en comprarse una blusa adecuada con coderas y peto de hule para las clases de disección, y en gastarse veinticinco duros en un esqueleto para estudiar anatomía; pero conforme entró en las salas del hospital de san Carlos huyó despavorido a otros menesteres más gratos, sobre todo si había señoras de por medio. Un señor que se arruinaba con gracia, que le sacó punta al arte de vivir y de mal vivir, y que escribió un interesante libro titulado *“Memorias de un vagón de ferrocarril”*. Yo creo que Zamacois anda cautivo en los ferrocarriles del más allá, como en una pieza teatral existencialista, huyendo de su condición de picaflor y de su donjuanismo eterno, pero seguro que lo hace con donaire e ingenio saliendo indemne de los mandobles de las mujeres y de los maridos despechados.

Gracias también por sus ensayos sobre Felipe Trigo, Azorín, o sobre ese Max Estrella que se llamó Alejandro Sawa. *¡Dios mío, don Luis, cuánta literatura ha pasado por el cedazo certero de su mirada y de su inteligencia!* Parece que los hombres tranquilos no tienen pasiones, bendita sea su pasión literaria porque necesitaré unas cuantas vidas para aprenderla y disfrutarla.

Recientemente el profesor Diego Gracia ha dirigido, en el seno de la Real Academia Nacional de Medicina, una obra titulada *“Medicina y Humanidades”*, en la cual usted vuelve por sus fueros con un capítulo sobre *“Literatura y*



*Medicina*”, glosando a los médicos novelistas y a los novelistas médicos. Este escrito demuestra que su vocación literaria se mantiene incólume desde la década de los cuarenta hasta nuestros días. Usted ha sabido ver, don Luis, que la obra literaria es una fuente documental que bien utilizada puede ayudar a comprender el quehacer del médico o los sentimientos del pueblo sobre la medicina, pero también ha vislumbrado que ilustra sobre la vivencia de la enfermedad de un personaje o de un escritor. Usted supo darse cuenta de que “*la novela nos entrega al hombre y la sociedad vivos, mientras la historia relata hechos y acontecimientos*”. Feliz alquimia de historia y literatura la que se conjuga en su obra, don Luis, por un lado el rigor del dato o del hecho histórico y por otro la iluminación de esos hechos con unos versos de Quevedo o de Ruiz Alarcón, sólo hay que abrir uno de los tomos de su *Historia de la Medicina española* para comprobar lo que digo.

Seguiré leyéndolo, querido maestro, para reforzar la autoestima porque las fechas que se avecinan tampoco parecen muy cómodas para las Humanidades Médicas, y siempre habrá alguien que nos diga aquello de *¡menos novelitas y menos latín!* Para combatir esto hay que tomar vitaminas y la mejor vitamina, historiográfica y literariamente hablando, se llama Luis Sánchez Granjel; por eso antes de viajar a Salamanca leí su ensayo “*El médico galdosiano*”, y he comprendido que como decía Eugenio D’Ors y corrobora usted, Galdós fue ante todo “...*un creador de figuras*”, por ejemplo de figuras médicas como Teodoro Golfín o Augusto Miquis.

Sé que el tiempo apremia y que no debo ser cansino en esta epístola que le dirijo, pero permítame que diga algo para terminar del libro que hoy se presenta “*La Academia Nacional de Medicina en la Segunda República*”; es un libro

mucho más abarcador de lo que indica el título, ya que parte de años muy complicados del reinado de Alfonso XIII y se desarrolla hasta la Guerra Civil y la posguerra. Cuando terminé de leerlo pensé que ojalá en el futuro los hombres valiosos de este país en vez de dedicarse a destruirse en el seno de las instituciones, en los periódicos o en los ámbitos profesionales, ojalá se dediquen a sumar esfuerzos para mantener un regeneracionismo permanente en un país que se merece vivir en paz.

Quizás sea buen momento este 2013 para reivindicar una regeneración política y social, como lo hicieron algunos de sus queridos autores de la *Generación del 98* o mejor aún, como a usted le gusta, de la *promoción literaria de la Regencia*. Promoción literaria, por cierto, que era muy consciente de que esta España nuestra cuando menos te lo esperas va y te da un *españazo*. Su libro, a través de las fuentes documentales académicas, nos enseña cómo durante años se fue configurando ese atroz *españazo* que partió en dos el espinazo moral de nuestro país.

Bueno, don Luis, no le canso más; mucha salud, mucha literatura y un fuerte abrazo.

# Hospital Militar de San Miguel (1838-1839)

## Military Hospital of San Miguel (1838-1839)

## Hospital Militar em San Miguel (1838-1839)

Esperanza Santano Mogena<sup>1</sup>, Sergio Rico Martín<sup>2</sup>, María Luz Sánchez Calvarro<sup>3</sup> y Julián Fernando Calderón García<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Diplomada en enfermería por la Universidad de Extremadura. Enfermera en el Hospital Virgen de Guadalupe de Cáceres.

<sup>2</sup>Graduado en enfermería por la Universidad de Extremadura. Profesor del departamento de enfermería de la Universidad de Extremadura.

<sup>3</sup>Diplomada en enfermería por la Universidad de Extremadura. Enfermera en el Hospital San Pedro de Alcántara de Cáceres.

<sup>4</sup>Doctor por la Universidad de Extremadura. Profesor del departamento de enfermería de la Universidad de Extremadura.

Cómo citar este artículo en edición digital: Santano Mogena, E; Rico Martín, S; Sánchez Calvarro, M<sup>o</sup>.L. y Calderón García, J.F. (2014) Hospital Militar de San Miguel (1838-1839). *Cultura de los Cuidados (Edición digital)* 18, 40.

Disponibile en: <<http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.40.7>>

Correspondencia: Francisco Sergio Rico Martín. Facultad de Enfermería y Terapia Ocupacional de la Universidad de Cáceres.

Avda. Universidad s/n. CP 10001-Cáceres.

Correo electrónico: [essantano@gmail.com](mailto:essantano@gmail.com)

Recibido: 14/07/2014; Aceptado: 11/09/2014



### ABSTRACT

The settlement of several infantry and cavalry regiments in the area of Trujillo led the general captain to install a Hospital in the town. Such hospital was placed in San Miguel's convent, since it was unoccupied. The three physicians, a pharmacist and the nursery assistant of Trujillo rendered service at the hospital, together three nurses hired to attend military patients.

The Province Council of Cáceres was encharged of supply the hospital material neces-

sities, and the City Council beared the cost of expenses and staff salary. As the recordings shown, 93 military patients and one prisoner were attended at the hospital in a three-months period, rendering 1714 days of internment.

San Miguel Hospital was operative for two years, being closed at the end October 1839.

Objectives: to determine the staffing of the institution, focusing on the figure of the nursing staff; exposing the materials that had the care team to give such care and attention given to describe the military patients who were admitted to the hospital resources.

It has made a historical documentary study for the years 2013-2014, of the files that are deposited in the Municipal Archives of Trujillo.

Following this research we can conclude that the figure of the nurses was crucial in the functioning of the Military Hospital of San Miguel, because this group is responsible for providing the necessary care for military patients towards recovery. Were entities like the County and the City of the city which covered the cost that it originated.

**Key Words:** Hospital, military, Trujillo, XIX century.

**RESUMO**

Em 1838 o Capitão-general decide instalar um hospital militar na cidade de Trujillo devido às varias companhias assentadas na zona. Estabeleceu-se o hospital no antigo mosteiro de São Miguel, na altura desabitado.

Davam assistência a este hospital os três médicos, o boticário e o practicante (pessoa encarregada pela administração de medicamentos e injeções sob a direção do médico) da cidade assim como três enfermeiros que foram contratados para o atendimento dos militares doentes.

A Deputação Provincial de Cáceres, foi a encarregada de fornecer parte dos recursos materiais, lingerie e roupa para os militares. A Câmara Municipal suportava o resto das despesas, entre as quais as de pessoal, vitualhas e medicamentos.

Segundo os registros do arquivo, no hospital foram atendidos –num periodo de três meses- 93 militares e um recluso, com um total de 1.714 dias de internamento.

O Hospital de São Miguel esteve a funcionar por volta de dois anos até, em Outubro de 1839.

Os objetivos do presente trabalho são: conhecer a dotação do pessoal da dita instituição, nomeadamente do pessoal de enfermagem; expor os recursos materiais com os que contava o pessoal técnico para facilitar os ditos cuidados assim como pormenorizar a atenção dada aos militares doentes hospitalizados nesta instituição.

Para isto foi realizado um estúdio histórico-documental ao longo de 2013-2014 dos documentos depositados no Arquivo Municipal de Trujillo.

Após a pesquisa podemos concluir que o pessoal de enfermagem era essencial para o funcionamento do Hospital Militar de São

Miguel, pois era esta coletividade a encarregada nos cuidados dados aos militares doentes para a sua recuperação. Foram instituições tais como a Deputação Provincial e a Câmara Municipal da cidade quem custearam as despesas geradas pelo Hospital.

**RESUMEN**

En el año 1838 el Capitán General decide instalar en la ciudad de Trujillo un hospital militar debido al asentamiento de varios regimientos de Infantería y Caballería en dicha zona. El hospital se ubicó en el convento de San Miguel, aprovechando que este se encontraba vacío. Prestarían servicio en el mismo los tres médicos, el boticario y el practicante de la ciudad y fueron contratados tres enfermeros que se encargarían de atender a los militares enfermos.

La Diputación Provincial de Cáceres fue la encargada de suministrar parte de los recursos materiales, lencería, ropa para los militares. Siendo el Ayuntamiento de la ciudad el que debía sufragar el resto de gastos que ocasionara el mismo, personal, víveres, medicinas, entre otros.

En el hospital, según los registros encontrados en el archivo, se atendieron a un total de 93 militares y un preso, en un período de unos tres meses, que originaron unos 1714 días de ingreso.

El hospital de San Miguel estuvo en funcionamiento por un período de unos dos años, el cierre del mismo que se estableció a finales del mes de octubre de 1839, pudo deberse al excesivo gasto que suponía mantener tal infraestructura o al desacuerdo entre el Capitán General y la Corporación Local.

Los objetivos del presente trabajo son: conocer la dotación de personal de dicha institución, centrándonos en la figura del personal

de enfermería; exponer los recursos materiales con los que contaban el personal asistencial para dar dicha atención y describir la atención prestada a los militares enfermos que estaban ingresados en dicho hospital.

Para ello se ha realizado un estudio histórico-documental, durante los años 2013-2014, de los legajos que se encuentran depositados en el Archivo Municipal de Trujillo.

Tras esta investigación podemos concluir que la figura del personal de enfermería era clave dentro del funcionamiento del Hospital Militar de San Miguel, pues es este colectivo el encargado de prestar los cuidados necesarios a los militares enfermos en pro de su recuperación. Fueron entidades como la Diputación Provincial y el Ayuntamiento de la ciudad los que sufragaron los gastos que el mismo originó.

**Palabras Claves:** Hospital, Militar, Trujillo, Siglo XIX.

## INTRODUCCIÓN

### ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Trujillo se encuentra localizado sobre una colina en el centro de un inmenso berrocal, goza la ciudad de un clima templado y cálido (Madoz, 1849).

En el siglo XIX, Trujillo es una ciudad dividida en dos partes, la “ciudad antigua o la villa y la “ciudad nueva”. El Diccionario Madoz denomina a la zona antigua con el nombre de Villa, esta zona de la ciudad se encuentra amurallada y en su extremo noreste se sitúa un castillo. La ciudad nueva, se extiende por la zona extramuros.

La Villa sufrió grandes desperfectos provocados por los franceses durante el siglo XIX. Se destruyeron el archivo y varios conventos de frailes. Los conventos de religiosas corrieron la misma suerte y la mayor parte de ellas fueron

trasladadas a los conventos situados en la ciudad de Plasencia.

La ciudad cuenta con varias instalaciones donde se atiende la salud de los vecinos, forasteros y soldados, como son el Hospital de la Caridad y el del Spiritu Santo. Como consecuencia de las acciones bélicas que se producen en esta zona se instala, a principios de 1838 en el convento de San Miguel, un hospital militar, el Hospital de San Miguel, sobre el que vamos a desarrollar el presente trabajo.

El convento de San Miguel había sido abandonado en 1809 como consecuencia de la ocupación francesa y desde este momento y hasta su restablecimiento en septiembre de 1823, había servido de hospital, cuartel, teatro (Pizarro Gómez, 2005). En el año 1836 es nuevamente desalojado y sus moradoras fueron trasladadas al convento de la Encarnación, situado en Plasencia, es en este momento cuando se baraja la posibilidad de utilizar estas instalaciones como hospital o enfermería militar.

En más de una ocasión y debido a las necesidades que surgen en un momento determinado, se hace necesario instalar un hospital militar en edificaciones que inicialmente no estaban destinadas a tal fin como se aprecia en otros trabajos. Así el Hospital Naval de Ferrol, se instaló en una edificación que fue concebida inicialmente como cuartel y que después se empleó como fábrica de betunes (Insua Cabanas, 2002), otro ejemplo es el Hospital Militar de Badajoz, edificio donde inicialmente se había instalado un Almacén Real (Cruz Villalón, 1990). De lo que si adolecen estas construcciones es de la falta de ventilación, hecho que impide la correcta renovación del aire, además de problemas para la limpieza y desinfección de las instalaciones y el hacinamiento de los pacientes por la falta de espacio, como también se aprecia en el Hospital de Barrantes (Sanz de

la Higuera, 2009).

En cuanto a la estructuración del mismo a nivel asistencial, indicar que en los hospitales, de forma habitual se delimitan varias salas de enfermería destinadas a la atención de los enfermos, lo que permite separarlos por entidades patológicas, también hay salas para los oficiales, almacenes para la ropa de los enfermos y para la ropa del hospital, entre otras.

Los objetivos del presente trabajo son: 1) conocer la dotación de personal de dicha institución, centrándonos en la figura del personal de enfermería, 2) exponer los recursos materiales con los que contaban el personal asistencial para dar dicha atención, 3) describir la atención prestada a los militares enfermos que estaban ingresados en dicho hospital.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Se realizó un estudio histórico-documental en el Archivo Municipal de Trujillo. Esta investigación se ha llevado a cabo durante los años 2013-2014. Toda la información contenida en el presente trabajo, que hace referencia al Hospital Militar de San Miguel, ha sido obtenida a partir del fondo documental del Archivo Municipal de Trujillo.

**RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

El Hospital de San Miguel, es un hospital dirigido a atender a los militares enfermos. Este hospital se encontraba situado en el convento de San Miguel, el cual había sido desalojado en el año 1836, pues las religiosas que lo habitaban habían sido trasladadas a Plasencia; este hecho hizo posible utilizar dichas instalaciones como hospital militar o enfermería militar, según se recoge en la siguiente cita (Legajo 440):

*“que se cite a los señores D. Anselmo Blázquez y D. Antonio Moraleja, que a fin de que en*

*unión con el Sr. Regidor D. Pedro Blázquez reconozcan que el convento de San Miguel se designe el local ó piezas donde puedan colocarse cuarenta camas para los militares enfermos según lo ha dispuesto el Excmo Sr. Capitán General”*

*Pleno extraordinario de 16 de Enero de 1838*

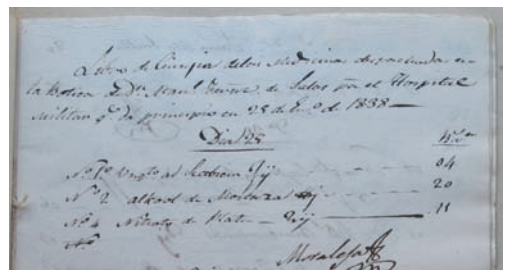
Es a principios del año del año 1838 cuando el hospital entra en funcionamiento.

**LOS RECURSOS HUMANOS DEL HOSPITAL**

El Hospital contaba con tres médicos, un practicante, un boticario y tres enfermeros.

Según disposición del Excelentísimo Capitán General, los militares serían atendidos por los médicos que atendían a la población civil y que habían sido contratados por el Ayuntamiento de la ciudad. Estos médicos son D. Ramón González Trejo, D. Anselmo Márquez y D. Antonio Moraleja. Recoge también esta disposición que sea D. Manuel Fernández de Salas el encargado de suministrar todos los medicamentos necesarios para la curación de los militares enfermos, en función del dictamen de los médicos. Se encontró un legajo con los datos de algunas de las medicinas preparadas y dispensadas por dicho boticario desde el 24 de enero de 1838 hasta el 24 de abril del mismo año (Legajo 1155-6) y un recibo de pago de dicho suministro (Legajo 965-3).

Todas las prescripciones realizadas se encuentran firmadas por uno de los médicos que se encargaban de atender a los militares de dicho hospital.



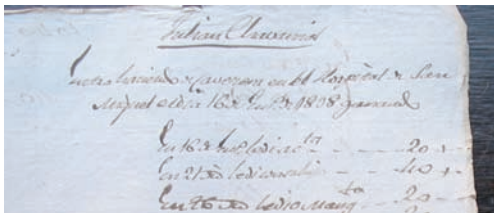


Cuenta también el hospital con la figura de un Practicante, entre sus funciones se encuentran la de realizar sangrías, aplicar sanguijuelas y realizar operaciones, según recoge el Libro de Acuerdos de 1838 (Legajo 440). La cita que aparece seguidamente recoge el pago por los servicios del practicante:

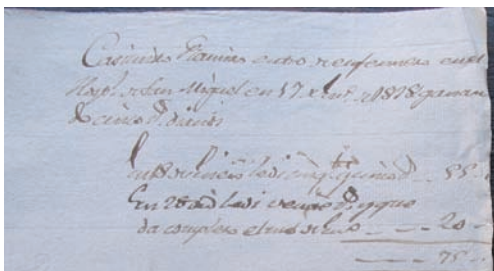
“He recibido de D. José Terrones Cobrador constitucional de esta ciudad 150 reales de vellón gratificación que me da el Ayuntamiento de esta ciudad por haver estado de practicante en el Hospital provisional de ella durante el tiempo que corrió a su cargo”.

Trujillo 29 de Abril de 1939

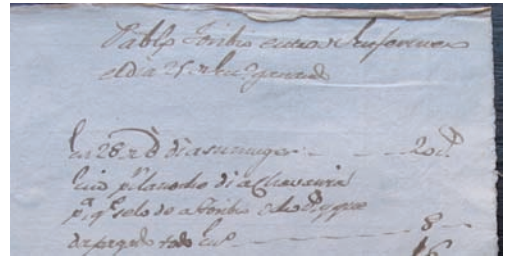
Respecto al personal de Enfermería, se han encontrado varios documentos que reflejan la contratación de tres personas en calidad de Enfermero (Legajo 965-3), estos documentos también recogen el salario que los mismos iban a percibir por dicho trabajo. Las personas contratadas para estos puestos son Julián Chavarinas, Casimiro Ramiro y Pablo Toribio.



“Julián Chavarinas entro haciendo de cabecera en el Hospital de San Miguel el día 16 de enero de 1838 ganando...”

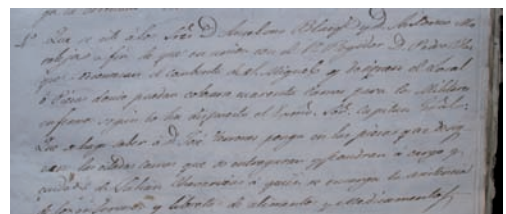


“Casimiro Ramiro entro de enfermero en el Hospital de San Miguel en 17 de enero de 1838 ganando 5 reales de vellón diarios”



“Pablo Toribio entro de enfermero el dia 25 de enero ganando”

Aunque estas personas fueron contratadas como enfermeros, había diferencias en las retribuciones salariales percibidas. Así Pablo Toribio era el que percibía un menor salario y por el contrario Julián Chavarinas ganaba diariamente unos 15 reales de vellón, por lo tanto su responsabilidad dentro de la institución debería ser mayor, pues como se recoge en el pleno extraordinario celebrado el 16 de Enero de 1838 a él se le encarga la asistencia de los enfermos, entre otras cosas:



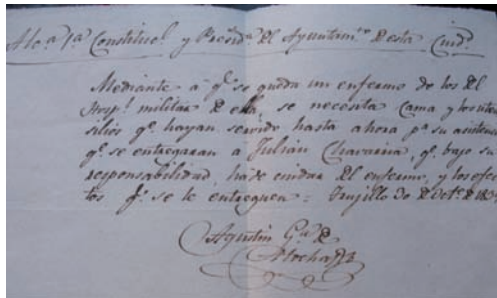
“.. Que se haga saber a D José Terrones ponga en las piezas que se designen las siguientes camas que se entregaran y pondrán a cargo y cuidado de Julian Chavarinas a quien se encarga la asistencia de los enfermos y libretas de alimentos y medicamentos”

Pleno extraordinario de 16 de Enero de 1838

Es también a Julian Chavarinas al que se le encomienda el cuidado de un militar enfermo



que queda tras el cierre del hospital, según se refleja en la siguiente cita (Legajo 965-3):



*“Mediante a que se queda un enfermo de los del Hospital militar que se necesita cama y los utensilios que hayan servido hasta ahora para su asistencia que se entregaran a Julian Chavarinas, que bajo su responsabilidad ha de cuidar del enfermo, y los efectos que se le entreguen”*

*Trujillo 30 de Octubre de 1839*

El hecho de encontrar esta nota nos hace pensar, junto con la premisa de que su salario es el más elevado de los tres, que el trabajo que desarrollaba en el hospital era de mayor envergadura y por ende responsabilidad que el encomendado a los otros dos enfermeros y por tanto puede que ostentara la figura del “supervisor”.

Según recogen las Ordenanzas de Hospitales Militares del siglo XIX (Orlando, 1829), hay dos categorías de enfermero con funciones bien definidas, que son el Enfermero mayor y el Enfermero sirviente. Son funciones del Enfermero mayor: vigilar que los enfermeros sirvientes realicen sus funciones, vigilar que se hagan las camas y se realice la limpieza de las estancias, por la tarde vigilar que se hagan nuevamente dichas funciones, cuidar de que la ropa de los enfermos se cambie en caso de que se haya manchado, realizar la distribución de las tareas entre los enfermeros sirvientes y encargarse de la distribución y reposición de la ropa, utensilios y efectos destinados a las salas que estén

bajo su cuidado. Por otro lado, los enfermeros sirvientes, tienen entre otras las siguientes tareas: realizar prontamente las tareas que le ha encomendado el enfermero mayor, entre ellas hacer las camas y realizar la higiene de los enfermos; asistir a otros trabajos en la cocina, botica u otras oficinas del hospital; estar vigilantes y acudir a ayudar con prontitud, celo y caridad a aquellos enfermos que lo necesiten.

#### LOS RECURSOS MATERIALES DEL HOSPITAL

Respecto a la dotación de ropa, necesaria tanto para las camas como para los enfermos, fue aportada por la Diputación Provincial, así durante el tiempo que el mismo estuvo en funcionamiento fueron varias las partidas de ropa recibidas, así en una nota del 20 de octubre de 1839 recoge que se habían enviado: 646 sábanas, 400 cabezales, 400 fundas, 200 camisas, 200 mantas, 15 jergones (Legajo 965-3).

Se hacen al menos dos compras de loza, según recogen los informes de pago encontrados, una data del 11 de febrero de 1838 y otra del 15 de abril del mismo año. Se adquieren las siguientes piezas: 4 baños, 19 orinales, 3 docenas y media de tazas, 4 docenas de cantarillas chicos, 14 cantarillos, 3 cantaros grandes, 1 olla grande, 1 chocolatera, 1 tintero, 1 papero (Legajo 965-3). También compran escobas, jabón, palas

Para la iluminación de estas instalaciones se empleaba aceite, como recogen algunos de los recibos de pago encontrados y para cocinar y mantener las distintas estancias aclimatadas se empleaba leña y carbón (Legajo 965-3)

#### LOS MILITARES ENFERMOS Y SUS NECESIDADES

Respecto a los militares atendidos en dichas instalaciones, formaban parte de varios regimientos de Infantería y Caballería que estaban asentados en la zona.

Se encontró una relación de los militares ingresados en dicho hospital entre los días 24 de enero al 31 de marzo de 1838 (Legajo 965-3). Dicho documento recoge su graduación militar, el día de ingreso y la fecha de alta. Consultado dicho documento se aprecia que el número de días que los militares pasan ingresados va desde uno hasta un máximo de 66, siendo la media de días de ingreso de 18. Se atendieron un total de 93 militares y un preso, que ocasionaron un total de 1714 días de ingreso durante dicho período. De todos los atendidos sólo se recoge el dato de un fallecimiento. Es a mediados y finales de mes de marzo de 1838 cuando más militares hay ingresados en dicho hospital, entre 32 y 39 pacientes, llegando en ocasiones puntuales a sobrepasar el tope de camas con las que se contaban, que son un total de 40, por lo tanto podemos decir que los enfermos se encontraban hacinados, hecho que favorece las infestaciones parasitarias.

Respecto a la alimentación que se les proporcionaba, se ha encontrado un registro (Legajo 965-3) de los productos y cantidades de los mismos que se compraban diariamente y que eran destinados a cubrir la necesidad de alimentación de los militares hospitalizados. Entre los productos que se adquirirían y que constituyen la base de la alimentación se encuentran: carne, tocino, garbanzos, arroz, manteca, pan, pan para sopa, leche, chocolate, cargas de agua, aceite, vinagre, vino, azúcar, sal, ajos. De forma muy ocasional se adquiere miel. Algunos de estos alimentos se adquieren diariamente como la carne, manteca, garbanzos, leche, azúcar, sal.

La cantidad de alimentos adquiridos varía de un día para otro y siempre en función del número de ingresados que hubiera. La cantidad de alimentos que se adquirirían por paciente, que viene a ser un reflejo de la dieta diaria

que reciben, es la siguiente: una libra de pan, dos onzas de tocino, 1/6 libras de garbanzos, media libra de carne.

Según recoge el Plan de alimentos de 18 de agosto de 1836 (De Nieva, 1837), su Majestad la Reina Gobernadora manda que con carácter provisional se adopte plan de alimentos que se detalla a continuación:

1. La prescripción de alimentos se divide en ración, ración y media o tres cuartos de ración, media ración, media ración y sopa, sopa, dieta animal y dieta vegetal.

2. La ración que se le dispensará a los enfermos, de Sargento hacia abajo, estará compuesta por pan (onzas castellanas) y carne de carnero o de vaca. Se pueden prescribir una ración más grande que es la ración completa y que constará de pan y carne, garbanzos y tocino.

3. Si se prescribe una ración con vino, esta puede ser una ración común o completa a la que se agregará un cuartillo de vino, que se repartirá entre la comida y la cena.

4. La distribución de la ración se hará de la siguiente manera: sopa en el almuerzo (se intentará que el pan empleado en la elaboración de la misma sea más esponjoso que el restante). La sopa de la mañana será de ajo y se hará utilizando aceite o caldo común. Todos los enfermos que tengan asignado una ración común, se le darán una taza de caldo de una olla común al principio de la comida y de la cena, con la mitad de carne al medio día y la otra mitad por la noche. La carne se dará cocida a no ser que se mande dar asada o guisada. En caso de que los enfermos tengan una dieta guisada esta estará formada por un guisado de carne con arroz, patatas, fideos u otra sustancia de fácil digestión. Este guisado llevará las 2/3 partes de la carne que le corresponde a dicho enfermo, siendo sustituida el

otro 1/3 por el resto de ingredientes que se le añaden al guiso. Si los enfermos están a ración completa, se les dará garbanzos y el tocino al medio día, siendo el resto de alimentos distribuidos de la misma forma que en la ración común.

Teniendo en cuenta estos datos y los relativos a la libreta de compras podemos decir que la mayor parte de los militares tenían prescrita una ración completa, donde la distribución de los alimentos a lo largo del día sería la siguiente: sopa en el almuerzo, caldo con la mitad de la ración de carne que le corresponda, garbanzos y tocino al medio día; por la noche una taza de caldo con la mitad la carne que le quedaba de su ración.

La libreta de gastos y compras (Legajo 965-3) refleja que a diario se hacía la compra de "cargas de agua", la cual se emplearía para cubrir las necesidades de bebida, preparación de comidas, aseo de los enfermos, limpieza de las instalaciones y otros usos.

No se han encontrado datos que nos indique la compra de otros alimentos como frutas, verduras, hortalizas, pescados.

Respecto a la higiene, no se han encontrado datos referentes a los cuidados que necesitaban estos enfermos y a los que recibían. Aunque como se ha mencionado anteriormente se hacen compras de agua y de jabón que se emplearían para realizar el aseo de estos enfermos, el lavado de su ropa y la limpieza de las camas. Cada 4 o 5 días, como muestra la libreta de gastos del hospital (Legajo 965-3), la ropa era lavada y cosida y de forma ocasional se confeccionaron algunas prendas.

Como se ha mencionado anteriormente se contaba con los servicios de un practicante, que era la persona encargada, en esta época, de realizar las sangrías, técnica empleada con bastante asiduidad, también estaba muy ex-

tendido el uso de sanguijuelas, como recoge la libreta de gastos (Legajo 965-3), pues cada 5 días se realiza la compra de entre 6 y 12 de estos hirudíneos.

Respectos a los medicamentos, que eran suministrados por la botica de D. Manuel Fernández de Salas, se encuentran una amplia variedad de productos, diferentes tanto en forma de presentación como en composición. Entre ellos tenemos: ungüentos, cocimientos, pomadas, emplastos, jarabes. El libro de medicinas (Legajo 1155-6) recoge entre otros: Ungüento contra Scabia, Ungüento cetrino, Ungüento Perlier, Ungüento amarillo, Cocimiento de zarzaparrilla, Cocimiento de cebada, Alcohol alcanforado, Alcohol de Mostaza, Nitrato de Plata, Jarabe de goma arábica, Aceite de almendras dulces, Jaboncillo amoniaca. A partir de estas medicinas podemos determinar las afecciones que padecían estos militares enfermos, entre las que se encuentran las infestaciones por parásitos, entre ellos el que produce la sarna o scabiosis, pues son varios los medicamentos que se empleaban durante esta época para conseguir eliminar esta infestación, entre ellos tenemos el ungüento cetrino y el alcohol alcanforado. Algunos presentarían quemaduras pues algunas de las medicinas dispensadas se emplean en el tratamiento de estas heridas. A continuación se detalla las indicaciones de algunas de las medicinas empleadas en la época, (Codorniu, 1850):

El ungüento cetrino era empleado, aplicado mediante fricciones, para el tratamiento de la sarna.

El cocimiento de cebada era usado en la preparación de otros medicamentos como el cocimiento pectoral, entre otros.

La goma arábica es empleada como componente en la preparación de determinados medicamentos.

El nitrato de plata, mezclado con otras sustancias, se empleaba en el tratamiento de las quemaduras, y en forma de colirio se empleaba en el tratamiento de oftalmias especialmente las purulentas y blenorragicas.

El aceite de almendras dulces era empleado como purgante.

El jaboncillo amoniacal o linimento amoniacal, es empleado como excitante resolutivo

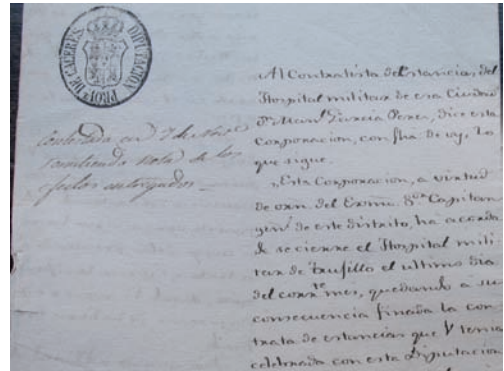
Según al autor (Raspail. 1856) el alcohol alcanforado, dispuesto sobre una tela, se emplea para el tratamiento de magulladuras, equimosis y contusiones, siempre y cuando no existiera herida. También es empleado para la eliminación de parásitos como el que produce la sarna.

Con cierta frecuencia se compraba alcohol y algodón, que serían empleados para curar a aquellos militares enfermos que presentaran heridas.

Otra de las necesidades a cubrir está relacionada con las creencias religiosas, según muestra el Libro de acuerdos de 1838 (Legajo 440) fue D José María Escobar, párroco de San Martín, el encargado de asistir a los militares enfermos en sus necesidades espirituales.

Como se ha mencionado a lo largo del trabajo el Hospital Militar se ubica en el convento de San Miguel, en cuya iglesia instaló, por orden del Ilustrísimo Sr Obispo, la parroquia de Santo Domingo, esto provocó que durante ciertas celebraciones se produjeran toda clase de irreverencias, por ello se decide que se guarde durante las mismas un mayor decoro y que se impongan determinadas penas a los inobedientes. (Legajo 639).

Tras un período no demasiado extenso, el hospital militar cierra sus puertas como muestra la carta que la Diputación Provincial de Cáceres dirige al contratista de estancias del hospital (Legajo 965-3):



*“Esta corporación, en virtud de orden del Excelentísimo Sr Capitán general de este distrito, a acordado se cierre el Hospital militar de Trujillo el último día del corriente mes, quedando en consecuencia finada la contrata de estancias que usted tenía con esta Diputación...”*

*7 de Noviembre de 1839*

Entre las causas que provocaron dicho cierre podría estar el excesivo gasto que suponía el mantenimiento del mismo o algún desacuerdo entre el Capitán General y la Corporación local, pues como ya se ha mencionado todos los salarios del personal que trabajaba en el mismo eran abonados por el Ayuntamiento de Trujillo, al igual que los víveres y demás gastos. El 16 de abril de 1838 el Ayuntamiento dirige una misiva a la Excelentísima Diputación Provincial de Cáceres (Legajo 639) donde se expone que el 24 de enero de 1838 se ha instalado un Hospital Militar en la ciudad por disposición de Excelentísimo Sr Capitán General y que los gastos originados por el mismo correrían por cuenta de la Hacienda Militar pero que entre tanto sería el Ayuntamiento el que corriese con los mismos. Transcurrido un tiempo la Corporación Local, que es la que abona todos los salarios, compra los víveres y demás, informa:

*“...que esta Corporación carece absolutamente de fondos de los que echar mano para este ser-*

*vicio, esperando que vuestra merced con el tino y sabiduría que acostumbra adopten las medidas mas energicas a fin de que vuestra merced pongan a disposición de este Ayuntamiento para todos los gastos del Hospital y cuantía los fondos necesarios o que la Hacienda Militar se haga cargo exclusivamente de dicho establecimiento...”*

Fueron varias las cartas que la Corporación dirige a la Diputación Provincial de Cáceres solicitando, en todas ellas, le sean abonados los gastos que el hospital generaba.

Como se ha mencionado anteriormente se acuerda el cierre del Hospital el 1 de Noviembre de 1839. Según recoge el libro de acuerdos de 1839 (Legajo 440) en sesión extraordinaria celebrada el 29 de Octubre de 1839 donde se expone:

*“...un oficio que dirige al Presidente el Comandante General de Operaciones del distrito en el que inserta otro del Excelentísimo Capitán General reducido a que el Ayuntamiento continúe en lo sucesivo con el cargo de recoger a los enfermos que por su gravedad no puedan pasar al Hospital de la Capital por quedar suprimido el de esta ciudad desde el día primero de Noviembre próximo cobrando 5 reales de vellón por cada estancia que secausen abonadas del fondo de subsistencia y el Ayuntamiento en vista de todo acuerda: Que se conteste oponiéndose a que continúe el Hospital Militar provisional que según el oficio quiere Vuestra Excelencia continúe en lo sucesivo por el Ayuntamiento”*

## CONCLUSIONES

El personal de enfermería era una figura clave dentro del funcionamiento del Hospital Militar de San Miguel.

Los recursos materiales eran sufragados gracias a la ayuda económica prestada por la Diputación Provincial de Cáceres y por el Ayuntamiento de Trujillo.

Los militares enfermos recibían los cuidados necesarios para su recuperación, en su mayor parte prestados por el personal de enfermería.

## BIBLIOGRAFÍA

- Madoz, P. (1849) Diccionario geográfico- estadístico-histórico de España y sus posesiones de ultramar. Tomo XV. Madrid.
- Pizarro Gómez, F. J. (2005) Arquitectura y urbanismo en Trujillo (Sigos XVIII y XIX). Edita Construcciones Abreu, S.A., Cáceres.
- Insua Cabanas, M. (2002) Arquitectura hospitalaria militar: la rehabilitación del Hospital Naval de Ferrol. Ciclo de conferencias: 67-92, A Coruña.
- Cruz Villalón, M. (1990) Hospital militar de Badajoz. Siglo XIX. NORBA: Revista de Arte 10:149-160.
- Sanz de la Higuera, F.J. (2009) Remodelación en el Hospital de Barrantes (1767-1800). Cabildo, cirujanos, pobres, soldados, quadras y camas. Brocar: Cuadernos de Investigación Histórica 33: 67-117.
- Raspail, F.V. (1856) Manual de la salud para 1856 o medicina y farmacia domésticas. Décima reimpresión. Imprenta de J. Tauló, Barcelona
- Cordoniu, M. (1850) Formulario de los medicamentos para los hospitales militares. Aprobado y mandado publicar por S. M. en Real orden de 16 de mayo de 1850. Madrid. Imprenta de don Alejandro Fuentebro.
- Orlando A. M. (1844) Ordenanzas de Hospitales Militares del año 1739 seguida del Reglamento general para el gobierno y Régimen facultativo del cuerpo de sanidad militar. Imprenta de D Manuel Saurí, Barcelona
- De Nieva, J.M. (1837) Decretos de SM la Reina Doña Isabel II dados en su Real nombre por su Augusta Madre la Reina Gobernadora. Tomo XXI. Imprenta Nacional, Madrid

## FUENTES PRIMARIAS:

- Legajo 440. Libro de Acuerdos de 1838. Archivo Municipal de Trujillo.
- Legajo 639. Copiador de correspondencias 1838. Archivo Municipal de Trujillo
- Legajo 965-3. Archivo Municipal de Trujillo.
- Legajo 1155-6. Archivo Municipal de Trujillo.



# Antropología

## Relaciones de poder en los Hospitales. Enfermeras y padres y madres inmigrados

Power relations in Hospitals. Nurses and immigrant fathers and mothers

### Relações de Poder em hospitais. Enfermeiros e pais e mães imigrantes

Juan Luis González Pascual<sup>1</sup> y Manuel Moreno Preciado<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Enfermero. Licenciado en Antropología Social y Cultural. Profesor ayudante Universidad Europea de Madrid.

<sup>2</sup>Enfermero. Doctor en Antropología Social y Cultural. Profesor titular Universidad Europea de Madrid

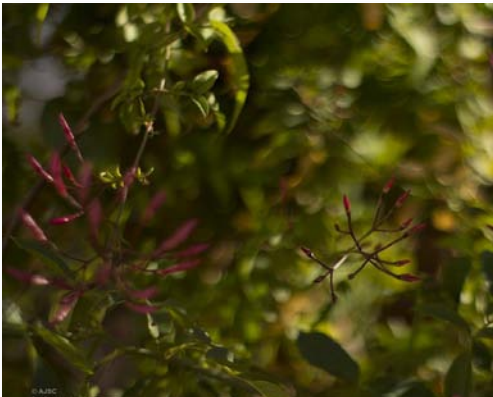
Cómo citar este artículo en edición digital: González Pascual, J.L. y Moreno Preciado, M. (2014) Relaciones de poder en los Hospitales. Enfermeras y padres y madres inmigrados. *Cultura de los Cuidados*. (Edición digital) 18, 40.

Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.40.8>>

Correspondencia: Universidad Europea de Madrid. Edificio A. Departamento de Enfermería. c/ Tajo, s/n. 28670 Villaviciosa de Odón (Madrid).

Correo electrónico: [juanluis.gonzalez2@uem.es](mailto:juanluis.gonzalez2@uem.es)

Recibido: 12/06/2014; Aceptado: 16/09/2014



#### ABSTRACT

The practice of nursing takes place in the context of healthcare institutions, being the interpersonal relationship the backbone of the practice. In the case of immigrants the goal is to provide culturally competent care. However, the hierarchical and normative hospitals (total institutions) make the relationship between nurses and patients difficult, especially when they come from other cultural backgrounds. The objective of this study is to explore the

power relations and to identify barriers in the relationship between nurses- immigrant fathers/mothers due to institutional constraints of the hospital. The ethnographic study collected data through the testimonies of the professionals and the parents of immigrant children and also by observing the practice environments in two public hospitals of average size of the Community of Madrid. The results show that nurses, through the exercise of institutional power, establish with immigrant parents asymmetrical relationships favored by language barriers, prejudice and stereotypes. To provide culturally competent care, you need to overcome institutional and personal barriers and establish dialogic relationships that allow flexible and individualized care, avoiding ethnocentrism.

**Keywords:** International migration (Emigration and Immigration), Nursing care, Nurse-patient relationship (Nurse-Patient Relations), Power.



**RESUMO**

A prática de enfermagem tem lugar no contexto das instituições de saúde, com o relacionamento interpessoal o principal foco da prática. No caso dos imigrantes a meta é a prestação de cuidados culturalmente competente. No entanto, os hospitais hierárquicos e normativos (instituições totais) faz com que a relação entre enfermeiros e pacientes, especialmente quando eles vêm de outras origens culturais. O objetivo deste estudo é explorar as relações de poder e identificar barreiras no relacionamento enfermera-padre/madre imigraram devido a restrições institucionais do hospital.

Estudo etnográfico, os dados coletados através do testemunho dos profissionais e os pais de filhos de imigrantes e também observando os ambientes favoráveis à prática em dois hospitais públicos de tamanho médio da Comunidade de Madrid.

Os resultados mostram que os enfermeiros, através do exercício do poder institucional, estabelecida com mães imigrantes e pais de relações assimétricas, favorecidos por barreiras linguísticas, preconceitos e estereótipos. Para prover um cuidado culturalmente competente, é preciso superar as barreiras institucionais e pessoais e estabelecer relações dialógicas que permitem atendimento flexível e individualizado, evitando o etnocentrismo.

**Palavras-chave:** Migração internacional, Cuidados de enfermagem, Relações Enfermeira-paciente, Poder

**RESUMEN**

La práctica de la enfermería tiene lugar en el marco de las instituciones sanitarias, siendo la relación interpersonal el eje principal de dicha práctica. En el caso de los inmigrantes se pretende proporcionar cuidados cultural-

mente competentes. Sin embargo, el carácter jerárquico y normativo de los hospitales (instituciones totales) dificulta la relación entre enfermeras y pacientes, máxime cuando estos provienen de otros horizontes culturales. El objetivo de este estudio es explorar las relaciones de poder e identificar las barreras en la relación enfermera-padre/madre inmigrado debido a los condicionantes institucionales del hospital. El estudio, de corte etnográfico, recoge datos a través de los testimonios de los profesionales y de los padres y madres de los niños inmigrados y también mediante observación de los entornos de las prácticas en dos hospitales públicos de tamaño medio de la Comunidad de Madrid. Los resultados muestran que las enfermeras a través del ejercicio del poder institucional establecen con las madres y padres inmigrados relaciones asimétricas favorecidas por la barrera idiomática, los prejuicios y los estereotipos. Para proporcionar cuidados culturalmente competentes, es necesario superar las barreras institucionales y personales y establecer relaciones dialógicas, que permitan flexibilizar e individualizar los cuidados, evitando el etnocentrismo.

**Palabras clave:** Migración internacional, Atención de enfermería, Relación Enfermera-Paciente, Poder

**INTRODUCCIÓN**

La inmigración ha sido un fenómeno relativamente novedoso en España en las últimas décadas. De ser históricamente un país de emigrantes se pasó a recibir a inmigrantes económicos en gran número (Cabré, Domingo y Menacho, 2002), especialmente desde el año 2000 hasta comienzos de la crisis económica mundial en 2008 (Huesca, 2010). A pesar de la crisis, en los últimos cinco años el

número de personas inmigradas se ha mantenido relativamente estable, sin descensos bruscos, representando en el año 2013 el 14% de la población en España y el 18,9% en la Comunidad de Madrid (Instituto Nacional de Estadística, 2013), debido, entre otras razones, a que sigue existiendo una diferencia importante entre la renta económica y la calidad de vida en España y la de sus países de origen (Cebrián, Bodega, Martín-Lou y Guajardo, 2010; Mahía, 2010).

La inmigración ha supuesto un gran cambio social en España. Los inmigrados tienen un papel protagonista en el crecimiento demográfico, dado que contribuyen a una gran parte de los nuevos nacimientos, mientras que la sociedad española actual envejece (Durán, 2011). En el año 2012 el 23% de los nacimientos en España fueron de parejas en los que uno o ambos progenitores eran extranjeros (Instituto Nacional de Estadística, 2012).

Dado que la enfermería es una ciencia humana (De la Cuesta, 2010), cuya práctica tiene lugar en el marco de una relación interpersonal (Werner y Rouslin, 1996), los aspectos que tienen que ver con las relaciones humanas y el contexto son claves. Collière (1997:298) expresa que hay que “centrar a las personas en su contexto, intentando comprenderlo respecto a las costumbres, los hábitos de vida, las creencias” y que todo proceso de aplicación de cuidados (Ibíd., 284) “se inserta en un sistema de creencias y valores de los que son portadores (...) tanto las personas cuidadas como los cuidadores”. En esta línea, existen diferentes

modelos y teorías de Enfermería que tienen en cuenta el contexto de las personas inmigradas, para ofrecer cuidados culturalmente competentes, los cuales implican “una mirada antropológica, de carácter cualitativo, que subyace de la perspectiva holística e implica un análisis enfermero específico” (Lillo y Casabona, 2006:90). No se trata de intentar conocer la cultura (o una serie de características) de cada grupo de personas, como si fuese algo fijo que todos tienen por igual, sino de desarrollar la habilidad de contextualizar a cada individuo concreto teniendo en cuenta su marco cultural (Arriagada, 2013).

La relación de las enfermeras con los padres y madres inmigrados se produce principalmente en el marco de las Instituciones Sanitarias. Según Goffman (2009), hay instituciones con gran tendencia absorbente o totalizadora, a las que denomina “instituciones totales”, que programan e imponen todas las actividades diarias de las personas que están ingresadas en ellas. En los hospitales, el enfermo se convierte en protagonista pasivo de su vida, pasando a depender de la estructura y de las prioridades establecidas por la institución (Boixerau, 2008). El poder en las instituciones, según Foucault (2000), se mantiene en base a una serie de instrumentos, entre los que incluye la vigilancia jerárquica, la sanción normalizadora y el examen. Raven (2008) define el poder como el potencial de influir en las creencias, actitudes o conducta

de otra persona y enuncia seis fuentes de poder, que se detallan en la Tabla 1.

En el caso de las personas

Fuente de poder	Características
Informativo	Se ejerce a través de la argumentación.
Recompensa	Se ejerce a través de un incentivo positivo.
Coercitivo	Se ejerce a través de un incentivo negativo.
Legítimo	Se ejerce a través del derecho reconocido al agente debido a la ley o la tradición.
Experto	Se ejerce a través de la superioridad de conocimientos.
Referencial	Se ejerce a través de la admiración de la persona hacia el agente de poder.

Tabla 1. Fuentes de poder y características.

inmigradas, como explica Cachón (2007:37), la asimetría en la relación de poder puede ser aún mayor que en el caso de las personas autóctonas “Si el paciente pertenece a un ámbito cultural distinto al del profesional, en el que la explicación de la enfermedad o las prácticas terapéuticas sean radicalmente distintas a las del modelo biomédico, la asimetría en la relación es abismal”. En este sentido, Martín et al. (2009) estudian las relaciones de poder durante la estancia hospitalaria de las mujeres tras el parto en España, mostrando que las enfermeras tienen un alto grado de poder sobre las decisiones tomadas por las madres, quienes asumen un rol casi pasivo, especialmente las madres inmigradas.

## OBJETIVOS

- Explorar las relaciones de poder que se establecen entre las enfermeras y los padres y madres de los niños ingresados.
- Identificar las barreras en la relación enfermera-padre/madre inmigrado debido a los condicionantes institucionales del hospital.

## METODOLOGÍA

Se ha utilizado la metodología cualitativa, concretamente el método etnográfico. Este trabajo se enmarca en una investigación más amplia acerca del cuidado en los hijos de personas inmigradas y su relación con el sistema sanitario de la Comunidad de Madrid. El trabajo de campo se desarrolló entre noviembre de 2011 y febrero de 2013, de forma discontinua, en las Unidades de Obstetricia, Pediatría, Urgencias pediátricas y Cuidados Intensivos Neonatales de dos Hospitales de tamaño medio (269 y 406 camas respectivamente) de la Comunidad de Madrid. Se obtuvo informe favorable del Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario Severo Ochoa.

Las técnicas utilizadas han sido la observación y la entrevista. Estas dos técnicas son complementarias entre sí. La observación permite proporcionar descripciones del investigador (perspectiva ETIC), la entrevista proporciona el punto de vista de las personas, los significados que los sujetos de estudio dan a su comportamiento (perspectiva EMIC). Asimismo, la observación permite poner el énfasis en la conexión entre los discursos y las prácticas, ayudando a captar los sentidos profundos de la interacción social al interpretarlos en sus contextos concretos (Velasco y Díaz de Rada, 2006). En los Anexos, la Tabla 2 describe los informantes a los que se hace referencia en este artículo.

El análisis se llevó a cabo mediante comparaciones constantes (Strauss y Corbin, 2002), realizando codificación abierta y axial. Se utilizó el programa informático ATLAS TI versión 6.2. En los Anexos, la Tabla 3 expone los núcleos temáticos y las categorías identificadas.

Los resultados se presentan, en el caso de las entrevistas, mediante citas textuales con el nombre ficticio del informante entre paréntesis. En el caso de la observación, se presentan los resultados redactados, con la fecha entre paréntesis.

## RESULTADOS

En relación al primer objetivo, a continuación se presentan las relaciones de poder identificadas en el estudio.

- Las enfermeras actúan como representantes de la institución, garantes del cumplimiento de las normas.

Este papel está sancionado por la Institución, como se observa en el cartel de “Normas de visita” presente en uno de los Hospitales, donde dice: “Colabore con el personal del hospital y siga

sus indicaciones” (10 de noviembre de 2011), y es percibido por parte de las enfermeras:

*“Investigador: En tu opinión, como parte de tu trabajo, ¿también está el velar un poquito porque los familiares y los acompañantes cumplan las normas del hospital? Enfermera: Claro. Es un trabajo totalmente de enfermería porque eres el que estás ahí con ellos veinticuatro horas”* (Fermina), *“tampoco somos la autoridad ¿no?, pero somos un poco las que ponemos las normas”* (Fabiola).

En el cumplimiento de ese rol, las enfermeras se quejan de que los padres y madres inmigrantes incumplen más las normas y se enfrentan a ellas: *“encuentro diferencias en cuanto que a ellos hacen un poco...a veces lo que quieren (...) En general los extranjeros sí que suelen... (...) saltarse más las normas (...) Los extranjeros... protestan más, se enfrentan más”* (Leonor).

Las enfermeras pueden graduar la forma en que actúan como intermediarios con la institución. En un extremo estaría cuando se estandariza la atención y se actúa igual para todos, cumpliendo las normas a rajatabla, en el otro, cuando se individualiza y personaliza, flexibilizando las normas según cada persona y situación. A continuación se presentan dos respuestas ante una misma situación, que sirven como ejemplo. Durante el ingreso en la planta de Obstetricia, el personal sanitario explica a los padres que puede quedarse a dormir un acompañante en el sofá pero que tiene que traerse una sábana porque no dan en el hospital (27 de enero de 2012). Por otro lado, en la planta de Pediatría, cuando una madre pide una sábana para ella, la enfermera le dice “no nos dejan dar sábana a los acompañantes, lo hacemos bajo cuerda”, pidiendo que la recoja, que la ponga solo por la noche y no por el día (24 de marzo de 2012).

- Las enfermeras sancionan los comportamientos inadecuados.

Se espera de los padres y madres que hagan caso a las instrucciones de la enfermera, o pueden sufrir algún tipo de reprimenda: *“saben que si las pillamos pues... claro hm... se van a llevar bronca. Bueno, bronca... que se van a llevar su regañina correspondiente”* (Lara).

- Las enfermeras actúan como profesionales expertos.

Hay relaciones basadas en el rol de la enfermera como profesional que tiene un conocimiento del cual carecen los padres y madres, y que hace y enseña lo que hay que hacer según su criterio: *“mientras esté ingresado el niño no va a comer un yogurt de leche de vaca, porque si al niño le da alguna reacción (...) la responsable soy yo, entonces nosotros esas cosas no las hacemos, vienen mucho pidiendo: dame un yogurt porque es que... en casa le doy yogurt, bueno, en casa es casa, nosotros aquí tenemos nuestros protocolos (...) ella le lavaba de una forma y ya fue como... el niño se moja, el niño se mete en la bañera y se va a meter en la bañera”* (Fabiola).

- Las enfermeras también establecen relaciones basadas en el diálogo.

Por otro lado, hay relaciones basadas en el diálogo y la persuasión, en la que se aconseja y se deja que las personas tomen decisiones informadas: *“no podemos obligar a nadie, de hecho se le respeta si... yo les puedo explicar y les puedo decir que les va a venir bien pero... en su mano está hacerlo o no hacerlo, ahí ya nosotros...”* (Leonor)

En relación al segundo objetivo, a continuación se identifican y analizan las barreras en la relación enfermera - padre o madre inmigrado, relacionadas con los condicionantes institucionales.



- La barrera idiomática. Está presente en muchos padres y madres inmigrados y se agrava por la ausencia de traductores en los Hospitales. Dificulta que las enfermeras puedan relacionarse con ellos igual que con el resto de padres. No se pueden explicar los cuidados hablando, dialogando: *“a mí lo que me resulta más difícil es cuando hay una barrera idiomática. Yo... reconozco que me cuesta... mucho y porque muchas veces no puedes explicar lo que tú quieres explicar”* (Lucrecia).

El no poder entenderse fomenta actitudes negativas de recelo o sospecha en las enfermeras, que condicionan la relación: *“otros no sabes si entienden y te están tomando el pelo”* (Fermina), *“y la excusa yo creo que mucha la del idioma ‘que es que no entiendo mucho’ pues chico... lo de siempre, entendemos lo que queremos y lo que no, no”* (Lorena).

- Los prejuicios y estereotipos. Las ideas preconcebidas generan conflictos de autoridad: *“Algunas son un poco prepotentes con las musulmanas, y las tratan de ‘estas moras’”* (Basima), *“me retrasé 10 minutos, me habían nombrado y luego me hicieron esperar mucho tiempo, y me dijo (...) es que vosotras las inmigradas siempre la lían, por qué no se regresan a su país”* (Guadalupe).

- El etnocentrismo y la prioridad del proceso técnico. Las enfermeras refieren que las costumbres de los padres y madres inmigrados se respetan mientras que no interfieran con la seguridad de la madre, del niño o con su trabajo: *“yo creo que lo que nos molesta de todas estas cosas tan arraigadas es eso, que sea perjudicial tanto para la mamá como para el bebé”* (Laura), *“mientras eso no... no nos afecte a nosotros a nivel enfermera o no afecte al niño eh... no hay, no hay por qué opinar sobre ello ni hay por qué hacer un mundo”* (Fabiola). Pero el trabajo de la enfermera tiene prioridad, por ejemplo se entra en las habitaciones para hacer la ronda o la visita médica a pesar del cartel que informa que la madre está dando lactancia materna y que no debe interrumpirse (10 de noviembre de 2012).

- Los roles de género. La opinión de la enfermera sobre lo que es beneficioso prevalece sobre las costumbres culturales en los roles de género, como en el caso de la participación de los padres (hombres) en el método canguro (piel con piel) en las unidades Neonatales: *“sobre todo es trabajar mucho con los padres el tema de que el papá les coja, porque muchos no quieren cogerle, te dicen que no se atreven, que culturalmente no les quieren coger (...) igual que un papá musulmán que no quiere coger a su hijo es decir: ven conmigo, yo te voy a ayudar, siéntate y te... yo te lo doy o cógele la mano estamos aquí, es intentar un poco... acercarlos”* (Lucrecia).

## DISCUSIÓN

Los resultados muestran que las enfermeras se relacionan con los padres y madres basándose en diferentes tipos de poder según la clasificación de Raven (2008). Entre otros, se ejerce poder legítimo, relacionado con el rol de

trabajador de una Institución, asociado con el poder coercitivo, en el que se reprende al que se sale de la norma. También se ejerce poder experto, basado en la diferencia de conocimientos sobre la salud y la enfermedad que se da por supuesta debido a la profesión ejercida.

En las relaciones basadas en el poder legítimo, coercitivo y experto, se construyen relaciones asimétricas entre los profesionales sanitarios y los pacientes. Se trata de un modelo monológico (Martínez, 2008) de relación, vertical (arriba-abajo), entre quien manda y quien obedece, quien sabe y quien no sabe (o está equivocado).

El modelo opuesto es el modelo dialógico, horizontal, en donde se sitúa al mismo nivel, en pie de igualdad, el conocimiento experto y el conocimiento del paciente (Moreno, 2010), consiguiendo un “diálogo de saberes”, un proceso comunicativo en el que ambos participantes tienen la intención de comprenderse a pesar de sus diferencias, y que pone en valor los conocimientos tradicionales (Bastidas et al., 2009). Este es el caso de las relaciones basadas en el poder informativo, y las situaciones en las que se ejerce el poder legítimo de forma dialogada con los padres y madres, flexibilizando y adaptando las normas de la Institución.

En el caso de los padres y madres inmigrantes, son particularmente vulnerables a las relaciones monológicas. La barrera idiomática dificulta poder conversar, dialogar, tomar decisiones (Adalid, García y Alarcón, 2008) y favorece relaciones breves, en las que se dan instrucciones. Por otro lado, los estereotipos y prejuicios llevan a homogeneizar a todas las personas con unas características determinadas, como si se tratara de colectivos cerrados, olvidando la heterogeneidad existente dentro de cada grupo de origen. Se juzga a los inmigrantes desde la perspectiva (evaluada como superior)

de la propia cultura, lo que se denomina etnocentrismo (Zanfrini, 2007), como en el caso de los roles de género en los hombres musulmanes. Todo ello favorece las relaciones autoritarias en las que se trata a la persona inmigrada desde la triple superioridad de ser enfermera, trabajar en la institución y ser autóctona.

Los condicionantes institucionales, tales como las normas, el sistema jerárquico (Goffman, 2009), la ausencia de traductores o la prioridad del proceso técnico, favorecen las relaciones monológicas, en las que las personas se convierten en protagonistas pasivos de su vida (Boixerau, 2008).

Para proporcionar cuidados culturalmente competentes, es necesario individualizar, huyendo de los estereotipos y prejuicios, y establecer relaciones dialógicas, basadas en el poder informativo. Hay que tener presente que el proceso de cuidados de enfermería procede de un encuentro entre dos (o varias) personas, y que cuidar es movilizar todo aquello que la persona puede hacer por sí misma o con ayuda (Collière, 1997). En la atención a personas inmigradas debe estar implicado un proceso de descubrimiento y encuentro cultural, que incluye ser flexible y abierto, para aceptar diferencias y construir similitudes y para aprender de otros. Este proceso se denomina humildad cultural y es opuesto al etnocentrismo (Caminha-Bacote, 2002). El etnocentrismo puede llevar a imponer patrones culturales basados en el poder experto, como cuando se respetan las costumbres de los padres y madres inmigrantes únicamente mientras no parezcan inadecuadas a la enfermera. Frente a ello, Leininger (Leininger y McFarland, 2002) establece que al prestar cuidados de enfermería se puede optar por mantener los cuidados culturales que hacen los padres o madres, negociarlos o reestructurarlos.



Es posible proporcionar cuidados sin discriminar a nadie, de forma culturalmente competente, como expresa Plaza (2010:106) *“La enfermería tiene que cuidar a sus pacientes desde la igualdad a la vez que desde la diferencia. Igualdad porque toda persona atendida tiene derecho a recibir una atención de calidad. Diferencia en cuanto a que la enfermera tiene que ser capaz de abordar a la persona desde la individualidad, valorándola de forma integral, teniendo en cuenta todos los aspectos de la persona, tanto más cuanto sus antecedentes culturales, tradicionales, geográficos, familiares o religiosos son distintos”*.

## BIBLIOGRAFÍA

- Adalid, A.; García, M.B.; Alarcón, M.C. (2008) Superando barreras de comunicación. Parainfo Digital [revista digital] II, 3. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p046.php>
- Arriagada, E. (2013) Historias del otro. Migración: Psicología y Literatura. Punto Rojo Libros, Sevilla.
- Bastidas, M.; Pérez, F.N.; Torres, J.N.; Escobar, G.; Arango, A.; Peñaranda, F. (2009). El diálogo de saberes como posición humana frente al otro: referente ontológico y pedagógico en la educación para la salud. Investigación y educación en enfermería 27(1): 104-111
- Boixerau, R.M. (2008) De la antropología filosófica a la antropología de la salud Herder, Barcelona.
- Cachón, E. (2007) El hospital y el paciente. Declaraciones de principios, realidad y paradojas. Index de Enfermería 16(56): 35-39
- Cabré, A., Domingo, A. y Menacho, T. (2002) Demografía y crecimiento de la población española durante el siglo XX. En Procesos migratorios, economía y personas (Pimentel, M. ed.), Cajamar, Almería pp. 121-138.
- Campinha-Bacote, J. (2002) The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: a model of care. Journal of Transcultural Nursing 13(3): 181-184
- Cebrián, J. A., Bodega, M. I., Martín-Lou, M. A. y Guajardo, F. (2010) La crisis económica internacional y sus repercusiones en España y en su población inmigrante. Estudios Geográficos 71(268): 67-101
- Collière, M.F. (1997) Promover la vida. Edigrafos, Getafe.
- De la Cuesta, C. (2010) La investigación cualitativa y el desarrollo del conocimiento en enfermería. Texto & Contexto Enfermagem 19(4): 762-766
- Durán, M.A. (2011) España hace treinta años, dentro de treinta años. Revista española de sociología 15: 127-134
- Fuente, J.A. (2008) Las instituciones y organizaciones sociales: un análisis sociológico. Pirámide, Madrid.
- Foucault, M. (2000) Vigilar y castigar. Siglo XXI, Madrid.
- Goffman, E. (2009) Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Amorrortu, Buenos Aires.
- Instituto Nacional de Estadística. (2012) Registro civil 2014. Disponible en: [http://www.ine.es/inebmenu/mnu\\_dinamicapob.htm](http://www.ine.es/inebmenu/mnu_dinamicapob.htm)
- Instituto Nacional de Estadística. (2013) Padrón municipal 2014. Disponible en: [http://www.ine.es/inebmenu/mnu\\_padron.htm](http://www.ine.es/inebmenu/mnu_padron.htm)
- Huesca, A. M. (2010) Panorama general de la inmigración en España. Miscelanea Comillas 68(132): 419-435
- Leininger, M.; McFarland, M.R. (2002) Transcultural nursing. Concepts, Theories, Research and Practice. McGraw-Hill, USA.
- Lillo, M.; Casabona, I. (2006) Fenómenos migratorios, competencia cultural y cuidados de salud. Cultura de los cuidados 20: 87-91
- Mahía, R. (2010) La irrupción de España en el panorama de las migraciones internacionales. Por qué llegaron, por qué siguen llegando y por qué lo seguirán haciendo. Información Comercial Española. Revista de Economía 854: 5-22
- Martín, A.; Ferrer, V.A.; Barceló, M.A.; Sequí, P.; Crespo, L.; Peñarroya, M. (2009) Relaciones de poder entre las puerperas y su entorno durante la estancia hospitalaria: relatos de alumnos/as de enfermería. Parainfo Digital [revista digital] III, 7. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n7/091p.php>
- Martínez Hernández, A. (2008) Antropología Médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad. Anthropos, Barcelona. Citado por: Moreno Preciado, M.

- (2010). Nuevos enfoques en el cuidado del “otro”. *Index de enfermería* 19(2-3):167-171
- Moreno Preciado, M. (2010) Nuevos enfoques en el cuidado del “otro”. *Index de enfermería* 19(2-3): 167-171
  - Plaza, F.J. (2010) Cuidando a pacientes musulmanes. *Las fronteras de la enfermería en la comunicación intercultural*. Universidad de Almería, Almería.
  - Raven, B.H. (2008) The bases of power and the power/interaction model of interpersonal influence. *Analyses of Social Issues and Public Policy* 8(1): 1-22
  - Strauss, A.; Corbin, J. (2002) *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Universidad de Antioquía, Medellín.
  - Velasco, H.; Díaz de Rada, A. (2006) *La lógica de la investigación etnográfica*. Trotta, Madrid.
  - Werner, A.; Rouslin, S. (1996) *Teoría interpersonal en la práctica de la enfermería. Trabajos seleccionados de Hildegard E. Peplau*. Masson, Barcelona.
  - Zanfrini, L. (2007) *La convivencia interétnica*. Alianza, Madrid.



# Poder y exclusiones formativas en Ciencias de la Salud. Propuestas de mejora en la atención al paciente desde la complementariedad

Power and exclusions in Health Sciences training. Suggestions for improvement in patient care from complementarity

Poder e formação exclusões em Ciências da Saúde. Sugestões de melhoria na assistência ao paciente de complementaridade

David Conde Caballero<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Licenciado en Antropología Social y cultural. Diplomado en Enfermería. Universidad de Extremadura

Cómo citar este artículo en edición digital: Conde Caballero, D. (2014) Poder y exclusiones formativas en Ciencias de la Salud. Propuestas de mejora en la atención al paciente desde la complementariedad. Cultura de los Cuidados. (Edición digital) 18, 40.

Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.40.9>>

Correspondencia: C/ Caleros 62. 10002. Cáceres. Correo electrónico: [dcondecab@gmail.com](mailto:dcondecab@gmail.com)

Recibido: 09/06/2014; Aceptado: 14/09/2014



## ABSTRACT

**Introduction:** The importance of the health-disease-care is a universal fact executed through different models. West proposes the Biomedical model, whose achievements are limited by the exclusion that makes the socio-cultural variables of the sick.

**Objective:** A reflection on the possibilities for improvement to enable a close to holism decisive assistance, not only for greater professionalism but also the formation of a real nurse identity, is the main objective.

**Methodology:** To try to give, long referenced in the field of medical anthropology we venture robust response to the reading of two classics from the likes of Foucault and Gramsci, allowing us to suggest a line in the search for reasons and solutions on the problems surrounds us.

**Development:** A reasonable way is looming on the contribution that complementary forms of care possible. In this sense, the current nursing should seek a return to its ethos of care, thus moving away from deterministic rules that have condemned the subaltern.

**Conclusions:** A change in training patterns are established as key feature to determine real improvement in processes of care and allow the basic right to quality care.

**Keywords:** Health, Anthropology, Biomedicine, power, hegemony, complementary.

## RESUMO

**Introdução:** A importância da saúde-doença-cuidado da saúde é um fato universal executado através de diferentes modelos. Ocidente propõe o modelo biomédico, cujas conquistas

são limitados pela exclusão que faz com que as variáveis sócio-culturais do doente.

**Objetivo:** Uma reflexão sobre as possibilidades de melhoria para permitir um fim à assistência decisiva holismo, não só para um maior profissionalismo, mas também a formação de uma identidade enfermeira real, é o objetivo principal.

**Metodologia:** Para tentar dar uma, muito referenciado no campo da antropologia médica nos aventuramos resposta robusta para a leitura de dois clássicos de nomes como Foucault e Gramsci, o que nos permite sugerir uma linha na busca de razões e soluções sobre os problemas nos rodeia.

**Desenvolvimento:** Uma maneira razoável é iminente sobre a contribuição que as formas complementares de cuidado possível. Neste sentido, a enfermagem atual deve buscar um retorno ao seu ethos do cuidado, afastando-se assim das regras deterministas que condenaram o subalterno.

**Conclusões:** A mudança nos padrões de formação são estabelecidos como característica fundamental para determinar real melhoria nos processos de atendimento e permitir que o direito básico de cuidados de qualidade.

**Palavras-chave:** Saúde, Antropologia, Bio-medicina, poder, hegemonia, complementar.

### RESUMEN

**Introducción:** La importancia de los procesos de salud-enfermedad-atención es un hecho universal ejecutado a través de diferentes modelos. Occidente propone el modelo Biomédico, cuyos logros se ven limitados por la exclusión que realiza a las variables socio-culturales del enfermar.

**Objetivo:** Una reflexión sobre las posibilidades de mejora que permitan una asistencia cercana al holismo, determinante no sólo de

una mayor profesionalidad sino también de la conformación de una auténtica identidad enfermera, constituye el objetivo esencial.

**Metodología:** Para intentar dar una respuesta sólida nos aventuraremos a la lectura de dos autores clásicos de la talla de Foucault y Gramsci, largamente referenciados en el ámbito de la Antropología médica, permitiéndonos sugerir una línea en la búsqueda de motivos y soluciones sobre la problemática que nos envuelve.

**Desarrollo:** Una vía razonable se vislumbra en el aporte que las formas de atención complementarias posibilitan. En este sentido, la Enfermería actual debe buscar una vuelta a su ethos del cuidado, alejándose así de los preceptos deterministas que la han condenado a la subalternidad.

**Conclusiones:** Un cambio en los patrones formativos se constituye como eje básico que determine una mejora real en los procesos de atención y permitan el derecho básico de una atención de calidad.

**Palabras clave:** Salud, Antropología, Bio-medicina, poder, hegemonía, complementario.

### INTRODUCCIÓN

No descubriremos nada nuevo en este texto si afirmamos que de todos los elementos que determinan y conforman el entramado estructural básico de una sociedad hay uno que por encima de los demás cobra una especial trascendencia e importancia; tanto por la significación simbólica como por la contribución a la mejora de las condiciones de vida que representa. Hablamos aquí de la preocupación de lo que en el año 1990 Menéndez vino a definir como los *procesos de salud-enfermedad-atención* (Menéndez, 1990); entendidos como todas aquellas formas y modelos de respuesta

social que luchan en la prevención, protección y curación de los procesos de enfermedad, padecimientos y daños para la salud; los cuales vienen a constituir algunos de los hechos más frecuentes e inevitables que afectan a la vida cotidiana de los conjuntos sociales (Menéndez, 1994) y cuya resolución y erradicación resulta indispensable para asegurar la subsistencia de cualquier conglomerado socio-cultural.

De todas las formas posibles de entender e intentar solucionar los daños provocados en la salud, occidente, como unidad social - que no cultural -, propone desde principios del siglo XIX el modelo conocido bajo el nombre de sistema *Biomédico o Alopático*, identificado por Menéndez con la denominación de Modelo Médico Hegemónico (MMH) (Menéndez, 2003) por su posición de preeminencia y exclusivismo sobre el resto de las formas de curación/atención; exclusión que ejecuta no sólo en el ámbito ideológico, sino también en el jurídico; todo ello apoyado en una visión de sí mismo en términos de *“la única forma correcta de diagnosticar, explicar, atender y solucionar los problemas de la enfermedad, legitimado tanto por criterios científicos como políticos”* (Menéndez & Di Pardo, 1996).

Ante una tan negativa presentación, resulta obligado y pertinente reconocer los métodos y méritos de este modelo en tanto en cuanto su implantación se ha traducido en la mejora de las condiciones y calidad de vida de las poblaciones, hecho éste que resulta difícilmente discutible (Carrió, S. 2006). Es claro que por ejemplo en China, antes de la revolución, podíamos encontrar una de las más altas tasas de mortalidad general y de mortalidad infantil existentes en el planeta pese a tener uno de los más difundidos y codificados sistemas de medicina alternativa (Menéndez, 1981); hecho que sólo vino a paliarse con la instauración de las

formas y preceptos de la medicina Alopática.

Sin embargo, el reconocimiento de sus méritos no exime de la necesidad de un análisis maduro de sus particularidades en busca de la mejora constante en los procesos de atención sobre las personas que lo precisan, dado que en él no sólo abundan bondades, sino que nos encontramos con una visión biologicista, reduccionista, individualista y puramente racionalista que viene a determinar un proceso de aplicación sanitaria de corte netamente cientifista; donde el uso de la tecnología, la sobreexposición farmacológica y el uso de protocolos e índices se asocian a buenos resultados terapéuticos; lo que nos obliga a mantener como mínimo una actitud crítica por parte de los profesionales de la sanidad, entre ellos la Enfermería. En este sentido, merece la pena hacerse eco de los pensamientos contrarios que surgen respecto del papel de la medicina Alopática en su forma actual y las posibilidades de mejora que se atisbarían desde la complementariedad. Del mismo modo, jugoso es el debate acerca de las reticencias al cambio, resultando especialmente reseñables las palabras de clásicos de la talla de Foucault o Gramsci, o más recientemente las miradas ácidas que desde el ámbito de la Antropología médica han efectuado autores de la talla de Menéndez, Good o Kleinman; miradas que trataremos de englobar y relacionar en este texto, encontrando, o al menos intentando encontrar, los posibles motivos y resistencias que impiden cambios en apariencia tautológicos, pero que sin embargo se encuentran con poderosas trabas estamentales ejecutadas soslayadamente desde el ámbito institucional y burocrático.

## OBJETIVOS

La Biomedicina en general y la Enfermería en particular, en una búsqueda de excelencia

en su atención sobre el paciente, debieran haber sido capaces de comprender a estas alturas –no sólo en el ámbito académico, sino con su aplicación en el campo asistencial– que es necesario un acercamiento a la manera específica en que cada individuo experimenta su enfermedad, lo que tendría, sin lugar a dudas, una incidencia definitiva sobre el tratamiento y el proceso curativo, dado que los pacientes valoran de forma muy positiva el hecho de ser escuchados, entendidos y concebidos como sujetos culturales e históricos (Cortés Duque, Uribe, & Vásquez, 2005). En el caso particular de la Enfermería, el entrenamiento y posterior uso de algunas formas complementarias ha mostrado el camino de esa excelencia posibilitando la vuelta a su propio ethos primigenio con foco principal en las necesidades y cuidados del paciente, permitiéndole alejarse así del positivismo sin paliativos al que se ha visto abocada por su tradicional seguimiento de los paradigmas médicos que la han distanciado de los sufrimientos, significados y contradicciones personales y orientado a lo que se denominó como práctica enfermera basada en la “evidencia” (Juárez, 2013) y su “alter ego”, la metodología del Proceso de Atención Enfermero.

La reflexión sobre las posibilidades de mejora desde esa complementariedad –y los motivos de su falta de aplicación– que permitan una asistencia cercana al holismo del cuidado, determinante no sólo de una mayor profesionalidad sino también de la conformación de una auténtica identidad enfermera dentro del paradigma biomédico, constituye el objetivo esencial de este escrito; que pretende no sólo cavilar desde la autoría, sino hacer pensar a los profesionales que día a día prestan sus servicios sobre personas deseosas de otro tipo de atención, de otra forma de realidad asistencial

que los contemple como parte y no como objeto del proceso y que en consecuencia se traduzca en una necesaria mejora en los sistemas de salud postmodernos.

### METODOLOGÍA

Para intentar dar una respuesta sólida a las cuestiones planteadas nos aventuraremos aquí a la compleja tarea de recurrir a la lectura relacional y comparativa de dos autores clásicos de la talla de Foucault y Gramsci, largamente referenciados en el ámbito de la Antropología médica y que nos permitirán articular y estructurar con base teórica la casuística aquí expuesta. Foucault, que a pesar de su peso e importancia en el análisis de las realidades sanitarias contemporáneas raramente entra a formar parte del conocimiento formativo universitario de los profesionales del sector, resultando sólo posible su estudio en la mayoría de las ocasiones a través de ciclos de formación de post-graduación (Amezcuza, 2009); se constituye como autor básico que nos permite entender las estructuras de poder actuales a través de su innegable capacidad para la “arqueología del presente”. En su análisis del poder, al que Nietzsche se refiere como algo innato al ser humano (Baeza, 2004), y la institucionalización del mismo, llegó a afirmar que “*la medicina se impone al individuo, enfermo o no, como acto de autoridad*” (Foucault, 1976); definiendo el concepto de autoridad médica dentro de las relaciones de poder en el entramado de la sociedad y determinando que la relación médico-paciente implica en todo momento una relación de poder-sumisión.

El estudio de un concepto de la trascendencia que tiene el poder quedaría huérfano si el mismo no se articula en su relación con la noción de hegemonía. En este empeño, el teórico italiano Gramsci defiende como en las





modernas sociedades capitalistas el poder y la autoridad en el sentido de Foucault vienen determinados en su esencia por la existencia de una hegemonía (Mercado López, 2003). En consecuencia, los métodos alternativos al status establecido no serán vistos más que como tentativas de re-estructuración de las relaciones sociales en clave de hegemonía y posicionamiento social, entendiendo la misma como capacidad de dirección intelectual y moral, y ejecutada por las clases dominantes entre otros aspectos a través de las instituciones educativas. Una aproximación a la obra de Gramsci se encumbra como fundamental para la comprensión de la dialéctica hegemónica y del sistema de relaciones de fuerzas que actúan en los procesos de salud-enfermedad (Pizza, 2005), cuya máxima expresión se observa en los procesos asimétricos y subordinados de relación médico-paciente, donde se da una exclusión casi total de los saberes y opiniones del propio interesado.

De este modo, una lectura reflexiva de clásicos de tal envergadura junto a los postulados de la Antropología médica contemporánea, nos permitirán ejecutar una línea reflexiva en la búsqueda de motivos y soluciones sobre la problemática que nos envuelve.

## DESARROLLO

Una buena manera de poder situarnos en la realidad esbozada es recorrer algunas de las particularidades negativas biomédicas que afectaran en mayor o menor medida tanto a profesionales como a pacientes implicados en los procesos de salud-enfermedad-atención. Así, cuando hablamos de sistemas médicos Alopáticos o Biomédicos resultan fácilmente reconocibles algunas de las que aquí enunciamos:

- Atención fundamentalmente biologicista; al abrigo de la corriente conocida bajo el nombre de determinismo biológico. La cual viene a plantear una “...compresión de la vida, la patología y la muerte como resultado de causas exclusivamente biológicas, aunque en algún momento pueda abrir la puerta al papel de las contingencias del mundo social, la pobreza, la cultura, los hábitos dietéticos, las desigualdades sociales u otros factores que serán aprehendidos como causas secundarias...” (Martínez Hernández, 2008).

- Predominio del uso de la tecnología sobre otras formas de atención. En este contexto se somete al paciente a un proceso que en ocasiones se torna como poco humanizado y frío que convierte al individuo en un elemento aislado y descontextualizado de los aspectos del vivir, alejando a disciplinas como la Enfermería de su primigenia razón de ser.

- Profesionales sanitarios hiper-especializados que brindan una atención sumamente fragmentada; dejando de este modo poco lugar para una concepción holística del proceso de atención. Como indica Hahn: “la patología Biomédica contemporánea diseña su progreso en términos de unidades cada vez más pequeñas” (Hahn, 1995). La noción de patología moderna se aleja cada vez más de su significado etimológico de pathos o sufrimiento para

recortar, de forma cada vez más atomizada, las unidades que componen el cuerpo biológico (Martínez Hernández, 2008).

- Centrado en la enfermedad del individuo y no en el propio ser. El modelo tiende a ver al paciente como un mero conjunto de signos y síntomas más que como un individuo bio-psico-social; atropellando en consecuencia las realidades socio-culturales de los pacientes al universalizar sus padecimientos y negando en consecuencia que lo cultural o lo psicológico pueda afectar al orden de lo biológico.

- Se trata esta de una forma de atención sanitaria determinada por un hiperbólico consumo de sustancias medicamentosas de síntesis química favorecido y potenciado por la industria químico/farmacéutica cuyos largos tentáculos se introducen soslayadamente sobre los procesos de atención médica, determinando líneas de medicalización ya no sólo de los padeceres, sino también de algunos comportamientos que lejos de ser patológicos forman parte de la normalidad de la vida y que son sometidos contra natura al uso de medicación, donde todo es posible de ser considerado como “*enfermo*” y en consecuencia debe ser “*normalizado*” (Menéndez, 2003). La Biomedicina como instrumento del capitalismo (Martínez Hernández, 2008).

- Existen otras características que podrían complementar a las ya mencionadas como son el reduccionismo, la a-historicidad, la visión de la salud como mercancía a consecuencia de la influencia de los procesos post-modernistas, la eficacia pragmática o la división dualista del universo de herencia cristiana y cartesiana que divide continuamente entre naturaleza y cultura, ciencia dura y blanda o cuerpo y mente, a pesar de que la evidencia de la existencia de las enfermedades psicosomáticas o de trastornos de somatización viene a rebatir en la prác-

tica médica diaria esta forma de entender los procesos de morbilidad.

En esta compleja realidad, deberíamos es-cudriñar en el tiempo para poder aventurarnos a vislumbrar algunos de los motivos que explicarían esa visión en exceso positivista, experimental y fragmentada con la que este modelo se enfrenta a los procesos de salud/enfermedad. Algunas de las características esenciales del modelo Alopático han sido relacionadas por diferentes autores con la necesidad que las ciencias médicas han tenido históricamente de despojarse del oscurantismo de una época donde la concepción mágico-religiosa determinaba el paradigma del conocimiento galénico. En contraposición, nace una forma de atención sanitaria donde el método científico se erige como su principal seña de identidad creando un potente entramado que permitiría examinar, clasificar y tratar enfermedades de forma casi automatizada. Así, el mundo se divide en sanos y enfermos; siendo la enfermedad aquello que el Médico pueda reconocer, demostrar y clasificar por procedimientos previamente predeterminados; dejando como consecuencia sin cuartel a las variables humanas, sociales o culturales del enfermar y reduciendo los procesos mórbidos a variables estrictamente biológicas y por lo tanto objetivables, cultivo que determinará una perspectiva distorsionada de la atención sobre el paciente. Conjugados, se dará el caldo de cultivo para la creación y explotación de lo que Mishler definió como “*una subcultura con sus creencias institucionalizadas, valores y prácticas*” (Martínez Hernández, 2008).

Así las cosas, con una corpus de conocimiento alrededor de la salud más preocupado de curar enfermedades que de atender enfermos –incluyendo, paradójicamente, a la Enfermería-, resulta casi obligado el surgimiento

de voces cada vez más contrariadas que cuestionen y reclamen el desarrollo de formas de atención que parcialmente puedan complementar a la Biomedicina en la mejora de sus defectos; apostando por la apertura del abanico terapéutico hacia otras formas de entender la atención. Al amparo de esta nueva forma de concebir la realidad surgen, con una fuerza cada vez más evidente, las denominadas como formas terapéuticas complementarias y alternativas; espoloadas no sólo por el uso creciente de las mismas por parte de la población, sino al mismo tiempo apoyadas institucionalmente por la máxima esfera sanitaria mundial, la OMS, que favorece y potencia el uso de este tipo de prácticas por haber demostrado con creces su utilidad sobre el paciente con un riesgo mínimo para la salud (OMS, 2002) y reconociendo su capacidad para complementar y por tanto mejorar las capacidades y actuaciones realizadas por el sistema Alopático; aportando, entre otras muchas cuestiones, que el punto de vista del paciente no supone un estorbo o una limitación en el tiempo de atención que se le asigna a cada uno de los usuarios y que además no sólo permite mejorar la atención, sino la humanidad sobre dicho proceso al tener una visión mucho más holista del paciente, alcanzado por fin esa tan poco lograda definición de individuo bio-psico-social.

En un esfuerzo de síntesis y conjugación que permita contextualizar al lector, desgraciadamente poco acostumbrado a estas “*ótras formas*”, tras una revisión de las diferentes opciones bibliográficas más importantes en la materia, concluimos la división que aquí se propone y ya propuesta por Conde (Conde, 2011): en consecuencia definimos la medicina alternativa como aquel sistema o forma de cuidado que pretende ser una alternativa total al sistema Biomédico. Es decir, constituye o

pretende sustituir al modelo sanitario Alopático y para ello se basa no sólo en un uso tradicional ampliamente establecido y una dilatada experiencia, sino en una institucionalización importante y en la existencia de una ciencia perfectamente documentada. Los ejemplos más conocidos son el sistema médico chino, los sistemas nativos de indígenas americanos o el sistema Ayurvédico Hindú.

Teniendo clara esta primera definición, ponemos un especial énfasis en la diferenciación existente entre las formas de conocimiento mencionadas y lo que conocemos como terapias complementarias. Con este término nos referimos a una gran variedad de formas preventivas y terapéuticas que se encuentran fuera de lo académicamente establecido por el sistema Biomédico pero que sin lugar a dudas pueden complementar su actuación mejorando la atención y el servicio que se presta al usuario. En los últimos años este tipo de acciones han experimentado un aumento espectacular en su demanda y uso, hasta tal punto que muchos profesionales de la salud se han especializado en las mismas post-graduación con el objetivo de mejorar la atención; a pesar de las reticencias que algunos profesionales muestran al respecto con conservadurismos doctos poco adaptados a las necesidades y demandas reales de los usuarios de servicios sanitarios (Conde, 2011). En cualquier caso, lo que nos interesa aquí es el concepto de complementariedad, puesto que aunque la mayoría de ellas se tratan de ramas en la actualidad muy bien documentadas, por lo general se refieren a actuaciones concretas sobre ciertos problemas determinados. Este tipo de terapias podrían aportarnos, dentro del variado universo de opciones que representan, la posibilidad de que el foco gire hacia el enfermo y no hacia las enfermedades; o la posibilidad de efectuar una interpretación

holística que tome en consideración la importancia del mundo fenomenológico del paciente en los procesos de salud-enfermedad, evitando así que los profesionales sanitarios se conviertan en “*técnicos de cuerpos enfermos*”(Carrió, S & De Cunto, 2008) más que en profesionales de la salud.

Existe una amplia y compleja variedad de formas complementarias con capacidad para utilizarse según en qué fase del proceso tanto mórbido como preventivo nos encontremos y cuyo uso suscita reacciones que se mueven en un amplio abanico que va desde un profundo escepticismo basado en la falta de información, hasta un entusiasmo de uso desmedido carente de toda crítica e igualmente poco racional y censurable. Por citar tan solo algunas, pasarían por las terapias físicas como la quiropráctica, masajes o yoga; las terapias termales; la homeopatía; la quiropráctica; la reflexología; técnicas de relajación como la meditación, la visualización, terapias artísticas, psicoterapias individuales, la narrativa, musicoterapias, hipnosis; hierbas y otros remedios de carácter natural; medicina tradicional herbácea. fitoterapia; y un largo etcétera de posibilidades que en diferentes momentos y situaciones terapéutico/preventivas pueden ser aplicadas por los diferentes profesionales de la salud implicados en el proceso; todas ellas englobadas por Menéndez en lo que define como Modelo Médico Alternativo (Menéndez, 1981), cuyo eje de agrupación estaría determinado porque presentan concepciones globalizadoras socio-simbólicas de los padecimientos y tendencia a la no medicalización por medio de elementos de síntesis química; justo, la solución a uno de los principales elementos negativos de la Biomedicina.

Insistimos una vez más, dada la trascendencia del razonamiento, en la necesidad de



no considerar las diferentes opciones, modelo Biomédico y terapias complementarias, como estáticas y aisladas cada una en sí mismas. Sino que desde estas líneas enfatizamos y recomendamos la existencia de un proceso dinámico de intercambio de información y conocimientos en el que se fomente no el uso individual, sino el uso relacional entre dos o más formas de atención dentro de un proceso de normalidad terapéutica sobre la persona con necesidades. Como bien dicen Nesse y Williams en su obra “*Why we get Sick ?*“ (“¿Por qué enfermamos?”) :  
“...No se pretende pues impulsar aquí una alternativa a la práctica médica actual, sino más bien, una perspectiva adicional desde un corpus de conocimientos médicos que han sido totalmente olvidados por el estamento médico...”

Parece claro, a la luz de lo aquí esgrimido, que la única forma de alcanzar la excelencia propuesta pasa por el giro de las concepciones Biomédicas hacia modelos epistemológicos biopsicosociales de salud que superen de una vez por todas los preceptos explicativos unicastalísticos del enfermar por un enfoque de multideterminación y multicausalidad (Mardariaga, 2008); validándose plenamente las

formas de saber que ofrecen las formas complementarias a través del entendimiento de la atención sanitaria alejada de la verticalidad que supone la figura del Médico en la cúspide del proceso y el resto de profesionales en su base, para aproximarse por el contrario a la horizontalidad que determina la colaboración y aceptación de otras formas de atención con componentes biológicos, psicológicos y sociales. En este sentido, sólo la Psiquiatría parece haber aceptado con claridad la nueva realidad que se demanda desde la calle, siendo hasta el momento la única forma de Biomedicina donde por ejemplo se acepta el hablar y el ser escuchado como arma terapéutica (Carrio, Silvia, 2006) e identificando como una opción válida el componente social y psíquico de la salud.

Sí lo hasta el momento expuesto resulta acertado en su planteamiento, se hace imperativo plantear cuestiones desde la reflexividad: ¿cuáles serían las razones para explicar la negación a tamaña evidencia en el uso diario de la práctica sanitaria con sus consiguientes posibilidades de mejora? ¿Cuál es el camino a seguir para lograr un cambio en este sentido?:

Reticencias al cambio. Poder y hegemonía en torno a la salud.

Para encontrar respuesta a la primera de las cuestiones recurriremos al concepto de poder, y en concreto al concepto de poder médico. El poder social del Médico se legitima de la siguiente manera: la sociedad, en su conjunto, entiende que pocas cosas resultan tan importantes como el mantenimiento y/o la recuperación de su estado de salud. Consecuencia de ello tiene una serie de demandas trascendentales hacia la profesión médica que, a cambio de comprometerse a atenderlas de forma adecuada mediante su capacidad de adentrarse en la “*compleja maquinaria humana*”, le garantiza una serie de privilegios en el orden social en forma de estatus y prestigio en lo intangible y

simbólico, pero también le consiente un posicionamiento de clase dominante en lo económico, ideológico y político, con su participación en la toma de ciertas decisiones en lo que podría ser visto como un “*pacto o contrato social*”; que lejos de ser casual ha ido adquiriendo cuerpo a lo largo de la historia mediante una sólida “*autoridad cultural*” traducida en una enorme capacidad de convencimiento social de que su actividad es esencial y vital para el bien de la comunidad. El estamento médico no sólo es, por así decirlo, un guardián de lo más preciado, la vida (Pierantoni & Machado, 1994), sino que desde una visión funcionalista en el sentido esgrimido por Parsons se trata del marco institucional donde acabar con la desviación que supone la enfermedad, así como el encargado de establecer el retorno del paciente a las obligaciones sociales mediante la terapia (Martínez Hernández, 2008). De esta forma se intercambiaría obediencia por seguridad.

Una lectura comparada, relacional y reflexiva tanto de Foucault como de Gramsci, nos ofrece una perspectiva desde la que intentar abordar la negación del cambio en el modelo Biomédico y sus innegables consecuencias sobre el paciente y sobre el resto de profesiones sanitarias. Estructurándose esencialmente desde el juego de fuerzas y reticencias del estamento médico como grupo social que necesita imponer su hegemonía mediante su proclamación como referencia científica e ideológica necesaria y legitimada de las acciones contra la enfermedad, creando de este modo en su beneficio un modelo de atención sanitaria jerárquico, asimétrico y clasista (Menéndez, 1981) que determinan en consecuencia que las formas complementarias y/o alternativas de atención, así como el resto de los profesionales sanitarios, pasen a cobrar un rol de subalternidad intencionada. No existe he-



gemonía sin subalternidad o más bien, existe la hegemonía porque existe la subalternidad.

En esta línea, la horizontalidad o el trabajo coordinado y retroalimentado de los actores médicos con las terapias complementarias que podrían ser aplicadas no sólo por profesionales médicos, sino por otros sanitarios con la formación adecuada como son Enfermeras/os, Podólogos/as, Fisioterapeutas o Terapeutas Ocupacionales... se interpretaría como una igualación posicional y la consiguiente pérdida hegemónica que bien podría venir a poner en duda el rol superlativo del estamento médico en el ideario colectivo social de los cuidados de la salud y su consecuencia directa en forma de pérdida de poder y posición social. Situación que como es lógico resultaría incómoda; por lo que se constituye como elemento determinante para que la transformación de la perspectiva Biomédica hacia otra de carácter Bio-psicosocial colaborativa se encuentre frenada días desde una ámbito puramente estamental y un aparato enteramente burocrático de freno.

La exclusión por tanto que la epistemología Biomédica –entendiendo aquí por Biomédico al colectivo médico- ejecuta parece no ser por tanto aleatoria. Sino que es ejercida en el plano ideológico para posteriormente extrapolarse a los planos social y político-económico según enuncia Menéndez (Menéndez, 1981) y siguiendo con el racionamiento Foucaultiano según el cual para lograr la persistencia del poder se exige un “enfrentamiento entre fuerzas” donde sólo es posible si se lo “arrebataremos a los otros” (Foucault, M, 1976). El poder a través del saber en un juego que favorece la verticalidad y el unidireccionalismo.

Atendiendo a la dialéctica Gramsciana, no podemos dejar de hacer mención a aquellas estructuras organizacionales médicas a través

de las que se articula el mantenimiento de esta situación de hegemonía/poder y que sería imposible sin su más completa connivencia. La complejidad estructural es demasiado intrincada para ser abordada sobre estas líneas, por lo que simplemente atisbaremos aquellas que a nuestro entender pudieran ser fundamentales. Así ocurre por ejemplo con las Facultades de Medicina y otros Grados universitarios sanitarios, así como los Colegios Profesionales y otras organizaciones en tanto en cuanto influyan mediante la colaboración en la conformación de los planes formativos de las diferentes titulaciones, los cuales, dada la parcialidad con la que se encuentran elaborados, vienen a favorecer una educación universitaria sesgada en la que los futuros profesionales dudan de la eficacia de otras formas de atender al paciente subvalorando subconscientemente sus posibilidades; por lo que en su ideario conforman la creencia de que “su medicina” sigue siendo la “única forma” de medicina posible, e ignorando el esencial papel que juega lo social y lo cultural en los procesos de salud-enfermedad, aunque ello sea contraproducente o imposibilite mejoras claras en los tratamientos que se llevan a cabo. El aprendizaje se hace de esta forma a partir de contenidos meramente biológicos, donde los procesos sociales, culturales y psicológicos son anecdóticos, y donde no hay información sobre otras formas de atención. Como indica el Dr. Hernán Baeza: “algo de lo que hacemos los Médicos no está bien, porque nuestra manera habitual de actuar es sin tomar en cuenta, o sin conciencia, muchos de los problemas de los pacientes, y además, sentimos que es natural que sea así” (Baeza, Hernan, 2004). Así las cosas, los modelos curriculares presentes en las profesiones sanitarias no contemplan, salvo excepciones contadas, una formación adecuada que permita conocer otras



posibilidades en la atención sobre el paciente. Si analizamos algunos ejemplos de planes formativos en Universidades españolas caeremos en la cuenta de que en la mayoría de las carreras sanitarias esta opción es casi nula, como en el caso de la Enfermería o la Terapia Ocupacional, para pasar a ser inexistente en el currículum formativo de la Medicina. Como bien formularon MURCIA y JARAMILLO (Murcia & Jaramillo, 2001):

“... existe la tendencia a formular políticas a partir de un único modelo y diseño, enseñando a lo largo de la historia por los positivistas, cual es la experimentación, y que por ende sólo aquello que pueda ser verificado, comprobado, manipulado, y controlado es considerado como científico. Esta creencia ha hecho, además, que se considere como válido sólo el conocimiento científico que contenga análisis estadístico o matemático, incluso para abordar fenómenos psicológicos, antropológicos y hasta sociales...”

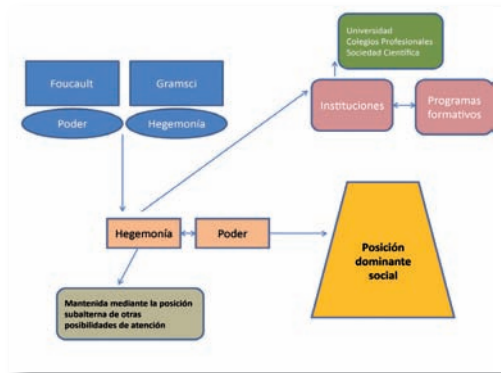


Figura 1. Relación de los conceptos de poder y hegemonía y su papel en la negación de otras posibilidades de atención médica mediante el control de los programas y planes formativos de los estudios universitarios.

**Conclusiones post-relacionales.**

Ponemos aquí encima de la mesa, como conclusión y como respuesta a la segunda de las cuestiones planteadas, el innegociable axioma que debe suponer para los profesionales

sanitarios la mejora de la calidad asistencial. Requisito indispensable para la consecución de tan loable objetivo resulta la necesidad de una instrucción académica regida por la línea conductora de la diversidad paradigmática que permita a las diferentes opciones preventivo-terapéuticas establecer relaciones de influencia y confianza mutua dentro de la praxis diaria; donde ninguna de la soluciones adquiera carácter de superioridad una respecto de las otras y convivan desde la simetría, otorgando a la asistencia la dimensión de un universo nuevo de posibilidades de atención médica a lo que la OMS se refiere como modelo “integrado de salud” (OMS, 2002), en una escala determinada por el nivel de integración de las terapias complementarias en el sistema médico Alopático y dejando al margen estructuras de poder fáctico establecidas y posicionamientos sociales de hegemonía que redundan en contra de los intereses de las personas que acuden en busca de mejorar su estado de salud.

No se defiende así en este escrito una sustitución de las técnicas Alopáticas por técnicas complementarias o tradicionales, esto sería una quimera falsacionista e irreal; sino que propugnamos y apostamos por una tendencia que establezca lazos intensos de colaboración y complementación basadas en una formación y una institucionalización que, a diferencia de la actual, permita volver a dar importancia a las significaciones del paciente, a su contexto socio-cultural, a otras formas de atención que no entiendan la medicina o formas de curación como un sistema vertical en cuyo vértice dormita el sistema Alopático; sino como un sistema horizontal cuyo objetivo esencial se centra en la mejora de las condiciones sanitarias en la línea de los sistemas bio-psicosociales, tan alabados como faltos de implantación, que aportarían una nueva forma de relación mucho más intensa entre el paciente y el profesional,

incluyéndose de manera taxativa los significados personales y culturales del afligido.

Un cambio de semejante envergadura en la realidad diaria de los sistemas médicos debiera constituir un desafío cuyo horizonte supusiera la mejora de la atención y en la que sin lugar a dudas debiera jugar un papel de preponderancia la Enfermería, que en una búsqueda de su propio Ethos primigenio en torno al cuidado debe perseguir el enriquecimiento del trato y la atención para con el paciente, no sólo en el ámbito personal, sino sin duda también en el profesional, a través de la búsqueda de otras alternativas, otras miradas, otras visiones, otros caminos circundantes alrededor del holismo sanitario y alejándose de los modelos de evidencia empíricos tan apegados a los protocolos, escalas y hojas de valoración que han determinado una “*Enfermería centrada en el profesional de Enfermería*” (Valverde, 2008) y menos en el paciente.

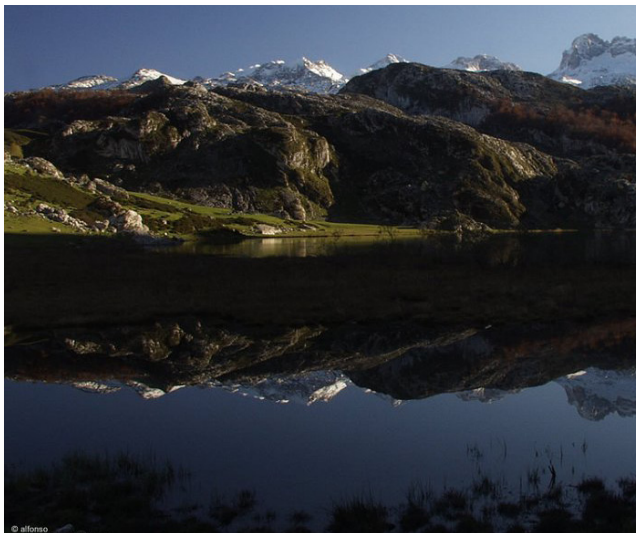
La conquista de la salud y su mejora continua como derecho de la ciudadanía debe irremediamente estar contenida en un proyecto social donde la educación y la formación mas adecuada de los futuros profesionales sanitarios debe ocupar un lugar, sin lugar a dudas, de privilegio; en el que la moderna práctica médica en términos positivistas debe asumir la importancia de la cuestión y permitir la complementariedad en las actuaciones sobre el paciente. Alejándose de premisas de poder, hegemonismo y posicionamiento social en pro de los intereses de un determinado estamento sanitario en lugar de centrado en el objetivo indiscutible de la mejora de la calidad asistencial.

## BIBLIOGRAFÍA

Amezcuca Martínez, M. (2009) Foucault y las enfermeras. Pulsando el poder de lo cotidiano.  
- Revista Índice de Enfermería. 18(2): 77-79.

- Baeza, H. (2004) El poder del Médico. Revista de la SEMG. (60): 13-18.  
- Brody, H. (1992) The Healer's Power. New Haven and London. Yale University Press, Yale.  
- Carrió, S.(2006) Aproximaciones de la Medicina narrativa. Revista de Educación médica. 6(1): 14-19.  
- Carrió, S. (2008) Medicina narrativa: una estrategia para formar profesionales reflexivos Revista Conexión pediátrica. 3: 1-2.  
- Carrió, S. & De Cunto, C. (2008) Medicina narrativa en Pediatría: relato de una experiencia. Arch Argent Pediatr. 106(2): 128-142.  
- Conde, D. (2011) Posibilidades de la medicina tradicional hurdana en el entorno sanitario actual de la zona. Creospace Independent Publishing Platform. Disponible en: <http://www.amazon.es/Posibilidades-medicina-tradicional-hurdana-sanitario/dp/1490522743>  
- Cortés Duque, C; Uribe, C. & Vásquez, R. (2005) Etnografía Clínica y narrativas de enfermedad de pacientes afectados con trastorno obsesivo-compulsivo; Clinical  
- Ethnography and Illness Narratives of Patients Affected with Obsessive-Compulsive  
- Disorder. Revista Colombiana de Psiquiatría. 34(2): 190-219.  
- Duarte Gómez, M. (2003) Medicina occidental y otras alternativas: ¿es posible su complementariedad? Reflexiones conceptuales. Cadernos de Saúde Pública. 19(2):635-643.  
- Fernández, J; Santiago, F; Villaverde, C; Gutiérrez, M. et al (2007) Contenido simbólico de la bata blanca de los médicos. Gazeta de Antropología, 23. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/28182483\\_Contenido\\_simbolico\\_de\\_la\\_bata\\_blanca\\_de\\_los\\_mdicos](https://www.researchgate.net/publication/28182483_Contenido_simbolico_de_la_bata_blanca_de_los_mdicos)  
- Foucault, M.(1976) La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. Educacion medica y salud, 10(2).  
- Hahn, R. (1995) Sickness and healing: An anthropological perspective. Yale UniversityPress, Yale.  
- Madariaga, C. (2008) La crisis del modelo biomédico y los desafíos actuales. Revista Reflexión, (36). Disponible en: [http://www.academia.edu/5111749/INTERCULARIDAD\\_SALUD\\_Y\\_DERECHOS\\_HUMANOS\\_HACIA\\_UN\\_CAMBIO\\_EPISTEMOL%C3%93GICO](http://www.academia.edu/5111749/INTERCULARIDAD_SALUD_Y_DERECHOS_HUMANOS_HACIA_UN_CAMBIO_EPISTEMOL%C3%93GICO)

- Mariano, J; Rodríguez, B; Conde, D. (2013). Cuidados basados en narrativas. Redefiniendo la jerarquía de la evidencia. *Index de Enfermería* (edición digital); 22(1-2). Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v22n1-2/7977.php>
- Márquez, R. (2010) De las narrativas de la locura: ¿yo no estoy loco! ¿Por qué estoy aquí? *Revista de recerca i formacio en Antropologia*, (12):1-25. Disponible en: <http://revista-redes.rediris.es/Periferia/Articles/4-Marquez.pdf>
- Martínez Hernández, A. (2008) *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Anthropos Editorial, Barcelona.
- Menéndez, E.(1994) La enfermedad y la curación. ¿Qué es la medicina tradicional? *Revista alteridades*. 4(7): 71-83.
- Menéndez, E. (1981) La crisis del modelo médico y las alternativas autogestionarias en salud. *Revista Alteridades*. 19(7): 65-90.
- Menéndez, E. (2003) Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 8(1): 185-208.
- Menéndez, E. (1990) *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades e transacciones*. Ediciones de la Casa Chata. México:
- Mercado López, S. (2003) Estructura y relación de poder en los prospectos de medicamentos vendidos en España. *Estudios filológicos*. (38): 93-110.
- Murcia, N. & Jaramillo, L. (2001) La complementariedad como posibilidad en la estructuración de diseños de investigación cualitativa. *Revista Índex de Enfermería*. 35:29-33. Disponible en: [http://www.index-f.com/index-enfermeria/35revista/35\\_articulo\\_29-33.php](http://www.index-f.com/index-enfermeria/35revista/35_articulo_29-33.php)
- OMS (2002) Pautas generales para las metodologías de investigación y evaluación de la medicina tradicional: WHO/EDM/TRM/2000.1. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- OMS (2002) Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional, 2002-2005. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- Pierantoni, C. & Machado, M.(1994) Profesionales de salud: Una formación cuestionada. *Educación medica y salud*. 28(2): 199-210.
- Pizza, G. (2005) Antonio Gramsci y la Antropología médica contemporánea. Hegemonía, “capacidad de actuar” (agency) y transformaciones de la persona. *Revista de Antropología Social de la Universidad Complutense de Madrid* 14: 15-32.
- Valverde, C. (2008) Enfermería basada en los significados del paciente: un modelo basado en la narrativa y en la ética del otro. *Index de Enfermería*. 17(3):157-158.
- Vicedo, T. (2002) Abraham Flexner, pionero de la Educación Médica. *Educación Médica Superior*. 16(2): 156-163.



# La humanización en el proceso de formación académica de los profesionales de la salud

## Humanization in the process of academic training of health professionals

### Humanização no processo de formação acadêmica de profissionais de saúde

Carolina Feliciano Bracarense<sup>1</sup>, Joyce Mara Gabriel Duarte<sup>2</sup>, Helga Marízia Soares<sup>3</sup>, Renata Maciel Côrtes<sup>4</sup>, Ana Lúcia de Assis Simões<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Enfermeira. Mestre em Atenção à Saúde pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, Brasil.  
E-mail: carolinafbracarense@gmail.com

<sup>2</sup>Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, Brasil. E-mail: joycegduarte@gmail.com

<sup>3</sup>Enfermeira. Mestre em Atenção à Saúde pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, Brasil.  
E-mail: helguinhamarizia@yahoo.com.br

<sup>4</sup>Enfermeira. Mestre em Atenção à Saúde pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, Brasil.  
E-mail: renatamacortes@gmail.com

<sup>5</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professor Associado da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Docente do Programa de Pós-graduação em Atenção à Saúde e Curso de Graduação em Enfermagem, Uberaba-MG, Brasil.  
E-mail: ana.assis@reitoria.ufm.edu.br

Cómo citar este artículo en edición digital: Bracarense, C. F.; Duarte, J. M. G.; Soares, H. M.; Côrtes, R. M.; Simões, A. L. A. (2014) Humanização no processo de formação acadêmica de profissionais de saúde. *Cultura de los Cuidados*. (Edición digital) 18, 40. Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.40.10>>

Correspondencia: Rua Coronel Antônio Rios N°81 Bairro: Mèrces CEP:38061150 Cidade: Uberaba - MG Brasil.

Correo electrónico: carolinafbracarense@gmail.com

Recibido: 09/07/2014; Aceptado: 15/09/2014



#### ABSTRACT

**Introduction:** Observing effective changes in health practices that are compatible with the new model proposed by SUS, offering a reflection on the processes through which health professionals are formed. Researchers point humanization as one of the guiding themes teaching-learning process.

**Objective:** Identifying, according to the student's opinion, the approach given to the subject of "humanization" during their graduation, and learning their own perceptions upon the subject of "humanization" in health-care. This is a descriptive, qualitative study. Students participated in the last period of undergraduate courses in Biomedicine, Nursing and Occupational Therapy. The data was collected through the focus group technique, between September and October of 2011. After gathering of the information, the material was submitted to an exploratory reading and, submitted the content analysis of the thematic modality, it was analyzed.

**Results and Discussion:** Two thematic categories emerged: Humanization according to the perception of the students, and Human-

ization: transversally crossing between theory and practice. The perception of the students seems to be linked to acts like listening to the user, and being empathetic and resolute. Humanization is a theme that would fundamentally contribute to improve healthcare if approached in professional formation.

**Keywords:** Healthcare Humanization, Health, Teaching.

## RESUMEN

**Introducción:** Observar cambios las prácticas de salud que sean efectivos, y compatibles con el nuevo modelo propuesto por el SUS, ofreciendo una nueva reflexión sobre los procesos de formación académica de los profesionales de la salud. Los investigadores señalan la humanización como uno de los temas que orientan la enseñanza-aprendizaje.

**Objetivo:** identificar, según la opinión de los estudiantes, el abordaje del tema “humanización” en el proceso de formación académica, y conocer la percepción de los estudiantes sobre la humanización en la salud. Es un estudio descriptivo y cualitativo. Los estudiantes participaron del último período de los cursos de Biomedicina, Enfermería y Terapia Ocupacional. Los datos fueron recolectados a través de la técnica de grupo focal, en el período septiembre y octubre 2011. Después, el material fue sometido a la lectura exploratoria y se analizó según la técnica de análisis de contenido de modalidad temática. Dos categorías temáticas emergieron: Humanización en la percepción de los estudiantes, y Humanización: transversalidad entre teoría y práctica. La percepción de los estudiantes se relaciona a actos como oír el usuario, tener empatía y ser resuelto. El abordaje de la humanización en la formación profesional contribuye fundamentalmente a la mejoría en la asistencia a la salud.

**Palabras clave:** Humanización de la Asistencia, Salud, Enseñanza

## RESUMO

Vislumbrar mudanças efetivas nas práticas de saúde, que sejam compatíveis com o novo modelo assistencial proposto pelo SUS, proporciona reflexões sobre os processos de formação em saúde. Pesquisadores apontam a humanização como um dos temas norteadores processo ensino-aprendizagem. Este estudo teve como objetivos: Identificar, segundo a opinião dos estudantes, a abordagem do tema humanização durante o processo de formação acadêmica e conhecer a percepção dos estudantes sobre humanização na saúde. Trata-se de estudo descritivo, de cunho qualitativo. Participaram estudantes do último período dos cursos de graduação em Biomedicina, Enfermagem e Terapia Ocupacional. Os dados foram coletados utilizando a técnica do grupo focal, no período de setembro a outubro de 2011. O material foi submetido à técnica de análise de conteúdo na modalidade temática. Emergiram duas categorias temáticas: Humanização na percepção dos estudantes; Humanização: transversalidade entre teoria e prática. A percepção encontrada destes estudantes está atrelada a atos como saber ouvir o usuário, ter empatia e ser resolutivo. A abordagem do tema humanização na formação profissional é fundamental para contribuir na melhoria da assistência à saúde.

**Palavras-chave:** Humanização da Assistência, Saúde, Ensino.

## INTRODUÇÃO

O sistema de saúde no Brasil, em que pese a situação de constantes avanços, há que se reconhecer que ainda é preciso muito empenho e



trabalho para sobrepor as dificuldades existentes. Em alusão aos avanços, exemplificam-se as políticas públicas de saúde, as quais instituem programas e projetos que contribuem significativamente para o aumento da qualidade de vida da população. No que tange às dificuldades, ressalta-se a consolidação do modelo de atenção à saúde proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que é sustentado pela integralidade da assistência (Souza, Costa, 2010).

Vislumbrar mudanças efetivas nas práticas de saúde, que sejam compatíveis com o novo modelo assistencial proposto pelo SUS, proporciona reflexões sobre os processos de formação em saúde, bem como sobre o perfil profissional que é preciso para atender as novas demandas. Nessa perspectiva, várias ações foram adotadas com vistas a promover inovações educacionais e garantir o respeito aos princípios dos SUS (Hora, Erthal, Souza, Hora, 2013).

Com o intuito de reforçar a necessidade de articulação entre os processos de formação profissional e o modelo assistencial vigente, foi aprovada entre 2001 e 2002 as diretrizes curriculares nacionais de graduação em saúde. Essas diretrizes asseguraram que a formação do profissional de saúde deve contemplar, além do SUS, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde (Almeida, 2003).

Nesse sentido, ao se considerar o processo de formação dos profissionais de saúde, percebe-se que este não pode ficar restrito aos conhecimentos das áreas técnico-científicas. É preciso que as universidades invistam na formação de cidadãos-trabalhadores da saúde, com capacidade de articular a postura ética, técnica e científica com o respeito a autonomia e subjetividade das relações que se estabelecem nas práticas de saúde (Pasche, 2010; Barbosa, Meneguim, Lima, Moreno, 2013).



Ao refletirem sobre as transformações vivenciadas pelas sociedades contemporâneas e suas repercussões na formação médica, pesquisadores apontam a humanização como um dos temas norteadores do processo de ensino aprendizagem (Rego, Gomes, Siqueira-Batista, 2008).

Com o intuito de programar estratégias que valorizem os princípios da universalidade, integralidade e equidade do SUS, o Ministério da Saúde elaborou, em 2003, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH). A humanização, como uma política pública, é regida por princípios norteadores como: transversalidade; indissociabilidade entre atenção e gestão; protagonismo, responsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos (Brasil, 2006).

Todavia, por mais que a PNH tenha como um de seus eixos a inserção das diretrizes da humanização nas instituições formadoras de profissionais de saúde, observa-se que, na prática, “sua presença no ensino superior ainda é pálida e sófrega” (Rios, 2009, p. 259).

Nesse contexto, emergiu o seguinte questionamento: como os cursos da área da saúde estão abordando o tema humanização durante a formação acadêmica? Para alcançar respostas a essa interrogação foi realizado esse estudo com os objetivos e identificar, segundo a opinião dos estudantes, a abordagem do tema



humanização durante o processo de formação acadêmica e conhecer a percepção dos estudantes sobre humanização na saúde.

### TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Trata-se de um estudo descritivo, de cunho qualitativo, que buscou identificar, segundo a opinião dos estudantes, a abordagem do tema humanização no processo de formação acadêmica dos cursos da área da saúde de uma universidade pública federal, do interior de Minas Gerais/Brasil, e conhecer a percepção dos estudantes sobre o significado deste tema.

Foram convidados a participar do estudo, estudantes regularmente matriculados nos cursos de graduação em Biomedicina, Enfermagem, Educação Física, Fisioterapia, Medicina, Nutrição e Terapia Ocupacional da referida instituição. Adotou-se como critério de inclusão estar cursando o último período do curso, e, para a graduação em Medicina, o 9º período.

Para o acesso aos estudantes, inicialmente foi feito contato com os coordenadores dos respectivos cursos, a fim de informar sobre a pesquisa, esclarecer seus objetivos e solicitar autorização para a coleta dos dados. Nesse momento, solicitava-se, também, que o coordenador viabilizasse uma oportunidade de contato com os estudantes ou que indicasse um professor que pudesse contribuir para esta aproximação.

Apesar de, no primeiro contato, todos os coordenadores apresentarem-se dispostos a contribuir com a pesquisa, somente os cursos de Biomedicina, Enfermagem e Terapia Ocupacional viabilizaram a coleta de dados. Deste modo, a população do estudo foi constituída pelos alunos de biomedicina, enfermagem e terapia ocupacional, cujas turmas totalizavam, respectivamente, cinco, 23 e 17 alunos.

Os dados foram coletados nos meses de setembro e outubro de 2011, utilizando a técnica

do Grupo Focal (GF). Acredita-se que a abordagem em grupo incita a discussão entre os participantes e permite que o tema em questão seja mais problematizado. Para realização desta técnica é preciso dispor de uma equipe composta por moderadores e observadores (Dall'agnol, Trench, 1999).

Os grupos focais foram organizados com o apoio dos professores que disponibilizaram um período de tempo durante a disciplina; nos casos em que isso não foi possível, foi feito convite aos estudantes, e agendados horários e salas, de acordo com a disponibilidade da turma. No decorrer dos grupos focais, estiveram presentes: o pesquisador, que fez o papel de moderador, e dois auxiliares, que realizaram as observações e anotações necessárias em um diário. Os estudantes foram identificados com crachás contendo números, para auxiliar na posterior transcrição das falas. Ressalta-se que os grupos foram realizados separadamente, de acordo com cada curso, considerando as especificidades existentes. O tempo médio utilizado para a realização de cada GF foi de 50 minutos, sendo necessário um encontro por curso.

O roteiro foi constituído pelos seguintes tópicos norteadores: entendimento sobre o tema humanização; sua abordagem durante o processo de formação profissional; observação da humanização nas práticas de saúde.

Após a fase de coleta, todas as informações obtidas durante os grupos focais foram transcritas na íntegra, utilizando o computador. O material foi organizado em três conjuntos distintos e submetido à leitura exploratória, buscando uma primeira aproximação com conteúdo das entrevistas. Procedeu-se a análise de acordo com a técnica de análise de conteúdo na modalidade temática, utilizando a adaptação proposta por Gomes (Minayo, 2008). Nesta modalidade direciona-se o caminho

para as questões subjetivas e permite-se descobertas que não são propriamente evidenciadas pelas palavras, possibilitando apreender o que está além dos conteúdos manifestos pelos indivíduos (Minayo, 2008).

A partir da realização de uma leitura geral dos registros, observou-se que os temas eram comuns a todos os grupos; assim optou-se por fazer uma análise conjunta. Essa leitura geral permitiu a construção da estrutura de análise, possibilitou a identificação dos aspectos centrais e dos núcleos de sentido apontados pelos fragmentos dos relatos. Em seguida, estes foram agrupados em categorias temáticas, que serão apresentados e discutidos à luz da literatura específica.

O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da UFTM, com o protocolo número 1853. Para a participação no estudo, cada estudante recebeu, leu e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo estudantes dos cursos de graduação em Biomedicina, Enfermagem e Terapia Ocupacional. Os grupos focais foram realizados separadamente por curso e totalizaram a participação de 37 estudantes, sendo quatro de Biomedicina, 17 de Enfermagem e 16 de Terapia Ocupacional.

A partir da análise de conteúdo dos depoimentos, foi possível construir duas categorias temáticas: Humanização na percepção dos estudantes; Humanização: transversalidade entre teoria e prática, as quais serão apresentadas e discutidas a seguir.

#### Humanização na percepção dos estudantes

Nesta categoria foram agrupadas as unidades de registro que expressam o significado

de humanização na percepção dos estudantes, as quais denotam a compreensão do conceito de humanização, abrangendo atitudes voltadas para os pacientes e, também, para os profissionais de saúde.

Assim, a partir da diversidade na percepção dos estudantes acerca do tema humanização, foi possível reagrupar as unidades de registro em duas subcategorias: Atos de Humanização e Humanização para além do paciente.

#### Atos de Humanização

Os estudantes expressaram que a humanização na saúde se manifesta por meio de atos praticados pelos profissionais, como ouvir, respeitar o outro e ser empático. Tal percepção corrobora com a literatura, na qual se defende a ideia de que a humanização assume o significado de colocar-se no lugar do outro e ser respeitoso (Salício, Gaiva, 2011).

O ato de ouvir, destacado pelos estudantes como prática humanizadora, constitui importante etapa do processo de comunicação; ouvir atentamente e com interesse as pessoas representa uma forma de demonstrar respeito e atenção ao outro.

Estudos apontam que a comunicação deve ser a base do relacionamento entre os profissionais de saúde e usuários. Esta interação permite ao profissional ter visão ampliada do contexto de saúde e doença no qual o usuário está inserido e faz aflorar tanto no usuário quanto em sua família sentimentos de respeito e confiança (Silva, Oliveira, Souza, 2012).

Os depoimentos ilustram a opinião dos estudantes sobre a importância da comunicação no contexto da humanização na saúde. *"...prestar uma assistência ao paciente, sabendo ouvir, sabendo como você fala, porque dependendo do tom de voz que você fala com o paciente também, não é humanização [...] ouvir o*

que ele acha [...] trazer ele para o cuidado também... (ENF-17)."...isso é uma forma de humanização, você é...levar as informações da saúde com termos populares para que a pessoa saiba o que está acontecendo com ela." (TO-9)

Atitudes de respeito e a necessidade de desenvolver empatia também foram salientadas. Os fragmentos a seguir exemplificam o sentido que os entrevistados atribuem quando agregam a empatia e o respeito à ideia de humanização. "...é você se colocar no lugar da pessoa. Você tratar ela como você gostaria de ser tratado... (ENF- 5)" "Eu acho que um pouco da humanização é olhar para o indivíduo, é pensar nele, se colocar no lugar dele. (TO-3)"

Os depoimentos denotam a percepção dos participantes sobre a importância da empatia para uma assistência humanizada. Ressalta-se que a união entre empatia e respeito norteará as ações para a valorização da subjetividade do usuário, proposta pela Política Nacional de Humanização (Brasil, 2006).

O estabelecimento de vínculo entre os usuários e profissionais é essencial pois consente a co-responsabilização das ações de saúde. Deste modo se pretende reorganizar o processo de trabalho almejando substituir a relação moderada na queixa-conduta para uma relação construída pela troca de experiências. Tais considerações podem ser observados nos depoimentos a seguir (Coelho, Jorge, 2009). "O que eu entendo por humanização seriam aquelas atividades que visam uma aproximação maior do profissional com o paciente... (BIOMED-3)". "...aumentar a relação das pessoas como seres humanos, não como quem presta o serviço. (BIOMED-3)"

Os relatos obtidos no desenvolvimento dos grupos focais evidenciaram que os futuros profissionais querem ser resolutivos e que percebem a resolutividade como sinônimo de

humanização. "...muito mais do que só ser educado com a pessoa, envolve você ser resolutivo com o problema que a pessoa está querendo resolver... (ENF-2)". "...ser resolutivo... (ENF-5)"

Estudos apontam que a resolutividade é o caminho para se alcançar uma assistência humanizada e completa, e que a integração entre profissionais e usuários favorece a incorporação dessa atitude no ambiente de trabalho (Filho, Souza, Castanheira, 2011).

### Humanização para além do paciente

Prestar uma assistência humanizada requer um olhar holístico para as necessidades do paciente, assim como para tudo que o rodeia. A família precisa ser alvo de ações de cuidado, como educação e promoção de saúde; os profissionais de saúde que prestam o cuidado também devem ter suas necessidades e angústias assistidas. "...humanização não é só humanização com o paciente. Engloba humanização também com os profissionais, com toda a família do paciente... (ENF-5)".

Foi ressaltada nos depoimentos obtidos com os grupos focais a importância da valorização do universo existente além do paciente, do tratamento e da internação. É indispensável compreender a história de vida, as experiências e respeitar as opiniões de quem recebe o cuidado. A partir dessa compreensão e da soma de conhecimentos busca-se despertar a autonomia do usuário (Pires, Rodrigues, Nascimento, 2010). "Pensar um pouco nesse ser humano, quem que é esse ser humano, qual o conceito desse ser humano, que história de vida ele tem, o que é importante para ele. (TO-3)". "...[humanização] é você conseguir olhar para aquela pessoa [...] além do paciente [...] você conseguir olhar pra aquela pessoa além do tratamento que ela está precisando, não ficar focado só no vamos tratar, pra ela melhorar e tchau.

*É abordar todos os aspectos [...] o que é importante pra ela. (TO-10)”*

Para conseguir uma excelência no atendimento é preciso que os processos de trabalho sejam humanizados, o que significa que o trabalhador de saúde deve ser valorizado com salários dignos e condições de trabalho adequadas (Duarte, 2010). Essa percepção sobre a influência das condições de trabalho na assistência prestada pelos profissionais de saúde foi observada pelos estudantes, ao relatarem suas vivências acadêmicas nos campos de estágio. *“...é que às vezes o meio que você trabalha faz com que você preste uma assistência precária, e se a instituição em que você trabalha não tem princípios humanizados, ela não colabora, não te ajuda a agir muitas vezes de forma ética e de forma humanizada, se ela não te dá recursos para uma boa assistência. (ENF-23)”*.

A partir dessa visão apresentada pelos estudantes manifesta o cenário de transformações que a saúde está vivenciando. A mudança do modelo biomédico para a atenção biopsicossocial. *“[humanização] Um cuidado com o outro, mas não um cuidado no sentido biomédico é um cuidado biopsicossocial... (TO-16)”*.

É importante informar que esta subcategoria foi constituída com relatos expressos apenas pelos estudantes dos cursos de Enfermagem e de Terapia Ocupacional. Este fato pode estar relacionado às especificidades dos cursos, bem como aos aspectos filosóficos, teóricos e metodológicos dos Projetos Pedagógicos, que orientam o processo ensino-aprendizagem e direcionam o perfil profissional que se deseja formar.

### **Humanização: transversalidade entre teoria e prática**

Essa categoria abrange depoimentos referentes à abordagem do tema humanização na

formação acadêmica, se este tema foi abordado e a maneira como foi abordado.

Pelos relatos obtidos, os três cursos que participaram do estudo apresentaram o tema humanização durante a formação dos seus profissionais.

Os depoimentos dos entrevistados no grupo focal do curso de Enfermagem apontam que o tema humanização adotou uma postura transversal, perpassando por todas as disciplinas, essa abordagem vai ao encontro do que é preconizado pela PNH, que propõe que a humanização seja uma política transversal (Brasil, 2006). *“...mesmo não sendo conteúdo específico [...] todas as disciplinas de alguma forma abordou [humanização]... (ENF-2)”*.

Os diálogos apontam uma correlação entre a teoria e a prática, ressaltando que a construção de laços entre os trabalhadores, estudantes e professores favorece o crescimento pessoal e profissional. *“A gente teve na teoria e a partir [...] do estágio, situações no decorrer do estágio, deu pra gente visualizar isso e passar a fazer uma discussão em sala de aula... (ENF-4)”*. *“...por mais que tenha sido muito abordado, muito falado, humanização é uma coisa que a gente aprende fazendo na hora. (ENF-3)”*.

No curso de Terapia Ocupacional, o tema humanização, assim como no curso de graduação em Enfermagem, foi visto de forma transversal. Os recursos didáticos utilizados para explanação do tema humanização foram: aulas expositivas, seminários, casos clínicos, grupos de discussão, entre outros. *“A gente aprendeu bastante esses temas, através de teatro, leituras, discussão de casos... era uma aula destinada ao que é encontrada na prática. Na prática a gente também fazia bastante correlação com a teoria. (TO-2)”*.

Os impactos que as atitudes dos professores e dos profissionais que atuam no campo

exercem no processo de formação, segundo os relatos dos estudantes de Enfermagem e de Terapia Ocupacional. Durante o decorrer dos cursos, estes observaram posturas profissionais variadas, e essas observações contribuíram para o discernimento e o aprendizado da humanização no âmbito profissional.

É preciso focar na ligação entre teoria e prática, o aprendizado abrange a construção de novos laços entre os envolvidos no processo de formação, estudantes, professores e trabalhadores. Essa vivência no campo das atividades práticas favorece o surgimento de novos pensamentos e ideais, contribuindo para a formação de profissionais críticos e reflexivos, capaz de interferir no contexto em que estão inseridos. (Silva, Chernicharo, Ferreira, 2011). “...às vezes nas nossas experiências no estágio, a gente não concorda com certas atitudes de certas pessoas, de certos profissionais que falta ainda o respeito. (ENF-10)”. “...na prática a gente viu a prova exata, o modelo a não ser seguido. Que essa é a nossa realidade prática, a gente viu, o que a gente não deve fazer. [...] é o mais importante, o maior aprendizado que a gente tem, tanto ético quanto de humanização. (TO-3)”.

Ainda com as unidades de registro dos cursos de Enfermagem e Terapia Ocupacional foi possível verificar que estes estudantes reconhecem que a construção de uma postura humanizada não é finita. Percebem que são privilegiados por terem em sua formação o tema humanização, e ainda, acreditam que os profissionais com maior tempo de formação e que já estão inseridos no mercado muito tempo, talvez não tenham sido preparados para essas mudanças de postura.

Observou-se que o tema Humanização teve uma singela presença durante a formação do biomédico, sendo abordada em uma aula

inserida na disciplina de bioética. Contudo, os estudantes referem experiências extracurriculares com a temática humanização, e estas experiências são vistas como uma possibilidade de aquisição de habilidades práticas pautadas em atitudes humanizadas e que em alguns casos podem vir a não serem desenvolvidas nas atividades propostas na grade curricular dos cursos (Helmo, Simões, 2010). “A gente teve a disciplina de ética... Bioética. E teve uma aula dentro da bioética que falou sobre humanização. (BIOMED-2)”. “O que a gente teve de contato com humanização, não posso falar por todos, mas foi na liga onde nós tivemos uma atividade junto com o SAKURA. Foi uma coisa assim... Digamos extracurricular. (BIOMED-3)”.

Afirmam que mesmo sem ter aulas teóricas sobre o tema humanização, o mesmo é observado na prática profissional e os estudantes buscam adotar uma postura humanística. “...em relação à humanização, a gente não fica vendo assim em aula, teorias sobre isso, mas, as condutas são de maneira geral bem humanizada porque na nossa profissão em geral a gente tem que saber ser... Tratar as pessoas de uma maneira humanitária assim... Para ter uma boa relação com o paciente, não pode desprezar esse lado humano de maneira nenhuma... (BIOMED-1)”.

Os entrevistados salientam a importância de se adotar uma postura de multiplicadores. Para repassar os conhecimentos, eles exemplificam a utilização de programas de educação em serviço, que constitui um instrumento essencial para instigar os profissionais a adotarem uma postura humanizada. É preciso investir em estratégias didáticas que visem não somente a transmissão vertical de conteúdo e técnicas, mas, que almejem promover a sensibilização do profissional para oferecer um



cuidado humanizado (Costa, Locks, Klock, 2012). “... a gente está ali [no hospital] pra disseminar essas coisas [humanização] entendeu. O hospital é muito grande, são muitas pessoas, e eu acho que cada um tem uma sementinha para plantar. (TO-16)”. “...os próprios profissionais que não tiveram isso [humanização] durante a formação estar adquirindo esses conhecimentos. Através de educações continuadas. (ENF-24)”.

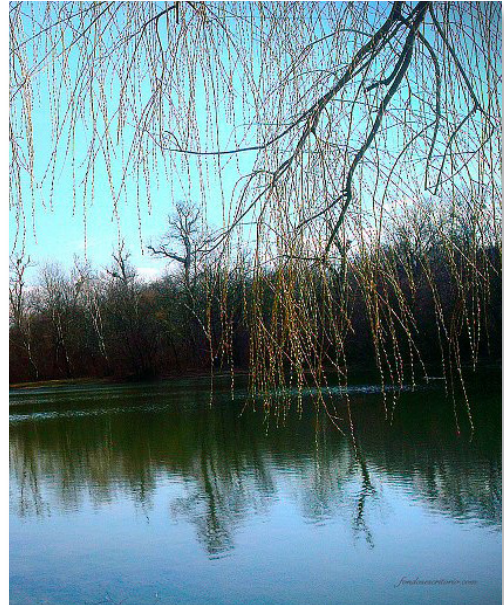
Essa percepção de que é sempre necessário adquirir novos conhecimentos é importante para o futuro profissional desses estudantes; ademais, a elaboração e implementação de planos de educação permanente para os trabalhadores com base nos princípios da humanização é um dos dispositivos presentes na PNH. (Brasil, 2006).

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo, que buscou a percepção dos estudantes da área da saúde acerca do tema humanização, e também conhecer como este tema é trabalhado durante o processo de formação acadêmica, evidenciaram que os estudantes dos cursos de graduação em Biomedicina, Enfermagem e Terapia ocupacional tiveram contato com tal temática.

A percepção destes estudantes sobre humanização está atrelada a atos que se concretizam em atitudes como saber ouvir o usuário, ter empatia e ser resolutivo. Observou-se também a amplitude que o conceito de humanização adquiriu para os entrevistados, evidenciado pela preocupação dos mesmos em incluir a família no cuidado, ser crítico quanto às condições de trabalho e condutas institucionais.

Com relação à humanização no processo de formação profissional, pode ser identificada uma articulação entre teoria e prática mediante os depoimentos que evidenciavam a importância das atividades práticas para fa-



cilitar a assimilação do conteúdo. Os cursos de graduação em Enfermagem e Terapia Ocupacional relataram os exemplos profissionais, e a importância desse compartilhamento de experiências. Os estudantes se intitulam multiplicadores do tema humanização para os profissionais que estão em campo.

Ao identificar no processo de formação acadêmica a abordagem do tema humanização, percebe-se que as universidades que investem nesse tipo de formação podem contribuir para melhoria da assistência à saúde. Haja vista que nos campos de trabalho cada vez mais tem se cobrado a atuação de profissionais comprometidos com a humanização.

Estudos como este contribuí para descrever a percepção dos estudantes sobre humanização, e evidenciar a importância da incorporação de atividades práticas nos cursos da área de saúde para possibilitar uma melhor compreensão do processo de formação tanto técnico-científica como reflexiva dos acadêmicos. A limitação deste trabalho foi de ter sido desenvolvido apenas com três cursos da



área da saúde, fato este que pode estimular o desenvolvimento de novas pesquisas com a intenção de colaborar com o desenvolvimento científico da temática.

Assim, os investimentos na formação acadêmica de um estudante através de estratégias que visem à melhoria do ensino trazem como consequência uma assistência à saúde mais qualificada e humanizada.

## REFERÊNCIAS

- Almeida, M. (Org.) (2003) Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde. Rede Unida, Londrina.
- Barbosa, G. C; Meneguim, S; Lima, S. A.M; Moreno, V. (2013) Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: Revisão Integrativa. Revista Brasileira de Enfermagem 66(1): 123-127.
- Brasil. (2006) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3.ed. Ministério da Saúde, Brasília.
- Coelho, M. O; Jorge, M. S. B.(2009) Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. Ciência & Saúde Coletiva 1(14):1523-1531.
- Costa R; Locks, M.O.H; Klock, P. (2012) Acolhimento na unidade neonatal: percepção da equipe de enfermagem. Rev. enferm. UERJ 20(3):349-53.
- Dall'agnol, C. M; Trench, M. H.(1999) Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na Enfermagem. Rev Gaúcha Enferm. 1(20): 5-25.
- Duarte, M. L. C. Noro, A. (2010) Humanização: uma leitura a partir da compreensão dos profissionais da enfermagem. Rev Gaúcha Enferm. 31(4): 685-692.
- Filho, A. D. D; Souza, M. D. D. O; Castanheira, P. H. D. R.(2011) Acolhimento com classificação de risco: humanização nos serviços de emergência. Revista de Trabalhos Acadêmicos [Online].[acesso em 2011 out 26];2(1). Disponível em: <http://revista.universo.edu.br/index.php?journal=1reta2&page=article&op=view&path%5B%D=311&path%5B%D=238>.
- Helmo, F. R; Simões, A. L. A.(2010) Liga de Humanização SARAURA: Contribuição para a formação dos profissionais da saúde. Cienc Cuid Saude 9(1):149-154.
- Hora, D. L; Erthal, R. M. C; Souza, C. T. V; Hora, E. L. (2013) Propostas inovadoras na formação do profissional para o Sistema Único de Saúde. Trab. Educ. Saúde 11(3): 471-486.
- Minayo, M. C. S. (2008) Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Vozes, Petrópolis.
- Pasche, D.F. (2010) Humanizar a formação para humanizar o SUS. In: Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Humanização. Formação e Intervenção. Ministério da Saúde, Brasília (DF) 1: 64-71.
- Pires, V. M. M. M; Rodrigues, V. P; Nascimento, M. A. A. (2010) Sentidos da integralidade do cuidado na saúde da família. Rev. Enferm UERJ 4(18): 622-629.
- Rego S, Gomes AP, Siqueira-Batista R.(2008) Bioética e humanização como temas transversais na formação médica. Rev. bras. educ. med., 4(32), 482-491.
- Rios, I.C. (2009) Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. Rev. bras. educ. med. 33(2): 253-262.
- Salicio, D.M.B; Gaiva, M.A.M.(2011) O significado de humanização da assistência para enfermeiros que atuam em UTI. Rev. Eletr. Enf. 2006 [acesso em 2011 out 24] 8(3): 370-376. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista83/v8n3a08.htm>.
- Silva, A. A; Oliveira E. C; Oliveira, S. H. A; Souza, N. R.(2012) A humanização do atendimento e a percepção entre profissionais de enfermagem nos serviços de urgência e emergência dos prontos socorros: revisão de literatura. Ciência et Praxis 5(9):77-84.
- Silva, F. D; Chernicharo, I. M; Ferreira, M.A. (2011) A Humanização na ótica de professores e acadêmicos: estado de arte no conhecimento da enfermagem. Ciência Cuidado e Saúde 10(2):381-388.
- Souza, G. C. A; Costa, I. C. C. (2010) O SUS nos 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. Saúde e Sociedade 19(3): 509-517.

# Prácticas de autocuidado sexual y reproductivo en mujeres “parejas de” migrantes internacionales de San Luis Potosí, México(\*)

Sexual and reproductive practices of self-care in women partners of international migrants in San Luis Potosí, Mexico

Práticas de autocuidado Sexual e reprodutivo em mulheres “casais de” migrantes internacionais de San Luis Potosi, México

Yésica Yolanda Rangel Flores<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dra. En Ciencias Sociales. Facultad de Enfermería de la UASLP.

Cómo citar este artículo en edición digital: Rangel Flores, Y.Y. (2014) *Prácticas de autocuidado sexual y reproductivo en mujeres “parejas de” migrantes internacionales de San Luis Potosí, México. Cultura de los Cuidados (Edición digital) 18, 40. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.40.11>*

Correspondencia: UASLP Niño artillero no. 130. Zona universitaria, C.P. 78240, San Luis Potosí, SLP. México.

Correo electrónico: [yrangelmaestria@hotmail.com](mailto:yrangelmaestria@hotmail.com)

Recibido: 07/09/2014; Aceptado: 15/10/2014



## ABSTRACT

Migrants and their partners have been incorporated into institutional discourses of health as “subjects at risk” against Sexually Transmitted Infections (STIs), however, the inclusion of this specific population in communication and risk management of STIs has

been ambiguous in the Mexican context. The objective of this approach was explore sexual and reproductive practices of self-care they take in their everyday women “partner of migrant” and the relationship of these measures with communication and risk management conducted by health services. It was a qualitative approach with 20 women “partner of migrants” located by the health services, the information was gathered through in-depth interviews that focused on the areas of “risk perception” and “sexual and reproductive self-care”. We found that most women do not recognize vulnerable to STIs and risk perception is not decisive in the confrontation about the threat to develop, the patriarchal imaginary prevailing in them, their partners and health workers rejecting the use of prevention and early detection.

**Keys word:** Sexual and reproductive self-care, sexuality and reproduction, migration, women, Sexually Transmitted Infections

(\*) Este trabajo deriva de la tesis doctoral que lleva por nombre “Construcción social del riesgo sobre VIH y sida en mujeres de migrantes potosinas” desarrollada en el Programa de Doctorado en Ciencias Sociales de El Colegio de San Luis A.C.

## RESUMO

Migrantes e seus parceiros foram incorporados discursos institucionais de saúde como “sujeitos em risco” contra Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), no entanto a adição desta população específica em comunicação e gestão de risco de DST é ambíguo no contexto mexicano. O objetivo desta pesquisa foi a de determinar as práticas de auto-cuidado sexuais e reprodutivos que adotam mulheres “casais de” migrantes em suas vidas diárias e relação dessas medidas com a comunicação e gestão de risco feita pelos serviços de saúde. Foi um estudo qualitativo com 20 mulheres “casais de” migrante, localizados através de serviços de saúde. Os dados foram coletados por meio de entrevistas em profundidade que incidu sobre as áreas de “percepção de risco” e “auto-cuidado sexual e reprodutiva.” Descobrimos que a maioria das mulheres não reconhecem vulnerável às DSTs e percepção de risco não é decisivo no confronto com a ameaça de desenvolver, e percepção de risco não é decisivo no confronto com a ameaça de desenvolver, uma vez que o imaginário patriarcal predominante neles, seus parceiros e profissionais de saúde desvalorizan a utilização de recursos de prevenção e detecção precoce.

**Palavras chave:** Auto-cuidado sexual e reprodutivo, sexualidade e reprodução, migração, mulheres, Doenças Sexualmente Transmissíveis

## RESUMEN

Los migrantes y sus parejas han sido incorporados en los discursos institucionales de salud como “sujetos en riesgo” frente a las Infecciones de Trasmisión Sexual (ITS), sin embargo la incorporación de esta población específica en la comunicación y gestión del riesgo de ITS ha sido ambigua en el contexto mexica-

no. El objetivo del presente acercamiento fue conocer las prácticas de autocuidado sexual y reproductivo que adoptan en su cotidianidad mujeres parejas de migrantes y la relación de dichas medidas con la comunicación y gestión del riesgo que los Servicios de Salud realizan. Se trató de una aproximación de tipo cualitativo con 20 mujeres “de migrantes” localizadas mediante los servicios de salud, la información se recabó a través de entrevistas a profundidad que focalizaron en las esferas de “percepción del riesgo” y “Autocuidado sexual y reproductivo”. Se encontró que la mayoría de las mujeres no se reconoce vulnerable frente a las ITS y que la percepción del riesgo no es determinante en la confrontación que respecto a la amenaza puedan desarrollar, dado que los imaginarios patriarcales que prevalecen en ellas, sus parejas y el personal de salud desestiman la utilización de medidas de prevención y detección oportuna.

**Palabras clave:** Autocuidado sexual y reproductivo, sexualidad y reproducción, migración, mujeres, Infecciones de transmisión sexual

## INTRODUCCIÓN

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) han sido asociadas con la población que participa en los procesos de movilización poblacional (particularmente la transnacional) incluso cuando se carece de evidencia suficiente para sustentar desde lo académico dicho vínculo, la migración se ha posicionado dentro de las llamadas prácticas “de riesgo” asociadas a estas enfermedades. En el contexto anterior y sin embargo, la postura del Estado respecto al vínculo ITS-Migración es ambigua, si bien se reconoce la vulnerabilidad de quienes participan directa o indirectamente en los procesos

migratorios, poco se hace respecto a la prevención, protección específica y detección oportuna de estas enfermedades en este grupo de población específico, ello se hace evidente en los Programas y Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud.

La ambigüedad anteriormente mencionada complejiza sobremanera la construcción que respecto al riesgo son capaces de elaborar las mujeres “*parejas de*” migrantes, sujetos que por un lado se enfrentan a discursos que las colocan “*en riesgo*” por las características de sus parejas, por otro, son excluidas del mismo por considerarse inmunizadas a partir de sus características heterosexuales y monógamas, características que desde lo moral resultan incongruentes con el perfil que socialmente se ha construido de este tipo de enfermedades, patologías que se han perfilado desde lo social como propias de sujetos homosexuales o con múltiples parejas sexuales.

La situación de los sujetos frente a las enfermedades prevenibles se complejiza dentro de un marco sociocultural en el que la manera en que asumen y confrontan sus riesgos depende primeramente de que los reconozca relevantes (*percepción del riesgo*), y después de la adecuación de los recursos con que cuentan en su contexto inmediato para confrontar las amenazas (*agencia de autocuidado*) (Mary Douglas, 1996:16)

Tomando como sustento este marco antropológico, el impacto de las intervenciones sanitarias en materia de ITS depende de la percepción del riesgo que los sujetos poseen respecto a la amenaza, así como de las prácticas de autocuidado sexual y reproductivo que puedan aplicar en sus contextos, entendiendo el autocuidado cómo una conducta que implica habilidades de *conocimiento* para identificar los riesgos derivados del ejercicio sexual, des-

*trezas* para seleccionar y utilizar los dispositivos de protección frente al riesgo y actitudes para negociar el acceso y uso de dichos métodos<sup>1</sup>.

### METODOLOGÍA

Se trató de una aproximación cualitativa realizada con 20 mujeres (parejas de migrantes) pertenecientes a comunidades de la región media y centro de San Luis Potosí (México) reconocidas por su alta participación migratoria. Se incluyeron para trabajar mujeres cuya pareja participara en la migración activa o que lo hubiesen sido con patrón de migración circular, que no hubiesen participado en procesos de migración conjunta con su pareja y que residieran actualmente en las comunidades de estudio.

Para la recolección de información se recurrió a entrevistas a profundidad que exploraron dos dimensiones principales: Percepción del riesgo y Agencia de autocuidado. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas para identificar el estado de la percepción del riesgo, el desarrollo de agencia de autocuidado sexual y reproductivo, y finalmente identificar el impacto que los discursos institucionales tiene tanto en la percepción del riesgo como en el desarrollo de la agencia.

El análisis de la información tuvo sustento en el enfoque de la antropología del riesgo, marco que problematiza la confrontación a las amenazas influenciada por las características culturales, económicas y políticas de los contextos en que los sujetos se desarrollan. Esta propuesta de análisis implica reconocer que el autocuidado deriva no exclusivamente de los discursos de comunicación del riesgo, sino principalmente de las representaciones y experiencias de vida que los sujetos han tenido con la amenaza.

### Caracterización sociodemográfica

El promedio de edad fue de 34.4, con una mínima de 23 y una máxima de 51, cabe señalar que la decisión de trabajar con mujeres cuyas edades están fuera de la señalada etapa reproductiva (15-45 años) obedeció a la necesidad reconocer que el ejercicio sexual no se circunscribe a la reproducción como fin. Sobre el nivel educativo se encontraron diferencias relevantes, mientras entre las rurales poco más del 50% no concluyó la educación primaria, sólo el 30% de las urbanas presentó el mismo caso, mientras el 30% de las urbanas concluyó la educación secundaria, sólo 9% de las rurales contó con este nivel educativo.

Respecto al estado civil se encontró que entre las mujeres rurales sólo una convivía con su pareja bajo el régimen de unión libre, mientras entre las urbanas 30% señaló vivir bajo esta modalidad. En lo que se refiere a la ocupación se encontró que mientras la totalidad de las mujeres rurales se auto refirieron *“ama de casa”*, incluso cuando poco más de una tercera parte de ellas se involucra en actividades del sector informal, las mujeres urbanas dijeron incorporarse en actividades que les posibilitan un ingreso económico.

### La percepción del riesgo

Si bien existe una cantidad importante de mujeres que evidenció una condición de *inmunidad subjetiva* respecto a las ITS, es necesario reconocer la existencia de mujeres que han desarrollado una percepción del riesgo frente a estas enfermedades. El reconocimiento que hicieron respecto a su riesgo se manifestó en dos formas distintas, la primera fue aquella en la que las mujeres refieren su riesgo derivado de una responsabilidad conjunta con sus parejas, asumiéndose tan responsables como sus parejas frente al riesgo; la segunda fue la que

señaló el riesgo como resultado de una toma de decisiones que no les compete y de responsabilidad exclusiva del varón, centrada principalmente en asignar culpas sobre la pareja.

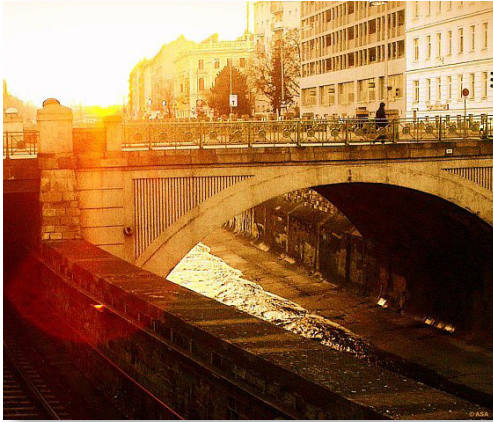
Norma por ejemplo, reconoce que el riesgo de las mujeres deriva tanto de comportamientos de su pareja, como de omisiones que ella comete en el ejercicio de su vida sexual:

*“Las amas de casa tenemos más riesgo que las prostitutas, confiamos ciegamente en nuestros maridos y no nos cuidamos, ni los hacemos que se cuiden, incluso a veces aún sabiendo que ellos andan con otras....nos ciega el amor o por lo mismo que como son ellos con nosotras y no quieren usar condón”* (Norma, 37 años)

La frase que norma utiliza *“no nos cuidamos, ni los hacemos que se cuiden”* alude tanto a la obstinación de las mujeres por no dar cuenta de un riesgo que existe, como a la resistencia de los varones por utilizar métodos de barrera durante el encuentro, en dicho sentido, se reconoce una responsabilidad compartida frente al riesgo.

Otras mujeres se deslindan de toda responsabilidad frente al riesgo construyendo relatos en los que el riesgo deriva de acciones que no les competen y dentro de contextos en los que se reconocen incapacitadas para tomar decisiones.

*“Las amas de casa estamos bien cerca de ese riesgo, por lo mismo que los esposos hace uso de mujeres que pueden estar enfermas y la mayoría de nosotras, bueno de las señoras con las que he platicado dicen que sus esposos no aceptan ponerse el condón que porque no se siente igual.... Yo no estoy segura que no me vaya a dar sida por lo mismo que yo sé cómo es él”* (Verónica, 44 años)



La frase “Yo no estoy segura” alude la responsabilidad que de su riesgo dejan al destino azaroso, es decir, sé es consciente de que se enfrenta el riesgo de manera cotidiana, sin embargo se confía en algo “superior” que disminuye esas probabilidades, en ocasiones ese “algo” es representado en dios, otras veces en la suerte o el destino, variables en las que estas mujeres son capaces de depositar su salud sexual y hasta su vida.

Pese al reconocimiento que hacen las mujeres de su vulnerabilidad, la ausencia de agencia para decidir e implementar estrategias para el confrontamiento de la amenaza, juega un papel relevante en la manera en que se construye y gestiona el riesgo. La agencia refiere a la capacidad de *saber y actuar* que los sujetos muestran frente a situaciones amenazantes e incluso bajo condiciones de coerción (Giddens, 1984, p. 1-16)

La ausencia de agencia se evidencia cuando estas mujeres narran que en la búsqueda de implementar y negociar estrategias de protección frente a la enfermedad, su intención resulta mermada por la asimetría de poder entre géneros que se juega en su práctica sexual entre marido-mujer (Da Silva y Colhelo 2008; Alfonso 2006; Exposito y Moya 2005; Pratto y Walker 2004).

*“Pienso que el riesgo para las amas de casas es el peor, uno piensa no pues es mi esposo y uno se deja a como ellos quieren, y si no quieren condón como el mío así tiene que ser, las prostitutas no, ellas son mas listas en eso, ellas se cuidan, ellas no se meten con ellos si no traen condón”* (Lidia, 28 años)

Se hace necesario reflexionar cómo estas mujeres, conceden a sus parejas autoridad completa respecto a las decisiones en que se dará el encuentro sexual, gestándose en ello una condición que potencia aún más su vulnerabilidad frente a la enfermedad (Morrison, 2006; Silva, 2002; Delor y Hubert 2000). En este contexto, si bien el desarrollo de la percepción del riesgo es vital para aludir el tenor en que el mismo se construye, es necesario dar cuenta que no todo depende de la percepción, sino de las dinámicas en que se dan las relaciones sociales entre los géneros, bajo la posibilidad de que las conductas tendientes a la protección resulten anuladas por una asimetría de poder dictada desde el género (Long, 2007: 57).

### **Motivaciones y desmotivaciones para el uso de condón**

La mayoría de los estudios que exploran la prevención de ITS, señalan la falta de disposición de los varones para la utilización del condón, sin embargo, los resultados del presente acercamiento permiten dar cuenta que también entre las mujeres prevalecen representaciones negativamente asociadas al uso de dicho dispositivo (Uribe et. Al, 2009).

En lo que respecta a la *aceptación y experiencia en la utilización del condón* se encontraron discrepancias relevantes entre ambos grupos, mientras entre las mujeres rurales prevalecen quienes refieren no haber tenido la experiencia de utilizarlo, e incluso se presenta



el caso de una mujer que explícitamente niega disposición para usarle, las urbanas no sólo narran mayor experiencia en su uso, también refieren una demanda insatisfecha respecto al dispositivo dada la renuencia de sus parejas por participar de su utilización. Evidencia de mayor utilización del condón en población urbana que rural ya han sido reportadas en otros estudios, aun cuando han focalizado en un grupo de población distinto, el de adolescentes (Torres y Cols. 2009; Cortes y Cols. 2007).

En ambos grupos surgieron estigmas de tipo moral asociados al condón, *promiscuidad e infidelidad* figuraron como los principales. En este contexto, si bien la mayoría de las mujeres señalan la renuencia de su pareja como principal obstáculo para protegerse de ITS, no debe dejar de reconocerse la existencia de representaciones que desde el propio imaginario de las mujeres desalientan el uso del condón, significándole un símbolo de promiscuidad y de uso exclusivo en sujetos con prácticas sexuales “*indecentes*”.

Es interesante dar cuenta cómo el uso del condón se complejiza desde lo cultural, en contextos en los que se piensa que una mujer que acepta o propone utilizarle, acepta también la posibilidad de encuentros sexuales extramaritales en ella y su pareja, una cuestión que pone en entredicho la reputación moral y el respeto social del que se supone acreedora cualquier mujer capaz de mantener la exclusividad sexual de su pareja

*“Nunca le he pedido que use condón porque a ninguno de los dos nos gusta usar eso, yo pienso que se enojaría si le dijera, me diría que porque sé de eso, se encabronaría y hasta una buena chinga me anda dando (risas).... si él me dijera a mí que lo hiciéramos con condón, le diría que no que con eso no, porque no me gusta, eso es para “locas” (Carmela, 22 años)*

La narrativa de Carmela evidencia cómo las propias mujeres han terminado por internalizar una serie de representaciones que no sólo reprimen el ejercicio de su sexualidad, sino que representan una amenaza para su salud sexual y reproductiva. El discurso expone también de qué forma *violencia y sexualidad* se vinculan dentro de un mismo campo, de manera que deja de cuestionarse la impertinencia de dicha violencia.

En este contexto se hace necesario, sin embargo, reconocer la existencia de mujeres que si bien vinculan el condón con la *inmoralidad*, aceptan utilizarle cuando la propuesta de usarlo es planteado por sus parejas

*“Nunca le he dicho que use condón, lo usó un tiempo pero fue porque él dijo que me hacía daño tomar tantas hormonas... sabe qué haría si me encontraré condones en la casa, yo creo que me diría ¿y tú porque tienes? ¿Con quién los usastes? Si creo que se enojara, yo también me enojaría si le encontrara condones porque ¿pa que los quiere? Porque entonces ha tenido relaciones con otra, si me molestaría porqué sería como una prueba de que si anda de demás ¿no? (Teresa, 41 años)*

El estigma parece no posicionarse propiamente en el condón, sino en la mujer que es capaz de negociarle, puesto que dicha negociación se equipara a la confesión de una práctica sexual inmoral, en el entendido que dicho dispositivo se considera necesario únicamente en personas que tienen prácticas sexuales casuales, extramaritales o con sujetos clasificados “*de riesgo*”. En este sentido, parece ser que en la renuencia por participar de la negociación del condón, encuentran estas mujeres la oportunidad de relegitimarse como “*decentes*” y consecuentemente dignas de vivir en la ins-

titución más valorada en nuestra sociedad, el matrimonio (Hirsh y Cols, 2002)

Para algunas mujeres la negociación del condón no sólo les significa una amenaza moral y social, representa también la posibilidad de ser objeto de violencia por parte de sus parejas, una contingencia que aun siendo poco asertiva llega a resultarles justificable para ellas, dado a que en su imaginario prevalece también el vínculo condón-promiscuidad/inmoralidad

*“Si el trajera un condón la verdad no sé cómo reaccionaría, creo que me enojaría porque pensaría que me anda poniendo los cuernos, a lo mejor es porque ya no está a gusto conmigo y eso sí me enoja... Si él me encontrará uno si se enoja, imagínese si por menos me ha golpeado, pienso que se me iba encima a los golpes”* (Sara, 36 años).

Las mujeres asumen entonces que solicitar el uso de condón conlleva la posibilidad de resultar violentada, ciertas de estar insertas en contextos en los que la infidelidad femenina resulta una amenaza “imperdonable” para la virilidad que se desempeña en el contexto patriarcal (Bernal, 2010; Torres, Zarco y Allen, 2010: 52-92)

En este contexto sin embargo, existe el caso de mujeres que parecen haber iniciado a movilizar estas representaciones, si bien no puede aludirse una deconstrucción completa del estigma, el condón comienza a contemplarse a manera de “un mal menor” que favorece la salud:

*“Si le hayo condones ahora sí que no estaríamos bien en la relación, porque yo estaría con la idea de por qué los trae y con quien los usa, pero también por otro lado pensaría que si se cuidó*

*y no me preocuparía porque me traiga enfermedades”* (Verónica, 44 años)

En estas narrativas si bien el condón continúa representándose como un símbolo que atenta contra las representaciones del “deber ser” en una pareja estable, inicia también a ser contemplado como un símbolo que les brinda certezas de no estar expuestas al riesgo de una ITS. En el sentido anterior, conviene reflexionar cómo aun cuando en ambos grupos de mujeres prevalece la representación condón-promiscuidad, la aceptación por utilizarle difiere, mientras quienes le asocian exclusivamente con promiscuidad-infidelidad aluden su uso cómo motivo de molestia y conflicto, quienes han logrado dar cuenta del mismo como un dispositivo de prevención, comienzan a reconocerle como un factor de protección para su salud.

### **Búsqueda y aceptación de las pruebas de detección oportuna**

Resultó interesante explorar la percepción y aceptación que tienen las mujeres respecto a las acciones de comunicación y gestión del riesgo desde los servicios de salud, rubro en el que se reiteran diferencias relevantes. Mientras algunas abogan por la exclusión de las “amas de casa” en los discursos de comunicación del riesgo, otras, principalmente las más jóvenes, reconocen la necesidad de ser incorporadas en los discursos de prevención.

Otra cuestión interesante es la que hace referencia al escaso impacto que los discursos del personal sanitario tienen en la construcción de su riesgo. En este sentido, mientras algunas coinciden en no haber sido informadas con respecto a su riesgo potencial, otras narran haber sido objeto de medidas de gestión del riesgo (pruebas de detección rápida), sin

comprender a fondo la condición que las hacía objeto de tales procedimientos, otras incluso llegan a referirse violentadas y en desacuerdo con los discursos desde los que se pretende despertar en ellas una consciencia respecto al riesgo.

*“De las campañas yo pensaría dárselas a los adolescentes para que sepan de eso de las infecciones, como se contagia y que se protejan sobre todo para evitar un embarazo... la enfermera me dijo que yo tengo más riesgo porque el anda allá y me dice que para lo mismo de prevenir que nos dé esa enfermedad tenemos que hacernos el Papanicolaou cada año... me ha dicho que use condón, que porque él anda allá, pero yo no creo, yo pienso que los que andan aquí tienen más oportunidades de andar en malos pasos, porque los de nosotros allá se la pasan trabajando”* (Elda, 41 años)

Es necesario deconstruir representaciones que emergen cómo obstáculos desde distintos campos, incluso dentro de las propias instituciones, ejemplo de ello, es el señalamiento que algunas mujeres realizan sobre la recurrencia a prácticas de desigualdad de género en políticas y programas de salud, en los que resulta común y hasta cierto punto “natural” la exclusión de varones en la comunicación del riesgo

*“Creo que debían hacer campañas a todos, porque todos somos humanos y todos tenemos ganas de tener relaciones, no por ser amas de casa se le van a quitar a uno las ganas de tener relaciones, ni ellos por estar casados se van a detener... a mí me dicen que si el condón, que hay que cuidarse, pero que yo sepa a él nunca le han hablado de las enfermedades que se contagian teniendo relaciones... a nosotras nos citan para lo de oportunidades pero es que venimos pu-*

*ras mujeres ¿de qué sirve si no los convencen a ellos? Ellos como hombres dicen que eso es cosa de mujeres y pues en la clínica yo creo también tienen esa idea”* (Olivia, 28 años)

Las mujeres en sus narrativas plantean cuestiones sumamente reveladoras, en primer lugar, sobre la necesidad de que las mujeres involucradas en relaciones estables sean contempladas como seres con práctica sexual y erotismo, y en dicho sentido vulnerables al riesgo; en segundo lugar, exigen que el discurso institucional incorpore a los varones en los discursos de riesgo sobre salud sexual y reproductiva. Finalmente con sus narrativas nos demandan reflexionar sobre la imagen que los servicios de salud poseen desde el horizonte del usuario, a manera de una institución que indolente al problema de la desigualdad de género parece legitimarle desde lo institucional.

Pero si bien las mujeres señalan poco pertinente la estrategia de comunicación del riesgo de vih/sida, en sus narrativas reconocen la existencia de variables “informales” que posibilitan su construcción del riesgo, entre estas destaca el impacto de las narrativas de riesgo locales respecto a la enfermedad:

*“Yo nunca me he tomado la muestra pero si me gustaría hacérmela, la otra vez estaba platicando con Dora (vecina) y me dijo que ella ya se la había hecho, por lo mismo me metió la idea de hacérmela, me la quiero hacer”* (Sara, 36 años)

Las mujeres platican del riesgo como una propiedad que comparten en el marco de migración de sus parejas, en estos relatos locales puede darse cuenta de qué manera cómo organización social comienzan a construir sus propios discursos para comunicar y proponer

medidas de gestión frente al riesgo.

En lo que respecta a la aceptación de las mujeres por participar de los procedimientos de detección oportuna, se encontraron también posturas divergentes, mientras algunas refieren incomodidad por participar de dichos procedimientos, otras se muestran interesadas por realizarlas, incluso porque para muchas de ellas, la detección oportuna representa la única medida factible de ser empleada en contextos en los que la negociación del uso del condón ha fracasado.

Las mujeres que rechazan determinantes la posibilidad de participar en las pruebas de detección oportuna, no sólo evidencian rechazo por el procedimiento, también manifiestan incomodidad con el discurso del personal sanitario, respecto a un riesgo que consideran ajeno a sus experiencias personales

*“A veces si me cansa que me digan que yo tengo más riesgo porque él anda en el otro lado, yo entiendo que es el trabajo de ellos (personal de salud) inculcarle a uno, porque a veces en ciertas cosas si somos bien cerradas, pero deberían pensar que no nomás las que tenemos esposos allá tenemos ese riesgo.... la otra vez me dijeron en el CS que me tomará la prueba del sida, en un principio no quería porque pensé que era por donde mismo que el Papanicolaou, pero ya me dijeron que era un piquete y me dejé, pero me dejé nomás pa’ que no dijeran que uno no coopera, porque yo estaba segura que no iba a salir nada malo, salí bien.... ¿Qué a mí se me ocurra ir a checármela? No ¿pa’ qué? como yo me siento bien y como le digo yo confío en él”* (Teresa, 41 años)

El relato de Teresa evidencia cómo el discurso sanitario entra en conflicto con las representaciones que estas mujeres poseen res-

pecto a la enfermedad y su sexualidad, en este sentido, aun cuando muchas de ellas acepten escuchar el mensaje del personal de salud respecto al riesgo y realizarse las pruebas de detección oportuna, dicha “aceptación” acontece dentro de un marco más interesado por evadir el conflicto con autoridades institucionales que cómo resultado de una verdadera conciencia respecto al riesgo.

Pero no todas las mujeres rechazan participar de las pruebas rápidas de detección, algunas refieren tener disposición para realizarlas una vez que se enteran de que existen, y es que un número importante de mujeres refirió al momento de la entrevista desconocer la existencia de este tipo de pruebas o bien considerar que dichas pruebas sólo estaban disponibles para embarazadas, usuarios en los que se promueven mediante spots radiofónicos:

*“Si he pensado en ir a checarnos de no tener la enfermedad pero no sé exactamente como se toma la prueba ni en donde la hacen, supongo que en los hospitales, porque he visto que dicen en el radio que uno vaya a checarse cuando está embarazada, pero no sé si sea también aunque uno no esté embarazada”* (Alma, 31 años)

Llama la atención el hecho de que para muchas de estas mujeres, las pruebas de detección rápidas representan la única opción de gestión posible frente al riesgo, dada la negativa determinante de sus parejas por participar del uso de condón

### CONCLUSIÓN

En las mujeres prevaleció un sentido de inmunidad subjetiva frente a la enfermedad, derivado principalmente de representaciones de la enfermedad que le contemplan como propia de homosexuales y sexoservidoras, en medida que

les convence también, de que su condición de heterosexualidad y matrimonio les representan una especie de escudo protector.

La confianza en el comportamiento sexual de su pareja, juega un papel importante en la inmunidad de que estas mujeres se apropian, aun cuando dicha confianza no deriva de procesos de comunicación efectivos, sino más bien de imaginarios que ellas elaboran con base a lo que pretenden o requieren de una relación conyugal. Las mujeres reconocen a los migrantes como un “*grupo de riesgo*” en sus localidades, se eximen a sí mismas y a sus parejas inmunizándose desde lo moral y el “*deber ser*”.

Son pocas las mujeres que evidenciaron el desarrollo incipiente de una percepción del riesgo respecto al vih/sida, esta percepción se encontró desarrollada en dos vertientes distintas y antagónicas, una en la que el riesgo se reconoce derivado de una responsabilidad conjunta con sus parejas, asumiéndose tan responsables como sus parejas frente al riesgo; otra en la que el riesgo es señalado como resultado de una toma de decisiones que no les compete, de responsabilidad exclusiva del varón, y centrada principalmente en asignar culpas sobre la pareja.

Finalmente destaca que si bien la mayoría de las mujeres refiere la negativa de sus parejas por usar condón como la causa de encuentros sexuales desprotegidos, sus narrativas permitieron identificar que en ellas también prevalecen representaciones que tornan indeseable el uso de condón, dado que le asocian con promiscuidad e infidelidad. En el sentido anterior, vale la pena reconocer que si bien existen el estigma sobre el condón como dispositivo, dicho estigma es menor que el que se posiciona sobre la mujer que es capaz de negociar con su pareja su utilización, dado que dicha negociación se equipara a la confesión de una práctica sexual



inmoral, llegando incluso a desatar y justificar la conducta violenta de sus parejas.

Los resultados reiteran la necesidad de incorporar el enfoque de género en los acercamientos académicos que se realizan en el ámbito sanitario, dado que como queda evidenciado esta tesis, programas de salud y personal sanitario no sólo no problematizan la desigualdad de poder que acontece en la práctica sexual de los sujetos, sino actúan de manera intencional o no, reforzando las representaciones que normalizan y potencian la desigualdad entre varones y mujeres.

#### NOTAS:

<sup>1</sup> Dorotea Orem (2001: 63) conceptualizó el autocuidado como “Actividad aprendida por los individuos [...] una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre si mismas, hacia las demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan su desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar”

#### BIBLIOGRAFÍA

- ALFONSO, A. (2006) Salud sexual y reproductiva desde la mirada de las mujeres. Revista Cubana Salud Pública. 31 (1) 1-15. :
- BERNAL, H. (2010) La propiedad privada, la monogamia, el patriarcado, la esclavitud y el carácter de la reproducción. Revista Nómadas. Recuperado el 26 de febrero de 2012 de: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=18112179005>.



- CORTÉS, A; MARLEIDYS, Y; GARCÍA, R; MEZQUÍA, A; PÉREZ, D. (2007) Características socio demográficas y del comportamiento sexual y reproductivo en adolescentes y jóvenes. *Cubana de Medicina General Integral*. 23 (1): 1-6.
- DA SILVA, A; COELHO, M<sup>o</sup>. (2008) Enfermería y salud desde el punto de vista del género: desafíos ante el siglo XXI. *Enfermería Integral*. 82: 20-27.
- DELOR, F; HUBER, M. (2000) Revisiting the concept of "vulnerability". *Social Science & Medicine*. 50: 1157-1570.
- DOUGLAS, M. (1996) La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales. Paidós Studio, Barcelona.
- EXPOSITO, F; MOYA, M. (2005) Violencia de género. En F. Exposito y M. Moya (Ed.) *Aplicando la psicología social*. Pirámide, Madrid: 201-227.
- GIDDENS, A. (1984) *The constitution of society: An outline of the theory of structuration*. Polity Press, Cambridge.
- HIRSH, J; HIGGINS, J; BENTLEY, M; NATHANSON, C. (2002) The social construction of sexuality: Marital infidelity and sexually transmitted disease-HIV risk in a Mexican Migrant Community. *American Journal of Public Health* 9 (8): 1227- 1237.
- LONG, N. (2007) *Sociología del desarrollo: Una perspectiva centrada en el actor*. El Colegio de San Luis A.C. - CIESAS, México.
- MORRISON, K. (2006) *Romper el ciclo: estigma, discriminación, estigma interno y vih*. Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos, Washington:
- OREM, D. (2001) *Nursing. Concepts of Practice*. 6<sup>a</sup>. Edición. Mosby, St. Louis Missouri .
- PRATTO, F & WALKER, A. (2004) The bases of gendered power. En A.H. Eagly, A.E. Beall & R.J. Stetnberg (Eds.) *The psychology of gender* (2end ed., pp. 242-268). The Guilford Press, New York
- SILVA, C. (2002) El significado de la fidelidad y las estrategias para la prevención del Sida entre hombres casados. *Rev Saúde Pública*. 36 (4): 40-49.
- TORRES, P; ZARCO, A; ALLEN, B. (2010) Capítulo 2: Prevención. En P. Torres (Ed.) *Mujeres, adolescentes y niñas mexicanas: Una mirada comprensiva en torno al vih y sida*. 52-92. México: Serie Ángulos del SIDA, CEN-SIDA, INMUJERES, INSP.
- TORRES, T; IÑIGUEZ, R; PANDO, M; SALAZAR, J. (2009) Riesgo de contagio de infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA desde el punto de vista de adolescentes migrantes del estado de Jalisco, México. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y juventud*. 7 (1): 135-154.
- URIBE, I; ANDRADE, P; ZACARÍAS, X. (2009) Risk sexual behavior predictors in high school students. *International Journal of Hispanic Psychology*. 2 (2): 111-126.





# Esferas vaginales: Función terapéutica

## Vaginal balls: Therapeutic function

### Áreas Vaginais: função terapêutica

Miriam Abdel Karim Ruiz<sup>1</sup>; Jessica Gallego Molina<sup>2</sup>; Marta Gavilán Díaz<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga. España.

<sup>2</sup>Hospital Materno Infantil de Málaga, Urgencias de Maternidad. Málaga. España.

<sup>3</sup>Hospital Quirón de Málaga, Urgencias de Maternidad. Málaga España

Cómo citar este artículo en edición digital: Karim Ruiz, M.A.; Gallego Molina, J; y Gavilán Díaz, M. (2014) Esferas vaginales: Función terapéutica. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)* 18, 40. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.40.12>

Correspondencia: A.S. Costa del Sol. Autovía A-7 Km 187 29603 Marbella. Málaga.

Correo electrónico: melocotoncillo@hotmail.com

Recibido: 11/08/2014; Aceptado: 14/11/2014



#### ABSTRACT

**Introduction:** Vaginal spheres are also known as Chinese balls, vaginal balls, love balls, geisha balls, Rin no tama, Ben Wa balls. Help strengthen the pelvic floor. These produce a microvibration to move the ball inside, favoring the pelvic floor muscles and increasing blood flow to the pelvic region. There are different areas of weight, torque indications pelvic floor should be tonic.

**Objective:** To review the literature on the effectiveness of vaginal balls and increase knowledge of the professionals on this kind of proprioceptive therapy, which is effective for many women for its easy use.

**Methods:** Literature search in databases:

Cochrane, Medline, Gerion, SciELO, Take care, Reproductive Health Library WHO and Academic Google.

**Results:** The vaginal balls are effective in the treatment of urinary and fecal incontinence and pelvic floor training.

Urinary incontinence is a common and distressing problem, which may interfere in the work, social and sexual life.

There is need for further trials to evaluate the methods and protocols of adequate training for the prevention of incontinence, prolapse and sexual dysfunction.

**Conclusion:** It has been shown that vaginal are better than no active treatment in women with stress urinary incontinence and can be equally effective than pelvic floor muscle training and electrical stimulation.

**Keywords words:** Vaginal Balls / Geisha Ball / Pelvic floor / Urinary incontinence / childbirth / Perineal rehabilitation.

#### RESUMO

**Introdução:** áreas vaginais são também conhecidos como bolas chinesas, bolas vaginais, bolas de amor, bolas de geisha, Rin no tama, bolas Ben Wa. Ajude a fortalecer o assoalho pélvico. Estes produzem um micro-vibrações para mover a bola para dentro, favorecendo os

músculos do assoalho pélvico e aumentando o fluxo de sangue para a região pélvica. Existem diferentes áreas do peso, as indicações de torque assoalho pélvico deve ser tônica.

**Objetivo:** Revisar a literatura sobre a eficácia das áreas vaginal e aumentar o conhecimento dos profissionais sobre este tipo de terapia proprioceptiva, que é eficaz para muitas mulheres para a sua fácil utilização.

**Métodos:** Pesquisa bibliográfica em bases de dados: Cochrane, Medline, Gerion, SciELO, tome cuidado, Biblioteca de Saúde Reprodutiva da OMS e acadêmico google.

**Resultados:** As esferas vaginais são eficazes no tratamento da incontinência urinária e fecal e treinamento do assoalho pélvico.

A incontinência urinária é um problema comum e angustiante, que pode interferir no trabalho, na vida social e sexual.

Há necessidade de novos estudos para avaliar os métodos e protocolos de treinamento adequado para a prevenção de incontinência urinária, prolapso e disfunção sexual.

**Conclusão:** Tem sido demonstrado que as áreas vaginal são eficazes no tratamento de mulheres igualmente eficaz na formação da musculatura do pavimento pélvico e incontinência urinária.

**Palavras-chave:** Área vaginal / bola gueixa / assoalho pélvico / Incontinência Urinária / Parto / reabilitação perineal.

### RESUMEN

**Introducción:** Las esferas vaginales también son conocidas como bolas chinas, bolas vaginales, bolas del amor, bolas de geisha, Rin no tama, bolas Ben Wa. Ayudan a fortalecer el suelo pélvico. Estas producen una microvibración al moverse la bola del interior, favoreciendo la musculatura del suelo pélvico y aumentando el riego sanguíneo a nivel de la pelvis.

Hay esferas de diferente peso, par su indicación el suelo pélvico debe estar tónico.

**Objetivo:** Revisar la literatura sobre la efectividad de las esferas vaginales e incrementar los conocimientos de los profesionales sobre este tipo de tratamiento propioceptivo, que resulta eficaz para muchas mujeres por su fácil utilización.

**Metodología:** Búsqueda bibliográfica en las bases de datos: Cochrane Plus, Medline, Gerion, Scielo, Cuiden, Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS y google académico.

**Resultados:** Las esferas vaginales son eficaces en el tratamiento de la incontinencia urinaria y fecal y para el entrenamiento del suelo pélvico.

La incontinencia urinaria es un problema frecuente y molesto, que puede llegar a interferir en el trabajo, en la vida social y sexual.

Hay necesidad de más ensayos para evaluar los métodos y protocolos de entrenamiento adecuados para la prevención de la incontinencia, del prolapso y de la disfunción sexual.

**Conclusión:** Se ha evidenciado que las esferas vaginales son eficaces en el tratamiento de mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo e igualmente efectivas, en el entrenamiento muscular del suelo pélvico.

**Palabras clave:** Esfera vaginal / Bola de geisha / Suelo pélvico/Incontinencia urinaria/ Parto/ Rehabilitación perineal.

### INTRODUCCIÓN

Es en Japón, hacia el año 500 d. C., donde surgen la bolas tintineantes o bolas musicales, conocidas como Rin no tama, como bolas Ben Wa, bolas del amor, bolas vaginales, esferas vaginales o bolas de geisha. En un principio se trataba de una sola bola que daba placer al hombre durante el coito. Las cortesanas japo-

nessas las utilizaron para aumentar la fuerza de los músculos vaginales para poder controlar los movimientos durante el orgasmo (Misrahi, 2007). Su objetivo es fortalecer mediante la realización de unos ejercicios musculares el suelo pélvico.

Las bolas vaginales producen una microvibración, al moverse la bola del interior, por lo que favorece la activación de la musculatura y aumenta el riego sanguíneo a nivel de la pelvis. Son efectivas para controlar y prevenir la incontinencia urinaria y fecal, en los desprendimientos de matriz, útero vejiga o recto y en las disfunciones sexuales o falta de sensibilidad en la vagina (Bø, 2006).

Podemos encontrarnos con esferas de diferente peso. Están indicadas en (Moreno et al, 2004).

- La prevención y tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo para mejorar los mecanismos de cierre uretral.
- El fortalecimiento del suelo pélvico durante el embarazo, puede facilitar el parto y evitar la episiotomía.
- La prevención de lesiones durante el parto.
- La reeducación de la musculatura, para disminuir el tiempo de recuperación.
- La pérdida de sensibilidad sexual, durante la penetración.
- La vibración que ejercen las bolas estimulan la lubricación natural.
- Mantenimiento del tono muscular en la menopausia: por los cambios hormonales.
- Previenen los prolapsos uterinos, disminuyendo el riesgo de sufrir desprendimientos o caídas de los órganos alojados en la pelvis (vejiga, útero e intestino inferior).
- Previenen el estreñimiento crónico.

La obesidad, el envejecimiento, el embarazo y el parto son los principales factores de

riesgo asociados con los síntomas del suelo pélvico de la mujer (incontinencia urinaria, incontinencia anal, prolapso genital, dispareunia). El parto vaginal puede causar daño en el nervio pudendo, el esfínter anal o elevador del ano. Son muchas las propuestas para prevenir los trastornos perineales como la episiotomía después del parto, el nacimiento en una posición vertical, el empuje retrasado, el masaje perineal, el uso de compresas calientes, los métodos obstétricos perineales y la cesárea (Samuelsson et al, 1999; Fritel, 2010; Parkkinen et al, 2004; Instituto Joanna Briggs, 2011). La pauta a seguir, es llevar las bolas vaginales unos 15-20 minutos, dos veces al día, pudiéndose prolongar a varias horas. Pueden utilizarse al mismo tiempo que se hacen los ejercicios de Kegel (Arvonen et al, 2001; Arvonen et al, 2002). El mantenimiento de las bolas vaginales, se debe realizar antes y después de su uso, con agua tibia y jabón neutro (Arvonen et al, 2001; Arvonen et al, 2002).

Objetivo de este estudio consistió en revisar la literatura sobre la efectividad de las bolas vaginales en el entrenamiento muscular del suelo pélvico, para prevenir y tratar la incontinencia urinaria, el prolapso y la disfunción sexual. Incrementar los conocimientos de los profesionales sobre este tipo de tratamiento propioceptivo, que resulta eficaz para muchas mujeres por su fácil utilización.

## METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos como Cochrane Plus, Medline (con el software Pubmed), Gerion, sCielo y Cuiden. Se ha accedido a los recursos de la BV-SSPA. Empleando los siguientes filtros: Systematic Reviews, Meta-Analysis and Humans y las palabras clave, esfera vaginal y sue-

lo pélvico se encontraron 3 registros; (“vagina” [MeSH Terms] OR “vagina” [All Fields] OR “vaginal” [All Fields]) AND ball [All Fields] AND (“pelvic floor” [MeSH Terms] OR (“pelvic” [All Fields] AND “floor” [All Fields]) OR “pelvic floor” [All Fields]). Se emplearon los siguientes filtros: Systematic Reviews, Meta-Analysis and Humans y la palabra clave, bola de geisha se encontró 1 registro; geisha [All Fields] AND balls [All Fields].

Y por último, con los siguientes filtros: Systematic Reviews, Meta-Analysis and Humans y las palabras clave; incontinencia urinaria, suelo pélvico, parto, rehabilitación perianal se encontraron 7 registros; (“pelvic floor” [MeSH Terms] OR (“pelvic” [All Fields] AND “floor” [All Fields]) OR “pelvic floor” [All Fields]) AND (“urinary incontinence” [MeSH Terms] OR (“urinary” [All Fields] AND “incontinence” [All Fields]) OR “urinary incontinence” [All Fields]) AND (“parturition” [MeSH Terms] OR “parturition” [All Fields] OR “childbirth” [All Fields]) AND (“perineum” [MeSH Terms] OR “perineum” [All Fields] OR “perineal” [All Fields]) AND (“rehabilitation” [Subheading] OR “rehabilitation” [All Fields] OR “rehabilitation” [MeSH Terms])).

Todos fueron revisados y seleccionados, además de artículos relacionados. También se ha accedido a la Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS y a google académico.

Palabras claves: bola vaginal/ bola de geisha/ Incontinencia urinaria/ Suelo pélvico/ Parto/ Rehabilitación perianal.

## RESULTADOS

La incontinencia urinaria afecta al 50 % de las mujeres de edad avanzada y al 5 % de las mujeres más jóvenes. Es un problema frecuente y molesto, sobre todo después del parto, que puede llegar a interferir en el trabajo,

en la vida social y sexual. La incontinencia urinaria de esfuerzo, es la perdida involuntaria de orina al toser, estornudar, reír, agacharse o levantarse. Se ha desarrollado un programa de entrenamiento en mujeres de 25 a 65 años, durante cuatro meses, un grupo de mujeres ejercitó los músculos por sí solos y otro, utilizó las bolas vaginales. Ambos fueron efectivos en la reducción de pérdidas de orina (Arvonen et al, 2001; Özel et al, 2006; Mørkved et al, 2014).

El Instituto Joanna Briggs (2011), realizó una revisión sistemática en la que se hacen referencias a los factores de riesgo para el desarrollo de la incontinencia urinaria. Como se estiran y debilitan los músculos del suelo pélvico durante el embarazo y el parto. Para algunas mujeres, el problema puede ser temporal, pero para otras puede ser de más duración.

Mediante un curso de tres meses las mujeres realizaron una serie de ejercicios para la musculatura del suelo pélvico, que fueron eficaces como terapia para la incontinencia urinaria (Nygaard et al, 1996). La educación por parte del personal sanitario sobre el tratamiento conservador en las mujeres con incontinencia urinaria o fecal parece ser eficaz en la reducción del mismo (Glazener et al, 2001).

Los factores de riesgo adversos relacionados con la incontinencia urinaria a los tres meses después del parto son el parto vaginal, la obesidad y la multiparidad (Samuelsson et al, 1999; Wilson et al, 1996).

Hay estudios que demuestran la efectividad de los ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico en el tratamiento del prolapso. Además de mejorar y aumentar la sensibilidad sexual durante la penetración y la capacidad para alcanzar orgasmos más frecuentes e intensos (Bø 2006).

En mujeres menopáusicas con incontinencia urinaria de esfuerzo, durante seis meses, se

utilizaron ejercicios de rehabilitación del suelo pélvico asociados al mantenimiento de bolas chinas en vagina, fitoterapia y medidas higiénicas en la zona genitourinaria. La implantación de estas medidas han sido espectaculares, teniendo en cuenta el bajo coste (Jurado et al, 2008; Driul, 2009).

Los ejercicios del suelo pélvico, uso de esferas vaginales, bioretroalimentación y estimulación eléctrica, son una buena combinación para obtener resultados óptimos y adecuados. La motivación y el seguimiento son esenciales para una respuesta exitosa, no se observaron efectos adversos ante su uso (8, Driul, 2009, Glavind, 2001, Sugaya et al, 2003; Baessler et al, 2003).

Actualmente no se dispone de suficiente evidencia clínica contrastada sobre los beneficios y los riesgos asociados al uso de las esferas vaginales durante el tratamiento rehabilitador del suelo pélvico (Porta et al, 2013).

## CONCLUSIONES

Los profesionales sanitarios, nos debemos asegurar que las mujeres, después del parto, pueden necesitar tratamiento para la incontinencia urinaria, prolapso y disfunción sexual. Debemos de promover las opciones terapéuticas no quirúrgicas para este tipo de problema y romper el tabú que lo rodea.

Este tipo de tratamiento conservador, resulta efectivo y preferible para muchas mujeres por su uso sencillo.

Las mujeres que han recibido rehabilitación muscular del suelo pélvico observaron una mejora en el deseo sexual, en el rendimiento durante el coito y el logro del orgasmo.

Hay necesidad de más ensayos para evaluar los métodos y protocolos de entrenamiento adecuados para la prevención de la incontinencia, del prolapso y de la disfunción sexual.

Con el uso de las esferas vaginales se puede comprobar la mejora de la calidad de vida y actividades de la vida diaria en mujeres que tenían este tipo de problemas.

## BIBLIOGRAFÍA

- Arvonen, T; Fianu-Jonasson A; Raija Tyni-Lenne, Å. R. (2001) Effectiveness of Two Conservative Modes of Physical Therapy in Women With Urinary Stress Incontinence *Neurourology and Urodynamics* 20:591-599.
- Arvonen, T; Jonasson, A.F; Tyni-Lenné, R. (2002) A clinical trial comparing conventional pelvic floor training and training with vaginal balls in women with stress urinary incontinence - a pilot study. *Nordisk Fysioterapi* 6(1):41-6.
- Baessler, K; Schuessler, B. (2003) Childbirth-induced trauma to the urethral continence mechanism: review and recommendations *Urology* 62:39-44.
- Bø, K. (2006) Can pelvic floor muscle training prevent and treat pelvic organ prolapse? *Acta Obstet Gynecol Scand* 85 (3):263-8.
- Driul, L. (2009) Prevalence of urinary incontinence and perineal rehabilitation during the postpartum in a cohort of primipara and secundipara patients. *Minerva Ginecol*: 61(2): 89-95.
- Fritel, X. (2010). Pelvic floor and pregnancy. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 38(5): 332-346.
- Glavind, K. (2001) Conservative treatment of stress incontinence with Geisha balls. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 12(4):223-4.
- Glazener, C.M; Herbison, G.P; Wilson, P.D; MacArthur, C; Lang, G.D; Gee, H; Grant, A.M. (2001) Conservative management of persistent postnatal urinary and faecal incontinence: randomised controlled trial. *BMJ* 15 323(7313):593-6.
- Jurado Hernandez, R; Moreno Maudó, C; González Manzano, V.M; Cid Losada, P; García Murillo, M.A; González Burguillos, J.A. (2008) Incontinencia urinaria, soja y bolas chinas. *Enfuro* 108:6-9.
- Misrahi, A. (2007) *En mi casa o en la tuya: confesiones de un tappuersex*. Ediciones Robinbo, Barcelona.

- Moreno, A.L; Benítez, C.M; Castro, R.A; Girao, M.J; Baracat, E.C; de Lima, G. (2004) Urodynamic alterations after pelvic floor exercises for treatment of stress urinary incontinence in women. *Clinical and experimental obstetrics and Gynecology* 31(3): 194-6.
- Mørkved, S; Bo, K. (2014) Effect of pelvic floor muscle training during pregnancy and after childbirth on prevention and treatment of urinary incontinence: a systematic review. *Br J Sports Med* 48(4):299-310.
- Nygaard, I.E.1; Kreder, K.J; Lepic, M.M; Fountain, K.A; Rhomberg, A.T. (1996) Efficacy of pelvic floor muscle exercises in women with stress, urge, and mixed urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 174:120-5.
- Özel, B; White, T; Urwitz-Lane,R; Minaglia, S. (2006) The impact of pelvic organ prolapse on sexual function in women with urinary incontinence. *International Urogynecology Journal* 17 (1):14-17
- Parkkinen, A; Karjalainen, E; Vartiainen, M; Penttinen, J. (2004) Physiotherapy for Female Stress Urinary Incontinence: Individual Therapy at the Outpatient Clinic Versus Home-Based Pelvic Floor Training: A 5-Year Follow-Up Study. *Neurourology and Urodynamics* 23:643-648.
- Porta Roda, O; Simó González, M; Díaz López, M.A; Díaz Bellido, P; Vara Paniagua, J; Muñoz Garrido, F. (2013) Uso de las esferas vaginales en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo: Resultados de un estudio comparativo prospectivo. XXXII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. ID267.
- Samuelsson, E.C; Arne Victor, F.T; Tibblin, G; Svard-sudd, K.F. (1999) Signs of genital prolapse in a Swedish population of women 20 to 59 years of age and possible related factors. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 180:299-305.
- Sugaya, K; Owan, T; Hatano, T; Nishijima, S; Miyazato, M; Mukoyama, H; Shiroma, K; Soejima, K; Masaki, Z; Ogawa, Y; (2003) Device to promote pelvic floor muscle training for stress incontinence. *International Journal of Urology* 10: 416-422.
- J.B.I. (2011) The Joanna Briggs Institute. Best Practice Information Sheet: The effectiveness of pelvic floor muscle exercises on urinary incontinence in women following childbirth. *Nursing and Health Sciences* 13: 378-381
- Wilson, P.D.1; Herbison, R.M; Herbison, G.P; (1996) Obstetric practice and the prevalence of urinary incontinence three months after delivery. *Br J Obstet Gynaecol* 103(2):154-61.

### Fuentes virtuales:

1. Esencia materna. Disponible en : <http://www.esencia-materna.com/postparto-bolas-chinas/123-bolas-chinas-teneo-uno.html>
2. Feminine toning balls. Disponible en: <http://www.google.es/patents/US6723031>
3. La Farmacia del Bebé. Disponible en: <http://www.lafarmaciadelbebe.eu/prestashop/prepara-tu-parto/92-pelvicgym-bolas-chinas.html>





# Teoría y Método

## Etnografía en la investigación en enfermería: una revisión integrativa

### Ethnography in nursing research: an integrative review

### A etnografia na pesquisa em enfermagem: uma revisão integrativa

Carla Lube de Pinho Chibante<sup>1</sup>; Fátima Helena do Espírito Santo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Enfermeira. Mestre em ciencias do cuidado em saúde da Universidade Federal Fluminense/UFF. Email: carla-chibante@ig.com.br

<sup>2</sup>Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense, Niterói, Rio de Janeiro\BR. Email: fatahelen@terra.com.br

Cómo citar este artículo en edición digital: Pinho Chibante, C.L; y Espírito Santo, F.H. (2014) Etnografía en la investigación en enfermería: una revisión integrativa. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)* 18, 40.

Disponibile en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.40.13>

Correspondencia: Carla Lube de Pinho Chibante. Rua Silveira Martins, 164/ Aptº905, Catete, CEP: 22221000. Rio de Janeiro (RJ).

Correo electrónico: carla-chibante@ig.com.br

Recibido: 12/07/2014; Aceptado: 14/10/2014



#### ABSTRACT

The aim was to produce a synthesis of the Brazilian scientific production on the use of ethnography in nursing research in the period 2009-2013. This is an integrative review, whose question is, 'How has ethnography been used in nursing research?' The search was carried out in the LILACS database. The research corpus comprised seven articles. At a later date, they were submitted to thematic analysis, and two categories emerged. We observed that culture influences the people's lifestyles, which

include their preferences, feelings and the meanings they attribute to their experiences. The appreciation of experience and meanings attributed by the clients in the health/disease process enables to bring the health professional and the client together, in order to practice culturally congruent care. The acknowledgment of the cultural status is essential for integral and significant nursing care, where the ethnographic findings contribute towards providing the description of a local reality.

**Keywords:** Cultural anthropology; Nursing.

#### RESUMEN

Se persiguió sintetizar la producción científica nacional sobre empleo de la etnografía en las investigaciones de enfermería entre 2009 y 2013. Se trata de una revisión integrativa que se plantea: "¿Cómo la etnografía viene utilizándose en las investigaciones de enfermería?". La búsqueda se realizó en la base de datos LILACS. El corpus de la investigación lo forman siete artículos. Posteriormente se sometieron

a análisis temático, emergiendo dos categorías. Se identificó que la cultura influye en los modos de vida de las personas, incluyendo sus preferencias, sentimientos y significados atribuidas a sus vivencias. La valorización de la experiencia y significados atribuidos por los clientes en el proceso salud-enfermedad permite una aproximación profesional-cliente para la práctica del cuidado culturalmente congruente. Es importante el reconocimiento de la situación cultural para el cuidado integral y significativo, de modo que los hallazgos etnográficos contribuyan a una mejor descripción de una realidad local.

**Palabras clave:** Antropología cultural; Enfermería.

### RESUMO

Objetivou-se sintetizar a produção científica nacional sobre o uso da etnografia nas pesquisas de enfermagem no período de 2009-2013. Trata-se de uma revisão integrativa que tem como questão “Como a etnografia vem sendo utilizada nas pesquisas de enfermagem?”. A busca foi realizada na base de dados LILACS. O corpus da pesquisa foi composto por sete artigos. Posteriormente, foram submetidos à análise temática, emergindo duas categorias. Identificou-se que a cultura influencia os modos de viver das pessoas, incluindo suas preferências, sentimentos e os significados que atribuem às suas vivências. A valorização da experiência e dos significados atribuídos pelos clientes no processo saúde-doença possibilita a aproximação profissional-cliente para a prática do cuidado culturalmente congruente. É importante o reconhecimento da situação cultural para o cuidado integral e significativo, onde os achados etnográficos contribuem no sentido de fornecer a descrição de uma realidade local.

**Palavras-chave:** Antropologia cultural; Enfermagem

### INTRODUÇÃO

A etnografia, entendida como modalidade de pesquisa científica primordialmente de caráter qualitativo, possui traços da antropologia, do interacionismo simbólico e da sociologia. Ainda não há um consenso a respeito de sua representação, que por vezes é entendida como uma área especial dentro da sociologia, uma metodologia e uma escola. Provavelmente a etnografia constitui um pouco de cada um destes elementos, inserindo-se certamente na tradição do interacionismo simbólico, por meio da qual se busca compreender o mundo pelo olhar dos próprios atores sociais (Haguette, 2001).

O método etnográfico de pesquisa conduz a uma descrição complexa do contexto no qual se desenvolvem os acontecimentos sociais e os comportamentos e, assim, descreve a cultura. A cultura indica um padrão de significados transmitidos historicamente, incorporado em símbolos, um sistema de concepções herdadas expressas em formas simbólicas por meio das quais os homens comunicam, perpetuam e desenvolvem seu conhecimento e suas atividades em relação à vida (Geertz, 1989).

Estudos que falam sobre o aspecto cultural do cuidado têm pertinência na prática de enfermagem, tendo como abordagem o método da Etnoenfermagem, que passou a ser considerado relevante para pesquisas que visem investigar práticas relacionadas ao cuidado, à saúde, ao bem-estar, às experiências nos ciclos de vida, bem como aos modelos preventivos e às outras áreas que envolvam o fenômeno do cuidado transcultural (Progian- te e Costa, 2008).

Então, considerando que a cultura é o elemento essencial para a condição de humanidade, por meio da qual os sujeitos sociais captam, interpretam e respondem aos estímulos do meio ambiente, podemos inferir que os agentes, entre eles os profissionais de Enfermagem, estão inseridos em um espaço cultural que dá sentido e organiza, em última instância, os aspectos técnicos e científicos da sua produção e reprodução (Geertz, 1989).

Diante disso, a etnografia é uma ferramenta fundamental para compreender as sociedades multiculturais do mundo pós-moderno, além de servir às suas necessidades, pois se trata de um método de pesquisa aberto à realidade sociocultural, que pretende olhar para um determinado cenário com o interesse de interpretar os significados das ações e dos eventos a partir do ponto de vista de quem os vive. Por isso, não consiste, simplesmente, em descrever uma cultura revelando uma perspectiva social totalitária e rígida, incapaz de lidar com dimensões importantes da realidade social, como a mudança, o conflito e a criatividade individual e grupal (Lenardt, Michel e Melo, 2011; Queiroz, 2003).

Desta forma, os estudos etnográficos fornecem aos profissionais da saúde a possibilidade de compreender a saúde e a doença sob os diversos pontos de vista dos usuários dos serviços de saúde. No que diz respeito à enfermagem, há necessidade em valorizar a subjetividade dos seres humanos, o ponto de vista deles e as condições sociais nas quais se desenvolve o fenômeno do cuidado. Portanto, os estudos culturais na área da enfermagem proporcionam benefícios para a humanização e qualidade dos serviços prestados (Lenardt, Michel e Melo, 2011).

Na perspectiva de delinear a compreensão dos aspectos relativos à utilização da etnogra-

fia nas pesquisas de enfermagem, e com isso, contribuir com evidências científicas para a prática cultural do cuidado, bem como a identificação de lacunas de conhecimento sobre a temática, questiona-se: “Como a etnografia vem sendo utilizada nas pesquisas de enfermagem?”.

Face ao exposto, visando responder a essa questão foi realizado este estudo, com o objetivo de sintetizar a produção científica nacional sobre o uso da etnografia nas pesquisas de enfermagem, no período de 2009-2013.

### TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Trata-se de uma revisão integrativa de pesquisas, uma técnica que reúne e sintetiza o conhecimento produzido por meio da análise dos resultados evidenciados em estudos primários de autores especializados. O desenvolvimento deste método prevê seis etapas, que foram utilizadas para a realização do presente trabalho seguindo a estrutura clássica, a saber: 1) identificação do tema e formulação da questão norteadora, 2) busca na literatura e seleção criteriosa das pesquisas, 3) categorização dos estudos encontrados, 4) análise dos estudos incluídos, 5) interpretação dos resultados e comparações com outras pesquisas e 6) relato da revisão e síntese do conhecimento evidenciado nas pesquisas (Whittemore e Knafl, 2005).

Para a realização da revisão integrativa foi estabelecida a questão norteadora: “Como a etnografia vem sendo utilizada nas pesquisas de enfermagem?”.

Em seguida, foi feito o levantamento bibliográfico de artigos científicos publicados e indexados no banco de dados eletrônico Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), referentes à utilização da etnografia nas pesquisas de enfer-

magem, no período de 2009-2013, utilizando os descritores: enfermagem e antropologia cultural. A opção pelo descritor antropologia cultural deve-se ao fato de referir-se a um termo exato no descritor em ciências da saúde, que tem como sinônimo a etnografia. Já o descritor enfermagem foi escolhido para especificar o estudo da etnografia na área da enfermagem.

Os critérios de inclusão para a seleção dos artigos foram: artigos disponíveis na íntegra, em português, que retratassem a temática referente à revisão integrativa e artigos publicados e indexados no banco de dados LILACS no período de 2009-2013. Como critério de exclusão: teses e dissertações.

A apresentação dos resultados e discussão dos dados obtidos foi feita de forma descritiva, possibilitando ao leitor a avaliação da aplicabilidade da revisão integrativa elaborada, a fim de atingir o objetivo desse método.

**RESULTADOS**

Depois de concluída a busca com os descritores associados, foi realizada a leitura dos resumos para verificar o conteúdo das obras, então foi realizada uma nova seleção. Para tanto, executou-se a pré-leitura, com o intuito da seleção de material para realização de sua leitura, a pré-leitura é entendida como uma leitura rápida do material bibliográfico, e esta, tem por objetivo verificar em que medida a obra consultada interessa a pesquisa (Marconi e Lakatos, 2010).

Destaca-se que foi realizada a leitura de todos os resumos encontrados no banco de dados supracitado com os descritores antropologia cultural e enfermagem, num total de 14 publica-

ções, de acordo com os critérios de inclusão. Essa etapa se desenvolveu objetivando a seleção bibliográfica que melhor atendessem ao objetivo do estudo, e para tanto, realizou-se também a leitura seletiva (Andrade, 2010).

A busca com os descritores acima mencionados resultou em um total de 74 artigos, sendo 60 disponíveis na íntegra e 45 artigos em português. Destes, 14 artigos dos últimos 5 anos (2009-2013). Selecionaram-se sete (7) produções científicas, que se considerou como bibliografia potencial deste estudo, vide quadro um (1), abaixo:

A seguir cada artigo foi impresso e lido na íntegra. Assim, realizou-se uma leitura interpretativa que tem o intuito de desvelar seus sentidos possíveis, estabelecendo: relações textuais, relações contextuais e relações intertextuais (Marconi e Lakatos, 2010).

ARTIGO	AUTORES	REVISTA	ANO	METODOLOGIA
O trabalho de campo etnográfico em instituição de longa permanência para idosos	Tatiane Michel; Maria Helena Lenardt	Rev Esc Anna Nery	2013	Relato de experiência
Significado atribuído pelos idosos à vivência em uma instituição de longa permanência: contribuições para o cuidado de enfermagem.	Michel, Tatiane; Lenardt, Maria Helena; Bettioli, Susanne Elero; Neu, Dâmarys Kohlbeck de Melo.	Texto e contexto Enfermagem	2012	Qualitativo
Qualidade de vida na perspectiva de vítimas de traumas múltiplos e seus familiares	Luciana Paiva; Lídia Aparecida Rossi; Maria Cristina Silva Costa; Rosana Aparecida Spadoti Dantas.	Rev. enferm. UERJ	2012	Estudo etnográfico
Aspectos culturais do cuidado à criança com dor: vivência de enfermeiras pediatras.	Mauren Teresa Grubisich Mendes Tacla; Regina Aparecida Garcia de Lima.	Cienc Cuid Saúde	2012	Qualitativo
"Perdeu a veia": significados da prática da terapia intravenosa na unidade de terapia intensiva neonatal.	Rodrigues, Elisa da Conceição; Cunha, Sueli Rezende; Gomes, Romeu.	Cienc. saúde coletiva	2012	Estudo de caso etnográfico
Aprendizagem em grupo operativo de diabetes: uma abordagem etnográfica.	Almeida, Shirley Pereira de; Soares, Sônia Maria	Cienc. Saúde coletiva	2010	Qualitativo
A perspectiva cultural no cuidado de enfermagem ao paciente oncológico	Muniz, Rosane Manfrin; Zago, Márcia Maria Fontão	Cienc Cuid Saúde	2009	Qualitativo

Quadro 1: artigos selecionados do período de 2009-2013.

Os artigos foram categorizados por semelhança, emergindo duas categorias: Dimensão cultural do comportamento e atitudes ligadas ao processo saúde-doença e Dimensão das vivências e significados do processo saúde-doença.

## DISCUSSÃO

### **Dimensão cultural do comportamento e atitudes ligadas ao processo saúde-doença**

Nesta categoria foram enquadrados três artigos, quais sejam: Aprendizagem em grupo de diabetes: abordagem etnográfica; A perspectiva cultural no cuidado de enfermagem ao paciente oncológico; O trabalho de campo etnográfico em instituição de longa permanência para idosos.

Os comportamentos, as formas de agir e de pensar que são determinados pela cultura, ocorrem em um processo acumulativo, resultante de experiências anteriores. Esses aspectos culturais presentes nas situações de saúde e doença são transmitidos a outros indivíduos, no intuito de auxiliá-los a se adaptarem a essas situações (Almeida e Soares, 2010).

O conhecimento dos aspectos culturais de uma população ou grupo torna-se uma etapa para atingir um cuidado efetivo. As ações planejadas e desenvolvidas em conjunto com os clientes, valorizando sua experiência, modificam o enfoque na relação profissional-cliente e aproximam ao cuidado sustentável e emancipável. Nessa relação, as ações de cuidado são definidas a partir da interação e há possibilidade de as pessoas tornarem-se sujeitos no processo de cuidado da sua própria saúde (Hammerschmidt, Zagonel e Lenardt, 2007).

No estudo sobre a aprendizagem em grupo de diabetes é possível identificar que o grupo ajuda e dá oportunidade de aprender outras formas de pensar e de se comportar perante a doença e a própria saúde. Esse aprendizado

acontece a partir das informações, da troca de experiências, dos esclarecimentos feitos pelos profissionais de saúde, com base em sua própria cultura, e através dos outros membros do grupo que já adquiriram esse aprendizado, ou seja, que já incorporaram hábitos e estilos de vida pertinentes à nova situação de saúde (Almeida e Soares, 2010).

A cultura é entendida como uma rede de significados elaborados por um grupo social, para perceber, entender e organizar o mundo em que ele vive, ou seja, a cultura é um sistema de símbolos local e específico. Para se conhecer uma cultura é preciso apreender os símbolos compartilhados pelos membros dessa coletividade cultural, interpretando-os e considerando-os dentro do contexto grupal (Geertz, 1989).

Na pesquisa sobre a perspectiva cultural no cuidado de enfermagem ao paciente oncológico é observado que a experiência do câncer é um processo que desafia as pessoas a reestruturarem as suas vidas. Para tanto, elas simbolizam essa situação segundo a construção cultural do grupo ao qual pertencem, e elaboram formas para lidar com ela. Além disso, a cultura representa a possibilidade de conhecer e compreender as várias maneiras como as pessoas constroem a vida e o processo de vivê-la. Nesse sentido, apreende-se que cada situação-limite da vida conduz as pessoas a buscar um sentido baseado em aspectos culturais e sociais conformes ao grupo ao qual pertencem, os quais determinam os recursos que elas devem utilizar (Muniz e Zago, 2009).

A cultura influencia os modos de viver das pessoas, incluindo suas preferências, sentimentos e os significados que atribuem às suas vivências. No estudo sobre o trabalho de campo etnográfico em Instituição de Longa Permanência (ILPI) observa-se o relato da vi-

vência do pesquisador em busca dos elementos constituintes da cultura dos idosos que residiam na ILPI (Michel e Lenardt, 2012).

Ao conhecer o contexto cultural em que as pessoas encontram-se inseridas, conduz a reflexões a respeito da prática de enfermagem. Na avaliação de nossos próprios valores e crenças, tendemos a reconhecer e respeitar a diferença com os demais. Isso facilita a comunicação com os diversos atores sociais e permite oferecer um cuidado mais sensível à cultura a que pertencem os sujeitos (Lenardt, Michel e Melo, 2011).

### **Dimensão das vivências e significados do processo saúde-doença**

Nesta categoria foram enquadrados quatro artigos, quais sejam: “Perdeu a veia”: significados da prática da terapia intravenosa na unidade de terapia intensiva neonatal; Aspectos culturais do cuidado à criança com dor: vivência de enfermeiras pediatras; Qualidade de vida na perspectiva de vítimas de traumas múltiplos e seus familiares; Significado atribuído pelos idosos à vivência em uma instituição de longa permanência: contribuições para o cuidado de enfermagem.

A enfermagem transcultural tem se apropriado de recursos metodológicos e de teorias antropológicas para desenvolver estudos sobre a compreensão do cuidar/cuidado e das vivências e significados do processo saúde-doença. Este movimento evidencia uma mudança de enfoque nas pesquisas e prática de Enfermagem, deslocando-se de um eixo centrado no modelo biomédico para uma visão mais integrativa e complexa da realidade, possibilitando novas leituras e novos olhares (Lenardt, Michel e Melo, 2011).

Tal perspectiva reconhece que a vivência do processo saúde-doença pelos indivíduos

de cada sociedade está fundamentada nos valores, crenças, práticas, representações sociais, imaginários, significados e em experiências individuais e coletivas, reafirmando o caráter sociocultural dos fenômenos compreendidos neste processo, além, é claro, de fatores psicobiológicos nele envolvidos (Melo, Cabral e Santos Júnior, 2009).

No estudo aspectos culturais do cuidado à criança com dor o papel da enfermeira no cuidado à criança reflete suas crenças, tanto pessoais como profissionais, desenvolvidas ao longo de suas vidas. Nesse sentido, é possível identificar que as suas experiências determinam impressões em seu sistema de crenças, influenciando nas suas ações de cuidado (Tacla e Lima, 2012).

Geertz acredita que a cultura é formada por construções simbólicas, com os significados contidos em um conjunto de símbolos compartilhados, atitudes, crenças e códigos de valores, o que o autor chama de “teia de significados”. No estudo sobre os significados da prática da terapia intravenosa em recém-nascidos procura mostrar como, a partir do emaranhado de significados, os sujeitos reproduzem o padrão cultural que sustenta a prática da terapia intravenosa e suas repercussões para o cuidado do recém-nascido. Além disso, a análise desta prática, na perspectiva dos significados, ultrapassa os limites da função terapêutica e evidencia as interações que desvelam os conflitos, as negociações e os dilemas vivenciados pela equipe (Geertz, 1989; Rodrigues, Cunha e Gomes, 2012).

Os significados são comunicados, transmitidos e perpetuados culturalmente, expressos mediante a utilização de símbolos e tornam possível aos indivíduos de um grupo interpretar as experiências e compreender os acontecimentos e situações da vida (Geertz, 1989).



No estudo sobre o significado atribuído pelos idosos à vivência em Instituição de Longa Permanência (ILPI), a interpretação da perspectiva dos idosos reflete os significados próprios, a suas crenças e os modos de viver, possibilitando valorizar o ponto de vista deles na assistência de enfermagem. Este significado aparece como um fator que influencia os sentimentos dos idosos e está relacionado à autonomia na decisão de ir viver em uma ILPI (Michel, Lenardt, Bettioli e Neu, 2012).

A antropologia interpretativa privilegia a construção cultural dos sentidos que os grupos atribuem ao processo saúde-doença. Na pesquisa sobre a qualidade de vida na perspectiva de vítimas de traumas múltiplos e seus familiares buscou-se interpretar os significados da qualidade de vida no contexto sociocultural em que são produzidos. Diante disso, a atribuição de sentidos a uma vida de boa qualidade, para o grupo selecionado, relacionou-se à percepção de satisfação, ao bem-estar físico e a possibilidades na vida (Paiva, Rossi, Costa e Dantas, 2012).

A valorização da experiência e dos significados atribuídos pelos clientes no processo saúde-doença possibilita a aproximação profissional-cliente para a prática do cuidado culturalmente congruente. A busca da compreensão da realidade cultural dos seres humanos reflete o desafio dos profissionais de enfermagem em cuidar considerando a multiplicidade e complexidade dos fatores inter-relacionados neste processo (Lenardt, Michel e Melo, 2011).

## CONCLUSÃO

É possível identificar nos artigos selecionados que o estudo etnográfico possibilita ao pesquisador adentrar no contexto sociocultural dos sujeitos informantes e conhecer os seus valores, significados, comportamentos, crenças e visões de mundo.

O estudo das culturas, dos modos de viver, dos comportamentos e significados e das experiências de vida são importantes nas pesquisas em enfermagem, onde a partir destes conhecimentos é possível desenvolver formas mais eficientes de desenvolver o cuidado, a fim de atender às necessidades de saúde e bem estar do cliente.

Diante disso, a aproximação com a vivência e a experiência dos sujeitos da pesquisa permite a percepção de fenômenos sob o ponto de vista dos mesmos, oferecendo ao profissional um olhar diferenciado para as necessidades e resultados do cuidado de enfermagem.

Assim, destaca-se a importância do reconhecimento da situação cultural para o cuidado integral e significativo, onde os achados etnográficos contribuem no sentido de fornecer a descrição de uma realidade local. Com isso, a utilização do método etnográfico nas pesquisas em enfermagem tem proporcionado a revelação dos aspectos profundos e significativos dos sujeitos envolvidos em contextos socioculturais diversos.

## REFERÊNCIAS

- Almeida, S. P; Soares, S. M. (2010) Aprendizagem em grupo operativo de diabetes: uma abordagem etnográfica. *Ciênc. saúde coletiva* 15(1): 1123-1132. Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000700020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700020&lng=en&nrm=iso) . access on 6 Jan 2014.
- Andrade, M. M. (2010) Introdução à Metodologia do trabalho científico. 10ª ed. Atlas, São Paulo
- Geertz, C. (1989) Interpretação das culturas. LTC, Rio de Janeiro
- Haguette, T. M. F. (2001) Metodologias qualitativas na sociologia. Vozes, Petrópolis (RJ)
- Hammerschmidt, K. S. A; Zagonel, I. P. S; Lenardt, M. H. (2007) Envolvimentos da teoria do cuidado cultural na sustentabilidade do cuidado gerontológico. *Acta*

- Paul. enferm. 20: 362-7. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002007000300020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000300020&lng=en&nrm=iso)>. access on 10 jan 2014.
- Lenardt, M. H; Michel, T; Melo, L. P. (2011) As pesquisas etnográficas em enfermagem nas sociedades complexas. *Colomb Med.* 42(2): 70-7.
  - Marconi, M. A; Lakatos, E. M. (2010) Fundamentos de metodologia científica. 7ªed. Atlas, São Paulo:
  - Melo, L. P; Cabral, E. R. M; Santos Júnior, J. A. (2009) The health-disease process: a reflection based on medical anthropology. *Rev Enferm UFPE Online.* 3: 426-32.
  - Michel, T; Lenardt, M. H. (2013) O trabalho de campo etnográfico em Instituição de Longa Permanência para Idosos. *Esc Anna Nery* 17(2): 375-380. Available from <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127728367024>>. Access on 6 jan 2014.
  - Michel, T; Lenardt, M. H; Betiolli, S. E; Neu, D. K. M. (2012) Significado atribuído pelos idosos à vivência em uma Instituição de Longa Permanência: contribuições para o cuidado de enfermagem. *Texto Contexto Enferm* 21(3): 495-504. Available from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71424779002> Access on 15 jan 2014.
  - Muniz, R. M; Zago, M. M. F. (2009) A perspectiva cultural no cuidado de enfermagem ao paciente oncológico. *Cienc Cuid Saude* 8(suplem.): 23-30. Available from <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuid-Saude/article/view/9714/5527>. Acesso n 12 jan 2014.
  - Paiva, L; Rossi, L. A; Costa, M. C. S; Dantas, R. A. S. (2012) Qualidade de vida na perspectiva de vítimas de traumas múltiplos e seus familiares. *Rev enferm. UERJ* 20(4):507-12. Available from <http://www.facenf.uerj.br/v20n4/v20n4a16.pdf>. Acesso n 16 jan 2014.
  - Progiante, J. M; Costa, R. F. (2008) A negociação do cuidado de enfermagem obstétrica através das práticas educativas na casa de parto. *Esc. Anna Nery Rev Enferm.* 12(4): 790-93. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452008000400025&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452008000400025&lng=en&nrm=iso)>. Access on 10 Jan 2014.
  - Queiroz, M. S. (2003) Saúde e doença: um enfoque antropológico. EDUSC, Bauru.
  - Rodrigues, E. C; Cunha, S. R; Gomes, R. (2012) “Perdeu a veia” – significados da prática da terapia intravenosa na unidade de terapia intensiva neonatal. *Ciência & Saúde Coletiva* 17(4): 989-999. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000400021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000400021&lng=en&nrm=iso)>. Access on 12 Jan 2014.
  - Tacla, M. T. G. M; Lima, R. A. G. (2012) Aspectos culturais do cuidado à criança com dor: vivência de enfermeiras pediatras. *Cienc. Cuid. Saude* 11(suplem.): 71-77. Available from <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/17054/pdf>. Acesso n 12 Jan 2014.
  - Whittemore, R; Knafl, K. (2005) The integrative review: updated methodology. *J. Adv. Nurs.* 52(5):546-53.



# La práctica clínica enfermera en el abordaje de la violencia de género

## Clinical nurse practice approach to gender violence

### Enfermería práctica clínica no tratamiento de género da violencia

Carmen Pérez García<sup>1</sup>, María de los Ángeles Manzano Felipe<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Enfermera Especialista en Salud Mental y en Geriatria

<sup>2</sup>Enfermera Especialista en el Trabajo

Cómo citar este artículo en edición digital: Pérez García, C; y Manzano Felipe, M<sup>a</sup> A. (2014) La práctica clínica enfermera en el abordaje de la violencia de género. *Cultura de los Cuidados*. (Edición digital) 18, 40.

Disponibile en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.40.14>

Correspondencia: Calle María Auxiliadora nº 20 Portal B 3º A CP 41008 Sevilla (Sevilla)

Correo electrónico: enfermerap8@hotmail.com

Recibido: 13/07/2014; Aceptado: 11/10/2014



#### ABSTRACT

Violence against women is a phenomenon that occurs in all countries, social classes and sectors of society. According to the UN definition, gender-based violence (GBV) is “any act or intention that causes harm or physical, sexual or psychological suffering to women, including threats of such acts, coercion or arbitrary deprivation of liberty, and whether in public or private life “the specific needs of these women are multidimensional, so health interventions that take into account the biological, psychological and social aspects are required. This requires the active involvement of all staff in health services is required from a

model of comprehensive care. The study aims to determine the basis of nurse for addressing GBV action. The methodology used for this study is qualitative-descriptive research begins with a literature search and continues with the hermeneutic analysis of the documents found. The findings of this study relate to the training of nurses in addressing gender-based violence, as well as the strengths and weaknesses in this regard.

**Keywords:** Gender violence, Nurse, Enfermera, Clinical Practice, Approach.

#### RESUMO

Violência contra a mulher é um fenômeno que ocorre em todos os países, classes sociais e setores da sociedade. De acordo com a definição da ONU, a violência baseada no gênero (VBG) é “qualquer ato ou intenção que causa dano ou física, sofrimento sexual ou psicológico à mulher, inclusive ameaças de tais atos, coerção ou privação arbitrária de liberdade, e seja na vida pública ou privada “as necessidades específicas dessas mulheres são, por assim intervenções multidimensionais de saúde que levem em conta os aspectos biológicos, psicológicos e sociais são necessários. Isso requer a

participação activa de todos os funcionários em serviços de saúde é exigido de um modelo de atenção integral. O estudo tem como objetivo determinar a base de enfermeira para tratar de ação VBG. A metodologia utilizada para este estudo é uma pesquisa qualitativa-descritiva começa com uma pesquisa bibliográfica e continua com a análise hermenêutica dos documentos encontrados. As conclusões deste estudo referem-se à formação de enfermeiros no enfrentamento da violência de gênero, bem como os pontos fortes e fracos a este respeito.

**Palavras-Chave:** Violência de Género, Enfermeira, Prática Clínica, Aproximação.

### RESUMEN

La violencia contra las mujeres es un fenómeno que ocurre en todos los países, clases sociales y ámbitos de la sociedad. Según la definición de la ONU, la violencia de género (VG) es “cualquier acto o intención que origina daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a las mujeres, incluyendo las amenazas de dichos actos, la coerción o privación arbitraria de libertad, ya sea en la vida pública o privada” Las necesidades específicas de estas mujeres son multidimensionales, por lo que se requieren intervenciones sanitarias que tengan en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Para ello es necesaria la implicación activa de todo el personal de los servicios sanitarios desde un modelo de atención integral. El estudio tiene como objetivo conocer la base de actuación enfermera para el abordaje de la violencia de género. La metodología usada para este estudio es de investigación cualitativo-descriptiva que se inicia con una búsqueda bibliográfica y continúa con el análisis hermenéutico de los documentos encontrados. Las conclusiones de este estudio versan sobre la formación de las enfermeras en el abordaje

de la violencia de género, así como los puntos fuertes y debilidades al respecto.

**Palabras Clave:** Violencia de Género, Enfermera, Práctica Clínica, Abordaje.

### INTRODUCCIÓN

La violencia de género (VG) es un problema social debido a la discriminación, la desigualdad y las relaciones de poder que establecen los hombres sobre las mujeres (Mendez, 2003) Este tipo de violencia tiene consecuencias graves para la salud y la vida de las mujeres e impone costos económicos considerables, tanto en la familia como en los Servicios de Salud. Se estima que la VG llega a restar uno de cada cinco días de vida saludable de la mujer, lo que se traduce en una menor calidad de vida (Krug 2003) (Olai, 2003)

La violencia contra las mujeres es un fenómeno que ocurre en todos los países, clases sociales y ámbitos de la sociedad. Según la definición de la ONU, la violencia de género (VG) es “cualquier acto o intención que origina daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a las mujeres, incluyendo las amenazas de dichos actos, la coerción o privación arbitraria de libertad, ya sea en la vida pública o privada” (ONU, 1993).

Se estima que a nivel mundial aproximadamente el 35% de las mujeres han sido víctimas de violencia física y/o sexual (OMS, 2013). El porcentaje de mujeres maltratadas que denuncian en España es relativamente bajo, estimándose entre un 2 y 10% de los casos totales. Según datos del Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género con sede en el Consejo General del Poder Judicial (CGPJ), el número de denuncias de violencia de género registradas en el primer trimestre de 2013 alcanzó los 29.487 casos, con una media de 327 denun-

cias diarias. Esta cifra implica unas disminuciones del 5,1% respecto del cuarto trimestre de 2012, cuando el número de denuncias llegó a las 31.064 (Observatorio contra la Violencia, 2013).

La violencia es un problema de salud pública como lo reconoce la OMS, al señalar que a nivel mundial, cada año se estima que de 10 a 69% de las mujeres han sufrido maltrato psicológico, físico y sexual, por parte de su compañero. Se calcula que cada año mueren en el mundo cuatro millones de mujeres víctimas de la violencia (Krug, 2003)

El objetivo de esta revisión es dar a conocer el abordaje enfermero en la violencia de género, sus características y formación de los profesionales al respecto.

## METODOLOGÍA

La estrategia de búsqueda bibliográfica empleada en este estudio hace uso casi exclusivo de los recursos de internet. La búsqueda se hace principalmente en inglés con los descriptores “Gender violence” “Nurse” “Approach” “Clinical Practice”. Se revisan publicaciones desde el 2003 hasta la actualidad. Las fuentes de información consultadas son las siguientes:

### Bases de Datos:

- Biblioteca virtual del Sistema Sanitario Público de Andalucía.
- MEDLINE ([www.ncbi.nlm.nih.gov/Pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/Pubmed))
- Web of Knowledge (<http://www.accesowok.fecyt.es/>)

### Buscadores académicos:

- Dialnet (<http://dialnet.unirioja.es>)

Como se ha encontrado una gran cantidad de documentos relevantes en relación con la

violencia de género y su abordaje, nos hemos centrado en aquellos artículos que tratan sobre la importancia del abordaje multidisciplinar, haciendo hincapié en los profesionales de enfermería; formación de los profesionales y uso de los servicios de salud de las personas víctimas de violencia de género.

## RESULTADOS

La revisión bibliográfica realizada se fundamenta en los resultados sobre el abordaje de la violencia de género en los servicios de salud.

### Marco legal

La Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género estableció la creación de una Comisión contra la violencia de género, destinada a prestar apoyo técnico, orientar la planificación de medidas sanitarias y proponer actuaciones para la aplicación de un protocolo sanitario, entre otras competencias (Ley Orgánica 2004).

Además la Ley establece que las Administraciones Sanitarias, en el seno del Consejo Interterritorial del SNS, promoverán las actuaciones de los profesionales sanitarios que permitan la detección precoz de la violencia de género; propondrán el desarrollo de programas de sensibilización y formación continuada del personal sanitario que permitan impulsar el diagnóstico precoz, la asistencia y la rehabilitación de la mujer maltratada (artículo 15); y promoverán la aplicación, la puesta al día, y la difusión de protocolos que contengan pautas homogéneas de actuación ante este problema (artículo 32.3).

Por otra parte, el diagnóstico y la atención a la violencia de género, tanto en el ámbito de la asistencia primaria como en el de la especializada, están incluidos en la cartera de servicios comunes del SNS (Real Decreto

1030/2006). Por tanto, existe un reciente desarrollo normativo e institucional que asigna responsabilidades al sistema sanitario en la detección y atención sanitaria de la violencia de género (VG), así como en la formación del personal sanitario y en el desarrollo de instrumentos específicos (protocolos).

Desde el año 2007 existe un “Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género”. Se trata de un instrumento elaborado de forma colectiva por el Observatorio de Salud de la Mujer, de la Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo y por la Comisión contra la Violencia de Género, del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud; es decir, un texto consensuado por representantes de la administración central y las autonómicas. Por tanto, debería ser considerado el “suelo mínimo” a partir del cual se desarrollaran las correspondientes políticas en cada uno de los territorios autonómicos; la presentación de la ministra de Sanidad afirma que el texto “se propone para su aplicación en el conjunto del SNS” (Servicio Andaluz de Salud 2008).

### Origen y factores de riesgo

En la actualidad, la violencia contra las mujeres en España sigue siendo todavía un fenómeno “invisibilizado” e inmerso en el ámbito privado en la mayoría de las situaciones. La violencia contra las mujeres tiene hondas raíces sociales y culturales y está vinculada al desequilibrio en las relaciones de poder entre hombres y mujeres en los ámbitos social, económico, religioso y político, pese a los indudables avances en las legislaciones nacionales e internacionales a favor de la igualdad de derechos (Blanco, 2004) (Rangel da Silva, 2011)

De acuerdo con los resultados de algunos estudios, las mujeres en situaciones de mayor

riesgo son aquellas que han sido testigos o víctimas de violencia en su infancia, que sufren o han sufrido aislamiento social, que son dependientes económicamente y poseen un bajo nivel educativo (Ruiz-Perez, 2006) (Vives, 2009) (Zorrilla, 2009) (Montero, 2012). Especialmente mujeres con gran interiorización de valores tradicionalmente “femeninos” como son la sumisión y la obediencia; mujeres que no han desarrollado proyectos de vida propios y cuya vida está en función de los demás (Mazzarasa, 2011).

El factor principal de riesgo para la violencia contra las mujeres es, precisamente, el hecho de ser mujer.

La violencia contra las mujeres es además instrumental. El poder de los hombres y la subordinación de las mujeres, que es un rasgo básico del patriarcado, requiere de algún mecanismo de sometimiento. En este sentido, la violencia contra las mujeres es el modo de afianzar ese dominio. La violencia de género más que un fin en sí mismo, es un instrumento de dominación y control social. Y en este caso se utiliza como mecanismo de mantenimiento del poder masculino y de reproducción del sometimiento femenino. Los hombres maltratadores han aprendido a través del proceso de socialización –que es diferente para mujeres y hombres– que la violencia es la mejor forma de conseguir el control y dominar a la mujer.

### Tipos de maltrato

En la actualidad se definen diferentes formas de violencia contra las mujeres:

#### • *Violencia física*

Comprende cualquier acto no accidental que implique el uso deliberado de la fuerza, como bofetadas, golpes, palizas, empujones, heridas, fracturas o quemaduras, que provoquen o puedan provocar una lesión, daño o



dolor en el cuerpo de la mujer. Es importante no olvidar que cualquier forma de violencia física es también una violencia psicológica.

• **Violencia sexual**

Ocurre siempre que se impone a la mujer, mediante el chantaje, las amenazas o la fuerza, un comportamiento sexual contra su voluntad, se produzca por parte de su pareja o por otras personas.

Existen diferentes manifestaciones de violencia sexual:

• **Violencia sexual que no implica contacto corporal**

Exhibicionismo, forzar a ver material pornográfico, mensajes obscenos por correo electrónico o telefónicos, gestos y palabras obscenos, insultos sexistas, acoso sexual, proposiciones sexuales indeseadas, voyeurismo.

• **Violencia sexual con contacto corporal**

- Tocamientos, la imposición de relaciones sexuales o prácticas no deseadas, obligar a adoptar posturas que la mujer considera degradantes.

- Violación.

• **Violencia contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres**

Incluye cualquier actuación que restrinja a las mujeres el ejercicio de su derecho a la salud sexual y reproductiva, afectando su libertad para disfrutar de una vida sexual sin riesgos para su salud, así como ejercer libremente su derecho a la maternidad.

• **Violencia psicológica**

Conducta intencionada y prolongada en el tiempo, que atenta contra la integridad psíquica y emocional de la mujer y contra su dignidad como persona, y que tiene como objetivo



imponer las pautas de comportamiento que el hombre considera que debe tener su pareja. Sus manifestaciones son: las amenazas, insultos, humillaciones o vejaciones, la exigencia de obediencia, el aislamiento social, la culpabilización, la privación de libertad, el control económico (violencia económica), el chantaje emocional, el rechazo o el abandono. Este tipo de violencia no es tan visible como la física o la sexual, es más difícil de demostrar, y en muchas ocasiones no es identificada por la víctima como tal sino como manifestaciones propias del carácter del agresor. Algunas de estas formas de violencia pueden considerarse específicas para determinados grupos vulnerables, como por ejemplo la omisión de cuidados o la medicación negligente en el caso de mujeres con discapacidad, mayores o con enfermedad mental grave.

Además, en el caso de la violencia ejercida contra las mujeres por la pareja o expareja, deben tenerse en cuenta dos elementos importantes: la reiteración de los actos violentos (Aguar-Fernández 2006) y la situación de dominio del agresor, que utiliza la violencia para el sometimiento y control de la víctima.

Es importante tener presente que cualquiera de las formas de violencia de género que se ejerza, tiene consecuencias en todas las dimensiones de la salud: física, psicológica, sexual, reproductiva y social.

## Mitos y falsas creencias

Se ha argumentado que el consumo de alcohol y otras drogas es la causa de las conductas violentas. Aunque el consumo de alcohol y otras sustancias se asocia con frecuencia a situaciones de violencia, también hay hombres que abusan del alcohol sin que por ello manifiesten un comportamiento violento y muchas agresiones contra las mujeres se ejercen en ausencia de alcohol. Se ha argumentado también que ciertas características personales de las mujeres que padecen violencia de género podrían ser la causa del maltrato.

Por ejemplo, algunas corrientes han recurrido a características de masoquismo o de patologías como la histeria o el trastorno de personalidad dependiente, para explicar por qué algunas mujeres permanecen o regresan a una relación de maltrato.

En la actualidad existe suficiente conocimiento documentado que demuestra que no existen características psíquicas diferentes antes del inicio del maltrato entre las mujeres que lo sufren y las que no, sino que los trastornos y problemas psicológicos de las mujeres maltratadas son una consecuencia del maltrato y no la causa.

## ¿Cual es el papel del personal sanitario?

El sistema sanitario también tiene un importante papel en la prevención de la violencia de género, que se articula a través de actuaciones en el ámbito de la sensibilización y formación de profesionales y de atención a la salud integral de las mujeres, lo que incluye actuaciones de salud comunitaria y educación para la salud.

Las necesidades específicas de estas mujeres son multidimensionales, por lo que se requieren intervenciones sanitarias que tengan en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Para ello es necesaria la implicación

activa de todo el personal de los servicios sanitarios desde un modelo de atención integral.

El modelo de atención integral a la salud incorpora el concepto de INTERDISCIPLINA, entendida como una forma de articulación, que a partir del diálogo y la puesta en común de diversos saberes y habilidades, posibilita la construcción de un nuevo conocimiento así como de una experiencia y un lenguaje que es fruto del abordaje compartido de los conflictos y las situaciones problemáticas que afronta la persona.

La OMS enumera unas recomendaciones básicas para los servicios sanitarios en el abordaje de la violencia de género:

- Preguntar con regularidad, cuando sea factible, a todas las mujeres sobre la existencia de violencia doméstica, como tarea habitual dentro de las actividades preventivas.
- Estar alerta a posibles signos y síntomas de maltrato y hacer su seguimiento.
- Ofrecer atención sanitaria integral y registrarla en la historia de salud o historia clínica.
- Ayudar a entender su malestar y sus problemas de salud como una consecuencia de la violencia y el miedo.
- Informar y remitir a las pacientes a los recursos disponibles de la comunidad.
- Mantener la privacidad y la confidencialidad de la información obtenida.
- Estimular y apoyar a la mujer a lo largo de todo el proceso, respetando su propia evolución.
- Evitar actitudes insolidarias o culpabilizadoras ya que pueden reforzar el aislamiento, minar la confianza en ellas mismas y restar la probabilidad de que busquen ayuda.
- Establecer una coordinación con otros y otras profesionales e instituciones.

- Colaborar en dimensionar e investigar el problema mediante el registro de casos.

### Formación para el abordaje de la violencia de género

Las actitudes y creencias de los profesionales sanitarios juegan un papel fundamental para el futuro abordaje del problema (Macias, 2012). Un estudio realizado en la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad de Sevilla analiza la autopercepción, socialización, formación académica en género y la capacitación de los estudiantes de Enfermería como futuros profesionales de la salud. Los participantes manifiestan haber recibido influencia en su formación en género principalmente de los medios de comunicación (97,7%) y de la familia (95,5%), seguidos en frecuencia por el instituto (88,3%), la universidad (87,5%) y la escuela (76,2%). Mayoritariamente (82,6%) reconocen haber trabajado contenidos de género en asignaturas de la universidad y afirmar que/ la formación para detectar los tipos de violencia es básica. Consideran que su capacitación para detectar la violencia, según los distintos tipos, es: física el 95,5%, psicológica 88,7%, abuso sexual 73,6% y otras formas el 28,3%.

En este estudio, además, y coincidiendo con los resultados de trabajos anteriores, se destaca las diferencias existentes en la percepción global del fenómeno entre mujeres y hombres, siendo éstos últimos quienes muestran una actitud más sexista, respondiendo así a la presión social que marcan los estereotipos masculinos. Estas creencias disminuyen tanto en hombres como en mujeres a medida que aumenta su formación específica en el tema.

Por tanto, es evidente la importancia de la formación profesional para la detección, seguimiento y apoyo en la toma de decisiones. Esta necesidad continua de capacitación efectiva de los profesionales de la salud para abordar

la violencia de pareja contra las mujeres se ha puesto de manifiesto en numerosas ocasiones por organismos internacionales, así como por las propias organizaciones profesionales (Consejo General de Enfermería, 2013).

El nivel de conocimientos puede valorarse como medio-alto en trabajadores de AP, lo que refleja el esfuerzo realizado en los últimos años y la toma de conciencia por parte de los profesionales aunque se siguen explicitando barreras organizativas importantes (Arredondo, 2012).

### Abordaje enfermero

El Consejo General de Enfermería español destaca que existen principalmente dos campos en el abordaje de la Violencia de Género: el educativo y el sanitario, sobre todo en el ámbito de la prevención, detección y rehabilitación de este problema (Consejo General de Enfermería 2013). La formación debería incluir el aprendizaje de la entrevista psicosocial y, fundamentalmente, la adquisición de ciertas habilidades, como la acogida, la escucha y la contención.

En el ámbito sanitario se están desarrollando programas formativos encaminados a potenciar las habilidades de las enfermeras en detectar, informar y evaluar los malos tratos. Estudios realizados con personal de Enfermería demuestran que la tasa autocomunicada de maltrato como causa de lesiones puede mejorar de un 7,5% hasta un 30% cuando la mujer es atendida por enfermeras formadas en la materia (De la Fuente, 2005).

Los profesionales sanitarios, especialmente las enfermeras, constituyen un grupo fundamental, no sólo en la atención, sino en la prevención, detección precoz e identificación de la violencia de género. Los profesionales de Enfermería intervienen en la detección de signos y en la recepción y acogida de las vícti-



mas, siendo una pieza clave en el seguimiento del proceso, en el asesoramiento y apoyo psicológico, en la garantía de la continuidad de cuidados y como persona referente, cercana y accesible a la mujer durante todo el proceso (Vargas, 2006) (Crespo, 2006). La formación de los profesionales enfermeros en el conocimiento de las medidas de protección instauradas así como el trabajo en equipo es fundamental para hacer frente a este problema. Es importante reconocer la labor enfermera también en la elaboración de un plan de cuidados integrado e individualizado y de la educación de la sociedad.

## CONCLUSIONES

Es evidente que la violencia de género constituye un grave problema de salud pública que requiere de un abordaje integral e integrado desde una perspectiva interdisciplinar. Los profesionales de Enfermería tienen un papel fundamental en la atención a las mujeres víctimas de este problema, siendo una responsabilidad ética y profesional diseñar, implementar y evaluar programas que respondan a las necesidades específicas de este colectivo. Los centros de salud, los servicios de planificación familiar, salud mental y urgencias pueden ser servicios diana para la prevención, la detección precoz y la atención de la mujer maltratada.

La formación y una adecuada gestión de los recursos existentes son dos de los elementos claves en este proceso. Además, sería importante contemplar la coordinación con los sectores educativos, los servicios sociales y los servicios jurídicos y policiales, así como la participación de las asociaciones de mujeres.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aguar-Fernandez, M; Delgado-Sanchez, A; Castellano-Arroyo, M. (2006) Luna del Castillo, JD. Prevalencia de malos tratos en mujeres que consultan al médico de familia. *Aten Primaria* 37:241-2.
- Arredondo-Provecho, A.B; Broco-Barredo, M; Alcalá-Ponce de León, T; Rivera-Álvarez, A; Jiménez Trujillo, I; Gallardo-Pino, C. (2012) Profesionales de atención primaria de Madrid y violencia de pareja hacia la mujer en el año 2012. *Rev Esp Salud Publica*;86(1):85-99.
- Blanco, P; Ruíz Jarabo, C; García de Vinuesa, L; Martín García, M. (2004) La violencia de pareja y salud de las mujeres. *Gaceta Sanitaria* 18 (1): 182-188.
- Consejo General de Enfermería. Posicionamiento del Consejo General de Enfermería ante la Violencia de Género. Disponible en: [http://www.ecs.enfermundi.com/fileadmin/Documentos\\_de\\_la\\_profesion/posicionamiento\\_Violencia\\_genero.pdf](http://www.ecs.enfermundi.com/fileadmin/Documentos_de_la_profesion/posicionamiento_Violencia_genero.pdf) Downloaded: 11 th December 2013
- Crespo, M; Arinero, M. (2010) Assessment of the efficacy of a psychological treatment for women victims of violence by their intimate male partner. *Span J Psychol.* 13(2):849-63.
- De la Fuente Aparicio, D; Salamanca Castro, A.B; Sánchez Castro, S. (2005) ¿Se encuentran capacitadas las enfermeras para detectar malos tratos en Atención Primaria? *Nure Investigación* 15:1-10.
- Krug G.E; Dahlberg, L.L; Mercy, J.A; Zwi, A.B; Lozano, R. (2003) Informe mundial sobre la violencia y la salud. EUA: OMS-OPS: 97.
- Ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género. BOE de 28 de diciembre de 2004. Disponible: <http://www.boe.es/boe/dias/2004/12/29/pdfs/A42166-42197.pdf>

- Macías Seda, J; Gil García, E; Rodríguez Gázquez, Mª. A; González López, J.R; González Rodríguez, MªM. Soler Castells, A.M. (2012) Creencias y actitudes del alumnado de Enfermería sobre la violencia de género. *Index de Enfermería* 21 (1-2): 1-12.
- Mazarrasa Alvear, L; Díaz Rodríguez, D.R. (2011) Violencia de género y cuidados de Enfermería. *Metas de Enfermería* 41: 52- 57.
- Méndez-Hernández, P. Valdez-Santiago, R. Viniestra-Velásquez, L. Rivera-Rivera, L. Salmerón-Castro, J (2003) Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos, México. *Sal Pub Mex* 45: 472-82.
- Montero, I; Ruiz-Pérez, I; Escribà-Agüir, V; Vives-Cases, C; Plazaola-Castaño, J; Talavera M; Martín-Baena, D; Peiró, R. (2012) Strategic responses to intimate partner violence against women in Spain: a national study in primary care. *J. Epidemiol Community Health* 66(4):352.
- Observatorio contra la Violencia (2013) Estadísticas sobre la violencia de género. Fundación Mujeres. Disponible en: <http://www.observatorioviolencia.org/documentos.php?id=316>. Downloaded: 26th April 2014
- Olaiç,G; Rico, B; Del Río, A. (2003) Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres.. Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca Mor
- OMS (2013) Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud;. Available [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85243/1/WHO\\_RHR\\_HRP\\_13.06\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85243/1/WHO_RHR_HRP_13.06_spa.pdf). Downloaded: 22th May 2014
- Organización de las Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer de 1993 (48/ 104). Disponible en: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/1286.pdf> [Acceso 02/05/2014]
- Rangel da Silva, L; Domingues Bernardes Silva, M; Mota Xavier de Meneses, T; Rodríguez Borrego, M.A; Meneses dos Santos, I.M; Lemos, A. (2011) El fenómeno de la violencia de género en la mujer a partir de la producción científica de Enfermería. *Rev. Enfermería Global* 22:1-11
- Ruiz-Pérez, I; Plazaola-Castaño, J; Alvarez-Kindelán,M; Palomo-Pinto, M; Arnalte-Barrera, M; Bonet-Pla, A; De Santiago-Hernando, M.L; Herranz-Torrubiano, A; Garralón-Ruiz, L.M. (2006) Sociodemographic associations of physical, emotional, and sexual intimate partner violence in Spanish women. *Ann Epidemiol*16(5):357-63.
- Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía (2008) Protocolo andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género.
- Vargas Matute, A; Dorado, M.I; Alonso, M.J; Díaz, M; Blasco, E.J. (2006) Importancia del papel de la Enfermería de urgencias en la detección de violencia de género. *Rev. Presencia* 2 (3). Disponible en <<http://www.index-f.com/presencia/n3/35articulo.php>>
- Vives-Cases, C; Alvarez-Dardet, C; Gil-González, D; Torrubiano-Domínguez, J; Rohlf's, I; Escribà-Agüir, V. (2009) Perfil sociodemográfico de las mujeres afectadas por violencia del compañero íntimo en España. *Gac Sanit* 23(5):410-4.
- Zorrilla, B; Pires, M; Lasheras, L; Morant, C; Seoane, L; Sanchez, L.M; Galán, I; Aguirre, R; Ramírez, R; Durbán, M. (2009) Intimate partner violence: last year prevalence and association with socio-economic factors among women in Madrid, Spain. *Eur J Public Health* 20(2):169-75.





# Madre y mujer gitana. Joaquina la gitana de Joaquín Sorolla

Mother and roma woman. Joaquina la gitana, Joaquin Sorolla  
Mãe e mulher cigana. Joaquina la gitana, Joaquin Sorolla

María Dolores Gil Estevan<sup>1</sup>, Maria del Carmen Solano Ruiz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Enfermera de Interrelación Departamento de Salud de Elda. Estudiante de Doctorado (Cultura de los Cuidados)

<sup>2</sup>Profesora Titular Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Alicante

Cómo citar este artículo en edición digital: Gil Estevan, M<sup>a</sup>.D.; y Solano Ruiz, M<sup>a</sup>.C. (2014) *Madre y mujer gitana. Joaquina la gitana de Joaquín*. *Cultura de los Cuidados*. (Edición digital) 18, 40. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.40.15>

Correspondencia: Departamento de enfermería. Universidad de Alicante. 03080-Alicante.

Correo electrónico: [lola.gilesteban@gmail.com](mailto:lola.gilesteban@gmail.com)

Recibido: 13/05/2014; Aceptado: 11/10/2014



Joaquina la gitana. Joaquín Sorolla. Museo Sorolla, Madrid (<http://museosorolla.mcu.es/historia.htm>)

## ABSTRACT

The iconography aims describing images. It allows us to understand the images on their semantic aspects, as is knowledge of the methods and analysis, and in order to unlock the messages hidden behind them, being a fundamental knowledge of the culture element.

By analyzing the work of Joaquín Sorolla, Joaquina la gitana, we intend to make an approach to the reality of Roma women within

their social context, following the three levels of significance of Erwin Panofsky.

We thus find two personalities of the same woman. We are introduced to a woman dressed in black, one rooted in the traditions woman in the left hand. Is the “woman of respect” that meets the standards of the Roma people. And in another quite different style, is reflected the maternal aspect of the Roma, portrayed bright despite being a shadowy figure, with her child who appears to be breastfeeding.

Through the analysis of this work, we have come a little closer to the reality of Roma women, and understand their experiences within the cultural environment of the Roma people.

**Keywords:** culture, gender, iconography, roma woman.

## RESUMO

A iconografia tem como objetivo descrever as imagens. Ela nos permite compreender as imagens em seus aspectos semânticos, como é do conhecimento dos métodos e análise e, a fim de desbloquear as mensagens escondidas por trás deles, sendo um conhecimento fundamental do elemento de cultura.

Ao analisar a obra de Joaquín Sorolla, Joaquina Gypsy, pretendemos fazer uma aborda-



gem à realidade das mulheres de etnia cigana dentro de seu contexto social, seguindo os três níveis de significância de Erwin Panofsky.

Temos, assim, encontrar duas personalidades de uma mesma mulher. Somos apresentados a uma mulher vestida de preto, um enraizado em tradições a mulher na mão esquerda. É a “mulher de respeito” que atenda aos padrões do povo cigano. E em outro estilo bem diferente, reflete o aspecto maternal da Roma, retratado brilhante, apesar de ser uma figura sombria, com seu filho, que parece estar a amamentar.

Através da análise deste trabalho, chegamos um pouco mais perto da realidade das mulheres ciganas, e compreender as suas experiências dentro do ambiente cultural do povo cigano.

## RESUMEN

La iconografía tiene como objetivo la descripción de las imágenes. Nos permite conocer las imágenes en sus aspectos semánticos, ya que consiste en el conocimiento y análisis de las formas, y en el propósito de desvelar los mensajes que tras ellas se ocultan, siendo un elemento fundamental para el conocimiento de la cultura.

Mediante el análisis de la obra de Joaquín Sorolla, Joaquina la gitana, pretendemos realizar una aproximación a la realidad de las mujeres gitanas dentro de su contexto social, siguiendo los tres niveles de significación de Erwin Panofsky.

Encontramos así dos personalidades de la misma mujer. En la parte izquierda, se nos presenta a una mujer vestida de negro, una mujer arraigada a las tradiciones. Es la “mujer de respeto” que cumple con las normas del pueblo gitano. Y en otro estilo bien distinto, aparece reflejado el aspecto maternal de la gitana,

retratada con mucha luz a pesar de ser una figura muy oscura, con su hijo en brazos al que parece estar dando el pecho.

A través del análisis de esta obra, nos hemos acercado un poco más a la realidad de la mujer gitana, y comprender sus vivencias, dentro del entorno cultural del pueblo gitano.

**Palabras clave:** cultura, género, iconografía, mujer gitana.

## INTRODUCCIÓN

En palabras de Erwin Panofsky: *una obra de arte es un producto de la mente que culturalmente cristalizada, da lugar a la forma.* (Panofsky, 1955 en Rodríguez, 2005)

La iconografía tiene como objetivo de estudio la descripción de las imágenes, pero no sólo eso, ya que éstas son transmisoras de mensajes, y su lectura, en muchas ocasiones, esconde significados cargados de connotaciones culturales e intelectuales. La iconografía nos permite conocer no sólo las imágenes en cuanto a su forma y estética, sino también en sus aspectos semánticos, ya que consiste tanto en el conocimiento y análisis de las formas, como en el propósito de desvelar los mensajes que tras ellas se ocultan (Rodríguez, 2005).

De ahí la importancia de la iconografía como elemento fundamental para el conocimiento de la cultura, ya que como muy bien dice en sus estudios Erwin Panofsky, cada obra de arte debe ser entendida y analizada como una expresión cultural mucho más compleja que un combinado de técnicas, y colores, en la que se investiguen sus formas y significados, conectándolos con la filosofía, la sociología, la música, la religión ..., e intentando reconstruir los fundamentos culturales en los que ha sido elaborada.



### OBJETIVO

Realizar una aproximación a la realidad de las mujeres gitanas dentro de su contexto social, siguiendo los tres niveles de significación de Erwin Panofsky (Amezcuca, 2012 y Rodríguez, 2005) analizando la obra de Joaquín Sorolla titulada, “Joaquina la gitana”.

### DESARROLLO

Para llevar a cabo el análisis de este cuadro es importante conocer la biografía de su autor, con el fin de poder identificar y contextualizar la etapa y las influencias bajo las que fue concebida esta obra, ya que el artista que piensa en un determinado tiempo y lugar, refleja en su obra la idea o espíritu de su época. Las obras de arte, representan por tanto, a los pueblos. (Medina, Sánchez, Rey, y Naung, 2012).

Joaquín Sorolla nació en Valencia en 1863. Recibió formación académica en la Escuela de Bellas Artes (1878-1881) y empezó a pintar al aire libre animado por uno de sus profesores, Gonzalo Salvá, y después, por el pintor Ignacio Pinazo Camarlench. En 1885 viaja a Roma y desde allí a París, donde entra en contacto con el naturalismo. De regreso a Roma, comienza a viajar por distintas ciudades italianas, tomando pequeñas notas de color. En 1887 se instala en Asís y allí empieza a hacer escenas de ambiente valenciano bajo la influencia de

José Benlliure y Gil. Es el inicio de su costumbrismo, que repercutirá en gran medida en su futura obra.

En 1889 vuelve a París para ver la Exposición Universal: allí descubre a los pintores nórdicos y su peculiar tratamiento de la luz, en el que él basará su propia versión del luminismo, abriéndose su etapa de consolidación. Su paleta va cobrando nuevos matices en su esfuerzo por plasmar la luz. Surgen nuevas temáticas, como el costumbrismo marinero, y el realismo social. Con el primero conseguirá su primer éxito internacional con “La vuelta de la pesca” en 1895, con el segundo diversos reconocimientos (1892, 1895 y 190) y una Medalla de Honor.

A partir de 1900 se inicia su etapa de culminación, la del Sorolla más brillante, cuyas grandes dotes perceptivas y veloz ejecución, dan lugar a sus mejores obras, y donde la luz es el interés dominante de su trabajo. Sus constantes desplazamientos a París le hacen conocer las distintas vanguardias. Surgen así, los “ismos” en su pintura, siempre a modo de experimentación en su búsqueda por captar la luz. Hace retratos que le generan grandes ingresos, y se interesa por el paisaje. Sigue cultivando su costumbrismo marinero, del que derivan desde 1904 sus temas de playa, lo más reconocido de su producción, e inicia a partir de 1907 sus estudios de jardines, fundamentalmente en Andalucía.

En 1920 sufre un ataque de hemiplejía y poco a poco va languideciendo hasta el 10 de agosto de 1923, fecha en que fallece en Cercedilla (Madrid).

En 1914 pinta este cuadro, “Joaquina la Gitana”, precisamente en su época más brillante, en la que la luz es el elemento más destacable de su obra y durante el que se producen sus mejores trabajos.

En él, se puede observar a una mujer gitana que ocupa el centro de la escena, cuyo rostro aparece entre luz y sombras, sobre un fondo malva-gris y que destaca por su oscura vestimenta. Está sentada en un banco de color amaderado, apoyada sobre el respaldo y un poco inclinada hacia la derecha. Entre sus brazos y de forma relajada, sujeta a un niño. La mujer de edad indeterminada, ni muy joven, ni muy vieja, cuyos ojos se ocultan tras las sombras, parece mirar más allá del cuadro, con una expresión pensativa. Sus labios cerrados pero no apretados, dejan vislumbrar una tenue sonrisa. De aspecto humilde pero aseado, viste ropa oscura que no deja adivinar su silueta. Falda y sobrefalda hasta los pies, cuerpo de manga larga hasta un poco más arriba de las muñecas, sobre el que parece llevar un chal también oscuro, con una pequeña abertura en forma de pico que deja entrever un poco del escote. De pelo, piel y cejas oscuras, luce una flor en tonos amarillos sobre la oreja izquierda, prendida en lo que se adivina un recogido poco elaborado. Entre sus brazos y con las manos entrelazadas, sujeta a un bebé, cuya cabezita está vuelta hacia su seno izquierdo, dando a entender que está mamando de él, mientras la manita izquierda del niño descansa sobre el pecho de ella.

El bebé, de abundante pelo castaño, vestido con una camisita blanca moteada con algún lunar oscuro, de manga larga, y cuyas piernecitas parecen estar cubiertas con la sobrefalda de la mujer, resalta sobre la ropa oscura de la gitana. La escena está iluminada por una luz lateral desde la derecha, que la divide en dos partes bien diferenciadas y que desvía nuestra atención hacia esta zona. La parte izquierda está sumida en la sombra, mientras que la parte derecha es mostrada con mucha más amabilidad, y llena de luz.

Encontramos así dos personalidades de la misma mujer. En la parte izquierda, se nos presenta a una mujer vestida de negro, una mujer arraigada a las tradiciones. Es la “mujer de respeto” que cumple con las normas del pueblo gitano, rico en expresiones simbólicas que dan cuenta de la riqueza que entraña, y que nos sorprende con las manifestaciones de duelo (luto) que debe persistir tras la muerte de un familiar (Moreno y Sánchez-Oro 2006). En la otra mitad y en otro estilo bien distinto, aparece reflejado el aspecto maternal de la gitana, retratada con mucha luz a pesar de vestir de negro y ser una figura muy oscura, con su hijo en brazos al que parece estar dando el pecho. La lactancia materna está condicionada por factores psicológicos, biológicos, culturales, sociodemográficos, económicos, y genéticos. Desde siempre se ha pensado que las madres gitanas prolongan la lactancia materna durante más tiempo que las madres no gitanas (De Amici, Gasparoni, Chirico, Bgliolo, 1998), además de dar el pecho en cualquier lugar y circunstancia, por lo que se trata de una escena que no sorprende al espectador. No por ello deja de ser una escena que contrasta con la otra mitad ya que en contraposición a la tristeza, el luto, el respeto silencioso, se muestra el lado más femenino de la mujer gitana, que se esfuerza por no expresar públicamente la alegría y el placer contenidos en su sonrisa. Es la feliz madre transmisora de valores y tradiciones que cuida y disfruta de sus hijos, esposa que cumple con lo que de ella se espera, pero sin perder su lado sensual y coqueto, que está representado por la flor amarilla que adorna su pelo oscuro. El amarillo, color brillante y alegre y que se asocia con la expresión de nuestros pensamientos, contrasta en este caso, con la austeridad e impersonalidad de la vestimenta de la protagonista.

## CONCLUSIONES

A través del análisis de la obra de Joaquín Sorolla, Joaquina la gitana, hemos podido acercarnos un poco más a la realidad de la mujer gitana, y comprender sus vivencias, dentro del entorno cultural del pueblo gitano.

Hablar de mujer gitana, es hablar del cuidado de los hijos, el mantenimiento de la casa, la transmisión de la cultura, la obediencia, la madre, la esposa, la hija, la virginidad... (Moreno, Sánchez-Oro, 2006). Y es que a pesar de los cambios que en la actualidad se están produciendo en cuanto a formación y acceso al mercado laboral de las mujeres gitanas, todavía siguen ligadas y se sienten completamente identificadas con su cultura y sus valores (Montañés, 2011).

Aunque el papel de la mujer gitana dentro de su entorno, pueda ser considerado como secundario, ya que se encuentra enmarcado en una comunidad claramente patriarcal, ella tiene el papel protagonista en el cuidado y mantenimiento de la familia, asumiendo de forma respetuosa lo que el grupo espera de ella, pero sin perder sus atributos femeninos. Sin embargo, y cada vez con más fuerza las mujeres gitanas están asumiendo nuevos retos en el ámbito público y laboral, lo que nos hace pensar que a pesar de su resignación y obligaciones sociales, es más fuerte la luz que la ilumina como madre y mujer, que intenta abrirse camino en un mundo en el que no es necesario renunciar a la identidad social, para ser una mujer de nuestro tiempo (Aguilar, 2007).

## BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, C. (2007) Género, Interculturalidad y Percepción de la Identidad Gitana a través de la Iij. X Simposio Internacional. Lengua, literatura y género. Baeza.
- Amezcua, M. (2012) Cómo realizar un estudio iconográfico en historia de los cuidados. II Encuentro Internacional de Historia y pensamiento enfermero. Casa Má-

- gina. Disponible en <http://www.slideshare.net/f-index/ii-encuentro-internacional-de-historia-y-pensamiento-enfermero>. (Consultado 20-04-2013)
- De Amici, D; Gasparoni, A; Chirico, G; Bogliolo, O. (1998) The influence of race on breast feeding. *European Journal of epidemiology* 14: 413-415. Disponible en <http://link.springer.com/article/10.1023/A%3A1007410518912>. (Consultado 03- 04- 2014)
- Medina, E; Sánchez, Y; Rey, W; Naung, Y. (2012) La identidad cultural en la obra de arte. Aproximaciones a su estudio, en *Contribuciones a las Ciencias Sociales*. Disponible en [www.eumed.net/rev/cccss/20/](http://www.eumed.net/rev/cccss/20/). (Consultado 07-06-2014)
- Montañés, P. (2011) Una aproximación a la realidad de las mujeres gitanas desde la perspectiva de género. *Acciones e Investigaciones Sociales* 29: 87-104. Disponible en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3734191>. (Consultado 05-06-2014)
- Moreno, J; Sánchez-Oro, M. (2006). Un estudio cualitativo de la minoría gitana. la vigencia de los componentes de la estructura social. *Documentación social* 14: 143-158. Disponible en <http://sociologiaext.wordpress.com/2007/05/16/un-estudio-cualitativo-de-la-minoria-gitana-vigencia-de-los-componentes-de-la-estructura-social/>. (Consultado 05-06-2014)
- Panofsky, E. (1955) *Iconography and iconology: an introduction to the study of renaissance art*. In *Meaning in the Visual Arts: Papers in and on Art History*. Garden City, Doubleday NY: 26-54.
- Rodríguez, M.I. (2005) *Introducción a los estudios iconográficos y a su metodología*. E-excellence. [www.liceus.com](http://www.liceus.com). (Consultado 05-05-2014)

# Miscelánea

## Macondece

Francisco Herrera Rodríguez

*Facultad de Enfermería y Fisioterapia (Universidad de Cádiz)*

*Cómo citar este artículo en edición digital: Herrera Rodríguez, F. (2014) Macondece. Cultura de los Cuidados (Edición digital) 18, 40. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.40.16>*

*Correspondencia: Francisco Herrera-Rodríguez. Facultad de Enfermería y Fisioterapia. Avda. Ana de Viya, 52. 11009-Cádiz.*

*Correo electrónico: [francisco.herrera@uca.es](mailto:francisco.herrera@uca.es).*

*Recibido: 7/12/2014; Aceptado: 11/12/2014*

### ABSTRACT

Francisco Herrera uses its best arts poetic prose and two drawings (pencil and pastel one, as thick ink pen the other), to commemorate Gabriel García Márquez using a profile that goes beyond the limits of the word alphabetic contrasting it for if need be, with the (re-created) image created Gabo say bad -the languages do not enjoy lectoras- buds we went. Here he is again in this text and the drawings herre- rianos, brief and flashing text in which differ- ent actual episodes are intertwined, fictitious, halfway between both Gabo's life; text that appears just read the two faces guarding him unable to conceal certain air of complacency.

### RESUMO

Francisco Herrera usa suas melhores artes prosa poética e dois desenhos (lápis pastel e um, tão grosso caneta de tinta a outra), para comemorar Gabriel García Márquez, utilizando um perfil que vai além dos limites da pala- vra alfabética contrastando-porque, se neces- sário, com a imagem (recriado) criado Gabo dizer maus línguas -os não gozam gomos lectoras- que fomos. Aqui está ele novamen- te neste texto e os desenhos herrerianos, texto breve e intermitente em que episódios reais diferentes estão interligados, fictícia, a meio

caminho entre a vida tanto de Gabo; texto que aparece apenas ler as duas faces guardando-o incapaz de esconder certo ar de complacência.

### RESUMEN

Francisco Herrera emplea sus mejores artes: prosa poética y sendos dibujos (a lápiz y pastel uno, y a tinta gruesa de rotulador el otro), para rememorar a Gabriel García Márquez mediante una semblanza que va más allá de los límites alfabéticos de la palabra kontras- tando ésta, por si fuera menester, con la ima- gen creada (re-creada) del Gabo que dicen las malas lenguas –las que no disfrutaban de papilas lectoras- que se nos fue. Aquí está de nuevo en este texto y estos dibujos Herrerianos, texto breve y relampagueante en el que se entrelazan diferentes episodios -reales, ficticios y a medio camino entre ambos-, de la vida del Gabo; tex- to que parece recién leído por los dos rostros que lo custodian sin poder disimular cierto aire de complacencia.

### MACONDECE

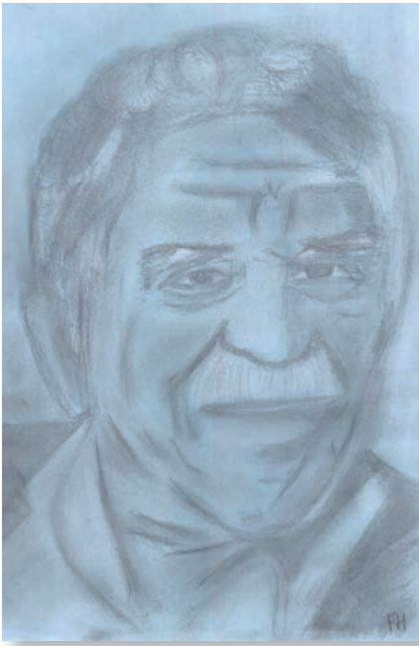
Gabo se ha echado un rato a dormir y el Magdalena macondece con la luz y el fervor de los bananos que calientan las fábricas de hielo del Caribe. Macondece en el mundo y Gabo

aparece en los cañaverales del sueño con sonrisa de niño eterno y le envía la carta esperada al viejo coronel y reescribe otro final para Ángela Vicario y Santiago Nasar. Gabo viaja en tren cuatro días con sus noches y en cada macondecer le entrega a Isabel las llaves oxidadas del Universo y una flor roja que la hace dueña de todos los agostos. Macondece en alta mar y Gabo le pone en los labios al náufrago panela y dulce de guayaba. Gabo se marca una cumbia en Cartagena de Indias y las putas tristes resucitan de los amores cansados, y la Cándida Eréndira huye con Ulises por los médanos

callados que la alejan de una abuela inmisericorde. Macondece en Aracataca y Amaranta teje lienzos de amor en vez de mortajas. Gabo se ha echado a dormir un rato, feliz e indocumentado, Florentino Ariza y Fermina Daza custodian sus sueños de una América justa y libre. Macondece y a Gabo, orfebre eterno, le sorprende un nuevo día haciendo pescaditos de oro que alegran los años y las soledades de los hombres mortales.

Francisco Herrera Rodríguez

*Cádiz, junio de 2014*



*Dibujo a lápiz y pastel de Gabriel García Márquez  
(F.H.R., 2011)*



*Caricatura a rotulador de Gabriel García Márquez  
(F.H.R., 2011)*



## Biblioteca comentada

### LA VOZ DORMIDA

Autor: Dulce Chacón

Editorial: Alaguara

Género: Histórico- narrativa

Año publicación 2002

Carmen Solano Ruiz (Reseña)

*Facultad de Ciencias de la Salud (Universidad de Alicante)*

Cómo citar este artículo (reseña) en edición digital: Solano Ruiz, C. (2014) La voz Dormida. (Reseña). Cultura de los Cuidados (Edición digital) 18, 40. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.40.17>

Correspondencia: Facultad de Ciencias de la Salud (Universidad de Alicante).E-03080-Alicante.

Correo electrónico: carmen.solano@ua.es

Recibido: 10/11/2014; Aceptado: 08/12/2014

Hace algún tiempo cayó en mis brazos un libro por puro azar que me cautivó desde el principio. Se trata de la novela escrita por Dulce Chacón “La voz dormida”, cuando leí el título me sugirió que podría ser una novela sobre los sueños, pero nada más lejos de la realidad, en las primeras líneas y al comienzo del relato ya se puede vislumbrar cierto grado de horror junto con tristeza “Hortensia morirá fusilada...”. En esta novela la autora relata las historias de vida de unas mujeres que pertenecieron al bando de los vencidos durante la guerra civil española, centrada en la etapa de la posguerra de 1939-1963 y como escenario la cárcel de las Ventas de Madrid, una cárcel de mujeres donde todas ellas eran encarceladas por ser esposas, hijas o madres de revolucionarios o por la participación activa de las mismas. Las principales protagonistas de esta historia son Hortensia (embarazada en sus últimos meses), Reme, Tomasa y Elvira. El título



lo por tanto queda atribuido a esas voces de esas mujeres que nunca se escucharon. La descripción del escenario con todo tipo de detalles nos permite conocer cómo las mujeres vivían bajo una situación de insalubridad y sin ningún tipo de medidas higiénicas, además de las diferentes torturas que se les aplicaban. Es un libro con una importante carga de tristeza pero a la vez manifiesta los vínculos que se pueden generar de amistad sincera, de cariño y solidaridad por la presión a la que se ven sometidas. Dulce Chacón, manifestó que en su novela tuvo que suavizar los relatos de las mujeres porque es difícil soportar en la ficción tanto horror como el que vivieron realmente estas mujeres. Según la propia autora lo escribió por la necesidad de conocer nuestra

propia historia, pues ella se define como parte de una generación del silencio de sus padres, y afirma que ese silencio ha perdurado demasiado tiempo.

La novela fue publicada en el año 2002 pero cuatro años necesitó la autora para recopilar el material, documentándose con historiadores y realizando entrevistas a mujeres por toda España. En el año 2011 fue llevada al cine por el director Benito Zambrano.

Es importante reseñar que la autora Dulce Chacón nació en Zafra en 1954, en el seno de una familia aristocrática su padre fue poeta y alcalde de la ciudad de Zafra (Badajoz), con una ideología de derechas y defensor del bando nacional. Su producción literaria es variada, pero su gran valor se revela en los ámbitos de la poesía, la na-

rrativa y el teatro recibiendo numerosos premios por sus obras de poesía y novela. Fue una mujer comprometida con los más débiles integrando la plataforma de Mujeres Artísticas contra la violencia de Género. Su primera novela, *Algún amor que no mate*, trata del tema de los malos tratos en la pareja y fue adaptada al teatro por la propia autora y dirigida por Eduardo Vasco en 2002. Dulce Chacón falleció en Brunete (Madrid) en el año 2003, a los cuarenta y nueve años, víctima de un cáncer de páncreas diagnosticado un mes antes.

Su marido la definió como “una mujer luchadora, de izquierdas, agnóstica, peleona, y su mejor arma era la palabra y la escritura”

Reseña: M. Carmen Solano Ruiz

---

---

### LOS TRIPULANTES DEL LÍRICUS

Siles, José (2014)

**Editorial Devenir, Madrid.**

Antonio Marín Albalate. *Poeta*

Cómo citar este artículo (reseña) en edición digital: Marín Albalate, A. (2014) Palabras de un polizón a bordo del *Líricus*. (Reseña). *Cultura de los Cuidados* (Edición digital) 18, 40. Disponible en:

<http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.40.18>

Correspondencia: (remitirse al correo electrónico)

Correo electrónico: [amalbalate@yahoo.es](mailto:amalbalate@yahoo.es).

Recibido: 11/11/2014/ Aceptado: 08/12/2014

*PALABRAS DE UN POLIZÓN A BORDO DEL LÍRICUS*

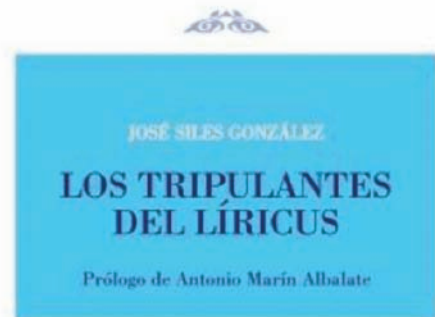
*Me invade, no sé por qué razón, una gran calma.*

*Miro hacia fuera como un Dios. No hay iceberg a la vista.*

*Hans Magnus Enzensberger*

*(Versos finales del 'Canto VI' de*

*El hundimiento del Titanic)*



Fiel a su costumbre de construir nombres especiales en torno a personajes y a títulos de obras, –recordemos, por ejemplo, su novela *La última noche de Erik Bikarbonato*– José Siles González nos sorprende con una nueva entrega, esta vez de poemas, *Los tripulantes del Líricus*.

Con toda la fuerza de su latín original –no sonaría igual Líricos– este barco o libro cuarto de la producción poética de Pepe Siles, es una invitación al viaje a través de la otra palabra; la que –como alguien dijo– se dice en verso. De tal manera, desde ese verso, claro y preciso, el poeta construye la armadura de una nave de palabras, en profundidad, como el calado de su propia semántica.

Veintiséis poemas, si no he contado mal, dan forma y fondo a esta magnífica obra tan absolutamente mediterránea, como la piel de quien la escribe. Porque Pepe Siles nacido en Cartagena y hecho hombre, a golpes de sal y de sol, es piel de agua curtida al viento de levante, mar que camina para recordarnos que la línea del horizonte siempre es infinita a los ojos que la miran y que no hay bolardo, estacha o red que la pueda apresar.

Así lo sentí yo el día en que, pasado el acné juvenil y tras largo tiempo de mutuo despiste, volvimos a encontrarnos en un bar de nuestra ciudad con la feliz excusa de presentar su novela *La Venus de Donegal*.

De esa memorable fecha, impregnada de salobres olores, guarda memoria el enlace: <http://www.elcoloquiode-losperros.net/numero32/bask32si.html>.

Digo que Pepe Siles es el mar, de la misma manera que Vicente Huidobro afirma que «el mar es un tejado de botellas que en la memoria del marino sueña». Eso también lo saben los tripulantes del Líricus con «su adhesión incondicional / al Jack Daniels».

Mar y marino, como un todo, nuestro poeta, que cambió de ciudad (ahora reside en Alicante) pero no de aguas, vive sobre todo para la

noble vocación de la escritura. Alejado de fastos y falsarios cenáculos, a salvo en la trinchera de su verso, su tiempo es un tiempo aparte pleno de copas colmadas donde nadan los ausentes, como afirma en *Necesito soñarme*, penúltimo poema del libro.

A bordo del Líricus yo, polizón al cabo, interpreto su lectura como una travesía hacia puertos lejanos, «aquellos cuyas luminarias / orientan a los marinos allá / ...donde las antípodas», y así –escondido en su bodega, mientras me ejercito en la dipsomanía– observo el movimiento del comandante y su tripulación.

Observo el silencio, espeso y necesario, de la niebla que envuelve la noche del poeta con su verbo encendido por la proa de este barco que, partiendo del muelle de la Curra y al girar Cabo de Hornos, ha llegado a encontrarse con el mismísimo espíritu del maligno bucanero Sir Francis Drake hasta convertirlo en uno de los mejores poemas de esta travesía.

Observo a este comandante que, sumergido hasta las orejas en el añejo ron del recuerdo, escribe sobre tempestades y escuadras enemigas, en su cuaderno de bitácora. Con el recuerdo del Abute, «timonel superviviente del penúltimo / naufragio del Líricus», escribe y escribe.

Escribe bajo un rumor de rememoraciones, acerca de «la gran sepultura colectiva» de *todo*, ese lugar donde *nada* es ahora.

Consciente, con José Hierro, de que «después de todo, todo ha sido nada, / a pesar de que un día lo fue todo», Siles González deja su todo y su tono más lírico en esta obra que no es, sino un seguir avanzando con *la sal del tiempo* en la mirada dejando huella honda, difícil de borrar, para *antes del olvido* y sus naves, «en un océano de tumbas anónimas», como «las experiencias huérfanas del recuerdo, / hijas bastardas / de la memoria expósita» que mora en la soledad, sin sonido, de las caracolas muertas entre racimos de algas y óxido de metales abandonados.

A bordo del *Líricus* yo –clandestino viajero, pescador de palabras que hago mías–, puedo oír el latido de la remembranza y sus milenarios ecos cuando, sobre mi cabeza, siento el peso ancestral de la ciudad que nos nombra y ennoblece al recordar con Cervantes, el inmortal, sus –no por archiconocidos– celebrados versos:

Con esto, poco a poco, llegué al puerto  
a quien los de Cartago dieron nombre,  
cerrado a todos vientos y encubierto,  
a cuyo claro y singular renombre  
se postran cuantos puertos el mar baña,  
descubre el sol y ha navegado el hombre.

Y es entonces la submarina belleza de lo vivo lejano que, aunque dormida en los hondos *muelles de la historia*, siempre despierta y emerge al paso de tan lírica nave, barco de la memoria escrito –acaso *Mare Nostrum* adentro del sueño– para que –lectores al fin– sintamos cual fulgente latigazo, poema a poema, el universo de su idealidad en el piélago de nuestros ojos. Como debe ser. Porque el poema, al igual que el poeta, es o no es. Y el poeta de homérica voz, aquí y desde siempre, sin lugar a dudas, es porque sabe –lo ha dicho– que una vez que tienes la idea de lo que quieres, mantener el timón es más llevadero.

Y porque sabe –también lo ha dicho– que la vida se hace y deshace por los sentimientos y la mejor forma de expresarlos es la poesía. Poesía como la de este libro seguramente escrito por pura catarsis, tal vez para celebrar las cicatrices del humo de aquellas palabras que, ceniza al fin, dejan su poso de olvido en la piel del agua. O para que no olvidemos que al final del periplo, «llegado el río a la mar – nuestras vidas son los ríos, Manrique dixit– tumba líquida de todos los ríos / donde se mojan las pantorrillas los muertos», sólo quedan los restos del naufragio, *apenas un adiós sin esperanza no versos*. Pero habrá merecido la pena.

Por la cita de Enzensberger que precede a estas palabras y, si pasamos la página de su Canto VI, sabemos que *si hay iceberg a la vista* –«el iceberg avanza hacia nosotros», comienza diciendo– porque, sin remedio, siempre hay un iceberg que, oculto bajo el agua de los días, nos acaba alcanzando como el Titanic, el *Líricus* –«veinte años, / cuatro meses y doce días / con siete larguísimas horas y media, / las peores y más graves», *se mantuvo embarrancado*–, termina siendo un barco fantasma con verbenas de difuntos, donde sus espíritus tripulantes conmemoran el hundimiento de la nave.

*Això s'està ensorrant*, cantaba Serrat en 1990. Ciertamente, siempre hay algo que se hunde o que se está hundiendo. Es inevitable, ya saben... el iceberg...

Tan inevitable como la afortunada ebriedad que proporciona la lectura de este libro que recomiendo encarecidamente.

Espero y deseo, querido lector, que al igual que este polizón, te hundas placenteramente en sus páginas y saborees, como el mejor licor, todo lo bueno de sus versos.

*Los tripulantes del Líricus*, Pepe Siles González y quien esto suscribe te lo agradecen al tiempo que te desean una muy feliz travesía.



MÁSTER  
universitario

**DIRIGIDO A**

Graduados y diplomados/licenciados en Ciencias Básicas, Sociales y de la Salud.

Oferta de Plazas: 20 plazas.

**CRITERIOS DE ADMISIÓN**

- Expediente académico del título que da acceso.
- Curriculum, según modelo facilitado por el Centro:

- Gestión en unidades de enfermería.
- Experiencia docente.
- Ejercicio profesional asistencial.
- Actividad investigadora.
- Formación continuada.
- Otros méritos.

Se reservarán un 3% de las plazas para estudiantes que tengan reconocido un grado de minusvalía igual o superior al 33%.

- Asimismo, y de acuerdo únicamente a su expediente académico, se reservarán un 10% de las plazas ofertadas para Graduados/Diplomados en Enfermería por la Universidad de Alicante durante el curso académico inmediatamente anterior.



Máster en Cultura de los Cuidados  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Universidad de Alicante

**PREINSCRIPCIÓN Y MATRÍCULA**

Los plazos de preinscripción y matrícula así como la documentación a presentar se pueden consultar en la dirección <http://web.ua.es/continua>

**TASAS DE MATRÍCULA**

El precio por crédito matriculado lo establece anualmente la Generalitat Valenciana mediante Decreto del Consell.

**INFORMACIÓN Y CONTACTO**

Facultad de Ciencias de la Salud  
Correo electrónico: [facsalud@ua.es](mailto:facsalud@ua.es)  
Teléfono 965 90 35 12  
Fax: 965 90 39 35  
Página Web: [fcsalud.ua.es/](http://fcsalud.ua.es/)



**OBJETIVOS DEL MÁSTER Y COMPETENCIAS**

El objetivo general del Máster en Cultura de los Cuidados es formar investigadores y especialistas en ciencias de la enfermería para realizar investigación que permita ampliar el conocimiento de las dimensiones sociales, culturales, políticas y emocionales del fenómeno integral de los cuidados en el proceso de salud/enfermedad en la persona, la familia y la comunidad en las diferentes dinámicas de los sistemas sanitarios. El objetivo final del programa es ofrecer una formación que facilite a los profesionales de enfermería adecuarse a los servicios de salud y las nuevas demandas que acontecen en las diferentes etapas del proceso vida-salud-enfermedad al inicio del siglo XXI y, en definitiva, aportar nuevas herramientas teóricas y metodológicas para proporcionar unos cuidados de calidad en una sociedad cambiante y compleja.

Las competencias generales del título son:

- Desarrollar la capacidad para generar conocimiento científico relevante a la disciplina de Enfermería.
- Proporcionar a los estudiantes las herramientas metodológicas para desarrollar proyectos de investigación en áreas clínicas, de gestión y docencia.
- Manejar herramientas (bibliográficas, informáticas, estadísticas) para desarrollar con garantías su investigación en el seno de un grupo de investigación.
- Redactar trabajos científicos en Ciencias de Enfermería.
- Desarrollar razonamiento crítico y capacidad para definir y dar respuesta a problemas utilizando la evidencia científica disponible.
- Desarrollar habilidades de aprendizaje que les permitan continuar estudiando de un modo que habrá de ser en gran medida autodirigido o autónomo, utilizando la bibliografía disponible y profundizando en los conocimientos y en la investigación.
- Integrar conocimientos y enfrentarse a la complejidad de formular juicios a partir de una información que, siendo incompleta o limitada, incluya reflexiones sobre las responsabilidades sociales y éticas vinculadas a la aplicación de sus conocimientos y juicios.
- Ser capaz de aplicar los principios de análisis, intervención y evaluación ante entornos nuevos dentro de un contexto multidisciplinar relacionados con las Ciencias de Enfermería.
- Desarrollar la capacidad de comunicar conclusiones (y los conocimientos y razones últimas que las sustentan) a públicos especializados y no especializados de un modo claro y sin ambigüedades. Teniendo en cuenta las necesidades emergentes y versátiles de la sociedad y la población.
- Desarrollar metodologías para la transmisión de conocimientos científicos en Ciencias de Enfermería.

**PLAN DE ESTUDIOS**

El plan de estudios del Máster consta de una carga lectiva de 60 ECTS (European Credit Transference System), distribuidos en dos semestres de 30 ECTS.

Resumen de las materias y distribución en ECTS

Tipo de materia	ECTS
Obligatorias	48
Trabajo fin de máster	12
ECTS totales	60

**Asignaturas del Primer Semestre**

- Diseños de investigación y medición en ciencias de la salud (6 ECTS)\*
- Documentación e información científica en salud (4 ECTS)\*
- Estadística en ciencias de la salud (6 ECTS)\*
- Investigación cualitativa en ciencias de la salud (4 ECTS)\*
- Antropología de los cuidados (4 ECTS)
- Antropología educativa de los cuidados (3 ECTS)
- Pedagogía de los cuidados (3 ECTS)

(\*Asignaturas comunes al Máster Universitario en Investigación en Ciencias de la Enfermería.

**Asignaturas del Segundo Semestre**

- Fenomenología y vivencias de salud-enfermedad (2 ECTS)
- Historia cultural de los cuidados (4 ECTS)
- Fuentes escritas, orales e iconográficas en investigaciones socio-sanitarias (4 ECTS)
- Técnicas de análisis en cultura de los cuidados (5 ECTS)
- Software de tratamiento y análisis de datos cualitativos (3 ECTS)
- Trabajo fin de Máster (12 ECTS)



Acceso a las líneas de Investigación de Doctorado:

RD/99/2011, de 28 de enero, por el que se regulan las enseñanzas oficiales de Doctorado.

<http://fcsalud.ua.es/estudios/posgrado/doctorado/doctorado.html>







CONSEJO DE ENFERMERÍA DE LA  
COMUNIDAD VALENCIANA



ASOCIACIÓN NACIONAL DE HISTORIA  
Y ANTROPOLOGÍA DE LOS CUIDADOS



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante  
Facultad de Ciencias de la Salud