

CULTURA DE LOS CUIDADOS

REVISTA DE ENFERMERIA Y HUMANIDADES

2º. Semestre 2006 • Año X - N.º 20

EDITORIAL

- *Cultura de los cuidados. Un recorrido de diez años*

HISTORIA

- *Pensamiento enfermero e historia. Necesidad de vertebración filosófica e historia en Enfermería*
- *El debate sobre la calidad asistencial en la España del siglo XIX*
- *Hospitalidad-Enfermería, conceptos unívocos*
- *Las hijas de la caridad en la profesionalización de la Enfermería*
- *El milagro de San Juan de Dios, de Murillo*

ANTROPOLOGÍA

- *Formación y Transculturalidad: El cuidado del paciente inmigrado desde la perspectiva del estudiante de enfermería de primer año*
- *Fenómenos migratorios y su influencia en los cuidados transculturales en el marco hospitalario*
- *Experiencia de vivir con el VIH/SIDA en un país latino: un análisis cualitativo*
- *Sociedad actual e inmigración: el reto de la Enfermería humanista*
- *Gestión de cuidados de salud y competencia cultural*
- *Fenómenos migratorios, competencia cultural y cuidados de salud*
- *Proyecto de mejora de la atención a la población inmigrante en la atención primaria de salud en Cataluña*
- *Inmigración y formación continuada en el colectivo de enfermería de la región sanitaria de Lleida*
- *Perspectiva antropológica de un caso de ortorexia nerviosa*
- *En busca de una definición transcultural de sufrimiento; una revisión bibliográfica*
- *Los conceptos salud y enfermedad contenidos en el Corán*
- *Rol de enfermo crónico: Una reflexión crítica desde la perspectiva de los cuidados enfermeros*

TEORÍA Y MÉTODO

- *La teoría fundamentada como herramienta de análisis*
- *Intervención de enfermería en el autocuidado con apoyo educativo en personas con diabetes mellitus tipo 2*
- *Aspectos cualitativos en la actividad gestora de los cuidados enfermeros*

CONCLUSIONES A LAS V JORNADAS SOBRE CULTURA DE LOS CUIDADOS

MISCELÁNEA

- *Biblioteca comentada*



CONSEJO DE
ENFERMERÍA
DE LA COMUNIDAD
VALENCIANA

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



ASOCIACIÓN NACIONAL DE
HISTORIA Y ANTROPOLOGÍA
DE LOS CUIDADOS



**V JORNADAS INTERNACIONALES
DE CULTURA DE LOS CUIDADOS**

**Un universo de cuidados en
un mundo multicultural**

MONOGRAFICO

Alicante, 13, 14 y 15 de julio de 2006

SUMARIO

DIRECCIÓN
José Síles González

SUBDIRECCIÓN
Luis Cíbanal Juan

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

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

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

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

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

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

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

NORMAS DE PUBLICACIÓN 6

EDITORIAL

Cultura de los cuidados. Un recorrido de diez años 7
ELENA FERRER HERNÁNDEZ

HISTORIA

Pensamiento enfermero e historia. Necesidad de vertebración filosófica e historia en Enfermería 14
AMPARO NOGALES ESPERT

El debate sobre la calidad asistencial en la España del siglo XIX 22
FRANCISCO HERRERA RODRÍGUEZ

Hospitalidad-Enfermería, conceptos unívocos 32
CECILIO ESEVERRI CHAVARRI

Las hijas de la caridad en la profesionalización de la Enfermería 39
FRANCISCA HERNÁNDEZ MARTÍN

El milagro de San Juan de Dios, de Murillo 50
M^a TERESA MIRALLES SANGRO
MARTA DURÁN ESCRIBANO

ANTROPOLOGÍA

Formación y Transculturalidad: El cuidado del paciente inmigrado desde la perspectiva del estudiante de enfermería de primer año 55
MANUEL MORENO PRECIADO
ELISA AGUDO GISBERT

Fenómenos migratorios y su influencia en los cuidados transculturales en el marco hospitalario 62
MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ MOLINA

Experiencia de vivir con el VIH/SIDA en un país latino: un análisis cualitativo 69
MARIA ISABEL PEÑARRIETA DE CÓRDOVA, PHD.,
ANA MARIA RIVERA, MG., SOCORRO PIÑONES MARTÍNEZ,
MG., LUZ MARIA QUINTERO VALLE, MG

Sociedad actual e inmigración: el reto de la Enfermería humanista ... 76
RUIZ SALVADOR, D; TORRALBO OJEDA, E; ORTIZ MORALES, M.A; DEL PINO ALCARAZ, M.I.; ARTERO LÓPEZ, C.

Gestión de cuidados de salud y competencia cultural 83
D^{ÑA}. ISABEL CASABONA MARTÍNEZ
DR. MANUEL LILLO CRESPO

Fenómenos migratorios, competencia cultural y cuidados de salud ... 87
DR. MANUEL LILLO CRESPO
D^{ÑA}. ISABEL CASABONA MARTÍNEZ

Proyecto de mejora de la atención a la población inmigrante en la atención primaria de salud en Cataluña	92
RIFÀ ROS, R. COSTA TUTUSAUS, LL. OLIVÉ ADRADOS, C. PALLARÉS MARTI, A. PÉREZ PÉREZ, I. VILA GIMENO, C.	
Inmigración y formación continuada en el colectivo de enfermería de la región sanitaria de Lleida	99
MONTSERRAT GEA SÁNCHEZ, MERCÈ FOLGUERA ARNAU, ANA GARCÍA LÓPEZ, SANTIAGO MIGUELSANZ GARCÍA, ANABEL FERNÁNDEZ CUESTA	
Perspectiva antropológica de un caso de ortorexia nerviosa	109
EVA MOLINA ALÉN	
En busca de una definición transcultural de sufrimiento; una revisión bibliográfica	117
MONTOYA JUÁREZ, R., SCHMIDT RÍO-VALLE, J., PRADOS PEÑA, D.	
Los conceptos salud y enfermedad contenidos en el Corán	122
LOURDES RUBIO RICO, MARÍA FERRATER CUBELLS	
Rol de enfermo crónico: Una reflexión crítica desde la perspectiva de los cuidados enfermeros	129
XIMENA IBARRA MENDOZA, JOSÉ SILES GONZÁLEZ	
TEORÍA Y MÉTODO	
La teoría fundamentada como herramienta de análisis	136
CARMEN DE LA CUESTA BENJUMEA	
Intervención de enfermería en el autocuidado con apoyo educativo en personas con diabetes mellitus tipo 2	141
AVILA ALPIREZ, HERMELINDA; MEZA GUEVARA, SUSANA; FRÍAS REYNA; BARBARITA; SÁNCHEZ ANDRADE; ERNESTINA; VEGA ALANÍS; CARMEN; HERNÁNDEZ SALDIVAR, M ^a ANTONIA	
Aspectos cualitativos en la actividad gestora de los cuidados enfermeros	147
XIMENA IBARRA MENDOZA	
CONCLUSIONES A LAS V JORNADAS SOBRE CULTURA DE LOS CUIDADOS	
	153
MISCELÁNEA	
Biblioteca comentada	156

ESTRUCTURA DE LA REVISTA Y NORMAS DE PUBLICACIÓN



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

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

PRESENTACIÓN DE LOS TRABAJOS

- Estructura del manuscrito: En la primera página figurará el título del artículo seguido del nombre de los autores (no más de 6), su rango académico o profesional y la dirección de contacto del primer autor con su correo electrónico; en la segunda página, un resumen del trabajo no superior a 200 palabras y las palabras claves consultadas; las siguientes páginas incluirán el contenido del artículo evitando poner subíndices y notas al pie de página, con una extensión no superior a los doce folios; la última página estará dedicada a la bibliografía.
- El sistema de citas adoptado en la revista está de acuerdo a la normativa Harvard-APA: en el texto sólo aparecerá el apellido y la fecha del autor entre paréntesis, ej: (López,1998). La bibliografía consultada al final del artículo no llevará numeración y quedará ordenada alfabéticamente por el apellido del autor ej:

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

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

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

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

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

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

EDITORIAL

CULTURA DE LOS CUIDADOS. UN RECORRIDO DE DIEZ AÑOS

Elena Ferrer Hernández

Diplomada en Enfermería

Profesora Asociada Departamento de Enfermería

E.U.E. Universidad de Alicante

CULTURE OF CARE: TEN YEARS OF LIFE

SUMMARY

Getting to know the CULTURE OF CARE JOURNAL means being acquainted with part of the Nursing History. After 10 years of life, it is a well consolidated reality due basically - from the very beginning - to the effort, determination and hope of a small group of nursing students highly stimulated in their motivation by Professor and Editor, José Siles.

The aim of the present study is to share with the readers the path followed by the CULTURE OF CARE JOURNAL up to its present identity.

To maintain a chronological order a panoramic view in our 'Family Album' is held according to the events that contributed to give the JOURNAL its personal character, reputation and prestige.

Key Words: Culture and Nursing, Nursing History, Anthropology

RESUMEN

Conocer la historia de la revista Cultura de los Cuidados es conocer una parte de la Historia de la Enfermería. Tras 10 años de andadura, es una realidad consolidada gracias, en sus orígenes, a la constancia, empeño, ilusión y esperanza, de un grupo de estudiantes de enfermería, que fueron contagiados por altas dosis de motivación del profesor y director de la revista, José Siles.

Este trabajo tiene el objetivo de compartir con los lectores la trayectoria que ha seguido la revista Cultura de los Cuidados hasta adquirir su identidad.

Para seguir un orden cronológico se relata, oje-

ando nuestro Álbum Familiar, los acontecimientos que han contribuido a dar a la revista el sello personal de madurez y prestigio.

Palabras clave: Cultura y enfermería, historia de la enfermería, antropología.

CONTEXTO HISTORICO EN EL QUE SURGE CULTURA DE LOS CUIDADOS

Ni Cultura de los Cuidados ni otra revista de similares características hubiera sido posible sin la existencia previa de otras muchas publicaciones que le precedieron.

En el ámbito internacional hay que destacar la labor de la enfermería estadounidense. La revista de la enfermería norteamericana más antigua fue creada en 1888 (The Trained Nurse and Hospital Review). Pero la primera revista en la que se publicaron con asiduidad trabajos históricos fue "The American Journal of Nursing" que aparece con el siglo XX, justo un año después de la creación del Consejo Internacional de Enfermería, y que bajo el estímulo de la eminente historiadora de la enfermería, Mary M. Roberts contribuyó al avance de la historia enfermera (DONAHUE, 1988). Sin embargo las revistas de historia de la enfermería y antropología no aparecen hasta la década de los setenta-ocho del siglo XX y, en general, lo hacen propiciadas por grupos de historiadores de la enfermería que persiguen fines comunes: el mantenimiento de un foro donde poder intercambiar experiencias relativas a sus trabajos históricos, propiciar mecanismos de ayuda para la investigación histórica (becas, premios, congresos), y, en general, contribuir al desarrollo de la historia de la enfermería.

La Asociación Americana para la Historia de la Enfermería se fundó en 1978 con el nombre original de “Sociedad Internacional de Historia de la Enfermería”. Entre sus actividades destacan la publicación de la revista oficial de la asociación con periodicidad anual, la *Nursing History Review*” el boletín trimestral “*Bulletin of the American Association for The history of Nursing*”.

Otra publicación muy relacionada con la historia de la enfermería, aunque centrada en los estudios antropológicos es la “*Revista de Enfermería Transcultural*” que aparece a finales de los ochenta también como consecuencia de las necesidades de difusión y vertebración científica de una asociación denominada “*Sociedad de Cuidados Transculturales*”.

Hasta finales de los ochenta, los historiadores de la enfermería españoles no tenían más opción que publicar sus trabajos en revistas de enfermería general. Es a raíz de la fundación de la revista *Index de Enfermería* cuando se abre la puerta para aquellos que trabajan la historia de la enfermería y desean publicar sus investigaciones en una revista especializada en cuestiones antropológicas e históricas. La primera base de datos nacional de enfermería “*Cuiden*” surge también al amparo de esta revista y entre sus actividades destaca la organización de cursos de metodología cualitativa y técnicas de documentación.

Híades es la primera revista española exclusivamente dedicada a la historia de la enfermería. Dicha publicación aparece en Agosto de 1994 propiciada por el esfuerzo del Grupo Andaluz para la Investigación de la Historia de la Enfermería (GAIHE).

ORIGEN DE LA REVISTA

Cultura de los Cuidados, nace tras una gestación a término que estuvo alimentada de entusiasmo, inquietud, dedicación y coraje. Ingredientes todos necesarios para que el nacimiento fuera recibido con gran júbilo.

Los autores de esta creación fueron un grupo de alumnos de Enfermería, unido a la actuación y dirección del profesor José Siles, muy sensibilizado en los temas de Antropología. La iniciativa la lleva Yolanda Gallardo, (Licenciada en el Instituto Nacional de Educación Física). Aprovechando la

experiencia de los viajes que realiza a un orfanato de Lima, y tras matricularse en la Diplomatura de Enfermería conoce al grupo de alumnos contagiándole sus inquietudes y aspiraciones.

Este grupo de estudiantes de enfermería crea una ONG Universitaria (con sede en la Escuela de Enfermería), dándose el nombre de Foro de Enfermería para el Desarrollo. Este Foro se crea con el firme propósito de utilizar el ejercicio y la investigación enfermeras para conseguir un mayor equilibrio social, partiendo desde el respeto a las personas y su cultura.

El Foro ha iniciado dos proyectos de Educación para la Salud, uno destinado a niños huérfanos en Perú, y el segundo, en el estudio de la cultura Napuruna (Amazonia peruana). Desde hace dos años no ha habido continuidad en estas actividades.

Paralelamente a esto, el profesor José Siles observa muy de cerca todos los movimientos de los alumnos y envuelto en la misma inquietud y convencido del proyecto se unen todos y propone crear el Seminario de Historia y Antropología de los Cuidados.

Fue una iniciativa propia, pues no se impartía docencia en dicho seminario, se trabajaba en: la realización de artículos, presentación de comunicaciones, desarrollo de proyectos, etc.

Al principio nadie conocía la metodología de investigación y fue el profesor José Siles el que incentivó la formación a los alumnos en esos temas, continuando con el aprendizaje de las otras asignaturas. Asimismo más adelante el profesor Luis Cibanal se incorpora colaborando en el desarrollo del proyecto.

LOS PRIMEROS PASOS

La trayectoria comienza no estando libre de dificultades que hubo que superar a medida que se iba avanzando. A nivel personal constituyó un reto, fomentado por la ilusión y entusiasmo de todos.

Se dedicaron horas en la lectura de artículos y planificación de actividades. Era un hobby en donde todos los esfuerzos formaban parte de un enriquecimiento personal y profesional.

En ese tiempo el grupo se plantea crear una revista y comienzan a trabajar seleccionando el

título, el logo y la estructura de la misma. Se unifican los criterios y se aprueba estructurar la revista en cuatro partes básicas: Fenomenología, Historia, Antropología y Teoría y Método.

En agosto del año 1997, en la E.U.E. de la Universidad de Alicante, la revista ve por primera vez la luz.

Cultura de los Cuidados (Revista de Enfermería y Humanidades) es pues una publicación semestral orientada a contribuir al desarrollo del conocimiento histórico, antropológico, fenomenológico y teórico en cuidados enfermeros, constituyendo el conocimiento previo de la culturas el paso preliminar indispensable para cualquier tipo de abordaje investigador en estas materias.

En consecuencia, esta revista surge con la finalidad de servir de soporte de enlace entre la actividad investigadora, especialmente en los campos señalados y las diferentes vertientes que, desarrolladas por profesionales de enfermería en un momento sin duda histórico, están cimentando las bases de un humanismo enfermero.

TRAZANDO CAMINOS

Convencidos del proyecto fortalecemos nuestros recursos y se plantea formar una Asociación Nacional de Historia y Antropología de los Cuidados Enfermeros.

Se inician los contactos con otros profesionales que están trabajando en los temas de la enfermería transcultural.

Puestos en acción, en Diciembre de 1998, se constituye legalmente, tras la aprobación de los estatutos. Y el día 2 de junio de 1999 se realiza la Presentación en el Paraninfo de la Facultad de Derecho de la Universidad de Alicante. Para tal acto es invitada la Presidenta de la Transcultural Nursing Society, Rachel Spector.

Dicha asociación tiene como fines: promover y desarrollar la investigación histórica y antropológica de los cuidados enfermeros. Servir de plataforma para la contrastación de opiniones, tendencias y estudios históricos y antropológicos en enfermería.

Para el cumplimiento de dichos fines se desarrollan actividades como:

La edición de la revista Cultura de los cuidados, organizar seminarios, encuentros, jornadas, colaborar con el Departamento y E.U.E. así como

con el Colegio de Enfermería de Alicante y el CECOVA, y con cuantas asociaciones, instituciones y particulares estén interesados en el desarrollo de los mismos fines.

En 1999, se consigue contactar con los compañeros de Transcultural Nursing, enfermeras y enfermeros especializados en el estudio de la enfermería antropológica y transcultural que desde el primer momento con su presidenta a la cabeza Rachel Spector se brindaron a ayudar en el mantenimiento y desarrollo sostenido de nuestro proyecto. A partir de entonces se estrechan las relaciones y se contacta con más gente de la TC (americanas como: Dula Pacquiao, Lancy Purnell, Rick Zoucha, Marty Douglas...) En los años sucesivos se frecuentan los intercambios y se empiezan la colaboraciones mutuas, con el objetivo de trabajar e investigar la transculturalidad.

Como resultado de estos intercambios se crea un lazo de unión de la Revista Cultura de los Cuidados con el Journal of Transcultural Nursing, siendo nombrado el profesor José Siles miembro del Editorial Board.

La revista queda estructurada en cuatro apartados: Fenomenológica, Historia, Antropología, Teoría y Método. También incluye las secciones: Editorial y Miscelánea.

FENOMENOLOGÍA

Sección destinada a la publicación de originales y/o revisiones sobre fenomenología clínica. Asimismo tienen cabida en este apartado las experiencias clínicas de los profesionales sea cual sea la forma de expresión: narrativa, ensayo, poética o plástica.

HISTORIA

Destinada a la publicación de originales y/o revisiones de historia de la enfermería.

ANTROPOLOGÍA

Sección reservada para la inclusión de originales y/o revisiones de trabajos antropológicos en materia de cuidados enfermeros.

TEORIA Y MÉTODO

Apartado dedicado a la publicación de originales y/o revisiones que contribuyan tanto al desarro-

llo 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.

Al mismo tiempo se han desarrollado acciones tales como la convocatoria anual del premio "Vida y Salud" de Narrativa, convocado por la Escuela Universitaria de Enfermería de Alicante.

En esta convocatoria, se pueden presentar narraciones cuyos contenidos estén relacionados con el ejercicio de la Enfermería o la Fisioterapia. La temática deberá estar relacionada con aspectos que se deriven de estilos de vida saludable, relativa a situaciones reales o ficticias de salud-enfermedad o vinculadas con el mantenimiento y cuidado del medio ambiente.

CONSOLIDANDO POSICIONES

Con algunos años más de experiencia queremos consolidar nuestros avances y para ello Cultura de los Cuidados se interrelaciona con varias revistas y se ubica en varias bases de datos para situarse en otros horizontes.

Cultura de los Cuidados es Sociofundadora del Consejo de Editores de Revistas de Enfermería Iberoamericanas. Y esta interrelacionada con las revistas: Fundación Index, Pensar Enfermagen y la Revista de Enfermería de la Universidad de Castilla la Mancha en Albacete.

Cultura de los Cuidados esta incluida en varias bases de datos: BDIE, ENFISPO, EBSCO, PUBLISHING, CUIDATGE, CUIDEN, C I N - HAL.

La revista la podemos encontrar en formato papel y en soporte informático en la Hemeroteca digital Cantárida.

Cultura de los Cuidados Digital tiene algunas diferencias con su versión impresa:

- Incluye artículos en edición bilingüe, bien porque originalmente se escribieron en otros idiomas, o porque se han traducido expresamente al inglés debido a su interés y para facilitar su difusión internacional.
- Incluye un resumen biográfico de los autores (cuando éstos lo aportan), con el objeto de

facilitar el intercambio científico entre investigadores.

- Incluye un motor de búsqueda automatizada de artículos, que facilita su localización en función de la sección, la materia o el autor.
- Informa sobre los modos de citación de los artículos publicados en la revista, bien en formato digital o impreso.

Contamos con autores de prestigio: profesores de otras Universidades que colaboran en la revista con la publicación de sus artículos: Manuel Amezcua, Francisco Herrera, Carmen de la Cuesta, Juana Hernández, Amparo Nogales.

Cultura de los Cuidados es una publicación seria y sólida de conocimiento humanístico. Constituye un entramado que unifica y apoya las líneas de Enfermería, y en ese sentido se une al proyecto de Doctorado Cultura de los Cuidados.

El 16 de junio de 2004 tuvo lugar la firma del convenio marco de colaboración entre la Universidad de Alicante y la Fundación Index para la realización de actividades de divulgación, de formación y de investigación que redunden en beneficio de ambas entidades, con especial referencia a la promoción de cursos y seminarios de interés mutuo, el desarrollo de investigaciones relacionadas con los cuidados de salud y otras actividades científicas.



El 16 de junio de 2004, Manuel Amezcua y José Siles firman el convenio marco de colaboración entre la Universidad de Alicante y la Fundación Index

De manera simultánea se procedió a la firma del convenio específico que hace posible la realización del programa de doctorado "Enfermería y Cultura de los Cuidados" en la sede de Index en Granada.

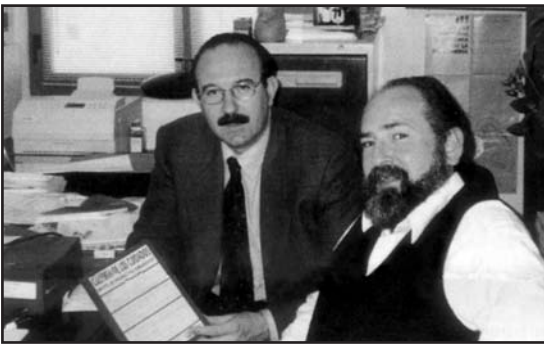
A través de un convenio de colaboración la universidad de Alicante y la Fundación Index convocan el programa de Doctorado "Enfermería y Cultura de los Cuidados" que en la actualidad realiza el Departamento de Enfermería de la citada Universidad.

El Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA) forma parte de la revista *Cultura de los Cuidados*, interviniendo en la gestión administrativa y logística de la misma, siendo su presidente José Antonio Ávila Olivares.

La Financiación de la revista le correspondió en los primeros años al Departamento de Enfermería de la Escuela Universitaria de Enfermería. En la actualidad corre a cargo del CECOVA.

En marzo de 2001, el CECOVA y la Asociación de Historia y Antropología de los Cuidados establecen un marco de colaboración para aunar esfuerzos en la edición y difusión de la revista *Cultura de los Cuidados*. Dicho acuerdo se concretó en el transcurso de una reunión mantenida entre José Antonio Ávila, presidente del CECOVA y José Siles, director de la revista.

Asimismo esta institución colabora con la organización de las Jornadas anuales que la Asociación Nacional de Historia y Antropología de los Cuidados Enfermeros viene realizando periódicamente.



José Antonio Ávila y José Siles plasman el acuerdo de colaboración para potenciar la edición de la Revista

ACTIVIDADES TRANSVERSALES A LA REVISTA

Como actividades transversales a la revista se encuentran las Jornadas que se han ido organizando y celebrando en años sucesivos.

Las I JORNADAS INTERNACIONALES DE CULTURA DE LOS CUIDADOS se celebraron con fecha 15 y 16 de junio de 2000 en Alicante. Fueron organizadas por la Asociación de Historia y Antropología de los Cuidados y la Escuela de Enfermería de la Universidad de Alicante.

Su temática estuvo polarizada por los cuatro grandes bloques temáticos de la revista: historia, antropología, fenomenología y teoría y método. El nivel internacional de tal evento lo realizaron figuras de la talla de las doctoras: Gordon, Roy y Spector. Los ponentes nacionales fueron: Francisco Herrera, Carmen Chamizo, Manuel Amezcua, los hermanos García Martínez, Ignacio Valle Racero, etc. Todos ellos contribuyeron a desarrollar la enfermería desde sus dimensiones: histórica, antropológica y teórica.

Dos años más tarde se vuelven a celebrar en Alicante las II JORNADAS INTERNACIONALES DE CULTURA DE LOS CUIDADOS. IV REUNIÓN CUALITATIVA EN SALUD, con fecha 14 y 15 de noviembre de 2002 y aquí se presentan seis comunicaciones. Organizado por la E.U.E. Universidad de Alicante con la Asociación Nacional de Historia y Antropología de los Cuidados.

En octubre del año 2002, en Toronto (Canadá) se celebró el CONGRESO MUNDIAL DE ENFERMERÍA TRANSCULTURAL, en donde un grupo de personas de la Asociación de Historia y Antropología de los Cuidados (Manuel Lillo, Isabel Casabona, Roberto Galao, M. Dolores Mora, José Siles, Luis Cibanal y colaboradores) presentaron la comunicación:

“DIFERENCIAS EN LOS SÍNTOMAS MANIFESTADOS POR MUJERES CON ANGINA DE PECHO: UN ESTUDIO INTERNACIONAL DESDE LA PERSPECTIVA DE LA ENFERMERÍA TRANSCULTURAL”.

En el invierno del año 2003, un grupo de la Asociación de Historia y Antropología de los Cuidados visita Estados Unidos para conocer los hospitales Kean University, donde existe un centro de investigación transcultural que dirige la Doctora Dula Pacquiao. Allí se impartieron charlas en un master sobre gestión y enfermería transcultural.

En las III JORNADAS INTERNACIONALES DE CULTURA DE LOS CUIDADOS celebrado en Alicante en junio del 2004, el póster “La influencia de las religiones en la donación de órganos” presentado por Isabel Casabona, Manuel Lillo, M^a Dolores Mora, Roberto Galao y Purificación Gómez, fue premiado por la Transcultural Nursing Society.



Dicho evento reunió a 230 participantes de 15 países marcándose como objetivos, entre otros, los de debatir la incidencia del género en la educación, la investigación y la práctica en Enfermería transcultural en el mundo, analizar la implicación de la política en los cuidados a

inmigrantes y grupos desfavorecidos.

Tanto las perspectivas como los temas o contenidos y los métodos que se abordaron trataron de un único e irrenunciable objetivo, que es el de que mediante el conocimiento se llegue a la tolerancia y al respeto cultural en toda la disciplina enfermera.

En el año 2005, en New York en la celebración de la Transcultural Nursing Annual Conference, se presentan dos posters:

ASSESSING CULTURALLY COMPETENT CARE AND EVALUATING SATISFACTION FOR DUTCH PATIENTS BELONGING TO THE INTEREUROPEAN PROJECT TO REDUCE WAITING LISTS

A qualitative, transcultural research study in the context of nursing practice

Authors: Manuel Lillo, Isabel Casabona, Roberto Galao, M. Dolores Mora, José Siles, Luis Cibanal.

TRANSCULTURAL NURSING MANAGEMENT IN A CLINICAL CONTEXT

Analysis of Quality perceived by Dutch patients belonging to the Intereuropean Project to reduce waiting lists in Clinica Vistahermosa, Spain

Authors: Isabel Casabona, Manuel Lillo, M. Dolores Mora, Roberto Galao, Luis Cibanal, José Siles.

AVANZANDO

En estos momentos llevamos 19 revistas editadas. En el período 1997-2006, el número total de artículos publicados ha sido de 215.

Secciones	Total artículos	Porcentaje
Fenomenología	44	20 %
Historia	46	21 %
Antropología	71	33 %
Teoría y Método	54	25 %

Podemos observar como el mayor porcentaje de publicaciones le corresponde al apartado temático “Antropología” (33 %), seguido por Teoría y Método (25 %), Historia (21 %), siendo los trabajos relativos a “Fenomenología” los de menor porcentaje (20 %).

Dentro de poco cumplimos 10 años, por lo tanto somos jóvenes todavía y es por lo que seguimos creciendo. Hacemos pues, una invitación a investigadores de la teoría, la filosofía y el desarrollo práctico de modelos y métodos enfermeros, la historia de la enfermería, la antropología de los cuidados enfermeros, la fenomenología y a los compañeros y compañeras interesados en publicar sus narraciones, poesías y aquellas otras actividades que destaquen por su carácter humanístico.

La revista Cultura de los Cuidados pretende convertirse en un espacio abierto al debate donde, además del “ejercicio del criterio”, se estimule la actividad investigadora y humanística.

La necesidad del conocimiento previo de las culturas como único camino para preservar los niveles mínimos de respeto y dignidad en todo abordaje investigador y/o educativo, revela, por sí misma, la dimensión pragmática del quehacer histórico, antropológico y humanístico en los cuidados enfermeros.

Debemos tener presente el pensamiento que defiende el Informe sobre desarrollo humano 2004, “La libertad cultural en el mundo diverso de hoy”. El desarrollo humano es el proceso por el cual se amplían las opciones de la gente para que esta haga y sea lo que valora en la vida. La libertad cultural implica permitir a las personas la libertad de escoger sus identidades y de llevar la vida que valoran sin ser excluidas de otras alternativas que les son importantes (como las correspondientes a la educación, la salud o las oportunidades de empleo).

Reconocer las maneras de cuidarse, para vivir saludablemente implica, expresar respeto a los demás aceptando dichas diferencias. En una sociedad plural, como la actual, no todos comparten la misma noción de lo que perjudica o daña. Por tanto, el desafío está en propiciar, analizando en el contexto, un reencuentro eficaz entre el mundo de la razón o mundo científico y el mundo de la vida. Esto se traduce en saber aprovechar la inmensa riqueza de ideas, valores y símbolos que nos apor-

tan quienes piensan, viven y se cuidan en forma diferente.

La invitación es pues, a optar por el descubrimiento, por la curiosidad para conocer ese otro ser, con ello, contribuiremos al entendimiento humano y a la apreciación del mundo en toda su grandeza y en todas sus dimensiones.

Fernando Savater nos dice:

“Solo volviendo a la raíz común que nos emparenta podremos los hombres ser cómplices de

necesidades que conocemos bien y no extraños encerrados en la fortaleza inasequible de nuestra peculiaridad”.

Si el camino se hace andando, hoy queremos continuar en la misma línea en la que un día apostamos y hoy seguimos creciendo, pero resultará del todo imposible seguir caminando en la soledad, por eso, esperamos vuestro apoyo y colaboración, para comprender ese universo de cuidados en nuestro mundo multicultural.



HISTORIA

PENSAMIENTO ENFERMERO E HISTORIA. NECESIDAD DE VERTEBRACIÓN FILOSÓFICA E HISTÓRICA EN ENFERMERÍA

Amparo Nogales Espert

URJC. Madrid



NURSING THOUGHT AND HISTORY. NEED FOR A PHILOSOPHICAL AND HISTORICAL VERTEBRATION IN NURSING

Four topics are dealt with in this work:

1. Human beings as historical beings in constant evolution, since birth to the end of life.
2. History in Nursing and the role of Nursing in History.
3. Value of the knowledge on human beings, the key being care and a nurse self-realisation as a person.

4. Approach to a philosophy of Nursing as an impulse for reaching professional aims

Key words: Nursing knowledge, history of Nursing

En el presente trabajo se tratan los cuatro temas siguientes:

1. El ser humano como ser histórico en devenir permanente, desde el nacimiento hasta el fin de la vida.
2. La Historia en la Enfermería y el papel de la Enfermería en la Historia.

3. Valoración del conocimiento del ser humano situando en la clave de los cuidados y de la realización de la enfermera como persona.

4. Aproximación a una filosofía de la Enfermería como impulsora en el ascenso a las metas de la profesión.

Palabras clave: pensamiento enfermero, historia de enfermería

El tema que voy a exponer constituye la segunda parte de un trabajo más extenso titulado: “El problema de combinar el encuentro entre dos seres humanos, paciente y enfermera, en el momento de cuidar”.

La primera parte lleva por título “Fundamentos históricos de la identidad enfermera”, y ha sido expuesta en el Curso de Verano de la Universidad Autónoma – E.U.E. La Paz de Madrid el pasado día 13 de Julio.

La tercera parte “Historia de la Enfermería como Ciencia y como Profesión”, será presentada en la Conferencia de Clausura de las XII Jornadas de Enfermería del Hospital General Universitario de Alicante, el próximo mes de Noviembre de 2006.

Vamos a centrarnos ahora en la segunda parte titulada “Pensamiento enfermero e Historia. Necesidad de vertebración filosófica e histórica en enfermería”.

He dividido mi intervención en cuatro partes:

1. Consideraciones sobre historia y ser humano
2. Enfermería e Historia
3. Conocimiento del ser humano, clave para el cuidado y la realización personal de la enfermera
4. Filosofía de la enfermería, punto de partida para ascender a las metas de la profesión

1. Consideraciones sobre historia y ser humano

La historia no es solo sucesión de hechos que ocurren en el tiempo, sino el desarrollo de las creencias humanas en una dimensión temporal.

Para Heguel la historia tiene, además, su propia esencia, y esa esencia, llamada historicidad, es eterna, pues la historia participa de materialidades, y la materia tiene un carácter de eternidad.

Por otra parte, lo que las cosas son, lo son realmente porque dan luz a la existencia humana; toman forma, tienen sentido y son modificadas por el propio ser humano.

Las cosas son intramundanas por hallarse y suceder en el interior del mundo, lo mismo que ocurre con el ser del hombre. Sin embargo en el interior del mundo hay algo existiendo que antecede al ser, y es la realidad.

El ser humano es un ser histórico, es decir, inserto en la realidad. El problema surge cuando nos preguntamos: ¿qué es el ser?, pues la respuesta resulta fascinante por su largo alcance. Para Platón el ser es algo que está más allá del ser.

La filosofía y la historia comparten un mismo camino, el de la hermenéutica, o contemplación de hechos o sucesos.

En la realidad se da el acontecer de sucesos, y este acontecer se produce en un medio en que se da la libertad, la posibilidad y el proyecto. Y en este medio, ¿dónde está el lugar del hombre? Zubiri afirmará que la situación del ser humano en relación con las cosas es, precisamente, estar frente a ellas. Aquí situamos al ser enfermera situada frente a los hechos que ocurren en su vida y en su profesión.

El ser humano se relaciona con las cosas, vive entre ellas, pero está más allá de ellas por una capacidad que le identifica y diferencia: la capacidad de pensar. Por el contacto con las cosas vemos lo que hay; distanciándonos de ellas vemos lo que son. En la comunicación se da el contacto, vemos lo que hay distanciándonos; a través del análisis vemos lo que sucede. Es esto, justamente, lo que ocurre en la relación de cuidados.

Por la libertad, el ser humano goza de singularidad en la vida, puede escoger entre opciones y buscar el sentido de aquello que va a hacer.

La naturaleza humana utiliza las posibilidades que se le presentan, las cuales le permiten obrar,

actuar, es decir, crear. En cada situación el ser humano actúa utilizando sus potencialidades. Los actos son, al final, hechos históricos, es decir, realización de posibilidades, en una sucesión histórica, que no es únicamente movimiento, sino, sobre todo, acontecer.

La historia se realiza en un suceder de acontecimientos en relación con el ser humano en su singularidad, pero también en colectividad. Por ello la historia tiene un carácter social, y el ser humano es, en definitiva, un ser con otros.

Podemos también ver la historia como entrega de modos de estar en la realidad. La historia proporciona así formas de actualizarse.

Desde sí mismo, el hombre está en la historia vertido hacia los demás. Los otros seres están, de alguna forma, constituyendo al mismo ser humano, modulando su propia realidad.

Lo que ocurre en la historia son formas de estar en la realidad. En cada individuo.

Proyecto: El ser humano se diferencia de sí mismo a lo largo de la historia no solo por las modificaciones del entorno y por los avances tecnológicos, sino también por el modo concreto en que elige estar en la realidad, es decir, por su proyecto.

La memoria constituye una vía de conducción de datos para la historia. No cabe duda que tanto la memoria personal y particular como la colectiva, constituyen una importante materia para configurar la historia. Como saber acumulativo de hechos, la memoria histórica de la enfermería descubre un verdadero filón de datos para construir la historia de nuestra profesión.

Esto sería así si las enfermeras decidiéramos definitivamente sacar nuestros recuerdos de la zona de sombra donde desgraciadamente tenemos el hábito de abandonarlos, muy frecuentemente, junto a nuestras experiencias profesionales.

Ciertamente la memoria histórica tiene como defecto su gran fragilidad. El pasado y el presente son rápidamente relegados al olvido.

El silencio, además, nos ayuda a ocultar experiencias que no queremos recordar; experiencias negativas o poco gratas, son enviadas al olvido y hundidas en la oscuridad.

Con esta postura ante la memoria en enfermería, las enfermeras estamos perdiendo un depósito

inmenso de vivencias procedentes de la experiencia personal de la enfermera y de la experiencia grupal de equipos laborales.

Algo semejante ocurre con la memoria de experiencias del enfermo y de grupos de pacientes en general. Si nos tomásemos el interés de escuchar su opinión, después de una vivencia asistencial, tendríamos a nuestro alcance un inmenso volumen de memoria histórica de enfermería.

Afortunadamente ya se está trabajando con las historias de vida, en concreto, aquí en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Alicante, y publicaciones como las Revistas *Cultura de los Cuidados*, o *Index*, dejan un espacio en sus páginas para publicar trabajos en este campo.

Me interesa sobre todo comentar aquí el valor de las experiencias asistenciales de las enfermeras, apenas comentadas en la vida diaria, muy poco valoradas y rápidamente al exilio del olvido por las propias enfermeras protagonistas. Y yo pregunto: ¿qué utilidad tienen para el presente de la enfermería en general, e incluso para la propia enfermera protagonista de estas vivencias?. ¿Cómo utilizar materiales experienciales tan ricos para sacar conclusiones en el presente y formular objetivos futuros, si en cuanto suceden los hechos se desechan como algo sin valor que hay que dejar pasar con rapidez?.

De esta manera el presente de la enfermería se resiente de agujeros oscuros, de espacios en blanco y de memorias vacías que, por no valorar el recuerdo carecen de contenidos. Estamos perdiendo en enfermería cantidades enormes de huellas que están dejando desnuda buena parte de la historia actual de enfermería.

Si nos interesa la historia presente y la historia personal aportada por cada enfermera, no es solamente para enriquecer nuestro acervo profesional, sino también para aprovechar los resultados experienciales, analizando y llegando a conclusiones válidas, para observar los efectos de las actuaciones enfermeras en los pacientes, en la sociedad y en ellas mismas. Insisto en la importancia de transmitir vivencias, pues son verdaderos testimonios del paso de la enfermedad y la muerte por la vida de la humanidad.

En enfermería contamos en la historia con un sexto continente que llamo interioridad, y consiste en ver la historia no deteniéndonos únicamente en

los hechos, sino preguntándonos sobre la realidad del cómo pasó y de qué pasó realmente.

Lo llamo interioridad porque las enfermeras necesitamos dotarnos de un yo interno, una interioridad preparada para el análisis y en condiciones para interrogarnos sobre el qué y el por qué de los hechos sucedidos.

Las vivencias humanas tienen la desventaja de su gran subjetividad y por otra parte la gran riqueza de las numerosas experiencias que pueden aportar las enfermeras asistenciales en un solo año. Y no solo pueden obtenerse gran cantidad de datos, sino que podrían iniciarse líneas importantísimas de estudio, por ejemplo, sobre las elecciones de las enfermeras para actuar en sus cuidados como lo hacen; sus reacciones ante una emergencia, o el fallecimiento de los enfermos, o los efectos sobre su personalidad cuando un enfermo se salva, se convierte en un crónico, cuando queda plenamente recuperado, etc.

Recuperar hechos es importantísimo para la historia de la enfermería, pues nuestro presente histórico está lleno de significaciones que incrementarán, sin duda, el caudal de la historia futura.

No podemos dejar pasar más tiempo sin analizar en profundidad lo que sucede en el ser humano enfermera como consecuencia de ejercer el primero de los objetivos de la profesión, el cuidado de enfermos. ¿Pensamos acaso que el individuo enfermera no se ve afectado por esta relación?. Ciertamente el contacto con el sufrimiento, la enfermedad, y la muerte marca de forma inevitable la personalidad del ser humano enfermera, lo pensemos o no, lo queramos o no. No pensarlo, no tenerlo en cuenta solo significa que nos quedamos en la superficie de esta profesión, pues su significado ontológico para cada enfermera, está previamente en la postura que adoptamos ante la realidad trascendental de la labor de enfermería y en el valor que concedemos a la misma. Esto es lo que busca la filosofía de la enfermería, ahondar en estos hechos, profundizar en la búsqueda de la realidad del ser humano para encontrar la verdad del ser enfermera.

2.- Enfermería e Historia

“Una comprensión del pasado trae aparejada una idea más clara del futuro”. CARR.



“De nuestra concepción del pasado hacemos el futuro”. HOBBS

“Nuestra visión del futuro influye sobre nuestra visión del pasado”. CARR.

Me apoyo en estos autores para comentar el significado que para la enfermería tiene el conocimiento de la historia. Enfermería es, afortunadamente, una de las profesiones que cuenta con un pasado más lejano. Desde hace ya muchos años mantenemos que, conocer bien las etapas de nuestro pasado histórico proporciona a la enfermería una sólida visión sobre su presente, y le permite edificar una proyección real hacia el futuro.

Manejar la Historia de la Enfermería, yendo más allá de las realidades de sus hechos, presenta ante las enfermeras un horizonte que se abre hacia la claridad, pues ayuda a mirar al futuro como un proceso en el que la enfermería ha de hacer nada menos que avanzar, no solo porque se irá preparando para ello, sino porque en cada nueva época la misma sociedad irá ampliando sus expectativas respecto a la atención esperada a través de los cuidados de la enfermera.

Nos interesa la historia porque nos da una visión de la racionalidad humana, a interpretar por aquél que se adentra en el estudio de los hechos producidos por la sociedad humana.

Leer la historia nos hace ver que, en última instancia, el propósito de esta es el objetivo que cada cual le atribuimos, pues todo hombre tiene derecho a escoger unas premisas fundamentales para crear su propia filosofía de la vida. Pero cuando nos referimos a Historia de la Enfermería, vemos que su propósito último se mantiene inalterable en cualquier momento histórico en el que uno se detenga, incluyendo el presente. El propósito es,

siempre, procurar el bien del enfermo. De modo que, a pesar de todos los cambios aportados por la evolución de la ciencia, la enfermería sigue manteniéndose, desde los más remotos tiempos, en su objetivo de benefactora del ser humano a través de su cuidado.

Esto nos lleva a resaltar que, a pesar de los procesos fundamentales de cambio registrados por la historia, el elemento central que constituye la esencia del ser enfermera, se mantiene inalterable de generación en generación, adaptado a la realidad de todo presente. Ahora bien para comprender cuál es el bien del paciente y captar su necesidad, la enfermera ha de dedicar una parte de su tiempo y esfuerzo a conocer al ser humano en la circunstancia histórica en la que se cruza con aquél.

En 1974 CARR escribía lo siguiente: “Para una sociedad que está llena de confusión respecto al presente y que ha perdido la fe en el futuro la historia del pasado parecerá un montón de acontecimientos sin relación entre sí y carentes de significado. Si nuestra sociedad recobra el dominio del presente, y su visión de futuro, renovará, en virtud del mismo proceso, su idea del pasado”.

Creo que somos bastantes los que coincidimos en la opinión de la confusión en que viven sectores de la enfermería del presente. Ni la monotonía con que se está en el presente asistencial, ni los grandes cambios estructurales previstos por las comunidades gestoras de la formación docente, elevan a la categoría de condición primordial la adquisición de las bases elementales que deben componer la personalidad enfermera y cómo esta debe realizar un desarrollo personal que ha de acompañarle, al menos, a lo largo de toda su vida profesional. Esto nos parece tan fundamental como para considerarlo el punto clave en la orientación de la enfermería en el siglo XXI.

Para nosotros ni la historia ni cuanto ha ocurrido son algo muerto, sino un proceso de interacción continuo, un diálogo entre el presente y el pasado en el que las enfermeras de hoy tienen la oportunidad de verter sus experiencias vivenciales, abriendo así la puerta hacia un futuro mucho más rico que todo lo vivido en el pasado y en el momento actual.

El tema de la historicidad tiene que ver con la enfermería de hoy; si vemos a la enfermera como



Zubiri ve al hombre actual, o sea, como agente, autor y actor del devenir histórico, y si como Zubiri dice “el hombre no solo tiene historia, sino que es un ser histórico”, así mismo decimos que la enfermera como ser humano, y por las características que la conforman, es igualmente, un ser histórico.

Historicidad es la contemplación del tiempo como proyección del ser humano al que se le ofrecen posibilidades.

Nos interesa relacionar historicidad con enfermería, pues el ser humano, la enfermera, cuando se encuentra con esas posibilidades, se halla, al mismo tiempo, ante la toma de una decisión, se decanta por unas posibilidades y desecha otras, de cara a realizar un proyecto, proyecto de futuro que, el ser humano, la enfermera, ha de tener trazado.

En efecto, el ser humano complejo, difícil, complicado, siempre volcado a tener que elegir entre las responsabilidades que se le ofrecen, irá realizando correcciones a lo largo de los días y los años y, de este modo, se estará elaborando la personalidad de la enfermera como profesional y, al mismo tiempo, como persona.

El problema es que esta realidad humana no se presenta sola, pues el ser humano ha de responder por las posibilidades que se le ofrecen, por los proyectos esbozados a partir de ellas, por las decisiones tomadas y por los actos realizados en consecuencia. Aparece aquí, pues, el aspecto moral del deber.

El ser humano enfermera como ser histórico y desde su historicidad, no es ajeno al hecho moral que, de continuo, debe asumir. Así pues la formación humanista de la enfermera, como ser humano

y como profesional, no puede ser devaluada, pues estará exigiendo constantemente actuaciones tanto en su vida privada como profesional.

3.- Conocimiento del ser humano, clave para el cuidado y la realización personal de la enfermera

El hombre, reconocido como un ser problemático, ha sido visto con el mayor interés, aunque de formas bien distintas desde la antigüedad de la historia. El conocimiento del hombre se buscaba en Grecia a través de la contemplación desde fuera, en una visión directa del mismo. Con posterioridad se estudiará al hombre a través de la reflexión. San Agustín hablará del “hombre interior”, la intimidad, la interioridad. La reflexión sobre el mismo se llamará introspección.

Desde los comienzos de la especulación sobre el tema del hombre, se ha distinguido en su constitución entre el cuerpo y una realidad inequívocamente existente, diferenciada como alma, mente o espíritu.

Lo primariamente reconocido en el ser del hombre, es la existencia en él de una dualidad, una división interna en la que se encuentran dos posibilidades: permanecer fijado a lo corporal, o elevarse hacia lo espiritual.

En este punto nos interesa recordar a Julián Marías. Para él el hombre no aparece dividido, sino compuesto de dos partes. Constituido por una unidad, a modo de distensión entre dos extremos. Por ello no puede prescindirse de ninguno de los dos componentes, porque ambos le constituyen en un todo, manifestado en su corporeidad.

El hecho de que veamos externamente la corporeidad no significa que esta prevalezca sobre la totalidad del ser humano, pues la psique, el alma o espíritu, se apoyan en él para manifestarse.

A partir de Parménides y desde el descubrimiento de la mente, del NUS, la distinción entre los dos mundos constitutivos del hombre, continuará presente mediante la descripción de las dos vías, la de los sentidos, o presencia física y la del NUS, pensamiento, opinión, espíritu o verdad.

El hombre es un cuerpo sensible, compuesto de contrarios, corruptible y mortal, afectado por la muerte, y por otra parte, como poseedor del NUS, es eterno, inmortal y divino.

Así pues el hombre es visto, ya desde el mundo antiguo, como una dualidad, inserto en dos mundos, pero sin poder prescindir de ninguno de ellos, pues se encuentra en una posición intermedia respecto a ellos.

En la filosofía moderna la metafísica se ve obligada a reconocer la doble composición del ser humano como corporal y espiritual, y el idealismo alemán, por su parte, hablará, respecto a la composición del hombre, de naturaleza y espíritu.

Ciertamente parece que en este tiempo, en el mundo asistencial, hemos despojado al ser humano de su dualidad, y solo vemos en él al ser corporal en su naturaleza física, hasta el punto de que la palabra espíritu, espiritual, o espiritualidad, la hemos borrado de nuestro vocabulario, desechada como pasada de moda, o poca actual. Del ser humano nos preocupamos fundamentalmente y casi en exclusividad, de su cuerpo. Tomemos buena nota las enfermeras: si cuidamos de esta forma, atendemos solo una parte del ser humano; las otras necesidades del alma, la mente o espíritu, las hemos olvidado.

El hombre vive conviviendo con dos mundos, corporal y espiritual, pues el mundo del ser humano, no lo olvidemos, es doble.

La consideración del hombre interior está ya presente en la antropología moderna, y la filosofía actual lo interpreta como un ser abierto a las cosas, que se trasciende a sí mismo, a su propio yo, para llegar a la relación con el otro y con el mundo, y es en el mundo, donde se constituye el sujeto.

El hombre, naturalmente, no está preso en sí mismo, sino más bien abierto a las cosas, pues la vida no está hecha, sino que está formándose en un hacerse a sí misma, al mismo tiempo que va creando cosas en un estar actual.

Pero la vida es también imprevisible, de ahí la total plasticidad del ser humano, es decir su peculiar variabilidad diferente y única.

La vida humana es, al mismo tiempo, quehacer, tarea o misión. Pero también es preocupación, pues el ser humano está en la temporalidad, en un espacio vivencial que tendrá su fin.

El ser humano se realiza, así pues, en el tiempo, tema sobre el que trato en la tercera parte de este trabajo y al que ahora no me referiré, pero este mismo ser humano, tiene una existencia temporal

en la que ha de realizarse a sí mismo. Por ello el hombre se encuentra ligado a la vida como posibilidad de ser y ha de constituirse en su individualidad.

El ser humano, cuerpo y espíritu, existencia temporal, dispone de un tiempo limitado en el que debe hacerse a sí mismo, pero, desde el principio, su vida está abocada a un fin terrenal.

4.- Filosofía de la enfermería, punto de partida para ascender a las metas de la profesión.

Finitud y trascendencia son constitutivas del ser humano, productoras de sensaciones, estados de ánimo, motivaciones y actuaciones. El pensamiento enfermero debe tener en cuenta estas dimensiones en la relación de cuidados.

La experiencia de la enfermera como factor posibilitador de modos de vivir y de facilitar decisiones, debe analizarse después de ser vivida y, por su propia riqueza, debe hacer que escuchemos al paciente cuando es él quien nos transmite las suyas, pues las experiencias constituyen un caudal de información para saber y comprender cómo se siente, piensa y quiere el paciente.

Es propio de enfermería analizar las experiencias de sentir, pensar y actuar propios, tratando de encontrar el sentido intencional que damos a las acciones al realizarlas.

Ver el por qué tomamos una decisión en lugar de otra, llegar a lo íntimo de la propia persona, mirando hacia dentro de uno mismo repetidamente, persiguiendo el objetivo de entendernos, de comprendernos a nosotros mismos como personas y profesionales, va dibujando un cuerpo de pensamiento enfermero y trazando un contenido constituyente de la filosofía de la enfermería.

Pensar que el cuerpo, objeto de nuestros principales cuidados, nunca se encuentra aislado en nuestros pacientes, sino inseparablemente unido a su espíritu, nos hará ver a las enfermeras la necesidad de tener en cuenta tanto las sensaciones físicas, como la afectación emocional y espiritual del paciente.

Preguntarse cuáles son las vivencias, sensaciones o emociones experimentadas por el paciente. Preocuparnos no solo por las manifestaciones orgánicas, sino también emocionales y espirituales de las personas ligadas a la enfermería, no es una

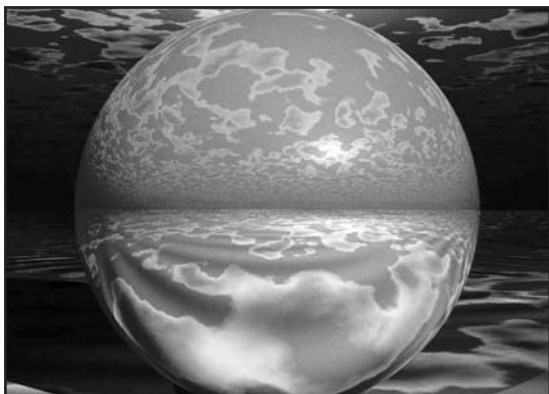
tendencia o un punto de vista particular, sino que manifiesta el esfuerzo por la comprensión del ser humano por parte de la enfermera, y su capacitación para asistirle en la totalidad de sus necesidades.

Recordar que hay un lugar interno donde convergen los sentimientos, las emociones y las sensaciones físicas, que en modo alguno están separados, y de la unidad de ambos brota la reacción unitaria de la totalidad de la persona. Así funcionan el ser humano enfermo y el ser humano enfermera, y en ambos campos han de trabajar el pensamiento enfermero y la filosofía de la enfermería en su papel de recoger la historia personal y profesional de los profesionales que comparten hoy esta actividad, poniendo sobre la mesa su realidad actual y sus aspiraciones.

Buscar los sentimientos internos y externos, su sentido significativo, la causalidad psicofísica y espiritual del propio yo, facilitan realizar un repaso de las propias capacidades y el uso hecho de las mismas, ir conociendo las características personales que nos diferencian como ser propio. Analizar nuestras acciones, supone crear algo nuevo no existente, y proceden, en su creación, del manejo de la voluntad, y en definitiva, nos facilitan conocernos y nos ayudan a cambiar o a modificar actuaciones, si es necesario.

Preguntarnos qué es lo que queremos hacer en nuestro trabajo profesional, nos facilita dar un sentido a nuestras acciones y al mismo tiempo, es un estímulo para la motivación, pues no podemos sentirnos motivados hacia algo que no sabemos qué es, o ni siquiera nos lo hemos planteado.

Puesto que la persona no es solo inteligencia, sino testimonio, darnos cuenta de nuestros senti-



mientos, averiguar qué es lo que uno siente, nos acerca a la íntima constitución de nuestro propio ser, es decir, a un conocimiento interior más completo.

Recordar que el sujeto percibe y piensa, pero también siente, es primordial para la enfermera, pues nos hace ver cómo sintiendo se experimentan objetos, situaciones, e igualmente se experimenta uno a sí mismo, viviendo los sentimientos desde su origen, es decir, desde lo hondo de uno mismo.

Edith STEIN diferencia entre sentir y sentimiento. El sentimiento sale de uno mismo, o llega a uno revelándonos una parte de uno mismo. El sentir, por otra parte, se dirige al objeto, mientras el sentimiento lo hace al sujeto. Los sentimientos, en definitiva, nos hacen vivirnos a nosotros mismos como personas con una forma de ser definida.

Captar los valores en las personas que nos rodean y aquellos otros que salen de nosotros, nos sitúan en la realidad y orientan nuestra conducta hacia la búsqueda y reconocimiento cuando los encontramos.

Terminaré mi intervención trayendo el pensamiento de la fenomenóloga Edith STEIN dirigido a los valores humanos, punto clave para el pensamiento y el desarrollo de la filosofía de la enfermería:

“Es un valor el captar un valor y también es un valor el realizar un valor. Uno es el valor descubierto y otro es el valor de la realización”. Dirá STEIN.

CONCLUSIÓN

1. Hemos mostrado encadenadamente unidos al ser humano con la historia, y a la enfermería con la historia.
2. Hemos tratado de señalar que la enfermería no puede distanciarse del ser humano, ni dejar de indagar, como un sistema de trabajo, en sus propiedades y características
3. En el siglo XXI la enfermería tiene una tarea que cumplir: abrirse al encuentro de su propio pensamiento y levantar el edificio de su filosofía, declarándose profesión investigadora de sí misma y del profundo misterio de la naturaleza humana.
4. Con ello estaremos dotando de profundidad al contenido de nuestra historia.

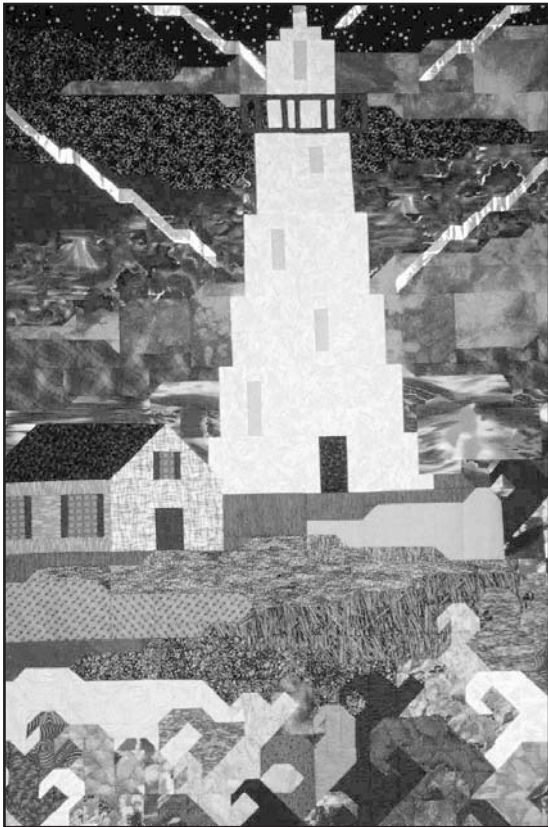
BIBLIOGRAFÍA

- CARR, Edward H.(1995) ¿Qué es la Historia?. Ariel. Barcelona.
- CUESTA BUSTILLO (1998) Josefina.- Memoria e Historia. Marcial Pons, Madrid.
- GADAMER, Hans Georg.(2001) El inicio de la sabiduría. Paidós. Barcelona.
- GONZALEZ VEGA, Fernando (2005) (Universidad autónoma de Querétaro).- La decisión humana en Edith Stein y los aportes de la fenomenología a la mística. Lección Inaugural Curso CITEs 2005-2006.
- GRACIA GUILLÉN, Diego (1997) La Historia como problema metafísico. Realitas. Vols 3 y 4 . Labor. Madrid.
- GRACIA GUILLÉN, Diego (2004) Como arqueros al blanco. Triacastela. Madrid.
- GRACIA GUILLÉN, Diego (1986) Voluntad de verdad. Labor Universitaria. Barcelona.
- GRONDIN, Jean (2005) Del sentido de la vida. Herder. Barcelona.
- LE GOOF, Jaques (1988) Entrevista sobre la Historia.- Edicions Alfons el Magnánim. Valencia.
- LAÍN ENTRALGO, Pedro (1996) Idea del hombre.- Galaxia Gutenberg. Barcelona.
- MARÍAS, Julián (1952) El tema del hombre.- Espasa Calpe. Buenos Aires.
- MARQUÍNEZ, Germán (2004) El problema de la historicidad del ser del hombre. En: Nicolás, Juan Antonio y Barroso, Oscar: Balance y perspectivas de la filosofía de X. Zubiri .- Comares. Granada.
- MARTÍNEZ, José Antonio (2006) Sociedad e Historia. Seminario sobre Xavier Zubiri. Fundación Zubiri. Madrid.
- NICOLÁS, Juan Antonio (2004) Balance y perspectiva de la filosofía de Zubiri. Comares. Granada.
- ORTEGA Y GASSET, José (1971) Historia como sistema. Espasa Calpe. Madrid.
- PINTOR RAMOS, Antonio.- Zubiri (1996) Ediciones Del Orto. Madrid.
- RUBERT DE VENTÓS, Xavier (2000) Por qué Filosofía. Península. Barcelona.
- RUÍZ TORRES, Pedro (1993) La Historiografía. Marcial Pons. Madrid.
- ZUBIRI, Javier (2006) Tres dimensiones del ser humano: individual, social e histórica. Alianza Editorial. Fundación Zubiri. Madrid.

EL DEBATE SOBRE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LA ESPAÑA DEL SIGLO XIX

Francisco Herrera Rodríguez

Catedrático de Historia de la Enfermería. Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. Universidad de Cádiz



Prestigious opinions from medical and other highly prized society sectors of that century have been analyzed; other authors and less famous specialists have also been taken into consideration; PhDs, Public Health treaties of those years which studied the above mentioned aspects have been considered as well while for some reason or other not much attention as bibliography data sources gathered at the time.

Key Words: health care, quality of care, XIX century, hospital hygiene, Public Health, Health Centres.

RESUMEN

El presente artículo consta de tres apartados: en el primero, se aborda el problema de la asistencia en los hospitales y en el domicilio del enfermo; el segundo está dedicado a las condiciones higiénicas y a la arquitectura de los hospitales; y, el último, a los llamados hospitales “especiales” y a los dispensarios. A través de estos capítulos, trazamos una panorámica de los principales problemas que fueron debatidos, de cara a mejorar la asistencia sanitaria, en la España del siglo XIX. Hemos utilizado las opiniones de figuras notables de la medicina y de la sociedad de la época, pero hemos incorporado también opiniones de tratadistas y autores menos conocidos, además de la pertinente revisión de los tratados de Higiene Pública, tesis doctorales que abordaron estos aspectos, y a las que, lamentablemente, no se ha prestado mucha atención como fuentes documentales para abordar, por ejemplo, los temas aquí planteados.

Palabras clave: Asistencia Sanitaria; Calidad Asistencial; Siglo XIX; Higiene Hospitalaria; Higiene Pública; Dispensarios.

DISCUSSION ON THE QUALITY OF CARE IN THE SPAIN OF XIX CENTURY

SUMMARY

The present article was structured in three sections. The first one focuses on medical care within hospital wards and at patient's home. The second one refers to hygienic conditions and hospital building, and the third section deals with the so called “special” hospitals and health centres. Along these sections a panoramic view of main problems at the Spain of XIX century is drawn as well as discussions dealt with improving care conditions.

El objetivo de este artículo es estudiar los principales puntos del debate sobre la asistencia sanitaria en la España del siglo XIX. Pensamos que para realizar un acercamiento a este asunto, se deben utilizar fuentes originales como la prensa médica, los reglamentos municipales, los libros de Higiene Pública e incluso las tesis doctorales escritas por médicos españoles en la segunda mitad del siglo XIX (Herrera, 1987 y 2000). La lectura de esta documentación variada y de la bibliografía especializada (Riera, 1969; Albarracín, 1975; Carasa, 1985; Valenzuela y Rodríguez Ocaña, 1993, etc.) nos lleva a vertebrar este trabajo en los siguientes capítulos: La asistencia hospitalaria y la domiciliaria; las condiciones higiénicas y la arquitectura de los hospitales; y, por último, los hospitales especializados y los dispensarios.

1. LA ASISTENCIA HOSPITALARIA Y LA DOMICILIARIA.

Las medidas desamortizadoras de los gobiernos de Carlos IV, en 1798 y 1808, provocaron una crisis en los hospitales y centros de beneficencia, ya que generaron una disminución de sus recursos económicos, empeorando aún más la situación con la invasión napoleónica. Es sabido que en la Constitución de 1812 se propone confiar a los Ayuntamientos la gestión hospitalaria, medida que fue ratificada en 1822 a través de la Ley General de Beneficencia, que asimismo creó las Juntas Municipales de la Beneficencia Domiciliaria. Esta ley perdió vigencia durante el período de gobierno absoluto de Fernando VII, pero su intencionalidad reapareció con las normativas que fueron adoptadas desde el comienzo del reinado de Isabel II (Granjel, 1986).

Efectivamente, la citada normativa de 1822 juega un papel importante en la articulación de la asistencia domiciliaria. Esta ley determinó que las juntas parroquiales de Beneficencia, y en su defecto las municipales, debían poseer las siguientes atribuciones (Hernández Iglesias, 1876):

“Atender á las necesidades de los indigentes de su distrito, de tal modo que solo fuera conducido á la casa de socorro el que por ningún otro medio pudiera ser socorrido en la suya propia”.

La reglamentación de mayo de 1852 insiste también en que corresponde al ámbito municipal *“el servicio de proporcionar á los menesterosos en el hogar doméstico los alivios que reclamen sus dolencias ó una pobreza inculpable”* (Hernández Iglesias, 1876). Granjel ha señalado oportunamente que las medidas implantadas por el gobierno revolucionario, tras el derrocamiento de Isabel II, fueron derogadas tras la restauración de la dinastía borbónica, *“devolviendo su primitiva vigencia al protectorado sobre la hospitalidad privada y la inspección y el control político en los centros de beneficencia y hospitales regidos por las Juntas de Beneficencia municipales y provinciales”.*

Los vaivenes políticos y legales producidos en nuestro país a lo largo de la centuria, conducen a la decadencia de la organización sanitaria, quedando esta circunstancia reflejada en las opiniones de los médicos y de las personas comprometidas socialmente que trataron de conseguir con la exposición de sus ideas la regeneración de la asistencia sanitaria que se ofrecía a los menesterosos en las instituciones gestionadas por la Beneficencia. Con ejemplos concretos, quedará más claro lo que queremos decir.

En 1821, Serafín Solá, escribió el artículo *“Ideas generales sobre la Beneficencia y en particular sobre los hospitales”* (Zaragoza Rubira, 1962). En este trabajo Solá plantea la necesidad de la existencia de la Beneficencia domiciliaria, pero a cargo de los particulares; evitándose así, según su opinión, los abusos que puede conllevar el establecimiento de un servicio estatal de estas características. Claro que también señala que muchos enfermos no pueden ser atendidos en su propio domicilio, por lo que deben seguir existiendo los establecimientos de la Beneficencia pública, aunque descarta algunas críticas sobre la asistencia hospitalaria, como por ejemplo: en los hospitales es difícil combatir la pobreza, se rompe la unidad familiar y las costumbres domésticas al sacar al enfermo de su domicilio, y además incide negativamente en los enfermos el aire cargado de *“exhalaciones pútridas”* que se respira en los hospitales. Sin embargo, no se olvida Solá de señalar la importancia de los hospitales para la enseñanza y la investigación:

“ensayarán los nuevos descubrimientos, y después que se hayan pronunciado sobre sus ventajas

o inconvenientes, podrán generalizarse a los demás hospitales de la monarquía”.

Tendremos ocasión de ver en este trabajo, que éstas y otras consideraciones fueron repetidas por otros autores españoles a lo largo del siglo XIX. Además de la prensa médica, quizás los documentos que nos pueden reportar una información interesante sobre el problema que nos ocupa, son las tesis doctorales de los médicos españoles de la época. Efectivamente, algunos médicos eligieron para su investidura de doctor el análisis de la asistencia hospitalaria y de la asistencia domiciliaria. Tras la lectura de algunos textos observamos que unos autores son eclécticos como Vinuesa Tosar (1866) o Ceballos Arroyo (1866); otros son partidarios de la asistencia domiciliaria (Durio Fassa, 1862); mientras que otros se decantan abiertamente por los hospitales públicos (Martín Camacho, 1874; Fernández Macías, 1865; Mapelli Valcárcel, 1864). Para entender este debate, pensamos que debe tenerse en cuenta que en los años centrales del siglo XIX, los hospitales venían manteniendo unas tasas de mortalidad muy elevadas, aunque también se debe al período ochocentista la clara distinción entre hospitales y hospicios (Riera, 1985), que ya fue preconizada por algunos ilustrados.

A pesar de esta distinción encontramos que el hacinamiento y el contagio fueron los grandes problemas de las instituciones hospitalarias. Los partidarios de la hospitalidad pública como es el caso de Fernández Macías (1865) argumentan que en los domicilios no se siguen las prescripciones médicas, y señalan además los problemas que se plantean en las casas donde habitan los enfermos. Leamos:

“...qué es lo que encontramos en una de estas moradas cuando la enfermedad elige una víctima? Encontramos la miseria, ese enérgico disolvente del hogar (...). En una de estas moradas, donde para poder vivir todas las fuerzas son necesarias, (...) la enfermedad cuando penetra no suspende solamente una fuerza y una actividad, aniquila muchas á la vez. Al punto que hay un enfermo en una casa, necesita cuidados y servicios que retienen cerca de él y lejos del trabajo diario á un gran número de miembros de su familia; la madre, á quien este deber está principalmente encomenda-

do, no puede atender á las exigencias de su casa, y por lo mismo deja introducir en ella un desorden que acelera y agrava el estado de aflicción...”.

Llegados a este punto es preciso apuntar que los sanitarios de la Cruz Roja gaditana que organizaron la asistencia domiciliaria a los soldados repatriados de Cuba y Puerto Rico en 1898 y 1899, encontraron que no sólo tenían que ofrecer asistencia sanitaria y medicamentos a los soldados enfermos, sino que además tuvieron que organizar toda una cobertura benéfica para paliar en muchas ocasiones la indigencia económica de las familias, situación que obviamente repercutía de forma negativa en la maltrecha salud del soldado repatriado (Herrera, 1997).

Otro argumento que tratan de contrarrestar los partidarios de la asistencia hospitalaria es el de la excesiva mortalidad en estas instituciones, y lo suelen hacer de la siguiente manera:

“...pero si por un instante tenemos en cuenta que la mayor parte de los enfermos, unos por negligencia, otros por ignorancia, muchos por no abandonar sus trabajos, no se deciden á entrar en estos edificios, sino en un período adelantado de su mal, nos convenceremos que todas estas razones reunidas son suficientes para explicar por qué la mortalidad es más considerable comparativamente en los hospitales que en la práctica particular...”.

Al defender la institución hospitalaria, estos autores suelen esgrimir que el hospital es una pieza básica para transmitir la enseñanza a los futuros sanitarios, siendo además un lugar donde se puede someter a los pacientes a una vigilancia continua por un personal competente (médicos, Hijas de la Caridad, etc.). En este sentido es preciso resaltar que Concepción Arenal (1820-1893), denunció el hecho de que las tareas de los practicantes fueran desarrolladas por los estudiantes de medicina, los cuales cuando estaban suficientemente preparados se marchaban, entrando entonces otros alumnos inexpertos, con la consiguiente repercusión sobre los enfermos (Siles, 1999).

Otros autores profundizaron en el siglo XIX en esta problemática; por ejemplo, en 1862, Pedro Felipe Monlau, higienista clave de la época, apuntaba que para el buen funcionamiento de la hospitalidad domiciliaria era imprescindible la organiza-

ción de un “*cuero de asistentes o enfermeros*” costeados por el gobierno. Antonio Guerola publicó en Madrid, en 1869, una “*Memoria sobre las ventajas é inconvenientes de los hospitales, de las pequeñas enfermerías y de la hospitalidad domiciliaria*”. Fermín Hernández Iglesias, por ejemplo, en 1876, se decantó por la hospitalidad domiciliaria y la sustitución de los grandes hospitales por otros de pequeñas dimensiones destinados a los forasteros pobres o aquellos que viven en casas mal sanas y sin auxilio familiar. En este mismo sentido, creemos interesante traer a colación al higienista gaditano Benito Alcina Rancé, que en su “*Tratado de Higiene Privada y Pública*” (1882) (Herrera, 1998b y 2000), resume el problema de una forma ecléctica, al igual que en la década de los veinte lo hiciera Serafín Sola. Benito Alcina expone una lista de ventajas y desventajas atribuidas a uno y otro tipo de asistencia sanitaria, que podemos resumir de la siguiente manera:

- La asistencia hospitalaria:

- **Ventajas:** Recoge al “pobre enfermo dándole asilo, alimentos, médicos y medicinas; dedica a los enfermos un personal específico; quita de la población los focos diseminados de afecciones contagiosas; y se usa para la enseñanza práctica de la medicina.

- **Desventajas:** Fomenta la holganza, la aglomeración de los enfermos y arranca al enfermo de la familia.

- La asistencia domiciliaria:

- **Ventajas:** Robustece el amor a la familia; evita casos de simulación y holganza; cada enfermo tiene un médico que lo visita a él solo, y no en colectividad como en el hospital, y se evitan las aglomeraciones de los enfermos.

- **Desventajas:** Hay enfermedades que no se pueden tratar en las casas; el socorro que se le da al enfermo es muy posible que pase a manos de la familia; la administración de la Beneficencia puede cometer más abusos que en un hospital.

Como puede apreciarse el fondo del debate planteado es fundamentalmente social y económico, aunque se esgrimen también factores morales o docentes. Para profundizar en este asunto creemos que conviene estudiar las reglamentaciones que fueron apareciendo en nuestro país para el gobier-

no de los hospitales o de la asistencia domiciliaria. Así, por ejemplo, en 1873, se publicó el reglamento de la “Beneficencia municipal domiciliaria de Cádiz” (Herrera, 1988). En el mismo se determina que la Beneficencia domiciliaria tiene por objeto llevar auxilios materiales y médicos al enfermo pobre y desvalido, aunque a criterio médico el paciente pasaría al hospital de caridad en circunstancias especiales que impiden la asistencia médica en la casa. Este reglamento establece que el médico titular de la Beneficencia debe asistir a todos los enfermos pobres de la localidad, en sus enfermedades agudas y crónicas, así como los partos que reclamen auxilio manual o quirúrgico, y por supuesto las operaciones que sea posible realizar en los domicilios. Unos años más tarde, en 1889, el Ayuntamiento gaditano publicó un opúsculo informando sobre la “Estadística de los enfermos asistidos por la Beneficencia Municipal domiciliaria, durante el año de 1888”. Este documento apunta que en los cinco distritos en que estaba estructurada la ciudad de Cádiz, en lo que respecta a este servicio domiciliario, se atendieron a “8.100 enfermos pobres, de los que obtuvieron curación 6.820; fueron alta por otros varios conceptos 354; fallecieron 536 y quedaban en asistencia en 31 de diciembre último 292”. La mortalidad de los enfermos asistidos fue de 6,61%; concluyendo la Comisión de Beneficencia, presidida por Amado García Bourlié, lo siguiente:

“Resultado satisfactorio, si se atiende que al enfermo pobre en su mísera vivienda no rodea ni un aire puro; ni la mejor asistencia por parte de su familia, que carece de medios para proporcionársela; ni suficiente alimentación; ni demás condiciones higiénicas”.

Pero aún podemos matizar más estos resultados, demostrando así que las estadísticas de la Beneficencia domiciliaria sirven para sacar interesantes conclusiones de carácter socio-sanitario; por ejemplo, como acabamos de apuntar la mortalidad total fue de 6,61%: sin embargo, existe un distrito, el de Santa Cruz, en el que la mortalidad es de 9,86% (Herrera, 1998a), lo cual lleva a los redactores del citado documento a dar explicaciones sobre estos indicadores, siempre claro está desde los parámetros de una estadística de carácter descriptivo. Leamos:

“Salta á la vista, (...) el que á medida que en ningún otro distrito la mortalidad llega al 6% en el de Santa Cruz casi alcanza el 10. Y si bien es cierto que en este distrito están enclavados populosos barrios pobres (como) el del Pópulo y La Merced, también lo es que en el de San Lorenzo lo están los no menos populosos y pobres de La Palma, Hospicio y Libertad, teniendo semejante diferencia de mortalidad su explicación en las condiciones especiales de los barrios de cada distrito y en las costumbres de sus moradores”.

Cuando reflexionan sobre las causas apuntan las siguientes:

“La estrechez de las calles (del distrito de Santa Cruz); la altura, antigua construcción y numerosas habitaciones de sus casas, y por tanto, su falta de luz y ventilación; la índole especial de las diversas ocupaciones a que se dedican la mayoría de sus moradores, el olvido en que, por muchos de ellos se tienen de los consejos de la higiene, forman visible contraste con análogas circunstancias en el distrito de San Lorenzo, de calles más anchas, casas de menor altura y más reducido vecindario y no tan antigua construcción (...)”.

En esta Memoria municipal se justifica la importancia de la asistencia domiciliaria desde el punto de vista social, pero también desde el económico. Hay que tener en cuenta que el presupuesto del referido año ascendió a la cantidad de 58.190 pesetas, suponiendo por tanto la asistencia de cada enfermo al Ayuntamiento un coste de 7,18 pesetas. Resulta también interesante detallar, por último, cómo invirtió el Ayuntamiento gaditano el presupuesto de la asistencia domiciliaria en el referido año de 1888:

- Pago del personal facultativo.....	29.690 pesetas.
- Servicio farmacéutico.....	17.200 pesetas.
- Socorros domiciliarios.....	11.300 pesetas.
Total.....	58.190 pesetas.

2. LAS CONDICIONES HIGIÉNICAS Y LA ARQUITECTURA DE LOS HOSPITALES.

Este apartado del artículo está íntimamente correlacionado con el anterior, por tanto los autores de las tesis doctorales citadas, así como los higienistas u otros teóricos nos van a seguir ayudando a profundizar en el problema. Efectiva-



mente, los aspirantes al título de doctor se interesaron en sus tesis con cierta frecuencia por las condiciones higiénicas de los hospitales. Casi todos los consultados suelen estar de acuerdo en que el mejor lugar para construir un hospital es en las afueras de las ciudades, en un punto elevado donde no sean constantes los vientos reinantes de la población. En cuanto a la arquitectura del hospital unos apuntan el modelo en “forma de herradura” (Vega Elorduy, 1869), mientras que otros se decantan por el modelo en “forma de pabellones” rodeado de jardines (Castro Lorca, 1870; Gomar García, 1870). Sobre el número de pacientes en cada sala, unos piensan que 40 es el número adecuado (Castro Lorca, 1870), mientras que otros reducen la cifra a 24 y a 30 (Ruiz Berdejo, 1869). Sobre el suelo del hospital se apunta que debe ser de madera (Vega Elorduy, 1869), las camas de hierro con jergón de paja y colchón de lana, y la vajilla debe preferirse la de loza frente a las de estaño u hoja de lata que tienen el riesgo de oxidarse (Castro Lorca, 1870). La ventilación de las salas es un tema muy debatido y encontramos opiniones variadas como, por ejemplo, que las ventanas de corredera y los orificios deben estar a raíz del suelo (Pérez Fuentes, 1869), o todo lo contrario situar las aberturas para la ventilación en los puntos más altos de las enfermerías casi tocando el techo (Vega Elorduy, 1869). Para la fumigación de las “emanaciones” y “miasmas” se señalan, por ejemplo, las de vinagre hirviendo disuelta en alcanfor o la fórmula de Smith (ácido sulfúrico de 66°, agua y nitrato potásico pulverizado) (Pérez Fuentes, 1869).

No puede extrañarnos que se discuta sobre las cualidades higiénicas de los hospitales, sobre todo

si tenemos en cuenta que la situación real de los mismos en España dejaba mucho que desear. Sin ir más lejos, Concepción Arenal hizo denuncias muy concretas para que se introdujeran reformas serias e incluso se manifestó partidaria de la asistencia extrahospitalaria (Romero Maroto, 1988). Las denuncias de la escritora ferrolana fueron constantes y se centraron en casi todas las vertientes hospitalarias: cuidados de enfermería y asistencia médica; alimentación; la administración de medicamentos, etc. Arenal defendió con firmeza sus ideas críticas al medio hospitalario. Veamos un ejemplo:

“El Estado reconoce la obligación de amparar al desvalido, luego el Estado reconoce también el deber de que este amparo sea tan completo como fuere necesario y posible. El hecho de establecer un hospital, lleva consigo el derecho que el enfermo tiene de hallar en él cuanto su estado reclama”.

Merece la pena transcribir el siguiente párrafo de la escritora gallega, ya que sintetiza perfectamente todo lo que queremos decir (López Piñero, 1971).

“Salvo algunas excepciones, debidas a individuales esfuerzos, el estado de nuestros establecimientos de Beneficencia deja mucho que desear. Ni el local, ni las camas, ni la alimentación, ni el vestido son lo que ser debieran. Los locales (...) no suelen tener ninguna de las condiciones que la higiene prescribe, sobre todo cuando se trata de la fatal aglomeración de personas que en ellos se verifica”.

Evidentemente, Concepción Arenal no fue la única voz crítica que reclamaba reformas en los hospitales españoles. Unos años después, en 1882, el catedrático de Higiene de la Facultad de Medicina de Cádiz, Benito Alcina Rancé, en el libro al que ya hemos hecho referencia anteriormente, también manifestó su preocupación:

“Comencemos por decir la verdad, indicando que muchos de nuestros hospitales no tienen forma determinada, sino que se han arreglado las cosas según venían bien”.

Benito Alcina señala sobre todo la mala planificación de las construcciones hospitalarias, mostrándose particularmente contrario a los “hospitales monstruos” y partidario de los hospitales pequeños construidos en las afueras de la pobla-

ción con un máximo de dos plantas. En esta época se experimentaron diferentes modelos hospitalarios como el de “*forma estrellada o radiada*”, el de “*forma rectangular*”, el de “*forma de H*”, etc. Benito Alcina defiende que un hospital debe valorarse por sus recursos terapéuticos, pero también por sus condiciones de salubridad; por este motivo hace hincapié en la necesidad de adoptar un modelo hospitalario en forma de pabellones independientes y separados por jardines y patios, coincidiendo con otros higienistas europeos como es el caso del francés Ambroise Tardieu (1884). En cuanto a las aglomeraciones de los enfermos en las salas, obviamente su opinión no es muy diferente de la de Concepción Arenal o de las de reputados sanitarios extranjeros como Levy y Malgaigne. Coincide también con Fauvel y Vallin (1874) sobre la necesidad de aislar en salas específicas a pacientes afectados de viruela, escarlatina, sarampión, difteria, tífus, afecciones puerperales transmisibles, cólera, etc.

Albarracín Teulón, en 1975, publicó un trabajo en el que reflejaba el estado de los hospitales andaluces en la segunda mitad del siglo XIX. El panorama que dibujó en este estudio lo hizo extensible al resto del país, y desde luego no puede ser más desolador. Citemos algunos ejemplos. En 1882, el Hospital de San Juan de Dios de Granada, que albergaba incluso la Facultad de Medicina, tenía las dependencias de la clínica quirúrgica junto al depósito de los cadáveres, la sala de disección y las letrinas. En Córdoba, por ejemplo, el Hospital Provincial de agudos se encontraba en un edificio que fue construido originariamente para que sirviera de escuela. En el mismo existían quince salas habilitadas en las que cabían aproximadamente trescientos enfermos, pero cuando las circunstancias obligaban eran albergados hasta seiscientos, utilizándose incluso los pasillos o las mesetas de las escaleras. Por si esto fuera poco el hospital carecía de sala de operaciones, siendo practicadas las intervenciones quirúrgicas en las mismas salas donde se encontraban ingresados los enfermos. Estos ejemplos concretos, así como otros reflejados por Albarracín Teulón y otros autores como Yáñez Polo (1975), nos ayudan a comprender que en la segunda mitad del siglo XIX hubiera necesidad de debatir sobre las condiciones higiénicas, la arquitectura hospitalaria y la asistencia domicilia-

ria, tanto en la prensa médica, a través de las tesis doctorales o en los tratados de Higiene Pública (Valenzuela y Rodríguez Ocaña, 1993).

3. LOS HOSPITALES “ESPECIALES” Y LOS DISPENSARIOS.

En la segunda mitad del siglo XIX, más concretamente en la década de los ochenta, encontramos que los hospitales se clasificaban de la siguiente forma (Alcina, 1882):

- Hospitales generales, incluyendo los hospitales civiles (provinciales, municipales, particulares) y los militares.

- Hospitales especiales: los provisionales (bajo tiendas, ambulancias, etc.); sifilocomios, leproserías, oftalmocomios, casas de maternidad, hospitales de mujeres, hospitales pediátricos y de ancianos, y las casas de dementes.

Quizás algunos de estos tipos de hospitales merecen que hagamos un comentario más detallado. Así, por ejemplo, el higienista Benito Alcina elogió como modelo de hospital para dementes el utilizado en Francia, en La Salpêtrière, repudiando los “*inmundos calabozos*”, los grilletes y el palo para contener a los que se encuentran en un estado “*furioso*”. Alcina se muestra partidario de la laborterapia, la musicoterapia o incluso de las actividades intelectuales, como las fomentadas por Rodríguez Méndez en el manicomio de San Baudilio de Llobregat, donde los internados publicaban composiciones en verso y prosa en el periódico “*La razón de la sinrazón*”. Cuando los higienistas preconizan, en nuestro país, en las últimas décadas del siglo XIX, la humanización de la asistencia a los enfermos mentales, es sencillamente porque la vida diaria en estas instituciones era muy dura. Como ejemplo puede citarse la visita que el médico Ángel Pulido hizo en 1881 a la Casa de Dementes de Cádiz, en la que tuvo ocasión de presenciar escenas lastimosas que han sido recogidas por Albarracín Teulón (1975).

No quisiéramos pasar por alto en este repaso de la “*asistencia especializada*” a las casas de maternidad; instituciones que fueron concebidas por algunos autores, y en la práctica diaria también, como lugares para acoger a “*las parturientas solteras que no serían bien recibidas en casas de vecinos honrados (y que) necesitan ocultar su vergüenza...*”. La función primordial que se suele

señalar para estas instituciones es la de “*amparar el honor de las mujeres que habiendo concebido ilegítimamente no tienen otro auxilio para el parto*”, evitándose así “*los infanticidios que la vergüenza provoca*” (Hernández Iglesias, 1876). La reglamentación de 14 de mayo de 1852 dispuso que en cada provincia debe existir al menos una casa de maternidad. Nosotros hemos tenido la curiosidad de estudiar los libros de estadística de la Maternidad de Cádiz entre los años 1884 y 1892, comprobando que en estos años ingresaron en la institución un total de 525 mujeres, de las que sólo vamos a destacar aquí un aspecto: el 60,57% de las albergadas eran solteras; el 27,47%, casadas; el 10,47%, viudas; el 0,19%, separadas, y en el 1,33% no consta el dato del estado civil. El alto porcentaje de solteras, nos hace pensar que los graves problemas económicos de estas mujeres, además del rechazo moral por su embarazo, las llevaría a buscar refugio y asistencia en la citada institución de la Beneficencia. Efectivamente, los reglamentos de la Maternidad de Cádiz de los años 1883, 1891 y 1899 precisan que el objetivo de este local es dar acogida a todas las mujeres que habiendo concebido “*legítima*” o “*ilegítimamente*” se hallan en la necesidad de reclamar ayuda. En el reglamento de 1891, por ejemplo, se matiza que habrá dos clases de acogidas: las de pago y las gratuitas. Las de pago podían ingresar desde el quinto mes de embarazo o antes, si fuera necesario; mientras que las gratuitas no pueden acceder a la institución hasta el séptimo mes, a no ser que presenten síntomas de aborto. Todas las mujeres debían prestar juramento de no revelar nunca el nombre de las albergadas que hubieran conocido en el establecimiento, autorizándose incluso que permaneciesen “*veladas*” mientras se hallen en la Casa (Herrera, 1999).

Pero también quisiéramos que en este artículo quedara constancia de algunos aspectos que han sido ya resaltados oportunamente por Riera (1969) y por Valenzuela y Rodríguez Ocaña (1993). La aparición de ciertos “*hospitales especializados*”, o la existencia de salas destinadas al cultivo de una concreta especialidad médico-quirúrgica, es un hecho en el panorama hospitalario español que acontece a lo largo de la segunda mitad del siglo XIX. En este sentido hay que subrayar al menos el Instituto de Terapéutica Operatoria, creado por el

médico portuense Federico Rubio y Gali, en 1880, en el Hospital de la Princesa de Madrid, centro que como es sabido jugó un papel destacado en el desarrollo de las especialidades quirúrgicas en España; sin olvidar que el propio Rubio, en 1896, fundó una escuela para enfermeras, con la idea de mejorar la calidad asistencial en esta institución (Herrera, 2002a y 2002b). Junto a esta institución liderada por Rubio, debe subrayarse también el Instituto Oftálmico que dirigió José Delgado Jugo en Madrid, inaugurado en 1872, que jugó un papel muy destacado en el cultivo y la enseñanza de la especialidad oftalmológica en nuestro país. Tampoco puede olvidarse que en el desarrollo de la pediatría española ochocentista, entre otros, el madrileño Hospital del Niño Jesús, que fue inaugurado en 1877. Años más tarde, en 1892, el pediatra Manuel Tolosa Latour inauguró en Chipiona (Cádiz) el primer sanatorio marítimo para niños enfermos (Herrera y Doña, 1989). La defensa que de este tipo de asistencia hospitalaria hizo este pediatra durante muchos años de su vida, queda perfectamente recogida, en la ponencia que defendió en el Congreso Nacional de la Tuberculosis, que se celebró en Zaragoza, foro en el que expuso que los sanatorios marítimos contribuyen eficazmente al tratamiento y curación de los niños débiles, raquíuticos, linfáticos, los llamados pretuberculosos, los afectos de tuberculizaciones óseas o ganglionares, escrófula-tuberculosis, etc. (Tolosa Latour, 1909).

Un capítulo de especial importancia de la asistencia pediátrica en España lo escribió Vidal Solares al fundar en Barcelona una Gota de Leche en el Hospital de Niños Pobres en 1890. El propio Vidal Solares, en 1914, publicó un artículo en el que recordaba su condición de pionero en la fundación de este tipo de instituciones. Leamos:

“Con anterioridad a la fundación del Consultorio de niños de pecho creado por el doctor Hergott de la Maternidad de Nancy, y del fundado por el doctor Budin en el Departamento de la Maternidad del Hospital de la Caridad de París, y, por tanto, mucho antes que Dufour de Fecamp, en junio de 1894, instituyera “La Gota de Leche” con una organización análoga a la actual, funcionaba ya, desde 1890, en el Hospital de Niños Pobres de Barcelona, que fundó el que suscribe, el Consultorio gratuito de niños de pecho, en el que

además de enseñarse a las madres a criar a sus hijos y darles consejos prácticos sobre higiene infantil, se les entregaba como premio prendas de ropas adecuadas para ellos y se les procuraba gratuitamente, por medio de vales, leche de buena calidad y en cantidad suficiente para atender a su nutrición en los casos que dichas madres no podían lactar a sus hijos, pesándoles periódicamente para comprobar su desarrollo”.

Por último cabe destacar que en las últimas décadas del siglo XIX diversos médicos reivindicaron la necesidad de crear sanatorios para aislar enfermos de tuberculosis. Quizás uno de los más notables defensores de este modelo hospitalario fue Espina Capo que en 1889 escribía que *“la hospitalización independiente del tuberculoso es el punto puesto a la orden del día para el Congreso de la tuberculosis y sería de desear que España llevara algo resuelto en este asunto”.* Es sabido que todavía se tardarían unos años en construir en España este tipo de hospitales, aunque la tuberculosis a finales del siglo XIX y principios del siglo XX causaba infinidad de fallecimientos en nuestro país (Riera, 1969), pero este es un aspecto que requeriría una revisión monográfica.

Finalmente decir que con este artículo hemos pretendido aproximarnos a los principales puntos que se plantearon en la discusión sobre la calidad de la asistencia sanitaria en la España del siglo XIX, apuntando diferentes vertientes que pensamos que se deben abordar para entender correctamente este problema, en el que se entrecruzan los aspectos asistenciales, sociales, económicos, políticos e incluso morales.

FUENTES Y BIBLIOGRAFÍA

FUENTES

FUENTES MANUSCRITAS:

- Castro Lorca, J. Condiciones higiénicas de los hospitales (tesis doctoral). Defendida en 1870. Legajo XLVII, expediente 5 (Archivo de la Facultad de Medicina de Cádiz, en adelante A.F.M.C.).
- Gomar García, J. Condiciones higiénicas de los hospitales (tesis doctoral). Defendida en 1870. Legajo VII, expediente 6 (A.F.M.C.).
- Martín Camacho, R. Asistencias hospitalaria y domiciliaria (tesis doctoral). Defendida en 1874. Legajo III, expediente 4 (A.F.M.C.).
- Pérez Fuentes, C.: Condiciones higiénicas de los hospitales (tesis doctoral). Defendida en 1869. Legajo XLII, expediente 4 (A.F.M.C.).

- Ruiz Berdejo Camacho, A. Condiciones higiénicas de los hospitales (tesis doctoral). Defendida en 1869. Legajo XLVII, expediente 6 (A.F.M.C.).
- Vega y Elorduy, F. Condiciones higiénicas de los hospitales (tesis doctoral). Defendida en 1869. Legajo XCIII, expediente 1 (A.F.M.C.).

FUENTES IMPRESAS:

- Alcina Rancé, B. (1882). Tratado de Higiene Privada y Pública. Cádiz.
- Ayuntamiento Constitucional de Cádiz (1889). Estadística de los enfermos asistidos por la Beneficencia municipal domiciliaria durante el año de 1888. Cádiz.
- Ceballos Arroyo, V. (1866). Asistencia hospitalaria y domiciliaria. Tesis doctoral. Madrid.
- Durio Fassa, M. (1862). Asistencia hospitalaria y domiciliaria. Tesis doctoral. Madrid.
- Fauvel y Vallin (1878). Prophylaxis des maladies infectieuses et contagieuses. Comunicación al Congreso Internacional de Higiene. París.
- Fernández Macías, J. (1865). Asistencia hospitalaria y domiciliaria. Tesis doctoral. Madrid.
- Hernández Iglesias, F. (1876). La Beneficencia en España. Madrid.
- Mapelli Valcárcel, J. (1864). Asistencia hospitalaria y domiciliaria. Tesis doctoral. Madrid.
- Monlau, P.F. (1862). Elemento de Higiene Pública o arte de conservar la salud de los pueblos. Madrid.
- Tardieu, A. (1884). Diccionario de Higiene Pública y salubridad. Madrid.
- Tolosa Latour, M. (1909). Sanatorios marítimos y sanatorios de altura para niños. Madrid.
- Tolosa Latour, M. (1883). Discurso pronunciado en el Congreso Internacional para la protección de la infancia. Madrid.
- Vidal Solares, F. (1914). "La Gota de Leche del Hospital de Niños Pobres de Barcelona". El médico en casa 3, pp. 2-5.
- Vinuesa Tosar, A. (1866). Asistencia hospitalaria y domiciliaria. Tesis doctoral. Madrid.
- 1804). Editorial Atlántico. La Coruña.
- García Martínez, M.J., Valle Racero, J.I., García Martínez, A.C. (1993): "Bernardino de Obregón, un enfermero del siglo XVI. Su papel en la reforma hospitalaria llevada a cabo por Felipe II. El Hospital de Convalecientes de Santa Ana". Qalat chábir. Revista de Humanidades, 1, pp. 60-68.
- Granjel, L.S., Riera, J. (1973). "Medicina y sociedad en la España renacentista". En: Laín, P. (dir.): Historia Universal de Medicina. Salvat editores. Barcelona, pp. 186-188.
- Granjel; L.S. (1986): La medicina española contemporánea. Salamanca, 1986.
- Herrera, F. (1987): La investigación científica en la Facultad de Medicina de Cádiz a través de las tesis doctorales producidas en la misma en el siglo XIX (tesis doctoral). Universidad de Cádiz. Microfichas. Cádiz, pp. 198-208.
- Herrera, F. (1997): Crisis y medidas sanitarias en Cádiz (1898-1945). Universidad de Zaragoza. Zaragoza.
- Herrera, F. (1998a): "El estado sanitario de Cádiz según Bartolomé Gómez Plana (1889-1993)". Lluall, 42, pp. 801-804.
- Herrera, F. (1998b): "La obra médica de Benito Alcina Rancé (1853-1902)". En: García Hourcade et al (dirs.): Estudios de Historia de las técnicas, de la arqueología industrial y de las ciencias. Junta de Castilla y León, tomo II, pp. 859-867.
- Herrera, F. (1988): "El reglamento de la beneficencia municipal domiciliaria de Cádiz de 1873". Gades, 17, pp. 185-196.
- Herrera, F. (1998-1999): "La Casa de Maternidad de Cádiz a finales del siglo XIX". Híades. Revista de Historia de la Enfermería, 5-6, pp. 271-283.
- Herrera, F. (2000): Gavilla de médicos gaditanos. Quórum libros editores. Cádiz.
- Herrera, F., Doña, F. (1989): "Manuel Tolosa Latour (1875-1919): impulsor de los sanatorios marítimos para la infancia". Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz, 1, pp. 89-97.
- Herrera, F. (2002a): El doctor Federico Rubio y la renovación de la medicina española (1827-1902). Ayuntamiento de El Puerto de Santa María. El Puerto de Santa María.
- Herrera, F. (2002b): "Un acercamiento a la obra de Federico Rubio y Galí (1827-1902)". Revista de Historia de El Puerto, 29, pp. 63-88.
- Imbert, J. (1980): Les hôpitaux en France. Presses Universitaires de France. Paris.
- Laín, P. (1982): Historia de la Medicina. Salvat editores. Barcelona.
- López Piñero, J.M. (1971): Medicina, Historia y Sociedad. Antología de clásicos médicos. Barcelona.
- Marset, P. (1988): "Prólogo". En: Pinel, Ph.: Tratado médico-filosófico de la enajenación mental o manía. Madrid, pp. 13-35.
- Pérez Lubelza, C. (1975): "Sobre la aparición de la <arquitectura pública>: La primera etapa constructiva del Hospital Real de Granada". Libro de Actas del IV Congreso Español de Historia de la Medicina. Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Granada. Granada, vol. 1, pp. 105-115.
- Riera, J. (1969): "Los hospitales especializados en el siglo XIX". Asclepio, XXI, pp. 335-343.
- Riera, J. (1985): Historia, Medicina y Sociedad. Editorial Pirámide. Madrid.
- Riera, J., Riera, L. (1999): Reglamento y ordenanza de hospitales militares en la España ilustrada. Universidad de Valladolid.

BIBLIOGRAFÍA

- Albarracín Teulón, A. (1975): "La asistencia hospitalaria en Andalucía durante la segunda mitad del siglo XIX". En: Libro de actas del IV Congreso español de Historia de la Medicina. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Granada. Granada, vol. 1, pp. 427-430.
- Carasa Soto, P. (1985): El sistema hospitalario español en el siglo XIX. De la asistencia benéfica al modelo sanitario actual. Valladolid.
- Carmona, J.I. (1979): El sistema de la hospitalidad pública en la Sevilla del Antiguo Régimen. Excm. Diputación Provincial de Sevilla. Sevilla.
- Carmona, J.I. (1980): Los hospitales en la Sevilla moderna. Excm. Diputación Provincial de Sevilla. Sevilla.
- Carmona, J.I. (1989): "La reunificación de los hospitales sevillanos". En: Los hospitales de Sevilla. Real Academia Sevillana de Buenas Letras de Sevilla, pp. 53-71.
- Carrillo, J.L. (1992): La medicina en el siglo XVIII. Editorial Akal. Madrid.
- García Guerra, D. (1983): El Hospital Real de Santiago (1499-

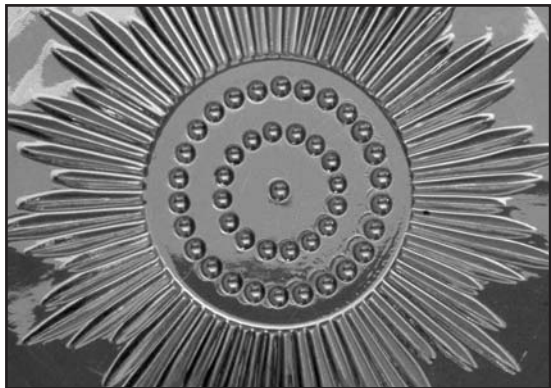
- Romero Maroto, M. (1988): El hospital del siglo XIX en la obra de Concepción Arenal. Ed. Diputación Provincial. La Coruña.
- Rosen, G. (1985): De la policía médica a la medicina social. Ensayos sobre la historia de la atención a la salud. Siglo veintiuno editores. México.
- Siles, J. (1999): Historia de la Enfermería. Editorial Aguaclara. Alicante.
- Valenzuela, J. Rodríguez Ocaña, E. (1993): "Lugar de enfermos, lugar de médicos. La consideración del hospital en la medicina española, siglos XVIII-XIX". En: La salud en el estado de bienestar. Análisis histórico. Editorial Complutense. Madrid, pp. 107-131.
- Yáñez Polo, I.E. (1975): "El Hospital Central de Sevilla: Aspectos higiénicos necrológicos en las décadas 1850-1880". Libro de Actas del IV Congreso español de Historia de la Medicina. Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Granada. Granada, vol. 1º, pp. 367-372.
- Zaragoza Rubira, J.R. (1962): "Los hospitales españoles en el primer tercio del siglo XIX". Medicina española, 281, pp. 149-158.



HOSPITALIDAD-ENFERMERÍA, CONCEPTOS UNÍVOCOS

Cecilio Eserverri Chavarri

Centro Asistencial "San Juan de Dios". Palencia



HOSPITALITY-NURSING, UNIVOCAL CONCEPTS

1. INTRODUCCIÓN

La enfermería de hoy, siempre y permanentemente enfocada hacia el futuro, paradójicamente se apoya en el pasado. Porque la enfermería siempre es de ayer, de hoy y de mañana. La enfermería de siempre y para siempre se cimenta en la historia. ¡Tal es la fuerza de la historia!

Los anales de la enfermería siguen siempre un itinerario con un punto fijo de referencia: la hospitalidad. Esto es, son, contenidos enfermeros. La visión y el tema son claras e indelebles. No admite ni tolerará otra base ni otros contenidos que los que aporta la hospitalidad. Podrán añadirse técnicas y métodos, recursos científicos avanzados e ideas trascendentes, pero siempre sobre el cañamazo de nuestro punto fijo de la hospitalidad. Todo lo que nos aleje de nuestra diana hospitalidad-enfermera resultará adulteración, engaño, mixtificación de la realidad, de la única verdad. Por estas razones, y otras que podríamos añadir, es por lo que venimos a formular que la hospitalidad y la enfermería son, resultan, conceptos unívocos. Unívoco en filosofía quiere ser idea o juicio con sentido único e inconfundible. Correspondencia clara. Sincretismo. Síntesis. Unidad.

La hospitalidad-enfermería tiene su genealogía, sus contenidos y sus significados, su semiótica. Es mito y rito. Y por tanto requiere o demanda los ser-

vicios hermenéuticos, según la línea de H. G. Gadamer. Se centra en la acogida, especialmente la del extraño, el viajero, el huésped, el vulnerado o vulnerable. Hace falta un espacio y un lugar. Esto es, una tierra o región, una casa y una filosofía. Lo que nos conduce a destacar o descubrir las figuras imprescindibles del anfitrión y del huésped.

El anfitrión como el huésped tiene su personalidad, su ideología, su sentimiento, su manera de ser y de comportarse. Esto requiere, exige, concesiones. Conocernos cuanto antes. Respetarnos siempre. Reciprocidad. Alternancia. Correspondencia. Intercambio. Permuta. Todos podemos recibir algo de los otros y todos podemos dar algo a los demás. De donde llegamos a considerar como importante el concepto regalo. En la antigüedad griega estuvo muy presente y con mucho significado la entrega de regalos. Hoy el mejor regalo puede ser el don de sí, de darse a los demás. Alteridad. Esto nos conduce a otra dimensión y trascendencia.

Enfermería, desde los primeros datos escritos de la historia de la humanidad, tiene constancia del valor intrínseco y racional del sentido y la vivencia espiritual en los cuidados de la salud. Estos cuidados parece que demandan, tal vez exigen, desde luego reclaman, también, sentimientos espirituales. Espiritualidad, misericordia y hospitalidad son aquí y tendrán siempre para nosotros valor de sincretismo indisoluble. También interpretamos aquí el vocablo o término hospitalidad-enfermería, Cultura de los Cuidados, como prestaciones físicas, psíquicas, sociales y espirituales. En ocasiones trascendentes. Vamos a destacar brevemente ahora el concepto espiritualidad porque con frecuencia se interpreta mal, con significados erróneos. ¡Cuanto contiene un profundo sentido y significado filosófico!*

** De la idea o concepto espíritu, espiritualidad, tenemos referencias en nuestra cultura europea desde antes de Anaxágoras y su principio ordenador del cosmos. Parménides, precisa: los caballos que me llevan me han conducido a donde deseaba mi corazón. Se han lanzado por el camino famoso de la divinidad que conduce al hombre sabio a través de todas las ciudades; Heráclito nos dice: la ley es obedecer la voluntad del*

Uno; Platón, deslinda: en la naturaleza de las cosas hay dos modelos, uno divino y bienaventurado, el otro sin Dios y desgraciado; Aristóteles y su modo de ser de lo divino al que aspira toda persona: debe haber algo que mueva sin ser movido, un ser eterno, substancia y acto puro. De aquí o de cualquier otro punto de la filosofía griega, romana o universal podríamos ir reconociendo la trayectoria espiritual de los filósofos y teólogos medievales, del renacimiento y hasta nuestros días. Sólo un ejemplo: en las constituciones del Hospital General de la Corte y Villa de Madrid, 1589, Archivo General de Simancas, Valladolid, se lee que: para los pobres y enfermos se fundó esta Casa con intento que en ella se procurase el remedio espiritual y temporal. (C. Eserverri Chaverri, Archivo Hospitalario, Revista de Historia de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, N° 2, pág. 261-274. Madrid, 2004.

Precisamos que espiritualidad no es religión, es la vida del espíritu. La dimensión espiritual es lo que alimenta la vida de los seres humanos. Lo espiritual existe en todos los humanos, se puede bloquear pero con grandes pérdidas personales. La espiritualidad es, también, creencias. La religión es un plus que se añade a la espiritualidad para constituir caminos, tradiciones, mensajes y prácticas que conducen a la transformación de las personas y las llevan a la felicidad.

2. PROCESO HISTÓRICO DE LA HOSPITALIDAD-ENFERMERÍA

Todos los investigadores de la hospitalidad-enfermería, recurrimos a las mismas o parecidas fuentes. Son, con distintos matices, las únicas o casi únicas y mejores raíces de donde sacamos la savia del conocimiento filosófico enfermero. Estas fuentes documentales las encontramos en la Biblia, Odisea, Tradición Cristiana y en el Corán. Por tanto, seleccionando bien y concisamente los fundamentos documentales, a ellos nos dedicaremos seguidamente.

El pasaje bíblico por excelencia de prestación hospitalaria-enfermería es el de Abraham en la teofanía de Mambré, Gn 18, 1-33. Igual procede Lot:

- Ea, señores, por favor, desviaos hacia la casa de vuestro siervo, hacéis noche, os laváis los pies y de madrugada seguiréis vuestro camino, Gn 19, 1-2. Descripción procedente de Mesopotamia y País de Canaán, hacia 1850 antes de Cristo. La Biblia dispone de muchos pasajes similares, de los que aquí citaremos unos pocos. P. e.: Gn.24, 15-60; Jue 17,7-13 y 19,11-25; 1Re 17,7-16; Tob 7,1-16, etc.

En la Odisea encontramos un gran número de pasajes hospitalarios enfermeros, cuidados, en el sentido más clásico. Todos cargados de una muy rica doctrina sobre la acogida. En la Rapsodia II, pág. 42, leemos:

- Respondió el prudente Telémaco: extranjero, me has hablado tan cordialmente como un padre a su hijo, y no me olvidaré jamás de tus consejos. Pero quédate un poco más, aunque tengas prisa, y después de bañarte y deleitar tu corazón, volverás a tu nave lleno de alegría, con un rico y valioso regalo que he de ofrecerte, como es uso entre huéspedes amigos.

A veces el anfitrión puede resultar que se distraiga, que no se percate de la presencia del huésped, y hay que avisarle para que aplique y cumpla dignamente los cánones no escritos pero sí practicados respecto a las obras morales de hospitalidad. Tal es lo que leemos en la Rapsodia VII, pág. 115. Aquí podemos apreciar la importancia que tenía el acto de acogida y la categoría que se le asignaba al viajero, al desconocido. Se le considera con rango de venerable, un vocablo con significado espiritual o trascendente:

- Alcinoo, no es ni bueno ni decoroso para ti que tu huésped esté sentado sobre las cenizas del hogar. Tus convidados aguardan tu decisión. Apresúrate a hacer sentar a tu huésped en un sillón tallado y ornado con clavos de plata, y ordena a los heraldos que viertan vino para ofrecer libaciones a Zeus Tempestuoso, que acompaña a los suplicantes venerables. Mientras tanto, la despensera ofrezca a tu huésped de los manjares que haya en la casa.

Ulises sigue su camino de incógnito, sin que nadie le reconozca. Es interesante y aleccionadora la Rapsodia XVII. Ahora acude a una de sus fincas donde un porquerizo atiende los cerdos. A la llegada de Ulises, siempre sin que puedan reconocerle, el porquerizo lo recibe, le lava los pies y le da alimentos. Luego le acondiciona un lugar en la cabaña o cobertizo que le sirve de vivienda para que el huésped pueda descansar. Días después le acompaña el porquerizo a la ciudad, a la casa, palacio, de Ulises donde vive su esposa e hijo. Ya en la casa, el porquerizo, dirigiéndose al pordiosero, le presenta a la anfitriona, diciendo:

- Padre huésped, la prudente Penélope, la madre de Telémaco, te llama.

Otra vez tenemos que referirnos al respeto que siempre infunden los huéspedes, aquí llamándole Padre huésped. Padre digno de cuidados y con sentido acogedor.

El cristianismo es todo como una fuente viva de hospitalidad. De los Evangelios destacamos dos casos de hospitalidad con iguales morales, como son: Jn 19, 26-27:

- *Ahí tienes a tu madre. Y desde aquella hora el discípulo la acogió en su casa.*

El otro caso trata de:

- *Yendo de camino entró en un pueblo; y una mujer, llamada Marta, le recibió en su casa, Lc 10, 38.*

Ámbito de paz, orden, misericordia, además de prestar cuidados.

También, Pablo de Tarso advierte por carta a los romanos: Practicad la hospitalidad, Rm 12.13.

Desde sus orígenes, el cristianismo nos aporta multitud de modelos de misericordia y hospitalidad, a extraños morales, centrado en Mt 25, 37-45. O con Leví, Lc 5,27-32; un fariseo, Lc 11, 37-50; otro fariseo, Lc 14,1-6; Zaqueo, Lc 19, 1-10. Por no resultar prolijos destacamos a San Basilio y su hermana Santa Macrina, 360, con sus Casas de Caridad, Nosocomios, Xenodoquios, Jerontocomios en Cesarea de Capadocia. Los monjes de San Benito, 580-647, en Italia y resto de Europa. Sumamente interesante para nuestro tema de la hospitalidad-enfermería y de la Xenía es el capítulo 53 de la Regla de San Benito. Además del capítulo 36 que trata de los enfermos y de los que los atienden. O San Agustín y sus monjes con hospitales en el norte de África y en toda Europa. En España el obispo Masona y su hospital en Mérida, Cáceres, 620; también San Isidoro de Sevilla con sus reglas monacales, temas de enfermería, y los apartados sobre medicina en Las Etimologías. Las Fraternidades Hospitalarias en Francia, los Hôtel-Dieu, París y otras ciudades, a partir de 1200. Distintas órdenes hospitalarias, de misericordia, como la de San Juan de Jerusalén, en Israel, Rodas y toda Europa. La hospitalidad catedralicia y del monacato en toda Europa. En la primera mitad del siglo XVI los hospitalarios de San Juan de Dios, Clérigos Ministros de los enfermos, Camilos, San Vicente de Paul ya a partir del siglo XVIII, con las Hermanas de la Caridad. Desde finales del siglo XVIII se genera una gran proliferación de nuevas

congregaciones hospitalarias, enfermeras, en toda Europa imposible ahora de citar en gracias a la brevedad de este trabajo.

También resulta interesante precisar que desde el siglo XVI y siguientes este gran movimiento hospitalario-enfermero cristiano pasa a toda América, África y resto de continentes.

El gran movimiento relacionado con la Xenía, ritual de hospitalidad, misericordia, enfermería, a los viajeros en la antigua Grecia, se logra en Europa, especialmente en España, mediante el romeraje jacobeo con los cuidados de los hospitaleros profusamente repartidos sus recintos, hospitales y albergues, a lo largo del camino. Los viandantes, los peregrinos, los extranjeros o peninsulares, los enfermos, son acogidos, extraños morales, desde la Alta Edad Media. El Códice Calixtino, libro V, Camino Francés, precisa que los hospitales y alberguerías son lugares santos, casas de Dios, reparación de los santos peregrinos, descanso de los necesitados, consuelo de los enfermos, salvación de los muertos, auxilio de los vivos... Actualmente, está muy revitalizado este gran movimiento jacobeo hospitalario y espiritual con claras muestras de mejoría e incremento de romeros, viajeros, huéspedes. Su futuro presenta signos muy positivos.

En una narración islámica, siglo XIV, con base coránica en la azora XVII,1, que los peregrinos en la Meca leen y celebran la noche de la ascensión del Profeta, podemos ver un modelo de hospitalidad, misericordia y espiritualidad o trascendencia con extraños morales. El Profeta asciende o es ascendido y recibido en distintos niveles de los cielos coránicos y en todos, más o menos, se repite la misma escena. Al llegar llaman a la puerta y una voz desde el interior pregunta:

- ¿Quién es?
- Gabriel, replica el acompañante de Mahoma.
- ¿Y quién está contigo?
- Mahoma.
- ¿Y le ha sido revelada la revelación?
- Ciertamente, dijo Gabriel.
- ¡Bienvenido sea! ¡Qué dichosa su venida!

(Mircea Eliade, tomo IV).

El islamismo tiene, también, un alto contenido antropológico y trascendente. En el Corán, azora L, 15-16, podemos leer:

- *Alá está más cerca del hombre que su vena yugular.*

La hospitalidad entre los árabes se centra especialmente en un rito coránico que consiste en lo que conocemos como el fuego encendido y el fuego apagado. El buen cumplidor del Corán siempre tiene en su casa el fuego encendido, con el que de inmediato puede calentar para el huésped agua con que lavarle los pies y alimentos calientes para el recién llegado.

3. ÉTICA EN LA HOSPITALIDAD-ENFERMERA

Desde siempre y para siempre la ética, los cuidados y la espiritualidad, manifiesta o latente, se introyecta en el ser profundo de los pensamientos y actividades hospitalaria-enfermera. También la moral fue patrimonio de la hospitalidad de todos los tiempos y lugares. Pero estos pensamientos, estas actividades, este vivir y este proceder se ha de notar, se ha de apreciar, se ha de ver plasmado en lo que cada profesional siente y realiza. Por tanto, no se ha de reducir a lo privado. Si nuestra ética, si nuestro recibir al necesitado, al viajero, al extranjero, al enfermo en nuestra casa, en nuestro hospital, en nuestra enfermería, se redujera a algo privado no generaría cultura profesional. No significaría ni propondría unos retos para el futuro. No resultaría una fuente de valores y cuidados bien logrados.

Los hombres y mujeres, las personas, los profesionales, enfermería, nuestra hospitalidad, pueden o podemos inclinarnos por multitud de teorías filosóficas, estéticas, éticas, morales, espirituales. Nosotros, los profesionales de la enfermería, en estos planteamientos que hemos indicado o aportado nos centraremos en una moción por la moralidad: por los iguales morales y por los cercanos o extraños morales. Y esto siempre ha significado y es una proposición de futuro: apostar por la felicidad como bien social, saludable, humano-humanístico. Trascendente, según Torralba.

La felicidad la trata, y nos apoyamos en él, Aristóteles en su Carta a Nicómaco. Pero ya es tema de siempre desde la hospitalidad y trascendencia budista a la judía y hasta nosotros. Hoy, como siempre, deseamos la felicidad para nosotros, para los demás, para el presente y el futuro.

Todos somos portadores de bienes, de felicidad. El emperador Ashoka, 274-232, a. C., filósofo budista y benefactor hospitalario, decía:

- *Todos los hombres son mis hijos. Del mismo modo que busco la felicidad y el bienestar de mis propios hijos en este mundo y en el otro, esto mismo busco para todos los hombres, cita Eliade, tomo IV, pág. 582.*

También, todos somos o deberemos ser donantes de regalos. Esto se relaciona con la estética y precede a la ética y la moral. No es posible, es imposible, que creamos actuar ética, espiritual, misericordiosa y moralmente cuando la operatividad, las relaciones humanas y técnicas profesionales resultan desagradables a la vista, al buen trato, al mejor gusto, al confort, incluso. Lo antiestético resulta siempre, es, antiético y antimoral. Recordemos el comportamiento de Alcinoo teniendo al huésped sentado sobre el polvo ceniciento del suelo. La elección del mejor ternero, el fuego encendido, el lavado de los pies, dar de comer a la cabalgadura del viajero, servir al huésped, cuidar del enfermo, entregarle regalos en las despedidas son estética de alto nivel. Porque la calidad, la estética son el fruto de la bondad. Y la bondad es misericordia y trascendencia.

En la sociedad moderna, en los ambientes profesionales de la salud, de enfermería, se habla, se comenta, frecuentemente, de valores, de los valores. De carecer o de tener nosotros, los otros, valores humanos. Antiguamente, esto de los valores tal vez se encerraba en lo que conocíamos como cortesía, educación y buenas maneras. Esto es algo que espera de nuestra hospitalidad el huésped que ha entrado en nuestra casa. Esto es: hospitales, consultorios de salud, urgencias, cuidados paliativos o consecución de la salud. No ignoremos, sepamos, que toda relación con el otro, con el huésped, compromete.

El huésped espera de nosotros que le tratemos de verdad, con verdad. La verdad es paradigma, una unidad de medida de lo social-cultural-profesional. Un gran valor enfermero, hospitalario, es infundir en el otro esperanza. La esperanza es vida para el huésped, para los enfermos. La esperanza estimula. Es, también, como ofrecer, dar la paz. Vale más lo hecho por la paz que miles de palabras laudatorias. El anfitrión-enfermero ha de ser luz,

manifestarse como luz para los demás. Incluso debemos significar integridad. Ser íntegros. Pero, en primer orden, ser. Realidad positiva. Y servir. Lo prototipo del anfitrión hacia el huésped, el enfermo, es servir: dar cuidados integrales. Cuando decimos que enfermería ofrece, da servicios, cuidados, es que estamos en lo más noble y digno de la hospitalidad. Servir con nobleza da entidad a nuestras obras. Servir potencia la dignidad del anfitrión y la del caminante, el desconocido, el enfermo. Amor-amar es servir con amor. Los valores interpelan, desafían, estimulan, hacen vivir. Los valores también comprometen. Trascienden a la vida nuestra y la de los demás. Y, de todas maneras, siempre es mejor servir que no servir.

4. ENFERMERÍA-HOSPITALIDAD PROGRESIVA

Profesionalidad de alto nivel, ya lo hemos señalado antes, es todo cuanto hasta aquí queda dicho. Pero enfermería es más, mucho más. Hoy enfermería es, también, técnicas, recursos, métodos científicos, eficiencia, resultados empíricos. De lo contrario nos moveríamos en terrenos movezcos, subjetivos, fácticos, realidad virtual. Nada. De todas maneras, estos son los temas de las Jornadas que ahora inauguramos.

Nuestro trabajo profesionalizado ha de ir siempre precedido, acompañado, por una elaboración rigurosa de objetivos. El trabajo nuestro es y resulta suficientemente serio como para programarlo con rigor. Todo proyecto, cada objetivo, han de estar sometidos a una serie de premisas, para que resulten: pertinentes, lógicos, concretos, realizables, observables y medibles. Así podremos conseguir buenos resultados en nuestra acción sanitaria, hospitalaria, enfermera. La improvisación no es buena compañera de camino para los enfermeros/as. Olvidarnos del valor espiritual resultaría un trabajo muy disminuido.

Hoy la hospitalidad, la enfermería, su labor no se logra en solitario. Podríamos decir que con la figura del anfitrión, como antiguamente, ya no es suficiente. Si nos vamos por un momento al desierto, a la entrada de la tienda-casa-hogar de Abraham o a cualquier otro anfitrión mencionado podemos contemplar cómo actúa él ayudado por su

mujer, por los criados de distintos oficios: panaderos, pastores, matarifes, cocineros, sirvientes para las mesas, etc. Igual en nuestro trabajo enfermero de hospitalidad. En nuestra casa, esto es, en el hospital, en las enfermerías como campo operativo propio e irrenunciable, trabajan muchos profesionales y de distintas especialidades. Lo que nos inclina e induce a opinar que si no se establece el Trabajo en Equipo será muy difícil, imposible, conseguir objetivos empíricos. El huésped es hoy, ciertamente, más complicado. No decimos más exigente, que también.

El trabajo en equipo abre y cierra un corto circuito de actuación:

- Comunicación-confianza
- Contraste de pareceres
- Toma de decisiones.

Es la ley de la reciprocidad: todos para uno y uno para todos. Sinergia.

La enfermería de hoy y la del futuro está estrechamente relacionada con el progreso, con la especialización. Y, por tanto, con el incremento de la formación de base y en la progresiva. Los tiempos hoy vienen exigentes. Las nuevas necesidades demandan mayor formación. Y esta es la causa y el motivo de que hace ya muchos años reclamemos mayores niveles y reconocimientos formativos. Unos países más que en otros han progresado en estas líneas de incremento formativo. En realidad, todos los países se percatan de esta necesidad. Lo que ocurre es que hacen como que no ven o que no quieren enterarse. Cuando en realidad sólo se trata de presuponer gastos, sin tener en cuenta las ventajas e, incluso, los ahorros económicos y de resultados mucho más positivos para la sociedad. Sólo progresan las sociedades cultas. Es esta sociedad culta la que ya está presionando por la falta de calidad en muchas de las actuaciones negativas asistenciales.

En la mayor parte de los países la demanda en favor de una formación enfermera universitaria, de Grado, licenciatura, es unánime. En el continente americano todos los niveles formativos universitarios enfermeros ya se han logrado. En la vieja Europa vemos que algunos países se han quedado en la formación universitaria de primer nivel, diplomados. Pero lo que proponemos responde a un imperativo mundial hacia la modernidad y el

crecimiento que reclama para enfermería todos los grados de formación universitaria en favor de las personas vulnerables o vulneradas. Dicho lo cual, sí hemos de reconocer que en España a la profesión enfermera le ha sido reconocida su condición facultativa. Lo que da mucho prestigio profesional, ningún reconocimiento académico y nula remuneración económica. (Ley de Ordenamiento de las Profesiones Sanitarias, LOPS, noviembre de 2003). Pero la formación que reclamamos se centra en una enfermería competente: somática, psicológica, social, antropológica, espiritual, activa, consecuente al mundo multicultural en el que nos movemos. Declaración de Bolonia.

Si, antes de cerrar estas reflexiones profesionales enfermeras, efectuáramos una mirada hacia atrás, podríamos precisar que la acción o atención hospitalaria ancestral, enfermería de siempre, nos sorprenderíamos que los extremos se juntan. Enfermería antigua y enfermería del futuro, hospitalidad de siempre y para siempre, es:

- Llegada del huésped, del enfermo, falto de salud

- Acogida del huésped, del enfermo, falto de salud

- Servicio al huésped, al enfermo, al vulnerable, al necesitado de todo

- Diálogo del anfitrión con el huésped. Alteridad

- Despedida y regalo, como grato recuerdo: enfermo sanado, mejorado en su salud, en el mejor de los casos, será nuestro mejor regalo. También podemos ofrecer como regalo una sonrisa y una flor, o un beso, según y cómo.

Esta es, repetimos, sin muchas más complicaciones, -aunque son muchas las graves situaciones- la hospitalidad-enfermera ancestral, medieval, nuestra, del futuro, con sentido técnico y antropológico.

5. CONCLUSIÓN

• Es bueno que nos apoyemos en las ciencias, documentos y narraciones del pasado para poder llegar al conocimiento, a la filosofía, de cuanto significa la profesión que nos preocupa, ocupa e interesa. Pocas profesiones humanas están o se sienten tan apoyadas o iluminadas por la filosofía como las sanitarias y, en particular, enferme-

ría. Por lo que nos conviene e interesa llegar al profundo sentido y contenido de la hospitalidad. Precisa Innerarity, pág. 19: El imperativo moral frente a la fragilidad ya no es tanto construir como socorrer. La confrontación con la debilidad de las cosas y los seres eleva la responsabilidad por la salvaguarda al primer plano de los valores. En este contexto, las exigencias fundamentales no se expresan en la palabra “liberación” sino como “responsabilidad”.

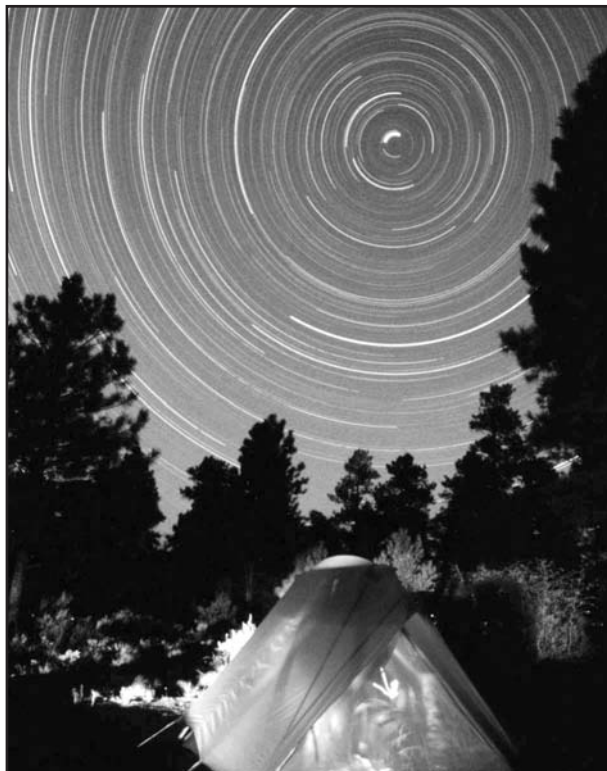
• Nuestra responsabilidad enfermera, prestadora y oferente de hospitalidad, la centramos en dar servicios, atenciones, cuidados, a los viandantes caídos en las cunetas de miles de caminos, y recogerlos, llevarlos a nuestra casa-hospital, darles la bienvenida y prestarles cuidados, conocimientos y terapias adecuadas profesionales que logren reintegrarlos sanos al gran camino de la vida. En ocasiones consistirá sólo en darles sepultura, como se hacía antiguamente. Todo esto es hospitalidad. Esta es y será siempre la hospitalidad enfermera, retos éticos de siempre y de futuro.

• Finalmente, este será siempre el regalo enfermero a las personas necesitadas: dar cuidados físicos, psíquicos, sociales, antropológicos y trascendentes. Esta es y será siempre nuestra hospitalidad, un nuevo, ya muy antiguo, sincretismo bioético-humano. Y tener siempre presente nuestra memoria histórica; conocer bien nuestras tradiciones y patrimonio; potenciar la misión compartida y participar en la inculturación y en la multiprofesionalidad. Seamos mensajeros alegres y entusiastas en la difusión de la buena imagen hospitalaria, enfermera, espiritual que nos conducirán a la felicidad, precisa Aristóteles en su moral a Nicómaco. Para muchos, espiritualidad equivale a interioridad, equilibrio, sosiego, paz. Paradigmas emergentes que van unidos a la condición humana, según Dolores Aleixandre.

BIBLIOGRAFÍA

- Aristóteles (1972) Moral a Nicómaco Ed. Espasa Calpe, S.A. Madrid.
- Biblia de Jerusalén (1971) Ed. Desclée de Brouwer. Madrid.
- Blázquez, M. (1996) Bioética fundamental. Ed. B. A. C. Madrid.
- Código Deontológico de la Enfermería Española (1989) Ed. Consejo General de Enfermería. Madrid.
- Corpas, Juan Ramón (1995) La enfermedad y el arte de curar entre los siglos X y XVI Ed. Xunta de Galicia. Santiago.

- Derrida, J. y Dufourmantelle, A. (2001) La hospitalidad Ediciones la Flor. Buenos Aires.
- Dolores Aleixandre et al. (2004) La interioridad: un paradigma emergente. Ed. PPC, S.A. Madrid.
- Eseverri Chaverri, C. (1992) Enfermería hoy. Filosofía y Antropología de una profesión. Ed. Díaz de Santos, S. A. Madrid.
- Eseverri Chaverri, C. (1996) Historia de la Enfermería española e hispanoamericana. Ed. Universitas, S. A. Madrid.
- Eseverri, C. Abel i Fabre, F. (1991) La Calidad y el Comité de Ética. Ed. Fundación Juan Ciudad. Madrid.
- Eseverri Chaverri, C. (2004) Archivo Hospitalario. Revista de Historia de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Nº 2. Pág. 261-274. Madrid.
- Homero Odisea (Preparada por Enrique Rull) (1985) Ed. Artes gráficas, S.A. Madrid.
- Innerarity Grau, Daniel (2001) Ética de la Hospitalidad Ed. Península, H.C.S. Barcelona.
- Isabel M. Fornari-Carbonell (1995) La escucha del huésped Ed. Verbo Divino. Estella, Navarra.
- Kübler-Ross, Elisabeth (1980) Sobre la muerte y los moribundos Ed. Grijalvo, S.A. Barcelona.
- Kübler-Ross, Elisabeth (1997) La muerte, un amanecer Ed. Luciérnaga. Barcelona.
- Kübler-Ross, Elisabeth (1997) La rueda de la vida Ediciones Grupo Z. Madrid-Barcelona.
- Mahoma (1983) El Corán (Introducción, traducción y notas de Juan Vernet) Ed. Planeta, S.A. Barcelona.
- Mircea Eliade (1978) Historia de las creencias y de las ideas religiosas, IV tomo Ediciones Cristiandad. Madrid.
- Reale, G. y Antiseri, D. (1992) Historia del pensamiento filosófico. Tres tomos Ed. Herder. Barcelona.
- Regla de san Benito (2002) Versión castellana, 3ª edición, por Dom Luis Mª Pérez, Abad. Ed. Abadía de Leyre. Yesa, Navarra.
- Torralba Roselló, F. (2003) Sobre la hospitalidad. Extraños y vulnerables como tú. Ed. PPC-Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Madrid
- Torralba Roselló, F. (2004) No olvides la hospitalidad Ed. PPC-Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Madrid.
- Verneaux, R. (1982) Textos de los grandes filósofos. Edad antigua. Ed. Herder. Barcelona.
- VV.AA. (2004) Camino de Hospitalidad al estilo de San Juan de Dios
- Espiritualidad de la Orden Ed. Curia General de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Roma.



LAS HIJAS DE LA CARIDAD EN LA PROFESIONALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA

Francisca Hernández Martín



THE DAUGHTERS OF CHARITY AND NURSING PROFESSIONALISATION

Nadie pone en duda, hoy, que las Hijas de la Caridad han llevado la organización de los Hospitales y la atención a los enfermos desde mediados del siglo XVII hasta finales del siglo XX y están en otras muchas formas de presencia en nuestros días. Con sus tocas blancas han sido presencia y símbolo de la caridad de la Iglesia en el mundo Sanitario y ha sido Picasso en su cuadro emblemático "Ciencia y Caridad" quien ha inmortalizado en dicho documento histórico, lo que han sido las Hijas de la Caridad en la beneficencia y en los Hospitales de España.

Hablar hoy de este hecho tiene su justificación; hace justamente un año dicha Institución era galardonada con el Premio Príncipe de Asturias a la Concordia por su trayectoria histórica de excepcional labor social y humanitaria en apoyo de los desfavorecidos, pobres y enfermos. Las obras en las que han estado presentes en sus casi cuatrocientos años de existencia dan razón de lo que ha significado esta Institución en la sociedad, en la sanidad y para la Enfermería.

Desde una visión general es un tópico afirmar que la historia la han hecho los poderosos. Si bien, en las sociedades tradicionales, sólo ellos podían tener cronistas que les hicieran un espacio en la historia. En el orden eclesiástico, o mejor en la Historia del Cristianismo ha ocurrido lo mismo y además ha habido también olvidos. En este orden, una de las más bellas páginas las han escrito las órdenes o Congregaciones religiosas dedicadas al cuidado de los enfermos que han sido relegadas a un discretísimo lugar. Entre ellas están las Hijas de la Caridad a las que me voy a referir en esta comunicación.

Siendo esto cierto, carecemos de una Historia escrita en la que podamos seguir paso a paso su historia y contemplar de este modo una panorámica de la obra realizada en las múltiples Instituciones de los 93 países donde está presente. La razón es no sólo su complejidad, sino que algunos de sus archivos más importantes fueron quemados en algunas contiendas bélicas y recuperar todo el legado está suponiendo un gran esfuerzo. Existen múltiples publicaciones: Historias parciales muy bien documentadas y alguna más completa que, por diversas razones no se publicó en el momento que fue escrita; otros trabajos podemos seguirlos a través de la Revista Anales de la Congregación de la Misión y de las Hijas de la Caridad, Ecos de la Compañía y de las diversas Provincias. En esta comunicación haré referencia solamente a las Hijas de la Caridad dedicadas a la atención de los enfermos.

El objetivo, por tanto, es demostrar cómo esta institución, sin abandonar su vocación religiosa de servicio a los enfermos y habiendo llevado la organización de la asistencia de la mayoría de los centros de la Beneficencia pública, se profesionaliza y cómo contribuye a la profesionalización de la enfermería. Seguiré esta comunicación desde estas tres hipótesis:

Primera: ¿Qué llevó a Vicente de Paul a fundar una Compañía de mujeres, las Hijas de la

Caridad, que no quiso que fueran religiosas, sino un instituto secular (fuera del Código de Derecho Canónico), cuando él, fiel a la Iglesia, está llevando a cabo la reforma del clero promovida por el Concilio de Trento?.

Segunda: ¿A qué se debe el rápido crecimiento y expansión de un Instituto que ha creado escuela en París sobre el modo de administrar los Hospitales y cuidar a los enfermos?.

Tercera: Es posible reconocer su contribución a la profesionalización de la Enfermería porque las claves -Grupo, Formación reglada, Escuela, Textos, Compromiso de sus miembros, Ética- están presentes en el propio grupo desde su fundación.

LOS COMIENZOS

Vicente de Paul es considerado por los historiadores como uno de los grandes reformadores sociales y dentro de la Iglesia como reformador y fundador. Un hombre inteligente y práctico. La Francia en que le tocó vivir es la Francia de la grandeza y de la miseria. Supo, al mismo tiempo que Capellán de las Galeras, Consejero real en tiempos del Cardenal Richelieu y Mazarino, ejercer su ministerio sacerdotal, aplicar las directrices del Concilio de Trento para la renovación de la vida religiosa, ser el fundador de los Padres Paules e Hijas de la Caridad y otras sociedades para laicos y reformador social.

Tras su formación se le ofrece una situación segura, pero a propuesta del Cardenal Berulle abandona el cargo de preceptor en la Casa de los Gondí y va a una "parroquia en perdición" en Chatillón des Dombes. Allí, tras una fuerte experiencia al atender a una pobre familia funda la primera "cofradía de la Caridad..." (23 de agosto de 1617). Tras la elaboración y aprobación del Reglamento por el Arzobispo de Lyon, fundará otras en París.

Pasado un tiempo, viendo las dificultades y deficiencias que observó en las Cofradías de París, Vicente de Paul con Luisa de Marillac fundan el 29 de noviembre de 1633 la Compañía de las Hijas de la Caridad, formada por jóvenes sencillas, trabajadoras, pobres en su mayor parte y decididas a darse a Dios en el servicio a los pobres. Estas sencillas campesinas son enviadas a las diversas Cofradías de la Caridad, donde prestan ayuda y cuidan a los

pobres en sus domicilios. "Vosotras vais a buscar al enfermo en su casa y asistir a todos los que morirán sin vuestra ayuda, porque no se atreven a pedir-la". (Conf. S.V. 2 febrero 1653).

Las numerosas señales de atención que él recomienda muestran la gran humanidad con que deben realizar este servicio, porque este es el fin principal para el que Dios las ha enviado a esa parroquia. "... Es para servir a los pobres enfermos, no sólo corporalmente administrándoles el alimento y las medicinas, sino espiritualmente, procurando que reciban dignamente y a tiempo todos los sacramentos... Habéis sido enviadas a ese lugar para ayudar a los pobres enfermos a bien vivir o a bien morir". (Conf. S.V. 19.X.1659).

Muy pronto fueron a prestar servicios en los arrabales de París y ya en 1639, Luisa, se va con un grupo a hacerse cargo del gran hospital de Angers donde se instalan oficialmente el 1 de febrero, día en que se firmó el contrato. Después de Nans van a Nantes. Una nueva Compañía se creaba para la Iglesia y para los pobres.

EN LA ESCUELA DE LOS FUNDADORES.

En el servicio de los pobres, en el ejercicio de la Caridad, encuentra Vicente de Paul su camino hacia Dios. Esta es la exigencia requerida por Dios ante la situación de pobreza en que viven los hombres. El Dios y Cristo que busca en la oración se hacen igualmente presentes en los pobres: "Cuando se sirve a los pobres -dice a las Hijas de la Caridad- se sirve a Jesucristo". Por eso, "... una Hermana irá diez veces cada día a ver a los enfermos y diez veces cada día encontrará en ellos a Dios..." "...Sí, Dios acoge con agrado el servicio que haceis a esos enfermos y lo considera hecho a El mismo". (Conf. S.V. 13.II.1646), "La regla de las Hijas de la Caridad es Cristo". Este es el eje sobre el que gira la misión de la vida cristiana de las Hijas de la Caridad:

- Servicio corporal y espiritual.
- Actitud de siervas.
- Formación profesional.

Santa Luisa juega un gran papel en la formación de las Hermanas. Se preocupa de su salud y de cuanto es necesario para el servicio. De ahí que podamos decir de ella que es: precursora real de la enfermera profesional; entendió, dentro de las

limitaciones de la asistencia de la época, lo que debía ser una buena profesional. Las Hermanas:

- Prestan un servicio a la sociedad pobre. Un servicio público que acoge a todo aquel que tenga alguna necesidad y no pueda tener otra asistencia.
- Tienen conciencia de la importancia del aprendizaje de las técnicas propias de aquel modo de cuidar.
- Luisa establece con Vicente sus propias normas, formas de actuación y criterios de control.
- Siempre pide a las Hermanas que tengan en cuenta las necesidades del enfermo.
- Busca el bienestar de las Hermanas en el trabajo que realizan y su equilibrio. "Cuidar al cuidador".

El fin es "Proporcionar los mejores cuidados, para cambiar el nivel de salud aumentando el bienestar de la población en su contexto de desarrollo social".

UN PROYECTO PARA LA ASISTENCIA.

Ante tan ardua empresa, tanto Luisa como Vicente se preocupan de no fracasar y escogen a las mejores. Al frente del pequeño grupo estuvo la misma Luisa para dirigir las. Así fue el origen del trabajo de las Hijas de la caridad en los Hospitales, primero en Angers, luego ... Viendo su forma de atender no tardaron en llamarlas para tareas similares en otros lugares fuera de París. Después Polonia, España y otros más. (Conf. S.V. 19.VII.1640).

Primeros Contratos y Reglamentos.

La responsabilidad de las Hermanas en los hospitales tiene desde el primer momento fundamentos sólidos y claros criterios de actuación. Al instalarse, establecen las:

- Condiciones laborales.
- Actividades y motivaciones de las mismas.
- Relación que deben establecer con las personas que trabajan a nivel jerárquico.
- Formación en este campo.

Todo se organiza desde los Contratos, los Reglamentos y las Reglas Particulares. Así, saben lo que tienen que hacer en cada momento, pues todas las horas pertenecen al servicio de los

pobres: "su principal función será servir a los pobres enfermos; los tratarán con compasión, cordialidad, respeto y devoción, aún aquellos más enfadosos y difíciles, porque no es tanto a ellos a quienes prestais el servicio, sino a Jesucristo..." (Reglas Comunes. Cap VII, 1).

Las hermanas fueron llamadas para las diversas Parroquias y Hospitales, tanto de París como de fuera hasta llegar a España. Este proyecto de vida tan novedoso en la Iglesia y en la sociedad del Siglo XVII tendrá -afirma el Santo- un futuro esperanzador. (Conf. S.V. 13 febrero 1646).

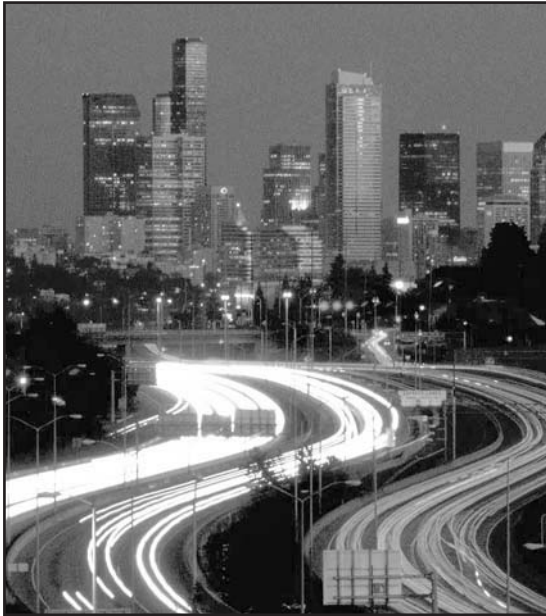
ESTABLECIMIENTO EN ESPAÑA.

Cuando las Hijas de la Caridad se establecen en España, en 1789, la situación sanitaria, como en el resto de los países, está haciendo un esfuerzo por responder a las necesidades sociales. A pesar de los esfuerzos realizados por anteriores gobiernos para la reunificación de Hospitales, no existe un sistema público que garantice una asistencia sanitaria, ni social. Por ello, el trabajo y esfuerzo de las Hermanas se va a desarrollar en medio de la dificultad, pero con su talante, valor, competencia, arrojo y preparación van a demostrar su eficacia desde la caridad, de forma que se convertirá en paradigmática su forma de organizar la asistencia y de cuidar.

Conocedores los P.P. Paúles de España de esta situación y sabiendo que las Hijas de la Caridad han afrontado situaciones similares en Francia, median para su introducción en la península, siendo el propio gobierno español, a través del Conde de Floridablanca, quien gestiona el convenio para que se establezcan en nuestro país.

Reclamadas en un primer momento para llevar a cabo la organización y la asistencia del hospital de la Pasión de Madrid, se instalan, por otras razones, en el hospital de la Santa Cruz de Barcelona en 1790. En estos primeros años, con escasos medios y con una respuesta de competencia y vocación, fruto de sus convicciones y formación, se encargan de la organización y la asistencia de los centros para los que van siendo requeridas.

Una de estas Instituciones es la Inclusa de Madrid que, a finales del Siglo XVIII se encuentra en lamentable estado y pasa a ser dirigida por la Asociación de Señoras de la Nobleza, (Damas de Honor y Mérito), quienes confían por Real Orden



del 13 de Septiembre de 1799 y bajo la dirección de la Sra. Condesa de Montijo a las Hijas de la Caridad la organización del Centro y el cuidado de los niños. Esta elección viene avalada por el prestigio adquirido por la Congregación en los establecimientos de Lérida, Reus y Barbastro. (Mas, N;1988,13).

Los buenos resultados obtenidos por las Hermanas, hicieron que los mismos Ministros del Rey se interesaran no sólo por el aumento del número de Hijas de la Caridad en la Inclusa, sino porque se hicieran cargo del Hospital General de la Corte y de los establecimientos de Beneficencia Pública de otros lugares. De este modo, en 1803 se realizan las gestiones para que se establezca en Madrid el Real Noviciado, centro de formación de las futuras Hijas de la Caridad. En él pasan un año y tras este tiempo se les destina a los distintos establecimientos de la geografía española donde completan su formación tanto teórica como práctica. Los primeros Hospitales en los que se establecen son: - Barcelona.- Hospital de la Santa Cruz, 1790; Lérida, Reus, Madrid, Pamplona ... (Mas, N; 1976,185).

La inserción en estos centros no estuvo exenta de problemas. (Junquera, P; 1996, 106). Una de las dificultades a las que tuvieron que hacer frente fue a la hostilidad del personal asalariado, al herirse sus intereses económicos dado que, por su condi-

ción de religiosas, solo perciben a cambio de su labor, la manutención. Así se refleja en varios escritos. (Mas, N; 1988, 93). En unos años tendrán a su cargo la asistencia de la mayoría de los Hospitales de la Beneficencia de toda la geografía española. (Hernández Martín, F; 1996, 177-214).

DIVERSIDAD DE OBRAS Y NÚMERO DE MIEMBROS.

El gobierno del siglo XVIII está marcado por el pensamiento de la Ilustración. Con su idea de "progreso" pretende erradicar la pobreza y pasar de la situación de caridad a la de beneficencia estatal. Para ello desamortiza a Iglesia y a las órdenes Religiosas los bienes con que atendían a los pobres y enfermos. De otro lado, con los avances de la medicina y de la cirugía, logrará centrar la asistencia en el Hospital como lugar más eficaz, buscando la curación de la enfermedad. (Álvarez Gómez, J; 1996, 147).

Pero estos hombres liberales tienen que acudir a la Iglesia para organizar la asistencia. Y al tener datos de cómo estas Hermanas atienden a los niños, enfermos, y "lo beneficiosas que son para nuestro reino", se les confiará en pocos años los Centros de la Beneficencia estatal. ¿A qué se debe este hecho?. Son varias las hipótesis a barajar. Han puesto de manifiesto su eficacia en la organización de la asistencia y cuidado a los enfermos, han administrado bien los recursos y son rentables a las Instituciones demostrado en memorias y documentos. Lo que sorprende es el valor y coraje con que un grupo de mujeres (de las que se discute qué son, ya que ni la Iglesia de España lo tiene claro en ese momento) son capaces de afrontar el reto del servicio a los pobres enfermos y hacerse responsables de los Hospitales de la beneficencia pública y privada.

Desde el Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona van a Lérida, otro Hospital y llegado el año 1822, fecha clave para el mundo sanitario, - se aprueba la Ley de Beneficencia-, las Hermanas están presentes en 9 Hospitales, alcanzando en 1850 la cifra de 40 sobre las 75 obras en las que están presentes. De 1850 a 1875 han asumido la organización de 71 Hospital más. En esos momentos de las 236 casas que hay abiertas en España 111 son Hospitales. Entre los años 1876 a 1900 se abren otros 100 Hospitales, de tal modo que, de las

512 casas de diversas obras, 211 son Hospitales. Posteriormente serán 244.

Al hacerse responsables de la organización y atención de los Hospitales de la Beneficencia Pública les obliga a formarse, como imperativo vocacional y exigencia profesional, además de que el garantizar la presencia en ciertos servicios especiales les exige una formación más avanzada. Algunas cuidan de las Boticas, Quirófanos, Departamentos de Radiología, Laboratorios, Instrumentistas, etc. Se dice de ellas que es admirable su destreza y asiduidad. Se cuenta en 1931 con 821 Hermanas Enfermeras tituladas (Vargas, P; 1996, 866) que están presentes en todas las Provincias y son múltiples y variadas las obras en que se prestan servicios: Hospitales Civiles, 167; Hospitales militares, 24; Clínicas y Dispensarios, Sanatorios y Preventorios, Farmacias, Leproserías, Manicomios, Cárceles (Enfermerías), Inclusas y Maternidades, Gotas de Leche (Dispensarios).

El total de las instituciones en este momento es de 653, además las de Cuba, Puerto Rico, México, la India y Filipinas. A la cabeza Madrid, con 59 establecimientos de los cuales 13 son Hospitales, 2 Sanatorios, 1 Sanatorio Central de Cruz Roja, Consultorios Gota de Leche, Manicomio de Leganés, Dispensario, Botica del Parral y en las Enfermerías de las cárceles.

Para esta fecha se han cerrado ya 182 establecimientos, 91 en España y el resto en México, Cuba, Puerto Rico y Filipinas. Algunos con mucha tradición, pues en ellos prestaron sus servicios las Hermanas durante 30, 40 ó más años. Algunos eran establecimientos de circunstancias, como los numerosos Hospitales Militares, abiertos durante las guerras civiles y coloniales en los campos de batalla o para la atención de refugiados, niños, ancianos y presos. No podemos dejar de hacer referencia además a la colaboración en los frentes y Hospitales durante nuestra Guerra Civil de 1936-39. La obra de Eugenio Escribano, recoge datos históricos y experiencias durante la Contienda en los 325 Hospitales de Sangre en que prestaron sus servicios. Estos, cuando terminó la Guerra desaparecieron quedando tan sólo los Militares y los de Cruz Roja. (Vargas, P; 1996, 804 y Mas, N.; 1988).

Hacemos mención del trabajo realizado por las Hermanas sanitarias de la Provincia de España en México, Cuba, Puerto Rico, Filipinas y la India.

Omitimos los datos sobre el Hospitales que organizaron, donde atendieron a numerosos enfermos y familias pobres.

Para el desarrollo de las obras y número de miembros contamos con el Catálogo General del personal y establecimiento de las Hijas de la Caridad de la Provincia de España (Archivum Matritense Congregationis Missionis) 1896 y otros que ofrecen datos del proceso de expansión del Instituto en España y en las Colonias de Ultramar. (P. Vargas (P.P. Corcuera y Junquera 1996) y (N. Más 1988). La evolución se puede seguir consultando (Vargas, P; 1996, 841). Así mismo el número de Hermanas de cada Hospital.

ORGANIZACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE LA ASISTENCIA

La creación del Real Noviciado en 1800, la fidelidad al carisma de los Fundadores y el apoyo por parte del Gobierno son los puntos claves para la pronta expansión de las Comunidades por toda la geografía de España. Sin embargo, desde los comienzos las Hermanas tuvieron un modelo para la organización de la asistencia en los hospitales que aplicaron a todos los centros:

- A). La formación para el servicio a los pobres motivadas por los escritos de los Fundadores y los Superiores.
- B). La dependencia en lo espiritual de un Superior General.
- C). La forma de organización y administración central, vertical y para todos los centros igual.
- D). El que el servicio a los pobres enfermos sea su carisma fundacional y que quede sellado en el cuarto voto.
- E). El que exista un método o modelo para el trabajo. (Vargas, P;1996,238).

La competencia para el servicio y la fidelidad a la doctrina de los fundadores está marcado en sus vidas: "Se deben por entero al pobre". De ahí su alto concepto del trabajo.

Sin embargo son los Superiores a nivel provincial y la Hermana Sirviente a nivel local quienes asumen la dirección de los centros y la responsabilidad. Se toma el parecer, dialoga o consulta, pero la última palabra en la decisión la toma el Superior. Es la Superiora quien lleva el control de la casa y da cuenta a los Administradores de la misma. Ella, con la ayuda de la Comunidad está al día y evalúa

cuanto acontece en la misma para tomar las decisiones oportunas y de acuerdo con los Administradores que tendrán la última palabra en el hospital.

EL SERVICIO A LOS ENFERMOS DESDE LAS REGLAS

La creación de los Reales Colegios de Cirugía en el siglo XVIII influyeron en los avances y las investigaciones médicas. Estos cambios requieren observación cuidadosa, vigilancia y cuidados especiales. De ahí que a mediados del siglo XIX se regulen las carreras paramédicas que se ocuparán de los aspectos técnicos, mientras que la organización de la asistencia y los cuidados son dirigidos y realizados por las Hijas de la Caridad. Los cuidados están orientados a cubrir las necesidades biológicas, psíquicas, sociales y espirituales.

Los médicos encontraron en las Hermanas unas fieles colaboradoras. De ahí que valorar los cuidados de Enfermería que las Hijas de la Caridad han realizado en los Hospitales, postula conocer este hecho que influyó en los procesos de curar y cuidar y en los conocimientos y evolución de la enfermería.

Para ello las Hermanas cuentan con varios textos de formación: Instrucción para Enfermeros... de Andrés Fernández, centrado en la aplicación de remedios y el Manual para el servicio de los enfermos de Carrere, libro traducido del original francés y más centrado en el cuidado. Además, lo tendrán todo previsto y organizado a través de las Reglas Particulares para las Hermanas empleadas en los Hospitales que describen con minuciosidad la continuidad de las actividades.

Ese contacto con la experiencia y realidad práctica, junto con el interés y el espíritu de servicio que las anima será una parte importante de la formación. El trabajo está estructurado a dos niveles:

- A.- La Hermana Enfermera.
- B.- La Hermana Sirvienta o Superiora debe ser la primera en poner en ejercicio aquello que va a pedir al resto de sus compañeras.

Los cuidados que realizan responden a cubrir las necesidades básicas y aplicar los remedios que la nueva medicina va imponiendo. Cuidados especiales y registros.

LA FORMACIÓN: UN RETO PARA LA PROFESIONALIZACIÓN

En pleno siglo XVII, Luisa de Marillac logró crear escuela en el arte de cuidar a los enfermos, de modo que, siempre que hablamos de las Hijas de la Caridad hemos de hacer referencia obligada a esos orígenes. Su preparación era sencilla, pero la asistencia va requiriendo un personal cualificado tanto en lo profesional, como en lo moral. ¿Cuál es pues su formación?.

Las Hermanas que se han formado en París ponen en marcha en España el Real Noviciado y mientras este se organiza, se forman en el Hospital General de Valencia. La Enfermería entonces no tiene reconocimiento legal. Es ocupación de Religiosas, si bien se les exige una formación. Además, varios Hospitales, como el de N^a S^a de Gracia de Zaragoza, o en el Real Hospital de Santiago, y algunos más, están iniciando una formación para el personal seglar. (Hernández Martín, F; 1996, 205).

Las Hermanas adquieren conciencia de su misión y desde su entrada inicial saben cual va a ser su dedicación, servir a los pobres y enfermos. La formación empezaba en el Hospital. Antes de ser admitidas pasan unos meses en una Comunidad local, en la que aprenden los elementos esenciales para el servicio y después de un año de formación son enviadas a una Comunidad.

La formación de las Hermanas enfermeras se desarrollaba a dos niveles: el servicio directo a los enfermos bajo la responsabilidad de una Hermana más experta y el estudio de los textos de formación. (MAS, N; 1988; VARGAS, P; 1996). La experiencia, su preparación y trato con los médicos, su paso por las distintas enfermerías y hospitales, etc, les permitía adquirir unos conocimientos tanto teóricos como prácticos. Esta planificación se estructura a varios niveles:

1. Nivel de estructura Hospitalaria.- Existencia de Hospitales específicos para la preparación de las Hermanas enfermeras.
2. Nivel de equipos docentes. Existencia de Hermanas en las Comunidades locales capacitadas para enseñar a las nuevas.
3. Nivel de control de aprendizaje. Los informes de la Hermana de Oficio y de la Hermana Sirvienta serán parte de la evaluación. Esta planificación posibilitaba la adecuada formación.

ESCUELAS Y TEXTOS DE FORMACIÓN

A partir de estabilizarse la situación del Real Noviciado con un número creciente de jóvenes que quieren ser Hijas de la Caridad y la constante petición de Hermanas por los directores de los Hospitales, nace la necesidad de establecer en la Casa Central una escuela de botica y cirugía para la formación de las Hermanas. Así se inicia la creación de las Escuelas para la formación de las Hermanas.

Antigua Escuela de Enfermeras. Los Superiores se hacen eco de las palabras de San Vicente: "Es necesario que os apliquéis de un modo particular a aprender el modo con que tratan los médicos las enfermedades, para que cuando estéis en las aldeas o en algún punto donde no haya médico, podáis servirlos de su enseñanza con utilidad..." (S. Vicente). Es necesario formar a las Hermanas para que sean competentes enfermeras. Se pide al Superior General que envíe tres Hermanas expertas de Francia que en 1831 llegan a Madrid al Hospital de Mujeres Incurables. (Vargas, P; 1996, 256).

La Escuela se abrió para la Congregación y se formaron enfermeras para los diversos servicios que requería el Hospital. Y para la formación práctica se introduce un artículo en el Contrato que se establece con el Hospital General y de la Pasión.

Enfermeras Titulares Modernas. 1915.- La Ley de Instrucción Pública regula en 1857 las carreras de Practicante y Matrona. Los Hospitales necesitan ahora personal cualificado y algunas Hermanas realizan estos estudios. Participan en el proceso de profesionalización de 1915 y una vez reconocida la enfermería como profesión, muchas Hermanas se presentan a las pruebas exigidas para la obtención del título. Las Actas de la Facultad de Medicina de Madrid, dan testimonio de ello. (Hernández Martín, F; 1996,213). Son muchas las que realizan su trabajo en las Boticas, Quirófanos, Departamentos de Radiología, Laboratorios, Instrumentistas, etc. en Hospitales y Clínicas. En 1931 hay 821 Hermanas Enfermeras tituladas. (Vargas, P;1988, 869).

Manual de Formación. - Cada día aumenta el número de las que adquieren el título, pues tienen abiertas con autorización del Gobierno varias Escuelas de Enfermeras, así civiles como militares,

dirigidas por profesores especiales, a las que acuden las Hermanas para formarse.

Para responder al programa oficial es necesario disponer de un buen Manual, así en 1917 ve la luz la primera edición del "Manual de la carrera de Enfermeras para el uso de las Hijas de la Caridad españolas", lo que indica la preocupación que desde un primer momento sintió la Congregación por la formación de sus miembros. (HERNANDEZ MARTIN, F.: Anales, Tomo 103, n1 5 setp-octbre. 1995, 428-436).

Participación en los cambios de la Enfermería de 1952. - La fuerte presencia de Hijas de la Caridad en la Beneficencia en España no se limitó a la tarea asistencial, su influencia se hace notar con su colaboración en los cambios de la Enfermería. Participaron dos Hermanas en la Comisión Central del Ministerio para Estudios de Enfermería, Sor Adela Navarro Patiño y Sor Beatriz Gil Lansaque, cuyo objeto era asesorar al Ministro en esta materia con motivo de la unificación de las carreras de Enfermera, Practicante y Matrona en la de Ayudante Técnico Sanitario.

La Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios (A.T.S.) de Nájera. - La Escuela Superior de Formación Complementaria de A.T.S.F. "Santa María", título DIPLOMADO EN FORMACION Complementaria (Administración y Formación en Enfermería). (B.O.E. 29-VII-1958).

Directoras, Jefes de Estudios de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios. Bastantes Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios en diferentes provincias de España serán dirigidas por Hijas de la Caridad

Formación, actualización y especialización. - A mediados del siglo XX con el avance de la cirugía y los métodos diagnósticos se requieren Hermanas Enfermeras especializadas en Fisioterapia, Podología, Laboratorio, Matronas ... Varias Hermanas ocupan puestos de responsabilidad en estas Escuelas. Otras actuarán como anestesistas, instrumentistas y en Bancos de Sangre.

La Enfermería Universitaria. Uno de los últimos pasos en esa actualización ha sido con la entrada de la Enfermería en la Universidad. Una gran mayoría de Hermanas actualiza sus estudios para el reconocimiento del título de Diplomado Universitario en Enfermería. Otras lo harán en Fisioterapia.

LAS BOTICAS, OTRA FORMA DE SERVIR.

Nadie pone en duda, hoy, que las Hijas de la Caridad han llevado la organización de los Hospitales y la atención a los enfermos desde finales del siglo XVIII hasta nuestros días. Sin embargo, ha pasado desapercibido el trabajo en ciertos servicios como son las farmacias. La Historia de P. Vargas en la variedad de ministerios que realizaron las Hijas de la Caridad en 1931, cita: "FARMACIAS, 106". ¿Posible?. Sí. Las Hermanas han colaborado en la organización y llevado la administración de las Farmacias de casi todos los centros donde han estado establecidas.

La historia nos pone de manifiesto los problemas que tuvieron diversas órdenes religiosas con sus correspondientes Boticas y cómo la Iglesia tuvo que intervenir. ¿Cómo se atrevieron nuestros Superiores a solicitar la creación de una escuela y una botica para el Real Noviciado?.

A pesar de las protestas, luchas y pleitos es honrado reconocer que las Boticas de las Ordenes Religiosas prestaron enormes servicios; y que entre aquellos frailes boticarios, muchos fueron auténticos hombres de ciencia que honraron la profesión.

Los Superiores lograron establecer la botica del Real Noviciado y formar a algunas Hermanas. Sin embargo, no faltaron las dificultades. En 1833, el P. Feu pedía la autorización al Rey y disponer además de su protección a favor de las Hijas de la Caridad sin la cual no podrían resistir las protestas de los boticarios.

Cuando las Hijas de la Caridad comenzaron a extenderse por los Hospitales de Provincias fue necesario intensificar los estudios de Farmacia y no se perdonaron gastos ni diligencias. Además de que vinieran estas Hermanas de Francia se le pide a S.M. que destine para la enseñanza a alguno de los boticarios de su Botica Real.

La Farmacia del Real Noviciado prestó buenos servicios, y de ella salieron excelentes boticarias y buenas enfermeras, "allí aprenden algunas novicias los principios de esa ciencia, que practican luego en numerosos hospitales bajo la dirección de competentes boticarios". (Vargas, P; 1996, 256.)

Se sabe que desde la Botica del Real Noviciado se facilitaron medicamentos a todos los pobres que pudo socorrerse. Por ello, la aportación de las Hermanas a la beneficencia no es fácil de analizar,

ni saber todo su alcance. Es todo un imbricado de obras, organización, servicio, cuidados etc donde ponen en juego el mandamiento del amor junto con la eficacia y la calidad humana.

SIN FRONTERAS: MÉXICO, CUBA Y FILIPINAS.

Establecidas con la suficiente solidez en España, las Hijas de la Caridad no tienen reparo en atravesar los mares. La vinculación a España de México, Cuba y Filipinas obliga a una solidaridad y los Superiores estudian juntamente con los Padres ya establecidos en esos países la forma en que las Hijas de la Caridad puedan hacerse presentes. Algunas Hermanas preparadas partieron para México, Cuba, Filipinas.

Ya en México, y en los diversos hospitales, asilos, colegios, hospicios y con la experiencia en España de la Botica del Real Noviciado, pronto dan los pasos para establecer otra allí. Abren una botica pública para administrar en ella medicinas a los pobres gratuitamente. Se formó un despacho y botiquín y contiguo a esta se hicieron los hornos, alambiques y demás elementos necesarios para la elaboración de las drogas. Permaneció abierta esta botica hasta el año 1853. Innumerables pobres acudían a recibir los medicamentos gratuitamente que les ofrecían las Hermanas, particularmente en las estaciones en que todos los años se desarrolló con más violencia alguna enfermedad y en las dos invasiones fuertes del cólera morbo que en este espacio de tiempo sufrió la ciudad de México". (Learreta A; 1844-1857).

Aún sin tener suficiente documentación, la Revista de Anales presenta datos sobre este mismo hecho en Cuba y Filipinas. Las Hermanas con sus conocimientos atendieron muchas necesidades y contribuyeron a la curación y alivio de muchos enfermos.

EN EL HOSPITAL GENERAL DE VALENCIA

No resulta fácil describir el trabajo desarrollado por las Hermanas en los Hospitales. La situación de la sanidad y los hospitales de España en el Siglo XIX nos la narran Concepción Arenal, el Dr. Pulido y otros críticos de la época. Las Hermanas son requeridas porque tienen bien organizada la asistencia a pobres y enfermos, son responsables,

tienen buen sentido de la economía y cuidan bien a los enfermos. La forma en que se han establecido en España lo pone de manifiesto y se repite en muchos documentos.

Destacamos en este apartado, a modo de paradigma, lo que un grupo de mujeres, las Hijas de la Caridad han aportado al servicio de los enfermos en los diversos Hospitales de la geografía española en el campo de la Beneficencia a través de unos informes solicitados por la Junta de Gobierno del Hospital General de Valencia. (Junquera, P; 1996, 106-126) Es posible ver cómo hacen visible y encarnan el carisma vicenciano en el mundo del dolor y del sufrimiento, en el Hospital.

El Hospital General de Valencia surgió en 1512. Estaba destinado, a la acogida de "pobres" y así se mantiene hasta bien entrado el Siglo XIX. El número de enfermos, tanto hombres como mujeres, varió. Las cifras normales estaban en torno a los 1.000 ingresos por año. Contaba para atender a los enfermos con un elevado número de empleados: Personal de servicios, personal eclesiástico y los dedicados a las tareas de administración y gestión. El número de médicos y cirujanos se fue incrementando y como meras ocupaciones desempeñadas por personas sin ningún tipo de preparación, enfermeros, serviciales, etc. La estructura de gobierno del Hospital se mantuvo sin alteraciones desde la fundación del mismo hasta 1785 en el que las Constituciones acabaron con la organización renacentista de la institución.

Las Juntas de Caridad de las provincias donde se hallan instaladas ya las Hijas de la Caridad informan positivamente sobre el excelente trabajo de las Hijas de la Caridad. De esta forma escribía en 1816 a Valencia la Junta del Hospital de Pamplona: "Conducidas por la más pura caridad hacia sus prójimos, desempeñan todas sus funciones con el esmero más puntual y exquisito... ". (Nieto, P; 1932, 242), (Mas, N; 1988, 90), (Vargas, P; 1996, 176). La solicitud del Arzobispo de Valencia no se hizo esperar. Se establecen las Hermanas en 1817. Esta fundación de Valencia venía a ser la principal de cuantas había en España, ya por el número de Hermanas, ya por la multiplicidad de sus oficios y ocupaciones. En 1822 aumentaron hasta 50. Sin embargo, no fueron pocos los problemas que tuvieron que sufrir: la contradicción, persecución y el enfrentamiento con

el personal. A pesar de ello, muchos documentos consultados hablan haciéndose alabanzas sobre los beneficios y buena administración" (Varga, P; 1996, 177).

Nos aproximamos a lo que supuso su presencia a través de varios documentos. (Junquera, P; 1996, 106-127). El primero está realizado por el Vicario y dos Capellanes del Hospital. Hacen un análisis pormenorizado de la situación a la llegada de las Hermanas y las ventajas que obtiene éste centro en tan sólo un año que llevan. El escrito trata los diversos apartados en que las Hermanas han dado un cambio a la atención de los enfermos y organización de las enfermerías. Los artículos hacen referencia a: Limpieza de las Enfermerías. Buen tratamiento de enfermos. Orden, quietud y arreglo. Entrada de gentes de fuera. Utilidad espiritual respecto de la tropa y demás. Tiñosos, tiñosas y parteras. Expósitos y amas. Ropa de la Iglesia. Dispensa y amasijo. Casa de Locas. De la cocina. Es un testimonio entre otros muchos de los que hemos encontrado.

SERVIDORAS DE LA VIDA ENTRE LOS POBRES

Por último hago referencia a la aportación y presencia de las Hijas de la Caridad a la Iglesia en el mundo de la salud, con la convicción profunda de que el mejor servicio que podemos hacer a la humanidad y por ello a la Iglesia, es intentar cada día ser Hija de la Caridad. Es el mejor modo de ser "agente de salud", de poner a rendir los valores vicencianos, profesionales y pastorales que hemos recibido.

La Compañía, tuvo en el Vaticano II un testigo de excepción, Sor Susana Guillemín. Su pensamiento ha iluminado nuestro hacer en estos años y es válido para el momento actual. Habló a obispos, religiosos, seglares porque se sabía y se sentía Iglesia y desde su experiencia conciliar, gozosa de ser Hija de la Caridad habló de la religiosa de acción sanitaria y social y donde aborda directamente el mundo sanitario. "En el ambiente hospitalario donde se consiguen tantas victorias sobre la naturaleza y sobre la muerte, donde la inteligencia humana hace retroceder cada día los límites de lo imposible, ... el enfermo tiene imperiosa necesidad de otra cosa. Necesita "atención". (Guillemín, S., 1969, 27).

Ella fue a lo nuclear de nuestra vocación: "La religiosa debe actualizarse, mantenerse al día en las últimas conquistas y, sin embargo, no ceder al atractivo de la ciencia por la ciencia; sino conservar un estilo propio de aplicar la técnica, de humanizarla en este mundo al que amenaza con avasallarla, reintegrándole el papel que le corresponde, que es el de servicio. Debe ser, vehículo del amor." (op. cit. 29).

Nuestras sociedades generan sin cesar nuevas pobreza: enfermos de SIDA, drogadictos, crónicos, terminales... Nosotras, Hijas de la Caridad, nos "movilizamos" para vivir más intensamente el carisma que nos legaron nuestros Fundadores, queremos ser con todo el pueblo de Dios y con los mismos Pobres, artífices de la Nueva Evangelización y de la promoción plena del hombre, queremos ser un grito que clame "por la Justicia", primera piedra en la construcción de una "civilización del AMOR".

CONCLUSIÓN

A través del contenido hemos dado respuesta a las hipótesis planteadas inicialmente, pero tras los debates por la búsqueda de una ciencia de la enfermería en el momento actual, quiero subrayar:

Que el reconocimiento de Vicente de Paul y Luisa de Marillac como precursores de la enfermería tiene plena vigencia.

Que en el modelo que ellos nos dejaron encontramos los elementos esenciales de la Enfermería, de ahí su permanencia y su validez.

Que actualizados en su contenido son un buen modelo para el momento actual, responde al bien interno de la enfermería, el bien de las personas.

Quiero terminar con dos testimonios elocuentes, que nos ponen de manifiesto el motor que mueve a la Hija de la Caridad. El primero lo recoge Maurice Cloche, en la película de "Monsieur Vincent", a modo de testamento en la escena previa a la muerte: "Juana, pronto te darás cuenta lo pesado que es llevar la Caridad. Mucho más que cargar con el jarro de la sopa y con la cesta llena ... Pero, conservarás tu dulzura y tu sonrisa. No consiste todo en distribuir la sopa y el pan. Eso, los ricos pueden hacerlo. Tú eres la insignificante sirva de los Pobres, la Hija de la Caridad, siempre sonriente y de buen humor. Ellos son tus amos, amos terriblemente susceptibles y exigentes, ya lo

verás. Por tanto, ¡Cuánto más repugnantes sean y más sucios estén, cuanto más injustos y groseros sean, tanto más deberás darles tu amor! ... Sólo por tu amor, por tu amor únicamente, te perdonarán los pobres el pan que tú les des".

El segundo del Papa Benedicto XVI que nos acaba de visitar: "Verdaderamente toda la historia de la Iglesia es historia de santidad, animada por el único amor que tiene su manantial en Dios. De hecho, sólo la caridad sobrenatural, como la que mana siempre del Corazón de Cristo, puede explicar el prodigioso florecimiento, a través de los siglos, de órdenes, institutos religiosos masculinos y femeninos y de otras normas de vida consagrada. En la Encíclica he mencionado entre los santos más conocidos por la caridad a Juan de Dios, Camilo de Lellis, Vicente de Paul, Luisa de Marillac, José Cottolengo, Teresa de Calcuta (Cf. "Deus caritas est", n. 40).

Estos hombres y mujeres, que el Espíritu de Cristo ha plasmado, haciendo de ellos modelos de entrega evangélica, nos lleva a considerar la importancia de la vida consagrada como expresión y escuela de caridad". (Benedicto XVI, ángelus del domingo 29 de enero de 2006)

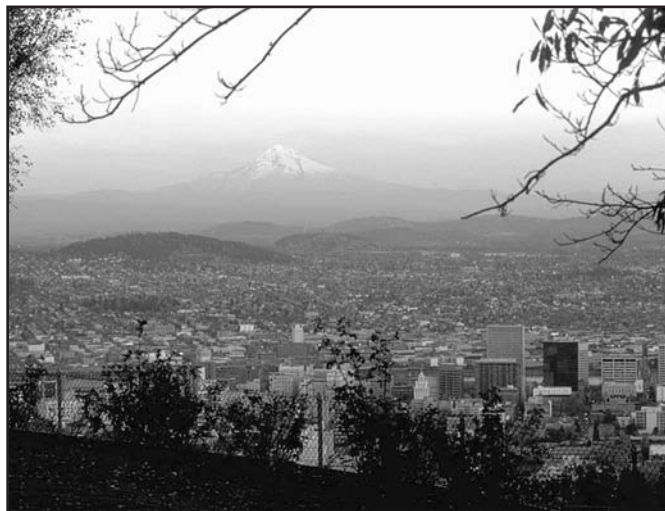
BIBLIOGRAFÍA

- ABELLY, L.(1994) Vida del Venerable Siervo de Dios Vicente de Paul. Ed. CEMA. Salamanca.
- ALVAREZ GOMEZ, J.: (1996)"... Y El los curo" (Mt 15,30). Historia e identidad evangélica de la acción sanitaria de la Iglesia. P.C.I. Madrid.
- Conferencias Espirituales a las Hijas de la Caridad. (1983) Ed. CEME. Salamanca.
- Correspondencia y Escritos de Santa Luisa de Marillac.(1985) Ed. CEME. Salamanca.
- COSTE, P.: Obras Completas de San Vicente de Paul.(1982) Ed. Sígueme. Salamanca.
- Diccionario de Espiritualidad Vicenciana. (1995) Ed. CEME. Salamanca.
- DOMINGUEZ ORTIZ, A. (1980) Hechos y figuras del S. XVIII español. Madrid, siglo XXI.
- DOMINGUEZ ORTIZ, A.(1976) Barcelona. Ariel. Sociedad y Estado en el S. XVIII español.
- Guillemin, S.: "Circulares. Segunda parte". (Complemento de las circulares sobre los Votos. Imprenta "P. López". Madrid.
- HERNANDEZ, Sor C.(1988) Las Hijas de la Caridad en España 1782-1856. Ed. CEME. Salamanca.
- HERNANDEZ IGLESIAS, F.(1876) La Beneficencia en España. Tomos I y II. Establecimiento tipográficos Minuesa. Madrid.
- HERNANDEZ MARTIN, F.(1996) Historia de la Enfermería en España. Síntesis. Madrid.

- IBAÑEZ, J.M.(1980) Vicente de Paul y los pobres de su tiempo. Ed. Sígueme. Salamanca.
- IBAÑEZ, J.M.(1993) La fe verificada en el amor. Ed. Paulinas. Madrid.
- LOTH, A.(1887) San Vicente de Paul y su misión social. Imp. Jaime Jepús Rivoralta, Barcelona.
- LUISA DE MARILLAC: XVIII (1991) Semana de Estudios Vicencianos. Ed. CEME. Salamanca . Pág. 137-157 y 213-236.
- MARTINEZ, B.(1991) La Señorita Legras y Santa Luisa de Marillac. Ed. CEME Salamanca.
- MAS, N.(1976) Fundación de las Hijas de la Caridad en España. Imp. Jogamar. Madrid.
- MAS, N.(1988) Notas para la historia de las Hijas de la Caridad en España. T. II: 1800 A 1850; Ed. CEME. Salamanca.
- MENENDEZ PIDAL.(1989) Historia de España. El Romanticismo. T. XXXV * y T. XXXV *. La Epoca de la Ilustración. T. XXXI. Fernando VII. T. XXXII. Espasa Calpe. Madrid.
- MESTRE, A.(1976) Barcelona, Ariel. Despotismo e ilustración en España.
- Reglas Comunes de las Hijas de la Caridad.(1989) Ed. CEME. Salamanca.
- ROMAN, J.M.(1981) San Vicente de Paul. Ed. B.A.C. Madrid.
- SANCHEZ GRANGEL, L.(1986) La Medicina Española del XVIII y la Medicina Española contemporánea. Universidad Salamanca.
- SANZ, R. (1944): Compendio de la Historia de S. Vicente de Paul y de las Hijas de la Caridad. Madrid.

ARCHIVUM MATRITENSE CONGREGATIONIS MISSIONIS:

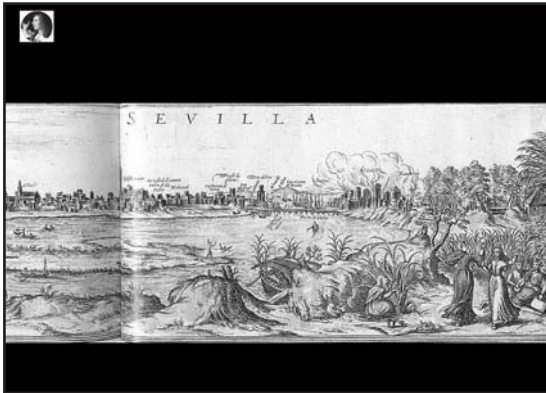
- CATALOGO GENERAL DEL PERSONAL ESTABLECIMIENTO DE LAS HIJAS DE LA CARIDAD DE LA PROVINCIA DE ESPAÑA. 1896.
- VARGAS, P.(1996) Historia de las Hijas de la Caridad de la Provincia Española. Presentación: CORCUERA, C. Y JUNQUERA, P. Madrid.
- Vaticano II.(1968) "Documentos del Vaticano II". Biblioteca de Autores Cristianos. Madrid. Quinta edición.



EL MILAGRO DE SAN JUAN DE DIOS, DE MURILLO

M^a. Teresa Miralles Sangro
Marta Duran Escribano

*Profesoras Titulares. Departamento de Enfermería.
Universidad de Alcalá. Madrid*



MURILLO'S MIRACLE OF SAINT JOHN OF GOD

SUMMARY

An iconographic analysis will be made of the interesting painting by Murillo (1617 – 1682), *San Juan de Dios* (Saint John of God), from the Holy Charity Hospital in Seville. This painting has been restored and was exhibited at the Prado Museum between January and March 2006.

The analysis will make it possible to:

1. Become acquainted with the social and historical context leading to the portrayal of a person who became famous for his special devotion towards looking after other people.

2. Show art as a historical source; rather than a mere technique, it should be considered as the language of a whole age, and not even of one person.

3. Explore the issues of “views on health, knowledge on healthcare and healthcare providers” at the time the painting was made in the Seville of its time.

4. Analyze the discourse and its contents. An iconographic analysis of Murillo's *San Juan de Dios* will make it possible to discover what lies hidden beyond the representation, and will explain the choice of Saint John of God's fall.

An attempt has been made to re-read our history, in the awareness that all human events can be seen from a different point of view. In spite of the difficulty to reach a conclusion to our study, it is our belief that some humanist issues on nursing can be detected, in an age heavily influenced by Renaissance humanism, as expressed in the bonds between the nurse and the patient.

KEY WORDS: History. History of Nursing. Iconography of nursing care. Murillo. Saint John of God.

RESUMEN

Con motivo de su restauración y posterior exposición en el Museo del Prado, de la interesante obra de Murillo (1617 – 1682) *La caída de San Juan de Dios* procedente del Hospital de la Santa Caridad de Sevilla, durante el primer trimestre del 2006, nos proponemos realizar su análisis iconográfico.

Entendemos que el estudio nos permitirá:

5. Conocer el contexto histórico-social que propició la representación de un personaje, que se distinguió por su especial dedicación al cuidado de sus semejantes.

6. Evidenciar el arte como historia, no solamente técnica, sino como lenguaje de toda una época, ni siquiera de un hombre.

7. Descifrar la encrucijada “concepción de la salud, conocimientos sobre su cuidado y los cuidadores” durante el periodo de ejecución de la obra en el entorno sevillano de la época.

8. Analizar el discurso y su contenido. Análisis iconográfico del *San Juan de Dios* de Murillo, y descubrir lo que está detrás de lo que se ve, yendo más allá de la representación, llegando a conocer el porqué de la elección de la caída de San Juan de Dios.

Hemos tratado de releer nuestra historia, siendo conscientes de que cada uno de los fenómenos

humanos puede ser leído desde otros puntos de vista. Aún siendo difícil y arriesgado asumir una conclusión o cierre al estudio, si creemos descubrir aspectos humanistas de la enfermería, en un momento histórico marcado por el humanismo renacentista, expresados en los nexos de unión entre el enfermero y el paciente.

PALABRAS CLAVE: Historia. Historia de la enfermería. Iconografía de los cuidados enfermeros. Murillo. San Juan de Dios.

El contexto histórico y social

Desde los primeros años del siglo XVII, reinando Felipe IV (1621-1665) España inicia un gran declive que le lleva a la pérdida de su hegemonía en Europa. Dos son los fenómenos que se produjeron de forma simultánea, el hundimiento de la economía y un importante descenso demográfico. La lista de elementos negativos es larga: la creación de nuevos impuestos para mantener la guerra, los apuros crecientes de la Hacienda del rey que los resuelve con emisiones continuas de moneda de baja calidad (moneda de plata con fuerte proporción de cobre), la disminución del oro que venía de América, el descenso de la demanda de productos desde los colonos americanos (Simón Tarrés, Antoni, 2004).

Todo ello trajo consigo el que la producción textil se hundiera, la ganadería decayó, la agricultura no producía ni la mitad de cereales que durante el siglo anterior. Por todas partes se veían tierras abandonadas y sin cultivar. Una de las pocas manufacturas castellanas que resistieron fue la producción de cerámica en Talavera. Muchos campesinos abandonaron sus fincas y marcharon a las ciudades en busca de una vida mejor. Pero la realidad en la ciudad no era muy diferente, extenuantes y duras jornadas laborales contra pingües salarios, muchos de los recién llegados preferían pasar con limosnas viviendo en la calle sin oficio ni beneficio.

Podemos imaginar lo que era la Sevilla de Murillo, pero sólo imaginarla, pues aun siendo patria de grandes pintores no había tenido ningún artista que nos legara un testimonio plástico de su paisaje urbano del siglo XVII. En nuestro paseo veríamos hidalgos espada al cinto codeándose con mendigos, esportilleros, pícaros y niños vagabun-

do, con la inconsciente alegría de la edad a pesar de su hambre y desnudez. Veríamos frailes sentados en mulas, con grandes sombreros y enormes gafas, esclavos marcados al fuego en la frente o en la mejilla, damas de la buena sociedad acompañadas por sus dueñas, mujeres del pueblo, vendedoras, regatonas mal famadas.

La peste de 1640 produjo en Sevilla unas 60.000 muertes, más o menos la mitad de la población (Navarro Ramón, 2002). Esto provocó que, aún manteniéndose como segunda ciudad de España en cuanto a volumen de población, el ambiente era ya muy distinto. Las desgracias colectivas intensificaron los sentimientos de piedad, de separación de los bienes de este mundo. Las epidemias reforzaron la tendencia a la meditación sobre la muerte. Aumentó la necesidad de multiplicar los sufragios, de atesorar méritos para la otra vida. Es entonces cuando se redobla la devoción a las almas del Purgatorio, se constituyen hermandades cuya finalidad es procurar a los cofrades sufragios y honrosa sepultura, se esparcen títulos tan expresivos como la orden de los Agonizantes, de la Buena Muerte. Es en estos momentos, en 1661, cuando el rico mercader D. Miguel de Mañara después de experimentar una conversión interior y se dedicó en cuerpo y alma al socorro de los enfermos desvalidos y a la piadosa tarea de dar sepultura decente a los que, como los ajusticiados, carecían de ella. Mañara arrastró a otros muchos miembros de la alta burguesía de Sevilla que, como el, dedicaron a la caridad buena parte de sus ganancias.

Evidenciar el arte como historia

Dentro de este ambiente de exaltación religiosa, a los pintores y escultores, que todavía no son del todo independientes, se les contrata y se les paga para representar la idea, la imagen propuesta por el mecenas, y son varios los temas recurrentes en el momento (Hauser Arnold, 2004). Están relacionados obviamente con el movimiento de la Contrarreforma y son: Los reyes. La devoción eucarística, la Inmaculada Concepción de María. Los santos locales. Las nuevas canonizaciones.

Es lógico pensar que muchas de las obras de Murillo fueran encargos de mecenas, que pertenecieran a la iglesia, a cofradías y conventos. Este es

el caso del El milagro de San Juan de Dios, que nos ocupa, resultado del encargo de la Hermandad de la Caridad.

San Juan de Dios era uno de los santos más populares de la época y lo era por varias razones: Nació y vivió un siglo antes, murió en el 1550. Había fundado la orden de religiosos masculinos más importante por el servicio que ofrecía a la sociedad, labor que nadie quería realizar. Es el único santo ibérico del que la España del siglo XVII hizo una serie de estampas que narran su vida (Wilhelm Hünermann, J., 1993). El Papa Alejandro VIII lo canonizó el 16 de octubre de 1690. Fue un santo representado por Zurbarán y “zurbaranistas” hispanoamericanos, como Juan Rodríguez Juárez y también. Quizás lo más llamativo desde nuestro punto de vista, por lo que representaba de novedad en aquel momento, fue el interés del Santo en reconocer la grandeza de la persona, su intención de proporcionar y mantener la dignidad de la persona también cuando enferma. San Juan de Dios fue capaz de aportar la visión cristiana al humanismo renacentista y Murillo un siglo más tarde de reconocerlo en las palabras de Mañara y plasmarlo en su pintura.

La salud, su cuidado y los cuidadores

En cuanto a concepto salud, ésta se la entendía como regalo de Dios. Aún persistía la antigua aceptación de la enfermedad como pecado, la idea de que la verdadera dolencia era la del alma y que por esta afección espiritual se enfermaba el cuerpo. Por ello, lo fundamental cuando un individuo perdía la salud era llamar primero al sacerdote para que atendiese y auxiliase al enfermo, siendo una tarea subordinada y posterior la de traer al médico.

También se asociaba a esta creencia religiosa la visión de la enfermedad como hechizo, o embrujamiento o maleficio. Frente a Dios estaba el Diablo. Éste podía actuar por medio de sus agentes satánicos causando daño a los individuos poseídos o hechizados. De nuevo serían la oración y el arrepentimiento del pecado, junto con el exorcismo y el deseo de escapar al dominio demoníaco, los medios o recursos curativos que posibilitarían la salud espiritual y corporal de los enfermos (Carmona García, JI., 2005).

En cuanto a los cuidados, en círculos digamos menos sacralizados y en los ambientes médicos y cultos se asumía, la concepción naturalista de la

enfermedad, extraída de la medicina de la Antigüedad clásica, fundamentalmente de los tratados hipocráticos y de los escritos de Galeno. En este campo, la teoría hipocrática-galena de los humores seguía siendo la predominante. La salud radicaba a en el correcto equilibrio de los cuatro humores.

Por sus propios derroteros transitaban las creencias populares, de acuerdo con lo que se recogía en manuales de la tradición medieval, como por ejemplo el Tesoro de los pobres, o su versión gallega de El Cipriano, entre otros escritos de los siglos XV al XVI. Sin olvidar en este conjunto de fuentes las prácticas curativas de la gente corriente que aparecían reflejadas en las actas de los tribunales de la Inquisición de aquellos primeros siglos modernos.

Los cuidadores, las personas dedicadas al cuidado de enfermos durante este siglo fueron principalmente personas de carácter religioso. Formaban pequeños grupos que sirvieron de núcleo original para la formación de órdenes que se dedicaron a los cuidados de enfermería. Las distintas órdenes religiosas se multiplican a lo largo del siglo, tal vez impulsadas por ese mismo espíritu individualista propio del Renacimiento, destacan de ellos las Ordenes de Los Hermanos de San Juan de Dios, Los Ministros de los Enfermos, Las Hermanas de la Caridad, Los Hermanos Obregones (Hernández Martín, F., 1996).

En estas circunstancias, los sacerdotes del clero secular fueron delegando las tareas asistenciales y especializándose en las litúrgicas, aunque no desaparecieron de los hospitales. De igual manera, seguía siendo misión del sacerdote el exorcismo de los poseídos.

El discurso y su contenido

Mañara pretendió que la Hermandad de la Santa Caridad fuera extendiendo su actividad a la práctica de todas las obras de misericordia. Asumió personalmente el diseño de la iglesia de la nueva iglesia del hospital de la Hermandad en Sevilla. El proyecto concebía en su interior una nave única. Un conjunto de pequeños altares se dispusieron en los muros laterales y sobre cada altar las obras pictóricas, ocho grandes lienzos, con las que se pretendía exaltar las principales devociones de la Hermandad.



Al final de la nave de la Iglesia, enfrentados a ambos lados del templo, se encuentran los dos últimos lienzos. En el lado de la epístola el lienzo que representa a Santa Isabel de Hungría de Murillo. En el muro izquierdo, lado del evangelio, se colocó el lienzo pintado también por Murillo que representa La caída de San Juan de Dios. Fueron dos obras ejecutadas al mismo tiempo y con idea de que formasen pareja. Y aunque Murillo rarisísimamente tuvo el cuidado de datar sus cuadros, por el contexto podemos pensar que posiblemente los terminara alrededor de 1672 entre otras cosas porque está documentado que Murillo recibió dos años más tarde, en 1674, por el conjunto de estos dos cuatros, la cantidad de 78.115 reales de vellón (Gaya Nuño, JA., 1978).

El artista nos narra con seriedad, prescindiendo de cualquier elemento de distracción un milagro ocurrido al santo. Representa el desamparo de una noche en que San Juan de Dios caminaba en la oscuridad de la ciudad tratando de ayudar a personas necesitadas, pobres, ancianos, abandonados, tullidos y mendigos (Martínez Gil, JL., 2003). Con paciencia los protegía y acompañaba hasta el hospital. Aquella noche, el gran peso del hombre corpulento que recogió, hizo caer al santo rodilla en tierra, fue entonces cuando sucedió el milagro, apareció el arcángel San Gabriel y le ayudó a levantarse dándole fuerzas para terminar su misericordiosa labor.

Lo característico y fantástico de la narración que consigue Murillo en su obra, es cómo San Juan de Dios se vuelve con expresión de estupor, ante un ángel que inesperadamente le sigue. Es una imagen detenida en el dramatismo, en la expresión casi de furtivo o clandestinidad que muestra el Santo. Envuelto en la atmósfera de tinieblas y misterio que acompañan a la noche.

Continuemos con la lectura del lienzo. Subraya la figura vertical del arcángel San Gabriel (Deuteronomio 8:15-27), que destaca por la composición, severa y silenciosa, por su luz, por su fuerza. Murillo nos lo muestra como un ser celestial, con las alas desplegadas, sin detalles espectaculares o aparatosos, vestido a la usanza tradicional, con túnica, que con gesto decidido está realmente levantando al santo.

El tema dio ocasión a Murillo para jugar con la luz, convirtiendo la actitud y los gestos de sus personajes en distintos capítulos del conjunto. Es así como encontramos nuestro tercer capítulo al fondo a la derecha. Es la narración que describe como el santo creyendo que atendía a Cristo, lava los pies de un pobre. San Juan trata de repetir la escena en recuerdo del episodio del lavatorio de los pies con el que el Señor comenzó la cena pascual con sus discípulos.

La escena del lavatorio trae a la memoria el programa iconográfico ideado por Mañara para recordar a los hermanos de la institución, a través de pinturas, que su obligación no terminaba con trasladar a los enfermos hasta el hospital, allí les debían su inmediata atención, lavándoles y curando de sus heridas.

Esta actividad, es la que se representa en la pintura de Santa Isabel de Hungría curando a los enfermos donde se pueden ver en primer plano a los mendigos y enfermos atendidos por Santo Tomás Pérez, M., 1998).

Mientras que en segundo plano, siguiendo el mismo diseño en los dos cuadros, se abre otra escena, en la que San Isabel sirve de comer a los enfermos en su propio palacio, forma parte de los cuidados. Y que es la única obligación de la antigua regla de esta Hermandad que todavía mantiene su vigencia. En la actualidad todos los miembros de la Hermandad de la Santa Caridad deben acudir durante todos los días de un mes cada año, a servir la comida a los acogidos en el hospital.

BIBLIOGRAFÍA

- SIMÓN, A.(2004) Los Austrias Menores (1598-1700), en Historia de España. La España de los Austrias I, Auge y decadencia del Imperio español (siglos XVI – XVII). Biblioteca El Mundo. Editorial Espasa Calpe S.A. Madrid.
- NAVARRO R. (2002) Historia de la Sanidad en España. LUNWERG Editores. Madrid.
- HAUSER ARNOLD, (2004) Historia social de la Literatura y el Arte I. Desde la prehistoria hasta el barroco. DEBOLSILLO. Barcelona.
- WILHELM HÜNERMANN, J.(1993) El Mendigo de Granada. Vida de San Juan de Dios. Editorial. ARCADUZ. Madrid.
- CARMONA, JI., (2005) Enfermedad y sociedad en los primeros tiempos modernos.
- Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Sevilla. Sevilla.
- HERNANDEZ, F. (1996) Historia de la Enfermería en España (Desde la antigüedad hasta nuestros días). Editorial SINTE-SIS S.A. Madrid.
- GAYA, JA. (1978) La obra pictórica completa de Murillo. Clásicos del arte. Noguer-rizzoli editores. Barcelona.
- MARTINEZ, J.L (2003) Archivo Hospitalario. Revista de la historia de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Año 2003. pag.94 El mismo lleva a cuestras a los enfermos que encuentra tirados en los soportales en las noches frías de Granada
- San Gabriel es uno de los siete arcángeles, (Deuteronomio 8:15-27). Es el ángel por excelencia, el "mensajero" que revela a los humanos las decisiones a través de las cuales Dios manifiesta su omnipotencia.
- SANTO TOMÁS PÉREZ, M, MERCHO MARTÍ A. (1998) San Isabel bañando a los tiñosos. Index de Enfermería (Granada); 22:47-9.

ANTROPOLOGÍA

FORMACIÓN Y TRANSCULTURALIDAD: EL CUIDADO DEL PACIENTE INMIGRADO DESDE LA PERSPECTIVA DEL ESTUDIANTE DE ENFERMERÍA DE PRIMER AÑO

Manuel Moreno Preciado

Enfermero, Licenciado en Antropología Social y profesor titular de la Universidad Europea de Madrid. Departamento de Enfermería

Elisa Agudo Gisbert

Doctora en Farmacia y profesora titular de la Universidad Europea de Madrid. Departamento de Enfermería



TRAINING AND TRANSCULTURALITY: IMMIGRANT PATIENT CARE AS PERCEIVED BY FIRST-YEAR NURSING STUDENTS

SUMMARY

- Immigrants are extremely vulnerable persons, due to the conditions of precariousness and uprooting linked to migration movements. This paper proposes the need for transcultural training as a necessary tool for healthcare students and professionals.
- Before hospital training, the following actions were implemented: a semistructured questionnaire, in order to gauge the perception of immigrant healthcare; after the training period, focal discussion groups and documentary analysis of the observation work carried out during training. It was observed that students' perceptions are modified after

training: students consider that an emphasis should be placed on personalized treatment, and have detected that at present health professionals are concerned and worried about how to act in the new environment caused by the arrival of immigrants.

- The presence of people from different cultures is a challenge for both healthcare students and professionals. One must cater for new demands in an increasingly complex environment, which requires new approaches to the health/sickness/healthcare process, and also an understanding of the consequences of migration upon immigrants' health. Thus, it becomes necessary to lay an emphasis upon transcultural training for healthcare professionals.

KEY WORDS: Immigration, training, healthcare, transculturality

RESUMEN

- El inmigrado es una persona especialmente vulnerable debido a las condiciones de precariedad y desarraigo que acompañan al hecho migratorio. Este trabajo plantea la necesidad de la formación transcultural como herramienta necesaria para estudiantes y profesionales de la salud.
- Se realizaron las siguientes acciones, antes de las prácticas hospitalarias; una encuesta semiestructurada para conocer la percepción del cuidado del

inmigrado y después de las prácticas, grupos focales de discusión y análisis documental de los trabajos de observación realizados durante las prácticas. Se comprobó que la percepción del estudiante se modifica después de su paso por las prácticas hospitalarias. Consideran que en el cuidado del inmigrado es preciso acentuar el trato personalizado. Detectan que en estos momentos existe interés y preocupación entre los cuidadores sobre cómo actuar ante la nueva situación creada por la llegada de inmigrados.

- La llegada de personas de diferentes culturas supone un reto para estudiantes y cuidadores. Se requiere la atención a nuevas demandas en contextos más complejos, haciéndose necesario nuevos enfoques en el proceso salud / enfermedad / atención, así como entender las repercusiones del proceso migratorio en la salud de los inmigrados. Se hace necesario profundizar en la formación transcultural de los profesionales de la salud.

PALABRAS CLAVE: Inmigración; formación; cuidados; transculturalidad

I. INTRODUCCIÓN

La llegada de personas procedentes de otros países, -de forma irregular en muchos casos-, está provocando una serie de problemas sociales y culturales que se viven con sorpresa y preocupación (Izquierdo, 1996). Recientes estudios muestran un gran desconocimiento de los españoles sobre las culturas de origen de los inmigrantes. Los inmigrantes refieren importantes dificultades de adaptación a nuestro entorno (Criado, 2001). Todo parece indicar que estas dificultades tienen también su continuidad en el marco de la asistencia sanitaria. Es indudable que los elementos de la cultura, como los mitos, la religión, los tabúes, los usos y costumbres, etc, inciden en el proceso salud/enfermedad/atención (Roca i Capara, 2001). La enfermedad y la hospitalización son momentos transcendentales marcados por la fragilidad física y psíquica de las personas y por la presencia de un entorno distinto que obligará al paciente a un importante esfuerzo de adaptación (Moreno Preciado, 2003). En el caso de los inmigrantes estos cambios son aún mayores, por lo que tendrán que hacer uso con mayor profusión de sus meca-

nismos de adaptación. Por otro lado el inmigrante es una persona especialmente vulnerable debido a las condiciones de precariedad y desarraigo que acompañan al hecho migratorio, sobretodo en una primera etapa. La inmigración que conocemos hoy, está fuertemente marcada por la situación irregular de muchos migrantes y por condiciones de vida y de trabajo muy deterioradas que tienen una incidencia importante en la salud.

Recientes estudios muestran un grado creciente de preocupación de la población sobre el fenómeno de la inmigración, como el realizado por Ángeles Cea a partir de las encuestas del CIS, en el que concluye que la proporción de ciudadanos reacios hacia los extranjeros se ha incrementado desde el 8% al 32% en el periodo comprendido entre 1996 y mayo de 2004 (El País, 3 de enero de 2005). Los universitarios españoles también se muestran preocupados ante la inmigración, como revela la Encuesta Universitaria, patrocinada por el Ayuntamiento de Madrid (Calvo Buezas, 2001). A esta percepción del inmigrado ha contribuido decisivamente el discurso mediático proyectando una imagen social de la inmigración caracterizada por su carácter conflictivo y problemático (Granados, 2002; Retis, 2004; Moreno Preciado, 2006). Por todo ello en la UEM, durante varios años venimos realizando en la UEM estudios para conocer la opinión de los estudiantes de enfermería sobre el inmigrado, a través de una encuesta previa a su paso por las prácticas hospitalarias. En los mismos se refleja que la opinión de los estudiantes es cercana a la de la población en general. En este estudio que aquí se presenta, hemos querido comprobar se la opinión que se tenía del inmigrado antes de la realización de las prácticas, variaba o se mantenía después de haberlas realizado.

II. PERSONAS Y MÉTODOS

Este estudio se ha realizado durante el curso académico 2004/2005 mediante diferentes herramientas metodológicas con el fin de captar la evolución de la imagen del paciente inmigrado entre los estudiantes de enfermería antes y después de su paso por las prácticas hospitalarias. El estudio se dirige exclusivamente a los estudiantes de primer Curso de Enfermería de la Universidad Europea de Madrid.

1. Realización de una encuesta dirigida a los estudiantes de Enfermería de Primer Curso sobre el cuidado del paciente inmigrante (Población A). La encuesta se realiza antes del periodo de prácticas hospitalarias, en el marco de la Asignatura "La Salud y la Diversidad Cultural". Esta encuesta es de carácter semiestructurado. Consta de 10 preguntas y a todas ellas se pueden hacer comentarios abiertos (las preguntas aparecen enunciadas en los resultados). La encuesta también permite hacer observaciones de carácter general, independientemente de las preguntas concretas. La encuesta tiene carácter anónimo.

2. Observación y discusión sobre el cuidado del inmigrante por parte de alumnos en prácticas hospitalarias (Población B): 2.1.) Realización de tres grupos focales de discusión con estudiantes de Primer Curso de Enfermería, después del periodo de prácticas. La participación en estos grupos forma parte de una actividad opcional dentro del sistema "portafolios" de la Asignatura de Enfermería Básica. Realización de un análisis documental del material elaborado por los participantes en los grupos de discusión. Este material consiste en la realización durante el periodo de prácticas hospitalarias de anotaciones sobre el cuidado del paciente inmigrante. Las anotaciones se realizaron sobre la base de un guión orientativo que incluye las categorías de análisis.

III. RESULTADOS

3.1. Población "A": Encuesta semiestructurada. Datos cuantitativos y algunos comentarios significativos

Participan un total de 22 alumnos que se distribuyen de la siguiente forma: Grupo I: 7 participantes; Grupo 2: 6 participantes y Grupo 3: 9 participantes. Los grupos 1 y 2 lo componen alumnos del turno de mañana (M-11) y el grupo 3 alumnos del turno de tarde (T-11). 2.2.). De un total de 67 cuestionarios se obtuvieron los siguientes resultados:

1. Las necesidades de salud de la población inmigrada son distintas del resto de la población.

SÍ	NO	N/C
35 (52,2%)	30 (44,8%)	3 (3,0%)

"Tienen enfermedades que no se encuentran aquí..." "Algunos inmigrantes vienen al país con alguna enfermedad propia de su origen, incluso con desnutrición..."

2. Los inmigrantes tienen peor estado de salud que el resto de la población.

SÍ	NO	N/C
39 (58,2%)	23 (34,3%)	5 (7,5%)

"Ya que estos tienen un sistema sanitario deficiente o nulo "La mayoría huyen de su país, por el mal estado económico, lo que conlleva un estado de salud pobre..."

3. Cuidar al inmigrante es más complejo que cuidar al resto de la población.

SÍ	NO	N/C
34 (50,7%)	30 (44,8%)	3 (4,5%)

"Debido a las malas condiciones de vida aquí...sólo buscan cómo sobrevivir y lo demás es secundario..." "Porque la gran mayoría de ellos viven en pésimas condiciones, pobreza, etc., mucho peor que las nuestras".

"Salvo que no podamos comunicarnos bien con él por el idioma o a los problemas de choque cultural, sea lo que sea, es corregible, no hay complejidad al tratar a un inmigrante..." "Aparte del idioma, lo demás es todo igual... no tienen 3 brazos o 5 piernas..."

4. Cuidar al inmigrante es más problemático que cuidar al resto de la población.

SÍ	NO	N/C
29 (43,3%)	30 (44,8%)	8 (11,9%)

"Exigen más de lo que el sistema oferta y no se adaptan a las normas"... "No me parece justo que accedan de la misma forma que nosotros a la sanidad... nosotros pagamos nuestros impuestos y ellos no...ellos sólo tienen derechos, ninguna obligación... además exigen más que la gente de aquí... estoy de acuerdo en que se les atienda... pero deben

pagar algo de alguna forma...”...“Requieren un cuidado abrumador para algo insignificante. Exigen ingreso para nimiedades. Se incrementa el riesgo de enfermedades y riesgos laborales debido a su situación...”.

5. En qué medida conoce los hábitos, costumbres, creencias y valores de los inmigrantes en relación a la salud, la enfermedad y el cuidado de la salud.

MUCHO	REGULAR	POCO	N/C
4 (6,0%)	27 (40,3%)	35 (52,2%)	1 (1,5%)

“Desconocemos su cultura, valores, lengua... y no sabemos cómo tratarles”...“No he tratado nunca con un inmigrante” “La gente no sabe nada de la inmigración ni de sus necesidades y así no se puede ayudar correctamente...”.

6. En qué medida estos hábitos, costumbres, creencias y valores de los inmigrantes en relación a la salud, la enfermedad y el cuidado de la salud son adecuados a nuestro entorno.

MUCHO	REGULAR	POCO	N/C
8 (11,9%)	31 (46,3%)	17 (25,4%)	11 (16,4%)

“Muy deficientes, sobre todo en la higiene...!parece que tienen alergia al agua...”...“No aceptan o no entienden la medicina moderna, prefieren la medicina de ellos, que es peor”... “En general las culturas más tradicionalistas y religiosas plantean más problemas...”...“Es más complejo cuidar a personas de culturas árabes...”...“La población no está acostumbrada a tanta diversidad cultural...”...“La cultura es distinta ¿cómo tratará un médico a una mujer musulmana tapada hasta los pies?...”.

“Muchos hábitos son incluso mejores que los propios hábitos que tenemos nosotros”... “Conocemos y nos enriquecemos de otras costumbres, todos somos humanos necesitamos el pan del día como todos...”...“Ya que nos pueden enseñar cosas nuevas sobre la salud...”.

7. Cree que los dispositivos de asistencia sanitaria actuales se adecuan a las necesidades específicas de la población inmigrada.

SÍ	NO	N/C
29 (43,3%)	23 (34,3%)	15 (22,4%)

“No, por todos los problemas de nacionalidad, de permisos de residencia...papeles, deberían agilizarse los trámites y dar asistencia a todo el que lo necesite sin pedir papel alguno antes, después ya se verá...”.

8. En qué medida considera necesario en el marco de su carrera un programa formativo específico sobre los cuidados derivados de la diversidad cultural.

MUCHO	REGULAR	POCO	N/C
34 (50,7%)	20 (29,9%)	10 (14,9%)	3 (4,5%)

“La inmigración es un fenómeno que está aumentando por lo que se hace necesario adquirir conocimientos para actuar adecuadamente”...“Hay que tratar más el tema del racismo”... “Creo que para mi formación en concreto, el hecho de saber cuidar, respetar, valorar, a los inmigrantes mejoraría mi calidad como profesional de la salud y la relación paciente/cuidador en inmigrantes”... “Creo que es importante estar preparado para tratar a personas de diferentes culturas, porque no todos nos comportamos igual ante determinadas circunstancias. Por ejemplo con el dolor, ya que cada cultura lo padece o lo enfoca de diferente manera”.

“No es necesario una formación tan amplia pues se les estaría tratando como diferentes y no lo son...”...“Saber sus costumbres es importante, pero hay cosas más importantes que aprender...”.

9. En qué medida considera necesaria una formación postgrado (programas de Formación continua, cursos de experto, master, etc.) específica sobre los cuidados derivados de la diversidad cultural.

MUCHO	REGULAR	POCO	N/C
25 (37,3%)	27 (40,3%)	9 (13,4%)	6 (9,0%)

“Creo que todos necesitamos mucha información de este tipo para tratar y tolerar sin ofender ni dañar las diferentes culturas o religiones de los nuevos habitantes de este país. Me atrevería a opi-

nar que de todo se aprende y por qué no también de estas novedades en salud"... "Me alegro de que le den importancia a este tema, ya que nos beneficia a todos y es necesario para un óptimo desarrollo de la medicina hacia la que nos dirigimos; una medicina multicultural".

"Sería interesante, pero no muy necesario..."

10. En qué medida considera que son necesarios programas de Educación Sanitaria dirigidos específicamente a inmigrantes.

MUCHO	REGULAR	POCO	N/C
44 (65,7%)	13 (19,4%)	7 (10,4%)	4,5%

"Mejorarían sus hábitos higiénicos, alimentarios y eso derivaría en una mejora de la salud. Creo que muchas veces no toman precauciones, no por no querer, sino porque en sus países de origen no tuvieron una información concreta".

"Hay inmigrantes que saben perfectamente como cuidarse... sólo necesitan ayuda para la integración".

3.2. Población "B": Grupos de discusión

Aunque a veces han mantenido contradicciones y matices, según sus distintas experiencias, hay puntos de notables coincidencias: 1. Consideración de que el inmigrado no es muy respetuoso con las normas hospitalarias: "Vienen a la hora que quieren y no traen siempre comida de la calle". 2. Creen que no hay medios suficientes, ni formación adecuada: "El médico se desentendía, porque no la entendía"... "no conocemos nada de sus culturas y hábitos de salud". 3. El cuidado del inmigrado sólo se considera problemático en el sentido de que precisan más tiempo e información, y también debido a hábitos de salud distintos. No es en absoluto conflictivo: "Piden que se les hable más despacio y se les dedique más tiempo"... "No hay relación conflictiva, siendo en general, bastante agradecidos y educados"... "Las chinas no les dan el pecho a sus hijos, porque, según ellas, es malo"... "No ha habido quejas, ni situaciones de malestar, ya que con su occidentalización contribuyen a que no se generen problemas étnicos con su trato". 4. Los profesionales consideran que cuidan bien al inmigrado: "son

tratados bastante bien y marchan agradecidos y contentos con el servicio recibido. Hasta les imprimimos un plan de cuidados para cada idioma"... "tratamos a todos por igual"... "El día que se marchó soltó unas lágrimas y dijo que nunca había sido tan bien tratado". 5. Observan que son más pudorosos: "En la intimidad, son mucho más vergonzosos...ellas prefieren que las traten mujeres". 6. Los estudiantes no han detectado actitudes de rechazo o racismo por parte de los profesionales, en general, pero si se refieren hechos concretos, como este comentario de una alumna: "la enfermera dijo 'pues si no quiere que la atendamos aquí como la atendemos, pues que vaya a su país y que la atiendan como quieran'...quiero decir, no muestran un interés, independientemente del color que tengas, no...yo notaba racismo...notaba que no, de entrada ya no les gustó que la chica no hablara español, que llevara un velo, que llevara un pijama así..."

3.3. Resultados globales.

Población "A". En la encuesta previa a las prácticas, su opinión es similar a la de la población autóctona, influenciadas y vehiculadas por el discurso mediático. Las principales ideas recogidas en esta percepción previa pueden resumirse de la siguiente manera: se transmite la imagen del inmigrante como riesgo y peligro (Douglas, 1999), sospechoso de alterar el orden de la sociedad de acogida y de propagar enfermedades de importación y también de no utilizar adecuadamente los servicios sanitarios; se le asocia con pobreza y marginalidad, proyectándose sobre él una mirada "compasiva" y paternalista; se refieren al inmigrado en base al contexto de llegada y con muy pocas referencias al inmigrante asentado; al hablar de los inmigrantes se generaliza por grupos de origen: ecuatorianos, marroquíes, rumanos, chinos, etc., y a veces por agrupaciones aún más amplias, como: latinos, subsaharianos, asiáticos, del Este, etc., no teniéndose en cuenta otros factores como la procedencia rural o urbana, el grado de secularización o de estudios, etc. Su opinión sobre la formación en diversidad cultural es variada, encontrándose que unos la consideran necesaria y otros dicen que no es una prioridad.

Población "B". Sus percepciones se centran en los aspectos observados durante las prácticas. Entre sus preocupaciones más importantes cabe



destacar: la falta de adecuación de los dispositivos sanitarios para atender a la demanda creada por la población inmigrada (necesidad de más recursos en determinados servicios como el área materno-infantil, o recursos de tipo social, mediadores, traductores, etc.); La inadecuación del modelo de medicina actual centrado en los aspectos curativos, pero que descuida los factores sociales y culturales del proceso salud/enfermedad/atención. En este sentido, la relación enfermera/paciente inmigrado se resiente de la falta de trato personalizado, que impide atender a las demandas particulares, tales como necesidad de mayor explicación e información sobre el funcionamiento de los dispositivos sanitarios, atender a patrones culturales distintos en materia de pudor, alimentación, etc.; detectan una actitud variable entre el personal sanitario, con descripción, por un lado, de actitudes de rechazo y formulación de prejuicios, y, por otro lado, una voluntad de integración del inmigrado; Han detectado la presencia creciente de inmigrantes cuidadores (personas contratadas por autóctonos para cuidar a sus familiares hospitalizados), entendiendo que esta figura ayuda a valorar a la inmigración positivamente; consideran que la formación tendría que centrarse no sólo en el estudio de las diferentes culturas, sino en la comprensión de los problemas de salud que se asocian al hecho migratorio (es decir, en los factores de riesgo del contexto migratorio) y en el fomento de la tolerancia intercultural.

IV. DISCUSIÓN

La opinión de los estudiantes, en ocasiones, contradictoria, es similar en sus apreciaciones a la reflejada en los estudios de percepción del personal sanitario, que a su vez no difiere en mucho del estado de opinión general existente en la población española sobre la inmigración. Este estado de opinión es variable, y abarca desde el deseo de hacer un esfuerzo para favorecer la integración de los recién llegados, hasta la consideración de que son éstos los que tienen que hacer dicho esfuerzo. Podríamos decir que estas percepciones vienen inducidas, en gran medida, por el discurso mediático-político (Granados, 2002; Retis, 2004; Moreno Preciado, 2006) que continuamente transmite la imagen negativa del inmigrante asociada a delincuencia, prostitución, ignorancia, abuso, etc.

Estas opiniones se pueden resumir en lo que denominamos las tres miradas del “diferente”: 1) Mirada sospechosa (Retis, 2004), nos pone en guardia ante la inminencia de riesgo y peligro: inmigrante enfermo y /o peligroso. 2) Mirada reprobadora, nos alerta sobre la posibilidad de que el “otro” no se comporte “nosotros”: inmigrante abusador. 3) Mirada compasiva, imagen del “pobrecito inmigrante” que le señala como menor de edad y por tanto objeto de trato paternalista. Es importante entender que las tres miradas forman parte del discurso de la exclusión con la que tradicionalmente se ha pretendido sacar ventaja del “diferente”. Se olvida que los problemas de salud del inmigrado son, fundamentalmente, de naturaleza social, es decir, que tienen que ver, sobre todo con el proceso migratorio. El desarraigo, el sentimiento de rechazo, las difíciles condiciones de vida y trabajo constituyen la mayor parte de la morbilidad del inmigrado (Achetegui, 2000).

Entendemos que, en el ámbito de la formación universitaria, es preciso insistir para desmontar estas imágenes estereotipadas basadas en tópicos y prejuicios. La formación transcultural, a la que han hecho frecuente alusión los estudiantes, más que dar una formación específica y técnica, debe servir para profundizar en el debate sobre la tolerancia entre culturas. Es importante conocer las costumbres de los demás, pero más aún, es necesario aprender a convivir en la tolerancia.

Se puede decir, de forma general, que cuando hay una experiencia de contacto con el “otro”, éste

deja de ser más extraño y se vuelve más familiar. El contraste de estos dos estudios nos aproxima a la tesis de la imagen negativizada del inmigrado en la sociedad española es producto del desconocimiento. Es necesario, en este sentido, como dice Martín Muñoz (2003), acabar con el hábito de generalizar, pues los inmigrados proceden de países con gran diversidad. Es necesario abandonar el etiquetaje del tipo de: “Los magrebies son exigentes y quejicas”... “Los subsaharianos son violentos”... “Los chinos pasan de todo”... “Los latinoamericanos abusan de todo” (Moreno Preciado, 2005) y pasar a la contextualización, porque cuidar significa atender a “ese hombre” o a “esa mujer”, en concreto, es decir, a María, Nestor, Fátima, Ibrahim, etc. Comprender las necesidades de cuidados de los pacientes inmigrados requiere de la proximidad como única forma, siguiendo el planteamiento de Collière (1993), de captar cómo se estructura una situación sociocultural y poder extraer los lazos de significación. Desde la universidad es fundamental que, más allá del impulso que pueda darse a la formación transcultural, se fomenten los valores de la convivencia y de la tolerancia. Lo importante, a nuestro entender, no es crear “expertos en inmigración” o “competentes culturales”, sino que, siguiendo los planteamientos de Ortega y Gasset, la universidad debe primero educar y después enseñar.

V. BIBLIOGRAFÍA

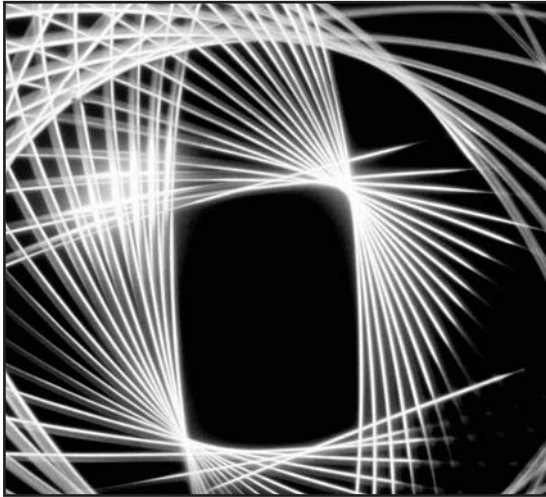
- Achotegui, J. (2002) La depresión de los inmigrantes: una perspectiva transcultural. Ediciones Mayo, Barcelona
- Calvo Buezas, T. (2001) Inmigración y Universidad. Prejuicios racistas y valores solidarios. Editorial Complutense, Madrid.
- Criado, M.J. (2001). La línea quebrada. Historias de vida de migrantes. Cees, Madrid.
- Douglas, M. (1999) Pureza y Peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú. Siglo XXI, Madrid.
- Granados, A. (2002) ¿Es virtual la realidad de la inmigración?: la construcción mediática de la inmigración extranjera en España. En García y Muriel (eds.), La inmigración en España. Vol. II 437-448. Laboratorio de Estudios Interculturales, Granada.
- Izquierdo, A. (1996). La inmigración inesperada: la población extranjera en España (1991-1995). Trotta, Barcelona.
- Martín Muñoz, G. (2003) Marroquíes en España. Estudio sobre su integración. Fundación Repsol, Madrid.
- Moreno Preciado, M. (2003). Inmigración hoy: el reto de los cuidados transculturales. Index de Enfermería 42, 29-33.
- Moreno Preciado, M. (2005). La relación con el paciente inmigrante: perspectivas investigadoras. Index de Enfermería 50, 25-29.
- Moreno Preciado, M. (2006). Imagen y discursos sobre la inmigración: la campaña electoral del 14 de marzo de 2004 en los medios de comunicación escritos. Revista de Dialectología y Tradiciones Populares, Vol. LXI: 177-193.
- Retis, J. La imagen del otro: inmigrantes latinoamericanos en la prensa nacional española. (2004) Sphera Publica 4, 87-100.
- Roca i Caparà, N. (2001) Inmigración y salud. Situación actual en España, Rol de Enfermería, 11, volumen 24, 56-62.



FENÓMENOS MIGRATORIOS Y SU INFLUENCIA EN LOS CUIDADOS TRANSCULTURALES EN EL MARCO HOSPITALARIO

Miguel Ángel Fernández Molina

*Doctor por la Universidad de Alicante. Licenciado en Antropología
Diplomado en Enfermería. Profesor Asociado de la Universidad de Alicante*



Key Words: anthropology, nursing, foreign population, health, illness, migration

RESUMEN

Los fenómenos migratorios y su influencia en los cuidados transculturales en el marco de un Hospital General español se abordan en este estudio. El 8,7 % de la población empadronada en España es extranjera, y Alicante es la provincia con la mayor proporción (19 %). El maridaje de Enfermería y Antropología ha sido utilizado para identificar las diferencias culturales entre los pacientes extranjeros ingresados y, como resultado, se facilita una útil herramienta consistente en una guía para el respeto a la diversidad cultural. Los recursos disponibles son analizados y se alcanzan algunas conclusiones y recomendaciones interesantes así como el hallazgo entre los profesionales de un profundo deseo de adquirir competencia cultural.

Palabras clave: Antropología, enfermería, extranjeros, salud, enfermedad, migración

INTRODUCCIÓN

En un contexto donde se viene observando una creciente preocupación social por el probable impacto de la inmigración en el sector sanitario, se hacen imprescindibles estudios que se aproximen a los hechos de forma que puedan objetivar esta fenomenología, ofreciendo una visión nítida, desprovista de prejuicios, que concrete de forma cuantitativa y cualitativa la dimensión exacta de una nueva sociedad más diversa en lo cultural, con tradiciones, creencias y prácticas que se manifiestan en aspectos referidos a la salud y la enfermedad.

Las migraciones han sido una constante en el curso de la evolución humana, y la especie humana

MIGRATION PHENOMENA AND THEIR INFLUENCE IN TRANS-CULTURAL CARE WITHIN A HOSPITAL FRAME

SUMMARY

Migratory phenomena and their influence in trans-cultural care within the premises of a Spanish General Hospital are approached in the present study. 8.7% of the population registered in Spain is foreigner being Alicante the autonomy with the highest rate (19%). The close relationship between Nursing and Anthropology has proved useful to identify cultural differences among foreign patients admitted to hospital and, as a result, useful tools have furnished the hospital with regards to the most appropriate ways to respectfully handling and treating those various cultural differences. Availability of means is also analyzed and some interesting outcomes and recommendations have been reached by those professionals who are eager to acquire proficiency in cultural fields.

ha demostrado a lo largo de su historia una extraordinaria capacidad de adaptación a nuevos entornos. Actualmente, las poblaciones siguen migrando, las circunstancias por las que se mueven son tan variadas como las culturas de las cuales proceden, pero hay un hecho en la migración que es universal, “los inmigrantes llevan consigo algo más que maletas” (KEMP y RASBRIDGE, 2004).

Para muchos occidentales, desde el punto de vista sanitario, los inmigrantes de todo tipo (y refugiados, en su caso) portan diversos perfiles epidemiológicos propios y enfermedades endémicas de sus lugares de origen. Además, la amplia experiencia pasada del inmigrante contrasta enormemente con la medicina alopática o científica. Pero lo más importante de todo es que, los extranjeros en general, traen con ellos sus creencias culturales y prácticas, incluidas aquellas que tienen que ver con la salud y la enfermedad, y que con frecuencia pueden llegar a chocar con las normas del país anfitrión. El estudio de la salud entre los extranjeros es realmente un estudio de la cultura, una competencia de la Antropología, porque mientras que la enfermedad puede ser universal, la definición de salud, la interpretación de los síntomas, los remedios y tratamientos para promocionar y recuperar la salud están definidos culturalmente.

Por estas razones, los estudios sobre los cuidados aplicados a pacientes extranjeros ingresados en hospitales desde la perspectiva de la Enfermería Transcultural se justifica por los acentuados cambios demográficos que está experimentando la sociedad española -y más concretamente en determinadas regiones- por sus posibles repercusiones en materia de salud, enfermedad y cuidados. A 1 de enero de 2006 ¹ -sobre una población de 44.395.300 habitantes- los extranjeros empadronados suponían en el conjunto del Estado Español un 8,7% (3.884.600), con una variación interanual del 4,13% frente al 0,65% de la población total. En la Comunidad Valenciana un 13,4% de sus empadronados son extranjeros (641.000) y Alicante ya supera los 321.640 (18,56%) de enero 2005. Ciertamente, la situación geográfica y económica de España la convierte en uno de los principales destinos de los movimientos migratorios, siendo las

comunidades con mayor porcentaje de extranjeros Cataluña (866.800 y 12,2%), Madrid (695.600 y 11,8%), Comunidad Valenciana (641.000 y 13,4%), Región de Murcia (181.800 y 13,3%) e Islas Baleares (153.700 y 15,6%). Los extranjeros en España han pasado de representar el 1,6% de la población en el año 1998 al 8,7% actual, siendo los marroquíes el colectivo con mayor presencia en el país seguidos de cerca por los ecuatorianos y después por los rumanos, colombianos y británicos (INE, 2006).

Desde la Antropología (análisis y descripción de las culturas) y la Enfermería (estudio de los cuidados) se pueden investigar unos hechos -que bien podríamos calificar de “etnográficos”- en relación con la diversidad cultural y la enfermedad en el contexto de nuestros centros sanitarios, como es la utilización de los servicios de salud por parte de pacientes extranjeros y su necesidad de cuidados. Entre el personal sanitario se percibe un aumento en el número de pacientes de origen extranjero (inmigrantes o no) que acuden a los hospitales públicos y centros de Atención Primaria, lo que está dando lugar -aunque de forma aislada- a la aparición de determinadas actitudes (se les percibe como personas sin derechos a las que se les da atención gratuitamente), prejuicios, estereotipos, comentarios de carácter etnocéntrico o, peor aún, suscitan el tópico generalizado de que “consumen el presupuesto en Sanidad de los españoles”.

ATENCIÓN A PACIENTES EXTRANJEROS EN HOSPITALES Y CENTROS ESPAÑOLES

Debemos partir de una constatación, y es que los cuidados están polarizados sobre una sola cultura: la occidental. Además, la cultura hospitalaria es muy etnocéntrica (LEININGER, 1995). El etnocentrismo consiste en rechazar las formas de pensar, los valores, las creencias de otras sociedades y considerar las propias como superiores. El hospital tiene valores que considera superiores y a imponer a los demás (ROHRBACH, 1998).

Cuando se diseñaron las organizaciones sanitarias de nuestro país tal y como hoy las conocemos, nadie podía llegar a vislumbrar la posibilidad de coexistencia en el seno de una misma institución de

¹Datos provisionales del Padrón Municipal a 1 de enero 2006, Instituto Nacional de Estadística (INE)

diferentes tradiciones y prácticas culturales. Tampoco en el pasado, ni autoridades sanitarias ni los propios profesionales tuvieron que afrontar los dilemas que plantea la libertad cultural, entre ellos si es moralmente permisible (de acuerdo con los principios liberales) imponer a los extranjeros unas expectativas de comportamiento cimentadas en el modo de actuar de la mayoría (MENDEZ, 2004).

Dada la relativa novedad de la preocupación por la asistencia a pacientes extranjeros en nuestros centros, no existen aún muchos estudios que aborden específicamente este fenómeno. Algunos trabajos científicos de autores nacionales analizan los problemas de salud generales y particulares que presenta el colectivo de inmigrantes. Se han hallado varios trabajos en el campo de la tuberculosis importada, VIH, salud mental, atención materno-infantil, trastornos psiquiátricos y otras enfermedades infecciosas (TORRÚS, 2006). En cuanto al VIH también se ha detectado que el porcentaje de inmigrantes afectados podría ir en aumento, ya que una parte de la población inmigrante adquirirá la infección en nuestro país debido al uso de la prostitución (GASCÓN, 2003).

Desde el punto de vista clínico, el estudio del uso de nuestros hospitales por parte de la población inmigrante es un fenómeno reciente, con pocos precedentes. Pueden citarse trabajos como el realizado en el Hospital de Mataró (Barcelona) acerca de enfermedades importadas en inmigrantes africanos: estudio de 1.321 pacientes (ROCA et al, 2002), o el trabajo realizado en hospitales públicos de Valencia sobre un total de 248 altas de inmigrantes (SALAZAR et al, 2003) en un intento de aportar información sobre la utilización de servicios hospitalarios así como cuantificar de modo objetivo las patologías más urgentes y comprometedoras. Una de sus conclusiones más llamativas en este último era que la proporción de enfermedades infecciosas y, dentro de ellas, el número de infecto-contagiosas no contribuían a alimentar las opiniones difundidas sobre importación o reemergencia de enfermedades desde los colectivos de inmigrantes.

Cuando un extranjero ingresa como paciente en uno de nuestros hospitales, entra en contacto con lo que podríamos definir como “la cultura hospitalaria”, donde las/los enfermeras/os y médicos actúan en base a sus creencias, valores, cultura, etc., y

creen que deben actuar así por el bien del paciente y su familia, ya que son ellos los profesionales de la salud. Esta actitud etnocéntrica es un sesgo muy frecuente dentro de la actuación del personal, pero quizás la situación se agudice más en el caso de pacientes con una herencia cultural marcadamente diferente al del “cuidador”. Estudios realizados en Suecia para identificar diversidades y similitudes en los cuidados y valores culturales entre enfermeras suecas y enfermeras iraníes en un hospital de Estocolmo (CONTE, 2004) son muestra de la necesidad de tener en cuenta no sólo la herencia cultural del paciente, sino la del propio profesional.

Aunque tímidamente, comienza a detectarse una preocupación en nuestro contexto por evaluar la confianza que tienen las enfermeras españolas a la hora de atender a pacientes de grupos culturales diversos y así desarrollar programas de formación pre-grado que contemplen la administración de cuidados culturalmente sensibles (VARGAS et al., 2004).

Desde la perspectiva del paciente, la situación actual más común es que este ingrese junto con su familia, en un lugar donde pierden el control de la situación, que pasa a manos de los profesionales que ahí trabajan, se plantean problemas de índole lingüístico y cultural ligados a hábitos e incluso a la concepción de la prestación sanitaria que se les ofrece (LÓPEZ y LORENZO, 2004). La habitación es en la mayoría de veces compartida con otro paciente que puede llegar a simbolizar la “alteridad” en toda su plenitud; se imponen unos horarios de comida, medicación, descanso, etc., que no se corresponden con los habituales del paciente en su domicilio. Además, las enfermeras responsables de su cuidado poseen actitudes diversas ante el sinfín de procesos que aguardan al paciente (procedimientos, cuidados, higiene, información, diagnósticos, pronósticos, dolor y hasta... la muerte). Todo este entramado de valores, creencias, imposiciones, etc., puede provocar una inadecuada aceptación del episodio asistencial por parte del propio paciente y su familia, reflejada en la aparición de un elevado número de insatisfacciones, frustraciones o percepciones negativas de las que pueden o no quedar constancia escrita y que en el peor de los casos pueden llegar al alta voluntaria.

LA MEDIACIÓN CULTURAL EN EL CONTEXTO SANITARIO

Cuando, en un contexto pluriétnico o multicultural, la presencia de varias lenguas, sistemas de valores y modelos comunicativos provoca que la comunicación entre dos partes no pueda llevarse a cabo sin el puente de una tercera persona, hablamos de mediación. Aunque tímidamente, ha surgido en algunos centros la denominada “mediación intercultural”, fenómeno bastante reciente que en España no cuenta con mucho más de 10 años. Se trata de una figura que aún no está del todo definida, ni siquiera regularizada profesionalmente, pues aunque la figura del mediador intercultural ya está reconocida por el Ministerio del Interior (según Real Decreto 638/2000 de 11 de mayo), a efectos prácticos no tiene relevancia en los Hospitales. Actualmente no existe un título oficial de mediador intercultural, ni un sistema de formación y acreditación. La mediación intercultural suele estar relacionada con el ámbito del trabajo social, y las pocas iniciativas formativas en este campo, contando o no con el apoyo académico universitario, se han puesto en marcha desde ONG's y servicios sociales de ayuntamientos (SALES, 2005).

La Mediación Intercultural (o mediación social en contextos como el arriba descrito) se entiende como una modalidad de intervención de terceras partes, en y sobre situaciones sociales de multiculturalidad significativa, orientada hacia la consecución del reconocimiento del “Otro” y el acercamiento de las partes, la comunicación y comprensión mutua, el aprendizaje y desarrollo de la convivencia, la regulación de conflictos y la adecuación institucional, entre actores sociales o institucionales etnoculturalmente diferenciados (GIMÉNEZ, 1997).

Hay publicados estudios sobre los efectos de la mediación intercultural sobre la calidad de la atención prestada (VERREPT y LOUCKX, 1997), en contextos europeos. Según estos, los profesionales sanitarios, pacientes y mediadores culturales confirman que la introducción de la mediación intercultural incrementó de manera significativa la calidad de la atención cuando se utilizaron de manera adecuada sus servicios. Los profesionales participantes en estos estudios manifestaron que el programa de mediación intercultural se debería mantener (donde estuviera implantado) y convertirse en

un servicio habitual a disposición de los pacientes de minorías étnicas y del personal sanitario. La mejora más importante de este servicio está asociada al hecho de que las personas mediadoras facilitan el intercambio de información detallada y correcta entre el personal sanitario y los pacientes, contribuyendo a ello la menor inhibición de los pacientes a la hora de relatar su caso en presencia de una mediadora cultural.

Las referencias a este tipo de labor en España se limitan a grupos aislados muy concretos, como la de la Escuela de Mediadores de la Comunidad de Madrid, en colaboración con Cruz Roja, desarrollando el Programa “Migración y Multiculturalidad”. Como resultado de la colaboración entre esta Escuela y el Ayuntamiento de Madrid desde 1997 funciona el Servicio de Mediación Social Intercultural, inspirado en sistemas similares de Italia, Suecia o Reino Unido. Otro foco de atención en torno a la mediación intercultural lo constituyen la Federación Andalucía Acoge y el AEP Desenvolupament Comunitari de Cataluña, que han venido colaborando desde 1998 (VV.AA., 2002). En la Comunidad Valenciana se puede citar la experiencia que aporta una Mediadora, Saloua Laghrich, del Servicio de Atención al Inmigrante que depende de la Conselleria de Bienestar Social de la Generalitat Valenciana. Describe unas intervenciones muy puntuales y concretas en el Hospital La Fe de Valencia y que ilustran la eficacia de actuar en situaciones tremendamente difíciles tanto para el paciente y como para el equipo asistencial debido a barreras culturales (LAGHRICH, 2004).

En la práctica, son los profesionales sanitarios de los hospitales (y de Atención Primaria) los que actúan la mayor parte de las veces de Mediadores. Mediar no sólo es traducir las palabras (labor esencial de intérpretes/traductores) sino que va más allá, abarcando todos los aspectos de la comunicación no verbal (olor, gestos, movimientos corporales, silencios, ritos, etc.), que culturalmente son claves. Además de conocimientos lingüísticos, debe tener presentes datos de la sociedad y la cultura a la que pertenece el paciente extranjero: relaciones de parentesco, religión, percepción de lo que significa la salud y la enfermedad, costumbres y aspectos culturales relevantes. Además, debe evitar caer en el estereotipo de considerar al extranjero como un “miembro típico” de su cultura teniendo en cuenta

la variable personal de cada cual y además la adaptación o cambio que puede devenir del contacto entre culturas.

DISEÑO DEL ESTUDIO

El estudio que se presenta interrelacionan íntimamente dos disciplinas científicas: por una parte la Enfermería, que ha seguido tradicionalmente una metodología cuantitativa inspirada en el paradigma positivista y, por otra, la Antropología, idónea para una aproximación cualitativa de los fenómenos que rodean a los cuidados enfermeros. Es, pues, descriptivo, comparativo y fenomenológico, siendo el Campo de Estudio: el Hospital General Universitario de Alicante (HGUA), centro de referencia provincial para 1.732.389 personas siendo el segundo de la Comunidad Valenciana en número de camas (815). En cuanto a la Metodología, se consideró la complementariedad de métodos cuantitativos y cualitativos. Método Cuantitativo: análisis descriptivo retrospectivo de los años 2001 al 2004 de los pacientes extranjeros ingresados; análisis de la información al alta; análisis del Censo 2001 y datos del Padrón 2003, 2004 y 2005 del INE; estudio descriptivo transversal a través de 40 cuestionarios a enfermeras. Método Cualitativo: estudio fenomenológico usando la etnografía y la etnología; aplicación de técnicas como la Observación Directa, Observación Participante, Entrevistas Abiertas, Entrevistas Estructuradas, Historias de Vida, Grupos de Discusión y Análisis de Contenido.

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO EN EL HGUA

El HGUA fue entre 2001 y 2005 un campo de estudio² de este fenómeno migratorio y su influencia en los cuidados Transculturales. El Objetivo General fue el de identificar la diversidad cultural entre los pacientes de nacionalidad extranjera ingresados en este hospital y la razón fundamental de su elección se sustentó en la creciente presencia de pacientes extranjeros, cuyos valores, creencias, normas y prácticas de salud pueden diferir de aquellos que les debían cuidar: los profesionales sanitarios. Siendo una investigación de carácter antro-

lógica, la multitud de matices que rodearon el proceso asistencial le confirieron un marcado interés cultural, social, económico y naturalmente sanitario. La importancia del tema radica tanto en la necesidad de ofrecer unos cuidados de calidad adaptados a las necesidades de los extranjeros, como en las consecuencias de una supuesta falta de sensibilidad cultural de los cuidadores. La sensibilidad cultural debe ser entendida como el hecho de que los profesionales consideren los factores culturales como relevantes para la salud, enfermedad y a la hora de administrar cuidados (MARTSOLF, 1999). Así, pues, si bien el cuidado es universal, las acciones, expresiones, patrones, estilos de vida y significados de los cuidados podían ser diferentes y el problema era saber si estábamos o no proporcionando cuidados culturalmente congruentes.

Los resultados demográficos de la investigación condujeron a una categorización preliminar con tres grandes grupos de población extranjera que, por su notable presencia en el contexto del estudio, justificó el hacer un análisis etnográfico. A éstos grupos se sumó un cuarto (el Asiático) que, aún no siendo muy significativo en número de ingresos todavía, debido a su aumento creciente en España y la diferencia en herencia cultural sobre la salud y la enfermedad, se incluyó:

- 1) Población procedente de Países Árabes del Oriente Medio y Norte de África
- 2) Población procedente de Países de habla Hispana (no españoles)
- 3) Población procedente de Países Nórdicos y Centroeuropeos.
- 4) Población procedente de Países Asiáticos

En el período que transcurre entre el 1 de enero de 2001 y 31 de diciembre de 2004 ingresaron 9792 pacientes extranjeros, de los cuales 6224 pertenecían a uno de los 4 grupos diana, 2320 pacientes ingresaron sin que el programa IRIS® les asignara un descriptor de país de nacimiento (por tanto se puede afirmar que un número indeterminado podría pertenecer a alguno de los grupos diana) y, finalmente, 1248 pacientes eran de otros países.

Como cuestión preliminar antes de proceder a exponer los frutos de este estudio etnográfico (que

²Tesis Doctoral de Miguel Ángel Fernández Molina "Estudio de los cuidados a pacientes extranjeros ingresados en el HGUA desde la perspectiva de la Enfermería Transcultural" Universidad de Alicante Noviembre 2005.

también podría denominarse “etnoenfermero”), debe tenerse presente lo que afirma Mulhall quien considera a los Antropólogos culpables de etiquetas culturales (MULHALL, 1994). Ciertamente, estudios sobre el dolor en los diferentes grupos étnicos han sugerido que, por ejemplo, los Italianos son hipocondríacos, que requieren poca información sobre su tratamiento y no se espera de ellos que sean puntuales a sus citas médicas ni que se adhieran a su terapia. Este etiquetado universal queda desmentido en estudios más profundos que indican que las creencias y prácticas en relación con el dolor difieren fundamentalmente entre grupos, y que tales generalizaciones están basadas en la visión particular del propio autor. Es intención del presente investigador no imponer las propias categorías de significado sobre los pacientes observados así como no perpetuar ciertas imágenes estereotipadas del “otro”.

Podemos afirmar que la población extranjera a estudiar corresponde a dos grupos bien diferenciados:

1. Los extranjeros comunitarios. Residentes y turistas de países de la Unión Europea.
2. Los extranjeros no comunitarios: inmigrantes regularizados y no regularizados, sobre todo del Magreb (Marruecos / Argelia), Latinoamérica y Asía.

Se realizó una investigación etnográfica mediante una descripción de los eventos que tienen lugar en la vida de los grupos escogidos, con especial consideración de las estructuras sociales y la conducta de los pacientes y familiares como miembros del grupo, así como de sus interpretaciones y significados de la cultura a la que pertenecen. Se pretendió describir a los grupos de extranjeros en profundidad –aunque no en su ámbito natural- y comprenderlos desde el punto de vista de quienes estamos implicados con ellos (los profesionales sanitarios). Mediante análisis etnográfico y a través de las variables que a continuación se presentan, se intentó plasmar las creencias y prácticas que sobre la salud influyen derivado del origen étnico y cultural de las poblaciones señaladas con anterioridad y que se dan en el lugar de la investigación:

- Religión
- Prácticas de salud
- Costumbres sociales
- Salud maternal e infantil

- Intimidad
- Dieta

De los resultados del citado estudio (FERNÁNDEZ, 2006) –a modo de resumen- destacar:

• **1.** Se evidenció la existencia en el HGUA de una diversidad cultural significativa y creciente entre sus pacientes, detectándose cuidados humanos diversos (diferentes) y universales (similares) en los extranjeros.

• **2.** En el 2004, el 7.75% de los ingresos correspondieron a extranjeros y entre enero 2001 y junio 2004 se contabilizaron 8.172 ingresos (correspondientes a 5.794 pacientes) de 91 nacionalidades en 57 servicios, con una edad media de 42.69 años; el 49% eran extranjeros no comunitarios y un 25% eran residentes o turistas de la Unión Europea. Los países con más ingresos fueron Marruecos (10.4% de los extranjeros), Colombia (8.5%), Francia (8.0%) Ecuador (7.9%) y Reino Unido (6.9%). El Servicio Médico con más ingresos fue Obstetricia (17.49% de los extranjeros) seguido de Ginecología (8.11%) -sumando ambos un 25.6% de todos los casos- seguido de Cirugía General (6.16%), Unidad de Corta Estancia (5.80%), Cirugía Ortopédica y Traumatología (3.89%) hasta 57 Servicios Médicos y Quirúrgicos.

• **3.** A pesar de que el 18.5% de la población de la provincia de Alicante era extranjera, sólo ingresó un 7.75%, lo que cuestiona la percepción de que los inmigrantes copan los recursos hospitalarios; tampoco son portadores de enfermedades infectocontagiosas graves, raras e incluso erradicadas que precisen hospitalización ya que la casuística (GRD's) encontrada no se orienta en ese sentido. El turista o residente europeo está dando lugar a un fenómeno nuevo que se denomina “turismo sanitario”, que acarrea unos costes muy superiores al gasto en el que incurre el extranjero inmigrante en busca de trabajo. Además, los extranjeros son donantes de órganos generosos ya que el 37 % de las donaciones en 2005 fueron de extranjeros y su tasa de negativas familiares fue de 0 %.

• **4.** Los pacientes extranjeros conservan su herencia cultural durante el ingreso y viven el episodio asistencial de manera distinta en algunos casos según demuestra el estudio etnoenfermero llevado a cabo.

- 5. El HGUA cuenta con recursos específicos para extranjeros que pueden ser ampliados.
- 6. Los profesionales de enfermería son conscientes de las diferencias culturales.
- 7. Se van incorporando aspectos culturales en el Proceso de Enfermería.
- 8. Se detectó la necesidad de formar a los profesionales en habilidades que permitan preservar, acomodar o remodelar los cuidados de sus pacientes extranjeros, y manifiestan su deseo de adquirir competencia cultural.

Asimismo, los profesionales propusieron recomendaciones y sugerencias para mejorar el cuidado a los pacientes extranjeros, conscientes de un fenómeno creciente como es la diversidad cultural en la sociedad y en los centros sanitarios.

Finalmente, añadir como contribución personal que estamos ante una fenomenología que interesa, en mayor o menor medida, tanto al personal asistencial como a los docentes, investigadores y responsables de Administraciones Públicas. Para abordar toda la problemática encontrada, la perspectiva Transcultural se revela como idónea ya que evita prejuicios o malos entendidos a la hora de cuidar pacientes de origen cultural diferente, aporta datos clarificadores que facilitan la planificación de los recursos y, por último, estimula a los profesionales para que adquieran habilidades que ayuden a unos encuentros beneficiosos con sus pacientes extranjeros.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CONTE, H. (2004) Identifying diversities and similarities in professional cultural caring and care values in Swedish and Iranian nurses in Stockholm using the Critical Incident Technique, Alicante, III Jornadas Internacionales de Cultura de los Cuidados & 30th Annual Conference of the Transcultural Nursing Society y VI Reunión sobre Investigación Cualitativa en Salud, 14-16 junio 2004, Libro de Abstracts, (Póster).
- FERNÁNDEZ MOLINA, M.A. (2006) Antropología de los Cuidados. Estudio de los cuidados a pacientes extranjeros hospitalizados desde la perspectiva de la Enfermería Transcultural. Edita: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA), Alicante.
- GASCÓN, J. (2003) Enfermedades infecciosas e inmigración, *Enfermedades Infecciosas Microbiología Clínica* 2003; 21 (10): 535-9
- GIMENEZ ROMERO, C. (1997) "La naturaleza de la mediación intercultural", *Revista de Migraciones*, 2, pp. 125-159
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE) Explotación Estadística del Padrón Municipal a 1 de enero de 2005. Publicado el 17 de enero de 2006. Disponible en <http://www.ine.es>
- KEMP, C y RASBRIDGE, L.A. (2004) *Refugee and immigrant health. A handbook for health professionals*. Ed. Cambridge University Press, Cambridge, England.
- LAGHRICH, S. (2004) Reflexiones sobre la mediación intercultural y experiencias desde la Comunidad Valenciana. *Tonos*, Revista Electrónica de Estudios Filológicos, N° 8, Diciembre 2004. (disponible en: www.um.es/tonosdigital)
- LEININGER, M. (1995) *Transcultural Nursing. Concepts, Theories, Research and Practices*. 2nd Ed. McGraw Hill, New York, EE.UU.
- LÓPEZ LLORENS, P.L. y LORENZO GARCÍA, A. (2004) Acogida y atención hospitalaria a extranjeros. Un nuevo reto para enfermería. Alicante, XV Jornadas de Interrelación de Enfermería, pp- 57-66, Edita Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana, N°38 (Comunicación escrita).
- MARTSOLF, D.S. (1999) Cultural aspects of Orthopaedic Nursing. *Orthopaedic Nursing*, March/April 1999, pp. 65-71.
- MÉNDEZ MÉNDEZ, E. (2004) Políticas públicas de acomodación de los inmigrantes en el ámbito sanitario, *Quadern CAPS*, 2004, N° 32, pp. 18-23.
- MULHALL, A. (1994) *Anthropology: a model for nursing*, *Nursing Standard*, April 27, Vol. 8, N° 31
- ROCA, C., BALANZÓ, X., FERNÁNDEZ-ROURE, J.L., SAUCA, G., SAVALL, R., GASCÓN, J. y CORACHAN, M. (2002) Enfermedades importadas en inmigrantes africanos: estudio de 1.321 pacientes, *Medicina Clínica* 2002;119(16):616-9
- ROHRBACH-VIADAS, C. (1998) Introducción a la teoría de los cuidados culturales enfermeros, de la diversidad y de la universalidad de Madeleine Leininger, Alicante, *Cultura de los Cuidados* 1 Semestre 1998, Año II - N° 3. Universidad de Alicante
- SALAZAR, A., NAVARRO-CALDERÓN, E., ALMELA, F., ABAD, I., BORRÁS, R., GONZÁLEZ, A., GOSÁLBEZ, E., PALAU, P., ROMERO, R. SOTO, L., TABERNER, F. (2003) Altas hospitalarias de la población inmigrante en la ciudad de Valencia, *Boletín Epidemiológico*, Instituto de Salud Carlos III, 2003, vol. 11 n° 5/49-60.
- SALES SALVADOR, D. (2005) Panorama de la mediación intercultural y la traducción/interpretación en los servicios públicos en España. *Translation Journal*. Volume 9, N° 1 January 2005. URL: <http://accurapid.com/journal/31mediacion.htm>
- TORRÚS TENDERO, D. (2006) Problemas de salud en la población inmigrante, Apuntes del Curso de Formación Continua EVES, Hospital General Universitario de Alicante, enero 2006
- VARGAS JIMÉNEZ, J.A., MOLINA CONTRERAS, J.L., SHELLMAN, J. y BERNAL, H. (2004) The confidence of Spanish nurses in caring for culturally diverse groups, Alicante, III Jornadas Internacionales de Cultura de los Cuidados & 30th Annual Conference of the Transcultural Nursing Society y VI Reunión sobre Investigación Cualitativa en Salud, 14-16 junio 2004, Libro de Abstracts, (Comunicación).
- VERREPT, H. y LOUCKX, F. (1997) Mediadores de salud en el sistema sanitario belga, en Solas, O., Ugalde, (ed.), *Inmigración, salud y políticas sociales*, Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 209-230.
- VV.AA. (2002) *Mediación intercultural. Una propuesta para la formación*. Madrid: Editorial Popular.

EXPERIENCIA DE VIVIR CON EL VIH / SIDA EN UN PAÍS LATINO: UN ANÁLISIS CUALITATIVO

María Isabel Peñarrieta de Córdoba, PhD., Ana María Rivera, Mg.,
Socorro Piñones Martínez, Mg., Luz María Quintero Valle, Mg
Facultad de Enfermería Tampico Universidad Autónoma de Tamaulipas



EXPERIENCE OF LIVING WITH AIDS IN A LATIN COUNTRY: A QUALITATIVE ANALYSIS

SUMMARY

The present article shows the results of a study made between March and April 2005. The objective of this study was not only to analyze the experiences of living with HIV / AIDS, but also its meaning and the perspective of people who live with it in México.

The methodology used was qualitative by means of deep interviews to people who live with VIH and also belong to the Association of people who live with VIH in the city of Tampico-Tamaulipas- México.

Twenty eight deep interviews were recorded, rewritten and recodified using the Atlas version 4 programme. The results were grouped in 8 categories.

The results indicated that people who live with HIV/ AIDS present numerous problems and necessities. Similar results have been shown in Latin America. One of the major problem for people living with IHV / AIDS is the self stigma, external stigma and discrimination (occupational and from health workers) which are the cause of fear, loneliness and depression

Key words: HIV/ AIDS, Qualitative research, experiences of living with HIV/AIDS, stigma, discrimination

RESUMEN

El presente artículo presenta los resultados de un estudio realizado entre Marzo – 2004 y Abril 2005, cuyo objetivo fue analizar las experiencias de vivir con el VIH /SIDA , su significado y perspectivas de las personas que viven con esta enfermedad en México. La metodología fue cualitativa a través de la aplicación de entrevistas en profundidad a personas que viven con VIH que pertenecen a la Asociación de personas que viven con VIH en la ciudad de Tampico – Tamaulipas – México. Se aplicaron 28 entrevistas en profundidad, siendo grabadas, transcritas y recodificadas utilizando el programa Atlas versión 4. Los resultados fueron agrupados en 8 categorías.

Los resultados indican que las personas que viven con VIH /SIDA presentan múltiples problemas y necesidades, resultados similares a otros estudios en Latinoamérica. Uno de los problemas de mayor impacto en las personas que viven con el VIH / SIDA es el , estigma interno, estigma externo y discriminación (laboral y del personal de salud) originando sentimientos de temor, soledad y depresión.

PALABRAS CLAVES: VIH / SIDA, Investigación cualitativa, experiencia de vivir con VIH / SIDA,

INTRODUCCIÓN

El abordaje a la epidemia del VIH / SIDA esta teniendo un cambio de énfasis en su planteamiento, considerándose como prioritario la prevención positiva, esto es, centrado en las personas que viven con VIH / SIDA (PVVS). Se consideran tres razones principales para justificar un abordaje

de prevención positiva (centrada en las PVVS): primera, una persona positiva esta involucrada en cada caso de VIH transmitido; segundo, las personas que viven con el VIH tienen derecho de vivir bien con el VIH y tercero, la prevención del VIH, tratamiento, cuidados y soporte están interrelacionados, esto es que existe una relación Prevención – tratamiento – Cuidados (ALLIANCE.,2003). Esta relación refuerza la racionalidad de intervenciones de prevención en PVVS. Por ejemplo, las PVVS necesitan evaluación médica y sico - social y también apoyo para fortalecer sus habilidades para desarrollar y mantener un comportamiento seguro. Esta experiencia ha demostrado ser satisfactoria en países como: Tailandia, Comodia, Uganda (ALLIANCE,2002).

Por consiguiente, se hace necesario un mejor entendimiento de la experiencia de la enfermedad en esta población. El como las personas responden al tratamiento y aun sus síntomas se ha demostrado que es resultado de como ellos conceptualizan y experimentan la enfermedad (Katie E. Mosack & col., 2005). Consecuentemente, evaluar la experiencia de vivir con el VIH /SIDA emerge como un elemento crítico en el proceso de atención a las personas viviendo con la enfermedad, conociendo mejor sus percepciones, dificultades en su manejo y cuidados y sus expectativas frente al tratamiento.

Los estudios realizados hasta el momento en Latino América muestran que la experiencia de vivir con el VIH / SIDA es heterogéneo, dependiendo del estrato económico, sexo y orientación sexual (Vázquez Enid, 2002)

Personas con ingresos económicos bajos y consumidores de drogas enfrentan aun mayores retos. Por ejemplo, muchos son intermitentemente o crónicamente vagabundos. Esta situación conlleva a consecuencias de mayor deterioro. Adherirse a un régimen de tratamiento estricto y afrontar los efectos secundarios (ejemplo: la diarrea) es difícil, aun cuando uno tiene un hogar; vivir en un ambiente sin estabilidad, la adherencia podría ser imposible . Por razones económicas, algunos tienen que vivir con amigos, miembros de la familia o parientes. En esos casos, ellos están en riesgo de ser rechazados si es conocido su status sero positivo (Katie E. Mosack & col., 2005).

Situación similar presentan las personas que viven con VIH /SIDA con ingresos económicos bajos en países en vías de desarrollo como Latino América. Que aun sin ser drogo dependientes, sufren las consecuencias de estigma y discriminación, que en muchos casos viven una multidiscriminación cuando se trata de hombres que tienen sexo con otros hombres, y mujeres (Vázquez Enid, 2002; Kendall Tamil,Perez Vazquez Hilda,2004)

El informe del proyecto “Mo Kexteya” (Instituto Nacional de Salud Publica de México, 2004) , reporta que el estigma y discriminación relacionados con VIH en México ha incluido la negación de tratamiento a personas que viven con VIH, tratamientos inadecuados o inapropiados, la negativa a contratar o despidos injustificados, falta de confidencialidad y la indiferencia. También ha incluido violencia e incluso la muerte de personas que vivían con VIH o que se sospechaba que estaban infectadas. Los hombres gay y hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) , grupos mayormente asociados con el SIDA en México, han sido blanco de odio y desdén por mucho tiempo; muchos se ven forzados a vivir una doble vida, ocultando su orientación sexual.

1. En este mismo estudio se identifica el estigma interno entre personas que viven con VIH/SIDA, refiriéndose a él como al estigma percibido o a las manifestaciones internas de un estigma aceptado o de percepciones sociales negativas transformadas en miedo, ansiedad o daño (algunas veces referido como estigma internalizado). El estigma interno puede manifestarse de varias formas: niveles profundos de auto denigración o reacciones a un nivel más superficial de vergüenza, acusación o culpa. Similares resultados son referidos también por otros autores (ONUSIDA, 2002; Shriver, Everett C, Morin SF, 2000)

No se cuenta aun con suficientes estudios en Latino América sobre la experiencia de vivir con VIH / SIDA, y con el estigma y discriminación, de que manera se enfrentan a ello y como esta impactando su vida y la de su familia. Se espera que los resultados del presente estudio permita una mejor comprensión de esta realidad y así direccionar políticas y programas de atención más efectivos para este grupo de personas

METODOLOGÍA

Diseño de investigación: Es un estudio descriptivo cualitativo tuvo como objetivo responder a las preguntas: ¿ que significa vivir con VIH / SIDA en un país latino?, como viven esta experiencia ?. Este estudio es la primera fase exploratoria de un estudio sobre prevención del VIH / SIDA en adolescentes en condiciones de pobreza, donde la participación de las personas que viven con VIH / SIDA es un componente importante en la intervención educativa.

Lugar y población: El estudio se realizó en la ciudad de Tampico – Tamaulipas, México. Estado ubicado en la frontera con Estados Unidos, por lo que el movimiento migratorio es importante, aunado a que la ciudad de Tampico es un puerto internacional.

La población de estudio fueron las personas viviendo con VIH / SIDA (PVVS) que pertenecen a la Asociación de PVVS de Tampico : Frente Nacional de Personas que viven con VIH (FRENPAVIH) Tamaulipas – México. Esta asociación esta conformada por 150 miembros, de los cuales asisten a sus reuniones semanales en promedio 30 personas. En total se entrevistaron a 28 personas, usando el criterio de saturación en muestras cualitativas.

Métodos: El estudio utilizó entrevistas en profundidad con la finalidad de conocer sus experiencias viviendo con el VIH / SIDA, sus creencias, expectativas en su vida. También se incluyó su percepción sobre la atención brindada por el servicio de salud (Shriver MD, Everett C, Morin SF, 2000)

Instrumento: El equipo de investigación desarrolló una guía de preguntas con una descripción detallada para cada pregunta para garantizar consistencia en el momento del desarrollo de la entrevista. Este instrumento fue analizado por cada entrevistador garantizando así el entendimiento de lo que se buscaba en cada pregunta.

EL instrumento estuvo basado en preguntas que exploraban las siguientes áreas:

- El contexto socioeconómico de su familia de origen y su familia o red de apoyo personal actual
- Su percepción y vivencia de la epidemia del VIH

- La historia de consumo de droga: inicio, tipo de drogas, frecuencia, etc.
- La historia sexual incluyendo: con quien se inicio, a que edad, posibles experiencias de abuso sexual, el proceso de desarrollo de su identidad sexual y su orientación erótica, conducta sexual específica, número de parejas sexuales, tipo de vinculación afectiva con ellas, experiencias intercambiando sexo por dinero o por drogas o pagando personas que ejercen la prostitución. Descripción de un día regular en su vida desde que se despierta, descripción de una semana regular en su vida.
- Experiencia laboral, educación y demás datos demográficos. (la edad)
- Su vida viviendo con el virus: experiencia con la prueba de VIH, con el resultado positivo, reacciones de la familia, de la pareja, de los amigos, asistencia psicológica y médica recibida, tratamiento antiretroviral, fluctuaciones en los niveles de carga viral, número de CD4, hospitalizaciones, etc.
- El futuro: expectativas de vida, a nivel afectivo, laboral, de autorrealización, etc.

Recolección de datos: Los participantes fueron invitados a participar en el estudio indicándoles que era totalmente anónimo y confidencial. Los criterios de inclusión al estudio fueron: que sean PVVS y estén en condiciones mentales de participar en la entrevista. Esta selección se realizó durante las reuniones que realizaba la asociación una vez por semana, invitando a participar al estudio a aquellos que recién llegaban a la reunión. Una vez aceptada la persona a participar, se acordaba la hora de la entrevista.

Las entrevistas se realizaron en un aula de la Universidad previamente preparada para mantener la individualidad de la entrevista. A cada participante se le invitó un refrigerio durante la entrevista y se le pagó sus pasajes. Las entrevistas se realizaron acorde a la hora y fecha propuesta por el entrevistado, de Marzo a Agosto del 2004.

Antes de iniciar la entrevista, se corroboró su aceptación voluntaria de participar en el estudio y su permiso para grabar la entrevista. Cada entrevista fue grabada y posteriormente codificada con un número para mantener el anonimato del infor-

mante. La recolección de datos continuó hasta que no aparecieran nuevos datos en las transcripciones.

ANÁLISIS DE LOS DATOS:

Las entrevistas fueron transcritas por personal entrenado para realizar esta tarea, garantizando que se realice la transcripción de manera exacta como se registra en la entrevista.

Los datos fueron analizados utilizando técnicas cualitativas descriptivas para identificar categorías y temas de la descripción de los datos. Se utilizó métodos de análisis, síntesis, teorización y recontextualización (Peñarrieta Isabel, 2005). Los investigadores realizaron múltiples lecturas de las entrevistas a fin de comprender la integralidad de los datos, esto es la experiencia de vivir con el VIH / SIDA. Se utilizó el Programa ATLAS versión 4.0 para realizar la codificación de las entrevistas y posteriormente la agrupación en categorías e identificación de patrones. Para asegurar la validez de los resultados, los investigadores leyeron las transcripciones, revisaron las diferentes etapas del análisis de los datos, discutieron los diferentes puntos de vista hasta alcanzar un consenso en el significado y confirmación de los resultados. Se realizaron las codificaciones iniciales por parejas y luego se contrastaron con las identificadas por el resto de los investigadores. Posteriormente se mostraron los resultados a las personas que fueron entrevistadas para asegurar que se había dado el significado expresado en las entrevistas.

RESULTADOS:

Las características de la población estudiada son las siguientes: De las 28 entrevistas 21 se encuentran sin empleo estable o no tienen empleo, 17 dependen económicamente de sus familias, el 95% solo han alcanzado estudios de nivel primario, aproximadamente el 50% refieren haberse salido de sus casas a temprana edad (12-15 años de edad), 24 viven actualmente con su familia, 12 han tenido la experiencia migratoria a USA u otros estados de México, 7 son heterosexuales hombres, 8 heterosexual "mujer", 2 bisexuales hombres y 11 homosexuales. 99% han consumido drogas y alcohol, 8% drogas inyectables y 8% consumen actualmente drogas.

La experiencia de vivir con VIH / SIDA es descrito en 8 categorías, cada uno con sus temas res-

pectivos : 1) sentimientos, 2) Interacción proveedor – Usuario, 3) Adherencia al tratamiento, 4) Estigma y Discriminación, 5) Homofobia, 6) Comportamiento sexual, 7) Rol de la familia y 8) expectativas del futuro. Para efectos de la publicación del presente artículo, se han priorizado la descripción del tema sobre estigma y discriminación

En esta categoría se identificaron tres temas: Estigma interno, Estigma externo, Discriminación (laboral y de la atención médica)

Estigma interno: Las entrevistas muestran en la gran mayoría de ellos un fuerte estigma hacia ellos mismos, traducido por un gran temor de contagiar a su familia o compañeros de trabajo. Llevándolos en algunos casos a abandonar el trabajo: *“aaayyy! pues, es difícil si últimamente por mi edad no he encontrado trabajo o sea de albañil ya no quiero. Yo se que si voy y pido trabajo de albañil lo encuentro, pos por que podía primeramente contagiar a los compañeros por que con el pico y la pala se hacen ampollas ee.. se puede cortar con la hoja de la, de la toluacha, herramientas que utilizamos entonces he querido alejarme de esos peligros aunque ahora ya descubro que no es peligroso “*

En otros casos a realizar acciones de higiene de manera exagerada: *“ y aquí estas y aquí te vas a quedar, no me voy a sentir a gusto, es tu casa si tu te vas se desintegra la familia, por que yo, me dijo mi mujer si tu te vas yo me voy, aunque si... lo que ya paso ya ni modo no se te va reprochar nada pero así vamos ir navegando todos en el mismo barco, les digo bueno yo nada mas les quiero pedir un favor, quiero tener cloro en el baño de abajo, cloro en el baño de arriba mis botellas, cloro aquí, no quiero que nadie se me acueste en mi cama, no quiero que nadie me limpie mi cuarto yo soy él que voy hacer todo el aseo de mi recamara, si? Voy apartar mis platos, voy apartar mis platos hondos, extendidos, cucharas todo, pero es que estas mal, eso no es así, bueno no es así pero a veces yo puedo traer una pelada, no se, para que los voy exponer y si yo me siento a gusto por favor déjenme, déjenme si es que quieren que me quede y hasta la fecha vamos”*

Así mismo, este estigma interno se ve reflejado por el sentimiento de culpa expresado en los entrevistados, consideran que tienen el VIH / SIDA por su mal comportamiento y que están pagando las

consecuencias de sus malos actos: “.por eso me sentí mal, cuando supe yo de mi problema..” “.todo mal acto lleva una mala consecuencia..”

“.. es el precio que estoy pagando todo lo que he hecho....”

Estigma externo: El estigma externo se caracteriza principalmente por culpar a las personas que viven con VIH / SIDA, expresiones como: “mi mamá me dijo: es que tú te lo buscaste”son frecuentes en las entrevistas. Por otro lado, también se expresa este estigma con el abandono familiar como es este caso: “cuando yo salí de ahí del seguro, que me dieron de alta, regresé a la casa, y ya no estaba mi señora ni el niño, se lo había llevado, ya, el niño tiene cuatro años, y el niño ya, tiene dos años que no lo veo, que, que pasó ¿Cuando tu saliste del seguro, fue por el accidente o porque fue? porque ella se, se, el doctor le dijo que yo tenía VIH,”

Así mismo, el gran temor “ a que se enteren los demás” por parte de la familia es también frecuente: “tu, si se llegan a enterar tu di que tienes Cáncer, le digo, ja!! Si supieras que el cáncer es peor le digo, mamá te juro que si me diagnosticaran cáncer te vas arrepentir de habérmelo dicho y me peleé con ella, o sea me molestó y es la que no, todavía como que no quiere que se entere la gente,”

Existe un gran temor a “contagiarse” recurriendo incluso a usar técnicas sin mayor razón como es la fumigación de la casa donde una persona con VIH / SIDA haya muerto: “ella me decía, de la gente de sus alrededores que era lo peor y que fueron y fumigaron la casa y nunca se me olvidará eso, eso, pero no es así, así no era, nos trataban de una manera muy fea muy cruel.mmmfff...

Discriminación (de la atención médica y laboral): Las entrevistas revelan situaciones de discriminación para recibir atención medica, sobre todo cuando se trata de atención del parto “para salvar al niño, entonces ya me empecé a tomar el medicamento....” “porque no me querían operar, no me querían atender,...” , así como con el trato recibido por parte de los proveedores: “Después si, después si me cayó el peso, pero en el momento no, no la sentí impactante, después si sentí, el peso por

que ya empecé a tener problemas con el personal de salud ahí si, empecé a tener rechazo, que me regañaban ,que me señalaban, que me juzgaban, ahí si empecé a tener problemas.

En aspectos de discriminación laboral, se presentan en casos relacionados con el ejercito donde existe reglamentos internos para tratar a personas que viven con VIH / SIDA:

¿Estaba en mi cuarto solo, no? y estaba yo, llorando, porque luego, luego a mi, me incapacitaron, me mandaron a mi domicilio, tu te vas a tu domicilio y nada mas te vas a presentar a cobrar y ya, a que se te de un documento que avale que tu estas en domicilio.... y toda...y eso fue por el médico? por él medico, me empezaron a excluir, de exclusivo, o sea, excluir de la milicia, entonces ya ahorita a la milicia, no voy mas que a cobrar y a dejar un documento que me ampare, como militar, todavía, ósea que yo, me encuentro en mi domicilio, vea? y has averiguado si esto no te acarrea problemas laborales? hee, no, no me acarrea ningún problema laboral, es, de, es dentro del proceso que se lleva ahí adentro de la Armada, te empiezan a rebajar a domicilio, para que acumules ciertos días, si? de no laborar, entonces cuando tu acumulas ciertos días se abre un proceso, se te manda certificar medicamento y se te tramita la baja, la baja definitiva, entonces es lo que a mi me están haciendo, pero haga de cuenta que hay leyes, reglamentos que son internos.

Otro aspecto relacionado con el estigma y discriminación en personas que viven con VIH / SIDA, es la homofobia. Acentuándose esta cuando un hombre que tiene sexo con otro hombre es infectado con el VIH. La homofobia expresada en las entrevistas se refiere principalmente de los padres de los hombres que tienen sexo con otros hombres, tanto del padre como de la madre. Esta homofobia ha causado mucho sufrimiento durante la niñez de estas personas, he inclusive como se refiere en los datos demográficos ha sido razón para que estas personas salgan a muy temprana edad de sus casas. Estos son algunos testimonios:

“Me rechazó en aquellos años que duramos casi 30 años así de disgusto los dos vea! que no bien me quería porque yo era homosexual y más, se que no me quería porque él es demasiado hombre es demasiado varón vea! tuvo mujeres”

“...eemmm... mire...mmm...(guarda silencio, y se quebranta un poco) lo que siempre me ha cargado así, en mi pensar, siempre mi padre, el siempre me hizo a un lado (silencio y llanto discreto), el siempre, el siempre, me hizo el me rechazo me hizo a un lado, a un lado, a un lado...y lo traigo... de ahorita ni de ayer, esto desde que viví toda mi vida lo traigo mmmfff... no, en el siempre me hizo a un lado, a un lado siempre... y ahorita que tengo esta edad digo pues... No, no, no era por ahí que me tratara de, de, esa, esa manera pero. mmmfff no, no o juzgo el ya murió pero no se porque me trataba de esa manera.”

DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio, nos permiten identificar varios aspectos de lo que es la experiencia de vivir con el VIH en un país latinoamericano, las cuales corroboran los resultados encontrados en otros estudios en contextos similares en otros países de Latinoamérica (Morse J, 1994). En el presente estudio, estos resultados representan a las personas que viven con VIH en condiciones económicas deficientes, donde la mayoría carece de un empleo estable y de contar con un seguro de atención a su salud. Estos dos aspectos aunado con la presencia del estigma y discriminación tienen un impacto muy importante en como se vive esta experiencia.

Es así, que los resultados del presente estudio muestran que una de las grandes dificultades a las cuales tiene que lidiar es el estigma y la discriminación, que como se ha presentado en los resultados este se experimenta tanto al interior de ellos mismos como en el contexto social. Aspecto que no es exclusivo en la zona de estudio, sino que es presentado también en el país como uno de los mayores problemas que se tiene que abordar al enfrentar el VIH/SIDA (UNAIDS, 2003). Situación que compromete a la sociedad en su conjunto, incluyendo a la familia y a las instituciones de salud.

El estigma interno expresado como el temor a contagiarse, conlleva a un aislamiento y por consiguiente a una pérdida en utilizar o buscar el soporte de red social y en algunos casos la pérdida laboral con las consiguientes pérdidas económicas. Así mismo, los efectos perjudiciales al exagerar los

auto-cuidados en la higiene, como es el uso del cloro que podría traer efectos secundarios para su salud; los sentimientos de culpa con la consiguiente disminución de su autoestima y en sus auto-cuidados.

El estigma externo manifestado como el temor a lo que digan los demás y la culpabilización hacia las personas que fueron infectadas con el virus VIH por “su mal comportamiento” no solo refuerza el estigma interno ya existente, sino que contribuye a que las actividades de prevención del VIH/SIDA no sea tratado como debiera, por ejemplo en la percepción de riesgo por la sociedad en general, considerando que sólo pueden estar en riesgo determinados grupos de “mal comportamiento” no tomando así medidas de prevención frente a la enfermedad. Es también importante considerar la homofobia como aspecto importante que podría explicar la existencia previa como facilitador para acentuar el estigma presente frente al VIH / SIDA (Mayorga Ruben, 2003).

Por otro lado, la discriminación, esto es los actos de rechazo hacia las personas que viven con el VIH como respuesta al estigma ya existente se encuentran aún presentes. Esta discriminación laboral y en la negación a una atención médica por parte del sistema de salud tiene graves consecuencias en la calidad de vida de este grupo. Se acentúa mucho más cuando la discriminación a la atención es hacia las mujeres embarazadas al retardar una atención oportuna en el momento del parto, repercutiendo no sólo hacia la madre sino también en su hijo / a.

Uno de los principales aspectos a considerar en la presencia de este estigma y discriminación es la carencia de información a las PVVS sobre la enfermedad y cuidados a tener en cuenta viviendo con el VIH. La implementación de un Programa educativo básico sobre estos aspectos, no solo permitiría disminuir este estigma y mejorar el auto-cuidado y por ende disminuir problemas de adherencia y de enfermedades oportunistas, sino que además estarían evitando reinfecciones y nuevas infecciones.

Por otro lado, los resultados sugieren otro desafío importante en esta área que es la debilidad por parte de los proveedores de atención de la salud en su formación profesional para manejar estos temas

y situaciones, aspectos de gran trascendencia para abordar esta epidemia (Seal DW, Ehrhardt AA., 2004)

REFERENCIAS

- ALLIANCE. (2003)Positive Prevention: Prevention Strategies for people with HIV / AIDS. Draft Background paper, June -
- Charles M. (1996)HIV / AIDS: Some issues related to ITS prevention and care. Health Millions. Jan – Feb; 2(1): 12-4
- Horizons Program / International HIV / AIDS ALLIANCE Greater Involvement of people with HIV in NGO service delivery (2002)Finding from a four country study . July
- Instituto Nacional de Salud Publica de México – Proyectos Políticas México (2004) Mo Kexteya Reducción del Estigma y Discriminación Relacionados con el VIH y el SIDA en México Diciembre.
- Katie E. Mosack, Maryann Abbott, Merrill Singer, Margaret R. Weeks, Lucy Rohena. (2005). If I didnt have HIV, Y’d be dead now: Illness Narratives of drugs Users Living with HIV / AIDS. Qualitative Health Research, 15 (5) :586 – 605.
- Kendall Tamil,Perez Vazquez Hilda (2004) Hablan las mujeres mexicanas VIH positivas. Colectivo Sol : 71-78.
- Mayorga Ruben (2003)Derechos humanos y movilizacion

comunitaria. La respuesta social y cultural. En: Situación del VIH / SIDA en America Latina y el Caribe. Una revisión basada en el foro. Editor Fundación Mexicana para la Salud, SIDALAC, ONUSIDA, GCTH. Mexico.

- Morse J. (1994) Emerging from the date. The cognitive process of analysis in qualitative inquiry in Morse J. Ed. Crital Issues in Qualitative Research Method. Newbory Park. CA Sage.: 23 – 48.
- ONUSIDA (2002). Marco conceptual y base para la acción: estigma y discriminación relacionado con el VIH / SIDA . Ginebra: ONUSIDA.
- Peñarrieta I. (2005). Introducción a la Investigación Cualitativa.. Editores Textos Mexicanos. Mexico.pp 20-85.
- Seal DW, Ehrhardt AA. (2004) HIV – Prevention – related sexual promotion for heterosexual men in the United States: pirfalls and recommendation. Arch Sex Behav. 23 (3) 211 – 22.
- Shriver MD, Everett C, Morin SF. (2000). Structural Intervention to encourage primary HIV prevention among people living with HIV. AIDS. 14 Suppl 1: S 57-62.
- UNAIDS. (2003) Report on the global HIV / AIDS epidemic.
- Vázquez E. (2002) Impacto del VIH / SIDA en la calidad de vida. XIV Conferencia Internacional sobre el SIDA. Barcelona



SOCIEDAD ACTUAL E INMIGRACIÓN: EL RETO DE LA ENFERMERÍA HUMANISTA

Ruiz Salvador, D; Torralbo Ojeda, E; Ortiz Morales, M.A; del Pino Alcaraz, M.I.; Artero López, C.



NOWADAYS SOCIETY AND IMMIGRATION: A CHALLENGE FOR HUMANISTIC NURSING

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La realidad demográfica de nuestro planeta hoy por hoy, está abocada a la multiculturalidad. Así muchos conceptos como el de salud y enfermedad deben ser redefinidos en función a la nueva situación social así como las relaciones a establecer entre personal sanitario-usuario del sistema. La enfermería, por su formación orientada a la persona como un conjunto bio-psico-social y cultural, es la profesión que más puede acercarse a la respuesta que poco a poco se va solicitando del mundo asistencial. El abordaje de campos de actuación que quedaron en segundo plano mientras el sistema sanitario concebía la atención desde una perspectiva biologicista, vuelven a cobrar sentido

ahora y de forma progresiva en la medida en que la sanidad se hace más permeable a una concepción de la persona más humanista.

La salud deviene como un fenómeno estrechamente ligado a las condiciones de vida de la población, que sólo puede ser explicado por medio de un enfoque integral y sistémico. Es un proceso inmerso en la dinámica social donde se pueden identificar seis grandes dimensiones: biológica, ecológica, sociológica, psicológica, económica y de los servicios de salud. Las ciencias sociales han realizado y hacen grandes aportes a la nueva concepción o visión que proponen los estudiosos de cómo influyen los problemas sociales en la salud humana, a la hora de abordar el proceso salud enfermedad, y pretenden no sólo identificar en el hombre la enfermedad que lo aqueja, la biología de esta, su causa y la conducta a seguir; sino verlo y abordarlo como un ser no sólo biológico sino también psicosocial que siente, sufre y padece, o sea, donde la espiritualidad también adquiere valor, que reconoce que el hombre vive inserto en sociedad o en un entorno determinado, por tanto, todas las relaciones que establezca dentro de éste, de alguna manera, influyen positiva o negativamente sobre él, puesto que el hombre es un producto de su medio.

También la teoría de los cuidados culturales de Madeleine Leininger trata sobre la importancia de brindar un cuidado de enfermería según sea la cultura del paciente al que se le esté brindado el cuidado. Leininger desarrolló su teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales, basada en su convicción de que las personas de culturas diferentes pueden ofrecer información y orientar a los profesionales para recibir la clase de cuidados que desean o necesitan de los demás. La cultura determina los patrones y estilos de vida que tienen influencia en las decisiones de las personas, esta teoría ayuda a la enfermera a descubrir y documentar el mundo del paciente y utiliza sus puntos de vista étnicos, sus conocimientos y sus prácticas

en conjunción con una ética apropiada (conocimiento profesional) como base para adoptar acciones y decisiones profesionales coherentes con los modos culturales.

Así el papel de la enfermera incrementa su relevancia en las nuevas concepciones sanitarias que giran en torno al individuo como eje del sistema sanitario al ofrecérsele la oportunidad de ajustar su actuación a las pautas culturales, sociales, demográficas, psicológicas, derivadas de las condiciones de vida ... que perfilan las necesidades de los grupos cada vez más heterogéneos.. Es por ello que el profesional de la enfermería debe nutrirse ahora más que nunca del saber de diferentes disciplinas como la antropología, psicología social, sociología o geografía humana, en definitiva, se precisa de un bagaje de conocimientos suplementarios en los que generalizamos como humanidades (o ciencias humanas y sociales) que permitan un abordaje holístico de las necesidades de los individuos y comunidades.

Este es el planteamiento que aceptamos como más acertado en la sociedad de hoy, y en concreto, con respecto a los cuidados en la población inmigrada. Así nos surge la necesidad de llevar a cabo un estudio de los diferentes aspectos referentes a la inmigración, que desde una perspectiva humanística, nos aportan información sobre las pautas de actuación más adecuadas en estos grupos poblacionales. Por tanto nos marcamos como punto de interés de nuestro trabajo el análisis, partiendo de lo general a lo más específico de nuestro ámbito de actuación geográfico, de diferentes elementos demográficos, psicológicos, antropológicos y sociales que marcan unas pautas de actuación muy definidas con respecto a la demanda de asistencia sanitaria en la población inmigrada.

MATERIAL Y MÉTODO

La determinación de un objetivo a estudio tan amplio obliga necesariamente a la combinación de diferentes métodos para la recopilación y análisis de datos entrelazando tanto técnicas cuantitativas como cualitativas. En este caso el planteamiento es a través de un estudio descriptivo trasversal basado en revisiones bibliográficas, consulta de documentación clínica y humanística, así como aportaciones cualitativas a través de grupos nominales y

trabajo de campo elaborados en el último semestre del año dos mil cinco.

RESULTADOS

Es un hecho evidente que el proceso inmigratorio se ha ido acentuando de manera progresiva en los últimos años, así nos lo demuestran los datos que expone el Instituto Nacional de Estadística (INE) (Tabla 1). Aquí apreciamos el progresivo incremento de individuos que se registran en los padrones municipales de todos los ayuntamientos de España que aparecen nacionalidad no española y lugar de residencia habitual aquí. Hemos evolucionado hacia un crecimiento exponencial si bien primera vista observamos ciertas irregularidades que tienen que ver con los cambios en cuanto a los requerimientos para ser incluidos en el padrón municipal y la influencia de los procesos de regularización, en tal inclusión. En lo referente a la distribución por edad es evidente una franja dominante de edad que abarca entre los 20 a 40 años lo que nos revela que efectivamente hablamos de movimientos demográficos que presentan un clara base laboral con una distribución en cuanto al sexo más o menos equitativa (Tabla 2).

En lo referente a los lugares de destino, vemos que se produce una distribución muy irregular entre las diferentes comunidades, ello nos lleva a pensar que efectivamente aparecen una serie de espacios diana hacia los cuales parece dirigirse en su mayoría la inmigración, estableciendo como límite inferior la mitad del valor porcentual de la comunidad que más inmigrantes recibe (por presentar el resto de comunidades valores poco significativos respecto a las anteriores), observamos que es en Cataluña, Madrid, Comunidad Valenciana y Andalucía donde se concentran casi el 70 % de la población inmigrada (Gráfico 1). También comprobamos cómo Andalucía se encuentra entre aquellas de mayor presencia de inmigrados, por lo que procederemos ahora a desglosar esta distribución por provincias (Tabla 3). De ello obtenemos que la provincia que soporta el mayor número de inmigrados es Málaga seguida de Almería con una diferencia importante con respecto al resto de provincias, pero tratando de establecer la proporción de inmigrados por habitante obtenemos que Almería a pesar de que no es la

provincia con mayor número de éstos si presenta la mayor proporción de inmigrados empadronados respecto a la población total; con lo cual la sensación subjetiva de confluencia de individuos de diferentes nacionalidades se objetiviza (Tabla 4).

Circunscribiéndonos ahora a nuestro ámbito de actuación, hemos de tener en cuenta que el municipio de Níjar es el que más ha crecido poblacionalmente de todo el levante almeriense en los últimos años, con una sucesiva masculinización de la población que supone un 59% del total. Ello es debido en gran parte a la afluencia de inmigrados puesto que la estructura de género de este grupo no es igualitaria de tal modo que del total de éstos el 44% son hombres mientras que de las mujeres empadronadas son sólo un 24%.

En cuanto a la distribución por lugar de procedencia, del total de extranjeros empadronados (9.510 un 39% de la población), el 59% son magrebíes, el 24% de Europa Empobrecida, el 6% procedentes de la Europa Enriquecida, el 5% de Latinoamérica, el 4% sudsaharianos, algo más del 1% de Asia y menos del 1% de América del Norte. En los núcleos de más de 1000 habitantes la proporción de población extranjera son: Campohermoso 27%; San Isidro 16% y Níjar 2,9%, sin embargo hemos de tener en cuenta que el lugar de residencia de los inmigrados no suele ser en el mismo núcleo urbano, de hecho sólo lo hacen aquellos procedentes de países con rentas iguales o superiores a las españolas. Normalmente la residencia se fija en cortijadas o en las instalaciones de la propia explotación agraria, pues es el sector primario la principal fuente de riqueza de la comarca, aunque la progresiva saturación de la oferta de mano de obra ha ido trasformando esta zona de un lugar de destino a una zona de tránsito hacia destinos con más demanda de trabajadores poco especializados. Si nos centramos en el análisis de estas cortijadas obtenemos una serie de indicadores sobre la calidad de vida que aquí desarrollan los inmigrados (datos obtenidos a través de trabajo de campo y publicados previamente por la Asociación Pro derechos Humanos de Andalucía). En estas cortijadas (13 en toda la comarca) habitan el 54, 1% de la población inmigrada, y prácticamente el 40-45% restante en las explotaciones agrícolas. Respecto a la distribución por lugar de origen de

los residentes en ellas encontramos: magrebíes 67,4%, sudsaharianos 32,3% y residentes de países del este 0,3%. La distribución por sexo y edad: hasta un 95,4% son varones y en los intervalos por edad encontramos que efectivamente un mayor número de individuos tiene entre 20 y 40 años, al igual que la media nacional.

Haremos un inciso para aportar un dato relevante a tener en cuenta; que gran parte de la población inmigrada no consta en el padrón municipal, es más, según datos de la Asociación Pro derechos Humanos de Andalucía, de los inmigrados que residen en los diseminados poblacionales, sólo el 29,5 % están empadronados. Teniendo en cuenta que estos suponen la mayor parte del total de inmigrados, posiblemente nos estemos refiriendo a un grupo de personas que casi triplique los datos con los que trabajamos.

Pasamos ahora al estudio de la situación higiénico sanitaria del lugar de residencia de este grupo de inmigrados, siempre teniendo en cuenta que en las cortijadas es ventajosa respecto a los enclaves de las explotaciones:

- 1.- Presencia de basuras en los alrededores de las viviendas: 6 cortijadas presentan basuras de manera generalizada, 5 en algunos puntos aislados y en 2 de forma esporádica. A pesar de la instalación de equipamiento para depositar basura recientemente.
- 2.- Existencia de agua potable corriente: En 8 de las cortijadas no existe este servicio y en las cinco restantes de forma comunitaria.
- 3.- Corriente eléctrica: 9 enclaves sin posibilidad de acceso a la red y 4 con servicio de forma continua.

En cuanto a la distribución por sexo de los habitantes de las viviendas: en el 80,7% de los casos en las viviendas sólo habitan hombres, en el 9% de los casos en el núcleo hay sólo una mujer y el 10,3% presenta un núcleo familiar completo con hijos. Nos llama la atención el hecho de que los grupos disfrutan de las mejores situaciones de vivienda son normalmente los que cuentan además con alguna mujer que normalmente ha llegado a la zona por reagrupamiento familiar lo que implica que sus familiares o parejas han tenido la posibilidad de mejorar sus condiciones de vida y acceder a la regularización documental.

Si tratamos ahora los datos relativos a la asistencia sanitaria, obtendremos que el Hospital de Alta Resolución El Toyo abarca un área de influencia en la que habitan alrededor de 55.000 habitantes (54.485 según padrón municipal del 2005), de ellos, algo menos de la mitad (24.435), corresponden al municipio que hemos descrito; las otras dos entidades administrativas que tienen este hospital por centro sanitario especializado de referencia son Almería Periferia y Carboneras, pero es en la primera donde se concentran la mayoría de las explotaciones agropecuarias y por tanto, presenta con diferencia, la mayor tasa de población inmigrada tanto empadronada como no. El servicio de urgencias se convierte en el punto de contacto principal de este grupo con la asistencia sanitaria, tal y como analizaremos. En el periodo comprendido entre julio y diciembre del dos mil cinco (ambos meses inclusive), se atendieron en este servicio 15823 urgencias, de ellas el 52,5% (8307) correspondían a población adscrita a este centro. El total de asistencias a inmigrados residentes fue de 762 (9,2 %), la edad media de estos 30,3 años con una desviación estándar de 12,2, y una proporción de 52,13 varones por cada cien. Referente al lugar de origen, el 49% eran de origen magrebíes o sud sahariano con una relación por sexos de 94 a 6% hombre – mujer, lo que nos hace caer en la cuenta que la proporción de mujeres en el otro grupo de inmigrados compuesto por nacidos en países del este de Europa y Latinoamérica es similar a la de los hombres en los africanos.

Los motivos de consulta son:

1. Osteomusculares: 17%
2. Traumatismos: 11,7%
3. Dolor abdominal: 13,8%
4. Oícos: 4,3%
5. Odontalgias: 2,1%
6. Mareos: 1,1%
7. Genitourinarios: 9,6%
8. Gastrointestinales (GEA): 7,4%
9. Cefaleas: 6,4%
10. Ansiedad: 2,1%
11. Picaduras: 3,2%
12. Oftalmológicos: 7,4%
13. Solicitud de información: 2,1%
14. Respiratorios: 3,2%
15. Heridas: 3,2%

16. Dermatológicos: 3,2%

17. Otorrinolaringológicos: 2,1%

Y el destino tras la asistencia es:

- Su domicilio: 94,7%

- Su domicilio / consultas externas: 3,2%

- Ingreso: 2,1%

Como vemos se trata en su mayoría de patología banal que podría fácilmente ser tratada en los centros de atención primaria, lo que nos lleva a indagar sobre la causa de elegir este centro para solicitar la asistencia, sobre todo en la población africana cuyas pautas socio-culturales se alejan de las nuestras más, con respecto a los otros dos grupos étnicos, de las nuestras y se precisa de un mayor grado de mediación cultural.

Así para este grupo, la distancia desde los núcleos habituales de residencia a los centros de Atención Primaria (A.P.) es significativamente mayor a la que recorren para acceder al hospital (Tabla 5), sin embargo, ello no supone un impedimento para acudir aquí a pesar de dejar atrás los otros centros. De hecho acuden a través de vehículo normalmente de algún conocido o allegado y es más, es práctica habitual el acudir en más de una ocasión en días sucesivos si la clínica del motivo de consulta no mejora de forma inminente si bien es verdad que las horas de máxima afluencia de población inmigrada no se diferencia de las de población general. Esto nos induce al análisis de las razones que argumentan para justificar su acceso directamente a la atención secundaria:

- En primer lugar indican que no conocen la disponibilidad de servicios de urgencias en atención primaria.

- En otras exponen la situación de que no pueden trabajar o no tienen quien los cuide y que precisan de ingreso hospitalario.

- Percepción de mayor accesibilidad horaria al hospital mientras que los centros de primaria, salvo el centro de urgencias sólo están abiertos en turno de mañana.

- Imposibilidad de interrumpir la jornada de trabajo para acudir al médico.

En definitiva, el perfil del inmigrante africano que acude al servicio de urgencias es la del varón joven que acude por patología generalmente banal; que no supone una interrupción de su actividad

laboral, y cuya interrupción percibe como una amenaza por lo que demanda asistencia y recuperación rápida. Otra estampa típica es de un proceso fisiopatológico (traumatismo, deshidratación, malestar general, ...) que le impide acudir a las explotaciones agropecuarias pero no puede mantener tal situación puesto que no cuenta con reservas para su sustento o necesita alguien que le ofrezca unos cuidados mínimos que busca a través del ingreso. En este sentido debemos recordar que para la cultura árabe y musulmana los cuidados son dispensados por el género femenino, de tal manera que no es habitual que un varón mayor de edad se dedique al cuidado de otro y cubra las necesidades más básicas como la higiene, alimentación o acicalamiento por lo que a medida que el enfermo se va haciendo más dependiente queda más desprotegido y muchas veces es llevado al hospital más por necesidad de cuidados que de tratamiento médico.

En este sentido se plantea la necesidad de intervención desde el primer contacto con este grupo de población inmigrada que, por el conglomerado de características que presenta, vistas desde distintas perspectivas, se beneficiaría en un mayor grado de la mediación intercultural. Así desde el propio servicio de urgencias en la consulta de Recepción, Acogida y Clasificación de pacientes debe iniciarse un proceso de mediación que comprende actuaciones como Intermediación Cultural (Intervención NIC 7330) así como Guías del Sistema Sanitario (7400) o Educación Sanitaria (5510) en el más amplio abanico de posibilidades. Éste debe ser el inicio de un complejo entramado interdisciplinario que tenga como fin común alcanzar el mayor grado de bienestar físico y psíquico e integración sociocultural del individuo en la sociedad de recepción, siempre desde el respeto de las pautas culturales propias sin pretender una aculturación como fin último.

CONCLUSIONES

La disparidad de situaciones y polarización de los movimientos migratorios ha hecho que hoy por hoy, a pesar de reconocer este acontecimiento como global en nuestro entorno dé lugar a situaciones localmente diferenciadas que precisan de un análisis específico, como es el caso que tratamos. En estos casos la salud cobra un valor primordial

en tanto que nos referimos a personas que buscan unas perspectivas de futuro que pueden verse interrumpidas por la falta de esta, y cuya pérdida es vivida especialmente como una amenaza. Por otro lado, las pautas culturales y realidad social a que se enfrentan una vez llegados no se corresponden con las ideales o expectativas que esperaban, no obstante siempre hay un afán de mejora y de prosperar. Por otro lado, se ven envueltos en la mayoría de las ocasiones en una sociedad receptora en la que no faltan prejuicios y estereotipos, con inexistencia de espacios de relación con la población autóctona y reticencias a la hora de alquilarles viviendas o aceptarlos por vecinos, lo que alimenta aún más los aspectos mencionados. Ante esta realidad de nuestra sociedad cambiante, la profesión enfermera debe ir evolucionando al ritmo que marcan los tiempos y adaptándose a las demandas que solicita nuestro centro de atención: el hombre como ser completo. Se justifica ahora más que nunca la visión holística del individuo pero siempre desde el estudio y conocimiento profundo de todas las perspectivas que lo definen. Además como elemento generador de salud y bienestar el profesional enfermero debe potenciar, más si cabe, su capacidad de interaccionar y trabajar en colaboración con otros profesionales no sólo del equipo sanitario sino que también de otras disciplinas que incluso desde otras administraciones pueden colaborar en lo que en definitiva podríamos denominar como salud comunitaria. En este aspecto la enfermería de atención especializada, a la que siempre se la ha relacionado con la más pura concepción biologicista del sistema sanitario, al ser en la mayoría de los casos el primer punto de relación entre el inmigrado y sistema sanitario, cobra importancia en tanto que depende en gran medida de su actitud y aptitud la posibilidad de que ese relación se forje y a partir de ella se inicie un verdadero proceso de integración en el que sea verdaderamente el individuo, con independencia de su lugar de procedencia, el eje de la atención sanitaria.

BIBLIOGRAFÍA

- AEED (1995) "Ante la marginación social las enfermeras responden", Libro de actas de las XVIII sesiones de trabajo organizadas por la Asociación Española de Enfermería Docente, Madrid.

- Aguirre Raya D.(2004)“Fundamentos de la relación enfermera-persona sana o enferma” Rev Cubana Salud Pública ;30(4)
- Allué, M. “La gestión del morir: hacia una antropología del morir y de la enfermedad terminal” Jano 653.
- Asociación Pro derechos humanos de Andalucía.(2005)“Sobre la situación de las cortijadas y sus habitantes en el Campo de Níjar”. Delegación de Almería. Edición propia.
- Bacote-Campinha J. (1996) A culturally competent model of nursing management. Surgical Services Management; 2 (5): 22-25.
- Baraza Cano, M P.(2005) En “Identificación de Diagnósticos Enfermeros en población inmigrante del Distrito Poniente de Almería”.Enf. Comun.; 1 (1)
- Barroso RZ, Torres EM.(2001) Fuentes teóricas de la enfermería profesional. Su influencia en la atención al hombre como ser biopsicosocial. Rev Cubana Salud Pública;27(1):11-8.
- Boff L.(1999) Saber Cuidar. Ética pelo humano- compaixão pela terra. 3ª ed. Petrópolis. Editora Vozes.
- Brink, P.J. (1999) Transcultural versus cross-cultural. Journal of Transcultural Nursing.; 10(1), 6.
- Bushy A. (1992) Cultural considerations for primary health care: where do self-care and folk medicine fit? Holistic Nurs Pract.; 6 (3): 10-18.
- Collière, F.(1993) “Promover la vida”. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. Ed. Interamericana, Madrid.
- Comelles, J.M.; Martínez A. (1993) en Enfermedad, Cultura y Sociedad, Ed. Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- “Cultura de los cuidados” Revista de Enfermería y Humanidades, seminario de Historia y Antropología de los cuidados enfermeros, Departamento de Enfermería, Universidad de Alicante.
- Ferro, N.(1991) en El instinto maternal o la necesidad de un mito, Ed. Siglo XXI de España editores, Madrid.
- García García, J. L. (1985) “Enfermedad y cultura”, Jano. Nº 643-H, Madrid: 83-90.
- Gómez García, P.(2000) “Globalización cultural, identidad y sentido de la vida”, Gazeta de Antropología, nº 16, texto 16-02
- Good, B. J.(2003) Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica. Bellaterra: Barcelona.
- Grossman D.(1994) Enhancing your ‘cultural competence’. American Journal of Nursing. 58-62.
- Leininger, Madeleine (1970) Nursing and anthropology: Two worlds to blends. Ed. John Wiley & Song. New York. EE.UU.
- Leininger, Madeleine (1974) Health care dimension. Ed. F.A. Davis. Philadelphia. EE.UU.
- Malgesini, G. (y C. Giménez) (2000) Guía de conceptos sobre migraciones, racismo e interculturalidad. Madrid, Catarata.
- Marriner – Tomey, Ann, Raile Alligow, Martha (1999) Modelos y Teorías en Enfermería. Madrid: Editorial Harcourt Brace.
- Martínez, A. et al, (1998) en “Trabajo Social y Salud”. Antropología de la medicina, nº 29, marzo, 1998 y nº 31, diciembre, 1998.
- McKennis A.(1999) Caring for the islamic patient. Association of Operating Room Nurses. AORN Journa;. 69 (6): 1.185-1.202.

- Perdigueru, E; Comelles, J. M. (eds.) (2000) Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina. Bellaterra: Barcelona.
- Purnell L, Paulanka B, editores. (1998) Transcultural Health Care. Philadelphia: F. A. Company.
- Rodríguez Regueira, J. L. (2001) “Multiculturalismo. El reconocimiento de la diferencia como mecanismo de marginación social”, Gazeta de Antropología, nº 17, texto 17-04.
- Rojo N, García R. (2000) Sociología y salud. Reflexiones para la acción. Rev Cubana Salud Pública; 24(2):91-100.
- Siles J, editor. (2000) Antropología narrativa de los cuidados. Alicante: CECOVA.
- Solas, O; Ugalde, A. (1997) Inmigración: salud y políticas sociales. Escuela Andaluza de Salud Pública: Granada.
- Vasquez Trussi, Marta (2001) El cuidado de enfermería desde la perspectiva transcultural: una necesidad en un mundo cambiante. <http://tone.udea.edu.co/revista/>

ANEXO:

Tabla 1. - Evolución cifras absolutas anuales de Inmigrantes empadronados en España.

	Ambos sexos	Varones	Mujeres
1998	56.264	28.103	28.161
1999	97.983	49.495	48.488
2000	329.394	177.279	152.115
2001	392.615	209.852	182.763
2002	441.477	231.893	209.584
2003	428.008	222.306	205.702
2004	642.617	353.122	289.495
2005	4.391.484	2.296.052	2.095.432

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE).

Tabla 2.- Distribución de la población inmigrante por grupos de edad y sexo. Año 2005.

	Varones	Mujeres	Ambos sexos	
	Valor absoluto	Valor absoluto	Valor absoluto	Porcentaje
De 0 a 4	86.434	81.518	167.952	4,50
De 5 a 9	93.540	88.499	182.039	4,88
De 10 a 14	92.173	86.549	178.722	4,79
De 15 a 19	99.399	91.905	191.304	5,13
De 20 a 24	193.038	182.322	375.360	10,06
De 25 a 29	318.440	263.137	581.577	15,59
De 30 a 34	309.363	235.200	544.563	14,60
De 35 a 39	246.154	188.775	434.929	11,66
De 40 a 44	174.966	143.571	318.537	8,54

De 45 a 49	117.646	103.749	221.395	5,93
De 50 a 54	73.961	75.571	149.532	4,01
De 55 a 59	52.355	59.229	111.584	2,99
De 60 a 64	45.087	48.694	93.781	2,51
De 65 a 69	38.024	36.413	74.437	2,00
De 70 a 74	24.432	23.304	47.736	1,28
De 75 a 79	14.593	14.862	29.455	0,79
De 80 a 84	8.018	9.081	17.099	0,46
Mas de 85	4.411	6.197	10.608	0,28
TOTAL	1.992.034	1.738.576	3.730.610	100,00

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE).

Tabla 3.- Distribución población inmigrante por Provincias en Andalucía.

	Valor Abs.	%
ANDALUCÍA	88.894	100
Almería	26.205	29,48
Cádiz	5.310	5,97
Córdoba	3.433	3,86
Granada	8.298	9,33
Huelva	4.283	4,82
Jaén	2.194	2,47
Málaga	31.523	35,46
Sevilla	7.648	8,60

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE).

Tabla 4.- Proporción de inmigrantes por autóctonos en Provincias de Andalucía.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE).

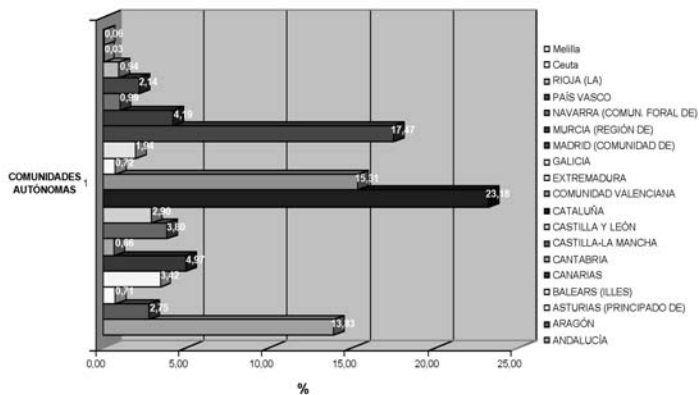
	INMIGRANTES	POBL. TOTAL	%
Almería	26.205	612.315	4,28
Cádiz	5.310	1.180.817	0,44
Córdoba	3.433	784.376	0,44
Granada	8.298	860.898	0,96
Huelva	4.283	483.792	0,89
Jaén	2.194	660.284	0,33
Málaga	31.523	1.453.409	2,17
Sevilla	7.648	1.813.908	0,42
ANDALUCÍA	88.894	7.849.799	1,13

Tabla 5.- Distancia (en Km) desde los principales núcleos de viviendas de población magrebí y sud-sahariana a los centros de Atención Primaria (A.P.) y Hospital de Alta Resolución El Toyo.

CORTIJADA	CENTRO DE AP DE REFERENCIA	KM CENTRO DE AP	KM H. EL TOYO
ALMARAZ	CAMPOHERMOSO	2	21
BERMEJO, EL	CAMPOHERMOSO	7	26
BERNARDO, SAN	CAMPOHERMOSO	5	24
CAMINO DEL CALVO	CAMPOHERMOSO	1,5	19
SALADAR Y LECHE	CAMPOHERMOSO	3	22
BALSASECA	SAN ISIDRO	0,5	14,5
CABEZUELO, EL	SAN ISIDRO	6	20,5
CAZADORES, LOS	SAN ISIDRO	10	11
DON DOMINGO	SAN ISIDRO	2	14
GRANAINO, EL	SAN ISIDRO	2,5	17,5
JARDIN, CAMINO DEL	SAN ISIDRO	0,1	14,9
NIETOS DE ABAJO	SAN ISIDRO	10	22
ZUCOSA	SAN ISIDRO	1	16

Elaboración propia.

Gráfico 1.- Distribución de la población inmigrada por Comunidades Autónomas..



GESTIÓN DE CUIDADOS DE SALUD Y COMPETENCIA CULTURAL

Dña. Isabel Casabona Martínez

*Profesora Asociada, Dpto. Enfermería, Universidad de Alicante.
Coordinadora de Enfermería Área de Urgencias y Cuidados Críticos, Clínica
Vistahermosa, Alicante*

Dr. Manuel Lillo Crespo

*Profesor Asociado, Dpto. Enfermería, Universidad de Alicante.
Coordinador de Enfermería Área de Hospitalización y Servicios Centrales,
Clínica Vistahermosa, Alicante*



HEALTHCARE MANAGEMENT AND CULTURAL COMPETENCE

SUMMARY

In the European Union, Spain is seen as a “nation of services”; therefore, the whole of society, both in Spain and in Europe, must prepare for plural cohabitation. Health and sickness are daily occurrences for people and groups, and have become a part of everyday life for various social and cultural groups. The Spanish healthcare system, and more specifically the Alicante system (both public and private), are accustomed to catering for patients/customers from different cultural backgrounds. Regarding Nursing Management, the need has been observed to create schemes for the management of clinical practice, identifying and understanding the specific characteristics of our patients, in order to make decisions and intervene

in health planning (Andrews, 2003). This requires a consideration of cultural care, beliefs, references and ways of living of people from both similar and different cultures; this will yield profitable and satisfactory results concerning the general quality of healthcare, as perceived by patients/customers.

From June 2001, an intereuropean social and health project has been carried out for the reduction of waiting time for surgical procedures, by the Dutch Healthcare System and the Clínica Vistahermosa in Alicante, Spain.

What kind of care management has been implemented in clinical practice?

An attempt has been made to avoid ethnocentrism, i.e. believing that our Spanish standards are the suitable and relevant ones, but also no attempt has been made to transfer a “hospital from the Netherlands” into Spain.

A negotiation-management process has been designed.

KEY WORDS: management, nursing, cultural care, cultural phenomena, health, health planning, satisfaction, quality perception, quality, cultural group, intereuropean project, waiting lists, health tourism.

RESUMEN

En la Unión Europea, España se presenta como nación de servicios, tanto la sociedad española como la europea deben prepararse para una convivencia plural. La salud y la enfermedad son realidades cotidianas de las personas y

los colectivos. El cuidado de la salud y la enfermedad forman parte de la vida de las personas en los diferentes grupos socioculturales. El sistema sanitario español y en concreto el sistema sanitario alicantino, tanto público como privado, se encuentra acostumbrado a trabajar con pacientes-clientes procedentes de diversas culturas. Desde la Gestión de Enfermería se ve la necesidad de crear programas de gestión de la práctica clínica, identificando y comprendiendo las peculiaridades de los pacientes con los que se trabaja, siendo capaces de tomar decisiones e intervenir en la planificación sanitaria (Andréws, 2003) tomando en cuenta los valores de los cuidados culturales, las creencias, las referencias y formas de vida de la gente de culturas similares y diversas, para obtener resultados beneficiosos y satisfactorios en cuanto a la calidad asistencial global, percibida por el paciente-cliente. Desde junio de 2001, se está llevando a cabo un Proyecto Socio sanitario Intereuropeo de disminución de listas de espera quirúrgicas entre el Sistema de Salud holandés y la Clínica Vistahermosa de Alicante, España.

En la práctica clínica ¿qué Gestión de Cuidados se ha realizado?

Se ha intentado no caer en el etnocentrismo, de pensar que sólo lo nuestro es lo adecuado y pertinente, tampoco intentar trasladar “un hospital de su país” a España...

Se trata de realizar una NEGOCIACIÓN - GESTIÓN.

PALABRAS CLAVE: Gestión-Enfermería-cuidados culturales- fenómeno cultural-salud-planificación sanitaria satisfacción-calidad percibida-calidad-grupo cultural-proyecto intereuropeo-listas de espera-turismo sanitario.

En la Unión Europea, España se presenta como nación de servicios, tanto la sociedad española como la europea deben prepararse para una convivencia plural

En el contexto del Estado español, las Comunidades Autónomas, con o sin competencias en materia sanitaria reconocen el aumento importante de asistencias de salud, a pacientes extranjeros, comunitarios o no, esto implica cuidados de salud, cuidados de enfermería especiales (Lillo 2005).

En la actualidad y mientras se prepara una legislación sanitaria europea completa, ¿cómo se articula este consumo de asistencia sanitaria?

La atención a ciudadanos europeos desplazados corresponde a aquellos que realizan visitas temporales, la mayoría turistas, sería un primer grupo de pacientes-clientes, la atención que recibe será facturada por el país donde ha sido atendido y sufragada por su país de origen. Un segundo caso sería situaciones especiales donde un paciente necesita un tratamiento médico que solo puede recibir en otro país, en este caso debe haber una autorización de su Sistema Nacional de Salud para la realización de ese tratamiento en el extranjero, la factura será enviada a la seguridad social del país de origen del paciente.

Un tercer supuesto se encuentra en el ciudadano comunitario que reside temporalmente en España, (Costa Mediterránea) paciente de edad, jubilado, historia de enfermedades previas... y con residencia de mínimo 5-6 meses en España (Casabona, 2003), es un importante consumidor de recursos sanitarios, diferenciando la asistencia puntual de un problema de salud y la asistencia, control y seguimiento de una enfermedad crónica o tal vez la necesidad de una intervención quirúrgica: oftalmología, traumatología, implantación marca-pasos... la mayoría de las veces sigue censado en su país de origen por lo que no consta su presencia a afectos económico-sociales-sanitarios en el país de acogida, en este caso España.

Como se demuestra, el sistema sanitario español y en concreto el sistema sanitario alicantino, tanto público como privado, se encuentra acostumbrado a trabajar con pacientes-clientes procedentes de diversas culturas y sin embargo no se ha detectado interés por el estudio acerca de la gestión-organización en materia de salud de sus cuidados, relacionados con el respeto relativo a su universo cultural, a sus creencias, valores... lo cual implica una situación de “choque cultural” por la no-adaptación de las instituciones y su gestión de cuidados a contextos culturalmente diferentes.

La salud y la enfermedad son realidades cotidianas de las personas y los colectivos. En todos los grupos sociales se encuentran personas, habilidades, prácticas, valores e instituciones sociales que se han estructurado alrededor de las necesida-

des, problemas, intereses, conceptos y vivencias sobre la salud y la enfermedad. El cuidado de la salud y la enfermedad forman parte de la vida de las personas en los diferentes grupos socioculturales.

El cuidado de salud como práctica social ya sea cotidiana o institucional, tiene su génesis y su estructura a través del saber cultural, las instituciones sociales y las personas. El cuidado de enfermería nace de esta raíz común con el cuidado de la salud. En los diferentes grupos sociales se encuentran formas diversas de sistemas de salud que corresponden a formas particulares de comprender el fenómeno salud-enfermedad y a elementos sociales en el contexto en el que se desarrolla la vida del grupo; estos elementos definen el horizonte salud-enfermedad de la gestión-organización del cuidado de enfermería.

Actualmente, se espera de los profesionales de enfermería que cuiden a pacientes-clientes procedentes de diversas culturas, esto es debido en gran parte a la gran movilidad geográfica de personas característica de esta sociedad, apoyado en las nuevas tecnologías en comunicación y transportes.

La disciplina enfermera desde la perspectiva antropológica, aborda los cuidados de salud desde un enfoque cultural, nace un área formal de estudio, la Enfermería Transcultural, con el fin de proporcionar cuidados de Enfermería culturalmente congruentes, sensibles y competentes a las personas de diferentes culturas (Leininger 1995). Se estudia Antropología de los Cuidados con mecanismos para la satisfacción de necesidades relativas a situaciones de salud-enfermedad de una determinada cultura, realizando análisis comparativo intercultural (Siles 1992) como establece la Enfermería Transcultural.

Por otra parte, se valora la necesidad de crear modelos de Cuidados culturalmente competentes y globales, los Cuidados de Enfermería Globales, entendiendo que hay que atender el contexto global de la situación del paciente-cliente (Lipson, 2000).

Los modelos y teorías, son importantes en la organización del pensamiento en un campo tan complejo y extenso.

Los modelos de enfermería transcultural, son americano-europeos en origen, y tienen tendencia

a guiar el pensamiento en una manera racional y lineal.

Las características de los estudios de gestión y cuidados culturales, se enmarcan en el área de la Enfermería Transcultural.

Si los profesionales de la gestión sanitaria de Enfermería, comprenden las peculiaridades de los pacientes con los que trabajan serán capaces de tomar decisiones e intervenir con una planificación sanitaria (Andréws, 2003) que tome en cuenta los valores de los cuidados culturales, las creencias, las referencias y formas de vida de la gente de culturas similares y diversas, para obtener resultados beneficiosos y satisfactorios en cuanto a la calidad asistencial global, percibida por el paciente-cliente.

Desde la Gestión de Enfermería se ve la necesidad de crear programas de gestión de la práctica clínica donde se atienda la diversidad cultural de los pacientes-clientes atendidos por el profesional de enfermería en las unidades asistenciales de los centros sanitarios europeos.

¿Cómo realizar una Gestión Transcultural de Cuidados de Enfermería en pacientes con diferentes valores, creencias, identidades y que proceden de diferentes Sistemas de Salud... se puede considerar una forma de Gestión diferente?

Desde junio de 2001, se está llevando a cabo un Proyecto Socio sanitario Intereuropeo de disminución de listas de espera quirúrgicas entre el Sistema de Salud holandés y la Clínica Vistahermosa de Alicante, España (actualmente 576 pacientes atendidos).

En la práctica clínica ¿qué Gestión de Cuidados se ha realizado?

¿Cómo incluir aspectos culturales en los Programas de Gestión de Cuidados de Enfermería?

Se ha intentado no caer en el etnocentrismo, de pensar que sólo lo nuestro es lo adecuado y pertinente, tampoco intentar trasladar "un hospital de su país" a España...

Se trata de realizar una **NEGOCIACIÓN - GESTIÓN**.

Se identificaron (Giger y Davidhizar, 1995) una serie de fenómenos culturales como impactantes para la salud, como son la comunicación, el espacio, el tiempo, la organización social, el entorno y las variables biológicas, que han sido útiles

como herramientas de asesoramiento práctico en enfermería y útiles también a la hora de programar y organizar esos cuidados culturalmente apropiados.

El cuidado culturalmente diverso y su aspecto organizativo y de gestión, puede estar de manifiesto en todos los emplazamientos clínicos, en cuanto al nivel de cuidado tanto primario, secundario y terciario y en cuanto a los conocimientos e información relevante cultural, siendo útil para las enfermeras/os en la implementación y planificación de todo lo concerniente a los cuidados, regímenes de tratamiento... de manera única para cada grupo de pacientes-clientes.

Las experiencias obtenidas durante la creación y desarrollo del proceso de Gestión de Cuidados Culturales en Clínica Vistahermosa se pueden concluir

*en relación con el

PACIENTE : SATISFACCIÓN PERCIBIDA ACERCA DE LOS CUIDADOS RECIBIDOS.

ENFERMERÍA: ADQUISICIÓN DE COMPETENCIA CULTURAL.

PRESTIGIO PARA LA INSTITUCIÓN y continuidad en proyectos intereuropeos.

Cuando el paciente percibe aspectos de su identidad cultural en la Gestión de Cuidados, percibe unos cuidados de Calidad. **GESTIÓN TRANSCULTURAL DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA... GESTIÓN CALIDAD ASISTENCIAL TOTAL.**

BIBLIOGRAFÍA

- ANDREWS, M.M and BOYLE, J.S , Transcultural Concepts in Nursing Care. Cap 12.Lippincott. 2003 (4ª edición)
- CASABONA, I. (2003) "Enfermería y Gestión de la Transculturalidad en el contexto de la práctica clínica: Análisis de la Calidad percibida por el paciente de nacionalidad holandesa, perteneciente al proyecto Sanitario: Plan de Choque Europeo, hospitalizados en Clínica Vistahermosa de Alicante, España"
- Suficiencia Investigadora, octubre 2003. Programa de Doctorado en Antropología Biológica y de la salud. Universidad de Alicante. Index de Enfermería(Base de Datos).
- GIGER, J.N. and DAVIDHIZAR, R.E. (1995). Transcultural Nursing. Assessment and Intervention. Edt. Mosby. Cap 1.
- LEININGER, M. (1995) Transcultural Nursing. McGraw-Hill. Nueva York.
- LILLO, M. (2005) "Asesoramiento en Cuidados Culturalmente competentes y evaluación de la satisfacción en el paciente holandés del plan de choque intereuropeo. Una investigación cualitativa y transcultural en el contexto de la práctica de enfermería". Tesis Doctoral. Doctorado Doctorado en Antropología Biológica y de la salud. Universidad de Alicante.
- LIPSON, J. (2000) Cultura y Cuidados de Enfermería. Index de Enfermería. Granada. Año 9. N° 28-29.
- SILES, J. (1992) La Enfermería comparada: Un instrumento para canalizar y sistematizar las experiencias y conocimientos de una profesión transnacional. Enfermería Científica. N°124-125.1



FENÓMENOS MIGRATORIOS, COMPETENCIA CULTURAL Y CUIDADOS DE SALUD

Dr. Manuel Lillo Crespo

*Profesor Asociado, Dpto. Enfermería, Universidad de Alicante.
Coordinador de Enfermería Área de Hospitalización y Servicios Centrales,
Clínica Vistahermosa, Alicante.*

Dña. Isabel Casabona Martínez

*Profesora Asociada, Dpto. Enfermería, Universidad de Alicante.
Coordinadora de Enfermería Área de Urgencias y Cuidados Críticos, Clínica
Vistahermosa, Alicante.*



MIGRANT PHENOMENA, CULTURAL COMPETENCE & HEALTH CARES

ABSTRACT

Nowadays, societies are exposed to multiple geographic movements so that bigger knowledge of cultural differences and equalities from distinct ethnic groups is needed and it becomes a profit for health organizations and programs, as well as recognizing the need of health professional education on adequate knowledge, skills and essential sources to provide sensitive culturally competent cares. That kind of culturally competent and congruent care could be defined as: "...the competence, that takes part in the caring process, which is within the nursing practice, that implies an anthropological view, from a qualitative perspective, with a holistic point of view, implying an specific nursing analysis...and so that is related with clinical practice, communication, professional and research ethics, nursing research, nursing education, management in cares, health education, etc..."; and would help to improve the caring pro-

cess of that type of culturally different patients, determining the good function of health systems, improving patient satisfaction and gradually arriving to changes in the practice of caring with patients from other cultural groups.

KEY WORDS: Migrant phenomenon, cultural competence, geographical movement, culturally competent cares, transcultural nursing.

RESUMEN

Actualmente y ante la gran movilidad geográfica a la que asisten las distintas sociedades, se hace necesario un mayor conocimiento de las semejanzas y diferencias culturales de dichos grupos étnicos por parte de las organizaciones y los programas sanitarios, así como reconocer la necesidad de preparar a los profesionales en conocimientos, habilidades y recursos esenciales para la provisión de cuidados competentes y culturalmente sensibles. Este tipo de cuidado culturalmente congruente y competente se podría definir de la siguiente forma: "...se trata de una capacidad, que forma parte del continuum de los cuidados, que es inherente a la práctica enfermera, que implica una mirada antropológica, de carácter cualitativo, que subyace de la perspectiva holística e implica un análisis enfermero específico... y que por tanto estará relacionada con la práctica clínica, la comunicación, la ética profesional e investigadora, la investigación en cuidados, la formación y docencia enfermera, la gestión de los cuidados, la educación para la salud, etc..."; y ayudaría a mejorar el cuidado de este tipo de pacientes cultural-

mente distintos, favoreciendo el buen funcionamiento de los sistemas sanitarios, mejorando la satisfacción del paciente y gradualmente llegar a cambios en la práctica de cuidar con los pacientes de otros grupos culturales.

PALABRAS CLAVE: Fenómenos migratorios, competencia cultural, movilidad geográfica, cuidados culturalmente competentes, enfermería transcultural.

Aunque actualmente ninguna nación escapa a las influencias de los flujos migratorios, turísticos y en general de movilidad geográfica; en la Europa contemporánea y ante la perspectiva de la llegada continua de individuos de otros orígenes étnicos, la interrelación y mediación cultural van a formar parte de la organización de todas las macro y micro estructuras que conforman la sociedad, entre ellas los sistemas sanitarios. Además de los problemas físicos, la omisión de las creencias en salud así como las prácticas o ritos que diferentes culturas llevan a cabo, pueden ocasionar serios problemas de salud que conciernen al trabajo de los profesionales de los cuidados y sus pacientes-clientes. Es por todo ello que se hace necesario un mayor conocimiento de dichas semejanzas y diferencias culturales por parte de las organizaciones y los programas sanitarios, así como reconocer la necesidad de preparar a los profesionales en conocimientos, habilidades y recursos esenciales para la provisión de cuidados competentes y culturalmente sensibles. También resulta necesario integrar programas donde se atienda a la diversidad cultural en el trabajo de los profesionales sanitarios y en especial de enfermería de las diferentes instituciones sanitarias de la Unión Europea con la finalidad de aportar una mayor calidad en los cuidados a los pacientes procedentes de otras culturas.

En cuanto a la Demografía de movilidad geográfica en España, podríamos decir, según datos aportados por distintas organizaciones que:

- Más de 100 millones de personas en todo el mundo se desplazan anualmente desde sus lugares de origen para poder sobrevivir.
- El nº de extranjeros residentes en España se ha triplicado en 6 años pasando a ser 3,7 millones

(8,5 del total de la población española) + 1.977.000 con tarjeta de residencia + aquellos extranjeros ilegales que ni siquiera solicitaron dicho permiso (I.N.E., 2005)

- El 76,4% del incremento demográfico en España se debe a los inmigrantes (I.N.E., 2005)
- Por nacionalidades, destacan los ecuatorianos como los más numerosos, seguidos de marroquíes, colombianos y rumanos (I.N.E., 2005)
- En Andalucía encontramos el 13,62% de extranjeros de todo el Estado, siendo marroquíes el grupo más representativo (I.N.E., 2005)
- Alicante tiene el mayor porcentaje de residentes extranjeros de la Europa comunitaria en comparación con otras provincias españolas (C.E.D., 2002)
- El 77% de residentes extranjeros en Alicante son de la Europa comunitaria (C.E.D., 2002).

Aunque normalmente en la sociedad se habla del “inmigrante” que procede de países con problemática socioeconómica patente, como se observa la movilidad geográfica hace referencia a diferentes grupos –no exclusivamente el “inmigrante”– con características socioculturales diferenciables y clasificables en diferentes fenómenos como los que se muestran a continuación y todos ellos susceptibles de ser usuarios de los sistemas sanitarios:

Fenómeno migratorio

- Inmigrante en busca de vivienda y trabajo dignos. Procedente de naciones con problemática política y/o económica.
- Extranjero-residente habitualmente jubilado o trasladado por cuestiones profesionales. Procedente de naciones del primer mundo con alto nivel socioeconómico.

Fenómeno turístico

- Turista que pasa un período limitado de tiempo en la zona donde hace uso de los servicios turísticos.

Fenómeno sociosanitario de movilidad geográfica

- Paciente-cliente incluido dentro de los Planes de Choque Intereuropeos para reducir el problema de las listas de espera en sistemas sanitarios europeos.

Los ecos que cada sociedad actual se ha hecho acerca de los distintos fenómenos de movilidad



geográfica son diferentes. De hecho, existe una gran difusión en EEUU ante una gran necesidad y tradición en cuanto a movimientos migratorios. Existen certificaciones profesionales, formación universitaria, sociedades científicas, centros e institutos de investigación gubernamentales y universitarios, premios estatales, programas hospitalarios, etc... en relación a estos fenómenos de movilidad geográfica. Parece lógico que naciones con sistemas sanitarios sustentados por la gestión privada hayan invertido esfuerzos en rentabilizar este tipo de fenómenos.

En España curiosamente el comienzo ha sido lento ante una gran necesidad actual, quizás determinado por un sistema sanitario mayoritariamente público. De hecho, es ahora cuando comienzan a aparecer cursos on-line y presenciales para facultativos “Atención al inmigrante. Medicina Transcultural” (con reconocimiento del SNS) cuando hace años que existen iniciativas por parte del colectivo enfermero como es el caso de la revista “Cultura de los Cuidados”, la Asociación de Historia y Antropología de los cuidados, fundaciones de apoyo como la Fundación Index de Enfermería y formación en doctorados.

Algunas de las subdisciplinas que la profesión enfermera ha comenzado a emplear hace unos años, desde la perspectiva de la Enfermería y que hacen referencia a los cuidados culturales son: la “Enfermería Transcultural”, los “Cuidados Globales de Enfermería” y la “Enfermería Antropológica” cuyos objetivos principales se centran en asegurarse de que las necesidades en cuidados culturales de la sociedad global sean tratadas por profesionales de los cuidados “culturalmente

competentes” o que ejerzan la “competencia cultural aplicada a los cuidados”. Como se observa las 3 ramas enfatizan en el estudio comparativo y sistemático intercultural para identificar las diferencias y similitudes culturales que dan lugar a distintas o iguales formas de practicar y percibir los cuidados. Los conceptos de cultura y cuidado están estrechamente vinculados al origen de estas 3 subdisciplinas y determinan su interés por el desarrollo de temas como la “Competencia Cultural aplicada a los cuidados” o “cuidados culturalmente competentes”, convirtiéndose en el denominador común o tema estrella de aquellas subdisciplinas relacionadas con los cuidados culturales. Podría afirmarse pues que la Enfermería necesita moverse entre la sensibilidad y la preocupación cultural y centrarse en intervenciones donde se incorporen las aproximaciones emic y etic del cuidado del paciente.

El cuidado culturalmente congruente y competente podría ayudar a mejorar el cuidado de este tipo de pacientes culturalmente distintos, favoreciendo el buen funcionamiento de los sistemas sanitarios, mejorando la satisfacción del paciente y gradualmente llegar a cambios en la práctica de cuidar con otros pacientes culturalmente diferentes. Leininger –fundadora de la Enfermería Transcultural– sostiene que “el cuidado es la esencia de la Enfermería y el cuidado cultural corresponde a los valores, creencias y estilos de vida transmitidos y que son necesarios para conservar el estado de bienestar y salud de los individuos o grupos”. Por lo tanto, las enfermeras tienen la obligación de proporcionar y promover el cuidado que es apropiado y congruente a los valores culturales, creencias y prácticas de los individuos, familias y grupos.

Otras definiciones en relación al tema serían:

“...el uso de prácticas en cuidados sensibles, creativas y significativas que se adapten a los valores generales, creencias y formas de vida de los clientes con la finalidad de alcanzar unos cuidados en salud satisfactorios y beneficiosos o para ayudarles en situaciones vitales complejas, en la discapacidad o en la muerte...” (LEININGER, 1999)

“...integración compleja de conocimiento, actitudes y habilidades que aumenta la comunicación entre culturas diferentes –cross-cultural comunica-

tion– y las interacciones apropiadas/efectivas con los otros...” (NATIONAL LEAGUE FOR NURSING, 1993)

En definitiva y por aproximar las distintas definiciones, se podría considerar que la Competencia Cultural de la siguiente forma:

“...se trata de una CAPACIDAD, que forma parte del CONTINUUM DE LOS CUIDADOS, que es inherente a la PRÁCTICA ENFERMERA, que implica una MIRADA ANTROPOLÓGICA, de carácter CUALITATIVO, que subyace de la PERSPECTIVA HOLÍSTICA e implica un ANÁLISIS ENFERMERO ESPECÍFICO... y que por tanto estará relacionada con la práctica clínica, la comunicación, la ética profesional e investigadora, la investigación en cuidados, la formación y docencia enfermera, la gestión de los cuidados, la educación para la salud, etc...”

Desde junio de 2001, España se encuentra trabajando por primera vez en un Plan de Choque Intereuropeo, reduciendo las listas de espera del sistema sanitario holandés desde una institución de la sanidad privada como es el caso de la Clínica Vistahermosa de Alicante, propiedad de la compañía Asisa, donde se viene realizando un programa en el que se interviene a los pacientes-clientes holandeses de cirugía ortopédica ambulatoria –prótesis de cadera y rodilla-. Aunque no se trata del primer caso de Plan de Choque Intereuropeo, sí es cierto que es el primero que se lleva a cabo con España y resulta pionero por sus aportaciones más allá de estudios o análisis económicos y políticos. De hecho, para el mismo se desarrolló un modelo o guía basado en cuidados culturalmente competentes donde se evalúa la satisfacción de los pacientes-clientes holandeses, se aportan conocimientos e intervenciones de enfermería útiles para los profesionales de los cuidados españoles y se asegura el bienestar y la calidad en el proceso, según lo estipulado por los Organismos que conforman la Unión Europea en la actualidad.

Puesto que uno de los objetivos de este tipo de estudios se centra en el conocimiento de las percepciones acerca de las expectativas, satisfacción o calidad percibida por la población a estudio, formas de interpretar la salud y la enfermedad, así como intervenciones o recomendaciones útiles

para los cuidados que llevan a cabo los profesionales de enfermería; será necesario el uso de una metodología que permita por tanto describir el fenómeno a estudio desde la perspectiva emic, es decir, desde la posición de los actores que interactúan en el mismo y que a su vez nos ofrezca un feedback sobre posibles intervenciones útiles en el proceso de cuidar que llevan a cabo los profesionales de enfermería. Es por ello que este tipo de estudios también deben ir más allá de la mera descripción del actor o actores en el fenómeno y atender completamente a todas las esferas que interactúan para dicho fenómeno, en cuanto a sus valores y contextos; será por tanto y en conclusión una investigación flexible, holística y ante todo, que aporte un análisis enfermero.

La trascendencia de la Competencia Cultural en los Cuidados se basará en el:

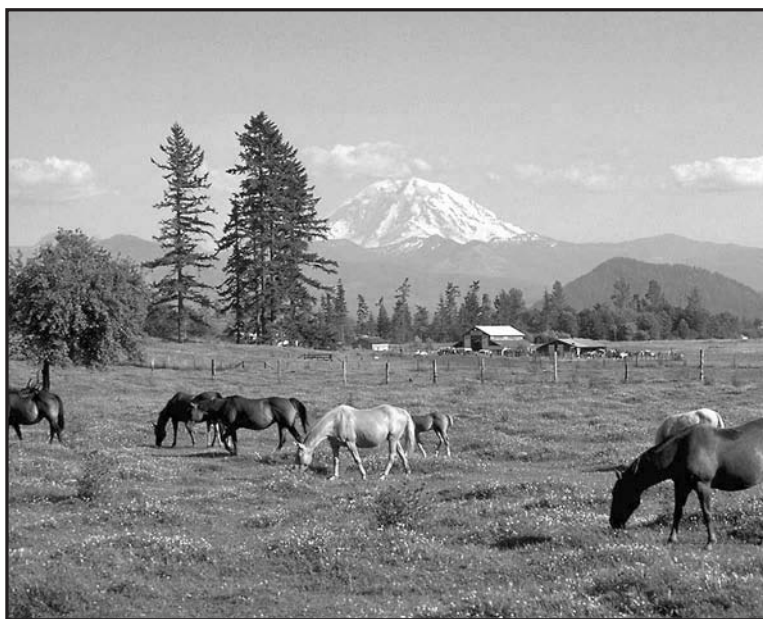
- Aporte de perspectiva Cultural, Social y ambiental ante situaciones y problemas globales de salud VS aporte biofísico solamente.
- Aprendizaje constante y continuo del profesional acerca de estrategias, prácticas, usos, tradiciones, hábitos...de “otras culturas” ante la salud.
- Mejora en la satisfacción y calidad percibida por el usuario ante los cuidados de enfermería.
- Mejora en la calidad de los servicios sanitarios, optimización de recursos y necesidades dentro de la institución.
- Aporte de una forma humana de cuidar e investigar en cuidados.

Los objetivos futuros de la Competencia Cultural en cuidados ante una sociedad global serán pues:

- Analizar en profundidad las características culturales de los usuarios que habitualmente acuden a nuestros centros sanitarios.
- Implementar nuevas prácticas en cuidados culturales.
- Evaluar la efectividad de los cuidados que aplicamos ante aquellos procedentes de “otras culturas”.
- Integrar las teorías específicas e instrumentos adecuados a estas situaciones de “encuentro entre culturas” dentro de la formación curricular.
- Aproximar el análisis ético ante la diversidad cultural.

BIBLIOGRAFÍA:

- C.E.D. (2002) Anuario estadístico de extranjería. Madrid: Comisión interministerial de extranjería.
- I.N.E. (2005) Anuario de Migraciones (2005). Madrid: Dirección General de Migraciones del Ministerio de Asuntos Sociales español.
- Leininger (1999) Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la Enfermería transcultural. Revista de Enfermería y Humanidades Cultura de los Cuidados, 6(3), 5-12.
- Lillo et al (2004) Competencia Cultural y cuidados. Análisis conceptual y revisión bibliográfica. Revista electrónica EVIDENTIA 2004 sept-dic; 1(3). En [http:// www.index-f.com/evidentia/n3/76articulo.php](http://www.index-f.com/evidentia/n3/76articulo.php) (ISSN: 1697-638X).
- Lillo (2005) Asesoramiento en Cuidados Culturalmente Competentes y Evaluación de la satisfacción en el paciente holandés del Plan de Choque intereuropeo. Una investigación cualitativa y transcultural en el contexto de la práctica clínica. Alicante: Tesis Doctoral.
- Galao et al (2005) ¿Qué es la Enfermería Transcultural? Una aproximación etimológica, teórica y corporativista al termino. Revista electrónica EVIDENTIA 2005 enero-abril; 2(4). En [http:// www.index-f.com/evidentia/n4/99articulo.php](http://www.index-f.com/evidentia/n4/99articulo.php)
- National League for Nursing (1983) Criteria for the evaluation of baccalaureate and higher degree programs in nursing. New York, NY: Author.



PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCIÓN A LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN CATALUÑA

Rifà Ros, R. *Licenciada en Antropología, Diplomada en Enfermería, Profesora Asociada.* **Costa Tutusaus, Ll.** *Licenciado en Biología, Profesor Asociado.* **Olivé Adrados, C.** *Licenciada en Pedagogía, Diplomada en Enfermería, Profesora Asociada.* **Pallarés Marti, A.** *Doctorado en Antropología Social, Profesora Asociada.* **Pérez Pérez, I.** *Licenciada en Pedagogía, Diplomada en Enfermería, Profesora investigadora.* **Vila Gimeno, C.** *Licenciada en Antropología, Diplomada en Enfermería, Profesora Asociada.*

Escuela Universitaria de Enfermería Blanquerna. Universidad Ramon Llull de Barcelona



PROJECT FOR A BETTER ATTENTION TO IMMIGRANT POPULATION IN PRIMARY HEALTH IN CATALONIA

SUMMARY

The present research study tries to apply the nursing methodology of NANDA, NOC and NIC taxonomy to an immigrant population and presents the following

Aims

- To identify the most prevalent NANDA diagnoses linked to the migratory process of immigrant population and their families.

- To elaborate and implement nursing care schemes adequate to the immigrant population and their families, using NANDA, NOC and NIC taxonomy.

- To evaluate suitability and validity of the already made standard schemes.

Methodology

The project is being dealt with in several Primary Health Centres of the Institut Català de la Salut (ICS) in Catalonia previously selected.

The multi-centre study has four stages:

- a) A descriptive stage: Detection of needs in the immigrant population by 60 nurses responsible for the data collection.
- b) Preparing some standard care plans according to the detected problems using the appropriate nursing language.
- c) Implementing those standard care plans.
- d) Outcomes measure and assessment.

Conclusions

Innovative elements as methodological triangulation are here presented in order to show the small scientific nursing evidence. 47 diagnoses associated to those factors and definite characteristics have been identified.

KEY WORDS: Immigration, health, nursing, standard language

RESUMEN

Esta investigación quiere facilitar la aplicación de la metodología enfermera utilizando las taxonomías NANDA, NOC y NIC a una población inmigrante y se plantea los siguientes.

Objetivos:

- Identificar los diagnósticos NANDA más prevalentes, vinculados al proceso migratorio de la población inmigrante y sus familias.
- Confeccionar e implementar planes de cuidados de enfermería adecuados a la población inmigrante y sus familias, utilizando las taxonomías NANDA, NOC y NIC
- Evaluar la idoneidad y validez de los planes estandarizados confeccionados

Metodología

El proyecto se lleva a cabo en diversos Centros de Atención Primaria del Institut Català de la Salut (ICS) de Cataluña escogidas aleatoriamente.

- El estudio multicéntrico consta de cuatro fases:
- a) Primera fase descriptiva: detección de necesidades de la población inmigrante realizada por 60 enfermeras responsables de la recogida de datos.
 - b) Segunda fase: elaboración de planes de cuidados estandarizados según los problemas detectados ,utilizando los lenguajes enfermeros.
 - c) Tercera fase: Implementación de planes de cuidados estandarizados
 - d) Cuarta fase: Medición y evaluación de resultados.

Conclusiones

Presentamos elementos innovadores (triangulación metodológica) para abordar con poca evidencia científica enfermera. Hemos identificado 47 etiquetas diagnósticas que están siendo asociadas con los factores relacionados y características definitorias correspondientes.

Palabras clave: Inmigración, Salud, Enfermería, Lenguajes estandarizados.

INTRODUCCIÓN

En nuestro contexto global, la migración constituye un fenómeno poliédrico de gran relevancia al que se debe responder desde el sistema sanitario.

En el ámbito de la atención primaria, existen numerosos trabajos que muestran una distribución de motivos de consulta bastante similar entre las poblaciones inmigrantes y las autóctonas. Así pues, se evidencia que los rasgos diferenciales y

las desigualdades en salud de los inmigrantes son los factores culturales, lingüísticos y sociales (Borrell,2003).

La persona que inicia un proceso migratorio por necesidades económicas, ha de afrontar diversos retos que representan un gran esfuerzo en todos los ámbitos de su vida. El inmigrante llega a nuestro país con un patrimonio de salud susceptible de disminuir progresivamente en función de las situaciones que esté obligado a afrontar. El proyecto migratorio tiene repercusiones para los que lo realizan, para los que quedan en origen y para los que reciben a los inmigrantes.

Igual que en otros acontecimientos de la vida de los seres humanos, la migración supone un conjunto de riesgos, pérdidas y beneficios. Beneficio por todo lo deseado a lo que se quiere acceder, y pérdidas por todo lo que se deja atrás para lograr las expectativas. (Achotegui, 2002).

Para ofrecer una correcta atención sanitaria a la población inmigrante, es necesaria una aproximación y un mejor conocimiento de su situación y de sus necesidades lo que nos permitirá una mejor planificación de la salud de este colectivo.

Se impone un paradigma interdisciplinario para abordar los retos que la población inmigrante nos plantea y la articulación de esta multidisciplinariedad exige una clara definición de cada una de las disciplinas.

Definir la aportación específica de la enfermería al equipo interdisciplinario, implica la adopción de instrumentos de valoración y evaluación flexibles y, sobretodo, potenciar en la profesión la utilización de lenguajes estandarizados y comunes para nuestra disciplina.

Los lenguajes profesionales y los sistemas de clasificación son los fundamentos para definir una profesión y su punto de vista, ya que permiten describir los cuidados de enfermería, comparar datos para la investigación, cuantificar y asignar recursos y elaborar políticas de salud adecuadas a las demandas sociales del momento.

Cuando hablamos de lenguaje común en enfermería hay que abordar, y la Clasificación Internacional de la Práctica Enfermera (CIPE) así lo contempla, los diagnósticos de enfermería, las intervenciones y los resultados (Mc Closkey, 2005).

La Taxonomía diagnóstica de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) es un sistema de nomenclatura y ordenación de los diagnósticos de enfermería. Entendemos por diagnóstico de enfermería el juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales que proporciona la base de la terapia para el logro de resultados del paciente, de los que la enfermera es el profesional responsable (NANDA, 2005).

La Nursing Interventions Classification (NIC), es una clasificación estandarizada, global, de las intervenciones que las enfermeras realizan. Los NIC describen lo que hace la enfermera para que el paciente logre los resultados esperados. Esta clasificación establece el orden y disposición de las actividades de enfermería en grupos, en función de sus relaciones, y la asignación de denominaciones de Intervenciones a estos grupos (Mc Closkey, 2005).

La Nursing Outcomes Classification (NOC) describe los resultados esperados de los pacientes, ofreciéndonos la posibilidad de medir los efectos que sobre éstos tienen las intervenciones de enfermería (Johnson, 2005).

A partir de la revisión bibliográfica hemos detectado que los estudios efectuados en nuestro país tienen como limitación que finalizan su investigación en la identificación de los diagnósticos de enfermería en la población inmigrante (Baraza, 2003). En nuestro proyecto, a partir de los diagnósticos de enfermería identificados como más prevalentes en nuestra Comunidad Autónoma, pretendemos elaborar intervenciones enfermeras adaptadas a esta población con lo que se asegura la accesibilidad y continuidad a los servicios de atención primaria de salud garantizando la equidad y la calidad asistencial a este colectivo.

Los objetivos del proyecto son:

OBJETIVO GENERAL

Facilitar la aplicación del proceso de atención de enfermería como método sistemático para planificar y proporcionar cuidados de enfermería que garanticen la calidad asistencial a la población inmigrante.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar las necesidades alteradas y los diagnósticos de enfermería NANDA predominantes, vinculados al proceso migratorio y a las situaciones de salud y de vida de la población inmigrante proveniente de países en vías de desarrollo y subdesarrollados, según el informe del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), y sus familias.
2. Confeccionar e implementar planes de cuidados de enfermería adecuados a la población inmigrante utilizando las taxonomías NANDA, NOC y NIC.
3. Evaluar la idoneidad y la validez de los planes estandarizados elaborados e implementados en la práctica.

Metodología

DISEÑO

Se diseñó un estudio descriptivo, multicéntrico, a desarrollar en cuatro fases en un periodo de tres años, en los que se desarrollarán los tres objetivos específicos además del informe final.

El estudio se lleva a cabo mediante la estrategia metodológica de la triangulación múltiple, ya que confluyen una triangulación metodológica en el sentido que se utilizan técnicas e instrumentos diversos de recogida de datos (cuestionario de valoración, grupos de discusión (Pacheco, 1999), etc.) y triangulación de investigadores (enfermeras de atención primaria del Instituto Catalán de la salud, mediadores culturales de cada uno de los grupos culturales identificados y miembros del grupo de investigación Grup de Recerca en Migració i Salut (GRIMS). La utilización de esta metodología de investigación nos permite abordar, de una forma innovadora, un tema del que apenas existe evidencia científica enfermera.

El estudio descriptivo combina datos cuantitativos y cualitativos y consta de cuatro fases:

FASE 1:

En esta fase se han identificado los diagnósticos de enfermería NANDA predominantes en la población inmigrante mediante un estudio descriptivo y comparativo. La recogida de las valoraciones de enfermería y formulación de diagnósticos NANDA en la muestra de inmigrante se ha llevado a cabo en diversas áreas básicas de salud del área

geográfica de Catalunya, según el modelo conceptual de Virginia Henderson utilizado en el Institut Català de la Salut. El criterio de selección de las áreas básicas de salud ha sido el de centros con incidencia relevante de población inmigrante, que una vez informados desde la secretaría técnica del ICS de la existencia del proyecto, han mostrado interés en la participación para mejorar su asistencia a esta población.

El análisis estadístico de las valoraciones se ha llevado a cabo con el paquete SPSS 13.0 ©, con el fin de determinar los diagnósticos más prevalentes entre la población estudiada y la comparación de estos resultados con los Estándares de diagnósticos de enfermería en la Atención Primaria del ICS (Febrero 2003).

FASE 2:

Actualmente estamos llevando a cabo simultáneamente la fase 1 de análisis de resultados y la fase 2 del proyecto que contempla la elaboración de los planes de cuidados estandarizados y su posterior validación mediante prueba piloto de su aplicabilidad en una Área Básica de Salud predeterminada con anterioridad.

Estos planes deben dar respuesta a los problemas de los inmigrantes identificados en la fase 1 y para su diseño se están utilizando las taxonomías NANDA, NOC y NIC. La elaboración de los planes de cuidados estandarizados está siendo efectuada por profesoras de enfermería de la Escuela Universitaria de Enfermería Blanquerna de la Universitat Ramon Llull de Barcelona; posteriormente, mediadores culturales de cada uno de los grupos de inmigrantes identificados, validarán la coherencia cultural de los resultados y las intervenciones planteadas.

En esta fase también se está realizando el proceso formativo de las profesionales que implementarán los planes de cuidados. Hemos realizado la primera edición del curso Metodología Enfermera: lenguajes NANDA, NOC y NIC.

FASE 3:

En esta fase se llevará a cabo la aplicación y evaluación de los planes de cuidados estandarizados, mediante el análisis de la adecuación de los planes y el análisis del grado de satisfacción alcan-

zado con ellos por parte de las enfermeras y la propia población inmigrante.

FASE 4:

En esta etapa se redactará el informe final y las propuestas de mejora de los planes de cuidados elaborados. En esta fase intervendrán los diferentes responsables del estudio (grupo GRIMS, enfermeras de las Áreas Básicas de Salud y mediadores culturales).

Resultados

En la primera fase han colaborado un total de 68 enfermeras que han enviado 230 valoraciones.

El criterio de inclusión para seleccionar las personas sobre las que se realizará el estudio es el siguiente: Ser inmigrante económico con una permanencia en nuestro país inferior a 18 meses, y cuyo país de origen sea considerado de desarrollo medio o bajo según los criterios del Informe sobre desarrollo humano 2004 realizado por el PNUD. Una vez seleccionados los datos incluidos, recogemos los siguientes indicadores descriptivos:

- El 55.83% de los inmigrantes son mujeres y el 44.17% son hombres.
- Los países más prevalentes son Ecuador, Marruecos, Bolivia y Colombia.
- Edad: la mediana es de 20 años, observándose dos picos importantes de 0 a 5 años y de 25 a 30 años
- Se han identificado 48 etiquetas diagnósticas, todas ellas han sido relacionadas con sus factores causales y sus características definitorias. Las 11 etiquetas diagnósticas más prevalentes, ordenadas según su frecuencia de aparición en los datos recogidos, han sido las siguientes: Conductas generadoras de salud, Deterioro de la comunicación verbal, Lactancia materna inefectiva, Desequilibrio nutricional por exceso, Deterioro del patrón del sueño, Déficit de actividades recreativas, Conocimientos deficientes, Desequilibrio nutricional por defecto, Riesgo de infección, Estreñimiento, Riesgo de soledad y Manejo inefectivo del régimen terapéutico.

Para los próximos análisis de resultados nos centraremos en el segundo diagnóstico de los listados anteriormente, pues consideramos que el primero corresponde a los inmigrantes que han entra-

do en el circuito de nuestro sistema sanitario y están fidelizados. El plan de cuidados adecuado está muy fundamentado en resultados e intervenciones que muestran una continuidad de la situación.

Para evidenciar el trabajo que estamos realizando tomaremos como muestra la segunda etiqueta diagnóstica más prevalente que es 00051 Deterioro de la Comunicación verbal. Los resultados obtenidos para esta etiqueta diagnóstica son los siguientes:

- Los países de procedencia de los inmigrantes a quien se ha formulado el diagnóstico son, por orden de frecuencia, Marruecos, Colombia, Ghana, Pakistan y Senegal
- Se ha identificado un único factor relacionado causal para todas las situaciones que es Diferencias culturales
- Las características definitorias identificadas son: Incapacidad para hablar el lenguaje dominante, Hablar y verbalizar con dificultad, Hablar de forma inapropiada, Dificultad para expresar los pensamientos verbalmente y Dificultad para comprender/mantener el patrón de comunicación habitual.

Una vez identificados los factores relacionados y las características definitorias hemos diseñado el plan de cuidados estandarizado correspondiente. El siguiente paso será mostrarlo a los mediadores culturales de cada grupo étnico identificado.

Los resultados NOC y la selección de indicadores que hemos consensuado como adecuados para este diagnóstico de enfermería en la población inmigrante podrían agruparse en dos grandes grupos:

- Un primer grupo cuyos indicadores nos permitirán evidenciar si las intervenciones seleccionadas ha permitido la desaparición de las características definitorias. Estos son: 0902 Comunicación y 1502 Habilidades de interacción social
- Un segundo grupo cuyos indicadores evidencian la resolución del factor causal Diferencias culturales. Estos son: 3002 Satisfacción del paciente/ usuario: comunicación y 3004 Satisfacción del paciente/ usuario: cumplimiento de las necesidades culturales

Las intervenciones NIC y la selección de actividades que hemos seleccionado para la consecución

de los resultados son: 4920 Escucha activa, muy relacionada con la consecución de una comunicación eficaz y 7330 Intermediación cultural, orientada a la eliminación de las barreras/ diferencias culturales.

Conclusiones

Los planes de cuidados estandarizados propuestos facilitarán la atención enfermera de la población inmigrante, dado que se adaptan mejor a su problemática e idiosincrasia y mejoran la calidad asistencial a este colectivo.

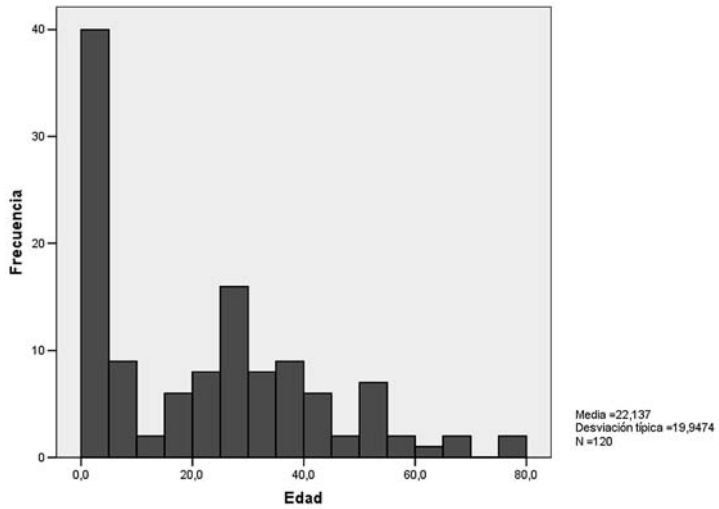
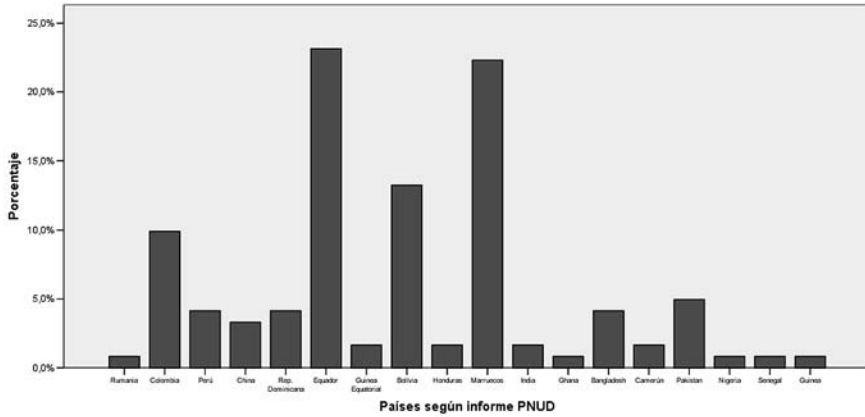
La implantación de estos planes, fruto de la unificación y la codificación taxonómica en la esfera internacional, potencia la utilización de lenguajes estandarizados y comunes para la disciplina enfermera, promueve el desarrollo profesional, posibilita la cuantificación de los cuidados y favorece la investigación científica.

Los planes de cuidados estandarizados contemplan intervenciones específicas para personas de otras culturas, supervisadas por un representante cultural de cada uno de los grupos identificados, buscando con ello, formas distintas de las actuales y planteando actuaciones innovadoras.

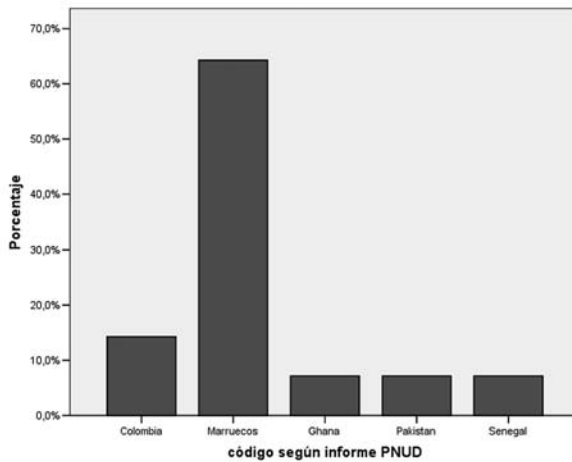
La coherencia cultural conseguida a lo largo del proceso de diseño seguido para la elaboración de estos planes de cuidados estandarizados, contribuye a la construcción de un sistema sanitario más universal e integrador.

BIBLIOGRAFÍA

- Achotegui J. (2002) La depresión en los inmigrantes: una perspectiva transcultural. Ediciones Mayo, Barcelona.
- Baraza MP. (2003) Identificación de diagnósticos enfermeros en población inmigrante. *Index Enferm.* Otoño XII (42), 88.
- Borrell C, Benach J. (2003) Les desigualtats en la salut a Catalunya. Editorial Mediterrànea, Barcelona.
- Human Development Reports [base de datos en internet]. United Nations development Programme [consulta 28/06/05]. Disponible en: <http://www.hdr.undp.org>
- Johnson M. (2005) Clasificación de los Resultados de Enfermería (NOC). 3ª edición. Ediciones Elsevier España S.A., Madrid.
- MC Closkey JC. (2005) Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 4ª edición. Ediciones Elsevier España S.A., Madrid.
- NANDA. (2005) Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación. 2005-2006. Ediciones Elsevier España S.A., Madrid.
- Pacheco R. (1999) Aplicación de la técnica del grupo de discusión al estudio de las actitudes hacia los inmigrantes. *Demófilo*. 29 :185-209.



00051: País de procedencia



País de procedencia de los inmigrantes con diagnóstico 00051 Deterioro de la Comunicación verbal

Código:00051		Etiqueta: DETERIORO DE LA COMUNICACION VERBAL				
R/A Diferencias culturales		M/P Incapacidad para hablar el lenguaje dominante Hablar o verbalizar con dificultad Hablar de forma inapropiada Dificultad para expresar los pensamientos verbalmente Dificultad para comprender/mantener el patrón de comunicación habitual				
NOC: 0902 Comunicación Recepción, interpretación y expresión de los mensajes verbales, escritos y no verbales		NIC: 4920 Escucha activa Gran atención y determinación de la importancia de los mensajes verbales del paciente				
Escala: Gravemente comprometido /No comprometido		Actividades:				
Indicadores:	1	2	3	4	5	Establecer el propósito de la interacción
090204 Utiliza el lenguaje de los signos						Mostrar interés en el paciente
090205 Utiliza el lenguaje no verbal						Hacer preguntas o utilizar frases que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones
090206 Reconoce los mensajes recibidos						Centrarse completamente en la interacción eliminando prejuicios, presunciones, preocupaciones personales y otras distracciones
090210 Interpretación exacta de los mensajes recibidos						Mostrar conciencia y sensibilidad a las emociones
090207 Dirige el mensaje de forma apropiada						Utilizar la comunicación no verbal para facilitar la comunicación (p.ej. Saber que la postura expresa mensajes no verbales)
090208 Intercambia mensajes con los demás						Calcular una respuesta de forma que refleje la comprensión del mensaje recibido
						Utilizar el silencio /escucha para animar a expresar sentimientos, pensamientos y preocupaciones
NOC: 1502 Habilidades de interacción social Conductas personales que fomentan relaciones eficaces		NIC: 7330 Intermediación cultural Utilizar a propósito estrategias culturalmente adecuadas para establecer un puente o mediar entre la cultura del paciente y el sistema sanitario biomédico				
Escala: Nunca demostrado /Siempre demostrado		Actividades:				
Indicadores:	1	2	3	4	5	Dar más tiempo para asimilar la información y meditar la decisión
150202 Receptividad						Mantenerse relajado y sin prisas en los contactos con el paciente
150203 Cooperación con los demás						Utilizar un lenguaje sencillo evitando tecnicismos
150206 Afrontación						Facilitar la comunicación intercultural
150211 Parecer relajado						Proporcionar información al paciente sobre el sistema sanitario
150212 Relaciones con los demás						Proporcionar información sobre la cultura del paciente
150213 Relaciones con los demás						Modificar el entorno terapéutico con elementos culturales adecuados
150213 Mostrar la verdad						Modificar las intervenciones convencionales de forma culturalmente
150214 Comprometerse						

Plan de cuidados del diagnóstico 00051 Deterioro de la Comunicación verbal

INMIGRACIÓN Y FORMACIÓN CONTINUADA EN EL COLECTIVO DE ENFERMERÍA DE LA REGIÓN SANITARIA DE LLEIDA

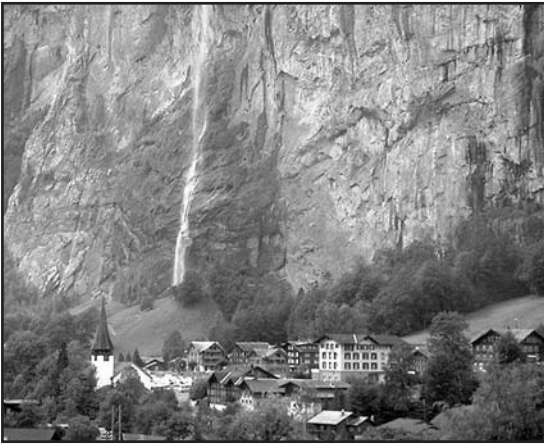
Montserrat Gea Sánchez*. Mercè Folguera Arnau*. Ana García López.*

Santiago Miguelsanz García**, Anabel Fernández Cuesta***

**Diplomadas en Enfermería. Hospital de Santa María. Lleida*

***Médico Especialista en Oncología. Hospital de Santa María. Lleida.*

****Diplomada en Enfermería. Matrona. Atención Primaria. Lleida*



IMMIGRATION AND CONTINUED EDUCATION WITHIN THE NURSING ASSEMBLAGE IN THE SANITARY ENVIRONMENT OF LLEIDA

SUMMARY

The significant immigration increase in the latest years implies a new challenge for nurses.

Aim: To detect the present situation in the nurse education field related to immigrants; their interest to get acquainted with immigrant difficulties and needs.

Methodology: A descriptive, transversal study from a representative sample of the whole body of nursing professionals in the Lleida environment was accomplished. For data collection a questionnaire was presented, for the statistical analysis a computer programme SPSS, version 13.0 was used.

Outcomes: More than 90% of the nursing professionals in the Lleida area are women 50 years or younger, most of them working in hospital wards.

Although some interest towards immigration was shown, only 24% of them had some special education on the matter. Most of them expressed to have communication difficulties with immigrants. Suggestions gathered in the questionnaire set models for integration and education.

Conclusions: Nursing education with regard to immigration is very poor. Reasons, first: high costs, and second: working schedules. In general terms, nursing professionals of Primary Health show more interest to cope and are more flexible in punctual cases of adapting protocols and care than their peers in hospital areas.

KEY WORDS: Immigration, continued education, immigrant rights, nursing, integration models.

RESUMEN

El aumento significativo de la inmigración en los últimos años supone un nuevo reto para la enfermería.

Objetivos: conocer la situación actual de la formación de enfermería respecto a la inmigración, su interés por formarse y las dificultades y necesidades que tienen en materia de inmigración.

Metodología: estudio descriptivo y transversal analizando una muestra representativa de todos los profesionales de enfermería colegiados en la provincia de Lleida. Para la recogida de datos se utilizó un cuestionario y el análisis estadístico se realizó con el programa informático SPSS versión 13.0

Resultados: más del 90% de los profesionales de enfermería de la provincia de Lleida son mujeres menores de 50 años y que mayoritariamente trabajan en atención hospitalaria. No obstante el interés expresado por temas relacionados con la

inmigración, sólo el 24% ha realizado algún tipo de formación al respecto. La mayoría también reconoce tener problemas de comunicación con los inmigrantes. Las sugerencias recogidas en el cuestionario se categorizaron en modelos de integración y en formación.

Conclusión: la formación de enfermería en inmigración es baja y se debe a su elevado coste y a que no se realiza en horario laboral. En términos generales, los profesionales de enfermería que se dedican a la Atención Primaria de salud, muestran mayor interés por formarse y mayor flexibilidad para modificar los protocolos y cuidados que sus homónimos hospitalarios.

Palabras clave: inmigración, formación continuada, derechos de los inmigrantes, enfermería, modelos de integración.

INTRODUCCIÓN

En el año 1985 comenzó a incrementarse el flujo de inmigrantes de manera significativa, convirtiéndose en un tema de preocupación social. La encuesta de opinión elaborada por el CIS mostraba la inmigración en el año 2002 en el tercer lugar en el ranking de los principales problemas considerados por los españoles, mientras que el barómetro del pasado noviembre del 2005 la sitúa en segundo lugar con un 40% de respuesta, sólo superada por el paro (Klein, Centro de Investigaciones Sociológicas).

La provincia de Lleida no ha quedado al margen del fenómeno migratorio. En un estudio elaborado por la empresa APLOELL para "La Paeria" (Ayuntamiento de Lleida) se puede comprobar que el crecimiento de población inmigrante en la ciudad de Lleida fue en el año 2004 de un 39,4% (principalmente procedente de países como Rumania, Rusia, Ucrania y China), aunque hablando en términos absolutos, las personas procedentes del continente africano (sobretudo Marruecos, Argelia, Nigeria y Senegal) y americano (Colombia y Ecuador) continúan siendo mayoritarias (Aploell, 2004).

Aunque esta población inmigrada se concentra en edades laboralmente activas (Stalker, 2004) también tienen necesidades de salud (entre otras)

de manera que la Ley Orgánica 4/2000 sobre derechos y libertades de los extranjeros en España reconoce el derecho de obtener tarjeta y asistencia sanitaria a aquellos que estén censados en el padrón municipal. Por el contrario, aquellos que no tengan su situación en el país regularizada, no se hayan inscrito en el padrón y sean mayores de dieciocho años, sólo pueden usar los servicios de salud públicos de urgencias (Límia, 2005).

Por otro lado, el Código Deontológico de la Enfermería de 1989 revisado en el año 2000 por el Consejo Internacional de Enfermería especifica que "la enfermera ejercerá su profesión con respeto a la dignidad humana y la singularidad de cada paciente sin hacer distinción por razón de situación social, económica, características personales o naturaleza del problema de salud que padezca. Administrará sus cuidados en función exclusivamente de las necesidades de sus pacientes" (Consejo Internacional de Enfermería). A priori puede parecer sencillo pero, cómo se detectan las necesidades con las barreras de comunicación existentes en estos casos? Para responder a esta pregunta, entre otras, durante el año 2005 algunas de las instituciones encargadas de la formación continuada de los enfermeros y enfermeras (Escuela Universitaria de Enfermería y Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería) organizaron una serie de jornadas y cursos con una asistencia ínfima de público, hasta el punto que uno de ellos tuvo que anularse por falta de asistentes.

De este hecho y de la convicción que el fenómeno de la inmigración constituye un nuevo reto para la enfermería (Rojo, 2004) nació este estudio que tiene como objetivos:

- Conocer la situación actual de la formación de enfermería respecto a la inmigración.
- Saber si existe interés por formarse en inmigración.
- Conocer las dificultades, inquietudes y necesidades del colectivo de enfermería de Lleida en materia de inmigración.

MATERIAL Y MÉTODO

Se plantea para este estudio un diseño descriptivo y transversal. La recogida de datos se realizó durante el periodo comprendido entre el 1 de diciembre de 2005 hasta el 10 de Enero de 2006.

La población de referencia corresponde a todos los profesionales colegiados en el Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería de Lleida (un total de 1948 a fecha 31 de diciembre de 2005) y se estableció como criterio de inclusión el estar trabajando en el momento en que se pasó el cuestionario. Se analiza una muestra representativa de 434 profesionales obtenida con técnicas de muestreo al azar intencional para obtener el mayor número de profesionales posible.

Para la obtención de datos se utilizó un cuestionario (anexo 1) que recoge información sobre datos demográficos, antigüedad en la profesión, lugar de trabajo, interés por la inmigración, formación realizada, dificultades de comunicación, expectativas y dificultades para formarse. Finalmente se incluyó un último apartado de sugerencias. Junto al cuestionario se incluyó una carta de presentación donde se garantizaba el anonimato de los encuestados.

Previo al trabajo de campo se realizó una prueba piloto para comprobar la claridad de las preguntas y captar posibles errores de expresión que pudieran provocar dudas a la hora de contestar así como realizar una estimación del tiempo necesario para responder, ya que uno de los propósitos era que el cuestionario fuera breve y ágil.

El cuestionario se distribuyó mediante dos vías a todos los centros de la Región sanitaria de Lleida censados en el Colegio de Diplomados en Enfermería de Lleida. En los centros de Lleida ciudad se entregó directamente a una enfermera o enfermero responsable de los cuestionarios, acordándose la fecha de recogida según las necesidades de cada servicio. Por esta vía se obtuvo la mayor parte de la muestra con un total de 390 cuestionarios, de los cuales uno fue anulado. Con la intención de dar la oportunidad de participar en el estudio a los demás miembros del colectivo del resto de la provincia, se enviaron los cuestionarios por correspondencia con una carta de presentación dirigida al responsable de enfermería de cada centro. Se les facilitó también sobres franqueados con la dirección donde se debían reenviar una vez contestados. Se obtuvieron 45 respuestas.

El análisis estadístico ha sido tratado con el programa SPSS versión 13.0. Previamente al análisis se codificaron las respuestas cerradas como

variables binarias y se categorizaron las respuestas abiertas.

RESULTADOS

1. Características de la población

La descripción de variables como la edad, el sexo, la antigüedad o el lugar de trabajo nos permite tener una visión global de las características de la población estudiada, dado que para establecer inferencia eran necesarios 312 cuestionarios y se han obtenido un total de 434.

La distribución por edades es bastante homogénea, aunque el grupo de edad más numeroso es el que se encuentra entre 41 y 50 años y sólo el 7,6% de la muestra tienen una edad superior a los 51 años. El 93,4% de los encuestados son mujeres frente a sólo un 6,6% de hombres, aunque un 1,8% de la población (N=8) no respondió a esta variable. Con respecto a la antigüedad en la profesión, un 0,7% de la población no respondió a esta variable (N=3). Más de un 50% de la muestra se concentra en la antigüedad comprendida entre los 2 y los 20 años. Los grupos minoritarios corresponden a los profesionales noveles y a los más antiguos (gráfico 1).

Toda la población encuestada estaba en activo en el momento de pasar el cuestionario. La mayoría de enfermeros y enfermeras se dedican a la atención hospitalaria (68,8% de la muestra) seguido de lejos por el colectivo que se dedica a la atención primaria de salud (25,4%) (gráfico 2). El 1,6% de los encuestados trabajan en lugares como el CUAP (Centro de Urgencias de Atención Primaria) y las residencias geriátricas. Un 7,8% combinan más de un lugar de trabajo, principalmente en mutuas de trabajo, CUAP, geriatría y centros socio-sanitarios.

2. Situación actual de enfermería respecto al interés y la formación en inmigración

Si analizamos las variables que hacen referencia a la colaboración con ONG, el interés por los temas relacionados con la inmigración y la formación realizada hasta el momento, podemos tener una idea de cual es la situación actual del colectivo.

Respecto a la colaboración con ONG un 0,5% de la población no ha contestado a esta variable.

El 72,2% de los individuos encuestados manifiestan no haber colaborado nunca con organizaciones o asociaciones sin ánimos de lucro (Tabla 1). Del 27,8% de encuestados que sí han prestado servicios o han realizado aportaciones pecuniarias destacan las siguientes organizaciones: Cruz Roja 16,7%, Médicos sin fronteras 12,3%, Intermón-Oxfam 11,6%, Fundación Vicente Ferrer 7,2%, Cáritas 5,8% y la asociación anti-sida de Lleida 4,3%. La categoría "otras" incluye aquellas asociaciones que presentan una frecuencia igual o inferior a 2. Como se puede comprobar, las dos primeras asociaciones del ranking están íntimamente relacionadas con el ámbito de la salud.

Respecto al interés que muestran los enfermeros y enfermeras por temas relacionados con inmigración encontramos que un 72,6% han respondido que sí están interesados (tabla 1). Esta variable al ser cruzada con variables socio-demográficas (Chi-cuadrado de Pearson) ha dado asociación estadísticamente significativa ($p=0,005$) con la variable sexo de manera que las mujeres muestran más interés que los hombres.

A pesar del interés por temas relacionados con la inmigración, la formación en la materia es escasa dado que sólo un 24% de los encuestados afirman haber realizado cursos, jornadas o postgrados, destacando el hecho que en su mayoría han asistido a cursos o jornadas de escasa duración que se han realizado en sus centros de trabajo y sólo el 18,7% de los que tienen formación han asistido a cursos y postgrados universitarios o colegiales.

3. Percepciones y dificultades de la enfermería respecto a la inmigración

En este apartado se analizan variables de opinión respecto al aumento de la población inmigrada, las posibles dificultades de comunicación que pueden surgir en la práctica diaria y la disposición del colectivo de enfermería a modificar los protocolos, curas..., adaptándolos a las características culturales de sus pacientes.

Respecto al aumento de la población inmigrada que se atiende en los centros de trabajo, existe una amplia mayoría de la población que ha respondido afirmativamente (93,3%) (tabla 2). Esta percepción se hace evidente en todos los profesionales

con excepción de los que se dedican al sector socio-sanitario.

El 82,1% de la población reconoce tener dificultades a la hora de comunicarse con la población inmigrada. Los motivos principales que dan son: en primer lugar el idioma, que representa casi el 60% de las dificultades de comunicación, seguido de otras como la cultura, las costumbres. La religión y creencias se sitúan en último lugar, constituyendo un 2,6% del total de las dificultades manifestadas. Para establecer una categoría en este apartado, tenía que aparecer la dificultad con una frecuencia superior a 5, por este motivo la variable "otros" comprende el 19,7% de las dificultades donde podemos encontrar cosas tan variadas como: la multiculturalidad, la agresividad o la actitud de los inmigrantes (gráfico 3).

En referencia a la necesidad de modificar los protocolos de actuación de enfermería y los cuidados, los porcentajes de los que están a favor (52,9%) y en contra (47,1%) son muy similares. Esta variable sin embargo, presenta asociación estadísticamente significativa según el lugar de trabajo ($p=0,028$) de manera que las personas que se dedican a la atención primaria de salud tienen mayor predisposición a la modificación de los protocolos que los que se dedican a la atención hospitalaria (gráfico 4).

Respecto al interés que tienen los diplomados en enfermería para formarse en temas relacionados con inmigración, los resultados muestran que el 54,9% de los encuestados responden afirmativamente. En esta categoría de la variable, también se preguntó en que temas preferían formarse obteniendo 282 propuestas muy variadas entre las cuales destacan los temas relacionados con la cultura (16,66%), costumbres (13,12%), comunicación (7,1%), salud y enfermedad (6,4%) y creencias (5%). Un 9,7% están dispuestos a formarse en cualquier tema relacionado con inmigración y un 2,8% propone que los cursos de formación los realicen los inmigrantes de forma conjunta con los profesionales de la salud.

Este interés por formarse no está relacionado con cuestiones de género ni de edad, pero se ha observado asociación con el lugar de trabajo ($p=0,007$) de manera que es en el ámbito de la atención primaria donde hallamos una proporción

mayor de profesionales que tengan interés por la formación en inmigración (gráfico 5).

Por otra parte, el 45,1% de las personas que manifestaron no tener interés en formarse alegaron como primer motivo la falta de tiempo (45%) seguido de las cargas familiares (29,1%). La falta de ayudas y becas es la causa menos frecuente con un 14,3% (tabla 3). Se ha de tener en cuenta que esta pregunta era multirespuesta.

Estas variables al ser cruzadas con edad, género y lugar de trabajo no mostraron asociación estadísticamente significativa.

4. Sugerencias

En este apartado final del cuestionario podían realizarse las aportaciones que se considerasen oportunas. Un total de 64 personas rellenaron este campo realizando 78 sugerencias donde principalmente se hallan dos líneas diferenciadas que ha permitido categorizarlos en dos grupos. El primero y más frecuente engloba los que hacen referencia al modelo de integración, y el segundo recoge las consideraciones en materia de formación.

Si partimos de la clasificación de los modelos de integración (Garreta, Zamora, Molina, Malgesisni) que se han llevado a término en diferentes países podemos asignar las sugerencias realizadas al respecto (un total de 36 cuestionarios) a las siguientes categorías:

1. Asimilación: se produce una pérdida de las pautas culturales propias a favor de la asimilación de unas nuevas pautas culturales de la sociedad de acogida.

Se han encontrado un total de 19 referencias que se podrían considerar dentro de este grupo con afirmaciones como:

(E 380) “Creo que faltan campañas divulgativas en medios de difusión masiva dirigida a la población inmigrante que les recuerde e inculque sus derechos y deberes como ciudadanos catalanes, ya que se entiende que es lo que quieren ser a partir del momento que toman la decisión de cambiar de sociedad. Nuestra sociedad (más avanzada), no puede ir hacia atrás” y añade “también se tendría que hacer un cribaje sanitario antes de dejarlos entrar en el país”.

(E 203) “Creo que son ellos los que se han de acostumbrar a nosotros, no nosotros a ellos. Son

ellos los que han venido.”

2. Pluralismo cultural: No se cambian pautas culturales propias, sino que hay una dualidad de identidades.

Se han encontrado un total de 17 referencias que se podrían considerar dentro de este grupo. Las afirmaciones más repetidas hacen referencia a la necesidad de poder realizar consultas a mediadores para encontrar mejores soluciones a los problemas de salud, la igualdad de las personas y la necesidad de adecuar el material didáctico para que todo el mundo lo pueda entender. A continuación se exponen algunos ejemplos:

(E 352) “Pienso y creo que se ha de tratar con igualdad a todas las personas”

(E 45) “IMPORTANTE: mediadores de salud a disposición del personal sanitario para resolución de problemas”

(E 280) “Hay que diseñar materiales educativos que sean polivalentes”

Respecto a las 23 personas que han realizado sugerencias relacionadas con la formación, hallamos que un sector considera que la formación ha de ser realizada y fomentada desde los propios centros de trabajo como se refleja en los siguientes ejemplos:

(E 136) “Hacer cursos sobre inmigración en el hospital donde participen los inmigrantes”

(E 150) “Que el mismo centro sanitario organice conferencias o sesiones con los mediadores culturales y hacer casos prácticos de situaciones conflictivas que podamos encontrar y cómo afrontarlos.”

(E 260) “Crear algún curso en los lugares de trabajo relacionado con nuevas culturas.”

Otros han manifestado que aunque están interesados en formarse, tienen dificultades como el coste elevado de los cursos:

(E 163) “Los tres primeros ítems del punto 12 son muy frecuentes a la hora de hacer formación”

(E 309) “Los cursos formativos tendrían que ser más económicos”

(E 259) “Ofrecer formación gratuita sobre las facetas culturales más relevantes de cada cultura para una buena comunicación, relación, enfermera-paciente.”

Por último algunas personas han propuesto temas más concretos para formarse como pueden

ser las enfermedades importadas, otros proponen realizar cursos conjuntamente con los colectivos de inmigrantes y los mediadores, etc.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Este estudio permite hacernos una idea aproximada de cual es la situación actual de la enfermería de la Región Sanitaria de Lleida respecto a algunos temas relacionados con la inmigración.

La enfermería continúa siendo una profesión ligada al género, de manera que el 93% de la muestra es de sexo femenino frente a sólo un 7% de hombres. Asimismo, las enfermeras han mostrado un mayor interés por los temas relacionados con la inmigración que los enfermeros.

Las edades están distribuidas de manera homogénea hasta los 51 años de edad, pero el hecho de no haber encontrado asociación de esta variable con otras como la colaboración en ONG, el interés por temas relacionados con la inmigración o la formación continuada, demuestra que algunos mitos como que la gente joven se forma más, son más solidarios etc., son erróneos según los datos conseguidos.

En relación a la antigüedad en la profesión, los grupos de edad minoritarios corresponden a los más noveles y a los más antiguos. El primero probablemente se ha visto poco representado ya que uno de los criterios de inclusión para formar parte de la muestra era el de estar en activo en el momento de pasar el cuestionario y la actividad de los enfermeros más noveles suele estar concentrada durante las épocas de verano para cubrir las vacaciones del personal fijo e interino.

El lugar de trabajo que ocupa la mayoría del personal de enfermería es el hospitalario con un 69% de los casos. Los datos muestran que el personal que se dedica a la atención primaria de salud están más interesados en formarse en temas relacionados con la inmigración y también son menos reacios a modificar los protocolos y los cuidados para adaptarse a las nuevas demandas de salud.

En este sentido, habría que analizar en un futuro cuales son las variables que influyen en este hecho como podría ser el tiempo que el paciente se encuentra vinculado al profesional de salud (corto en las estancias hospitalarias más orientadas a la curación de enfermedades, y largo en la atención primaria de salud encargada de la prevención y

promoción de la salud a lo largo de la vida del paciente) o bien las diferencias que existen en términos de retribución económica y cargas de trabajo.

Por otro lado, los profesionales de enfermería que colaboran con asociaciones sin ánimo de lucro lo hacen principalmente en aquellas que se dedican a temas relacionados con la salud. La formación en materia de inmigración es baja (24%) y se caracteriza principalmente por la corta duración y la aproximación a los centros de trabajo. Esto puede hacernos pensar que si las instituciones encargadas de la formación continuada de los profesionales se acercan a los centros de salud promocionando actividades formativas en horario laboral y de bajo coste, obtendrán un mayor éxito de participación dado que las principales dificultades a la hora de formarse son la falta de tiempo, las cargas familiares y el coste de los cursos como también algunos profesionales han indicado en el apartado "sugerencias".

Indicar también en este sentido que la predisposición para formarse en temas relacionados con inmigración no es muy elevada (un 54,9%) si la comparamos con el último estudio realizado por la Comisión de Investigación del Colegio en Enfermería de Lleida, donde los profesionales mostraban una predisposición por formarse en investigación del 78,1%.

Para finalizar, apuntar que así como la mayoría de los profesionales aceptan que el aumento de la población inmigrada es un hecho y que existen claras dificultades a la hora de comunicarse, no existen instrumentos efectivos dentro del sistema de salud para afrontar esta dificultad. La opción de incorporar mediadores culturales (como algunos encuestados han indicado en el apartado sugerencias) según fuentes consultadas de La Paeria no siempre da los frutos que se esperan "dado que algunos inmigrantes los ven como una parte de las instituciones". En cualquier caso, sólo uno de los hospitales de Lleida tiene incorporada a su plantilla de trabajadores dos mediadores y otra en Atención Primaria de Salud; queda pues pendiente, conocer la eficiencia de esta medida adoptada.

Agradecimientos: Queremos expresar nuestro agradecimiento a Fidel Molina Luque y a todas las enfermeras y enfermeros de Lleida que colaboraron en el estudio.

BIBLIOGRAFÍA

- APLOELL. Immigració a la ciutat de Lleida. Informació estadística Lleida ciutat a 31/12/2004.
- Centro de Investigaciones Sociológicas. Barómetro de Noviembre de 2005.
- Consejo Internacional de Enfermería. (2000) Código Deontológico para la profesión de enfermería. Ginebra.
- Garreta, J. (2005) Els processos d'integració dels immigrants. Sessió dins el postgrau Cooperació i Desenvolupament: de l'àmbit internacional al local. Udl. Lleida.
- Klein, L. (2003) Libro negro de la inmigración. Pyre, Barcelona.
- Limia, S. et al. (2005) Derecho de los inmigrantes a la asistencia sanitaria. Metas de Enfermería 8(2), 68-72.
- Malgesisni, G., Giménez, C. (2000) Guía de conceptos sobre migraciones, racismo e interculturalidad. Los libros de la Catarata.
- Molina, F. (2005) Apuntes para una sociología de la educación intercultural. Sessió "Relacions entre cultures: del multicultu-

- ralisme a la interculturalitat". Postgrau Cooperació i Desenvolupament: de l'àmbit internacional al local. Udl. Lleida.
- Rojo, M.C. et al. (2004) Enfermería Materno-Infantil e inmigración: rompiendo barreras idiomáticas. Metas de Enfermería 7(5), 22-26.
- Stalker, P. (2004) Emigrar no es un ganga. Mitos y Realidades. Intermón Oxfam, Barcelona.
- Zamora, J.A. (2001) Migraciones en un mundo globalizado. Iglesia Viva nº 205, 11-48.

WEBS DE INTERÉS

- www.cis.es
- www.enfermeria21.com
- www.mtas.es
- <http://universia.solidaridad.es>
- www.icn.ch

ANEXO 1

1 Edad:

21-31 años 31-40 años 41-50 años 51-60 años más de 60 años

2 Sexo

Hombre Mujer

3 Antigüedad en la profesión

Inferior a 2 años 2-10 años 11-20 años 21-30 años Superior a 30 años

4 Lugar de trabajo

Hospital	Atención primaria	CPP
Mutua	Docencia	Socio Sanitario
Otros		

5 ¿Has colaborado alguna vez con algún colectivo, asociación u organización sin ánimo de lucro (ONG)?

Sí No

En caso afirmativo especifica cuáles.

6 ¿Te interesan los temas relacionados con la inmigración?

Sí No

7 ¿Has realizado algún tipo de formación relacionada con la inmigración?

Sí No

En caso afirmativo especifica qué cursos has realizado.

Gráfico 2: Distribución de la población según su lugar de trabajo

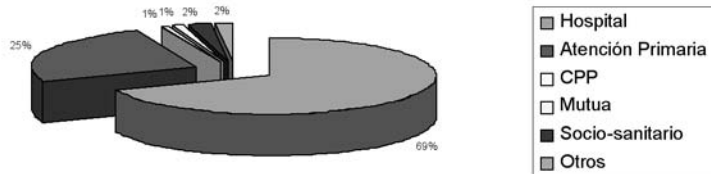


Gráfico 3: Dificultades más frecuentes

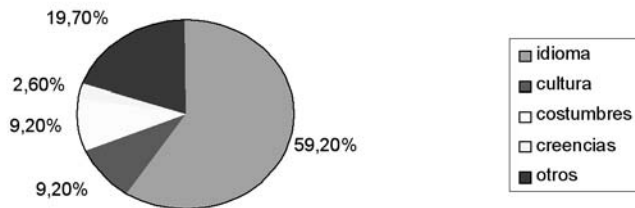
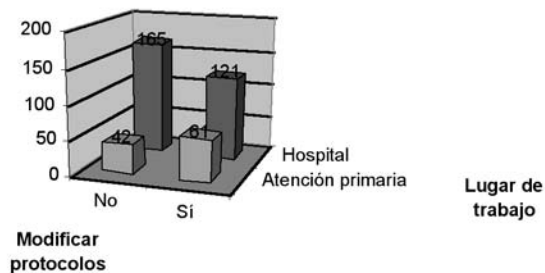


Gráfico 4: Necesidad de modificar los protocolos según el lugar de trabajo



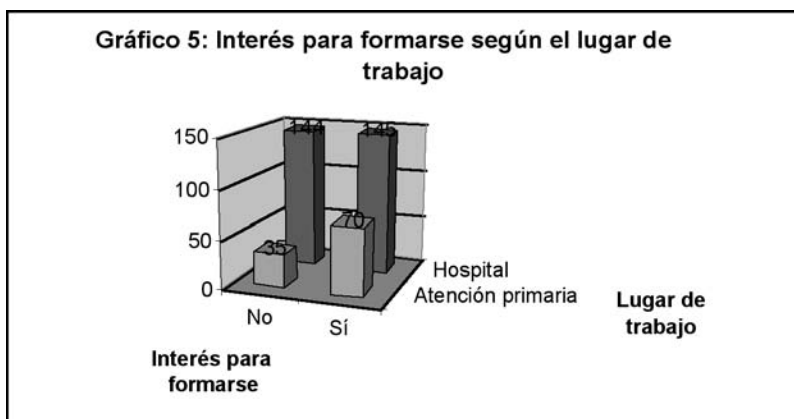


Tabla 1

	SI		NO		No sabe/ No contesta	
	N	%	N	%	N	%
Colaboración en ONG	120	27,6	312	71,9	2	0,5
Interés en la inmigración	310	71,4	117	27,0	7	1,6
Formación en inmigración	104	24,0	329	75,8	1	0,2

Tabla 2

Lugar de trabajo	Aumento población (sí/no)		
	No	Si	Total
Hospital	8	283	291
Atención Primaria	2	103	105
CPP	0	3	3
Mutua	0	5	5
Socio-sanitario	5	4	9
Otros	1	6	7

420

Tabla 3

	SI		NO		No sabe/ No contesta	
	N	%	N	%	N	%
Falta de tiempo	85	45,0	103	54,5	1	0,5
Cargas familiares	55	29,0	133	70,4	1	0,5
Elevado coste de los cursos	47	24,9	141	74,6	1	0,5
Dificultad recibir ayudas/becas	27	14,3	161	85,2	1	0,5
Tema poco interesante	47	24,9	141	74,6	1	0,5
Otros	47	24,9	141	74,6	1	0,5

PERSPECTIVA ANTROPOLÓGICA DE UN CASO DE ORTOREXIA NERVIOSA

Eva Molina Alén

*Enfermera, Licenciada en Antropología Social y Cultural
Profesora Asociada de la Universidad Rey Juan Carlos (URIC)
Supervisora de la UHB de Psiquiatría del Hospital de Mostoles.*



affect the marginal sectors but rather on the contrary since this type of food is much more expensive than the usual one and also more difficult to obtain.

KEY WORDS: Orthorexia nervosa; vegetarianism; Religion; Hinduism; Yoga; Humankind evolution.

RESUMEN

En este trabajo, la mirada antropológica ha permitido realizar las profundizaciones necesarias proporcionando comprensión e interpretación al caso clínico que nos ocupa, sin la cual no se contemplarían o se pasarían por alto los factores socioculturales que han incidido en la fenomenología del caso.

Un nuevo trastorno de la conducta alimentaria (TCA) está emergiendo, es el denominado "Ortorexia nerviosa (ON)". La ortorexia está relacionada con la preocupación extrema o búsqueda de la salud centrada en comer lo más sano posible. Consiste en una obsesión y preocupación desmedidas por lo sano, lo natural o lo biológico, que lleva al individuo a consumir exclusivamente alimentos procedentes de la agricultura ecológica, libres de componentes transgénicos, artificiales, pesticidas o herbicidas.

En las sociedades desarrolladas, en las que el problema no es la falta de alimentos sino el exceso, cada vez inciden más los TCA. La ON parece no afectar a los sectores marginales sino más bien al contrario ya que este tipo de comida es mucho más cara que la normal y más difícil de conseguir.

PALABRAS CLAVES: Ortorexia nerviosa; Vegetarianismo; Religión; Hinduismo; Yoga; Evolución del hombre.

ANTHROPOLOGICAL PERSPECTIVE OF A CASE OF ORTHOREXIA NERVOSA

SUMMARY

In this work, the anthropologic perspective has allowed us a deep understanding and interpretation of this case, without which the sociocultural factors that have affected the phenomenology of the case would NOT HAVE BEEN CONSIDERED OR would HAVE BEEN OVERLOOKED.

A new eating disorder is emerging, the so-called "Orthorexia Nervosa(ON)". Orthorexia is related to the extreme worry in the search for health concentrated in eating as healthily and purely as possible. It consists of an excessive obsession and worry for healthy, natural or biological intake, which leads the individual to exclusively consume food coming from ecological agriculture, free from transgenic or artificial components, pesticides or herbicides.

In the developed societies, where the problem is not the lack of food but the excess, eating disorders are becoming more common. ON seems not to

INTRODUCCIÓN

Lo que se presenta a continuación pretende demostrar que los estudios de Antropología ofrecen nuevas formas de comprender e interpretar la Enfermería, y es desde un caso de ortorexia nerviosa que destacaré cómo la mirada antropológica ha permitido realizar las profundizaciones necesarias proporcionando explicación y significado, pues, sin ésta nueva perspectiva no se contemplaría o se pasaría por alto la influencia de los factores socioculturales que han incidido en la fenomenología de este caso.

Ahora bien, ¿qué es la ortorexia nerviosa? La ortorexia nerviosa (ON) es un nuevo trastorno de la conducta alimentaria (TCA) que está emergiendo y está relacionado con la preocupación extrema o búsqueda de la salud centrada en comer lo más sano posible. Consiste en una obsesión y preocupación desmedidas por lo sano, lo natural o lo biológico, que lleva al individuo a consumir exclusivamente alimentos procedentes de la agricultura ecológica, libres de componentes transgénicos, artificiales, pesticidas o herbicidas.

A los TCA se les ha adjudicado un origen multifactorial, destacando la importancia de los factores predisponentes para desarrollarla y especialmente a los denominados culturales, motivo que refuerzan aún más la necesidad de estudiarlos desde las ciencias sociales.

OBJETIVOS

1. **OBJETIVO GENERAL:** demostrar la importancia de la antropología como disciplina para complementar la formación enfermera y poder aplicarla en todos los campos.

2. **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** Proporcionar comprensión e interpretación al caso clínico presentado e identificar los principales factores ideológicos y religiosos y sus influencias en la génesis de la ortorexia nerviosa

DESARROLLO

La palabra ortorexia, proviene del griego “ortho” que significa justo, recto, correcto y “orexia”, apetencia, apetito, con lo que podría definirse como apetito justo o correcto. El creador del término es Steven Bratman [1] médico estadounidense, experto en las medicinas alternativas, que

durante años defendió la teoría de una dieta para alcanzar un estado de salud pleno. Según Bratman, cuando la obsesión por comer sano se lleva al extremo, a lo patológico, llega un punto en que todo gira en torno a la comida, controlar lo que comen, imponerse prohibiciones y programar detalladamente las comidas se convierte en una prioridad para poder sentirse seguros, tranquilos y dueños de cada situación (Bratman & Knight, 2001).

Algunos autores estiman la prevalencia de la ortorexia nerviosa en España en menos de un 1% de la población [2] siendo más frecuente en mujeres que en hombres, presentándose con una proporción de diez a uno, sobre todo en personas vegetarianas, macrobióticas, crudistas y frutistas.

Hay una evidencia cada vez mayor de que existe una serie de factores socioculturales y biológicos que interactúan entre sí contribuyendo a la presentación de los trastornos de la alimentación, participando en ellos mecanismos psicológicos menos específicos y una vulnerabilidad de la personalidad.

La restricción de alimentos conduce a la malnutrición que a su vez contribuye a cambios físicos y emocionales que se ponen de manifiesto en forma de alteraciones morfológicas, psíquicas y funcionales tales como la pérdida de peso y la detención del crecimiento entre las morfológicas, la tristeza y el mal humor en las psíquicas, y desequilibrios metabólicos, cardiovasculares y pérdida de capacidad inmunitaria permitiendo la aparición de infecciones oportunistas en las alteraciones funcionales. Será necesario considerar los criterios de hospitalización para los casos de desnutrición severa y valorar las complicaciones como las infecciones, los desequilibrios metabólicos y las alteraciones cardiovasculares (bradicardia y arritmias graves) para seleccionar en qué unidades deben darse los cuidados, en unidades médicas, psiquiátricas o como en algunos casos en las unidades de cuidados intensivos (Fernández, F y Turón, V., 1998).

Caso clínico:

Se trata de una mujer de 28 años, crudivegana estricta, que acude al hospital debido a su estado crítico de desnutrición. Previo al ingreso, realiza un viaje a la India con una amiga, regresando a

España con diarreas y mal estado general que requirió ingreso durante unos días en la Unidad de Cuidados Intensivos (IMC: 10.7), luego en el Servicio de Medicina Interna y posteriormente en la Unidad de Psiquiatría. La peculiaridad del caso, radicaba que por un lado, que a paciente sólo aceptaba alimentarse con un tipo muy especial de alimentos y por otro, la importancia de la ideología y creencias que la paciente proyectaba con una gran carga de espiritualidad.

A los 15 años comienza con la restricción de grasas tras consultar con un médico naturista, progresando hasta los 28 años por situaciones de vegetarianismo que van siendo cada vez más radicales hasta convertirse en una vegana crúdivora y frugívora. Se inicia la pérdida paulatina de peso coincidiendo con un aumento en la actividad física relacionado con trabajo de labores en la agricultura ecológica.

Este caso provocó mucho desconcierto en todo el equipo terapéutico pues no cumplía con el canon habitual de la anorexia ni el de la bulimia nerviosa, obligando a todos a realizar una documentación y un trabajo multidisciplinar debido a las características novedosas y desconocidas del caso. Revisada su biografía, cursó estudios universitarios con notas de sobresalientes, ampliando su currículum de postgrado con cursos de nutrición y alimentación, idioma y formación en Yoga, disciplina que impartió como profesora durante muchos años. Durante su estancia hospitalaria, sobresalen sus grandes conocimientos de dietética y de nutrición, acosando científicamente al nutricionista, que se ve acorralado frecuentemente, corroborando su preparación en la disciplina (Catalina, ML., Bote, B., García, F. & Ríos, B., 2005). La paciente fuerza la negociación alimentaria hasta límites extremos, realizando cambios de opinión frecuentes y manteniendo una actitud opositora, que motivan el desbordamiento del equipo de Nutrición y Dietética. Intenta pactar todo lo que come, los alimentos, las mezclas y las cantidades. La dieta pactada está compuesta por: frutos secos, fruta natural, lechuga, pan de cereales y Tofú (queso de soja.). Llama la atención como la afectada, con unos conocimientos tan amplios sobre nutrición y dietética fue capaz de renunciar a un comportamiento alimentario, negando en todo momento su situación grave de desnutrición, ocultando los síntomas

de inanición e incluso rechazando la antibioterapia prescrita por la aparición de infecciones oportunistas [3].

Tras una semana de ingreso, el equipo de enfermería informa de una actitud colaboradora, tomando la alimentación pautada por el Servicio de Nutrición, aceptando los aportes minerales y vitamínicos pero rechazando la medicación y el aporte nutritivo adicional. Así mismo, tras un seguimiento, Enfermería, manifiesta que no observa juguetos con las comidas, ni objetiva vómitos, tomándose adecuadamente los alimentos pactados. La paciente durante las comidas lleva a cabo una serie de ritos, dando a las comidas un aspecto de ceremonia, poniendo las manos sobre los alimentos como bendiciéndolos. Mientras come, medita masticando cada bocado unas 50 veces. Solicita que le aumenten la cantidad de comida, pues en ningún momento se la ha visto contrariada ni rechaza la idea de aumentar de peso.

Los cambios que llaman la atención a su familia coinciden con su iniciación en el Yoga, modificando la forma de vestir, preocupándose por la preparación de la comida, radicalizando sus creencias naturistas, las ideas de contaminación, practicando la meditación y buscando su equilibrio. En todo momento, la paciente argumenta con bastante coherencia sus creencias, defendiendo ser vegetariana como opción, como estilo y forma de vida: “La no violencia se asocia con una dieta natural. Matar animales es malo y no es necesario para el hombre. Lo mejor sería alimentarse de semillas. Las semillas caen de forma natural a la Tierra porque la alimentación crudivegana mejora el mundo, trayendo paz y amor, salud, convivencia y desarrollo personal”. Cuesta que la paciente exprese sus emociones, mostrando cierta labilidad cuando se la fuerza a hablar de sus sentimientos o de su vida particular. Siente que no encaja en el mundo pero niega síntomas de tristeza o depresivos: “depresión es una palabra usada bastante a la ligera refiriendo haberse sobrecargado de trabajo, colocándose en último lugar”. Cree que el ser humano es feliz si comprende que la tristeza y la angustia, no son de ellos, son algo externo a ellos que deben ser capaces de rechazar, así explica su estado de felicidad permanente que tanto sorprende (Catalina, ML., Bote, B., García, F. & Ríos, B., 2005).

DIFERENCIAS Y SINGULARIDAD DE LA ORTOREXIA

La ON coincide con los otros TCA, tales como la anorexia y bulimia nerviosas en cuanto que en general existe un deseo de verse perfectos, pero la singularidad de la ortorexia radica en que mientras en aquellas, la obsesión gira en torno a la cantidad de comida consumida, en la ortorexia el eje es la calidad de los alimentos. Los tres trastornos coinciden en castigarse cuando incumplen el plan dietético, pero unos lo harán con ayunos rígidos, otros, con vómitos, purgas, o ambos. Tanto las personas ortoréxicas como las anoréxicas, suelen ser estrictas, rígidas, controladoras, exigentes consigo mismas y con las demás, intentando siempre superarse a sí mismo queriendo tenerlo todo bajo control. Suelen ser disciplinadas, tienen deseos de superación y vigilan lo que comen, cuánto y cuándo lo comen.

La pérdida de la sociabilidad es uno de los factores comunes en los TCA, a todas comer les angustia, unas por el hecho de consumir alimentos y otras por el tipo de alimentos, provocando un retraimiento social, un abandono de las amistades y de las actividades de ocio y de recreo, los restaurantes se convierten en lugares prohibidos para sus dietas.

La ON aún no está clasificada en la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, 1998) ni en la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales (CIE-10, 1992), motivo por el que Steven Bratman propone un cuestionario de once preguntas con respuestas afirmativa o negativa, realizado por un profesional o autocumplimentado. Si una persona contesta afirmativamente al menos a cuatro preguntas del cuestionario se podría decir que tiene un problema con la alimentación y permitirá diagnosticar la ortorexia nerviosa (Bratman & Knight, 2001), (Tabla 1. Auto-Test de Steven Bratman).

FACTORES PSICOSOCIALES, CULTURALES Y RELIGIOSOS

Para poder entender este caso tan novedoso, fue necesario profundizar en el contexto y en los textos, indagando en el significado y sentido del vegetarianismo, analizando las implicaciones y los compromisos con el hinduismo, con el yoga e

investigar las influencias y relaciones existentes entre la paciente y esas variables.

Indagando en las doctrinas de la mayoría de las religiones, la esencia es muy similar –el desarrollo espiritual del hombre y la realización del Ser y de Dios como última meta-, Dios es un principio universal.

- El hinduismo y el budismo abrazan el vegetarianismo como parte del camino que conduce a la verdadera santidad. Es necesario adoptar una cosmovisión que incluya dos leyes cósmicas fundamentales: la ley de la evolución y la ley de la reencarnación que deriva en la decisión de no agredir a seres vivos que se encuentran en una etapa evolutiva muy cercana a la del hombre: los animales [4]. Todo ser va evolucionando, vida tras vida, pasando de especies inferiores como los vegetales a otras más adelantadas, como los diferentes tipos de animales, hasta llegar a la forma humana (Gandhi, MK., 1991; Sannuti, A., 2005).

- Entre los vegetarianos existen diferencias en cuanto a lo que comen, motivo que hace necesario referirse a una clasificación (Tabla 2. Clasificación de los vegetarianos) para así poder distinguirlos. La palabra vegetariano fue acuñada por los fundadores de la Asociación Vegetariana Británica en el año 1842 deriva de la palabra latina *vegetus*, que significa "completo, sano, fresco". Quienes abrazan el ideal del vegetarianismo argumentan que el significado original de esta palabra implica un equilibrado sentido filosófico y moral de la vida, que va mucho más lejos de una mera dieta de verduras y frutas. La base moral del vegetarianismo procede del hinduismo (Gandhi, MK., 1991) [5].

- El yoga [4] une los principios positivos de todas las religiones: la no-violencia, comprensión, ayuda, perdón, caridad; el yoga es un camino espiritual, el cual está basado en la experiencia propia de cada uno y no en las experiencias y reglas de otros, cuyo significado se cambia y se pierde con el curso del tiempo (Asociación Española de Yoga en la vida cotidiana, 2005).

- El cristianismo establecen el ayuno como práctica religiosa relevante y definitoria identificándose como la pureza de corazón delante de Dios. Ayuno y abstinencia estaban asociados a la salvación, penitencia, culpa, ascetismo y huida de lo material. Ayunar es un signo de santidad, es un modelo, una regla y un canon ha seguir.

DISCUSIÓN

La conciencia social fue uno de los elementos que favoreció la evolución del ser humano, pues la socialización del ser humano permitió formar grupos cuya necesidad para comunicarse con sus semejantes le obligó a desarrollar el lenguaje. El homo comprobó que para defenderse de los animales y de las inclemencias del tiempo, obtenía mejores resultados cooperando con todos los miembros del grupo que si lo hacía en forma aislada e individual.

Las investigaciones de científicos, entre ellos, antropólogos y paleontólogos, han sido cruciales para conocer mejor nuestro pasado como especie pero también para conocer los aspectos culturales y modos de vida del hombre dejando claro que en una época hace dos millones y medio de años en África evolucionó la primera especie Homo.

“... El caso es que el hombre pudo evolucionar en su forma de alimentación cuando dejó de comer hojas secas y fruta podrida. Se convirtió en carroñero, y aunque pueda parecer un retraso, significó toda una revolución...”

“... En un momento de la Historia, un antepasado nuestro decidió roer un hueso y sorber su tuétano. Gracias a ese simple hecho cambió para siempre la historia del hombre, e incluso su fisonomía...” (Arsuaga, JL., 2002)

Estas afirmaciones de Juan Luis Arsuaga, paleontólogo descubridor de la especie Homo Antecesor del yacimiento de Atapuerca en la sierra burgalesa, documenta que la introducción de las proteínas animales en la dieta del Homo permitió su desarrollo como especie, habilitándole para competir con el resto de las especies. Es más, Arsuaga argumenta y defiende que: “la alimentación ha sido esencial para la evolución humana y la clave de esta evolución es la superación del vegetarianismo”. El homo descubre que puede cazar carne con instrumentos, convirtiéndose ésta en su alimento preferido y base fundamental de su dieta gracias al descubrimiento fundamental de la producción de lascas de piedras, convirtiéndolas en herramientas eficaces para conseguir alimentos de origen animal (Arsuaga, JL & Martínez, I., 2000).

...De repente, los humanos tenían acceso a alimentos que previamente les habían estado vedados pues la fabricación de herramientas de piedra habría sido un elemento fundamental de las habili-

dades de un comedor de carne; los consumidores de plantas se podían apañar sin artilugios”. (Leakey, R., 2000)[7].

Otro de los aspectos, fue el descubrimiento del fuego que marcó el comienzo de otra etapa en la evolución del hombre. No sólo trajo aparejada la tecnología y la posibilidad de calentarse y por tanto de protegerse, sino que le permitió asar, cocer y calentar los alimentos, para una mejor asimilación de éstos por el organismo, provocando con ello que la alimentación fuera esencial para la evolución humana. El cazador tosco dio paso a un hombre más refinado, que empezó a distinguir sabores, colores y aromas, elaborando reglas precisas alrededor de la alimentación, transformando la necesidad de comer en un arte, eligiendo sus ingredientes y creando sus comidas más allá del primitivo acto de supervivencia. Incomprensiblemente, nos encontramos con que los pacientes con ortorexia, cuyas creencias y elecciones alimentarias rechazan precisamente la ingesta de proteínas animales, que fueron fundamentales para la evolución del hombre, arriesgan y comprometen sus vidas por su ideología y convicciones, es más, complicando el proceso de asimilación de los nutrientes eliminando la cocción de los alimentos. Es chocante pensar que tantos años de tradición gregaria, de sociabilidad, de aprendizaje, de solidaridad y de relaciones en la comunidad pueden darse al traste en tan sólo una vida, en este caso en unos años, y acabar aislando, apartando e incomunicando al ser humano.

Richard Leakey (LEAKEY, R., 2000) consideraba que para “el homo” lo impredecible no era el entorno, sino “el otro” y vivir en grupo ocasionaba una alta densidad de relaciones sociales generándose la cultura: “Pero los humanos se hacen humanos por medio de un intenso aprendizaje no sólo de las habilidades de supervivencia sino de costumbres y las convenciones sociales, las leyes de parentesco y las leyes de la sociedad; es decir, de la cultura...; Puede decirse que la cultura es la adaptación humana y es posible gracias al inusual modelo de infancia y maduración”.

Precisamente la comensalidad como elemento principal generador y transmisor de cultura al compartir el alimento en grupo y fomentar los vínculos entre los miembros del grupo es lo que actualmente los pacientes con este trastorno de la conducta alimentaria han abandonado, rechazan enérgica-

mente, encaminándose hacia el aislamiento y la soledad.

Con el paso del tiempo la humanidad se ha instruido, se ha hecho más sabia, se ha enriquecido y han mejoran, en general, las formas y calidades de vida y sin embargo, por paradójico que parezca, cada día es más religiosa. En el mundo, diariamente hay más personas que han roto con sus creencias, abrazando nuevos credos, practicando nuevos ritos, asignando en muchas ocasiones poderes mágicos y cósmicos a objetos, amuletos o personas, aceptando discursos como verdades absolutas que conducen a un sectarismo que busca el aislamiento y la alienación del individuo. Es el fervor religioso que tiene una fuerza única, superior a la política y la economía, a la familia y a la cultura, capaz de vender utopías o fundamentalismos extremos, tanto en su forma de violencia como de no violencia.

Es sorprendente comprobar las innumerables publicaciones sobre vegetarianismo tanto en formato papel como electrónico que existe en el mercado. En muchos portales de la red Internet, informan a los visitantes, cómo iniciarse, dónde dirigirse, dónde realizar las compras de los productos naturales destinados a la alimentación, sobre recetas de cocinas, etc., publicitando y realzando personajes importante tanto del pasado como del presente, que abogaron y eligieron esta opción dietética fundamentando una base moral y ética para practicarla. Para ello, recomiendan al neófito iniciarse con lecturas de carácter científico, religioso, medicinal, filosófico, nutricional o culinario, de fácil comprensión así como aconsejan realizar cursos de cocina vegetariana o algún estudio relacionado. Al lector, que sólo busca información o documentación, como me ocurrió a mí, me sugirió una forma de sectarismo encubierto en algunos casos, aunque desde las propias páginas se encargaran de decir que no eran sectas ni religión alguna.

He creído interesante recopilar algunos de los pensamientos sobre el ayuno y la ética que defendía y profesaba Mohandas K. Gandhi (Lapierre, D. & Collins, L., 1983; Ganghi, MK., 1995)) que me han ayudado a entender el comportamiento y estilo de vida de la paciente, que no comparto personalmente, pero que se sustentan en esta filosofía o religión y que demuestran la relación e influencia entre religión-vegetarianismo y ortorexia nerviosa:

“La oración es necesaria para el alma como el alimento lo es para el cuerpo”; “Un alma sana debe habitar un cuerpo sano”; “No considero la alimentación cárnica necesaria para nosotros a ninguna altura de la vida ni bajo cualquier clima en que ordinariamente les sea posible vivir a los seres humanos”; “Nada hay tan poderoso como el ayuno y la oración: nos confieren la necesaria disciplina, espíritu de sacrificio, humildad y firmeza de voluntad, sin lo cual no puede haber progreso real”; “La no violencia es la ley del género humano. La humanidad no puede liberarse de la violencia más que por medio de la no violencia”.

CONCLUSIONES

La visión antropológica ha sido pertinente y fundamental en este trabajo para comprender e interpretar la fenomenología de este caso clínico, en el que los factores socioculturales fueron determinantes. Muchas de las pacientes, tengan anorexia, bulimia o ortorexia, han convertido su vida en una religión, en un estilo de vida, es según ellas, una opción, equivocada pero una elección. Para unas, la vida se reduce a la báscula, al peso, para otras es la dieta. No tienen conciencia de enfermedad, ni de las consecuencias ni de la gravedad de la situación relacionada directamente con la desnutrición y el bajo peso, negando la repercusión de su conducta alimentaria hasta extremos en que la vida, su vida, corre serios peligros. La clave radica en la actitud hacia la comida, que se considera patológica si cambia el estilo de vida. El ortoréxico se convierte en víctima de su propia dieta. La obsesión gira en torno a la calidad de los alimentos y no en la cantidad de los mismos.

El consumismo de los países ricos, la explosión demográfica, la hambruna, las enfermedades, la sequía y las catástrofes naturales en los países pobres son una combinación perfecta para el desastre ecológico de la humanidad. El mundo está sumido en una crisis medioambiental y la ecología se ha convertido en la religión de ricos.

La mayoría de los expertos coincide en señalar que hay en la sociedad una “tendencia flotante” hacia la ortorexia, que se ha incrementado en los últimos años con la repercusión mediática producida por las crisis alimentaria de las vacas locas [2]. En las sociedades desarrolladas, en las que el problema no es la falta de alimentos sino el exceso,

cada vez inciden más los TCA. La ortorexia se presenta en niveles socioeconómicos altos y medio-altos y parece no afectar a los sectores marginales ya que este tipo de comida es mucho más cara que la normal y más difícil de conseguir [6]. No cabe duda de que las razones por las que muchas personas adoptan una dieta vegetariana pueden ser muy diversas, de índole religioso, filosófico, motivos de salud, por amor a los animales, por razones humanitarias, o simplemente por estar más cerca de la naturaleza.

Subrayar y diferenciar que los vegetarianos no son ortoréxicos, que solo las conductas obsesivas y extremas acompañados de sentimientos de soledad, de aislamiento, de creencias e ideología pueden desencadenar esta enfermedad emergente del siglo XXI porque en el fondo lo que subyace son la soledad y el miedo. Al igual que la anorexia y la bulimia, la ortorexia es una forma inadecuada de manejar la angustia.

Al estudiar una enfermedad hay que tener en cuenta que está imbuida de factores culturales que orientan las vivencias del paciente y el enfermero según el Paradigma Interpretativo ha de aprehender la realidad del paciente. Desde la perspectiva enfermera, la interpretación de las situaciones de salud-enfermedad ha facilitado la comprensión, el significado y el sentido de todo lo que acontece convirtiéndose la enfermera, según la definición del profesor Siles, en un agente de comunicación comprensiva e interactiva que intérpreta la realidad del paciente. (Siles, J., 2001).

La paciente de este caso, necesitaba un nuevo planteamiento de vida, un esfuerzo conjunto y multidisciplinar para desconstruir lo construido, como diría Edgar Morin, para desaprender lo aprendido e iniciar un reaprendizaje, pero no siempre se poseen los medios para ello, o las fuerzas, la voluntad o los conocimientos para hacerlo, como argumentaba Virginia Henderson.

NOTAS

- [1] Steven Bratman llevó al extremo su dieta para alcanzar un estado de salud desarrollando esa obsesión patológica por comer sano.
- [2] En <http://www.nutrar.com/detalle.asp?ID=2222&opin=1>
- [3] Síntomas de inanición: astenia, anorexia, disfunciones hormonales, alteraciones cardiovasculares y electrocardiográficas severas (bradicardia sinusal y alteraciones del ritmo) con posibilidad de muerte súbita.

- [4] Doctrina o Principio de Ahimsa: la no violencia basada en el carácter sagrado de la vida.
- [5] Vegetarianismo: fundamentos, principios y generalidades en <http://www.uva.org.ar/veg.html> consultado el 23/02/05
- [6] Durante los 48 días que duró su ingreso sólo en Tofú (queso de soja) he calculado el costo del mismo que se elevó a 409.37 (150 gr./día X 48 = 7200 gr.; un paquete de 350 gr. de de tofú cuesta 19.9 = 409.37) a los que hay que añadir el valor de los kilos de fruta fresca, de los frutos secos, del pan de cereales, etc.) elevando el gasto alimenticio a un valor que sin dudas las familias con rentas bajas les sería imposible mantener.

BIBLIOGRAFÍA

- ARSUAGA, JL & MARTÍNEZ, I. (2000) "La especia elegida. La larga marcha de la evolución humana". Ed. DeBolsillo. Temas de Hoy. Barcelona.
- ARSUAGA, JL. (2002) "Los Aborígenes, la alimentación en la evolución humana". Ed. RBA Libros, S.A., Barcelona.
- ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE YOGA EN LA VIDA COTIDIANA, "Vegetarianismo" en salud y vida natural, consultado en <http://yoga-en-la-vida-cotidiana.org/gegetarianismo.htm> el 26 de enero de 2005.
- BRATMAN, S. & KNIGHT, D. (2001) "Health food junkies. Ortorexia nervosa: overcoming the obsesión with healthful eating. Brodway Boooks, New York.
- CATALINA, ML., BOTE, B., GARCIA, F. & RIOS, B., 2005: "Ortorexia nerviosa. ¿Un nuevo trastorno de la conducta alimentaria". Actas Española de Psiquiatría; 33(1):66-68, Madrid.
- CIE-10, (1992) "Clasificación Internacional de enfermedades". Organización mundial de la salud, Madrid.
- DSM-IV, (1998) "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales", Ed. Masson, Barcelona.
- FERNÁNDEZ, F y TURÓN, V. (1998) "Trastornos de la alimentación. Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia"; Ed. Masson S.A., Barcelona.
- GANDHI, MK. (1991) "La base moral del vegetarianismo", en Historia del vegetarianismo: Mohandas Gandhi, en Unión Vegetariana Internacional (IVU) consultado el 14/02/2005 en <http://www.ivu.org/spanish/news/ivu/other/gandhi2.html>.
- LAPIERRE, D. & COLLINS, L., (1983) "Esta noche la libertad. Triunfo y tragedia de Gandhi"; Ed. Plaza & Janet S.A., Circulo de lectores, Barcelona.
- LEAKEY, R., (2000) "El origen de la humanidad", Ed. Debate S.A. Barcelona.
- SANNUTI, A., Historia del vegetarianismo: Mohandas Karamchand Gandhi, en Unión Vegetariana Internacional (IVU) consultado en <http://www.ivu.org/spanish/history/gandhi> el 14 de febrero de 2005.
- SILES GONZÁLEZ J. (2001) Los textos como fuentes de conocimientos en Ciencias Sociales y Enfermería. Una aplicación de la metodología cualitativa. Index de enfermería (versión digital); 32-33. Disponible en http://www.index-f.com/index-enfermeria/32-33revista/32-33_articulo_28-34.php consultado el 6 de mayo de 2006.
- Vegetarianismo: Fundamentos, principios y generalidades en <http://www.uva.org.ar/veg.html> consultado el 23/02/05.

Tabla 1. Auto-Test de Steven Bratman (Bratman & Knight, 2001)	
1.	¿Pasa más de tres horas al día pensando en una dieta sana?
2.	¿Se preocupa más de la calidad de los alimentos que del placer de comerlos?
3.	¿Le ha ocurrido que conforme aumenta la calidad de su comida disminuye la calidad de su vida?
4.	¿Se siente culpable cuando se salta alguna de sus convicciones dietéticas?
5.	¿Planifica hoy lo que va a comer mañana?
6.	¿Le aísla socialmente su manera de comer?
7.	¿Gasta mucho dinero en productos alimenticios sanos?
8.	¿Se ha vuelto más estricto(a) consigo mismo(a)?
9.	¿Aumenta su autoestima cuando come saludable?
10.	¿Infravalora a los que no comen saludablemente?
11.	¿Evita comer alimentos con los que antes disfrutaba?

Tabla 2. Clasificación de los vegetarianos	
•	VEGETARIANO: no incluye carnes de ningún tipo.
•	OVO-LACTO-VEGETARIANO: incluye derivados de animal, como huevos y lácteos.
•	OVO-VEGETARIANO: incluye solo huevos.
•	LACTO-VEGETARIANO: incluye lácteos de origen animal y sus derivados.
•	API: designa a quien consume miel
•	VEGETARIANO VEGANO: dieta exclusivamente basada en alimentos de origen vegetal, sin excepciones de ningún tipo, excluyendo también en todo el ámbito de su vida el uso de derivados de animales o de productos que hayan implicado para su fabricación o producción la explotación y/o el sufrimiento de algún animal. No utiliza en su vida, los derivados de la matanza y/o explotación de animales, como cuero, lana, seda, cosméticos, etc., oponiéndose también a todo experimento. El vegano aborrece las prácticas inherentes a la cría de ganado y productos de granja, pero mucha gente también lo hace por razones de salud, ecológicas, espirituales, etc.
•	CRUDÍVORO VEGETARIANO: El crudívoro no cocina ni calienta las comidas, ingiere todo en su estado natural: frutas, verduras, nueces, semillas, legumbres, cereales, brotes, etc.;
•	FRUGÍVORO, FRUTISTA O FRUTARIANO: se alimenta exclusivamente de frutos, generalmente crudos y de época.

EN BUSCA DE UNA DEFINICIÓN TRANSCULTURAL DE SUFRIMIENTO; UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Montoya Juárez, R.* Schmidt Río-Valle, J.** Prados Peña, D.***

*D.U.E. Lic. Antropología Social. Centro Gerontológico San Cristobal. ** D.U.E. Lic. Biología. E.U.C.S. Universidad de Granada. *** D.U.E. Hospital Universitario San Cecilio (Granada).

Miembros del Grupo de Investigación de la Universidad de Granada CTS 436
"Aspectos Psicosociales y Transculturales de la salud y la enfermedad"



SEARCHING FOR A CROSS – CULTURAL DEFINITION OF SUFFERING; A BIBLIOGRAPHIC REVIEW

SUMMARY

Introduction: Could we offer a definition of suffering free from our own subjectivity? The aim of the current bibliographic review is to offer a definition of suffering, leaving its measurement aside as a secondary matter. **Methods:** Medline, Proquest and Scopus databases in English were reviewed and 30 articles were selected. **Results:** Most authors support the complementarity of pain/symptom and suffering. The definition offered by E. Cassell is the most broadly cited in the literature: "Severe stress state associated with threatening events for personal integrity. The suffering of a person is conditioned by society and culture. There are three types of strategies in order to detect and/or measure suffering: Clinical practice, qualitative and quantitative research. **Discussion:** It is necessary to go deeper in the concept of suffering in order to find a cross – cultural definition which takes into account individual and socio – cultural

aspects. Instruments for the objective measure of the intensity of suffering have not been found. Suffering is a subjective experience.

Key Words: Suffering, bibliographic review, detection, concept definition.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN; ¿Podríamos ofrecer una definición de sufrimiento que no esté sujeta a nuestra propia subjetividad? La intención de la presente revisión bibliográfica es ofrecer una definición lo más completa de sufrimiento, siendo secundaria la cuestión de su medición.

MÉTODOS; Se revisaron las bases de datos de lengua inglesa Medline, Proquest y Scopus. y se seleccionaron 30 artículos.

RESULTADOS; La mayoría los autores que abogan por la complementariedad de dolor/síntoma y sufrimiento. La definición de mayor calado en la literatura científica es la de E. Cassell; Estado de severo estrés asociado con eventos amenazantes para la integridad de la persona. El sufrimiento de una persona está condicionado por la sociedad y la cultura. Existen tres tipos de estrategias para detectar y/o medir el sufrimiento; práctica clínica, investigación cualitativa y cuantitativa.

DISCUSIÓN; Es necesario profundizar en el concepto de sufrimiento con el fin de hallar una definición transcultural que contemple aspectos individuales y socio-culturales. No se han encontrado instrumentos que midan la de forma objetiva la intensidad del sufrimiento. La experiencia del sufrimiento es totalmente subjetiva.

Palabras clave: Sufrimiento, Revisión bibliográfica, Definición, Detección.

INTRODUCCIÓN

En el día a día de nuestra práctica clínica se menciona no pocas veces la existencia del sufrimiento. Decimos que una persona sufre la enfermedad, e incluso catalogamos su sufrimiento según este sea físico o psicológico. Sin embargo; ¿Podríamos ofrecer una definición de sufrimiento que no esté sujeta a nuestra propia intención y subjetividad?

En el año 2000 R. Bayés, psicólogo de la Universidad Autónoma publicó en la Revista de la Sociedad Española del Dolor, un artículo original en el cual describía una nueva estrategia para la detección del sufrimiento en la práctica clínica. (Bayés, R 2000) La técnica de detección o de medida del sufrimiento se basaba en el tiempo subjetivo que percibía que transcurría una persona. Es decir; Si la persona había sufrido, las horas, los días se le habrían hecho más largos que otra persona que no lo haya hecho. Inspirado en dicha estrategia un grupo de investigadores de la Universidad de Granada, pusieron en marcha un proyecto que, además de dar consistencia a dicha técnica ofreciera nuevos datos sobre su aplicación a la práctica clínica (Grupo de investigación CTS 436, 2003). Los resultados de dicho proyecto serán publicados en breve.

Sin embargo, a pesar de los resultados esperanzadores de las experiencias citadas, no dejan de existir dudas sobre si se puede, en realidad medir el sufrimiento o si éste es totalmente inconmensurable y subjetivo.

METODOLOGÍA

La intención de la presente revisión bibliográfica es ofrecer una definición lo más completa de sufrimiento, siendo secundaria la cuestión de su medición. En este primer artículo sólo se expone parte de la revisión dedicada a revistas científicas del área médica y de enfermería de lengua anglosajona. Se revisaron las bases de datos Medline, a través del motor de búsqueda Pubmed, Proquest y Scopus. Se seleccionaron 30 artículos, de los cuales se desecharon ocho. Los criterios de búsqueda fueron aquellos artículos que hablaran directamente sobre el sufrimiento o el distrés producido por la enfermedad; Artículos teóricos, revisiones y experiencias de investigación acerca de la identifica-

ción y medición del sufrimiento. Se le prestaron especial atención a aquellos artículos de investigación cualitativa en el que los propios pacientes definieran o ayudaran a conceptualizar el sufrimiento.

RESULTADOS

Definición y fuentes de sufrimiento

Desde un punto de vista clásico médicos y sanitarios entendieron que ocuparse del control de los síntomas y del dolor era ocuparse por ende del sufrimiento. La relación entre dolor y sufrimiento continúa siendo conflictiva; Mientras algunos autores como Benedict afirman que el sufrimiento es derivado en su mayoría de síntomas físicos, otros como Rehnfeldt aseguran que el sufrimiento no está relacionado con síntomas físicos. (Daneault, S. Lussier, V. et al, 2004).

Sin embargo son mayoría los autores que abogan por la complementariedad de dolor/síntoma y sufrimiento. Algunos de los artículos consultados afirman que existe un flujo bidireccional entre el sufrimiento y el dolor; Dolor y sufrimiento se retroalimentan mutuamente (Strasser, F. Walker, P. Bruera, E. 2005). Otros como McCorkle y Young ponen de manifiesto que no es sólo la severidad del síntoma o del dolor lo que provoca el sufrimiento sino la percepción subjetiva, (Ridner SH. 2004) o el significado atribuido a dicho síntoma. (Tishelman, C. Degner, L. et al, 2000) Tanto los síntomas de la enfermedad como los métodos diagnósticos o terapéuticos pueden ser fuente de sufrimiento para los pacientes en cuanto son considerados inútiles. (Miettinen, T. Tilvis, RS. 1999)

Otros autores como Chazman alegan que el sufrimiento está vinculado a las pérdidas, físicas y psicosociales que sufre la persona como consecuencia de la enfermedad, así como el significado que le atribuye el sujeto a dichas pérdidas (Battenfield) (Daneault, S. Lussier, V. et al, 2004). En este sentido el sufrimiento puede ser vinculado al temor a la muerte, no sólo física sino psicosocial. (Black, HK. Rubinstein, RL, 2004)

Sin duda las definiciones de mayor calado en la literatura científica son las inspiradas en la tradición psicológica de respuesta adaptativa o de estrés. Así pues, una de las definiciones de sufrimiento más aceptadas es dada por E. Cassell;

Estado de severo estrés asociado con eventos amenazantes para la integridad de la persona (Black, HK. Rubinstein, RL, 2004) (Bretscher, ME. Creagan, ET., 1997) Otras definiciones en cierta manera vinculadas con dicha tradición son la dada por Black y Rubinstein (Black, HK. Rubinstein, RL, 2004) (Conciencia visceral de la propia vulnerabilidad) o todas aquellas referidas al distrés psicológico, como por ejemplo la de Abeloff (Mala adaptación psicológica para afrontar eventos vitales estresantes). (Ridner SH. 2004)

Cabe destacar en este punto, el modelo de sufrimiento de J, Morse, por el cual la respuesta del individuo ante una situación amenazante se caracteriza por dos estados, uno de endurecimiento y otro estado muy emocional denominado por ella sufrimiento emocional. En este estado la persona comprende que su futuro está irrevocablemente alterado. El sufrimiento forma parte entonces de un proceso, un “trabajo” tedioso que la persona debe de hacer. (Morse JM. 2000) (Georges, JM, 2002)

Sin embargo el sufrimiento no es sólo una experiencia de un individuo aislado sino, tal como interpretan Scheper-Hughes y Lock el sufrimiento es una experiencia vivida en el seno de la sociedad, conectada al ethos de una cultura y la forma en la que el individuo comunica el sufrimiento a la sociedad. (Black, HK. Rubinstein, RL 2004) Esto quiere decir que el sufrimiento de una persona está mediado o condicionado por sus características sociales y culturales. La posibilidad o visibilidad del sufrimiento de un individuo viene marcada por el grupo social al que pertenezca, y a qué distancia esté situado de los grupos que ostentan el poder. (Georges, JM. 2004) (Radley, A. 2004) Así pues, el sufrimiento es también social y por lo tanto político.

Estos condicionamientos afectan a los miembros del equipo sanitario que tienden a minusvalorar el sufrimiento de algunos grupos, entendiéndose éste como normal en la enfermedad. (Georges, JM, 2002) En uno de los artículos originales seleccionados se relaciona la personalidad de las enfermeras con la capacidad de detectar el sufrimiento. (Hall-Lord ML, Larsson G, et al. 1999)

Detección y medición del sufrimiento

Según la bibliografía consultada en esta revisión existen tres tipos de estrategias para detectar

y/o medir el sufrimiento; práctica clínica, investigación cualitativa y cuantitativa.

El reconocimiento del sufrimiento en la práctica clínica está basado en la intuición entrenada del profesional que percibe por un lado el comportamiento externo del paciente (expresión facial, postura del cuerpo, manifestaciones de tristeza, etc.) (Georges, JM, 2002) y por otro, escucha las necesidades y demandas. (Hall-Lord ML, Larsson G, et al. 1999) Ambas estrategias presuponen que el paciente sufre en silencio y envía mensajes que los sanitarios debemos descodificar.

Respecto a la investigación cualitativa, el modelo interpretativo que más se emplea es el de la teoría fundamentada (Daneault, S. Lussier, V. et al, 2004), (Black, HK. Rubinstein, RL 2004), (Craft, C. 1999), (Duggleby, W. 2000) Este modelo está basado en el significado que le dan los actores sociales a cierto fenómeno; En este caso el fenómeno estudiado es el sufrimiento, el dolor, o como afrontar la enfermedad.

Respecto a la investigación cuantitativa, se han desarrollado diversas escalas que tratan de medir conceptos relacionados con el sufrimiento. Cabe destacar;

- Escalas que miden la severidad de los síntomas; La más famosa es la escala propuesta por McCorkle y Young (Ridner SH. 2004) denominada Escala de Distrés de Síntomas o SDS (“Symptom Distress Scale”) y que analiza el grado de distrés que provocan los síntomas según la severidad e intrusión de los mismos en la vida diaria. Este grado de severidad no tiene porqué coincidir con la importancia dada por el paciente a estos síntomas (Craft, C. 1999) Otras escalas de este tipo son el Inventario Breve de Síntomas (“Brief Symptom Inventory”) (Baider, L. Andritsch, E. et al. 2004) o la Escala de medición de manifestaciones de distrés psicológico (“Psychological Distress Manifestations Measurement Scale”) de Masseuré (Ridner SH. 2004).
- Mención especial merece el instrumento de medición denominado PRISM (“Pictorial Representation of Illness and Self Measure”) basado en la representación gráfica de el “yo” y el grado de intrusión de la enfermedad en la

vida del individuo. Parece estar relacionada con la percepción subjetiva de calidad de vida relacionada con la enfermedad. (Buchi, S. Buddeberg, et al. 2002) (Rumpf HJ, Lontz W et al. 2004)

- Otras escalas miden conceptos que pueden ser fuente de sufrimiento, como el apoyo social percibido, ansiedad, depresión, ira o frustración (Baider, L. Andritsch, E. et al. 2004), (Carr, D. 2005), (Corley MC, Elswick RK et al. 2001)

DISCUSIÓN

Es necesario profundizar en el concepto de sufrimiento con el fin de hallar una definición que no varíe según el ámbito que se use, y que contemple los aspectos individuales, sociales y culturales anteriormente descritos.

La definición de sufrimiento de Cassell puede vertebrar una nueva definición que integre dichos aspectos.

Así pues podemos decir que el sufrimiento es un estado de distrés más o menos permanente experimentado por el sujeto en el seno de una sociedad y cultura concreta, al enfrentar una amenaza percibida como capaz de destruir su propia integridad física o psicosocial, y ante la cual se siente vulnerable e indefenso.

La amenaza percibida por la enfermedad está relacionada;

- Con la incertidumbre ante el futuro
- Con la proximidad de la muerte (física y psicosocial)
- Con las pérdidas (físicas y psicosociales) experimentadas o por experimentar.
- Con el dolor y el resto de síntomas que producen en sí mismo malestar.
- Con el significado de estos síntomas (gravedad, muerte)
- Con la inutilidad de padecer estos síntomas.
- Con la violencia, la alienación y la pérdida de control experimentadas por los cambios en la vida y el rol social y familiar de las personas, así como las experiencias desagradables derivadas no sólo de los síntomas sino de los procesos diagnósticos y terapéuticos.

Para poder hacer frente, siguiendo de nuevo el modelo de estrés propuesto por Cassell y otros

autores, el sujeto debe de poner en juego los recursos que derivan de su historia personal y el su red de apoyo social (Black, HK. Rubinstein, RL 2004), (Roy, DJ. 1998), (Javier, R. Kane, MD et al. 2004)

No se han encontrado instrumentos que midan la intensidad del sufrimiento de una persona, precisamente porque la forma de sufrir de cada persona es totalmente subjetiva y está sujeta a numerosas variaciones de índole social y cultural. Sin embargo es nuestro deber sino eliminar, aliviar el sufrimiento, y por lo tanto, es necesario diseñar técnicas aplicables a la práctica clínica que nos ayuden a detectar el sufrimiento.

BIBLIOGRAFÍA

- Baider, L. Andritsch, E. Goldzweig, G. Uziely, B. et al (2004) Changes in Psychological Distress of Women With Breast Cancer in Long-Term Remission and Their Husbands. *Psychosomatics*. Washington: Jan/Feb.Vol.45, Iss. 1; pg. 58
- Bayés, R.(2000) Una estrategia para la detección del sufrimiento en la práctica clínica. *Rev Esp Soc Dolor*; 7: 70 – 74.
- Buchi, S. Buddeberg, C Klaghofer, R. Russi, EW. et al.(2002) Preliminary validation of PRISM (Pictorial Representation of Illness and Self Measure)--a brief method to assess suffering *Psychotherapy and Psychosomatics*. Basel: Nov/Dec Vol.71, Iss. 6; pg. 333, 9 pgs
- Black, HK. Rubinstein, RL Themes of Suffering in Later Life (2004) *The Journals of Gerontology: Series B : Psychological sciences and social sciences*. Washington: Jan .Vol.59B, Iss. 1; pg. S17
- Bretscher, ME. Creagan, ET.(1997) Understanding suffering: What palliative medicine teaches us. *Mayo Clinic Proceedings*. Rochester: Aug Vol.72, Iss. 8; pg. 785, 3 pgs
- Carr, D. (2003) A "good death" for whom? Quality of spouse's death and psychological distress among older widowed persons. *Journal of Health and -Social Behavior*. Albany: Jun. Vol.44, Iss. 2; pg. 215.
- Craft, C. (1999) A Conceptual Model of Feminine Hardiness. *Holistic Nursing Practice*. Apr. 13(3); 25-35
- Corley MC, Elswick RK, Gorman M, Clor T. (2001)Development and evaluation of a moral distress scale. *J Adv Nurs*. Jan;33(2):250-6.
- Daneault, S. Lussier, V. Mongeau, S. Paille, P. et al. (2004) The Nature of Suffering and Its Relief in the Terminally Ill: a Qualitative Study *Journal of Palliative Care*. Toronto: Spring .Vol.20, Iss. 1; pg. 7, 5 pgs
- Duggleby, W. (2000) Enduring suffering: A grounded theory analysis of the pain experience of elderly hospice patients with cancer. *ONF*. Vol 27, NO 5, pgs 825 – 821
- Fagerstrom L.(1998) The patient's perceived caring needs as a message of suffering.*J Adv Nurs*. Nov;28(5):978-87.
- Georges, JM. (2002) Suffering: Toward a Contextual Praxis. *Volume 25(1)*, September, pp 79-86
- Georges, JM. (2004) The politics of suffering: Implications for nursing science
- ANS. Frederick: Oct-Dec . Vol. 27, Iss. 4; p. 250.

- Grupo de investigación CTS 436. (2003) Detección del sufrimiento del enfermo en la práctica clínica. Propuesta de investigación. Julio.
- Hall-Lord ML, Larsson G, Steen B.(1999) Chronic pain and distress among elderly in the community: comparison of patients' experiences with enrolled nurses' assessments. *J Nurs Manag.* Jan;7(1):45-54.
- Javier R. Kane, MD. Hellsten, MB. Human Suffering (2004) The need for relationship based research in Pediatric End-of-life care. *Journal of pediatric Oncology Nursing*, Vol 21, No 3 (May- June) p 180-185.
- Miettinen, T. Tilvis, RS. (1999) Medical futility as a cause of suffering of dying patients--the family members' perspective. *Journal of Palliative Care.* Toronto: Summer Vol.15, Iss. 2; pg. 26, 4 pgs
- Morse JM. (2000) Responding to the cues of suffering. *Health Care Women Int.* Jan-Feb;21(1):1-9.
- Radley, A. Pity,(2004) Modernity and the Spectacle of Suffering. *Journal of Palliative Care.* Toronto: Autumn .Vol.20, Iss. 3; pg. 179, 6 pgs
- Ridner SH. Psychological distress: concept analysis. *J Adv Nurs.* 2004 Mar;45(5):536-45.
- Roy, DJ. (1998) The relief of pain and suffering: Ethical principles and imperatives. *Journal of Palliative Care.* Toronto: Summer Vol.14, Iss. 2; pg. 3, 3 pgs.
- Rumpf HJ, Lontz W, Uessler S. (2004) A self-administered version of a brief measure of suffering: first aspects of validity. *Psychotherapy and Psychosomatics.* Jan-Feb Vol.73, Iss. 1; pg. 53
- Strasser, F. Walker, P . Bruera, E.(2005) Palliative Pain Management: When Both Pain and Suffering Hurt. *Journal of Palliative Care.* Toronto: Summer Vol.21, Iss. 2; pg. 69, 11 pgs
- Tishelman, C. Degner, L. Mueller, B.(2000) Measuring Symptom Distress in Patients with Lung Cancer; A pilot study of experienced intensity and importance of symptoms. *Cancer Nursing Ap;* 23 (2): 82 – 90.



LOS CONCEPTOS SALUD Y ENFERMEDAD CONTENIDOS EN EL CORÁN

Lourdes Rubio Rico*, María Ferrater Cubells**

**Diplomada en Enfermería. Licenciada en humanidades y doctoranda del programa Estudis Culturals Mediterranis de la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona. Enfermera Hospital Universitari Joan XXII de Tarragona. Profesora Asociada de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona*

***Diplomada en Enfermería. Profesora titular de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona.*



CONCEPTS OF HEALTH AND ILLNESS IN THE KORAN

SUMMARY

The inter-cultural concept as a legal response to the fact of a multicultural society equally entitles rights and commitments accepting no difference in cultures claiming at the same time the right to be different. In this context, health professionals feel the need to approach cultural concepts different from their own that allow them to understand the essence of new interacting cultures. This sort of approaching, according to Leininger (i), must take into consideration the point of view of any individual and try to integrate in a system of professional knowledge as to be the core for health interventions coherent with cultural modes.

The Islamic theological system, through the Koran, soaks the whole life of the Islamic people cultures. The terms: health and illness are frequent in the Islamic religious texts, among them the

Koran. For those reasons and the above mentioned ones, the Islamic sacred texts in general, and the Koran in particular are very useful to health professionals in order to build up the emic vision stated by Leininger.

Analysis and exegesis of the Koran according to the above mentioned terms are presented here.

Key Words: Trans-cultural nursing, Islam, Koran, holism, spiritualism, support

RESUMEN

La interculturalidad, como respuesta normativa al hecho multicultural, reconoce igualmente derechos y obligaciones sin atender a diferencias culturales y reivindica, con ello, la igualdad en el derecho a ser diferentes. En este contexto, los profesionales de la salud se ven en la necesidad de aproximarse a conceptos culturales ajenos que permitan captar la esencia de las nuevas culturas en interacción. Esta aproximación, según la teoría de Leininger (Leininger 1991), debe incorporar el punto de vista del sujeto e integrarse en un sistema de conocimiento profesional para servir de base a intervenciones de salud coherentes con los modos culturales.

El sistema teológico islámico, a través del Corán, impregna la totalidad de la vida de las personas de cultura islámica. Los términos salud y enfermedad son frecuentes en los textos religiosos islámicos, entre ellos el Corán. Por esta razón y las esgrimidas anteriormente, los textos sagrados islámicos, en general, y el Corán, en particular, son útiles a los profesionales de la salud para construir la visión emic propugnada por Leininger.

Presentamos, desde la mirada del profesional de la salud, un análisis y exégesis del Corán atendiendo a los términos mencionados.

Palabras clave: enfermería transcultural, Islam, Corán, holismo, espiritualidad, solidaridad.

1. INTRODUCCIÓN:

La globalización ha dado lugar a la multiculturalidad, término descriptivo, factual y contrastable que define la coexistencia de diferentes culturas en una misma sociedad. La interculturalidad, como respuesta normativa al hecho multicultural, reconoce igualmente derechos y obligaciones sin atender a diferencias culturales y reivindica, con ello, la igualdad en el derecho a ser diferentes. En este contexto, los profesionales de la salud se ven en la necesidad de aproximarse a conceptos culturales ajenos que permitan captar la esencia de las nuevas culturas en interacción. Esta aproximación, según la teoría de Leininger (Leininger 1991), debe incorporar el punto de vista del sujeto e integrarse en un sistema de conocimiento profesional para servir de base a intervenciones de salud coherentes con los modos culturales.

El sistema teológico islámico, a través del Corán, impregna la totalidad de la vida de las personas de cultura islámica puesto que además de ser presentado como un texto divino por sus orígenes –bajado del cielo– y su tema fundamental –el papel de Dios, Al-lá, en el mundo y en la historia humana–, es también un libro humano que se ocupa de los aspectos fundamentales que rigen la vida terrenal de hombres y mujeres del pasado, del presente y del futuro (Epalza de 2001). Los términos salud y enfermedad son frecuentes en los textos religiosos islámicos, entre ellos el Corán. Por esta razón y las esgrimidas anteriormente, los textos sagrados islámicos, en general, y el Corán, en particular, son útiles a los profesionales de la salud para construir la visión emic propugnada por Leininger.

2. OBJETIVOS:

- Definir los conceptos salud y enfermedad contenidos en el Corán
- Determinar las implicaciones prácticas en el cuidado y la atención a la salud que derivan direc-

tamente de los conceptos salud y enfermedad contenidos en el Corán

3. MATERIAL Y MÉTODOS:

Lectura, análisis y exégesis del texto coránico atendiendo a los conceptos salud y enfermedad

4. RESULTADOS:

El concepto de salud contenido en el Corán surgido de la lectura y análisis del texto se construye por definición y por oposición de sus contrarios o complementarios. En el primer caso, la definición del término nos remite al dominio de la espiritualidad. La salud atañe al espíritu, al dominio de las creencias y los valores del hombre. En una existencia terrenal que viene determinada por la divinidad, tanto en sus aspectos puramente físicos o naturales como en los existenciales:

Y la tierra, la hemos extendido, y colocamos en ella firmes montañas, y hemos hecho crecer en ella de todo y en forma equilibrada, y hemos puesto en ella medios de subsistencia para vosotros [los hombres], y para todos aquellos [seres vivos] cuyo sustento no depende de vosotros.

Pues nada existe que no tenga en Nosotros su origen; y no hacemos descender nada si no es con arreglo a una medida precisa.

Y enviamos los vientos para fertilizar [las plantas], y hacemos caer el agua del cielo y de ella os damos de beber, y no sois vosotros quienes disponéis de su fuente, pues, ¡ciertamente, somos Nosotros –sólo Nosotros– quienes damos la vida y damos la muerte, y sólo Nosotros permaneceremos cuando todo lo demás haya desaparecido!

Y conocemos bien [los corazones y las obras de todos los seres humanos –tanto] de aquellos que vinieron antes de nosotros como de los que vendrán después de vosotros

Al-Hichr (15:19-24)

la relación que el hombre establece con la divinidad se sitúa en un nivel prioritario y rige la mayoría de las acciones y pensamientos humanos. En este contexto, la salud, que adquiere una dimensión espiritual, proviene de la revelación divina:

¡Oh Gentes! Os ha llegado ahora una exhortación de vuestro Sustentador, una cura para todo

[mal] que pueda haber en los corazones de los hombres, una guía y una misericordia para todos los que creen [en Él]

Iunus (10:57)

Así hacemos descender gradualmente por medio de este Qur'án todo aquello que da salud [al espíritu] y es una misericordia para quienes creen [en Nosotros], mientras que a los malhechores no hace más que aumentar su perdición

Al-Isra (17: 82)

[...] Di: "Para todos los que han llegado a creer, esta [escritura divina] es una guía y fuente de salud; pero para los que aún no creen, en sus oídos hay sordera, y por eso siguen a oscuras respecto de ella: [son como gentes que] están siendo llamadas desde demasiado lejos

Fussilat (41:44)

Análogamente, la mención a la enfermedad está condicionada –en gran parte, aunque no siempre– a la vertiente espiritual de la existencia humana. El concepto de enfermedad se construye desde la relación establecida entre el hombre y su fe. La enfermedad se describe como aquella situación de impermeabilidad al mensaje divino y negación de la verdad revelada al profeta. La concepción de la enfermedad ligada a la fe configura una anatomía de la espiritualidad que confiere especial protagonismo al corazón como órgano donde se asientan la fe, la incredulidad, los sentimientos o la voluntad; generando gran número de expresiones que hablan de su enfermedad, dureza o insensibilidad. En un segundo plano, son los sentidos quienes, de manera similar a como ocurre en la naturaleza, se erigen en instrumentos de conocimiento, en este caso, espiritual:

Pero a aquellos en cuyos corazones hay enfermedad, cada nuevo mensaje tan sólo añade otro [elemento de] incredulidad a la incredulidad que ya albergan, y mueren negándose [aún] a aceptar la verdad.

Al-Tauba (124:125)

Y ciertamente hemos destinado al infierno a muchos seres invisibles y hombres que tienen corazones con los que no comprenden la verdad, ojos

con los que no ven y oídos con los que no oyen. Son como el ganado ¡que va! Son aún menos conscientes del camino recto ¡ellos, precisamente, son los [realmente] inconscientes!

Al-Aaraf (7:179)

En un contexto en que la vida terrenal constituye sólo una pequeña parte de la existencia humana, la salud física es irrelevante y sólo se concibe desde su relación con la salud espiritual. De hecho, la salud física –en positivo– se menciona en una sola ocasión, aunque mediatizada por el hecho espiritual:

[En cuanto a mí, sé que] esos [falsos dioses] son ciertamente mis enemigos, [y que nadie me presta auxilio] salvo el Sustentador de todos los mundos, que me ha creado y es quién me guía, y es quien me da de comer y de beber, y cuando caigo enfermo, es Él quien me devuelve la salud y quien me hará morir y luego me devolverá la vida

Ash-Shuaara (26:77-81)

En cuanto a la enfermedad, que ya hemos visto que se expresaba como concerniente al ámbito espiritual, suele presentarse también desde su expresión física y terrenal, aunque nunca disociada del hecho espiritual al que se une a través de su relación con los preceptos del Islam y, tal como se verá posteriormente, a través de su significado. La enfermedad física, en su relación con los preceptos que se exigen al creyente, se nos muestra como una circunstancia excepcional, de extrema dureza que excusa al creyente de todas sus obligaciones como tal, exceptuando la oración. Así pues, la expresión Pero, si alguno de vosotros está enfermo suele repetirse acompañada de la dispensa en la realización del ayuno del Ramadán, el peregrinaje a la Meca, y las abluciones previas a la oración; que son circunstancias en la vida del creyente que exigen una cierta capacidad física. Por otra parte, aunque sin ser citada explícitamente, la necesidad extrema entre la que se incluye la enfermedad, según interpreta Asad (Asad 2001), también exime al musulmán de las prohibiciones islámicas.

[...] Pero quien se ve empujado [a usar lo prohibido] por necesidad extrema y no con ánimo de transgredir, ciertamente, dios es indulgente,

dispensador de gracia.

Al-Ma'ida (5:3)

Por lo que respecta al sentido de la enfermedad, es frecuente la mención genérica a la adversidad como prueba de fe, siendo la paciencia y la perseverancia en la oración las virtudes que confirman la fe del creyente en las situaciones de dificultad, entre las que, por supuesto, se encuentra la enfermedad:

¡Oh vosotros que habéis llegado a creer! Buscad ayuda en la paciencia y la oración: pues, ciertamente, Dios está con los que son pacientes en la adversidad

Al-Baqara (2:153)

Aunque como refuerzo a la mención genérica del papel de la adversidad en la vida terrenal del creyente, el texto ofrece, además, una cita explícita donde se concretan las pruebas terrenales por las que habrá de pasar el creyente:

Y ciertamente os pondremos a prueba por medio del peligro, del hambre, de la pérdida de bienes, de vidas y de frutos [del trabajo]. Pero da buenas nuevas a los que son pacientes en la adversidad, que cuando les sucede una desgracia, dicen: “En verdad, de dios somos y, ciertamente, a Él hemos de volver”

Al-Baqara (2:155-156)

Situados, pues, en el continuo existencial del hombre donde la existencia terrenal viene definida por la temporalidad; la enfermedad física es importante –y así se reconoce en el texto– por el sufrimiento y la incapacidad que genera, aunque se trata de una experiencia pasajera inscrita en la circunstancia vital terrestre y siempre al servicio de la causa espiritual, ya sea como dotadora de sentido, ya sea como pequeño contratiempo en el ejercicio de la espiritualidad del creyente. La enfermedad física es útil al doliente en tanto en cuanto le permite ejercitarse en la superación a través del ejercicio de la paciencia, beneficiando también a su entorno al permitirle la práctica de la solidaridad, que para la religión islámica constituye una obligación institucionalizada a través del Sakat, el impuesto de purificación de la riqueza:

[Todos vosotros, Oh creyentes, sois hermanos: así pues:] no es motivo de reproche que el ciego, el cojo o el enfermo [acepten limosna del que está sano], ni que vosotros comáis [de lo que otros os ofrezcan, ya sea comida procedente] de vuestras casas, o de casa de vuestros padres, o de vuestras madres, o de vuestros hermanos, o de vuestras hermanas, o de vuestros tíos paternos, o de vuestras tías paternas, o de vuestros tíos maternos, o de vuestras tías maternas, o de aquellas [casas] cuyas llaves tenéis a vuestro cargo o [de casa] de algún amigo vuestro [...]

An-Nur (24:61)

Afectando por igual a los términos salud y enfermedad aparece en los textos seleccionados, y en el resto del libro, una suerte de determinismo teológico que aparentemente afecta a la totalidad de acontecimientos y decisiones que afectan a la vida humana, dejando al hombre impotente ante el destino trazado de antemano por la divinidad. La realidad, pero, es que el texto, aún a riesgo de pecar de cierta incoherencia interna, reserva una parcela de autonomía humana que libera al hombre del intervencionismo divino y lo responsabiliza de sus propias actuaciones y consecuencias. La responsabilidad del hombre ante su propio destino se concentra en la elección y el ejercicio de la fe; decisión humana que una vez tomada ha de determinar, por consiguiente, una serie de efectos divinos revestidos de determinismo que son, en realidad, resultado de la libertad humana y que han de afectar a algunos aspectos concretos de la vida terrenal –entre ellos la vivencia de la enfermedad– y a la totalidad de la vida humana después de la muerte:

[refiriéndose a los judíos] [...] Si hubieran dicho: “Oímos y obedecemos”, y “Escucha[nos] y ten paciencia con nosotros”, hubiera sido mejor para ellos y más correcto: pero Dios les ha rechazado por negarse a reconocer la verdad –porque poco es aquello en lo que creen.

An-Nisa (4:46)

Y recordad [siempre] las bendiciones que Dios os ha concedido y el solemne compromiso por el que os vinculó a Sí cuando dijisteis: Oímos y obedecemos” [...]

Al-Ma'ida (5:7)

En un plano más concreto, la ceguera y la cojera son las enfermedades que suelen citarse como excusa en el cumplimiento de los preceptos religiosos, aunque, con el mismo objeto, también es frecuente la mención genérica a la enfermedad. La vejez aparece como una situación de declive físico e intelectual o incluso de incapacidad extrema semejante a la del recién nacido:

Dios os ha creado, y en su momento os hará morir; y muchos de vosotros quedan reducidos en la vejez a un estado de lo más abyecto, en el que dejan de saber lo que una vez tan bien supieron

An-nahl (16:70)

y es utilizada nuevamente como pretexto para insistir en el valor de la solidaridad, desplegada ahora desde el ámbito familiar, aunque de alcance comunitario, porque la benevolencia de trato que se recomienda a los hijos para con sus padres responde con justicia al cuidado previo de éstos para con ellos, un cuidado que además de contribuir al desarrollo físico e intelectual, ha contribuido, por medio de la educación, al crecimiento moral del buen musulmán y su comunidad; un cuidado que, finalmente, en virtud de esta conexión vital entre materia espíritu, se deposita en manos de Dios

[...] Y haced el bien [a vuestros padres]. Si a uno de ellos, o a ambos, les llega la vejez estando contigo, jamás les digas “¡Uff! Ni les riñas, sino háblales con respeto, y extiende sobre ellos con humildad las alas de tu benevolencia, y di: ¡Oh sustentador mío; ¡Apídate de ellos, como ellos cuidaron de mí y me educaron siendo niño!”

Al-Isra (17:24)

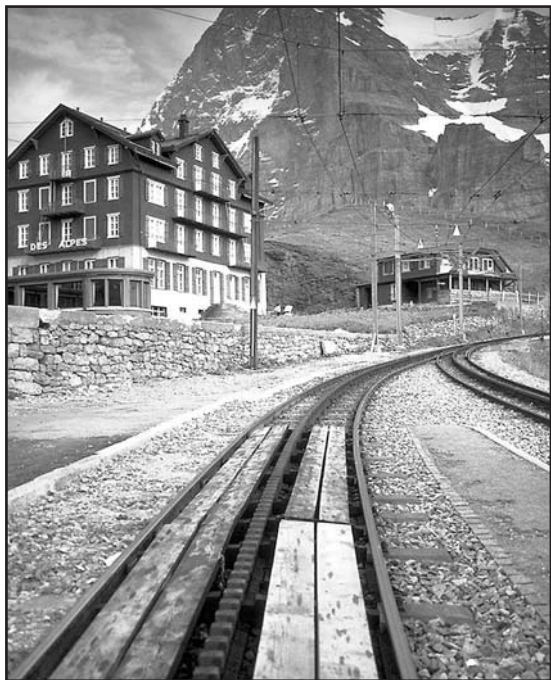
5. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN:

Los conceptos salud y enfermedad contenidos en el texto coránico se refieren primariamente a la dimensión espiritual del ser humano y secundariamente aparecen asociados a aspectos físicos y terrenales de la existencia, en virtud del reconocimiento de la naturaleza humana como un sistema constituido por diversos aspectos íntimamente relacionados, en un individuo que a su vez se relaciona con el entorno próximo de la familia, la comunidad, el medio físico inmediato y el universo en general.

La emergencia de la solidaridad como valor desplegado a través de la familia y la comunidad al igual que la consideración integral e integrada del ser humano, condicionan la práctica de la atención a la salud desde una determinada perspectiva, aquella que considera necesariamente la promoción de la solidaridad desde nuevos límites –más allá de la familia nuclear- y la concepción del ser humano más allá de la estricta consideración como ser bio-psico-social, entendido también como ser espiritual integrado en un entorno íntimo, social y natural formando parte de la misma esencia sagrada. La promoción del ejercicio de la solidaridad como un valor de salud útil para el doliente y su entorno, y la consideración del ser humano como un todo integrado en un entorno igualmente valioso, constituyen elementos del cuidado que se convierten en marca de excelencia de los cuidados transculturales aplicados a pacientes islámicos.

La primera reflexión que surge a raíz de los resultados obliga a cuestionarse la distancia cultural entre los valores propios de la cultura judeocristiana y los valores surgidos del análisis de los resultados -solidaridad y holismo-, para seguidamente plantearse la mediterraneidad de determinados valores, o lo que es lo mismo, el alcance metaislámico de la solidaridad y el holismo aplicados al cuidado de la salud. El texto islámico analizado surge en la misma zona donde nacieron las otras dos grandes religiones monoteístas, reconoce en el cristianismo y el judaísmo una herencia profética común, comparte con ellos la idea de un Dios único y creador y participa, junto a las otras dos religiones, de la misma tradición básica nacida de la alianza de Dios con Abraham; por todo ello no son de extrañar las coincidencias en el mensaje religioso monoteísta, expresadas a través de la promoción de la solidaridad entre la comunidad y la íntima conexión entre las facetas física y espiritual del ser humano, que, a partir de este análisis, se revelan fundamentalmente mediterráneas y no exclusivamente islámicas. La mediterraneidad de los valores citados encierra un nuevo valor, aquel que permite reconocernos en una identidad ajena para desencadenar un proceso de acercamiento intercultural y beneficiarnos de nuevos recursos de salud procedentes del intercambio entre culturas.

No corresponde aquí entrar en valoraciones descontextualizadas sobre el hecho religioso como



elemento de control humano. La realidad es la que es y el hecho religioso nos importa por su penetración en la vida de las personas y por sus efectos concretos sobre la existencia humana y la experiencia de enfermar. Aún así, otros textos islámicos, de clara raíz teológica pero tratando aspectos humanos como los hadiths, que relatan los hechos del profeta en situaciones concretas de la vida terrenal y sirven igualmente como guía vital a la comunidad islámica, pueden sernos útiles para develar aspectos más terrenales igualmente referidos al concepto de salud y a la experiencia de enfermar, es por ello que a partir de esta primera aproximación a los significados de la salud y la enfermedad en el contexto cultural islámico, el análisis de los hadiths surge como una nueva necesidad para completar los significados de la salud en el contexto cultural mencionado.

En un momento en que la atención a la salud a menudo se percibe disgregada y con un excesivo predominio de la vertiente biomédica, la apuesta holista en el cuidado a la salud ofrece la oportunidad de mejorar la satisfacción de usuarios y cuidadores. A los usuarios porque insiste en considerarlos como personas enteras y a los cuidadores porque los reafirma en un rol profesional que los dis-

tingue de otros profesionales de la salud y los hace exclusivos para el receptor de cuidados. La conexión entre el cuerpo físico y la espiritualidad del ser humano –con independencia del hecho religioso– es una realidad reconocida por la Organización Mundial de Salud (WHO 1996) y por la ciencia enfermera (Rassool 2000) que debe ser promovida desde la concepción de la espiritualidad como recurso de salud útil en la experiencia de enfermar.

El sufrimiento con sentido, la enfermedad como experiencia de crecimiento no pueden ser, por supuesto, óbices para el reconocimiento del dolor –del tipo que sea– y el alivio del doliente y su entorno; aunque encontrar sentido al sufrimiento puede –y debe– proporcionar al cuidador elementos para acercarse a ese sufrir ajeno con una nueva mirada, una nueva mirada que puede extenderse y demostrarse útil en nuevas situaciones. La religiosidad no es el único contenido de la espiritualidad. La espiritualidad es una realidad humana que a menudo se manifiesta más allá del hecho religioso, aunque la naturaleza espiritual de las diferentes manifestaciones de la espiritualidad permite intercambiar experiencias y soluciones. Es aquí donde tiene cabida el reconocimiento del sentido de la adversidad y el sufrimiento, como recurso de salud útil en el acercamiento profesional a la experiencia de enfermar. Saber que el sufrimiento puede tener sentido, ayuda a soportarlo. Conocer el sentido que otros han dado a este sufrimiento puede ayudarnos a encontrarle nuestro propio sentido. La experiencia de enfermar no concluye nunca en un balance absoluto, y a pesar de la dureza del camino, el transcurrir de la experiencia –inevitable, por otra parte– es en sí una riqueza que abre el ser humano a nuevos descubrimientos que, de no ser así, no viviría.

El sufrimiento del otro es, para los profesionales de la salud, un espectáculo cotidiano, conmovedor, que constituye razón de ser profesional, que moviliza energía y conocimiento en aras de su solución. La experiencia de enfermar no es una experiencia exclusivamente física como algunos podrían pensar. La experiencia de enfermar es física, económica, psicológica, moral, social... es una experiencia poliédrica que a menudo sobrepasa la capacidad del entorno inmediato para darle respuesta. La experiencia de enfermar se conforma en su

transcurrir como una situación compleja que se expresa externamente de manera parcial y críptica, velando significados y mostrando apariencias. La experiencia de enfermar demanda en los profesionales una actitud atenta a los sentidos ocultos, capaz de romper el círculo vicioso del prejuicio y la superficialidad que no hacen más que incrementar el malestar del que sufre. El esfuerzo por comprender al otro no es nunca un esfuerzo estéril. El paso profesional de la mera observación distante - cuando no crítica- a la implicación activa en la interpretación de los significados del otro, contribuye a unos cuidados más eficaces y más satisfactorios, y acumula en el profesional un beneficio que se arrastra día a día en forma de nuevos saberes, mayor respeto y valoración del otro.

BIBLIOGRAFÍA

- Asad, M. (2001) El mensaje del Qur'an. Junta Islámica, Córdoba.
- Epalza de, M. (2001) L'Alcorà. Proa, Barcelona
- Kleinman, A. y Benson, P. (2004) La vida moral de los que sufren enfermedad y el fracaso existencial de la medicina. Monografías Humanitas 2, 17-26.
- Leininger, M. M. (1991) Ethnonursing: A research method with enablers to study the theory of culture care. Culture care diversity and universality: a theory of nursing. National League for Nursing Press, New York pp. 73-117.
- Rassool, G. H. (2000) The crescent and Islam: healing, nursing and the spiritual dimension. Some considerations towards an understanding of the Islamic perspectives on caring. Journal of Advanced Nursing, 32(6), 1476-1484.
- World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean (1996) Health promotion through Islamic lifestyles: the Amman Declaration. World Health Organization, Alexandria, Egypt. Disponible en: www.emro.who.int/Publications/HealthEdReligion/AmmanDeclaration/



ROL DE ENFERMO CRÓNICO: UNA REFLEXIÓN CRÍTICA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS

Ximena Ibarra Mendoza*, José Siles González**

**Doctoranda Universidad de Alicante: Enfermería y Cultura de los Cuidados. Profesora Escuela de Enfermería, Universidad Arturo Prat, Chile.*

***DUE. Doctor en Historia. Licenciado en Pedagogía. Catedrático de Escuela Universitaria. Universidad de Alicante*



ROLE OF THE CHRONICALLY ILL: A CRITICAL PONDERING FROM THE NURSING CARE POINT OF VIEW

SUMMARY

The present review emerges from the need of pondering epistemologically about the pertinence of the nursing care in sight of the experience of living with a chronic illness. It starts from the assumption of the complexity of the reality of the human being (understanding the person as the sum of structures that conform a whole in a dynamic way, influenced by internal and external factors, with complex, dynamics and hard to foresee behaviors). The process of becoming ill involves in itself important changes and disorders in our system, and if we add to this the modifications that must be adopted in the everyday life, it will affect not only the patient, but also all who surround.

The theme was structured by means of an analysis process centered in the symbolic interactionism of Blumer, considering human life mainly

as a vast interpretative process in which people, either individually or collectively, guide themselves through the definition of the objects, events and situations in which they are, interacting the physiological plane (senses) with the intellectual and historical (previous knowledge and experiences).

Those who receive the nursing care are individuals who struggle constantly to “give a sense” to the world that surrounds them. However, they differ one from another in the way in which they give sense to the events affecting them.

The nursing care professional must not only contribute to the treatment of the disease, but also help the person to deal with it in total coherence with the world.

Key words: experience of living; chronic illness; symbolic interactionism; nursing care.

RESUMEN

Esta revisión surge de la necesidad de reflexionar epistemológicamente sobre la pertinencia de los cuidados enfermeros ante la experiencia de vivir con una enfermedad crónica.

Se parte del supuesto que la realidad del ser humano es compleja (entendiendo a la persona como conjunto de estructuras que forman un todo de manera dinámica, influenciado por factores internos y externos, con comportamientos complejos, dinámicos y difíciles de predecir). El proceso de enfermarse por sí solo supone importantes cambios y desordenes en nuestro sistema, y si a ello, le agregamos las modificaciones que debe adoptar en las actividades de la vida diaria, afectará no sólo a la persona que lo padece, sino a todos los que le rodean.

El tema se estructuró mediante un proceso de análisis centrado en el interaccionismo simbólico de Blumer, considerando la vida humana principalmente como un vasto proceso interpretativo en el que las personas, individual y colectivamente, se guían mediante la definición de los objetos, eventos y situaciones en que se encuentran, interactuando el plano fisiológico (sentidos) con el intelectual e histórico (conocimientos y experiencias previas).

Quienes reciben los cuidados de enfermería son individuos que luchan constantemente para “dar un sentido” al mundo que les rodea. Sin embargo difieren uno de otro en la forma en que dan sentido a los acontecimientos que les afectan

El profesional de enfermería no sólo debe contribuir en el tratamiento de estas enfermedades, sino ayudar a que la persona conviva con ella en total coherencia con el mundo.

Palabras clave: experiencia de vivir; enfermedad crónica; interaccionismo simbólico; cuidados enfermeros.

1. INTRODUCCIÓN:

La enfermedad crónica implica, que numerosos enfermos sobrellevan sus males durante décadas, demandando una atención permanente y adecuada. La prolongación de los síntomas a largo plazo perjudica su capacidad para seguir con actividades significativas y rutinarias. Su tratamiento médico suele tener una eficacia limitada, y contribuye a veces al malestar físico y psicológico tanto del paciente como su familia. Un proceso crónico hace impacto típicamente en la percepción que la persona tiene de su cuerpo, su orientación en el tiempo y el espacio, su capacidad para predecir el curso y los acontecimientos de la vida, su autoestima, y sus sentimientos de motivación y dominio personal. Esto supone la necesidad de una atención integral que considere al individuo, familia y su entorno social frente a un problema de salud como una enfermedad degenerativa, sin olvidar que es indispensable el desarrollo y capacidad de armonizar, para y en la sociedad. Quienes reciben los cuidados de enfermería son individuos que luchan constantemente para “dar un sentido” al

mundo que les rodea. Sin embargo difieren una de otra en la forma en que dan sentido a los acontecimientos que les afectan

En consideración a esto, se plantea la presente revisión con el objetivo de reflexionar epistemológicamente sobre la pertinencia de los cuidados enfermeros ante la experiencia de vivir con una enfermedad crónica. El tema se estructuró mediante un proceso de análisis centrado en el interaccionismo simbólico de Blumer, considerando la vida humana principalmente como un vasto proceso interpretativo en el que las personas, individual y colectivamente, se guían mediante la definición de los objetos, eventos y situaciones en que se encuentran, interactuando el plano fisiológico (sentidos) con el intelectual e histórico (conocimientos y experiencias previas).

Rol de enfermo:

El concepto de sick role de Parsons (1951) se basa en el supuesto de que estar enfermo no es una elección consciente y deliberada, aunque una enfermedad pueda producirse como consecuencia de una exposición intencionada a una infección o una lesión. Parsons advierte, sin embargo, que algunas personas pueden verse atraídas por el rol de enfermo en cuanto que la persona enferma no puede desarrollar sus tareas normales. El estar enfermo, dice Parsons, no es sólo experimentar la condición física de enfermedad; más bien constituye un rol social porque implica conductas basadas en expectativas institucionales, y este rol social se ve reforzado por las normas de la sociedad que corresponden a esas expectativas.

Sin embargo, Mechanic (1962a), por ejemplo, sugiere que la edad, el sexo, la importancia de los roles sociales y las respuestas aprendidas frente a los síntomas varían entre los individuos.

Gordon (1966) por su parte, en una investigación realizada en Nueva York, encontró que, cuando se creía que el pronóstico era grave e incierto, las conductas anticipadas coincidían generalmente con la descripción de Parsons; sin embargo, cuando el pronóstico era conocido pero no era grave, la noción de un “rol disminuido” surgió de los datos de Gordon, y este rol exigía el ejercicio de las responsabilidades normales y rechazaba las exenciones a pesar de la enfermedad.

Twaddle (1969) mostró al menos siete configuraciones del rol de enfermo, en un estudio de matrimonios de edad madura en Rhode Island. La configuración exacta de los roles de enfermo alternativos descubiertos por Twaddle dependía en parte de los valores culturales y de si una persona se definía como “enferma”. No sólo existían diferentes definiciones personales respecto a “estar enfermo”, sino que no todos los entrevistados decían que esperaban recuperarse, y no todos colaboraban con el médico.

Una segunda crítica al concepto de Parsons, es que sólo parece aplicarse a las enfermedades agudas, que por naturaleza son temporales, normalmente reconocibles por no profesionales y fácilmente superables con ayuda médica. Sin embargo, las enfermedades crónicas como el cáncer o las afecciones cardiovasculares no son temporales, y en muchas ocasiones no es posible que el paciente se ponga bien según el modelo de Parsons, independientemente del deseo que tenga el paciente de colaborar con el médico.

Investigaciones sobre pacientes con trastornos crónicos (Kassebaum y Baumann 1965; Radley 1994) señalan que su percepción del rol de enfermo es diferente de la de los enfermos agudos. Los pacientes crónicos tienen que enfrentarse a la imposibilidad de volver a desempeñar roles de forma normal, o de ajustar sus actividades a un trastorno permanente. Sin embargo, en una reconsideración del rol del enfermo, Parsons (1975) sostiene que incluso si el objetivo de la recuperación completa no es factible, muchas enfermedades crónicas pueden ser “manejadas” para que el paciente pueda mantener un funcionamiento fisiológico y social bastante normal.

Así pues, se puede comprender que un estado esencialmente malsano no siempre es identificado como enfermedad, cuando las personas afectadas pueden funcionar normalmente y la presencia del trastorno no afecta el ritmo normal de la vida cotidiana. Por consiguiente, las opiniones sobre lo que es una enfermedad o una conducta desviada son relativas y no pueden separarse de las situaciones sociales en las que vive la gente.

Eliot Freidson (1970a), indica que la clave para distinguir entre los roles de enfermo es la noción de la legitimidad, que implican una desviación

mayor o menor. (1) La legitimidad condicional, en la que los desviados tienen una exención temporal de sus obligaciones habituales y consiguen algunos privilegios adicionales siempre que busquen ayuda para librarse de su desviación; un catarro sería una desviación menor y una neumonía, una grave dentro de esta categoría. (2) La legitimidad incondicional, en la que los desviados tienen una exención permanente de sus obligaciones normales y se les conceden privilegios adicionales a la luz de la grave naturaleza de su desviación; el cáncer Terminal entraría en esta categoría. (3) La ilegitimidad, en la que los desviados están exentos de algunas de sus obligaciones en virtud de su desviación, de la cual no son responsables en términos técnicos; sin embargo, se les conceden pocos privilegios (si es que los hay) y asumen impedimentos tales como estigmas; un tartamudeo sería una desviación leve y una epilepsia, una grave.

El sistema de clasificación de Freidson supone que hay diferentes consecuencias para el individuo y que su tratamiento por parte de otras personas depende de la etiqueta de definición aplicada al trastorno por otros. El modelo de Freidson tiene en cuenta los aspectos problemáticos de la enfermedad en relación con las situaciones sociales.

El concepto de Freidson, sin embargo, es puramente teórico y no ha sido sometido a pruebas exhaustivas. Por tanto, queda por ver si será capaz de explicar las variaciones en la conducta de enfermedad. Aunque este modelo tiene su utilidad en la clasificación de la conducta de enfermedad, no consigue explicar las diferencias en la forma en que las personas se definen como “enfermas” y necesitadas de atención médica profesional. El mérito del modelo de Freidson reside en que va más allá del concepto de Parsons, ya que describe diferentes tipos de enfermedad y señala que la misma es una etiqueta creada por la sociedad.

No obstante, cuando una persona está enferma no es la de siempre. Es diferente (anormal) en una manera negativa que la mayoría de las personas preferiría evitar como evitan ir a la cárcel, por ejemplo. Los enfermos no sólo se sienten mal, sino que pueden estar también físicamente discapacitados. Asimismo, pueden experimentar disfunciones mentales. Según Eric Cassell (1985) las personas con enfermedades físicas graves pierden su pers-

pectiva y son incapaces de pensar desde más de un punto de vista. Su capacidad de razonar y tomar decisiones puede verse alterada, y pueden llegar a depender de los médicos y de otras personas para su cuidado. También se pueden volver sobre sí mismos y mostrarse infantiles hasta el punto de pensar exclusivamente en ellos e ignorar el mundo exterior.

Kathy Charmaz (1983,1991) sugiere que los enfermos crónicos también experimentan un sentido negativo del yo porque su enfermedad limita sus actividades, les aísla de los demás, les desacredita porque reduce su sentido de valor personal, y hacen que sean una carga para otros. De hecho, algunas personas pueden sentirse estigmatizadas como consecuencia de su enfermedad, como se ve en casos de personas con impedimentos físicos (Zola 1982), la enfermedad de Parkinson (Lefton, 1984), Epilepsia (Scambler y Hopkins 1986) y otros problemas como la Diabetes, enfermedades renales en estados avanzados, y la esclerosis múltiple (Roth y Conrad 1987). Efectos como estos parecen colocar a los enfermos en una situación de desviación respecto a su sentido del yo, así como en las relaciones con otras personas y en el desempeño de su papel social.

Como explican Peter Freund y Meredith McGuire (1999): “la enfermedad es triste porque se siente como una amenaza al orden y a los significados a través de los cuales la gente da sentido a su vida”. Lo que quieren decir Freund y McGuire aquí, es que la enfermedad trastorna la rutina diaria, propicia diferentes grados de sufrimiento y perjudica la capacidad de programar el futuro y controlar las actividades. Estar enfermo es tener envidia de los que están bien o incluso del pasado sano; se espera poder volver a disfrutar de buena salud. Esto puede ser imposible si uno tiene una enfermedad crónica.

Una enfermedad crónica puede desarrollarse lentamente, dura mucho tiempo y normalmente llega a ser incurable. Las enfermedades crónicas se desarrollan dentro del organismo en lugar de ser transmitidas de una persona a otra y suelen ser asociadas con influencias genéticas, medioambientales y estilos de vida. Si la enfermedad crónica es peligrosa para la vida (ej. Cáncer, diabetes, enfermedades cardiovasculares) es probable que la per-

sona afectada acabe muriéndose de ellas.

Independientemente de si la dolencia es aguda o crónica, cuando las personas la sufren la sensación de competencia personal puede verse disminuida.

Freund y McGuire (1999) señalan que una enfermedad puede ser particularmente dañina para el concepto de sí mismo cuando se experimenta como algo abrumador, impredecible e incontrolable porque paraliza la capacidad de actuar y de llevar una vida normal. Las personas muy enfermas sienten con frecuencia una sensación de alienación o separación física de sus cuerpos porque les parece que ya no funcionan adecuadamente o de forma normal (Ezzy 2000; Freund y McGuire 1999; Kelly y Field 1996; Leventhal 1975). Los enfermos a menudo se retiran del mundo porque se sienten mal y no son capaces de mantener sus relaciones sociales normales.

Las personas afectadas por enfermedades crónicas, y sobre todo los discapacitados físicos, tienen que enfrentarse a problemas adicionales de movilidad, una imagen corporal negativa y el estigma social (S. Bell 2000; P. Brown 1995; Bury 1991, 1997, 2000; Ferraro, Farmer y Wybraniec 1997; Radley 1989, 1993, 1994; Roth y Conrad 1987; Schieman y Turner 1998; G. Williams 1999, 2000; Yoshida 1993). Por consiguiente, Zola (1982, 1989) indica que los problemas de personas con una discapacidad física no son exclusivamente médicos, sino que incluyen factores sociales, económicos y de actitud, entre otros.

Charmaz (1983, 1991), en un estudio sobre enfermos crónicos en el norte de California, encontró que estos individuos experimentan con frecuencia una imagen deteriorada de sí mismos y no son capaces de asumir una nueva que tenga el mismo valor que la anterior. Como consecuencia de su enfermedad o discapacidad tienen vidas limitadas, están socialmente aislados, se les considera personas con capacidades por debajo de lo normal, y sienten que son una carga para otras personas. Todos estos factores se combinan para reducir el sentido de autoestima del enfermo, a no ser que se pueda encontrar otro medio de satisfacción.

Como concluye Bury (2000): “Los cambios en el organismo interactúan con la sociedad en contextos culturales y estructurales que van más allá



de las consecuencias prácticas de su situación, para entrar en el ámbito de cuestiones como el aspecto físico, el funcionamiento social y su propia identidad”.

Anselm Strauss (1975; Strauss y Corbin 1988) explica que la misión principal de una persona con una enfermedad crónica no es sólo mantenerse viva o controlar sus síntomas, sino vivir una vida lo más normal posible. Una enfermedad que dura toda la vida, en opinión de Strauss, requiere el trabajo continuo de controlar su curso, de manejar sus síntomas y convivir con la discapacidad. En este contexto, el rol de enfermo asumido por la persona es una condición permanente.

En un contexto epistemológico.

El tratamiento de estas enfermedades supone la consideración de varios factores causales, los cuales no son todos de origen biológico. Los factores sociales y psicológicos no sólo influyen en si una persona se convierte en enfermo o no, sino también en la forma, desarrollo e intensidad de los síntomas.

Goffman (1959), señala que las personas viven en ámbitos de relaciones sociales en las cuales actúan de forma verbal y no verbal donde los individuos expresan su opinión sobre una situación, sobre los demás participantes y, particularmente, sobre sí mismas, es decir, “la percepción del yo” que se proyecta a las otros. Sin embargo, el mismo autor señala, que esta percepción del yo sólo viene prestada por la sociedad y puede ser retirada si la persona se comporta de forma errónea.

Cuando aparecen situaciones nuevas ó alternativas y la conducta habitual se distorsiona, cabe esperar una sensación de desorganización e incertidumbre. La capacidad del individuo para sobrellevar una situación límite tiene relación muy estrecha con las experiencias de socialización, que le habrán enseñado la forma en que debe afrontar las nuevas situaciones

El trabajo de W. Thomas Volkart (1951), aporta dos conceptos importantes frente a esta cuestión, la primera es que una misma situación de crisis no produce el mismo efecto en las personas de manera uniforme. Y en segundo lugar, explica que el ajuste y el control de una situación de crisis es el resultado de la capacidad del individuo de comparar una situación actual con situaciones similares del pasado y adaptar su juicio y su modo de actuar sobre la base de la experiencia anterior. El resultado de una situación particular depende, por tanto, de la definición por el individuo de una situación y de la forma en que ese individuo acepta la situación.

Para el caso de las enfermedades crónicas, cabe también esperar que las personas que la padecen, tengan diferentes interpretaciones de la situación que están viviendo, aunque finalmente es la forma en que perciben las tensiones y los conflictos en sus roles, áreas, relaciones personales y otros aspectos de su situación vital lo que les da el sentido a sus vidas.

El cuidado enfermero desde la perspectiva del Interaccionismo simbólico.

La conducta de enfermedad es una respuesta cultural y socialmente aprendida. Una persona responde ante los síntomas de acuerdo con su definición de la situación. Esta definición puede estar influenciada por las definiciones de otros, pero principalmente está determinada por el aprendizaje, la socialización y por experiencias pasadas como los que proporcionan sus antecedentes u orígenes culturales y sociales.

Desde el punto de vista del paradigma interpretativo simbólico, los profesionales de enfermería actúan como facilitadores-cooperadores con el sujeto (paciente) respecto de la optimización de su proceso salud enfermedad. La naturaleza del conocimiento respecto de dicho proceso no es objetivo,

sino subjetivo y la acción de enfermería se desarrolla en un clima de interacción y constante intersubjetividad, teniendo en cuenta la realidad específica del paciente. (Siles, J. y García, E. 1995).

Por tanto, se podría decir que el interaccionismo simbólico está basado en tres suposiciones básicas. Primero, la realidad social como la percibimos, conocemos y entendemos, es una producción social. Los individuos que interactúan producen y determinan sus propias definiciones de las situaciones. Segundo, se da por hecho que los seres humanos son capaces de entablar un comportamiento pensado y autorreflexivo. Son capaces de dar forma y de guiar tanto su propio comportamiento como el de los demás. Tercero, en el curso de adoptar su propio punto de vista y adecuarlo al comportamiento de los demás, los seres humanos interactúan entre sí. La interacción es simbólica porque incluye la manipulación de símbolos, palabras, significados y lenguajes. El significado de los objetos está en las acciones que llevan a cabo los seres humanos en relación con ellos. (Blumer, 1969)

Quienes reciben los cuidados de enfermería son individuos que luchan constantemente para “dar un sentido” al mundo que les rodea. Las personas son, por encima de todo, “dadores de significado” de las situaciones en las que se encuentran. Sin embargo difieren una de otra en la forma en que dan sentido a los acontecimientos que les afectan. Dentro del contexto de los cuidados de la salud es particularmente probable que, las personas intenten comprender la causa y naturaleza de su estado de enfermedad así como su probable duración.

Conclusiones.

La enfermedad, como alteración de vida, de rutina, es algo a olvidar. El enfermo no es marginal a esto, intenta por todos los medios olvidar su enfermedad, marginarla, para liberarse y volver al mundo de la salud, transformado en un sano amnésico.

El profesional de enfermería no sólo debe contribuir en el tratamiento de estas enfermedades, sino ayudar a que la persona conviva con ella en total coherencia con el mundo.

Parte de la tarea de enfermería es, por lo tanto, intentar entrar en el mundo subjetivo del paciente

para ver las cosas como él. Sólo de este modo puede la enfermera hacer una valoración exacta de las necesidades del individuo y planificar el cuidado holísticamente.

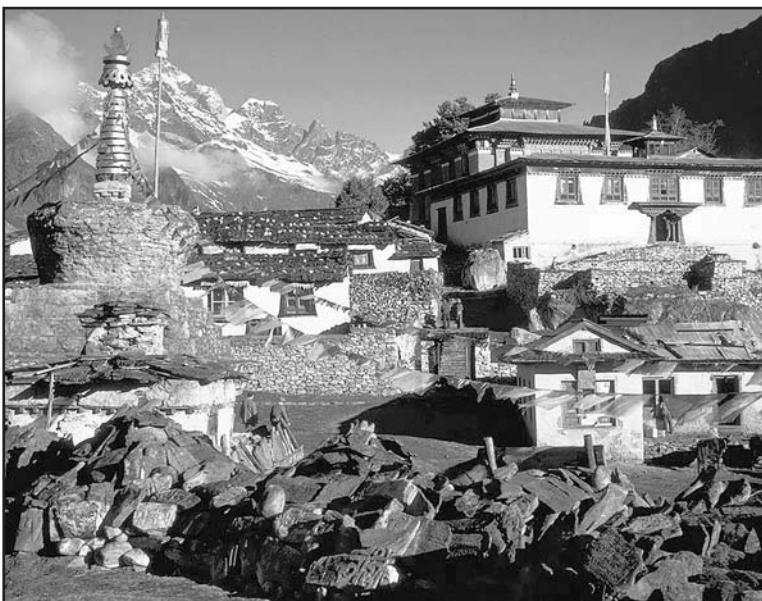
Propuestas y recomendaciones.

- Es necesario que los profesionales de enfermería comprendan cómo los pacientes construyen e interpretan su enfermedad. Si se logra conocer la forma en que los individuos responden ante una problemática y las razones por las cuales lo hacen de esa forma, quizá entonces se puedan modificar sus acciones en forma más idónea.
- Estudiar las enfermedades crónicas desde la perspectiva de la investigación cualitativa ayudaría a comprender el significado de vivir con ella y con un cúmulo de fenómenos interrelacionados a ésta, los que se caracterizan por ser: prolongados; de pronóstico incierto; y muchos de ellos de naturaleza inherentemente episódico, además de adaptarse a los efectos secundarios de los procedimientos médicos, los que podrían perturbar de manera desproporcionada la vida tanto de los pacientes como la de sus familias, añadiendo a esta situación el hecho de que su tratamiento y/o rehabilitación es relativamente costoso.

BIBLIOGRAFÍA

- Bell, SE. 2000. “Experiencing illness in/and narrative”, pp. 184-199 in Handbook of medical sociology, 5th ed., C. Bird, P. Conrad, and A. Fremont (eds.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Blumer, H. (1969). Symbolic Interactionism: Perspective and method. Englewood Cliffs: Prentice Hall
- Brown, P. 1995. “Naming and framing: The social construction of diagnosis and illness”. Journal of Health and Social Behavior, extra issue: 34-52.
- Bury, M. 1991. “The sociology of chronic illness: A review of research and prospect”. Sociology of Health and Illness, 13:451-468.
- 1997. Health and illness in a changing society. London: Routledge.
- 2000. “On chronic illness and disability”, pp. 173-183 in Handbook of medical sociology, 5th ed., C. Bird, P. Conrad, and A. Fremont (eds.). Upper Saddle River, NJ. Prentice Hall.
- Cassell, E J. 1985. Talking with patients, Vol. 2. Cambridge, Mass.: MIT Press.
- Charmaz, K.1983. “Loss of self: A fundamental form of suffering in the chronically ill”. Sociology of Health and Illness, 5:168-195.
- 1991. Good days, bad days: The self in chronic illness and time. New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press.
- Ezzy, D. 2000. “Illness narratives: Time, hope and HIV”. Social Science and Medicine, 50:605-617.

- Ferraro, KF; Farmer, MM and Wybraniec, J A. 1997. "Health trajectories: Long-term dynamics among black and white adults". *Journal of Health and Social Behavior*, 38:38-54.
- Freidson, E. 1970a. *Profession of medicine*. New York: Dodd, Mead.
- Freund, PES. and McGuire, MB.. 1999. *Health, illness, and the social body*, 3rd ed. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Goffman, E. 1959. *The presentation of self in everyday life*. New York: Anchor.
- Gordon, G. 1966. *Role theory and illness*. New Haven, Conn.: College and University Press.
- Kassebaum, G., and Baumann, B.. 1965. "Dimensions of the sick role in chronic illness". *Journal of Health and Social Behavior*, 6:16-27.
- Kelly, MP. and Field, D. 1996. "Medical sociology, chronic illness and the body". *Sociology of Health and Illness*, 18:241-257
- Lefton, M. 1984. "Chronic disease and applied sociology: An essay in personalized sociology". *Sociological Inquiry*, 54:466-476.
- Leventhal, H. 1975. "The consequences of personalization during illness and treatment: An information-processing model", pp. 119-162 in *Humanizing health care*, J. Howard and A. Strauss (eds.). New York: Wiley-Interscience.
- Mechanic, D. 1962a. "The concept of illness behavior". *Journal of Chronic Diseases*, 15:189-194.
- Parsons, T. 1951. *The social system*. Glencoe, III.: The Free Press.
- 1975. "The sick role and role of the physician reconsidered". *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 53:257-278.
- Radley, Alan. 1989. "Style, discourse and constraint in adjustment to chronic illness". *Sociology of Health and Illness*, 11:230-252.
- (ed). 1993. *Worlds of illness: Biographical and cultural perspectives on health and disease*. London: Routledge.
- 1994. *Making sense of illness: The social psychology of health and disease*. London: Sage.
- Roth, J and Conrad, P (eds.) 1987. *The experience and management of chronic illness*. Newbury Park, Calif.: Sage
- Scambler, G and Hopkins, A 1986. "Being epileptic: Coming to terms with stigma". *Sociology of Health and Illness*, 8:26-43.
- Schieman, S. and Turner, H.A 1998. "Age, disability, and the sense of mastery". *Journal of Health and Social Behavior*, 39: 169-186.
- Siles, J. y García, E. (1995). *Las características de los paradigmas y su adecuación a la investigación de Enfermería*. *Enfermería Científica*. Num. 160-161. Julio-Agosto.
- Strauss, A. 1975. *Chronic illness and the quality of life*. St. Louis: C. V. Mosby.
- Strauss, A and Corbin, J M.. 1988. *Shaping a new health care system*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Twaddle, A. 1969. "Health decisions and sick role variations: An exploration". *Journal of Health and Social Behavior*, 10:105-114.
- Volkart, E. H. (ed.). 1951. *Social behavior and personality*. New York: Social Science Research Council.
- Williams, SJ. 1999. "Is anybody there? Critical realism, chronic illness and the disability debate". *Sociology of Health and Illness*, 21:797-819.
- 2000. "Chronic illness as biographical disruption or biographical disruption as chronic illness". *Sociology of Health and Illness*, 22:40-67.
- Yoshida, KK. 1993. "Reshaping of self: A pendular reconstruction of self and identity among adults with traumatic spinal cord injury". *Sociology of Health and Illness*, 15:217-245.
- Zola, I. 1982. *Missing pieces: A chronicle of living with a disability*. Philadelphia: Temple University Press.
- 1989. "Toward the necessary universalizing of a disability policy". *Milbank Quarterly*, 67, Supp. 2:401-428.



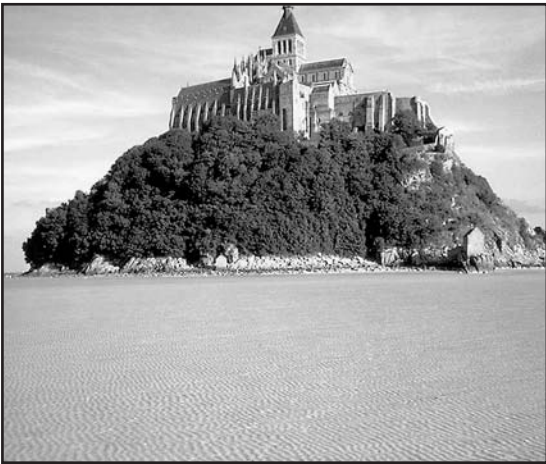
TEORÍA Y MÉTODO

LA TEORÍA FUNDAMENTADA COMO HERRAMIENTA DE ANÁLISIS

Carmen de la Cuesta Benjumea. DUE, MSc, PhD.

Profesora Titular, Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia, Medellín (Colombia)

Profesora Visitante, Departamento de Enfermería, Universidad de Alicante



RESUMEN

El artículo comenta brevemente lo que es la teoría fundamentada, sus orígenes y características para dar paso a la presentación de dos investigaciones una sobre contexto de interacción: el embarazo en la adolescencia y otra sobre una experiencia subjetiva: la de ser paciente crónico; estos son asuntos esenciales para proporcionar unos cuidados culturalmente congruentes y competentes. Los estudios espero que ilustren la contribución que esta estrategia de análisis hace a la cultura de los cuidados. Los estudios de Teoría Fundamentada permiten contextualizar el cuidado, desvelar interacciones, las construcciones que se hacen sobre una actividad y sus componentes culturales.

Palabras clave: Análisis cualitativo, investigación cualitativa, métodos cualitativos, teoría fundamentada.

“La teoría fundamentada no es una teoría, sino una metodología para descubrir teorías que dormitan en los datos” (Strauss, 2004:51).

La Teoría Fundamentada proporciona un conjunto de estrategias útiles para el estudio de los cuidados entendidos estos como un proceso de interacción situado. Esto es, es como un proceso contextualizado y mediado por asuntos culturales. El cuidado es un encuentro con el otro; un encuentro con lo diferente a nosotros mismos y con lo perturbador que esto puede ser. Los estudios cualitativos en general hacen evidentes componen-

GROUNDING THEORY AS AN ANALYSIS TOOL

SUMMARY

The paper comments briefly the nature of grounded theory, its origins and characteristics, and later gives way to the presentation of two research studies. One is about a context of interaction (adolescent pregnancy) and the other about a subjective experience (being a chronic patient). Context and experience are key issues for a cultural competent and congruent nursing care. Grounded Theory studies enable us to contextualize nursing care, and reveal the different interactions and the constructions that caregivers have about a given activity and its cultural elements.

Key words: Grounded Theory, Qualitative analysis, qualitative methods, qualitative research.

tes del cuidado que no son considerados en los estudios cuantitativos, permiten así la comprensión y la justa valoración del trabajo de cuidar del otro (Kitson, 1999).

Este artículo comenta brevemente lo que es la teoría fundamentada, sus orígenes y características para dar paso a la presentación de dos investigaciones sobre contextos y experiencias subjetivas; estos son asuntos esenciales para proporcionar unos cuidados culturalmente congruentes y competentes. Los estudios espero que ilustren la contribución que esta estrategia de análisis hace a la cultura de los cuidados. Tratan sobre contextos y experiencias subjetivas; asuntos esenciales para proporcionar unos cuidados culturalmente congruentes y competentes. Entiendo la cultura de manera amplia, como algo que trasciende países de origen y que tiene que ver con identidades. Morse y Field (1995) señalan que la cultura se refiere tanto a personas que comparten lugares como a una experiencia en común como por ejemplo la de ser paciente crónico.

Orígenes

Los orígenes de la teoría fundamentada se encuentran en la escuela de sociología de Chicago y en el desarrollo del interaccionismo simbólico a principios del siglo XX (Ritzer 1993). El interaccionismo se constituye en una corriente alternativa a las teorías funcionalistas que dominaban la sociología de la época (Kendall 1999). Mientras que el funcionalismo entendía que la sociedad actuaba sobre el individuo, el interaccionismo simbólico comprendía que son las personas las que actúan en la sociedad; en esta perspectiva las personas se consideran actores sociales que están en un proceso continuo de dar forma a su entorno (Cuff, Sharrock, Francis, 1990). Blumer, uno de sus proponentes más destacados, señala que lo que diferencia a de las relaciones humanas de otras relaciones, es la capacidad de las personas construir y compartir el significado. El interaccionismo se desarrolla así como una perspectiva que se preocupa por la creación, mantenimiento y transformación del significado (Kendall 1999). La esencia del interaccionismo se define en tres premisas: 1) los seres humanos actúan ante las cosas con base al significado que éstas tienen para ellos; 2) el signifi-

ficado de estas cosas se deriva o emerge, de la interacción social que se tiene con los otros; y 3) estos significados se usan y transforman, por medio de los procesos interpretativos que la persona emplea a medida que se enfrenta a distintas situaciones (Blumer, 1969). Por ello, el objeto de estudio en el interaccionismo son los procesos de interacción. El concepto de interacción aquí, subraya el carácter simbólico de la acción, esto es que está mediada por el lenguaje y los símbolos (Joas, 1998). La acción, por otro lado, es un concepto que supera los dualismos cartesianos, la sociología interaccionista insiste en la unidad del pensamiento y la acción (Clarke, 1997).

Teoría Fundamentada: Un modo de análisis

Glaser y Strauss desarrollaron la Teoría Fundamentada en 1967 como un método de investigación proveniente del interaccionismo simbólico y como un método para derivar sistemáticamente teorías sobre el comportamiento humano y el mundo social, con una base empírica (Kendall 1999). Surge de un estudio de investigación sobre el proceso de fallecer en los hospitales; así el método de investigación y el trabajo de investigación están estrechamente relacionados. En la práctica, los investigadores, comúnmente, se refieren a ella como un modo de análisis. Charmaz, que en mi opinión está realizando los aportes teóricos más innovadores al método la define como:

“...unas directrices analíticas que permiten a los investigadores focalizar su recolección de datos y construir teorías de rango medio a través de sucesivas recolecciones de datos y desarrollos conceptuales” (Charmaz, 2005:507).

Como cualquier otro método cualitativo, la Teoría Fundamentada ofrece una manera de representar la realidad que arroje luz o un entendimiento sobre lo estudiado. Los investigadores la utilizan con el objetivo de crear categorías teóricas a partir de los datos y analizar las relaciones relevantes que hay entre ellas (Charmaz, 1990). Es decir, a través de los procedimientos analíticos, se construye teoría que está fundamentada en los datos, de ahí su nombre. El interés que tiene para mí, es que hace explícitos los procedimientos de análisis cualitativo y ayuda a los investigadores a desarrollar conceptualizaciones útiles de los datos. Hasta su crea-

ción, el análisis cualitativo dependía de métodos implícitos y por tanto de la intuición y el talento de los investigadores (Charmaz, 1990).

Un estudio de Teoría Fundamentada se inicia con una pregunta general, no con hipótesis. Esta pregunta suele ser del tipo “¿qué es lo que pasa aquí?, ¿qué es lo que sucede?”. Las características o los atributos de lo que está en estudio, lo que se llamaría variables, han de surgir en el análisis y no asumirse o imponerse. A través del proceso de investigación se siguen intereses, pistas o corazonadas que se identifican en los datos.

La teoría fundamentada entonces, enfatiza el descubrimiento y el desarrollo de teoría y no se basa en un razonamiento deductivo apoyado en un marco teórico previo (Charmaz, 1990) Esto hace que emplee unas estrategias características aunque ya no exclusivas de ella. Primero, la recolección de datos y el análisis transcurren de manera concurrente; segundo los datos determinan los procesos y productos de la investigación y no marcos teóricos preconcebidos; tercero, los procesos analíticos suscitan el descubrimiento y desarrollo teórico y no la verificación de teorías ya conocidas; y cuarto el muestreo se realiza con base en lo que emerge de los datos, se le denomina muestreo teórico que sirve para refinar, elaborar y completar las categorías, y por último, el uso sistemático de los procedimientos analíticos lleva a niveles más abstractos de análisis (Charmaz, 1990).

El resultado de un estudio de Teoría Fundamentada es una interpretación analítica del mundo de los participantes y de los procesos para construir esos mundos (Charmaz 2005), los criterios para evaluarla son cuatro: ajuste, esto es que encaje en la experiencia de los participantes, funcionamiento, es decir que explique la mayor variedad posible, relevancia al fenómeno en estudio y por último, la posibilidad de modificarse la propia teoría; que significa que esta teoría se pueda acomodar a nuevos hallazgos (Glaser, 1978) . Seguidamente voy a ilustrar el producto de la Teoría Fundamentada a través de dos estudios de investigación.

A modo de ilustración: dos ejemplos.

Charmaz (1983), alumna de Strauss e investigadora en el área de las enfermedades crónicas hace más de 20 años, se preguntó por la experien-

cia de padecer una enfermedad crónica y encontró que las personas sufren por pérdidas en el sí mismo. Los que padecen una enfermedad crónica observan como las imágenes de sí mismos se desmoronan sin que se desarrollen simultáneamente otras nuevas y valiosas. Las pérdidas se acumulan en el tiempo reduciéndose la identidad personal, esto es: el sí mismo.

De manera específica, Charmaz halló que, como resultado de la enfermedad crónica, las personas sufren por tener vidas restringidas. La enfermedad se convierte en el centro de sus vidas, les impone restricciones cuyos efectos se intensifican en culturas donde los valores de independencia e individualismo son marcados. Además, encontró que el enfermo crónico pierde gradualmente el control sobre las limitaciones que impone la enfermedad y esta falta de control resulta, por lo general, en una pérdida de identidad. Pensemos por ejemplo en la capacidad para conducir; si se pierde, la dependencia en los otros es grandísima y no digamos si lo que se pierde es la movilidad o la capacidad de cuidarse a sí mismo, el no poder valerse por sí mismo en nuestra sociedad reduce a la persona. Charmaz afirma que en la medida en que la persona sienta que tiene opciones y cierta libertad para elegir, esto es opciones, la vida no le parece tan limitada. Encontró también que la información y el tratamiento, sobre todo la rehabilitación, pueden aliviar el sufrimiento por la pérdida de quién se es.

Las condiciones crónicas llevan al aislamiento social y este promueve la pérdida del sí mismo. Seguir un régimen médico puede aislar y debido a la condición crónica, se disminuye la capacidad de sostener relaciones sociales. En este sentido Charmaz señala que el personal de salud puede tener un significado extraordinario para la identidad del paciente pues si el paciente recibe un reflejo positivo, creíble y real le capacita para considerarse a sí mismo de manera positiva.

Ser desacreditado es la tercera fuente de sufrimiento surge en la interacción con los otros y se desarrollan por no cumplirse las expectativas que la persona enferma tiene sobre sí misma. Charmaz encuentra que hay tres maneras de desacreditar al paciente crónico, cuando se le devalúa, cuando no se le cree y cuando se le excluye.

Por último, el paciente crónico sufre por sentirse una carga para los otros, sucede cuando se acepta a sí mismo como desacreditado y cuando los acontecimientos de desacreditación se repiten. Por lo general, ser dependiente en lo físico y esta inmovilizado, son cuestiones suficientes para que uno se sienta una carga para los demás; lo peor para un paciente crónico, para su identidad es sentirse inútil para sí mismo y para los otros.

Charmaz revela que en nuestras sociedades, las enfermedades crónicas promueven una dependencia en los otros para la definición de quién se es y de lo que uno vale. Los pacientes se enfrentan a una paradoja: a pesar de necesitar y desear el contacto social para preservar su identidad, se vuelven menos capaces de mantener relaciones a medida que la enfermedad avanza. La pérdida del sí mismo es paulatina y Charmaz nos dice que es una manera fundamental de sufrir. El asunto ahora, es preguntarnos cómo los cuidados pueden aliviar esta clase de sufrimiento en vez de agudizarlo como a veces lamentablemente sucede.

En el año 97, en Medellín (Colombia) me pregunté por el contexto del embarazo en la adolescencia (de la Cuesta, 2002). El concepto de contexto se entiende en el interaccionismo simbólico como la interacción entre las personas, no como el soporte físico de la acción. Los contextos de interacción son importantes pues de ellos las personas derivan significados. No me interesaba conocer por qué las adolescentes se embarazan sino conocer las circunstancias en las que se producen estos embarazos, las circunstancias subjetivas, esto es, sus circunstancias. Argumenté que se sabe mucho de la salud reproductiva de los jóvenes pero muy poco de la salud reproductiva en los jóvenes. Encontré que el embarazo para las jóvenes es un hecho sentimental y biográfico que significa un punto de inflexión en su carrera personal. El contexto de la interacción de la joven que se embaraza es de noviazgo en serio en el que las ideas de amor romántico y las reglas de género guían su comportamiento. Las jóvenes que se embarazan se enamoran de alguien en concreto y no de manera abstracta. Una joven durante la entrevista comentó:

“Yo tenía amigos, pues como cualquier persona joven. Sí, me manejaba bien en la casa, hasta que llegó el muchacho, y nos hicimos novios y ahí

fue donde empezó todo”

El embarazo es básicamente el resultado de una relación amorosa. En este contexto, las relaciones sexuales son legítimas pues se vinculan al amor y tenerlas es un aspecto importante de la tarea de ser novia. El estudio encontró que las ideas del amor romántico sirven a las jóvenes para identificar al novio como el verdadero y guiar su comportamiento durante el noviazgo. Se puede decir que el amor romántico es la cultura de las jóvenes en su relación con el novio en serio. Esto no es de extrañar pues la versión que hoy en día se tiene del amor, es la romántica. Así, los relatos de las jóvenes participantes en el estudio, están llenos de alusiones al amor romántico. Comentaron que sucumbieron al amor verdadero y que fue a primera vista. La atracción romántica es casi instantánea.

El noviazgo se constituye en una arena social donde las jóvenes actúan y construyen sus identidades. Arena social es un concepto proveniente del interaccionismo que se refiere al espacio de interacción donde se dan todas las expresiones de negociación y concertación. Durante el noviazgo la joven se socializa como mujer enamorada, aprende a ser novia.

El estudio muestra que contrariamente a lo que se suele pensar, las jóvenes que se embarazan tienen una conducta “conservadora” dentro del noviazgo; las ideas de amor romántico y las reglas de género son una poderosa influencia en su comportamiento. Los profesionales que se relacionan con estas jóvenes han de tener presente que el amoroso es un contexto del embarazo en la adolescencia, no el único obviamente.

El estudio también muestra que la educación sexual no se puede desvincular la relación sentimental: para las jóvenes ambas cosas están íntimamente ligadas. En efecto, la teoría fundamentada es una poderosa herramienta para orientar políticas y programas de promoción de la salud programas cuyas intervenciones sean culturalmente sensibles y aceptables para los grupos a los que va dirigido.

Concluyendo

El nombrar las cosas posibilita que se actúe sobre ellas, "sobre lo que no se puede decir no se puede actuar", afirma Arthur Frank (2004:437). Los estudios de Teoría Fundamentada permiten

contextualizar el cuidado, desvelar interacciones, las construcciones que se hacen sobre una actividad y sus componentes culturales. Una teoría fundamentada en los datos proporciona comprensiones alternativas a la vigentes sobre experiencias, procesos, fenómenos de naturaleza humana, da versiones alternativas a las que se recurren en la clínica (Charmaz 1990), de las que se echa mano cuando se trata de explicar la otredad, lo que hay de diferente en el otro. Consecuentemente, en la práctica se puede usar esta comprensión para mejorar la comunicación con los usuarios, (Charmaz, 1990), con sus familiares, con los otros y actuar de manera culturalmente sensible y sobre los problemas que ellos definen como tal.

La enfermería esta en una posición privilegiada para explicar a otros el mundo del enfermo, su familia y los procesos que acontecen al interior; conoce esos mundos como no lo hace otra disciplina (Swanson y Chenitz 1982). Por su lado, la teoría fundamentada es una herramienta de análisis que formaliza este conocimiento y con ello contribuye a unos cuidados de enfermería culturalmente competentes y congruentes.

BIBLIOGRAFÍA

- Blumer, H. (1969). *Symbolic Interactionism*. Englewoods Cliffs. Prentice-Hall, New Jersey.
- Charmaz, K. (1990). "Discovering" chronic illness: using grounded theory. *Social Science and Medicine*, 30 (11), 1161-1172.
- Charmaz, K., (2005). *Grounded theory in the 21st Century*. En: *The Sage handbook of qualitative reserach* (Denzin N K y Lincoln Y S). SAGE, Thousand Oaks, CA, pp.507-535.
- Clarke A E (1997). *A Social Worlds Research Adventure*. En: *Grounded Theory in Practice* (Strauss A y J Corbin J). SAGE, Thousand Oaks, pp. 63-94.
- Cuff, E.C., Sharrock, W.W. and Francis, D.W. (1990). *Perspectives in Sociology*. 3rd Edición. Unwin Imán, London.
- De la Cuesta, C. (2002). *Tomarse el amor en serio: Contexto del embarazo en la adolescencia*. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia,
- Glaser, B. (1978). *Theoretical Sensitivity*. The sociology Press, Mill Valey, CA.
- Glaser B., y Strauss, A. (1967) *The discovering of grounded theory*. New York: Aldine.
- Joas, H. (1998). *Interaccionismo Simbólico*. En: *La teoría social hoy* (Giddens, A; Turner J y otros). Madrid, Alianza Universidad. Numero 635, pp. 112-154.
- Kedall, J. (1999) *Axial coding and the grounded theory controversy*. *Western Journal of Nursing Research*, 21 (6), 743-757.
- Kitson A (1997) *Johns Hopkins Address: Does Nursing Have a Future? Image: Journal of Nursing Scholarship*, 29, (2,) 111-115
- Morse J, y Field PA (1995). *Qualitative research methods for health professionals*. SAGE; Thousand Oaks, CA.
- Pierson, P. (1999). *Considering the nature of intersubjectivity with profesional nursing*. *Journal of Advanced Nursing*, 20, (2), 294-302.
- Ritzer G. (1993) *Teoría Sociológica Contemporánea*. MacGraw-Hill, Madrid.
- Strauss, A. (2004) *Anselm Strauss en conversación con Heiner Legewie y Barbara Schervier-Legewie*. *Forum Qualitative Social Research*, (on line journal) 5 (3) Art. 22. Disponible en: <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/3-04/04-3-22b-s.htm>
- Swanson J. y Chenitz C. (1982) *Why qualitative research in nursing?* *Nursing Outlook*, 30 (4), 241-245.
- Zichi-Cohen (1995) *Te experience of Surgery: Phenomenological Clinical Nursing Research*. En: *In Search of Nursing Science*. (Omery A, Kasper C E, Page G G). SAGE: Thousand Oaks, pp.159-174.



INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL AUTOCUIDADO CON APOYO EDUCATIVO EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

Avila Alpirez, Hermelinda*; Meza Guevara, Susana**; Frías Reyna; Barbarita***;
Sánchez Andrade; Ernestina****; Vega Alanís; Carmen*****; Hernández Saldivar,
M^a Antonia*****

**Profesora de Carrera "G" y Coordinadora de Seguimiento del Egresado*

*** Profesora de Carrera "G" y Coordinadora del Programa de Nutrición*

**** Profesora de Carrera "G" y Coordinadora de Servicio Social*

***** Profesora de Carrera "G" y Coordinadora de Tutorías*

****** Profesora de Carrera "G" y Coordinadora de Difusión*

****** Profesora de Carrera "G" y Coordinadora de Planeación*

Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros de la Universidad Autónoma de
Tamaulipas (UAMM-UAT)



NURSING INTERVENTION WITHIN SELF-CARE WITH THE EDUCATIONAL SUPPORT TO PEOPLE WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS

SUMMARY

Introduction: The purpose of this study was to determine how nursing interventions influence self-care of individuals with type 2 Diabetes mellitus, with educational support.

Methodology: The design was descriptive, pre-experimental, and longitudinal. The sample was probabilistic for convenience. The sample was composed of 20 individuals with type 2 diabetes mellitus. The instrument Scale of Capacity for Self-Care was used having a Cronbach Alpha of

0.7086. Two measurements were made: one prior to the nursing intervention, the second after implementing an educational support program lasting 8 hours (2 hours per day). Measurements were made using the "paired-sample t test" to determine the difference between pre and post -test.

Results: The average age was 50 to 59 years old, and the distribution by sex was predominantly female, 75%. With respect to marital status, 75% of the individuals were married. Using a "paired-sample t test" it was observed that a significant difference exists. Pre-test and post-test results show the statistical significance of nursing interventions on the capacity of self care after receiving educational support, $t_{3.579}.p.002$.

Discussion: Statistical significance was observed in the second measurement after nursing interventions were implemented and post-test conducted. This agrees with authors Gayosso, Oller and Agramone, and Otero who reported an increase in post test results.

RESUMEN

Introducción: El propósito fue conocer de qué manera influyen las intervenciones de enfermería en el autocuidado de las personas con Diabetes Mellitus tipo 2 (DMT2) con apoyo educativo.

Metodología: El diseño fue descriptivo, pre-experimental, longitudinal. El muestreo fue probabilístico por conveniencia. El tamaño de la muestra estuvo conformada por 20 personas con diabetes mellitus tipo 2. Se utilizó el instrumento cuestionario Escala de Capacidades de Autocuidado siendo un instrumento con un Alpha de Cronbach de 0.7086. Se realizaron dos mediciones: una antes de la intervención de enfermería, después se implementó un programa de apoyo educativo, con una duración total de ocho horas (dos horas diarias), al término del programa se realizó la segunda medición utilizando la t pareada para conocer la diferencia entre la preprueba y posprueba.

Resultados: El promedio de edad estuvo en el rango 50-59 años y la distribución por género predominó el sexo femenino (75%). Con respecto al estado civil, la mayoría señaló ser casado (75%). Utilizando la prueba t pareada se observó que existe diferencia significativa. En los resultados de preprueba y la posprueba de la intervención de enfermería se obtuvo significancia estadística en la capacidad de autocuidado después de recibir apoyo educativo de enfermería $t=3.579$ $p=0.002$. **Discusión:** En la segunda medición se observó que existe significancia estadística en las intervenciones de enfermería posprueba. Esto concuerda con los autores Gayosso, Oller & Agramonte, Otero quienes reportaron incremento en la posprueba.

Palabras clave: Autocuidado, Apoyo Educativo, Diabetes Mellitus Tipo 2

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) es una de las enfermedades crónicas degenerativas que se presenta con mayor frecuencia en la población mundial, al grado de considerarse una pandemia con tendencia ascendente. En la actualidad, y de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004.), se estima que existe alrededor de 140 millones de personas con esta enfermedad en el mundo y se espera que esa cifra se eleve a 300 millones en los próximos 25 años (Mora, 2003). El aumento será de 40 % en los países desarrollados y el 70 % en los países en vías de desarrollo (Alpizar, 2001)

En México, DMT2 es un problema de salud pública, ocupa el primer lugar de mortalidad general. Para el año 2000 la prevalencia en individuos mayores de 20 años es de 7.5%, lo anterior representa un total de 2.8 millones de adultos diagnosticados con este padecimiento (Encuesta Nacional de Salud [ENSA] 2000, p. 93-102). La prevalencia fue ligeramente mayor en mujeres que en hombres (7.8 Vs 7.2% respectivamente). Una proporción importante de casos nuevos fue en personas menores de 40 años, lo que incrementa el riesgo de complicaciones crónicas de la enfermedad a temprana edad. Un dato importantes es la relación entre la presencia de diabetes y el nivel de escolaridad ya que se da inversamente proporcional, es decir se presenta la enfermedad con mayor frecuencia en grupos de menor escolaridad (ENSA, 2000).

En Tamaulipas la DM se encuentra ocupando el 8°. lugar en morbilidad, y en mortalidad el 3°. lugar. (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2000,). El efecto de las enfermedades crónicas ha sido tradicionalmente evaluado a través de la mortalidad y morbilidad; sin embargo, en los últimos años aparecen más publicaciones que abordan métodos diagnósticos, avances terapéuticos, aspectos dietéticos, pero son pocos los estudios que se refieren al impacto que tiene la intervención de enfermería a través del autocuidado por medio de la educación a pacientes con DM (García, Reyes, Garduño, Fajardo & Martínez. 1995 p.293-298).

La educación para la salud es la forma más frecuente de intervención profesional de las enfermeras con el paciente diabético, pero no es la más efectiva para influir positivamente sobre su adherencia al tratamiento. Mantener un nivel de bienestar en presencia de la enfermedad requiere llevar a cabo una serie de acciones, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus, el plan de manejo debe incluir el establecimiento de metas de tratamiento, el manejo farmacológico, no farmacológico entre los que se incluyen un plan de alimentación adecuado, el ejercicio físico y control de peso, el automonitoreo y la vigilancia de complicaciones (Secretaría de Salubridad y Asistencia [SSA], 1994)

Aún y cuando esta norma no describe al paciente como el principal responsable de su tratamiento, indica que la educación del paciente es un elemento indispensable para el control de la enfermedad, lo anterior refleja que el profesional de enfermería tiene un papel relevante para que el paciente se adhiera a dicho tratamiento. Sin embargo, diversos estudios en población diabética indican que hay otros factores emocionales de índole económico y social que pueden influir en el control de la enfermedad (García, et al.,1995) (Polly, 1993).

El supuesto que sustenta esta intervención es que si la persona conoce todo acerca de su enfermedad y de cómo cuidarse, es capaz de seguir las indicaciones de las clínicas para atención y control del paciente con diabetes. Con frecuencia los programas educativos cuyo contenido versa sobre la enfermedad y su tratamiento, se complementan con ejercicios grupales basados en conceptos de psicología y sociología, a fin de lograr un mejor aprendizaje (García, 1993)

El sistema de enfermería de apoyo-educativo se utiliza cuando un paciente puede satisfacer los requisitos del autocuidado pero necesita ayuda en la toma de decisiones, el control de la conducta o en la adquisición de habilidades (por ejemplo un paciente diabético controlado busca información adicional de la enfermedad sobre la dieta), en este sistema, la enfermera intenta promocionar el órgano de autocuidado (Wesley, 1997)

Por otro lado el cuidado como razón de ser de la practica de enfermería debe de ser brindado a las personas con y sin diagnostico de enfermedad. Uno de los indicadores del cuidado es el significado que el paciente tiene sobre el mismo, el analizar el significado de este, y además de ser un indicador de calidad de la atención de enfermería (Durán & Pinto 1994, p.16-23).

Las investigaciones relacionadas con intervenciones de enfermería sobre el apoyo educativo en personas con diferentes patologías crónicas dan una visión de la importancia que representa esta actividad en cambios positivos en el control de las enfermedades crónico degenerativos. Por lo que la educación en diabetes, es hoy en día el aspecto más importante dentro del tratamiento integral de esta enfermedad. Se ha vuelto una herramienta indis-

pensable para que el paciente sea capaz de mantener bajo control sus niveles de glucosa y pueda prevenir las complicaciones que la diabetes puede provocar a corto y a largo plazo. Esto se ha demostrado ha partir de diversos estudios acerca de la educación en diabetes que han comprobado que este proceso permite a los pacientes elevar su calidad de vida y evitar las complicaciones que esta enfermedad puede provocar hasta en un 80%.

Por lo que se considera necesario realizar un estudio preexperimental, de series en el tiempo cuyo principio básico es la conducta de investigar durante un periodo largo y la introducción de un tratamiento experimental durante la obtención de los datos (Polit 2000 p.) para determinar la intervención de enfermería en el autocuidado con apoyo educativo en personas con DMT2. El propósito fue realizar un estudio de tipo descriptivo que permitió conocer de que manera influye significativamente las intervenciones de enfermería en el autocuidado de las personas con diabetes mellitus tipo 2 con apoyo educativo.

OBJETIVO GENERAL

Conocer como influye la intervención de enfermería en el autocuidado de las personas con diabetes Mellitus tipo 2 con apoyo educativo.

Específicos

1. Proporcionar apoyo educativo a las personas con Diabetes Mellitus Tipo 2 de la colonia las Culturas de la Ciudad de Matamoros Tamaulipas con intervenciones de enfermería
2. Medir la capacidad Autocuidado antes y después en las personas con diabetes Mellitus tipo 2 de la Colonia las Culturas de la ciudad de Matamoros Tamaulipas

METODOLOGÍA

El diseño del estudio fue descriptivo (Polit & Hungler, 2000) pre-experimental, longitudinal La población de estudio estuvo conformada por 77 personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 de ambos sexos de la colonia las Culturas de H. Matamoros, Tamaulipas. El muestreo fue probabilístico por conveniencia ya que se acudió a los domicilios para solicitarle su participación. El tamaño de la muestra fue de 31 sujetos de estudio

se consideró como criterio la permanencia a las intervenciones quedando solamente 20 sujetos. Criterios de inclusión, sujetos diagnosticados con DMT2 de ambos sexos, edad de 25 a 75 años. Se les solicitó su permiso mediante el consentimiento informado, se corroboró a través de preguntas sencillas de nombre, edad, fecha y lugar, que estén ubicados en lugar, tiempo y espacio así como asistencia permanente a las intervenciones de enfermería programadas

Instrumento: El instrumento que se utilizó se llama Escala de Capacidades de Autocuidado de los autores Rosalina Díaz Guerrero, Ma. Lourdes Jordán Jinez, Ana María Vera Ramírez, Laura Ruíz Paloalto, Eva Olalde García. El propósito fue conocer requisitos de autocuidado universales, de desarrollo y de desviación de la salud, así como los datos sociodemográficos. El instrumento está constituido por dos partes, la primera son los datos de identificación que incluye los factores condicionantes básicos, entendiéndose estos como condiciones que afectan los valores o las formas de cubrir los requisitos de autocuidado que afectan el desarrollo o adecuación de las capacidades de la persona para cuidar de sí misma y de los que dependen de ella.

Para el llenado en ese apartado en el espacio del nombre se anotaron las siglas del paciente para guardar su anonimato, además, edad, género, estado civil, domicilio, escolaridad y religión.

La segunda parte está constituida por 25 ítems que evalúan los requisitos de autocuidado universales, de desarrollo y desviación de la salud, se anotan delante de cada uno de ellos una X en el recuadro que considere más aproximado a la frecuencia con que el paciente practica las acciones descritas en cada enunciado. Cada ítem está clasificado con valores de cero (nunca), 1 (a veces), 2 (frecuentemente) y 3 (siempre), se hace la sumatoria de las cuatro categorías de respuesta y se compararon con la siguiente puntuación; Capacidades de Autocuidado con puntuaciones de 57 – 75 (muy buena), de 38 – 56 (buena), de 19 – 37 (regular) por último de 00-18 (mala).

La recolección de datos: una vez obtenida la autorización de la Jurisdicción Sanitaria III de Matamoros, Tamaulipas, se acudió al Centro Comunitario ubicado en la colonia las Culturas

para informar al equipo de salud el objetivo del proyecto de investigación. Posteriormente se identificó la población de estudio a través de recorridos casa por casa una vez obtenido el número de los sujetos de estudio. Se les hizo la invitación a las personas con diagnóstico de DMT2 a participar en el estudio, explicándoles el propósito del mismo y que su participación consistió en asistir a las intervenciones programadas, informándoles el número de intervenciones de enfermería y se les aplicó por dos ocasiones un cuestionario que no llevó más de 20 minutos, el cual fue anónimo y confidencial. Una vez que aceptaron, se solicitó la firma del consentimiento informado y se procedió a la primera aplicación del cuestionario y se dio inicio a la intervención de enfermería con las características que las autoras Díaz & cols. recomiendan el programa de intervención de apoyo educativo de enfermería se llevó a cabo con un tiempo de duración de ocho horas, distribuidas en cinco sesiones, la primera sesión tuvo una duración de una hora tratándose el tema de generalidades de la DMT2, la segunda sesión consistió en los cuidados del paciente, procedimientos necesarios para su atención (dieta, ejercicio, tratamiento medicamentosos, higiene) con una duración de cuatro horas, en la tercera sesión se trató el tema de promoción de la salud y protección específica con una duración de una hora, la cuarta sesión tuvo una duración de una hora, tratándose el tema de motivación para las personas con DMT2 y por último, la quinta sesión fue impartida en una hora con el tema participación de la agencia del cuidado. Al finalizar el programa se cito a los personas para la segunda medición con un Intervalo de quince días para la segunda medición.

Análisis de resultados. Los resultados obtenidos se analizaron por el paquete estadístico Statistical Package for the social Sciences (SPSS), versión 12, se utilizó estadística descriptiva para describir características de la muestra y las variables de estudio La prueba de t de Student permite analizar la diferencia entre dos poblaciones.

RESULTADOS

La muestra estuvo compuesta por 20 adultos mayores con DMT2. El promedio de edad estuvo en el rango 50-59 años, la distribución por género



predominó el sexo femenino (75%). Con respecto al estado civil la mayoría señaló ser casado (75%).

Se encontró un nivel muy bajo de escolaridad en la muestra del estudio (40%) de 0 al tercer grado de primaria, sin embargo el 35% cursó la primaria completa. La ocupación de la población se identificó que predominan las labores del hogar (75%) lo que se debe a que en la muestra predominó el sexo femenino. Respecto a la dependencia económica se encontró que (75%) son dependientes. El sistema de salud al que acuden los sujetos de estudio fue en un (50%) al seguro Social y solo el 25% acude al Hospital General. Utilizando la prueba t pareada que observó que existe diferencia significativa en los resultados de preprueba sin intervención y la posprueba después de la intervención de enfermería Obteniendo significancia estadística en la capacidad de autocuidado después de recibir apoyo educativo de enfermería $t=3.579$ $p.002$.

DISCUSIÓN

El objetivo del estudio fue conocer como influye la intervención de enfermería en el autocuidado de las personas con diabetes mellitus tipo 2 con apoyo educativo antes y después de las intervenciones de enfermería se observó que existe significancia estadística en la intervención de enfermería posprueba este hallazgo concuerda con lo reportado por (Gayosso 2002, p. 292 -295) quien reportó

que las personas con DMT2 mostraron significancia estadística en la pos prueba. al igual que Oller & Agramonte (2002) quienes Obtuvieron incremento en las respuestas al cuestionario antes y después de la intervención respecto al conocimiento de las personas con DMT2 ante su autocuidado y control. Otero (2003) reportó significa en la intervención para medir el conocimiento alcanzado de la enfermedad en la población de estudio.

Las características como edad, genero, estado civil reportadas en la investigación concuerdan con lo estudiado por (Gayosso 2002), Otero (2003) Puente et al (1999)

CONCLUSIONES

Las personas con DMT2 reportaron altos índices para el autocuidado con apoyo educativo estos estuvieron relacionados con la edad, estado civil y género.

Permitieron observar cambios importantes en cuanto a la capacidad de autocuidado en los sujetos estudiados reflejando así el impacto potencial de intervención de enfermería con apoyo educativo.

RECOMENDACIÓN

Que el apoyo educativo sea permanente en los centros comunitarios de atención a la salud en forma planeada y desarrollado por profesionales de enfermería para incremento de la capacidad de autocuidado, para mejorar su estilo y calidad de vida.

En un periodo no mayor de seis meses realizar una nueva medición para fortalecer el autocuidado.

Existe interés en los autores en incrementar la muestra en futuras investigaciones en este tipo de estudio para conocer más respecto a la variable dependiente.

BIBLIOGRAFÍA

- Alpizar, S. M. (2001) Guía para el Manejo Integral del paciente Diabético. Manual Moderno, México, D.F (pp.1)
- Duran Villalobos M. (1994). El cuidado: Pilar Fundamental de Enfermería. En Ponencia presentada en el II Congreso de Actualización en Enfermería. Revista Avances en Enfermería ACOFEN. Bogotá, XII (16-23).
- García, P. M., Reyes, M. H., Garduño, E. J. Fajardo G. A. & Martínez, G. C. (1995)- La
- Calidad de vida en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 y factores relacionados. Revista Medica IMSS 33:293-298
- García, G. R., Suárez, P. R & Acosta, F. O (1993) Capacidades

de autocuidado del adulto con diabetes tipo 2. Programa de Educación en Diabetes del Instituto Nacional de Endocrinología en Cuba. Una Estrategia de Comunicación interactiva. Asociación Latinoamericana de Diabetes (11-115)

- Gayosso, I. E. (2003) Influencia del Apoyo Educativo de Enfermería en el autocuidado del paciente con diabetes Mellitus Tipo 2. Revista de Desarrollo Científico de Enfermería. 11 (10) 292 -295

- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI]. (2000). Estadísticas vitales del estado de Tamaulipas. Consultado el 8 noviembre de 2002, pagina web de <http://www.inegi.gob.mx/>

- Mora, F. J (2003) Mensaje del Secretario de Salud en la inauguración del 13 congreso Nacional Mexicano de Diabetes León Guanajuato, México. Federación Nacional de Diabetes

- Organización Mundial de la Salud. [OMS], (2004). Consultado el 20 de Junio del 2004 Actemos contra la diabetes, ya., pagina web <http://www.who.int/mediacentre/releases/2004/pr31/es/>

- Oller, G. J & Agramonte, M. M. (2002). Programa de Educación del Diabético evaluación de su efecto. Revista Cubana Med, 18.(4) 1-9

- Otero, L. M (2003) Impacto de un programa de promoción de

la salud aplicado por enfermería a pacientes diabéticos tipo 2 en la comunidad. Revista Latino-Americana de Enfermería. 11 (6) 711-719

- Pinto, A. N & Sánchez, H. V (1994) El reto de los cuidadores familiares de personas en situación crónica de enfermedad. Unilibros Bogota Colombia.

- Polly, K. R. (1993). Creencias sobre la diabetes, Conductas de autocuidado y Control glicémico entre los adultos mayores con diabetes mellitus no insulino dependientes. Public Health, 4. (21-26).

- Polit, D. F. & Hungler. B. P. (1999). Investigación en ciencias de la salud. México :McGraw Hill Interamericana.

- Puente, G. G Salinas, M. A., Villarreal, R.E., Garza, E. M., Albarran G. T & Elizondo G. R (1999). Estrategias educativas para el control del paciente diabético tipo 2, Revista de Enfermería 7 (2) 93-98.

- Secretaría de Salud (1994). Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2 "PARA LA PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA". Consultado el 06 de Julio del 2002 en , pagina web <http://www.codamedver.gob.mx/NOMs.htm>

- Wesley, L. R (2ed). (1997). Teorías y Modelos de Enfermería Springhouse Notes México. McGraw-Hill Interamericana.



ASPECTOS CUALITATIVOS EN LA ACTIVIDAD GESTORA DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS

Ximena Ibarra Mendoza

Profesora Escuela de Enfermería Universidad Arturo Prat. Chile. Especialista en Docencia de Educación Superior. Doctoranda Programa Enfermería y Cultura de los Cuidados, Universidad de Alicante, España.



QUALITATIVE ASPECTS IN THE MANAGING ACTIVITIES OF NURSING CARE

SUMMARY

Current and future nursing demands a new focus to allow its adaptation to the scientific advances in order to deliver a humanized clinical practice.

This process requires the association between academic activities of nursing and clinical practice, reframing the buildings of conceptual and theoretical outlines, whose lineaments must emphasize into the family and collectivity, where the relationship health – disease – context – human development and social involvement became fundamental pillars, given that the philosophical roots of this profession and its social character have sustained as fundamental principles aspects such as the reaffirmation of the integrity of the human being, and the process of care as something significant and humanitarian that contributes to the preservation of mankind, not only because of the human – human transactions, but also for the requirements of knowledge, moral, social and personal commitment of the nursing, in the context and in the space. Pondering of these matters is the main objective of the present article, exploring the concept of management of care under the perspective of the profes-

sional education and the clinical practice, followed by a brief analysis of the scientific evolution of the profession in time; then it includes concepts and definitions about professional identity and nursing care, concluding with the conceptualization of the management of the care, along with some proposals in order to achieve the quality in the nursing care, with compromise of work for the future development.

Key Words: Management, Nursing Care, Quality of attention, Holism, Professional Identity.

RESUMEN

La enfermería actual y del futuro demanda un nuevo enfoque que le permita adaptarse a los avances científicos otorgando una práctica clínica humanizada. Este proceso requiere la asociación entre las actividades académicas de enfermería y la práctica clínica, replanteándose la construcción de marcos conceptuales y teóricos cuyos lineamientos deben enfatizar en la familia y colectividad, donde la relación salud - enfermedad - contexto - desarrollo humano y participación social se conviertan en pilares fundamentales, dado que las raíces filosóficas de ésta profesión y su carácter social han mantenido como principios fundamentales aspectos tales como la reafirmación de la integridad del ser humano, y el proceso de cuidar como algo significativo y humanitario que contribuye a la preservación del hombre, no sólo por las transacciones humano – humano, sino por los requerimientos de conocimiento, compromiso moral, social y personal de la enfermería en el contexto y el espacio. Reflexionar ante estas cuestiones es el principal objetivo de este artículo explorando el concepto de la gestión del cuidado bajo la perspectiva de la educación profesional y la prácti-

ca clínica, seguido de un breve análisis de la evolución científica de la profesión en el tiempo, luego se incluyen conceptos y definiciones sobre identidad profesional y los cuidados enfermeros concluyendo con la conceptualización de la gestión del cuidado y algunas propuestas para alcanzar la calidad en Enfermería con compromiso de trabajo para el desarrollo futuro.

Palabras clave: gestión, cuidados enfermeros, calidad de atención, holismo, identidad profesional.

INTRODUCCIÓN

La Universidad como organismo dinámico dispone de una profunda capacidad de reflexión y una significativa potencialidad de desarrollo. Toda innovación en el quehacer académico por naturaleza se afecta por entero y para obtener los logros debe estar en armonía y equilibrio con toda la organización respetando su historia, su misión y su visión. En el caso de Enfermería con los constantes e imprevisibles cambios, es necesario interrogarse ¿Por qué no hemos sido capaces de resolver algunos problemas de la actualidad? ¿Cómo está contribuyendo la profesión de enfermería a la salud de nuestra población? ¿Cuál es nuestro enfoque de salud? Esto significa empezar a cuestionar nuestras formas de práctica, las maneras de cómo se está formando al profesional, la contribución al desarrollo y utilización del conocimiento.

El profesional de enfermería tiene muchas fortalezas y oportunidades que pueden ser abordadas dentro del nuevo paradigma que se construye alrededor de la conceptualización de salud, promoción de salud, cuidados primarios, etc. Separándose del rol institucional, la enfermería en el futuro podrá desarrollar diversas formas de lo que constituiría el trabajo liberal, direccionado al ámbito comunitario y a la provisión de servicios como la salud ocupacional, cuidado en casa, centros de día para ancianos, seguimiento de personas con enfermedades crónicas, cuidados intermedios para pacientes con alta temprana y en otros ámbitos donde se hace necesario la promoción de la salud, la recuperación de la misma, convirtiéndose en defensor de la comunidad para la solución conjunta de problemas en general y de salud en particular, interrelacionán-

dose con instituciones de otros sectores. Es decir ampliar el ámbito, haciendo uso de aquellos que están sub-utilizados como escuelas, industrias y el trabajo domiciliario, asumiendo que la práctica profesional de enfermería para el próximo siglo debe estar dirigida a contribuir al control del ecosistema, al control de los procesos laborales en cuanto son generadores de riesgos para la salud de los trabajadores y a postergar los problemas inherentes al proceso de envejecimiento de la población

El liderazgo en enfermería cambia de un modelo centralizado a uno descentralizado en donde las decisiones son compartidas dentro de una administración participativa, con unidad de criterios y propósito colectivo, para ello se expresan las cuatro estrategias: definición de una visión de líder y seguidor, creación de una arquitectura social, confianza organizacional y autoestima.

En el contexto de un replanteamiento de la práctica de enfermería se debe tener en cuenta el distanciamiento que existe entre las instituciones que regulan y las que forman a los profesionales, por lo que el replanteamiento debe considerar la construcción de marcos conceptuales y teóricos cuyos lineamientos deben enfatizar en la familia y colectividad, donde la relación salud - enfermedad - contexto - desarrollo humano y participación social se conviertan en pilares fundamentales.

Para la Universidad, asumir este desafío tiene un gran potencial en el mejoramiento de los servicios de salud y viceversa porque ambos internalizarán una nueva visión. El explorar posibilidades de colaboración, articulación e integración entre servicio y docencia considerando a la investigación científica como matriz y con participación multidisciplinaria, llevaría a verdaderas innovaciones en el diseño de los servicios de salud, toda vez que se demostraría el avance de la disciplina por la generación de nuevos conocimientos, validos en la realidad concreta y divulgados con esfuerzos comunes.

El cuerpo de conocimientos de enfermería incluye el cuidado y la experiencia de salud de los seres humanos. Asegurar la pertinencia de la disciplina considera investigar estos aspectos.

Evolución científica de la profesión

La investigación de enfermería se ha conducido por lo menos en tres paradigmas. Cada uno de

ellos, específica un punto de vista diferente a partir del campo de estudio, de conceptualización. Reflejan un cambio en el enfoque de pensamiento de enfermería desde lo físico hacia lo social y la ciencia humanista

1. Particular-determinística: Cuidar se puede interpretar y estudiar como una intervención terapéutica que afecta la salud de las personas en términos de respuestas medibles.
2. Interactiva-integrativa: esta perspectiva asume que la realidad es multidimensional y contextual.
3. Unitaria-transformista: el cuidado de la experiencia de salud interpretado bajo este enfoque se estudia como un proceso unitario-transformativo de mutualidad y desdoblamiento creativo. (indivisible y global).

Sin embargo, la evolución de la ciencia enfermera probablemente no ha ido al ritmo de las ciencias básicas y de otras disciplinas profesionales, probablemente, porque la enfermería actúa en un sistema abierto y como tal debe responder a las demandas de la sociedad (social y contexto)

Hay una serie de hechos significativos para la profesión, que han influido en su evolución, bien sea de manera negativa o positiva. Entre las desventajas se puede mencionar en primer lugar el hecho de que las mujeres cedieron el cuerpo de conocimientos y su experticia como sanadoras, y luego como parteras a favor de los hombres, y el haber dejado de ser cuidadoras para convertirse en auxiliares de los médicos.

Un segundo antecedente no menos negativo a tener presente es la Institucionalización de la salud, centrándola en la curación de enfermedades, es decir, el modelo biológico se hizo hegemónico y la atención de la salud se medicalizó.

Otro aspecto concluyente a través de la historia que ha perjudicado la evolución de la profesión es la Reglamentación de la rutina, que con frecuencia caracteriza el trabajo de la enfermera.

Un cuarto hecho negativo que puede ser consecuencia de los anteriores ha sido demostrar que enfermería es una ciencia, mito que nos ha acompañado, lo que ha hecho menospreciar nuestra condición de profesionales, que es donde radica nuestra fortaleza.

Los aspectos positivos parecen darse por la transformación de algunos de los aspectos negativos.

Por ejemplo se puede citar el desarrollo de las ciencias sociales que ha contribuido a romper el concepto de ciencia como algo necesariamente relacionado con la naturaleza (hombre visto de manera más integral).

Otro hecho ventajoso es la transformación de las concepciones de salud, en lo cual necesariamente ha influido el concepto anterior, aceptando cada vez más el planteamiento de que el objeto de estudio son los conceptos socialmente definidos de salud enfermedad.

Como último punto positivo se puede mencionar el desarrollo de las profesiones, dada las exigencias de la sociedad que están más orientadas a la solución de los problemas concretos, lo cual tiene que ver con la profesión, una de cuyas características cruciales es la capacidad de diseño, de innovar. El efecto tendrá que ser un trabajo más profesional, es decir, más independiente, más sustentado en decisiones propias y oportunas.

La evolución científica de la práctica enfermera denota la preocupación por la rigurosidad cuantitativa dando paso al renacimiento del sentido y la percepción de las experiencias, aceptando diseños alternos de investigación (etnografía, teoría fundamentada, fenomenología, entre otros), cuyo conocimiento sustenta y responde a las necesidades de la práctica.

Identidad profesional.

La identidad profesional lo da el enfoque humanístico que imprime al cuidado que presta a la salud de los seres humanos. Hay acuerdo sobre los cuatro conceptos centrales que soportan el desarrollo de la enfermería en lo disciplinar y lo profesional.

- HOMBRE (persona: paciente y enfermera/o)
- CONTEXTO (ambiente: del paciente y de la enfermera/o)
- SALUD (vida)
- CUIDADO (acción, intervención terapéutica de enfermería)

Para poder actuar con discernimiento, con criterio profesional, necesitamos una fuerte argumentación conceptual, trabajar sobre nuestro objeto epistémico, profundizar en las tres dimensiones cuya comprensión es esencial para el estudio de

nuestra identidad: el ser, que se refiere a nuestro ethos, a su indagación filosófica, al humanismo; el saber, que tiene que ver con la claridad teórica y metodológica, con el conocer; y el hacer o quehacer, que se relaciona con el ejercicio profesional y que tiene su origen en la prestación de un servicio a la población.

Dentro de estas cuestiones, un aspecto a considerar, es la confusión que se ha tenido entre disciplina profesional y práctica profesional.

La práctica soluciona problemas del aquí y el ahora del individuo al que atiende, mientras que la disciplina entrelaza el pasado, el presente y el futuro mediante un cuerpo de conocimientos que dan argumentos para el desempeño no sólo en el ámbito hospitalario, comunitario, gerencial, educativo e investigativo, sino en cualquier otro donde la enfermera busque desarrollar conocimiento.

Y por tanto, competencia profesional sería entender la sociedad con suficiente amplitud para ubicar la práctica dentro de un contexto social con habilidad de liderazgo (Donaldson y Crowley, 1978)

Los cuidados enfermeros.

Cuidar es la esencia de la enfermería, implica una relación profunda y consciente entre el cuidador y el cuidado (persona cuidada)

Cuidado es el elemento paradigmático que hace la diferencia entre enfermería y otras profesiones (actitudes; vivencia única)

La calidad del cuidado de enfermería y de la salud demandan, hoy en día:

- Una interpretación humanística, y,
- El respeto por la integridad funcional de los seres humanos

Por lo tanto, el fenómeno salud-enfermedad debe entenderse partiendo de una amplia base conceptual.

El valor del cuidado humano y del cuidar implica un nivel más alto del espíritu del ser. Cuidar llama a un compromiso filosófico o moral hacia la protección de la dignidad humana y conservación de la humanidad.

El ideal y el valor del cuidado es un punto de inicio, un estadio, una actitud, que debe tornarse en un deseo, una intención, un compromiso, un juicio conciente que se manifiesta en actos concretos.

Ambos términos son utilizados indiscriminadamente, sin mirar las implicaciones éticas que, dar

cuidado o cuidar tienen dentro del contexto profesional y personal de la enfermera.

Hablar de cuidado significa hablar de actitudes, debido a que hay elementos específicos, complejos y únicos que se requiere aprender para dar cuidado.

El cuidado en sí es una vivencia única, tanto para quien lo recibe como para quien lo brinda

El proceso de cuidar a las personas, a las familias y a los grupos es el elemento esencial de enfermería, no sólo, por la dinámica de las transacciones interpersonales que ello requiere, sino porque además se necesita de una serie de elementos complejos que la enfermera posee y que abarcan conocimientos, dedicación, valores humanos (dado por la relación personal y moral con el sujeto cuidado) entre otros

Con el fin de satisfacer las crecientes demandas tecnológicas y burocráticas, el cuidado a nivel individual y grupal ha ido perdiendo fuerza y sentido y recibe cada vez menos énfasis en los sistemas de salud.

El énfasis en el síndrome curativo y la adopción de técnicas curativas ha provocado que enfermería tenga cada vez más complicado la sustentación en la práctica, su ideología del cuidado

No es fácil comprometerse con una forma de cuidado, por simples que parezcan, su interpretación, aún literal, da mucho que pensar, puesto que cada una de ellas se ajusta a ciertos elementos vivenciales y cognoscitivos que se requiere repensar para definir una posición personal sobre cuidado-

Investigadores como Leininger (1984) y Morse et al. (1990) atribuyen al cuidado el núcleo o esencia de enfermería". Newman (1992) señala que lo que caracteriza al núcleo de enfermería es "el cuidar la experiencia de la salud humana" Y Watson (1988), sugiere que el cuidado "es el ideal moral de enfermería"

Por lo tanto, podría decirse que existe una diversidad de interpretaciones filosóficas en relación al cuidado, que podrían resumirse muy sucintamente en:

- Cuidado como una característica humana
- Cuidado como un imperativo moral.
- Cuidado como afecto
- Cuidado como intervención terapéutica;
- Cuidado como relación interpersonal paciente-enfermera/o.

¿Cómo cuidar? Gaut (1983)

Se requiere conocimiento y conciencia acerca de la necesidad de cuidar. Además, intención de actuar, actuando con base en el conocimiento, y; observar un cambio positivo como resultado del cuidado, hecho que se juzga únicamente, con relación al bienestar del otro.

¿A quién cuidar?

La respuesta a este aspecto del cuidado está en la conceptualización que cada enfermera/o tenga de Enfermería y del Ser Humano.

El cuidado se puede brindar a las personas, familias y los grupos siempre y cuando exista claridad interpretativa de ese quién.

¿Para qué cuidar?

El acto de cuidar en beneficio de una persona está influenciado por el contexto social donde ocurre el cuidado. Es un concepto ambiguo a la hora de las intervenciones de enfermería. Va más allá de mejorar la condición de salud.

El elemento de poder que genera el cuidar (Vezeau y Schroeder, 1991), juega un papel básico en cuidar para qué, porque el manejo del poder en el cuidado afirma o desvirtúa como y porque se hacen las intervenciones.

Watson (1988), señalaba que “El cuidar implica que el sujeto del cuidado encuentre sentido al dolor y al sufrimiento de la enfermedad; gane autoconocimiento, y encuentre armonía con las condiciones exteriores”.

Gestionar los procesos de cuidado de Enfermería.

Calidad en Enfermería, son los procesos que determinan que el cuidado de la salud se brinde de una manera racional, oportuna, equitativa, económica, que minimice los riesgos al usuario y al equipo de salud, a la institución y a la comunidad, y que maximice el beneficio generado por la actividad integrada del equipo de enfermería y del equipo de salud.

Esto implica considerar las dimensiones de calidad, que son:

Dimensión técnica: idoneidad profesional-procedimientos y equipos necesarios.

Seguridad: garantía de control de riesgos.

Servicio: humanización de la atención y características del lugar, accesibilidad, oportunidad, equidad y continuidad.

Uso racional de insumos propios de enfermería y el análisis de costos de los servicios producidos.

Satisfacción del usuario y del equipo de enfermería.

El profesional de enfermería definirá los procedimientos que deben ser empleados para brindar cuidado, las técnicas que utilizará para aprovechar y maximizar los recursos y evaluará los resultados esperados de la atención a los usuarios.

El usuario a su vez, evaluará los beneficios recibidos de su atención con criterios subjetivos.

- Trato que recibió.
- Lugar en el que fue atendido.
- Oportunidad y confianza que le generó el cuidador y el resultado obtenido.
- Satisfacción de su necesidad.
- Recuperación de su salud.
- Mejoramiento de su calidad de vida.

Para cuidar el profesional de Enfermería requiere tener conocimientos, actitudes y destrezas inherentes a ésta y utilizar las herramientas propias de la gerencia para prever, organizar, dirigir y controlar el cuidado con calidad y sensibilidad.

Gerencia del cuidado

Es el punto de equilibrio donde confluyen los conceptos, las teorías, los procesos, los principios y los elementos propios de cada área; La conducción del cuidado; La búsqueda de las posibles vías de acción para garantizar y proveer el cuidado; Una concepción e internalización de los diferentes interrogantes que hacen que el enfermero/a actúe, responda y transforme la realidad en torno de la salud-enfermedad.

La gerencia del cuidado implica:

- Motivación.
- Creatividad.
- Responsabilidad.
- Ética.
- Claridad y cambios de actitud frente al ser y al quehacer.
- Juicio crítico para tomar decisiones.
- Búsqueda de nuevas formas de intervención.
- Integración y transformación de los recursos disponibles.

- Aprovechar instrumentos y métodos para cuidar.
- Visión y previsión al cambio (salud-enfermedad)

La gerencia del cuidado por parte de enfermería es la consolidación de una cultura efectiva dentro de los sistemas de salud y de educación, donde el acto de cuidar es una reciprocidad entre la persona o las personas que reciben la acción de cuidar y el profesional de enfermería responsable de dicho cuidado.

Esta cultura efectiva pretende dar competitividad al interior de la profesión y fuera de ella; Generar cambios en los valores y en las actitudes de las personas que la constituyen; Encontrar el epílogo entre las tradiciones y las exigencias de la modernidad y Propiciar el desarrollo integral que emana de su propia naturaleza, cuyo fin último es la calidad del cuidado como proceso, producto y servicio.

Retos y proposiciones para lograr la calidad en Enfermería.

- Evolucionar de “jefe de Servicio” a líder de Gestión de la Calidad del cuidado de la salud.
- Asegurar el liderazgo en los grupos en términos de estimular, guiar y facilitar la integración.
- Revisar a fondo el sistema de atención y del cuidado de Enfermería.
- Documentar los procesos críticos del Cuidado de Enfermería, con soporte metodológico y trabajo riguroso, participativo y sistemático.
- Definir claramente el ROL de Enfermería.
- Reorganizar los equipos de enfermería hacia un modelo basado en la coparticipación y responsabilidad, orientado a los usuarios y aplicando instrumentos de microgestión. Ej.: planes de cuidado, estándares, etc.
- Evitar la fragmentación del proceso asistencial.
- Disminuir la variabilidad en los estilos de práctica (clínica y comunitaria)
- Medir los resultados en términos de satisfacción del usuario, satisfacción del equipo de enfermería y del impacto positivo en la sociedad.
- Actuar como catalizador, potencializador y facilitador de los procesos de calidad y gestión.
- Revisión crítica y sistemática de los procesos y programas de Enfermería.
- Estimular a los usuarios internos y externos a

identificar los servicios y procedimientos a mejorar.

- Valorar las necesidades del usuario y analizar sus expectativas.
- Definir y establecer el programa de mejoramiento del servicio, de los procesos y de los procedimientos propios de enfermería.
- Proponer y desarrollar proyectos de investigación en Enfermería o participar en investigaciones interdisciplinarias y socializar los resultados.
- Participar en programas docentes y estimular la educación continua.
- Establecer mecanismos de monitorización permanente al proceso de atención.
- Asegurar la calidad de la historia clínica con registros pertinentes y oportunos.
- Trabajar en bioseguridad y en asegurar la idoneidad profesional.

BIBLIOGRAFÍA

- Benner, P. (1987). *Práctica progresiva en enfermería*. Barcelona. Grijalbo. Colección *Enfermería y Sociedad*.
- Castrillón, M. (2002). Desarrollo disciplinar de la enfermería. *Rev. Investigación y educación en enfermería*. Vol XX, N° 1. Medellín.
- Donaldson, S. y Crowley, D. (1978). La disciplina de enfermería, en *Nursing Outlook*.
- Gaut, D. (1983). Development of a theoretically adequate description of caring. *Western Journal of Nursing Research*, 5, 4, 315.
- Roger, H. (1997). *Turbulencias. Retos y oportunidades en el mundo del trabajo*. Interamericana, Mc. Graw Hill.
- Leininger, M. (1984). Caring is nursing: Understanding the meaning important and issues. En Leininger, M. ed *Care: The essence of Nursing and Health*. Thorofare, N.J. Slack.
- Meleis, A. (2000). La relación entre la teoría, la práctica y la investigación con la calidad del cuidado de enfermería. Ponencia VII Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería, Bogotá.
- Morse, J. et al. (1990). Concepts of caring as a concept. *Advances in Nursing Science*. 13, 1, 1-14.
- Newman, M. (1992). Prevailing paradigms in nursing. *Nursing outlook*. 40, 1, 10-13-32.
- Poletti, R. (1980). *Cuidados de Enfermería. Tendencias y conceptos actuales*. Barcelona. Ediciones Rol, S.A
- Torralba, I. y Roselló, F. (1998). *Antropología del cuidar*. Madrid: Instituto Borja de Bioética, Fundación MAFRE de Medicina.
- Vezeau, T. y Schroeder, C. (1991). Caring approaches: A critical examination of origin, balance of power, embodiment, time and space and intended outcome. En Chinn, P. ed. *Anthology on Carling*. New York: National League for Nursing Press. 1-16.
- Watson, J. (1988). *Nursing: Human Science and Human Care: A Theory of Nursing*. New York: National League for Nursing Press. 53-61.

CONCLUSIONES A LAS V JORNADAS SOBRE CULTURA DE LOS CUIDADOS

Les confieso que no es fácil hacer unas conclusiones sobre lo que hemos compartido durante estas jornadas. Así mismo, tenemos la tendencia a hacer unas conclusiones sobre las conferencias o ponencias, dejando generalmente de lado la gran riqueza de muchas de las comunicaciones expuestas, así como de los intercambios originados en los diálogos acontecidos con ocasión de las exposiciones o en las pausas.

Las conclusiones que les exponemos vienen a ser:

- Llamadas de atención en las que, durante las exposiciones de las ponencias y comunicaciones nos recordamos dónde estamos y hacia dónde vamos.
- Profundización en los cimientos filosófico-históricos sobre nuestra profesión.
- Reflexionar y poner de relieve la gran importancia de la cultura para dar cuidados de calidad. Sabemos que la cultura no es un ente fijo, una herencia; es un proceso que se construye en la interacción. El ser humano es un ser básicamente cultural y la cultura es una construcción del ser humano. Cada persona humana ha nacido en una comunidad de vida en la que se ha socializado. La persona interioriza unas maneras de pensar, de sentir y de actuar, a partir de esta interiorización no sólo comprende el mundo de su comunidad, sino que éste se va a convertir en su mundo. Pero al mismo tiempo esta persona va a ser un elemento constitutivo de esta cultura e inevitablemente, va a ayudar a su transmisión, su conservación y su transformación. Por tanto una cultura es dinámica y cambiante y es por ello que algunas de sus manifestaciones se conservan, otras cambian y otras desaparecen. Todo esto sucede por la interacción comunicativa que se produce en el seno de cualquier comunidad de vida... Profundizar en la riqueza de este fenómeno cultural se convierte en un pilar fundamental de los cuidados enfermeros.
- Importancia de la investigación y las publica-

ciones, las cuáles nos permiten reflexionar, cimentar y avanzar en el camino de nuestra profesión.

A modo de resumen les presentamos las conclusiones según las ponencias se han ido desarrollando.

Acto de apertura y conferencia inaugural

- Necesitamos líneas de investigación para atender al ser humano desde la sencillez de lo cotidiano.
- Necesitamos dotar nuestra práctica de sensibilidad cultural en la forma de comunicar.
- La enfermería de hoy y de siempre se cimienta en la Historia cuyo punto de referencia es la hospitalidad. Todo lo que se aleje de esta hospitalidad será un engaño.
- Hospitalidad y enfermería son conceptos unívocos.
- La enfermería en sus cuidados de salud reclama la dimensión espiritual, o de los valores, entre los cuales la religión es un plus.
- La fuentes doctrinales antiguas como son la Biblia, la Odisea, la Tradición Cristiana, el Corán... recalcan, dentro de los mensajes sobre la hospitalidad, la importancia de la acogida.
- La enfermería antigua como la del futuro se sitúa en estos mismos principios, como son: acogida, atención, relación y despedida.

Fenómenos migratorios y su influencia en los cuidados:

- Los pacientes extranjeros conservan su herencia cultural durante su ingreso y viven el episodio asistencial de manera distinta en algunos casos.
- Los profesionales de enfermería son conscientes de las diferencias culturales de los pacientes extranjeros y desean adquirir habilidades para unos cuidados culturalmente competentes y diferentes.
- Es necesario integrar las teorías específicas de

competencia cultural en unidades dentro de la formación curricular de los profesionales de enfermería.

- La competencia cultural nos aporta una forma más humana de cuidar e investigar en cuidados, además de aportar una mejora de la satisfacción y calidad percibida por el usuario ante los cuidados de enfermería.
- Las prácticas despersonalizadoras no favorecen la comprensión de las demandas particulares de los pacientes inmigrados y distorsionan la relación enfermera –paciente inmigrado.
- Si los profesionales de la gestión de enfermería comprenden las peculiaridades de los pacientes con los que trabajan, serán capaces de tomar decisiones e intervenir con una planificación sanitaria, que tome en cuenta los valores de los cuidados culturales, las creencias, las formas de vida de la gente de culturas similares y diversas, con el fin de obtener resultados beneficiosos y satisfactorios en cuanto a la calidad asistencial global percibida por el paciente.

Sobre el método fenomenológico en experiencias de vida aplicado a los cuidados de salud, resaltamos:

- Husserl plantea una metodología consistente en una reducción o suspensión del juicio como base del procedimiento, al tiempo que emplea en sus reflexiones una serie de conceptos para explicar el método fenomenológico.
- El principio de Husserl se sitúa en el ámbito del lenguaje dotado de sentido.
- La fenomenología, como toda disciplina científica que pretende reconocer el sentido de las cosas, depende esencialmente de enseñarnos algo que todavía no conocemos, de hacernos ver lo que todavía no habíamos visto, lo que debe extraer de algún ámbito que sea en sí mismo convincente y que disponga de una justificación propia.
- Husserl insiste en: “la vuelta a las cosas mismas”. Hablar de algo o estudiar algo fracturando ese algo, o lo que es peor, obviando la intencionalidad de esa acción humana, no deja de ser una negación del hombre mismo.

- Se ha reflexionado sobre los conceptos de cura y cuidados en la fenomenología de Heidegger, concluyendo que ambos son equivalentes etimológicamente.
- El concepto de cuidado tiene un gran potencial semántico que puede y debe ser rentabilizado para la vertebración de la disciplina enfermera.

Historia, antropología, humanidades y revistas de enfermería:

- El proyecto “Hiades”. Revista de Historia de la Enfermería, nace como consecuencia de la toma de conciencia de la importancia que la Historia de la profesión enfermera tiene para el desarrollo de la misma.
- El proyecto HIADES pretende contribuir a mejorar la imagen que la profesión enfermera proyecta, tanto dentro como fuera de la misma, difundiendo su rico pasado

Revistas: Temperamentum.

- El ser humano se encuentra plenamente enraizado con la historia y más aún, es un ser histórico.
- La enfermera, como ser humano, es también un ser histórico en devenir, es decir, en formación y desarrollo a lo largo de su vida personal y profesional.
- En el s. XXI la enfermería tiene una gran tarea: abrirse a su propio pensamiento, levantar el edificio de su filosofía como investigadora de sí misma y del profundo misterio de la naturaleza humana
- La investigación histórica de los últimos años ha ido descubriendo un riquísimo patrimonio documental y bibliográfico guardado en archivos y bibliotecas de todo el país.
- Se hace completamente necesario un amplio programa de edición y estudio de estas fuentes escritas para que los profesionales conozcan todo el acervo cultural que la profesión enfermera encierra.

Cultura de los cuidados.

- La metodología cualitativa aplicada en cultura de los cuidados.
- La calidad del cuidado de enfermería y de la salud demandan hoy día:

- Una interpretación humanística y
- El respeto por la integridad funcional de los seres humanos.
- La gerencia del cuidado por parte de enfermería es la consolidación de una cultura efectiva dentro de los sistemas de salud y educación, donde el acto de cuidar es una reciprocidad entre la persona o las personas que reciben la acción de cuidar y el profesional de enfermería responsable de dicho cuidado.
- Los estudios cualitativos en general hacen evidentes los componentes del cuidado, los cuales no son considerados en los estudios cuantitativos, permiten así la comprensión y la justa valoración del trabajo de cuidar del otro
- La enfermería está en una posición privilegiada para explicar a otros el mundo del

enfermo, su familia y los procesos que acontecen al interior, conoce esos mundos como no lo hace otra disciplina. Metodologías cualitativas como la Teoría Fundamentada formalizan este conocimiento y con ello contribuyen a unos cuidados de enfermería culturalmente competentes y congruentes. O la utilización de la investigación acción como un instrumento que mejora la práctica enfermera, como una metodología que permite cambiar la práctica y mejorar la oferta de cuidados de enfermería al paciente y la familia. Favorece inscribirse dentro de un paradigma holístico el cual responde adecuadamente a las necesidades identificadas por la enfermera, el paciente y la familia.

Resumió. Luis Cibanal Juan



MISCELÁNEA

BIBLIOTECA COMENTADA



ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

José Ramón Martínez Riera

Rafael del Pino Casado

Serie Cuidados Avanzados

ISBN: 84-95626-61-6

Edición: 1ª Edición

Editorial: DAE

Páginas: 950 (2 volúmenes)

Medidas: 21,5 x 28 cm.

Encuadernación: Tapa Dura

Ilustraciones: Editado con numerosas ilustraciones

La figura de la enfermera comunitaria ha ido adquiriendo forma y sentido en el contexto de la Atención Primaria, con cambios organizativos y de contenido de sus actividades que le han conferido un nuevo perfil profesional cada vez más cercano al individuo, la familia y la comunidad como un todo. La formación continuada y la investigación se han ido incorporando paulatinamente, aunque no siempre con la rapidez y los apoyos deseables, como herramientas fundamentales en la aportación de una cada vez mayor y mejor producción científica que ha permitido el desarrollo profesional con el consiguiente aumento de calidad de los cuidados.

Tras más de veinte años de camino recorrido en el que se pueden contabilizar muchos logros y avances, pero también algunas pérdidas y desilusiones, se plantean nuevos retos y expectativas a los que las enfermeras, conjuntamente con otros profesionales, deben continuar dando respuesta.

Resulta pues imprescindible poder contar con instrumentos de consulta y referencia que faciliten el conocimiento y la puesta al día de un ámbito de atención tan importante y en ocasiones tan desconocido como la Atención Primaria de Salud. Conocimiento que, indiscutiblemente, debe hacerse desde el análisis y la reflexión, para saber de dónde venimos, dónde estamos y a dónde vamos.

Así pues este libro está pensado, concebido y planteado como una obra de consulta y un referente para los profesionales que quieran aproximarse a la Atención Primaria de Salud o para aquellos que conociéndola pueda serles de utilidad como herramienta de actualización en el desarrollo de su actividad profesional, desde una perspectiva enfermera y comunitaria. Así mismo se presenta como una herramienta de ayuda y soporte para los estudiantes de enfermería que quieran conocer la enfermería comunitaria en el contexto donde se desarrolla, es decir, la Atención Primaria de Salud.

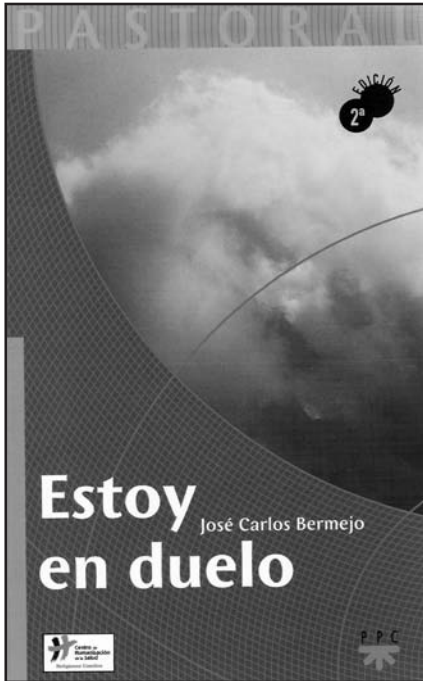
En la elaboración del libro han participado expertos profesionales de enfermería comunitaria, de la gestión, de la docencia, de la investigación, de salud pública y de salud mental, que aportan una visión amplia, clara y eminentemente práctica desde el profundo conocimiento de sus respectivas áreas de conocimiento en relación con la Atención Primaria de Salud.

El libro se estructura en tres grandes bloques. El primero de ellos sitúa e introduce al lector o consultor en el contexto la Enfermería y de la Atención Primaria de Salud, realizando un análisis histórico y actual del Sistema Sanitario y el Estado de Bienestar, de la Atención Primaria de Salud en España y de la Enfermería Comunitaria y la Salud Pública. En el segundo bloque se abordan las prin-

cipales herramientas metodológicas que permitirán desarrollar la actividad en Atención Primaria de Salud. En este mismo apartado se analiza y estudia la gestión de cuidado con una especial atención a la organización de las actividades, la innovación en la gestión, la mejora de la calidad, las competencias de Atención Primaria y los registros de actividad. El tercer y último bloque introduce al lector

en el campo de actuación de las enfermeras en Atención Primaria de Salud en sus diferentes ámbitos y actividades con una perspectiva práctica y analítica. Todos los capítulos van precedidos de un mapa conceptual que permite al lector situarse rápida y claramente en el tema.

José Ramón Martínez Riera



ESTOY EN DUELO

José Carlos Bermejo

Editorial: PPC. Madrid 2005

En estos meses atrás, el cáncer y la muerte golpeó a un familiar mío. El dolor por la pérdida de un ser querido te sumerge en sentimientos y reflexiones transcendentales sobre la vida y la muerte. Un compañero me llamó por teléfono y al notar en mi voz una cierta tristeza, me dice: “Luis tengo la sensación, por el tono de tu voz, que estás triste o estás pasando por un mal momento”. Efectivamente, le dije, estoy viviendo el duelo de un ser querido. Después de tener para conmigo unas palabras de cariño, cercanía y de mucha empatía, me dice: mira; tengo un libro que a mí me ha ayudado en

estas situaciones, te lo envío por si a ti te puede también ayudar. El libro es: ESTOY EN DUELO de nuestro compañero José Carlos Bermejo, que sin duda, muchos de vosotros le conoce por sus muchos libros escritos sobre la relación de ayuda, el dolor, el duelo, etc.

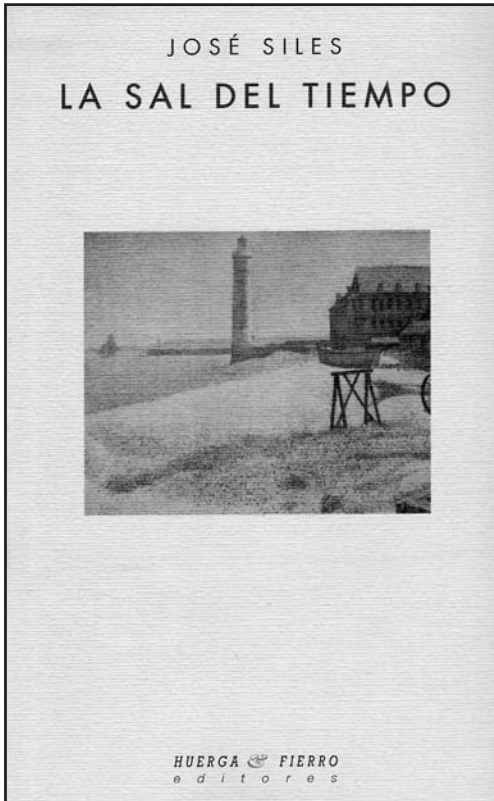
Por tanto les pongo a su consideración este libro en el que con mucha humanidad y sencillez, José Carlos Bermejo nos habla del duelo que duele. Lo que son las reacciones normales propias de una situación de duelo y los diferentes tipos de duelo. Las frases que ayudan y las que no ayudan en situación de duelo, cómo abordar la culpa, qué hacer con los sentimientos y los afectos, cómo aprender a vivir sin el ser querido, qué hacer con sus cosas, cómo abordar las cuestiones que nos vienen sobre el más allá, sobre lo que podemos aprender del duelo, cómo abordar la muerte con los niños...

Tal vez alguien piense que es un recetario, pero no, es un libro muy cercano que ayuda a vivir la pérdida de alguien a quien se amaba, y que duele el que ya no está. Este libro es como un amigo que te acompaña a caminar por este túnel en el que todo es oscuridad y no ves salida. Estas páginas son unas reflexiones que te ayudan a vivir la angustia de este proceso llamado duelo.

La narración de algunas de las vivencias y experiencias de otras personas que han pasado por lo que uno está pasando, te ayudan y dan aliento y esperanza para confiar que este túnel tiene una salida, y por tanto una resolución sana de tu duelo.

Libro recomendado para los profesionales de la salud y para toda persona que o bien está pasando por un duelo, o bien quiere prepararse para cuando le llegue y le llame a su puerta .

Luis Cibanal Juan



LA SAL DEL TIEMPO

José Siles González

Editorial: Huerga y Fierro

Con su tercer libro de poesía José Siles se reafirma en su propio estilo literario, la utilización metafórica del lenguaje se hace evidente en todos sus poemas, su particular plasticidad del lenguaje invita al lector a captar a través de los cinco sentidos la esencia de los elementos naturales más abstractos, dichos con su propia voz. Es un libro al que uno debe volver siempre para corroborar el gozo o para calmar las penas.

TURBACION ILEGITIMA

Como escuece la pena
Cuando es tan desordenada
Y surge sin lema
Súbita sin avisar
Sin forma
Sin color
Tan inacabada
Que se confunde
Se esparce
Y nos turba

M^a. Carmen Solano Ruiz

