

CULTURA DE LOS CUIDADOS

REVISTA DE ENFERMERIA Y HUMANIDADES

1^{er}. Semestre 2003 • Año VII - N.º 13

FENOMENOLOGÍA

- El sentido de cuidar. Relato de una experiencia hospitalaria
- ¿Qué necesitan los pacientes?
- "Cultura de los Cuidados y Género" y posterior debate

HISTORIA

- Los cuidados prestados por las Matronas en el Bierzo Alto (León): Cien años de evolución
- Evolución Histórica del Método Enfermero
- El enfermo mental. Historia y cuidados desde la época medieval

ANTROPOLOGÍA

- Mujer y cuidados: ¿Historia de una relación natural?
- Medicina tradicional versus Medicina oficial: ¿complicidad o poder?
- Evaluación del impacto de la salud de las mujeres en el Área de Curridabat (Tirrases), San José, Costa Rica

TEORÍA Y MÉTODO

- El Proceso de Atención y la Relación de Ayuda en Enfermería Pediátrica
- Evaluación del manejo del dolor y factores asociados en usuarios adscritos al Policlínico del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Herminda Martín de Chillán, Chile
- Afrontamiento enfermero ante la desigualdad y el racismo

MISCELÁNEA

- Biblioteca comentada
- Programa de Doctorado 2003-2005
- VIII Edición del Premio "Vida y Salud de Relatos"
- II Premio de Video "Vida y Salud"



CONSEJO DE
ENFERMERÍA
DE LA COMUNIDAD
VALENCIANA

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



ASOCIACIÓN NACIONAL DE
HISTORIA Y ANTROPOLOGÍA
DE LOS CUIDADOS

SUMARIO

DIRECCIÓN
José Síles González

SUBDIRECCIÓN
Luis Cibanal Juan

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

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

SUSCRIPCIONES: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)
C/. Xàvia, 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.e.u.es>
ISSN: 1138-1728-Dep.Legal: A-1309-1997
Título clave: Cultura de los Cuidados
Título abreviado: Cul.Cuid.
Edita: Consejo de Enfermería Comunidad Valenciana (CECOVA)
Imprime: Gráficas Estilo, S.C. Alicante

NORMAS DE PUBLICACIÓN 4

FENOMENOLOGÍA 5

El sentido de cuidar. Relato de una experiencia hospitalaria 5
JOSÉ MANUEL TORDERA ALBA

¿Qué necesitan los pacientes? 7
FRANCISCA J. HERNÁNDEZ MARTÍN

“Cultura de los Cuidados y Género” y posterior debate 9
DRA. DULA F. PACQUIAO

HISTORIA 12

Los cuidados prestados por las Matronas en el Bierzo Alto (León): Cien años de evolución 12
ELENA ANDINA DÍAZ

Evolución Histórica del Método Enfermero 23
AMPARO NOGALES ESPERT

El enfermo mental. Historia y cuidados desde la época medieval 29
PILEÑO MARTÍNEZ, M^a ELENA; MORILLO RODRÍGUEZ, F. JAVIER;
SALVADORES FUENTES, PALOMA; NOGALES ESPERT, AMPARO

ANTROPOLOGÍA 36

Mujer y cuidados: ¿Historia de una relación natural? 36
ANTONÍN MARTÍN, MONSERRAT; FLOR PÉREZ, PILAR;
TOMÁS SÁBADO, JOAQUÍN

Medicina tradicional versus Medicina oficial: ¿complicidad o poder? 40
DARRIBA RODRÍGUEZ, PILAR; MÉNDEZ GÓMEZ, ÁNGELES

Evaluación del impacto de la salud de las mujeres en el Área de Curridabat (Tirrases), San José, Costa Rica 46
DELFINA CHARLTON L.

TEORÍA Y MÉTODO 52

El Proceso de Atención y la Relación de Ayuda en Enfermería Pediátrica ... 52
FERRER PARDAVILA, ÁNGELES; GARCÍA SAMPEDRO, ROSARIO;
BARREIRO BELLO, JOSÉ MARÍA

Evaluación del manejo del dolor y factores asociados en usuarios adscritos al Policlínico del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Hermina Martín de Chillán, Chile 63
ARANEDA PAGLIOTI, GLORIA; ACUÑA ORTIZ, HÉCTOR;
GREZ CÁDIZ, CLAUDIA; TRONCOSO VEJAR, MARCELO;
ZANARTE GAETE, FERNANDA

Afrontamiento enfermero ante la desigualdad y el racismo 71
SERGIO ROMEO LÓPEZ ALONSO

MISCELÁNEA 78

Biblioteca comentada 78

Programa de Doctorado 2003-2005 79

VIII EDICIÓN DEL PREMIO “VIDA Y SALUD DE RELATOS” ... 81

II PREMIO DE VIDEO “VIDA Y SALUD” 82

ESTRUCTURA DE LA REVISTA Y NORMAS DE PUBLICACIÓN



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

1.- Editorial.

2.- Fenomenología: sección destinada a la publicación de originales y/o revisiones sobre fenomenología clínica. Asimismo tendrán cabida en este apartado las experiencias clínicas de los profesionales sea cual sea la forma de expresión: narrativa, ensayo, poética o plástica. Por último, también serán susceptibles de publicación los originales que, a juicio del comité de redacción, contribuyan al desarrollo humanístico de la enfermería (en cualquiera de sus vertientes).

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

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

5.- Teoría y métodos enfermeros: apartado dedicado a la publicación de originales y/o revisiones que contribuyan tanto al desarrollo teórico-filosófico de la enfermería como a sus métodos y aplicaciones prácticas.

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

7.- Cartas al Director.

PRESENTACIÓN DE LOS TRABAJOS

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

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

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

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

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

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

- Presentación: en soporte papel mecanografiados en hojas DIN A4 a doble espacio, por triplicado y en disco 3 1/2 (WORD 6-7 o equivalente).

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

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

- Dirección donde deben remitirse los manuscritos.

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

FENOMENOLOGÍA

EL SENTIDO DE CUIDAR RELATO DE UNA EXPERIENCIA HOSPITALARIA

José Manuel Tordera Alba
Diplomado en Enfermería

Se habla mucho de práctica enfermera basada en la evidencia, de ser objetivo, pero no se habla de algo igualmente importante en Enfermería como es de los actos de amor.

HECHOS

El martes 8/4/03, a las 13,30h. ingresé en urgencias del hospital de Vellvitge de Barcelona (en nivel 2, creo que le llaman así) por presentar melenas que yo había comprobado en casa minutos antes.

Hacia las 15 h. se me practicó un hematocrito que dio un valor de 26.

Hacia las 20 h, más o menos me fue practicada una endoscopia (sin sedación); el endoscopista me indicó que tenía una úlcera duodenal sangrante bastante grande.

RELATO Y REFLEXIÓN

La endoscopia duró poco, pero a mi se me hizo eterna (como se demostró minutos después, mi hematocrito en el momento de la prueba debía rondar el valor de 20 con una hemoglobina de 6, por lo que en aquel momento yo no estaba muy sobrado de fuerzas). Aquel mecanismo dentro de mí me estaba provocando una náusea continua, parecía que el estómago se me iba a salir por la boca (el tubo no entró hasta el segundo intento, quizá por eso le llaman EN-DOS-COPIAS); yo no ayudaba demasiado, no tenía fuerzas para obedecer ninguna instrucción, no tenía dolor, pero padecía una sensación de ahogo inminente y me movía hacia todos los lados, ¡aquello parecía un invento del Marqués de Sade!

En medio de aquel padecimiento, donde yo me encontraba objetivamente rodeado de personal téc-

nicamente competente (sé que lo son) yo me sentía subjetivamente SOLO, PERDIDO Y ABANDONADO, pero... ¡sí, hay un pero, bendito pero!, una persona que estaba detrás de mí me tomó de la mano, yo la apreté fuertemente, eso fue la tabla de mi salvación emocional; aquello fue un acto DE CUIDAR, de apoyo, de dolor compartido, de acompañamiento humano, de amor en definitiva. Era la mano de Rafi, una auxiliar de clínica del quirófano de urgencia.

El saber médico y el saber enfermero en términos de lo técnicamente posible, objetivo y evidenciable es importantísimo; pero si la persona que “sabe” no tiene la tendencia además, de ‘salir de sí mismo’ para entrar en el mundo del otro, compartir, comprender, acompañar, no existe ningún saber en absoluto.

El verdadero progreso humano no está en la ciencia sino en la afectividad, progreso humano que se demuestra en la pequeñas cosas que a la vez son las más potentes, como el acompañamiento verdadero en el sufrimiento, donde las palabras de “tranquilízate, tranquilízate” no valen; valen las acciones, que son hechos que tienen sentido, significado.

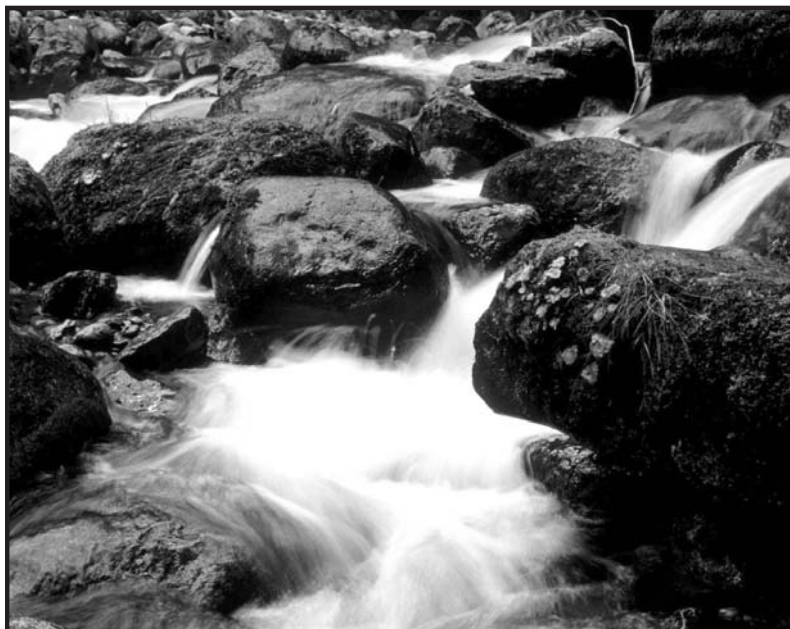
Para mí significó mucho que me cogieran de la mano, me ayudó a relajarme, era justo lo que necesitaba, y alguien se dio cuenta; esa acción es genuinamente cuidado enfermero. A las personas que trabajamos en Enfermería nos pagan por una serie de tareas que hemos de realizar, pero ser enfermera o enfermero no es únicamente eso. Opino que el trabajo realmente enfermero no está pagado con nada, como no se puede pagar a una madre por querer a sus hijos. Si el trabajo enfermero es únicamente dar de comer y beber, vestir y desvestir

etc., cualquier día seremos sustituidos por una máquina; la tensión arterial la toma ya una máquina sin intervención del oído humano. Podemos imaginar un futuro en el que el paciente introduzca un brazo desnudo en una máquina portátil y sin ningún tipo de dolor lo saque a los pocos segundos con una vía pinchada, podemos imaginar un futuro en el que la comida la demande directamente el paciente a un 'aparato' instalado en la pared de su habitación diciendo: "sopa de fideo fino a 40°" y ésta aparezca como en las películas de ciencia ficción y posteriormente un robot le vaya dando cucharaditas si el paciente no puede o no sabe, etc. Pero lo que no puede ofrecer una máquina es el acercamiento humano al sufrimiento de los otros, la comprensión, la intersubjetividad, el afecto, el tocar al paciente transmitiendo interés, el deseo de acompañar en el proceso salud-enfermedad etc., por mucha carga de trabajo que tengamos, siempre hay un segundo para ofrecer una sonrisa, un guiño, una broma a un niño ingresado, ofrecer un punto de referencia a quien está en una cámara estéril mostrándole tu cara por unos segundos apartando

la mascarilla de tu cara, un esfuerzo por no decir nunca (cosa que todos hacemos por buena fe) ¡anímate! a quien no se puede animar, un tomar de la mano para acompañar en un momento ingrato. Esas acciones dan sentido al cuidado enfermero, no la técnica; la técnica no es un fin en sí mismo, sólo es un medio para un fin, y el sentido de cuidar no es único sino múltiple, no es fijo sino variable, no es general sino particular, no es independiente del contexto sino dependiente, en fin, a eso llamo yo actos de amor.

HECHOS II

Pocos minutos después de acabada la endoscopia ya me encontraba en el box y sufrí una crisis hipovolémica con desvanecimiento, midriasis, vómito, relajación de esfínteres y convulsión (TA: 60/30). Puedo contarlo gracias a la rápida actuación técnica de médicos y enfermeras y a un Ringer a chorro y dos bolsas de sangre "a la desesperada" en palabras de la doctora que informó a mi mujer (sin tiempo para pruebas cruzadas).



¿QUÉ NECESITAN LOS PACIENTES?

Francisca J. Hernández Martín

Muchas preguntas y no tantas respuestas para reflexionar acerca del fenómeno humano que llamamos RELACIÓN. Comunicación, diálogo, empatía, cercanía, acogida, respeto, tiempo..., interés. ¿Qué postula la relación humana y qué hacer para establecerla?

Son preguntas que nunca encuentran una respuesta perfecta, la relación humana es personal entre al menos dos seres humanos, pero ¿es esto suficiente? ¿Qué hacer para establecerla y qué hacer cuando existe problema en la relación? El tópico de que los seres humanos somos muy complejos, no es suficiente para justificar una mala relación o una dificultad en la relación. Un profesional de la Enfermería para cuidar ha de conocer qué le pasa a los pacientes y para ello es imprescindible cuidar la relación.

En la vida cotidiana surgen problemas, y también problemas de relación, que al profesional no le es fácil establecerla. Todos tenemos experiencia de la facilidad y dificultad, como también de la perplejidad, que provocan ciertas reacciones, palabras o hechos de los pacientes y del no saber qué hacer o cómo encontrar respuesta, si la tiene, y ¿qué hacer con aquello que no tiene respuesta?

Los tratados sobre la relación humana, fundamentados en la filosofía, psicología, antropología, psicoanálisis..., y los estudios llevados a cabo sobre ciertas experiencias en el tema nos dan una idea teórica y razonada del fenómeno y, aunque esto es esencial, por sí solo no garantiza que tengamos lo suficiente para dar respuesta a estos interrogantes. Los problemas que nos plantean en la práctica no tienen una respuesta fácil y general, dado que la relación es siempre personal y original.

Aceptado que la relación es un fenómeno complejo, nos viene inmediatamente una primera pregunta, ¿qué es lo esencial en la relación?

Es posible comentar muchas anécdotas y experiencias. Lo presentado a continuación nos dejó desbordados y con muchas preguntas a quienes fuimos testigos de excepción. Nunca olvidaré lo presenciado en la habitación de un hospital.

Junto a mi hermano, ingresado la noche anterior con un ACVA (un trombo en una arteria cerebral) del que g. a D. se recuperó sin dejarle secuela alguna, había dos ancianos, Roberto en la cama de la derecha y Domingo en la cama de la izquierda.

Roberto, además de diagnosticado de una hernia de hiato, padecía demencia senil y quien tenía a su lado, pendiente del movimiento de sus labios a su esposa, una mujer de una gran sensibilidad, una paz y serenidad inalterables, que dejó ver en algunos momentos sus puntos de vulnerabilidad. Día y noche estuvo aguantando las duras palabras de su esposo, que en medio de la demencia no dejaba de llamarle p... y derivados en todos sus grados. La mujer, sorda, captaba mejor que nadie cuanto le decía. Y permanecía con humor dando respuesta a las necesidades de su esposo.

El segundo, Domingo, solo, sin compañía ni visita de su familia (al menos en el tiempo que permaneció en dicha habitación) que, ingresado por otro problema digestivo y también con una demencia acentuada, permanecía agitado pero en silencio. Estaba conectado a una bomba de perfusión, sonda nasogástrica, y vesical y no hacía sino tirar e intentar, en la medida de su fuerza, quitársela. Toda la noche permaneció en un sillón, arrastrándolo hasta la puerta de la habitación y por supuesto tirando de las sondas. No hubo forma de acostarle en la cama, incluso cuando al final se consiguió, se bajó él sólo de la cama al sillón.

Los profesionales, entraron cuantas veces fue necesaria su intervención sin escatimar trabajo ni esfuerzo alguno para tranquilizar a estos dos ancianos y atenderles. Profesionales competentes, humanos y con una paciencia admirable.

Yo permanecí al lado de mi hermano desde su ingreso, que necesitaba tranquilidad para recuperarse de cuanto le había ocurrido la noche anterior. Por tanto, pude ser testigo de todo el proceso. La descripción hecha de la situación nos da idea de cómo estábamos a las 9 h. de la mañana los ocupantes de dicha habitación cuando llegó el desayuno.

Bajo estos efectos, a las 10 h. entró la señora de la limpieza. Abre la puerta, para realizar su trabajo y saluda con unos “buenos días” y rostro risueño. Conforme se adentra se encuentra con la negativa del primero a tomar alimento y aproximándose, a los pies de la cama, le dice: *A TI, ¿QUÉ TE PASA? ¿QUÉ TE HAN HECHO?*

No recuerdo si hubo respuesta por parte del paciente, pero su cara se iluminó. Sus ojos quedaron pendientes del rostro de la señora y se quedó tranquilo. Parecía otro, como si todo hubiese pasado y ahora alguien diese luz y sentido a su vida. Cualquiera que hubiese presenciado los minutos anteriores como síntesis de toda la noche, no hubiese dado crédito a lo que allí viese u oyese. La señora con una mirada sonriente, viva, expresiva, como quien sabe de estas cosas, realizó su trabajo y antes de ir a la otra parte de la habitación apostilló, “mañana vendré a verte”. Roberto pasó al menos la mañana como si fuese otro, la mirada viva como si hubiese sido iluminada por alguien en quien confiase. ¿Qué pasó en aquel anciano? ¿Qué le dio demás esta señora que su esposa, quien pasó días y noches a su lado? No lo sabemos, pero lo cierto es que por un tiempo ese hombre se tranquilizó y pudo ser lo que era antes. Un hombre cargado de años, y enfermo.

Si fue sorpresivo y elocuente lo ocurrido a la derecha no lo fue menos cuanto ocurrió a la izquierda. La señora, fregona en mano, se dirigió a este hombre y le dijo: *¿Y A TI DOMINGO, QUÉ TE PASA? ¿POR QUÉ ESTÁS ASÍ?* Si el rostro del primero se iluminó, el del segundo se transformó, se confió plenamente a la señora quien sin dejar de limpiar el polvo de la cama y el suelo, finalizada su tarea le miró para asegurarle lo mismo que al anterior: “mañana, Domingo, vengo a verte”. Con estas palabras salió de la habitación como quien ha cumplido con su obligación, pero no sé si tan consciente de que había dejado a dos ancianos sosegados, confiados a su palabra-promesa, que no se cumplió, pero que estos dos ancianos eran otros.

Acerca de Roberto, ¿qué le faltó tanto por parte de su esposa como del personal? ¿Qué pudo darle la señora que fue a cumplir su misión, la limpieza de la habitación? ¿El interés que mostró por él?, ¿llevaba algo más su mirada y su sonrisa? ¿Captó

y comprendió su situación? Pero, ¿no había interés y comprensión e incluso buen humor en su esposa que permaneció no sólo atenta, sino con un tono poco frecuente, dado el tiempo que llevaba sin salir del Hospital y sin mostrar un gesto de cansancio? Aún no salgo de mi asombro sobre qué pudo provocar en el anciano el “¿a ti, que te pasa?, ¿qué te han hecho?”

A los dos días llegó su hija, una mujer joven, madura, educada, sensible, paciente que mantuvo en todo momento la actitud y gesto de cercanía y cariño hacia su padre. El anciano, mantuvo la misma actitud que con su esposa y la trató de la misma forma. Sin embargo, el gesto de la hija no cambió a pesar de ello y de que venía desde muy lejos a sustituir a su madre para que ésta pudiese descansar. De Roberto supe, posteriormente, que su hija tenía una Residencia de ancianos y él no quería ir allí. En su demencia, ¿pudo sospechar que el Hospital fuera la residencia? ¿Pudo deberse a esto la actitud agresiva hacia su hija?, y ¿hacia su esposa? ¿La miraba como cómplice? ¿Pudo pesar esto, además de su demencia, en su actitud?

Pero, ¿y Domingo? ¿Qué pasaba con Domingo? Nadie de su familia lo visitó en esos tres días ¿Podría haber algo similar? No lo sé, pero este hecho me ha llevado a reflexionar acerca del tema, sobre todo ¿qué aporta la sonrisa, el interés y la comprensión?, pues pueda que sean algunas de las claves, pero ¿qué necesitaban estos pacientes que ni la familia ni el personal se lo dio y que alguien, pudiéramos decir más de paso, acertó?

Podemos poner en pie muchas hipótesis y muchas respuestas. Pero lo que para mi sigue latente es la pregunta inicial, ¿Qué postula la relación humana y qué hacer para establecerla? y otra no menos esencial queda pendiente: ¿Qué necesitan los pacientes?

“CULTURA DE LOS CUIDADOS Y GÉNERO” Y POSTERIOR DEBATE

Dra. Dula F. Pacquiao.

(Transcultural Nursing Institute, Kean University, Union, EE.UU.)

Jornadas Internacionales de Cultura de los Cuidados. Alicante 14-15 Noviembre 2002.



Estoy encantada de presentarles el modelo que recientemente he desarrollado para afrontar las situaciones de toma de decisiones éticas en competencia cultural. Mi trabajo como consultora del centro Bioético del Medio Oeste en Missouri, Kansas City me ha llevado a crear este modelo que puede resultar útil con los cuidados que se realizan al final de la vida en diferentes culturas.

Mi primer objetivo es diferenciar los cuidados culturales congruentes de los cuidados culturales competentes. El cuidado cultural congruente fue descrito por Leininger como el punto principal del cuidado transcultural. Éste viene acompañado de creencias emic, valores y prácticas de la gente. Debido a que es construido a partir de ellos, el cuidado cultural congruente por lo tanto será significativo, sostenible, habilitador, respetuoso con los valores de la vida e integrador de modelos sobre los valores vitales.

La competencia cultural es la forma de dar cuidados que nos aportan aspectos universales y cul-

turalmente específicos del cuidado. La competencia cultural requiere conocimientos, habilidades y actitudes a la hora de dar cuidado cultural congruente a diferentes grupos de gente. Pero no sólo requiere conocimientos culturales sino que también hace referencia a la práctica y el comportamiento de los profesionales de los cuidados.

En la práctica, describimos cuidados culturalmente congruentes y enseñamos a los profesionales a dar una atención cultural pero nos quedamos cortos en esta enseñanza puesto que no se han definido los estándares del conocimiento y el comportamiento propio de la competencia cultural.

Hemos oído en diversas ocasiones que la cultura es el contexto para interpretar nuestras experiencias tales como salud y enfermedad. La cultura también es el mapa cognitivo que nos da las directrices para actuar en estas situaciones.

Las transiciones de la vida son buenos ejemplos de cómo la cultura influye, como pensamos y como actuamos. En muchas culturas no occidentales, el embarazo no está medicalizado, la mujer no acude a un médico puesto que lo considera normal y no como una enfermedad. El parto y el postparto pertenecen puramente a las mujeres en algunas culturas. La figura del hombre no aparece y de hecho algunas son separadas de sus esposos en un cierto período de tiempo después de dar a luz. En algunas culturas la mujer debe pasar por ritos diversos. Roles de edad así como las expectativas de comportamientos apropiados hacia ellos se definen también por la cultural

Una influencia particular de la cultura se puede ver en las premisas morales de la sociedad. Podemos comparar las asunciones morales de occidente con las de culturas no occidentales. Desde el Renacimiento, las culturas occidentales tomaron el concepto de individualidad que les llevaba a la capacidad para razonar y tener un pensamiento lógico. El énfasis de la moralidad es una

autonomía individual. Cuando la capacidad está en peligro, los profesionales deben proteger legalmente los derechos individuales. En los Estados Unidos, el gobierno indica que los deseos individuales de un paciente deben prevalecer incluso por encima de lo que la familia proponga. Sin embargo, las sociedades no occidentales valoran más la solidaridad y armonía del grupo, ya que se supone que los allegados o familiares siempre actuarán de buena fe y tomarán la decisión más apropiada. De hecho, hay trabajos realizados con grupos de Africanos, Asiáticos e Hispanos en Estados Unidos donde se revelan asunciones morales de grupo familiar.

El concepto cultural dominante de moralidad está encastrado en las organizaciones sanitarias dentro de la sociedad. Es lógico asumir que las organizaciones sanitarias y las culturas profesionales parten de unas bases asumidas que suponen desventajas hacia los grupos más diversos. Esto se ve especialmente cuando diversos grupos son pobres y sin formación. La cultura profesional occidental valora más el reduccionismo, los valores biomédicos y la especialización en contra de las culturas no occidentales que valoran más el no reduccionismo, el holismo y el cuidado natural. Lo natural, supernatural, lo religioso y los aspectos cosmológicos de la vida.

Este modelo reconoce que la competencia cultural es adaptable en varios niveles, no está limitada al profesional únicamente sino también a la organización sanitaria y a la comunidad. He notado que aunque un profesional sea culturalmente competente, éste suele encontrar una fuerte resistencia en la organización y la comunidad.

Este modelo es la síntesis de las ideas de otros autores y tiene tres asunciones principales:

1. - Los seres humanos tienen un derecho a que se tomen decisiones éticas culturales y competentes.

2. - La competencia cultural ocurre en tres niveles: el profesional sanitario, la organización y la comunidad / sociedad.

3. - Se necesitan tres niveles de asistencia cultural: paciente/familia, organizacional y comunitario.

En el continuo de los derechos humanos, el profesional sanitario y la organización deben tener

la flexibilidad y adaptabilidad a las necesidades de un paciente occidental quien valora la autonomía individual, la autodeterminación y la parte biomédica así como a las necesidades de un paciente que cree en la figura del grupo o familia, en el holismo y en las terapias alternativas.

En el nivel organizacional, se pueden examinar los recursos humanos y materiales del cuidado competente cultural tales como la estructura organizacional y las políticas, la relación con la comunidad, los programas de desarrollo, así como los recursos y la disponibilidad de los traductores e intérpretes. La atención prestada a la comunidad se hace prestando atención a los cambios demográficos en la comunidad, a los recursos de diversos grupos y a la capacidad del grupo para reclamar su derecho a un cuidado culturalmente competente. Me encontré con esto en mi último viaje a Leeds en el Reino Unido. Enseñando a la población de Bangladesh lo que debían esperar cuando establecen contacto con el sistema sanitario británico y de que manera combatir el racismo institucional. Las relaciones de colaboración entre la organización sanitaria y la comunidad son parte de la competencia cultural. En New Jersey, un hospital, Englewood Hospital era originariamente de los Testigos de Jehová quienes buscaban tratamientos y cirugía sin sangre pero lo hicieron tan extensible al resto de la población que actualmente acude gente que sin ser testigo de Jehová prefiere la cirugía y los tratamientos que no emplean la sangre.

Los modos de acción de Leininger pueden compararse paralelamente con los niveles que yo planteo. Lo que ahora debemos decidir es que modo de acción corresponde concretamente a cada nivel siempre con el objetivo del cuidado cultural competente hacia el paciente y su familia.

Éste es un ejemplo de cómo el modelo se puede aplicar:

Supongamos que tenemos una paciente (una madre) que es enferma terminal con cáncer quien sabemos que se beneficiará del cuidado del Hospicio. La paciente y su familia son devotos Musulmanes que creen en la predestinación. El hijo mayor de la paciente es el que toma las decisiones desde que su padre murió y no permitirá que el médico hable directamente con su madre para decirle que se está muriendo. De qué manera pode-

mos preservar la creencia de esta familia de que Dios sólo puede pronosticar una muerte y no los médicos? Qué problemas encontrarían en el Hospicio? Es importante que negociemos con las políticas organizacionales y nos replanteemos la forma en que damos los cuidados para acomodarnos a los deseos de la familia.

Los estudios han mostrado que en Estados Unidos el valor de la autonomía individual como un principio ético se suele colocar por encima de otros principios éticos de beneficencia y no-maleficencia. En el ejemplo anterior, la tendencia es a informar directamente a la mujer de su enfermedad y no hacer caso a las palabras del hijo. Sin embargo, para el hijo, el hecho de que a su madre no le digan que va a morir, resultará mucho más beneficioso para su salud. Por lo tanto, estos principios éticos universales son priorizados diferencialmente en distintas culturas.

Si aplicamos el modelo en las diferencias de género, aparecen las siguientes ideas:

Los cuidados congruentes de género son preferibles por ciertos grupos culturales tales como los

Musulmanes, los ortodoxos, hindúes... Algunos profesionales tienen dificultades a la hora de trabajar con determinadas jerarquías familiares y éste es un aspecto en que se debe trabajar más.

En España, donde existe un poderoso factor diferenciador entre géneros dentro de las estructuras de las organizaciones sanitarias; se debería hacer más énfasis en la educación y formación de las enfermeras y en general de las mujeres, énfasis en estrategias que valoren la igualdad de género y creen estructuras organizacionales. Si reflexionamos en el trabajo del filósofo brasileño Paulo Freire, el trabajo de la educación es enseñar a los estudiantes a cuestionar y a realizar cambios en las desigualdades que existen dentro de la sociedad.

Espero que les haya gustado que haya compartido algunas ideas con ustedes. Mirar más allá de lo individual dentro del sistema sanitario es importante para que el cambio ocurra.



HISTORIA

LOS CUIDADOS PRESTADOS POR LAS MATRONAS EN EL BIERZO ALTO (León): CIEN AÑOS DE EVOLUCIÓN

Elena Andina Díaz.

Diplomada en Enfermería y Lda. en Enfermería (Bachelor of Nursing).



CARE GIVEN BY MIDWIVES IN BIERZO ALTO (LEON, SPAIN): A HUNDRED YEARS EVOLUTION

The role played by midwives throughout history has been intimately conditioned by the culture of the society in which they lived: habits, beliefs and rites. The aim of the present work is approaching to knowledge and evolution of care given by midwives during the XX century in this Spanish area, Bierzo Alto, located in Leon.

Data from various literature sources were analysed, specially from “El Ciclo Vital en España. Encuesta del Ateneo de Madrid, 1901-1902” and “Anuario General de España Bailly-Bailliere-Riera, 1930 and 1944”. As complementary information, a field work was carried out in which –thanks to the data provided by “people who knew”– the role played by midwives could be followed and compared in three different moments: 1901, 1950 and 2002.

Finally, this article is aimed to contribute if only modestly to “Anthropology of Nursing”, deepening into culture of care during the first stage of the vital cycle.

Key words: Anthropology of Nursing, Midwives, History, Culture of Care.

RESUMEN

El papel que las matronas han desempeñado a lo largo de la historia ha estado íntimamente condicionado por la cultura de la sociedad en la que vivían: las costumbres, las creencias y los ritos. El objeto del presente trabajo fue acercarse al conocimiento y evolución de los cuidados brindados por las matronas a lo largo del siglo XX en una zona concreta de la geografía española, la subcomarca del Bierzo Alto, ubicada en la provincia de León.

Nos basamos para ello en el análisis de datos extraídos de diferentes fuentes bibliográficas en los que aparece información sobre el tema, principalmente en la obra “El Ciclo Vital en España. Encuesta del Ateneo de Madrid, 1901-1902”, y en el “Anuario General de España Bailly-Bailliere-Riera”, años 1930 y 1944. Como complemento de esta información escrita, se realizó un “trabajo de campo”, en el que gracias a los datos facilitados por “personas conocedoras” pudimos comparar y seguir la función realizada por el colectivo de matronas y parteras en tres momentos diferentes: 1901, 1950 y 2002.

Finalmente añadir que con este pequeño estudio se pretende hacer una nueva aportación al campo de la “Antropología de la Enfermería”, lo cual contribuirá, aunque sea de forma modesta, a profundizar un poco más en la cultura de los cuidados referida a la primera etapa del ciclo vital.

Palabras clave: antropología de la enfermería, matronas, historia, cultura de los cuidados.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

Desde el origen de la humanidad, los cuidados que sustentan la vida: la lactancia, la crianza, cuidados de los enfermos, alimentación o higiene, han estado vinculados a la figura de la mujer. Ella ha sido la encargada de proporcionar esa atención continuada a la familia, asegurando que se cubrieran las necesidades básicas del hogar. Este “rol biológico” en el que se incluyen las actividades desarrolladas por las mujeres en función de su capacidad biológica, basaba sus conocimientos en el empirismo principalmente, y se transmitía de generación en generación (Siles González, 1996).

El objetivo planteado en el presente trabajo consiste en estudiar y reflejar la evolución de uno de los cuidados indiscutiblemente enfermeros atribuidos desde el principio de los tiempos a la mujer, la atención en el embarazo, parto y puerperio.

Remontándonos a nuestros orígenes, ya en la Biblia se hace mención al trabajo de la partera, mujer que se ocupaba de asistir los partos, y que gozaba de gran prestigio social (García Martínez y García Martínez, 1999). Durante muchos siglos el cuidado administrado por las mujeres en el momento del parto no fue considerado una verdadera profesión, sólo un rol femenino. Es a partir del siglo XV cuando aparecen las primeras normativas legales sobre cuidados de parteras y comadronas; ya en el siglo XVIII, diferentes autores publican libros sobre el tema, y algunas instituciones proponen medidas para instruir a las matronas (Cuadri Duque, 1999). Pero no será hasta finales del siglo XIX cuando las matronas, junto con las maestras, se conviertan en las primeras mujeres en España que logren que sus actividades paradomésticas tengan el reconocimiento de profesiones regladas (Siles González, 1995; Siles González, 1996).

Basándonos en el análisis Post-Oc de diferentes documentos escritos existentes sobre el tema (Siles González, 2001), y utilizando como complemento la información oral obtenida tras un “trabajo de campo” realizado a tal fin, se fija como objetivo conocer la evolución durante el siglo XX de los cuidados administrados por las matronas en una zona concreta de la geografía española, la subco-

marca del Bierzo Alto, perteneciente a la provincia de León. Se trata, evidentemente, de una primera aproximación, abierta a otras posteriores, para recoger información sobre las actividades habituales desarrolladas por este colectivo. Y también de aportar un nuevo grano de arena al campo de la “Antropología de la Enfermería” (Littlewood y Holden, 1991), que contribuya a definir los rasgos socioculturales de esta profesión, sus prácticas, tradiciones y rituales (Mulhall, 1996).

1.2. HIPÓTESIS DE TRABAJO

- La atención de Enfermería en el embarazo y parto está basada hoy en día en el paradigma biomédico dominante, obviando ese lado mágico y religioso que acompañaba hace un siglo a la atención prestada por las antiguas matronas.

1.3. OBJETIVOS

- Constatar el papel desempeñado por las matronas, en el Bierzo Alto, en el año 1901.
- Constatar el papel desempeñado por las matronas, en dicha zona, a mediados del siglo XX.
- Constatar el papel desempeñado por las matronas, en dicha zona, en el año 2002.
- Conocer el número de matronas que ejercían y ejercen en la zona a estudio en los períodos de tiempo citados.

1.4. EQUIPAMIENTO MÉDICO E INFRAESTRUCTURA SANITARIA DEL BIERZO ALTO

El Bierzo Alto ocupa la parte oriental de la comarca del Bierzo, la más extensa, variada y mejor delimitada de la provincia de León, ocupando una extensión es de 627 Km². Bembibre se ha consolidado como la capital administrativa, comercial y de servicios de la subcomarca, y también como la segunda ciudad del Bierzo después de Ponferrada.

Desde el punto de vista de la asistencia sanitaria, no conocemos con detalle cuál era el equipamiento y el grado de cobertura existente en la zona a principios del siglo XX. En 1930, cuando la población de la cuenca ascendía a 17.193 habitantes, había para toda la cuenca un total 11 médicos (5 de ellos en Bembibre, siendo 1 además ginecólogo); 3 farmacias (2 en Bembibre); 1 practicante y 2 comadronas (1 en Bembibre) desconociéndose si

eran o no tituladas (Anuario Bailly-Baillièrre, 1930). Cabe comentar al respecto que aunque el índice de facultativos era, para aquel momento considerable, existía el inconveniente de las pésimas comunicaciones, sobre todo en los núcleos montañosos que ocupan buena parte del territorio, por lo que, muchas veces, antes de acudir al médico con los enfermos se agotaban todos los recursos de la medicina popular, con el riesgo de que cuando finalmente se solicitaban sus servicios, éste llegase tarde.

Años después de finalizada la contienda civil, en 1945, la situación había empeorado sensiblemente al situarse en 8 el número de médicos (4 en Bembibre, 1 de ellos ginecólogo); 2 farmacias en Bembibre; 1 practicante y 4 comadronas (1 en Bembibre) sin que conociéramos tampoco si eran o no tituladas (Anuario Bailly-Baillièrre, 1945).

Durante la década de los sesenta y setenta, y a pesar del importante crecimiento demográfico derivado de la inmigración, al tratarse de una comarca minera en auge; la atención médica continuaba prestándose en los consultorios particulares de los facultativos, hasta que, ya a finales de los setenta, se abrió el primer Ambulatorio de la Seguridad Social en Bembibre, cuya capacidad se vio desbordada de inmediato. Por fin, en 1988 se inauguró el nuevo Centro de Salud de Bembibre que dispone de consultas de medicina general, pediatría, odontología, enfermería y matrona. Además, durante la década de los noventa, buena parte de las cabeceras municipales y pueblos más reivindicativos han ido consiguiendo su pequeño consultorio médico (Andina Yanes, trabajo en prensa).

La actual Zona Básica de Salud de Bembibre, que coincide básicamente con los municipios que integran el Bierzo Alto: Bembibre, Castropodame, Folgoso de la Ribera, Igüña, Noceda, Torre del Bierzo; y además las entidades menores de La Silva y Montealegre, pertenecientes al ayuntamiento de Villagatón (quedando fuera de la Zona el municipio de Congosto que sí pertenece a la Cuenca del Boeza). Cuenta con un Centro de Salud situado en Bembibre y 37 consultorios locales repartidos por los 47 pueblos de la subcomarca. La población cubierta ascendía, a principios del año 2002, a 19.499 habitantes. Para atender a las muje-

res embarazadas de la Zona existe una matrona que ejerce sus funciones en el Centro de Salud de Bembibre (Datos obtenidos de la Gerencia de Atención Primaria del Área de Salud del Bierzo, 2002).

En cuanto a la Atención Especializada, el equipamiento hospitalario más cercano está en Ponferrada, distante unos 20 kilómetros de la cabecera de la subcomarca. Aunque anteriormente había en dicha ciudad varias clínicas privadas, al tratarse de centros de pago sólo eran utilizadas en casos extremos o por pacientes de un nivel económico alto. Así pues, hasta la apertura, el año 1968, de la Residencia de la Seguridad Social de Ponferrada (actual Hospital del Bierzo), el lugar de atención al parto había sido tradicionalmente la casa de la gestante o de la familia (generalmente de la madre de ésta), e incluso después de esa fecha se continuaron realizando, durante un tiempo, partos domiciliarios, especialmente en los pueblos más apartados y en familias de menor nivel cultural.

Actualmente podemos decir que la atención hospitalaria al parto se ha universalizado, bien en el Hospital del Bierzo, ya citado, o en las clínicas privadas.

2. MATERIAL Y MÉTODO

Con el presente trabajo se pretendió pues realizar un análisis del papel desempeñado por las matronas que ejercieron en el Bierzo Alto a lo largo del siglo XX.

En primer lugar, y con objeto de conocer la situación de partida a comienzos del siglo XX, se contó como fuente principal con "El Ciclo Vital en España. Encuesta del Ateneo de Madrid, 1901-1902", del que se extrajo la información relativa a la zona, contenida en el Tomo I, Vol. I y II: Nacimiento. Además, se recurrió también a la consulta de bibliografía de carácter etnográfico, con el fin de constatar y enriquecer con más detalle los hechos (Alonso Ponga y Diéguez Ayerbe, 1984; Caro Baroja, 1977; Casado Lobato, 1992; Díez Alonso, 1982; Fernández Álvarez y Breaux, 1998; García Martínez, García Martínez, Valle Racero, 1994; García Rodríguez, 1996; Juanas Baragaño, Martínez Pérez, y Bachiller Ramón, 1998; Rodríguez y Rodríguez, 1995; Rúa Aller y Rubio Gago, 1986; Rúa Aller y Rubio Gago, 1990)

En segundo lugar se pretendió elaborar un listado de las personas que asistían a las mujeres en el momento del parto en la zona objeto de estudio en los años cincuenta del pasado siglo, y así mismo analizar cuál era su papel en dicho proceso. Para ello se utilizó como fuente escrita el “Anuario General de España Bailly-Baillièrre-Riera”, años 1930 y 1944, Tomo III, un anuario comercial donde se recogía una rica información general de los pueblos: número de habitantes, profesionales o comercios existentes, además de los nombres de los profesionales sanitarios que trabajaban en la subcomarca. Dada la imposibilidad de entrevistar a la comadrona de los años 30 (o en su defecto al practicante) en Bembibre (ambos ya fallecidos), y puesto que tampoco se logró contactar con ninguna de las restantes parteras de la zona, se entrevistó a una matrona que, si bien ejerció como tal en un centro hospitalario de Ponferrada, asistió también a muchos partos en distintas localidades del Bierzo Alto, durante el citado período. Como complemento a sus datos, se añadieron algunas informaciones facilitadas por la sobrina de la comadrona de Bembibre en los años 1930 y 1944.

Por otra parte, y dado que todavía viven un número considerable de mujeres, mayores de 65 años pero que pasaron su juventud en la comarca, entendimos que en este grupo poblacional podía existir una fuente importante de información. Ello permitió plantearse un segundo objetivo: conocer quiénes eran realmente las personas que se dedicaban a atender a la mujer del medio rural durante el parto. Con este fin se realizó un recorrido por distintos pueblos del entorno, preguntando a las mujeres de mayor edad cómo se realizaba la asistencia a la parturienta en sus localidades. Durante este recorrido se conoció a una de estas “mujeres sin título” que se dedicaba “a ayudar a parir”, y a la cual se entrevistó.

Finalmente, también se entrevistó a la matrona que trabaja actualmente en el Centro de Salud de Bembibre.

3. RESULTADOS

3.1. LA ASISTENCIA EN EL PARTO A PRINCIPIOS DEL SIGLO XX EN EL BIERZO ALTO

La Ley de Instrucción Pública de 9 de Septiembre de 1875, institucionalizaba la profe-

sión de Practicante y Matrona, definiendo a ésta como “mujer práctica en el arte de partos o que ejerce en virtud del título”. Eran pues ellas las profesionales encargadas de asistir a los partos normales, y a los de urgencia hasta la llegada del médico. Así lo reflejaba también el “Manual de partos”, escrito por Francisco Alonso Rubio en 1866, donde se describían las formas de actuación de las matronas en diversas situaciones anormales. Los requisitos para acceder a estos estudios, impartidos en las Casa de Matronas o en los hospitales con “sala de partos”, eran: tener más de 20 años, la primera enseñanza completa, estar casada (en ese caso se precisaba la autorización de su marido) o viuda, y además un certificado de buena conducta expedido por el párroco. En 1888 se aprobó el reglamento para las carreras de Practicante y Matrona, quedando sometida la acreditación de sus conocimientos a jurisdicción médica. En 1902 se autorizó a los practicantes a asistir a los partos normales, lo que generó más de una polémica con las matronas (Siles González, 1995; Siles González, 1996; García Martínez y García Martínez, 1999).

Para conocer cómo y quién prestaba la atención al parto en el Bierzo Alto, a principios del siglo XX, se contó, como se dijo, como principal fuente escrita con las respuestas a la “Encuesta del Ateneo de Madrid, 1901-1902”. Específicamente, en el tercer apartado del Tomo I de dicha encuesta, nos narraban los informantes quién era la mujer encargada de ayudar a la parturienta durante el alumbramiento. Dada su amplitud, se recogen sólo algunas consideraciones de mayor interés. Así, se dice que en poblaciones importantes de la provincia de León, la asistencia al parto correspondía a médicos comadrones y comadronas autorizadas, pertenecientes al sector profesional sanitario; sin embargo, cabe añadir que la zona objeto de estudio estaba formada por núcleos poblacionales de pequeño tamaño, en los cuales eran las parteras (mujeres sin título profesional), las que atendían en casa de la parturienta a la misma; basando su actuación en sus habilidades prácticas tales como frotar al niño con vino blanco “para que tomara fuerza”; así como en las creencias mágico-religiosas y populares transmitidas por la tradición, como por ejemplo: utilizar el cornezuelo del centeno para acelerar las contracciones del parto u otras hierbas; amule-

tos como la “piedra de rayo”, que atada en la pierna izquierda de la parturienta auguraba “un parto rápido”; o la cinta de las embarazadas para evitar que el niño naciera de nalgas o le “entraran males extraños”; encender velas bendecidas el Jueves Santo; rezar oraciones; o aplicar el “bautismo de urgencia” en casos de necesidad.

3.2. LA ASISTENCIA EN EL PARTO A MEDIADOS DEL SIGLO XX EN EL BIERZO ALTO

Situados ya en la década de los cincuenta, los datos se obtuvieron mediante un “trabajo de campo”, en el que se preguntó a personas veteranas (señoras mayores, pero con buena lucidez mental) de diferentes pueblos, lo que permitió conocer los nombres bastantes mujeres encargadas de ayudar a dar a luz entre los años 1930 y 1970. Cuando se pudo contactar con alguna de estas parteras o matronas, se realizó una entrevista abierta para conocer cómo era su forma de trabajo y los medios disponibles entonces (por limitaciones de espacio del artículo se comentan sólo los datos más relevantes de las mismas). Además, partiendo de los datos publicados en el “Anuario General de España, Bailly-Baillièrre-Riera” (1930, 1944) y de los datos obtenidos en el referido “trabajo de campo”, se elaboró un listado con las matronas y parteras que ejercían entre los años 1930 y 1944 (ANEXO I y II).

Esta investigación permitió contrastar y diferenciar, en la subcomarca que nos ocupa, la labor de las comadronas (que poseían un título oficial), y las curiosas (mujeres sin título, pero con ciertas habilidades para el ejercicio de esta práctica).

En los dos casos se trataba de personal femenino. Ambas figuras ejercían en la misma época y territorio. Según cuentan la comadrona y la curiosa entrevistadas, así como las demás informantes, la comadrona solía atender los partos “de la gente más pudiente” de los pueblos, mientras que las capas más populares eran asistidos por la curiosa.

Según el “Anuario General de España”, en 1930 sólo había dos comadronas en el Bierzo Alto, mientras que en 1944 el número de comadronas se había duplicado, ascendiendo a cuatro. Si bien no existe ningún registro documental ni bibliográfico que haga mención al número de curiosas existen-

tes; basándonos en los datos facilitados por los informantes de algunos pueblos de la subcomarca, se puede afirmar que en cada localidad solía haber, dependiendo del tamaño de la población, al menos una o dos curiosas.

Todos los informantes comentaron que tanto a las comadronas como a las curiosas se las trataba de “señora...”. Era una manera que tenían las gentes de manifestar su respeto y gratitud hacia esas mujeres. La comadrona profesional y la curiosa entrevistadas coinciden en afirmar que sólo las primeras percibían retribución económica por sus servicios. Este hecho viene determinado por el reconocimiento del estatus académico que tenían las comadronas, no en vano poseían un título oficial que les avalaba para ejercer como tales, mientras que las curiosas no.

Por otra parte, durante los meses que duraba la gestación la embarazada no recibía atención alguna de la matrona ni de la curiosa. Su asistencia se limitaba al momento del parto. Bien es cierto que los cuidados de las comadronas se prolongaban un poco más en el tiempo que el de las curiosas. En los días posteriores al nacimiento ellas eran las encargadas de visitar a la madre y velar por su salud y la de la criatura. Aunque tanto comadronas como curiosas dejaban que la madre fuera la verdadera protagonista del parto, interviniendo lo mínimo en el proceso natural. La comadrona entrevistada contó cómo en ciertas ocasiones empleaba alguna medicación u otras técnicas para facilitar el proceso del parto.

La curiosa conocía y llevaba a cabo, por otra parte, más creencias y tradiciones populares, desconocidas por la matrona, como por ejemplo administrar el “caldo de gallina” tras el parto, invocar a santos, o realizar técnicas para prevenir el “mal de ojo”, regalando a las mujeres a las que atendía escapularios para que protegieran así a su hijo de tal mal. La comadrona, en cambio, se mostraba sorprendida de la pervivencia de estas creencias y prácticas en ciertas personas, y la única tradición popular que confesó realizar fue el “bautismo de urgencia”. La curiosa contaba también como las embarazadas y madres acudían al “curandero” para consultar ciertos problemas de su salud, hecho también desconocido por la comadrona.

3.3. LA ATENCIÓN DE LA EMBARAZADA A PRINCIPIOS DEL SIGLO XXI EN EL BIERZO ALTO

Como en todas las profesiones, durante el siglo XX se ha producido una gran evolución en cuanto a formas y medios de trabajo disponibles por las matronas. Actualmente ésta es la profesional de obligada referencia para la mayoría de las mujeres embarazadas del Bierzo Alto. Para conocer la labor que desarrollan se entrevistó a la matrona de la Zona de Salud de Bembibre; sin embargo dadas las limitaciones de espacio se ha incluido sólo una reseña con los datos más destacables de la misma.

Cabe decir que, además de actuar como “consejera” de las embarazadas sobre los asuntos y cuestiones relativos al embarazo y parto, también acuden mujeres en edad de la menopausia, así como otras que deseando tener hijos tardan en conseguirlo. Las embarazadas, una vez que conocen su estado, suelen acudir a consulta cada dos meses. En las distintas visitas les informa sobre la higiene y dieta adecuada que deben llevar, de los cuidados a seguir durante el período de gestación. También les proporciona información sobre cómo prepararse para el parto, pautas, ejercicios de relajación.

Cuando ya se acerca el momento del alumbramiento, la mujer es llevada al centro hospitalario para dar a luz. Allí será otra matrona la que le acompañe y ayude en ese momento. Con la generalización del parto atendido en los centros hospitalarios, se introducen nuevas formas en el protocolo para abordar el mismo. La matrona de Bembibre cuenta cómo a la parturienta se le realizan, casi sistemáticamente, varias técnicas invasivas: la episiotomía, la administración de enemas o la anestesia. Además, durante la expulsión del niño, se le impone la postura ginecológica, sin que le quede otra opción. También la figura del médico está mucho más presente en el parto que antes.

Después de dar a luz y ser dada de alta, la nueva madre visita a los pocos días al Centro de Salud para que la matrona les realice, a ella y a la criatura, un examen de salud, y proporcione a la madre nuevos consejos y pautas sobre el cuidado del recién nacido.

La matrona está pues, desde el primer momento, en contacto con la embarazada, siendo quien la orienta y guía durante el período pre y post parto.

La matrona del Centro de Salud manifiesta no ser conocedora de la mayoría de las creencias y tradiciones populares aún vigentes entre algunas embarazadas.

4. DISCUSIÓN DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Basándonos en la “Encuesta del Ateneo, 1901-1902”, en los datos extraídos del “Anuario General de España, Bailly-Baillièrre-Riera” (1930, 1944), en las entrevistas realizadas a las matronas y curiosas, y en los testimonios aportados por ciertas mujeres mayores, se pueden extraer una serie de conclusiones acerca de algunos de los “cuidados enfermeros” prestados por estas profesionales a lo largo del siglo XX.

A principios del siglo XX, nos encontramos en los pueblos del Bierzo Alto con la figura de la partera o curiosa como encargada de atender los partos. Se trata de una mujer “sin título”, pero dotada de cierta habilidad adquirida gracias a la práctica (debido el alto índice de natalidad de entonces, en cualquier pueblo, por pequeño que fuese, existía una o varias), que acude a casa de la parturienta para auxiliarle y “cogerle” a su hijo en ese momento trascendental. No faltan tampoco en su protocolo de actuación la aplicación de creencias y rituales culturalmente aceptados, dada la credibilidad y el respeto que generalmente inspira su persona. En todo caso, no realiza un seguimiento del embarazo; y en cuanto al lugar de alumbramiento se producía éste en el hogar y muchas veces en la propia cocina.

Tal situación se prolonga durante un período de tiempo un tanto impreciso, si bien a partir de la década de los cincuenta cada vez va siendo más frecuente, especialmente en los pueblos más cercanos a Bembibre, la figura de comadrona titulada. Ello se debe a que una hija del pueblo cursó estos estudios, por lo que atendía a las mujeres del entorno que requerían sus servicios, hasta que trasladó su residencia fuera. En otros casos, tratándose de familias con más medios económicos, también se solicitaba la asistencia de alguna comadrona de Ponferrada. La comadrona titulada (sector profesional) por el contra que la curiosa (sector popular) se implica profesionalmente en el cuidado del recién nacido y de la madre en los días posteriores, orientando a ésta en la “cultura de la maternidad”.

A partir del último tercio de siglo, con la progresiva generalización de la atención sanitaria hasta su total universalización, la cultura del embarazo y parto siguieron también parecidas pautas. Actualmente y una vez conocido el estado de gravidez, la mujer se pone en contacto con la matrona o el personal sanitario correspondiente, acudiendo periódicamente a su consulta en el Centro de Salud. Aquí obtiene información y las pautas a seguir según el momento de embarazo, seguimiento del mismo, protocolo del parto, cuidados que debe dar al recién nacido cuando llegue el alumbramiento, higiene, dieta, lactancia. A pesar de que la matrona toma contacto desde los primeros meses con la embarazada y su mundo, conoce poco acerca de las creencias y tradiciones populares (Andina Díaz, en prensa). Además, otro dato importante de las últimas décadas es el hecho ya generalizado de la hospitalización previa al parto, hasta tal punto esto ha pasado a ser algo normal que lo excepcional es el “parto extrahospitalario”.

Ya para concluir, se puede afirmar que se han cumplido los objetivos propuestos inicialmente en el trabajo, al igual que la hipótesis planteada al comienzo “la atención en Enfermería durante el embarazo y parto está basada hoy en día en el paradigma biomédico dominante, obviando ese lado mágico y religioso que acompañaba hace un siglo a la atención prestada por las antiguas matronas”.

De unos cuidados basados en creencias y tradiciones populares se ha pasado a una atención en Enfermería fundamentada en el conocimiento científico, trasladando el escenario donde se da a luz, siendo una de las premisas básicas la tecnifi-

cación y medicalización del parto.

Las ciencias de la salud se ha apropiado en los últimos decenios de funciones que hace un siglo eran patrimonio de la familia, como el embarazo, parto, o crianza de los hijos. Esta nueva forma de abordar el nacimiento, tratándola desde el punto de vista biológico y medicalizando los procesos que acontecen, en la que se propugna una atención enfermera basada en métodos cuantitativos, en un enfoque positivista, y buscando el perfeccionamiento en la tecnología médica y las técnicas como sello de identidad (Rohrbach-Viadas, 1997), deja en un plano casi olvidado la relación con las personas, los valores humanos, en definitiva, otras esferas que también forman parte de la maternidad, el ámbito social y cultural (Balaguer Perigüell y otros, 1991; Martínez Hernández, 1992; Andina Díaz, en prensa).

Por último, resaltar que dado que los datos con los que se contó fueron parciales y selectivos, no se realizó una investigación exhaustiva. Este hecho, no obstante, no invalida que dichos resultados puedan servir para completar otras investigaciones sobre el tema (Rossi y O'Higgins, 1981). Ello permitiría ahondar aún más, enriqueciendo y contrastando lo ahora publicado.

*El rol de la Enfermería, El Cuidado, es Universal;
pero el contenido del trabajo de la enfermera es diferente,
está modificado por la utilidad o valor cultural particular de cada sociedad.*



ANEXO I**ELENCO DE CURIOSAS DEL BIERZO****ALTO, AÑOS CINCUENTA**

Fuente: “informantes” de los pueblos del Bierzo Alto

Municipio: BEMBIBRE**BEMBIBRE****CURIOSAS**

- “Señora Lorenza”. Años 60. Informante: Sras. del Taller de Costura de Bembibre.

- “Señora Andrea (barrio de La Estación)”. Informante: Sras. del Taller de Costura.

- “Señora Silveria (San Román y Bembibre)”. Años 60. Informante: Sras. del Taller de Costura.

CURANDERAS

- “Angel Alonso, barbero y curandero”. Informante: María Falagán (nieta), Residencia de la Tercera Edad, Bembibre.

- “Señora Lucía”. Falleció hace poco.- Informante: Sras. del Taller de Costura.

- “Señora Benita”, también “componedora”. Actuaba hace unos 60 años. Informante: Sras. del Taller de Costura.

- “Señora Lorenza”, que además de partera era curandera. Informante: Sras. del Taller de Costura y M^a Ángeles González.

- “Señora ?” que echa las cartas, a lo mejor también se dedica a quitar mal de ojo. Informante: M^a Ángeles González.

ABORTOS

- “Señora Leonor”. Trabajaba de “clandestina”. Informantes: Sras. del Taller de costura.

Municipio: CASTROPODAME**CASTROPODAME****CURIOSAS**

- “Sra. Asunción García”. Antes de los años 50. Informante: Oliva Reguero.

- “Sra. Isabel Fernández Álvarez”. Algo anterior a Dorotea. Informante: Oliva Reguero.

- “Dorotea García García”. Cogía niños entre mediados de la década de los 30 hasta 1973 aproximadamente. Informante: Oliva Reguero.

VILLAVERDE DE LOS CESTOS**CURIOSAS**

- “Señora Isabel, (la Ferrera)”. Años 1930-50. Informante: Ascensión Mauriz, 81 años.

- “Señora Elisa”. Años 1945-60. Informante: Ascensión Mauriz, 81 años.

TURIENZO CASTAÑERO**CURIOSAS**

- “Señora Rosario Payero”. Años 1950. Informante: Amparo Rodríguez Rodríguez.

- “Señora Aurora Fuentes”. Años 1950. Informante: Amparo Rodríguez Rodríguez.

Municipio: FOLGOSO DE LA RIBERA**LA RIBERA DE FOLGOSO****CURIOSAS**

- “Señora María Otero”. Hasta los 50. Informante: Señora Carmen Alonso.

- “Señora María”.- Informante: Señora Carmen Alonso.

TEDEJO**CURANDERA Y CURIOSA**

- “Señora María, (Tía María)”. Año 1946. Informante: Sras. del Taller de Costura y Sra. Engracia.

VILLAVICIOSA DE PERROS**CURIOSAS**

- “Señora Felipa”. Años 60. Informante: Sras. del Taller de Costura.

Municipio: IGÜEÑA**IGÜEÑA****CURIOSAS**

- “Nadie”. Solían ayudar las otras mujeres de la familia. Fuente: Ivo.

ALMAGARINOS**CURIOSAS**

- “Sra. Dominga (Dominga Marcos)”. Años 30 hasta los años 50. Informante: Joaquina Blanco Fernández.

- “Sra. Balbina García”. Atendía hacia 1968. Era un poco mayor que Dominga. Informante: Joaquina Blanco Fernández.

- “Sr. Bernardo (Bernardo García)”. Era capador de animales, curandero y en alguna ocasión también actuó como partero. Falleció por los años 60. Informante: Joaquina Blanco Fernández.

POBLADURA DE LAS REGUERAS

CURIOSAS

- “Sra. Antonia”. Tiene cerca de 90 años, vive en León. Informante: Florinda García Fdez. y otras.

- “Sra. Antonia (Antonia Iglesias)”, vive en el pueblo. Informante: Florinda García Fdez. y otras.

QUINTANA DE FUSEROS

CURIOSAS

- “Sra. Josefa Segura (la Chareta)”. Cogía niños allá por los años 40–60. Informante: Pilar Muñiz.

TREMOR DE ARRIBA

CURIOSAS

- “Sra. María (María Blanco)”. Tiene unos 90 años y vive en Astorga. Atendía por los años 40 hasta casi los 80. Informante: Gregoria Peña Pozo y Herminia Crespo Blanco.

- “Sra. Elisa (Elisa Raimundo)”. “Cogía” por los años 60. Informante: Gregoria Peña Pozo y Herminia Crespo Blanco.

Municipio: NOCEDA

NOCEDA

CURIOSAS

- “Señora Matilde” (Barrio de San Pedro), Por los años 30. Informante: M^a Ángeles González Arias.

ARLANZA

CURIOSAS

- “Sra. Engracia” (Engracia González Cobos). Años 1950-65. Informante: Sra. Engracia. (Entrevista aparte).

LOSADA

CURIOSAS

- “Doña Paquita”. Era la Maestra y también

actuaba como curiosa. Años 50. Informante: Sra. Engracia.

Municipio: TORRE DEL BIERZO

TORRE DEL BIERZO

CURIOSAS

- “Señora Gregoria Rivera”. Hasta los años 60. Informante: Felicidad Rivera.

GRANJA DE SAN VICENTE

CURIOSAS

- “Sra. Esperanza (Esperanza Vidal)”. Era curiosa, “cogía” niños antes de la Guerra. Informante: Rosalina Silván, 84 años.

- “Sra. Dionisia (Dionisia Fernández)”. Antes y después de la Guerra. Informante: Rosalina Silván, 84 años.

- “Sra. Maruja”. Años 50 y 60. Informante: Rosalina Silván, 84 años.

SAN ANDRÉS DE LAS PUENTES

CURIOSAS

- “Sra. Nicolasa (Nicolasa García)”, ya fallecida, ayudaba a los de la familia. Informantes: Ludivina y Rosa.

- “Sra. Laura”. Años 50 y 60. Informantes: Ludivina y Rosa.

SAN FACUNDO

CURIOSAS

- “Sra. Dionisia (Dionisia Blanco Mendaña)”. Era partera y “encañadora”. Falleció hace más de 42 años. Informantes: Adoración Paz Morán (hija de Isabel Morán), Esther Otero García.

- “Sra. Isabel (Isabel Morán Blanco, hija de Dionisia Blanco)”. Falleció en agosto de 1995 con 78 años. “Cogía” niños por la década de los 50 y 60. Informantes: Adoración Paz Morán (hija de Isabel Morán), Esther Otero García.

- “Sra. Antonia”. Sólo atendía a sus hijas. La señora Antonia había venido de Matavenero. Informantes: Adoración Paz Morán (hija de Isabel Morán), Esther Otero García.

- “Sra. Isabel (la hija de Antonia)”. Informantes: Adoración Paz Morán (hija de Isabel Morán), Esther Otero García.

- “Sra. Joaquina (Joaquina Álvarez Morán)”. Informantes: Adoración Paz Morán (hija de Isabel Morán), Esther Otero García.

- “Sra. Julia (Julia Lodos, era de Villaemil ?, Puentenuevo, Lugo)”. Informantes: Adoración Paz Morán (hija de Isabel Morán), Esther Otero García.

- “Sra. Lorenza”. Residía en Bembibre. También acudió a asistir algunos partos a S. Facundo. Informantes: Adoración Paz Morán (hija de Isabel Morán), Esther Otero García.

TREMOR DE ABAJO

CURIOSAS

- “Sra. Dolores (Dolores Álvarez)”. Informante: Cecilia y Oliva.

ANEXO II

ELENCO DE MATRONAS DEL BIERZO ALTO, AÑOS CINCUENTA

Anuario General de España. Tomo III. 1930 y 1944. Bailly- Baillière- Riera

Municipio: BEMBIBRE

BEMBIBRE

COMADRONA

- María Alonso. Año 1930 y 1944.

- Oliva, a partir de los años 50. A.T.S. y Matrona. Informante: María Falagán y Sras. del Taller de Costura.

PRACTICANTE

- Leoncio Alonso. Año 1930 y 1944.

MÉDICO, GINECÓLOGO Y CIRUJANO

- Modesto Fernández. Año 1930 y 1944.

Municipio: CASTROPODAME

CASTROPODAME

COMADRONA

- Manuela Álvarez. Año 1944.

MÉDICO

- Rafael González. Año 1930.

- Isidoro Sarasola. Año 1944.

Municipio: IGÜEÑA

IGÜEÑA

MÉDICO

- Manuel Estévez. Año 1930.

TREMOR DE ARRIBA

COMADRONA

- Baltasara Peña. Año 1930.

MÉDICO

- Bernardo García. Año 1930.

Municipio: NOCEDA

NOCEDA

COMADRONA

- Benita Arias. Año 1944.

MÉDICO

- Ezequiel Polo. Año 1944.

Municipio: TORRE DEL BIERZO

TORRE DEL BIERZO

MÉDICO:

- Manuel Fernández. Año 1944.

ALBARES DE LA RIVERA (antes era del Ayuntamiento de Torre del Bierzo)

COMADRONA

- Francisca Álvarez. En Albares?. Año 1944.

MÉDICO

- Manuel Fernández. Año 1930.

FOLGOSO DE LA RIVERA (antes era del Ayuntamiento de Torre del Bierzo)

MÉDICO

- Manuel Estévez. Año 1930.

- Manuel Padilla. Año 1944.

BIBLIOGRAFÍA

- Alonso Ponga, J. L., Diéguez Ayerbe, A. (1984), *Etnografía y folklore de las comarcas leonesas*. El Bierzo, Ed. Leonesas, León.
- Andina Yanes, J. (1977), *Estudio socio-económico de Bembibre*, (inédito), Bembibre.
- Andina Díaz, E. (en prensa), *Un siglo en las creencias y prácticas populares acerca de la gestación y alumbramiento en el Bierzo Alto (León)*, *Index de Enfermería*.
- Anuario General de España (1930 y 1944), Bailly-Baillière-Riera.
- Balboa de Paz, J. A. (1996), *Visita El Bierzo*, Everest, León.
- Balaguer Perigüell, E., Ballester Añón, R., Bernabeu Mestre, J., Nolasco Bonmatí, A. Y Perdiguero Gil, E. (1991), *Fenómenos biológicos y fenómenos culturales. La interpretación popular del Ciclo Vital en dos comunidades alicantinas*. Monografías sanitarias, Serie D, nº 10, *Salud para todos en el año 2000*, Consellería de Sanitat i Consum. Generalitat Valenciana, Valencia.
- Caro Baroja, J. (1997), *Los pueblos del norte*, (3º ed.), Txertoa, San Sebastián.
- Casado Lobato, C. (1992), *El nacer y el morir en tierras leonesas*, Colección Serie León por dentro, Surcos 3, Ed. Caja España, León.
- Cuadri Duque, M.J. (1999), *Antecedentes históricos de la formación de las matronas*, *Híades*, IV (5-6), págs. 261-270.
- Díez Alonso, M. (1982), *Mitos y Leyendas de la Tierra Leonesa*, Gráficas León, León.
- Fernández Álvarez, D. Y Breaux, J. (1998), *Medicina popular, magia y religión en El Bierzo*, Museo del Bierzo, Peñalba impresión, Ponferrada.
- García Martínez, M.J. y García Martínez, A.C. (1999), *Fechas clave para la historia de las matronas en España*, *Híades*, IV (5-6), págs. 243-260.
- García Martínez, M.J., García Martínez, A.C. y Valle Racero, J.I. (1994), *La administración del bautismo de urgencia: una función tradicional de matronas*, *Matronas hoy*, 4, págs. 47-53.
- García Rodríguez, A. (coordinador) [1996], *Bierzo mágico*, Diario de León, León.
- Juanas Baragaño, J. J., Martínez Pérez, E. y Bachiller Ramón, C. (1998), *Revisión antropológica de la maternidad*, *Matronas hoy*, 11, págs. 39-53.
- Limón Delgado, A. y Castellote Herrero, E. (1990), *El Ciclo Vital en España*. Encuesta del Ateneo de Madrid, 1901-1902. Tomo I. Vol I. Nacimiento, Museo del Pueblo Español, Madrid.
- Littlewood, J. y Holden, P. (1991), *Anthropology and Nursing*, Routledge, London and New York.
- Martínez Hernández, A. (1992), *Eficacia simbólica, eficacia biológica. Hacia un nuevo modelo analítico y terapéutico en la asistencia sanitaria*, *Rol de Enfermería*, XV (172), págs. 61-67.
- Mulhall, A. (1996), *Anthropology, nursing and midwifery: a natural alliance?*, *International Journal of Nursing Studies*, 33 (6), págs. 629-637.
- Rodríguez y Rodríguez, M. (1995), *Etnografía folklórica del Bierzo*. Oeste-suroeste, Peñalba impresión, Ponferrada.
- Rohrbach-Viadas, C. (1997), *Cuidar es antiguo como el mundo y tan cultural como la diversidad humana*, *Cultura de los Cuidados*, I (2), págs. 36-39.
- Rossi, I. y O'Higgins, E. (1981), *Teorías de la cultura y métodos antropológicos*, Anagrama, Barcelona.
- Rúa Aller, F. y Rubio Gago, M.E., (1986), *La piedra celeste. Creencias populares leonesas*, Imprenta provincial, León.
- Rúa Aller, F. y Rubio Gago, M.E., (1990), *La medicina popular en León*, Ed. Leonesas, León.
- Siles González, J. (1995), *Estructura familiar y función social de la mujer en Alicante: 1868-1936*. Consellería de Educación y Ciencia. Generalitat Valenciana, Instituto Juan Gil-Albert, Alicante.
- Siles González, J. (1996), *Pasado, presente y futuro de la Enfermería en España*, Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana, Alicante.
- Siles González, J. (2001), *Los textos como fuente de conocimientos en Ciencias Sociales y Enfermería*, *Index de Enfermería*, X (34), págs. 33-36.



EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL MÉTODO ENFERMERO

Amparo Nogales Espert

Prof. Titular Historia de la Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Rey Juan Carlos. Alcorcón, Madrid



EVOLUTION OF THE NURSING METHOD

The present article tries to give a brief look down on the historic evolution of the nursing method to simply give evidence of the existence of a formal and continuous - never interrupted - education in nursing since long time ago, according to the different historic moments that nursing education suffered from higher or lower influence in society depending on the personalities implied at each time.

As primary sources we have handled the Nursing Regulations of the Hospital Provincial de Valencia in 1897 in the custody of the Library Archives in the Diputación Provincial de Valencia.

As a fundamental conclusion, we underline the paramount need to maintain a real service attitude to patients and society which are always basic to define and justify the existence of our profession.

Key words: historic, nursing evolution, influence, conclusion

RESUMEN

En la presente intervención pretendemos realizar un breve repaso de la evolución histórica del método enfermero, para poner de

manifiesto la existencia de una enseñanza reglada de la enfermería desde los más remotos tiempos, con una continuidad que se ha prolongado de manera más o menos notable según distintos momentos históricos, y también bajo la influencia de determinadas personalidades relevantes de la enfermería.

Como fuentes primarias hemos utilizado el reglamento de las enfermerías del Hospital Provincial de Valencia de 1897, custodiado en el Archivo de la Diputación Provincial de Valencia.

Destacamos como conclusión fundamental la necesidad de mantener entre nuestra comunidad de estudiantes y profesionales de enfermería una actitud de servicio hacia los pacientes y hacia la sociedad, por constituir un poderoso elemento justificador y definitorio de nuestra profesión.

El título de esta Mesa Redonda, “Evolución histórica del Método Enfermero”, nos lleva a unas reflexiones de gran calado, como acabamos de oír en la exposición de la Profesora Hernández Martín.

También nos lleva esta propuesta sobre la evolución del método enfermero, a plantearnos varios interrogantes sobre cómo ha ido transformándose la enseñanza de la enfermería en el devenir de la historia; preguntas a las que intentaremos encontrar alguna respuesta en esta intervención.

Método, del griego “métodos” es el modo de decir o hacer con orden, el procedimiento que se sigue en las ciencias para hallar la verdad y enseñarla, en definitiva, el camino que en las distintas disciplinas se recorre durante el proceso de su enseñanza-aprendizaje.

Trataremos de aproximarnos a algunos momentos de la historia de la enfermería que por su representación humana o institucional, constituyeron destacados puntos de apoyo, a partir de los cuales podría decirse que la enfermería salió fortalecida en sus conocimientos y en la enseñanza de los mismos. Son los siguientes:

1.- Las Matronas Romanas. Su formación y su papel como docentes.

2.- Fundación del Hospital Basiliás en el año 370. Influencia por sus dimensiones y características en la formación de las enfermeras.

3.- Órdenes y Congregaciones dedicadas a la enfermería:

- Hermanos de San Juan de Dios
- Mínima Congregación de Hermanis Enfermeros pobres, u “Obregones”
- Hijas de la Caridad.

4.- Instituto de Diakonisas para la formación de enfermeras.

5.- Florence Nihtingale, impulsora de la enseñanza moderna de la enfermería.

6.- Reglamento de las Enfermerías del Hospital Provincial de Valencia, 1897. Formación de Practicantes.

7.- Libros de texto para la enseñanza de la enfermería.

8.- Normativas y Reglamentos docentes para el ejercicio de la profesión.

1.- Las Matronas Romanas. Su formación y su papel como docentes: En el siglo IV de nuestra era tres grandes mujeres de la aristocracia romana, por inspiración cristiana, pusieron al servicio de la enfermería su cultura y preparación intelectual, y también su enorme fortuna. Han recibido el nombre genérico de Matronas Romanas, destacando especialmente Marcela, Fabiola y Paula.

Marcela, a quien se atribuye una notable inteligencia, desarrolló una gran labor docente, e instruyó a sus seguidoras en el cuidado de los enfermos.

Fabiola: Recibió formación sanitaria de las fuentes de Sorano de Efeso y de Galeno.

Enseñó reglas sobre el cuidado de los recién nacidos, ancianos y enfermos dependientes (minusválidos),

Sistematizó y enseñó reglas sobre alimentación, higiene y Salud Pública, potabilización de aguas residuales y cementerios subterráneos.

En el año 390 fundó con los bienes de su fortuna el primer hospital gratuito de Roma. En él trabajó personalmente como enfermera y organizó los cuidados de forma que los pacientes eran transportados al hospital y allí recibían asistencia y alimentación adecuada, consejos y atenciones a sus necesidades específicas.

Paula: Perteneció a una de las familias romanas

más antiguas y nobles. Dotada de una gran capacidad intelectual y con una vasta cultura, estudió varias lenguas, hebreo y griego y sus grandes conocimientos la convirtieron en una de las mujeres más cultas de este período de la historia.

Atraída por la enfermería en su objetivo de ayuda a los más necesitados, estudió con Marcela de quien aprendió de forma sistemática, sobre el cuidado de los enfermos.

Posteriormente se convirtió en maestra, instruyendo a las enfermeras de una forma ordenada.

Como carácter definitorio de la docencia, enseñó la enfermería como un arte diferenciado, dejando bien clara su diferenciación como oficio en ciernes, con independencia de su objetivo de servicio general a los pobres.

Encontramos descrita en esta etapa una enseñanza planificada de la enfermería, con docencia extendida por el mundo romano, años 300 a 400 d.C.

2.- Fundación del Hospital Basiliás: En la historia de la enfermería existe la certeza del papel insustituible de las enfermeras desarrollado en los hospitales, así como la transformación indiscutible que la enfermería experimentó, a través de las actividades asistenciales desarrolladas en estos centros asistenciales. Pues bien, uno de los primeros y más famosos hospitales que se erigió fue el llamado Basiliás, fundado por San Basilio el Grande en Cesarea el año 370.

Se trataba de una institución de enormes proporciones, a modo de una ciudad autosuficiente que, en edificios se parados dentro de un gran recinto, atendía todas las necesidades sanitarias: prevención, asistencia, tratamiento y servicio social.

Contaba con un personal numeroso y tipificado: médicos, y enfermeros, residentes en dependencias del recinto hospitalario y personal encargado de otras actividades, como el transporte de enfermos.

Incluso hoy nos parece sorprendente la variedad de dependencias e instalaciones desde las que se daba asistencia a diferentes necesidades específicas de cuidados:

- Orfanato y asilo para lactantes y niños
- Departamento de dementes

Hospital para enfermos y minusválidos

Edificio para ancianos

Escuela de artesanía y oficios para impedidos físicos.

Todas las personas residentes aptas para trabajar eran empleadas en sus dependencias de restauración: cocina, lavandería, granja, talleres (calzado, ropa), herrería (fundición). Probablemente estamos hablando del primer proyecto de Terapia Ocupacional llevado a la práctica en la historia.

No hemos encontrado datos sobre la existencia de enseñanza organizada de enfermería en este hospital de inmensas proporciones. Sin embargo nos preguntamos: ¿Hubiera funcionado esta institución sin una minuciosa organización donde las funciones de enfermería se aprendieran y desempeñaran con exactitud?. ¿Habría existido una asistencia correcta en las distintas especialidades y departamentos de no contar con un personal de enfermería adecuadamente preparado y al frente de unas responsabilidades bien delimitadas y repartidas? ¿Hubiera podido funcionar este gran hospital sin una coordinación escrupulosa de todos los oficios y una exigencia indiscutible del correcto cumplimiento de las obligaciones de todos los miembros de su personal?

Podemos hablar, por tanto, de la muy probable existencia de una metodología en la organización y en el cumplimiento de las funciones de enfermería, en este gran hospital del año 312.

3.- Órdenes y Congregaciones dedicadas a la enfermería:

3.1. San Juan de Dios: tras la recuperación de su enfermedad, vivió en el hospital que le dio asistencia, y allí aprendió los cuidados de enfermería. A su muerte, en 1550, había fundado un hospital y contaba con un grupo de compañeros dispuestos a asumir su ideal de vida y ayuda a los enfermos.

De 1550 a 1572 en una segunda etapa de expansión de su obra, fueron creándose diversos centros asistenciales no solo en Andalucía, sino también en Madrid y Toledo.

La expansión internacional de esta obra creadora sucede entre 1572 y 1596; nacerán gran número de fundaciones en la península, y en Italia crearan hospitales partiendo del primero levantado en Nápoles, seguidamente en Roma y con posterioridad once hospitales más en otras tantas ciudades italianas.

A partir de 1596 la Orden de San Juan de Dios creó casas-hospitales prácticamente en todas las ciudades más importantes del Nuevo Mundo. Al mismo tiempo se extienden los hospitales de la Orden por las ciudades más destacadas de Europa.

La consideración de estos datos nos permite imaginar la existencia de un esquema de planificación y organización del funcionamiento de estos hospitales, en los que debía de reproducirse con todo rigor, el mismo proyecto que había asegurado el éxito en todos los hospitales anteriores y que debía resumirse de la siguiente forma:

Buena planificación y organización del trabajo.
Una correcta administración.

Conocimiento y buen ejercicio de la práctica de los cuidados.

Puede sobreentenderse sin duda la necesaria existencia de una programada enseñanza, con la que debía prepararse a los hermanos de la Orden para convertirse en enfermeros capaces de cuidar eficazmente a los enfermos en las salas de sus hospitales.

3.2. La Mínima Congregación de Hermanos Enfermeros Pobres, también conocida como Obregones, fue fundada por Bernardino de Obregon, el cual, antes de convertirse en fundador de un hospital, pasó un tiempo, desde 1567 a 1579, dedicado doce años al aprendizaje del cuidado de los enfermos en distintos hospitales.



Los siete años siguientes, desde 1579 a 1587, los dedicó a la fundación de un hospital, y a ocuparse en la dirección de otros varios hospitales, de esta forma estuvo encargado del funcionamiento del Hospital General de Madrid.

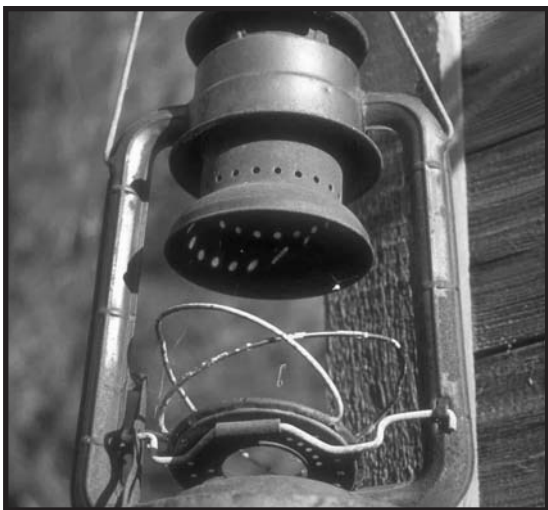
Sus largos años de experiencia en los hospitales le permitieron conocer la forma en que se prestaban los cuidados y también sus dificultades. Fundó una Congregación de Hermanos a los que tuvo que formar en la enfermería, hasta adquirir la experiencia necesaria para actuar directamente en los cuidados a los enfermos.

3.3. Hijas de la Caridad: San Vicente de Paul (1576 – 1660). Creó una Sociedad de Damas que llamó “Cofradía de la Caridad”, y también “Damas de la Caridad”, para atender a los enfermos y cuidarlos en sus casas. Madame Le Gras, más tarde Santa Luisa de Marillac se encargó de instruir a las mujeres que se sumaban al nuevo proyecto de San Vicente de Paul de fundar en 1633 una Orden de Enfermería que, tras las denominaciones anteriores fue llamada “Hermanas de la Caridad”. Las jóvenes unidas a este proyecto debían reunir unas cualidades: inteligencia, educación e interés sincero por los enfermos.

En la formación de las Hermanas o “Hijas de la caridad”, se estableció un sistema con una sola directriz, o línea muy clara de enseñanza y una organización:

Dos meses de prueba para las aspirantes

Un periodo de preparación de 5 años



Reanudación de votos anualmente y libertad para abandonar la institución cuando lo desearan

Uso de un uniforme: túnica azul o gris, delantal, cuello blanco y tocado blanco o cornete.

Se trataba ya de una formación organizada y planificada en contenidos y tiempo de preparación.

4.- Instituto de Diakonisas para la formación de enfermeras: En 1836 el pastor protestante Theodor Fliedner fundó un Instituto de Diakonisas con un pequeño hospital para atender a enfermos. se trataba en realidad de una Escuela de formación de Enfermeras Diakonisas.

Esta escuela planificó una enseñanza reglada con un programa de 3 años de duración en el que se enseñaba la práctica de la enfermería mediante una rotación por los servicios hospitalarios y las distintas salas de hombres, mujeres, niños, enfermedades infecciosas, convalecientes y salas de diakonisas enfermas. También se practicaba la asistencia a los enfermos en sus domicilios, o enfermería domiciliaria.

Así mismo se realizaba un aprendizaje teórico. Entre los temas del programa se enseñaba farmacia, conocimientos de ética y doctrina religiosa. En los textos de formación se especificaba el principio de que las enfermeras debían cumplir exactamente las ordenes del médico, único responsable en último término, de la asistencia a los enfermos.

El trabajo se llevaba a cabo en los distritos de la ciudad (salud pública), o atención pública domiciliaria y en los hospitales.

Las enfermeras diakonisas llevaban como atuendo un uniforme distintivo: bata de algodón azul, delantal blanco, cuello vuelto, cofia blanca (volante en torno al rostro), largo manto negro y toca sobre la cofia.

5.- F. Nightingale, impulsora de la enseñanza moderna de la enfermería: Florence Nightingale tuvo una larga experiencia formativa. Primero estudió con las Diakonisas en Alemania y con las Hijas de la Caridad en París. Adquirió así mismo una experiencia práctica muy importante, al mando de un grupo de enfermeras en el Hospital de Scutari en Turquía, transformando totalmente con sus conocimientos los cuidados de enfermería a los soldados heridos.

En 1860 fundó en Londres una Escuela de Enfermería que llevaría su nombre, la “Escuela Nightingale”, con el objeto de formar enfermeras para trabajar en hospitales, en distritos o salud pública y como docentes.

La duración reglada de los estudios comprendía tres años, uno teórico y dos años de prácticas de aprendizaje en hospital.

La Escuela Nightingale imprimió un nuevo estilo para la enfermería y para las enfermeras. De sus aulas salían formadas verdaderas líderes muy solicitadas por instituciones de diferentes países.

6.- Reglamento de las Enfermerías del Hospital Provincial de Valencia, 1897.

Formación de Practicantes: Respecto a referencias sobre metodología de la enseñanza de la enfermería en relación con los trabajos de investigación que en estos momentos realizamos podemos decir que, en el Reglamento de las Enfermerías del Hospital Provincial de Valencia de 1897, en el capítulo 8 que trata de los Practicantes Supernumerarios, concretamente en el Artículo 74 se habla del examen previo que deberían superar estos practicantes para obtener una plaza en el hospital. El tribunal de este examen estaría compuesto por los profesores de Beneficencia indicados por la Dirección del Hospital. Tras superar el examen se enviaba la propuesta de admisión a la Diputación, donde se procedía a otorgar el nombramiento definitivo.

En estos momentos además de los practicantes, trabajaban en el Hospital las Hijas de la Caridad, desempeñando la mayor responsabilidad en el cuidado de los enfermos de la sala. Su cargo recibía el nombre de “cabeza de sala”, contando con “ayudantes” o subalternos para la atención generalizada a los hospitalizados, con los propios enfermeros, y con otras Hijas de la Caridad trabajando también como enfermeras.

Los enfermeros eran considerados “verdaderos sirvientes” de las salas y enfermos, y trabajaban bajo la vigilancia, inspección y dirección de las Hijas de la Caridad.

Hay que tener en cuenta, en relación con el tema que nos ocupa, el carácter docente del Hospital Provincial, en el que Profesores y Catedráticos de la Facultad de Medicina impartían

docencia a los estudiantes en las salas de enfermos del hospital, su lugar de prácticas habitual, e incluso el recinto hospitalario contaba con aulas donde se daban clases teóricas a estos estudiantes. No es descabellado pensar, teniendo en cuenta además la formación reglada a que estaban acostumbradas las Hijas de la Caridad, que alguna formación recibieran así mismo las enfermeras, aunque no conste textualmente.

Hemos de considerar por otra parte el importante número constituido por el personal asistencial. En 1873 las personas encargadas de la asistencia y cuidados a los enfermos en el Hospital Provincial de Valencia eran las siguientes: la Superiora e Hijas de la Caridad, en número de 45; practicantes, 11; enfermeros, 10; enfermeras 4; ayudantes de enfermos dementes, 15; aparatistas, 1; barberos, 2. Sin duda se requería, además de una buena organización, la necesidad de una adecuada formación previa, que no debió de faltar para asegurar la práctica de unos cuidados efectivos.

7.- Libros de texto para la enseñanza de la enfermería:

La producción literaria de obras de enfermería en número creciente según avanza el tiempo nos indica la tendencia a dirigir la enseñanza acompañándola no solamente de un aprendizaje práctico, sino también de conocimientos teóricos. Los libros más destacables desde el siglo XVII hasta principios del XX son los siguientes:

Instrucción de enfermeros. Para los Hermanos Obregones, de la Congregación de Bernardino de Obregón, 1621.

Directorio de enfermeros y artífice de obras de caridad para curar las enfermedades del cuerpo. Simón López, siglo XVII.

Manual para el servicio de los enfermeros. M. Carrere, 1786.

El arte de la enfermería. José Bueno González. Hermano de San Juan de Dios, 1833.

Manual de la carrera de enfermeras para el uso de las Hijas de la Caridad, 1917.

8.- Normativas y Reglamentos docentes para el ejercicio de la profesión:

En cuanto a la reglamentación de los estudios de las profesiones sanitarias, durante el siglo XVIII el Tribunal del Protomedicato continuó regulando el ejercicio pro-

fesional mediante la concesión de cartas de autorización.

En el siglo XIX las Facultades de Medicina y los Reales Colegios de Cirugía tendrán bajo su responsabilidad el otorgamiento de autorizaciones para ejercer.

En las mismas Ordenanzas y Constituciones de los hospitales podemos encontrar la existencia de una preocupación por la formación de los enfermeros, como en las Constituciones del Hospital Real de Santiago de Compostela, 1590, o las Ordenaciones del Hospital de Nuestra Señora de Gracia en Zaragoza, 1755 y 1767.

A partir de la segunda mitad del siglo XIX se tenderá hacia la institucionalización de la enseñanza, ya de una forma sistematizada, comenzando por los practicantes y matronas.

CONCLUSIÓN

Como conclusión resaltamos los siguientes aspectos:

Existencia de una enseñanza reglada desde la antigüedad, para transmitir los conocimientos de la enfermería.

Exigencia de ciertas cualidades para ejercer la enfermería, basadas en la existencia en las aspirantes de un interés por ayudar al enfermo.

Elaboración de libros de texto para la formación de enfermeros.

Finalmente podemos decir, respecto a la metodología docente normalmente empleada en la actualidad, que existe en nuestra comunidad de estudiantes y profesionales la necesidad de mantener una actitud de servicio hacia los pacientes y hacia la sociedad. Y que tal vez desde la docencia no hemos encontrado todavía la forma de transmitirla con la nitidez adecuada en razón de su importancia, puesto que ello implica el necesario desarrollo de cualidades y valores que resultan irrenunciables en nuestra profesión, porque constituyen un poderoso elemento justificador y definitorio de la enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

- Archivo Diputación Provincial de Valencia (1897). Reglamento de las enfermerías del Hospital Provincial, 1897. Signatura I – 5.1/C-2 Legajo 34. Fuentes primarias.

- Donahue, P. (1985) Historia de la Enfermería. Doyma, Barcelona: 107-115.

- Fernández Doctor, A (1987). El Hospital Real y General de Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza en el siglo XVIII. Institución Fernando el Católico. Zaragoza: 325-335.

- García Martínez, A. et al (1996) “Un Siglo de Oro para la enfermería española (1550-1650):I. Aparición de ordenes y manuales de enfermería”. En: HERNANDEZ MARTIN, F. Historia de la enfermería en España. Síntesis. Madrid: 137-145.

- García Martínez, A. et al. (2001) Directorio de enfermeros y artífice de obras de caridad para curar las enfermedades del cuerpo. Simón López, siglo XVII. Network Salud S.A. Madrid.

- Muñoz Miguel, E. (1751) Recopilación de las Leyes, Pragmáticas Reales, Decretos y Acuerdos del Real Proto-Medicato. Valencia. Servicio reproducciones Librerías París-Valencia, 1991: 109-111; 308-316.

- Nogales Espert, A. (1996) “Los hospitales medievales y la enseñanza medieval de la medicina”. En: HERNANDEZ MARTIN, F. Historia de la enfermería en España. Síntesis. Madrid: 95-110.

EL ENFERMO MENTAL. HISTORIA Y CUIDADOS DESDE LA EPOCA MEDIEVAL

M^a Elena Pileño Martínez

Profesora Asociada de Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental.*

F. Javier Morillo Rodríguez

Profesor Titular de Enfermería Médico-Quirúrgica.*

Paloma Salvadores Fuentes

Catedrática U. en Fundamentos de Enfermería.*

Amparo Nogales Espert

Profesora Titular de Historia de Enfermería.*

* *Universidad Rey Juan Carlos, Madrid.*



THE MENTALLY ILL. HISTORY AND CARE SINCE MEDIEVAL TIMES

ABSTRACT

The present work reflects the evolution of insanity in the Spanish cultural, social and historical context. The sequence of events and the interrelation of social systems have improved “assistance”, “care” and “medical attention” towards an understanding of the patient’s needs and the application of new medical theories.

Nursing role reflects -since the beginning of times- a discipline build by the effort and participation of all those who cared during centuries.

On the other hand, social policies in their integrating role have made insanity adapt to cultural contexts. Throughout the article it is shown how the “insane” have adapted to different forms of institutionalization and desinstitutionalization leading to the current situation.

Key words: History, Insanity, Institutionalization, Confinement, Social.

RESUMEN

El presente trabajo plasma la evolución de la locura en España, en un contexto histórico, social y cultural. La sucesión de acontecimientos y la interrelación de los sistemas sociales han hecho que “el trato”, “el cuidado” y “la atención médica” caminen hacia una mejora en la comprensión de las necesidades del paciente y en la aplicación de nuevas teorías médicas.

La labor de enfermería, existente desde el principio de los tiempos, refleja una disciplina ganada con el esfuerzo y la participación de todos aquellos que proporcionaron cuidados a través de los siglos.

Por otro lado, la política social en el desempeño de su labor integradora, ha ido adaptando la locura al contexto cultural. En el desarrollo del texto se puede observar cómo “el loco” se ha ido acomodando a las diferentes formas de institucionalización y desinstitutionalización hasta llegar a su situación actual.

Palabras Clave: Historia, locura, institucionalización, confinamiento social.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de este trabajo queremos mostrar cual ha sido la evolución de la atención al paciente mental.

Hasta hace muy pocas décadas, los recursos asistenciales disponibles para cubrir la asistencia al enfermo mental han sido muy escasos. A esto se le une que la pobreza puede ser un factor determinante en el desarrollo de ciertas patologías, dado que puede implicar aislamiento social, o baja autoestima. Históricamente se puede inferir que las posibilidades de éxito terapéutico se relacionan con las posibilidades económicas o estatus social que el paciente psiquiátrico tenga. El binomio indigente –enfermo psiquiátrico se puede apreciar desde la Edad Media.

Los objetivos de este trabajo son conocer cual es el tratamiento institucional que se le ha dado a la locura desde la Edad Media, así como identificar los recursos disponibles en el tratamiento de estos enfermos y establecer las imágenes sociales sobre “la locura” desde entonces hasta nuestros días.

Partimos de las siguientes hipótesis: La atención al paciente mental se relaciona directamente con el discurso dominante.

El tratamiento del “loco” ha variando desde la Edad Media; desde posturas de reclusión y aislamiento social severo hasta posturas de puertas abiertas.

CUIDADOS EN LA EPOCA MEDIEVAL

Los hospitales medievales prácticamente nacieron de la caridad cristiana y se podían considerar básicamente de dos tipos: aquellos que estaban situados en las ciudades, siempre fundados por los obispos o custodiados a instancia de los reyes, de la aristocracia del momento o de los municipios; y los situados en zonas rurales, que no eran sino simples dependencias de los monasterios. Estos últimos, dirigidos por religiosos, eran pequeños centros de acogida a enfermos y necesitados, con escasas camas y recursos, donde se llegó contar con personal específico de enfermería y sólo se aportaba consuelo espiritual y cuidados enfermeros, tanto psicológicos como materiales.

El medievo es considerado como época de pobreza, penuria e indigencia. La pobreza podía llevar a la muerte, pero también a la locura, porque

solía implicar soledad, rechazo social, sensación de impotencia y pérdida de la autoestima. Los locos, siempre aparecían inmersos en la pobreza, sufriendo tristeza y desesperación. Los pobres se maldecían, blasfemaban y, a veces, perdían la sensatez y caían en la locura.

En 1400, Fray Juan Gilabert Jofré, religioso de la Orden de la merced, y valenciano de nacimiento se inclinó por los cuidados de los enfermos mentales y fue en Valencia, donde convenció a sus habitantes para que se fundase un hospital o una casa que acogiese a los locos de vagaban por las calles de la ciudad, de tal modo que no fuesen sueltos por la ciudad y no pudieran hacer daño.

En 1409 se edificó el hospital de inocentes de Valencia, cuya dedicación exclusiva era la atención de los enfermos locos.

El nombre de Hospitales de Inocentes fue debida a la gran influencia del Cristianismo. Todas las instituciones dedicadas a enfermos mentales se llamaban de inocentes, nombre con que la iglesia designa y evoca el sacrificio de aquellos menores de edad que sufrieron la muerte por el rey Herodes.

En el año 1410 entró en funcionamiento el Hospital de Santa María o de Inocentes, el primer manicomio del mundo cristiano-occidental, con el propósito de resolver una necesidad social. Todo dependía de las ordenes dadas por el hospitaler. A los internos, se les obligaba a trabajar en la granja, en el jardín, en la limpieza y en los servicios, si eran hombres; cosiendo, tejiendo o confeccionando vestidos, si eran mujeres. Se trataba siempre de evitar la inactividad, pues, según se creía, la permanente ociosidad podía perturbarlos más, fomentándoles el vicio y los malos hábitos.

Si eran desobedientes o se mostraban furiosos, se les azotaba, se les colocaban grilletes, incluso de forma permanente o se les encerraba en jaulas o gavias. Se les vestía uniformadamente con sayos hechos de jirones y con una caperucilla de loco. Esos sayos de tela gruesa eran sustituidos por otros de colores más vistosos en los días de fiesta.

La fundación del primer manicomio en Valencia supuso la cristalización de una nueva concepción social de la locura. Desde finales del siglo XIII la Ciudad de Valencia se había convertido en un importante centro comercial, siendo distribuidora de productos a Castilla, a Italia, y al

norte de Africa, reemplazando a Barcelona en su posición hegemónica.

También fue el punto de mira para la creación de otras instituciones parecidas ; en 1436 se fundó otro manicomio en Sevilla, ciudad que desde el año 1356 pertenecía a la Corona de Castilla y que, por su proximidad a Portugal, Norte de Africa y Canarias, se había convertido en un populoso centro de actividad comercial.

En 1483, durante el reinado de los Reyes Católicos, se fundó en Toledo otro Hospital de Inocentes y locos, promovido por el Nuncio y canónigo de la Catedral don Francisco Ortiz, para lo que cedió varias casa de su propiedad. Por tanto, el nuevo hospital dependía de la Iglesia.

En 1489 se fundó en Valladolid otra casa de locos, también administrado por la Iglesia y concretamente por el cabildo catedralicio de Valladolid.

Durante el siglo XV continuaron proliferando por doquier los hospitales urbanos, hasta tal punto, que se llegó a la necesidad de integrar los pequeños hospitales y convertirlos en hospitales generales, con secciones o departamentos para dementes y locos .

Mas tarde, se inicia la concentración hospitalaria. Barcelona, pionera en el intento absorbió 6 hospitales, creándose el Hospital de la Santa Creu, que ya desde su comienzo, pagaba a dos médicos, y contaba con dos departamentos o secciones para el asilo de dementes, además de otras salas para enfermedades internas, mujeres embarazadas, leprosos, sífilíticos,...

En 1425, el Rey aragonés Alfonso V el Magnánimo fundó en Zaragoza el Hospital de Nuestra señora de Gracia, un moderno hospital general que admitía toda clase de enfermos sin distinción de sexo o creencia. Incluía una casa de locos edificada a comienzos del siglo XV por la iniciativa de un grupo de ciudadanos, y luego ubicada en el marco del hospital general.

El Gran Consell General de Baleares, unificó todos los hospitales de la isla, en uno sólo. Contaba con dos salas; una para dementes del sexo masculino, de aspecto agradable y bien distribuido y otra para las de mujeres, donde habitualmente los exorcistas conjuraban a las enfermas.

LA EDAD MODERNA

El reinado de los Reyes Católicos, del año 1474 al 1505, supuso el fin de la reconquista, la unificación de los reinos hispánicos, la consolidación del poder real, la consecución de la unidad religiosa, la expulsión de los judíos, la persecución de los conversos, la Inquisición y el inicio de la cultura renacentista... Bajo su mandato, la edad moderna, acentúa el proceso de concentración hospitalaria, sobre todo en las grandes ciudades, y una progresiva secularización.

España situada ya en la edad moderna y con tres instituciones específicas para el tratamiento de locos en inocentes (Sevilla , Toledo y Valladolid) y siete hospitales generales con departamentos para dementes (Barcelona, Zaragoza, Valencia, Palma de Mallorca, Lérida, Granada, y Córdoba). Poseía la situación mas avanzada de Europa.

En 1526, Luis Vives, pensador católico, propuso registrar a todos los pobres que mendigaban por las calles, los que sufrían sus necesidades en sus casas, o los que vivían en hospitales. No se debía permitir estar ocioso a ningún pobre que estuviera capacitado para trabajar. Sólo los mendigos suficientemente enfermos deberían ocuparse de trabajos mas o menos livianos, según su edad y estado de salud. En cuanto a los pobres privados del uso de razón, habían de ser tratados con sumo cuidado y con todo respeto

La locura debía de hallar acogimiento en el hospital, había que excluir al loco, de entre los pobres; era necesario desarrollar una medida de saneamiento que lo pusiera fuera de la circulación social.

Durante la edad moderna, la imagen de la locura esta mas presente en el paisaje cultural de la época, el tratamiento de las enfermedades seguía sin ser una actividad exclusiva de los médicos con titulación universitaria y de los prácticos reconocidos por las autoridades. Aparecían los sanadores o curanderos, que gozaban de un gran reconocimiento social sobre todo fuera de las ciudades. La escasez de médicos y la ineficacia de la medicina unido a la superstición de la gente hacía aceptar con facilidad lo supuestamente divino, diabólico y lo mágico de vida cotidiana.

Durante el siglo XVII la atención de enfermería se basaba en el cuidado de los enfermos. La ali-

mentación en la casa era sana, abundante y variada, y se ponía especial esmero en la limpieza corporal de los pacientes mediante el baño, apartando a los que en las crisis estaban furiosos y sucios .

El personal estaba compuesto por los siguientes funcionarios: Administrador o Mayordomo, procurador, escriba, hospitaler, y dependientes. Las funciones de cuidado las realizaban el hospitaler y el dependiente atendiendo las necesidades básicas de los enfermos. Los dependientes aparecen en los hospitales medievales valencianos como encargados de las necesidades básicas de los enfermos; higiene, alimentación, eliminación, movilización y su cuidado permanente, es decir, realizando funciones de enfermería.

Durante el siglo XVIII, aumentó la población española, desaparecieron las hambrunas y las grandes epidemias del pasado, creció la producción económica y surgieron expectativas de desarrollo de los recursos existentes.

En este siglo, los hospitales continuaban, impregnados de caridad religiosa, pero a lo largo del siglo fueron cada vez mas controlados por los poderes públicos.

En 1766 se creó el Hospital General de Madrid con muy escasas rentas, disponía de 38 salas con un total de 1.564 camas, de las cuales 38 eran para locos, canalizando el grueso de la asistencia hospitalaria de Madrid, pero el mal estado sanitario y la inexistencia de cuidados enfermeros y médicos convertían las enfermedades mas simples en graves y agudas, entre otras cosas, por el aire excesivamente contagiado.

En Sevilla, a mediados del mismo siglo, los locos rara vez salían del Hospital de Inocentes. Se rompió la tradición secular por la que la mayoría de los locos salían a pedir limosnas en las calles de la ciudad. El confinamiento aumentaba y los espacios para ellos iban escaseando.

Los enfermos quedaban drásticamente aislados del exterior, gobernados por la autoridad del administrador, éste, residía en el hospital y ganaba un salario por su trabajo, ejerciendo un control estricto de los enfermos. Siguiendo sus ordenes los enfermeros debían cuidar y vigilar en todo momento a los internos en sus habitaciones.

EDAD CONTEMPORÁNEA

En el último tercio del siglo XVIII, hubo cambios administrativos y policiales introducidos por Carlos III, el ingreso de los dementes debía de hacerse a instancias de los alcaldes de barrio y otras autoridades civiles, que sobre todo debían tener en cuenta el peligro de hacer violencia en otras personas o en las propiedades de otros.

En Valencia también era preciso el certificado médico para el ingreso y para la salida de los dementes del Hospital General de Valencia y lo mismo sucedía en el de Inocentes de Sevilla. Sin embargo, los médicos casi no tenían mayor intervención administrativa en los citados establecimientos.

Los médicos higienistas manifestaban que el desorden social y moral producía, alteraciones importantes en la conducta de los obreros. La locura se presentada estrechamente ligada a alteraciones morales generadas por factores sexuales, formas de vida desintegradas, problemas económicos, relaciones familiares alteradas. Se hablaba mas de prevenir que de curar, y proponían como remedio mas eficaz el mejorar las condiciones higiénicas de la población, especialmente del proletariado industrial.

Los alienistas franceses, y por su influencia, también los españoles, estaban de acuerdo con los higienistas en cuanto a la importancia que daban a las condiciones sociales y a las causas morales de la producción de la locura, y en la necesidad de tratar a los enfermos mentales, moralizándolos, tutelándolos, confinándolos.

En el siglo XIX, la Ley de Beneficencia, establecida en 1836 por el gobierno progresista de Mendizábal, ordenaba la existencia de los hospitales públicos, entre los que debían diferenciarse los establecimientos especiales para el tratamiento de los locos.

En la mitad del XIX, España, toma conciencia del número de ingresos de enfermos mentales. Éste había crecido de forma considerable en las diversas instituciones de reclusión, haciéndose aún mas precaria la situación.

España, bajo la influencia francesa imitaba las reformas que ésta realizó en la primera mitad de siglo, consideró la locura como una amenaza social y definió un espacio específico de confinamiento

para ella, aunque se tratara de darle un carácter médico. Se trataba de proteger a la sociedad del loco y a éste de la enfermedad que padecía, en un espacio en el que la locura era transitoria y curable.

Posteriormente, Philippe Pinel, médico de Bicêtre, iniciador del alienismo, como rama autóctona de la medicina, reflejó la necesidad de objetivar científicamente la enfermedad y la integración administrativa de la locura hasta entonces marginada. Pinel dividía la enfermedad de la locura en cinco formas: la melancolía, la manía sin delirio, la manía con delirio la demencia, y el idiotismo.

El principal remedio para la locura sólo podía hallarse en un hospital bien organizado, y consistía en dominar y domar al loco. Un hospital de locos, además de estar bien situado y disponer de un recinto vasto y espacioso, debía ser construido de manera que permitiera la separación de las diversas clases de locos, evitando que éstos se relacionasen entre sí, con el fin de prevenir la recaída.

En nuestro país, el estado se mostraba incapaz de mantener el orden público. El desinterés por la creación de nuevos manicomios desembocó en la posibilidad de creación de manicomios o clínicas privadas con la pretensión de ofrecer prácticas asistenciales modernas y trato humanizado a los enfermos. El primer centro se creó en 1844 en Lloret de Mar, fundado y dirigido por el médico Francesc Campdera.

El manicomio se dividía en dos grandes departamentos, una para hombres y otra para mujeres. Funcionaba, o pretendía funcionar, según el sistema del “non restraint” del inglés Connally. Lo importante para la organización terapéutica era la salud corporal, la alimentación y la educación tanto oral como física.

Se busca sobre todo la tranquilización del enfermo, no había métodos correctivos, únicamente con paciencia, bondad, actuaciones cuidadosas, limpieza y buen sentido se cuidaba al enfermo. Había habitaciones acolchadas para casos de agitación. Allí el paciente vivía en un nuevo sistema moral, se decía que el servicio facultativo lo componía el médico propietario, un médico residente, un boticario, un practicante, y los correspondientes enfermeros y enfermeras. Además existía un capellán, encargado de enseñar la doctrina cristiana a los señores pensionistas.

Con esta oferta asistencial aumentó el número de ingresos. En 1859 se logró un convenio con el Gobierno para el ingreso de enfermos judiciales a cargo del estado. A partir de ahí la situación comenzó a deteriorarse.

En 1879 se hizo una estadística de dementes a escala nacional, y se encontró que, desde 1860, la población reclusa se había triplicado. El gobierno instaba para que las diputaciones construyesen nuevos manicomios. El aumento de los ingresos incrementaba los costes de las instalaciones, y no había recursos suficientes para sufragar los gastos para su ampliación y mejora.

El modelo del manicomio moral, importado de Francia, no se pudo implantar en España, pese a los esfuerzos teórico – prácticos de algunos alienistas, ya que el número y la calidad de los manicomios no se correspondía con las necesidades de la población, sino con el grado de civilización alcanzado. Por esto, en España había pocos manicomios y de escasa calidad.

En 1914 se empieza a desarrollar la enfermería mental de carácter laico. Se sigue custodiando a los locos en dos sistemas: el penitenciario y el sanitario.

En 1924 se crea la Escuela Nacional de Sanidad y en 1926 se inaugura una escuela de Psiquiatría dotada con toda clase de elementos para la investigación científica del enfermo mental y su tratamiento y curación. A partir de este momento sería requisito indispensable la posesión de estos estudios para poder acceder legalmente al cuidado de los enfermos mentales. La profesionalización de la enfermería psiquiátrica supuso un avance en la historia de la enfermería en España.

En julio de 1931 el Gobierno Provisional promulgó un nuevo decreto de internamiento de enfermos psíquicos, que recogía casi íntegramente el anteproyecto de la Liga; “todo enfermo psíquico debía recibir asistencia médica en España, bien en el medio familiar, bien en un establecimiento público o privado, cuya organización técnica correspondería al estado actual de la ciencia psiquiátrica”.

En casos especiales, las clínicas y hospitales podían funcionar en las ciudades, con un carácter exclusivamente abierto, sujetos al reglamento general de la asistencia hospitalaria, mientras que

los establecimientos alejados de los centros urbanos podrían conservar su carácter cerrado o asilar.

Se preveían tres supuestos de admisión de los enfermos; por voluntad propia, por indicación médica o por orden judicial o gubernativa.

El primer paso para la reforma psiquiátrica fue la puesta en marcha de una estadística nacional: en 1933 la dirección general de Sanidad contabilizó un total de 24.554 enfermos acogidos en los establecimientos psiquiátricos españoles

En 1932 se creaba por decreto el primer Dispensario de Higiene mental de Madrid, como centro piloto. Su misión específica consistía en el estudio de los procesos iniciales, el tratamiento ambulatorio de los casos leves y las curas de reposo en servicio abierto de los enfermos neuróticos pobres.

En conclusión se pretendió mejorar los manicomios descongestionándolos y convirtiéndolos en hospitales psiquiátricos activos. Sin embargo, en cinco años los resultados prácticos de la reforma psiquiátrica, eran muy pocos.

Los presupuestos eran escasos y esto chocaba con el incremento en la demanda de internamiento. El hacinamiento de los enfermos en los manicomios hacía inviable la práctica de una terapéutica eficaz, tal como ocurrirá en Valencia, cuyo manicomio albergaba en 1936 a 1184 enfermos.

En 1936, la guerra civil española fue una inmensa locura colectiva, por la que muchísima gente hubo de sobrevivir en circunstancias extraordinariamente tensas y precarias, al límite de sus posibilidades y recursos psicológicos.

No había datos precisos y homologables para evaluar la frecuencia de enfermedades mentales habidas en la Guerra Civil, y la interpretación de los pocos que existían fue, luego, políticamente muy sesgada; sin embargo, los psiquiatras de la época, afirmaron luego que no había habido un aumento significativo de las auténticas enfermedades mentales, en todo caso la guerra sólo había actuado como reveladora de enfermedades.

En noviembre de 1936 Madrid se quedó con la clínica Psiquiátrica del Hospital Provincial como único centro de internamiento psiquiátrico. La precariedad en los tratamientos afectaba también a los enfermos, ya que sólo se les aplicaba las tradicionales medidas de contención. A partir de 1940 eran

introducidas la insulina, el electroshock y las lobotomías como tratamiento para los pacientes con larga hospitalización.

El personal de los hospitales iba disminuyendo dramáticamente, y estos tratamientos, en general en toda Europa, fueron fundados con muy poca consideración en lo que se refiere a los cuidados. Por ejemplo, las enfermeras debían de participar en estos tratamientos y responsabilizarse de ellos de forma natural, como una función suya más.

En 1943 la dirección General de Sanidad decretó la creación de dispensarios de higiene mental, en todas las jefaturas Provinciales de Sanidad, pero hasta 1950 no se proveyeron las correspondientes plazas de personal sanitario, y sólo en la mitad de las provincias españolas.

En 1950 entra el primer antipsicótico, la clorpromazina, introducido por el laboratorio Smith-kline and French. Este mismo laboratorio también financió la película "La relación enfermera-paciente" cuyo trabajo fue dirigido por Hildegard Peplau, Directora de la Asociación americana de enfermeras en 1969, enfermera doctora aventajada que dirigió su objetivo hacia diferentes facetas en la formación y cuidado de las enfermeras psiquiátricas.

España había partido con mucho retraso respecto a otros países. Se crea, en 1970, la especialidad de Ayudante Técnico Sanitario Psiquiátrico con dos cursos de ocho meses de duración.

En 1985, el Ministerio de Sanidad, elaboró un documento para la Reforma Psiquiátrica y la atención en la Salud Mental que publicaba la plena integración de la Salud Mental en la asistencia sanitaria general. Las comunidades autónomas siguieron la pauta indicada, aunque existió desigualdad entre ellas. Unas comunidades tuvieron una amplia gama de recursos mientras que otras poseían una elevada carencia.

LA REFORMA Y LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS

Han pasado mas de 4 décadas desde que comenzó el proceso de desinstitutionalización del enfermo mental. Se cambiaron los cuidados y el soporte de la custodia psiquiátrica por las diferentes comunidades. Después de un tratamiento prolongado, el efecto que ha tenido para los pacien-

tes ha sido diferente dependiendo de cada país.

A nivel mundial, el proceso de desinstitucionalización es parecido. Los cuidados de salud mental dependen de factores como la aceptación social y del derecho de los enfermos mentales a ser miembros de la comunidad.

En muchos países todavía tienen los cuidados de psiquiatría habituales; un 38% de países del mundo todavía no han instaurado los servicios de salud mental comunitarios. Otros países todavía no lo tienen instaurado aunque se comprometieron a dicha cobertura, y solamente lo mantienen en áreas urbanas (Argentina, India, Nigeria, Rusia, Turquía).

En Europa, la situación varía dependiendo de los países. En Inglaterra, por ejemplo, al igual que USA, las camas han ido disminuyendo, las comunidades mentales han sido establecidas por todo el país. El gobierno adoptó cuidados prácticos para tratar a los enfermos mentales orientados a la seguridad y el conservadurismo.

La desinstitucionalización avanza de diferentes formas dependiendo del nivel de recursos. USA piensa que la coordinación de los recursos y la incorporación de empresas u organismos públicas y privadas es necesaria para la desinstitucionalización de los enfermos mentales. Otros han notado que la desinstitucionalización ha puesto mucho hincapié en el cuidado de los locos y no en las pequeñas atenciones humanas que serían más efectivas y darían más calidad al cuidado.

BIBLIOGRAFÍA

- Charles Marie, F. Ed. Prensa Médica Mexicana S.A.(1987). “ Desarrollo histórico de la enfermería”.
- De la Vega, J. , Esteban, A. (2001). “ Historia de la enfermería en Castilla y León: practicantes y enfermeras”. Revista - Centro de Salud- Noviembre
- Donahue, P. Ed. Doyma.1993. Historia de la Enfermería.
- Fakhoury, W; Priebe, E. (2002)“ The process of deinstitutionalization: an international overview”. Current opinion in Psychiatry,. 15 (2) March,. Pp 187-192.
- Ferrer Caro, F. (2001) “ El cuidado en la España Medieval”. Revista Index de enfermería. (34). Otoño.
- García Hernández, F; Pancorbo Hidalgo, P; Rodríguez Torres, C. (2001). “ Evolución de la enfermería profesional en España”. Revista Index de Enfermería.(32-33) primavera-verano
- González Duro, E. Ed. Temas de Hoy . (1994.) “ Historia de la locura en España”. Tomo I,II,III. Madrid

- González Duro, E. (2000). “ De la psiquiatría a la Salud Mental” . Revista de la asociación Española de Neuropsiquiatría”. Junio

- Hernández Conesa, J. Ed. Interamericana McGraw-Hill (1999). “ Historia de la enfermería: un análisis histórico de los cuidados de enfermería”. Madrid .

- Huertas, R. Ed: Fondo de investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social. 1992. “ Del manicomio a la Salud Mental”. Madrid

- Iradj, M.; Herzl, M; Guido, Ph.D. (1973). “ The social Acceptance of the Ex -Mental Hospital Patient. Community Mental Health Journal. (9).

- Nogales, A. (1º semestre 2001) “ La Enfermería y el cuidado de los enfermos mentales en el Siglo XV”. Revista –Cultura de los cuidados. Revista de humanidades- (9).

- Shirley A. Smoyayak, RN,PhD, Faan. “ The History, Economics, and Financing of Mental Health Care”. Part 3. Journal of Phychosocial Nursing, 38(11). Pp 33-41.

- Siles. J. Ed. Aguacilara (1999). “ Historia de la Enfermería”.Alicante

- Siles, J ; Cibanal, L; Vizcaya, F; Solano, C ; García, E; Gabaldón E (2001). “ De la custodia a los cuidados : una perspectiva histórica de la enfermería en Salud Mental”. Revista –Cultura de los cuidados. Revista de humanidades y enfermería- (9). 1º Semestre

- Solana, I. Rodríguez, I.García, J.; (2001). “Evaluación de la aplicación de principios básicos normados por al O.M.S. para la atención de la Salud Mental”. Revista –Cuadernos de Bioética- Madrid

- Ventosa Esquinaldo, F. (1997) “ El enfermo mental en el siglo XV en España. Conceptuación como enfermo distinto y curable. Su cuidado.” Revista: Cultura de los cuidados. Revista de enfermería y humanidades. Pp. 43-61.

- Ventosa Esquinaldo, F. Ed. Ciencia 3.(1984.) “ Historia de la enfermería española”-. Madrid.

ANTROPOLOGÍA

MUJER Y CUIDADOS: ¿HISTORIA DE UNA RELACIÓN NATURAL?

Montserrat Antonín Martín,

Diplomada en Enfermería y Licenciada en Antropología Social y Cultural *

Pilar Flor Pérez,

Diplomada en Enfermería *

Joaquín Tomás Sabado,

Diplomado en Enfermería y Doctor en Psicología. *

* Profesores de la E. U. INFERMERIA "GIMBERNAT" (U.A.B.)



The purpose of this paper lies in the convenience of an up-to-date analysis about functional relationships established between gender and nursing that allow to deepen into the nature of socio-cultural influence over a professional development, in order to enlighten the question of why has nursing historically been considered a “secondary role” profession.

Key words: nursing, gender, socio-cultural, influence, systems, relationship

RESUMEN

Este trabajo tiene sus orígenes en un estudio que profesores de nuestra escuela realizaron en el año 1995 acerca de la evolución histórica de la relación enfermería y género. Este estudio puso de manifiesto porqué las tareas de enfermería concebidas como algo innato y natural de la mujer, han sido entendidas como un “rol de segundo orden”.

El vínculo entre la mujer y los cuidados ha sido históricamente asumido como algo natural y raramente cuestionado. Los orígenes de esta vinculación, que son paralelos a la propia evolución de la enfermería, pueden ser entendidos mediante el análisis de los sistemas de relaciones socialmente establecidos entre naturaleza/cultura, ámbito doméstico/público y trabajo productivo/improductivo.

WOMEN AND CARE: A NATURAL RELATION HISTORY?

The present study originates in a study presented by some other teachers of our own school, in 1995, about the historic evolution of relationship nursing versus gender. This study shows why nursing tasks have been seen as something innate and natural in women and have always been interpreted as a “secondary role tasks”.

That link between women and care has been historically interpreted as something natural never discussed. The origins of that sort of link run parallel to the self-evolution of nursing and could be understood by means of analysing the systems of social relationship established between nature/culture, domestic environments and public environments, and productive and non-productive jobs...

El propósito de esta comunicación es llevar a cabo un análisis actualizado acerca de las relaciones funcionales establecidas entre género y enfermería, que permitan profundizar en la naturaleza de la influencia socio-cultural sobre el desarrollo profesional y aportar luz a la cuestión de porqué históricamente la enfermería ha sido considerada como un trabajo de segundo orden.

Palabras clave: Enfermería, Genero, Influencia socio-cultural, Sistemas de Relaciones.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo tiene sus orígenes en un estudio que profesores de nuestra escuela realizaron en el año 1995 acerca de la evolución histórica de la relación enfermería y género. Parece Obvia la relación entre mujer y enfermería como trayectorias paralelas y estrechamente vinculadas. Esta vinculación que vivimos como algo “natural” tiene unos orígenes que podemos analizar y que plantean cuestiones como:

. ¿ser mujer ha sido un factor determinante para el desarrollo profesional de la enfermería?

. ¿que tipo de influencia tiene la “cultura” sobre la trayectoria profesional de enfermería?

. ¿en que nos basamos para sustentar que el concepto de arte doméstico sigue pesando sobre la profesión?

. ¿por qué históricamente el trabajo de enfermería se ha considerado como un trabajo de segundo orden?

Estas cuestiones plantean a su vez, la necesidad de realizar una revisión crítica y actual sobre las principales relaciones funcionales establecidas entre establecidas entre género y enfermería, que permitan profundizar en la naturaleza de la influencia socio-cultural sobre el desarrollo profesional y aportar luz a la cuestión de porqué históricamente la enfermería ha sido considerada como un trabajo de segundo orden.

Para ello nos centraremos en diversos aspectos para analizar esta relación “incuestionablemente natural”.

EL HECHO DE LA MATERNIDAD

Sólo hay algo que diferencia universalmente a hombres y mujeres: su fisiología. Las implicaciones que conllevan las diferencias fisiológicas hacen que la mujer presente una exclusiva y específica función procreadora/reproductora que la sitúa cercana a la naturaleza. Lógicamente y durante un cierto período de tiempo es la mujer quien vela por la supervivencia de su hijo/a, puesto que de ella depende directamente su alimentación. El vínculo que se establece entre madre e hijo/a durante este período de tiempo se considera “natural” y se prolonga de hecho naturalmente hasta que el niño/a adquiera cierto grado de habilidad y raciocinio que le permita “valerse”, en términos relativos, por sí mismo.

La relación que se establece entre madre e hijo/a es tomada pues como una primera limitación para la mujer aunque ésta no lo sea en sí misma sino que viene impuesta por las limitaciones que sufren sus propios hijos/as.

La maternidad se describe así en términos biologicistas o reduccionistas. La limitación no debe ser entendida como sinónimo de restricción. A pesar de ello, esta primera asociación de ideas confiere ya un marco conceptual donde incluir la “natural limitación de la mujer”. Si añadimos el hecho de que esta limitación incide directamente en la movilidad social de la mujer es mucho más sencillo que ésta quede confinada a determinados contextos y funciones sociales.

Implícito a este discurso encontramos una segunda asociación: la mujer y la naturaleza. Como hemos visto anteriormente, la función reproductiva de la mujer viene dada por su naturaleza. Los lazos que unen a madres e hijos/as son “naturales”. La limitación durante los primeros años de vida que éstos imponen especialmente respecto a la movilidad social de la madre es natural y por tanto también es natural que esta se encuentre circunscrita al círculo doméstico.

En definitiva no parece existir nada más próximo a la naturaleza que la mujer. ¡Y nada más erróneo! No por cuanto no sea cierta esta relación sino y como afirma Oter por cuanto no es ni más cercana ni más lejana a la relación que el hombre puede establecer respecto a dicha naturaleza.

La mayoría de culturas reconocen y establecen diferencias entre la naturaleza y por consiguiente entre el “mundo natural” y la propia sociedad en la cual se encuentran inmersos. El hombre, por el hecho de estar liberado fisiológicamente de toda condición reproductora, parece quedar liberado de toda relación con la naturaleza y por tanto circunscribirse al ámbito de la cultura. En palabras de O’Neil la cultura puede trascender, doblegar y controlar la naturaleza. Si la mujer, por su rol reproductor, es asociada por el propio hombre a la naturaleza y éste por el mismo concepto se asocia a sí mismo con el ámbito de la cultura, la relación que nace entre ambos estará determinada, como es del todo lógico, por la misma que sostiene la dicotomía naturaleza/cultura es decir, el hombre ejercerá su dominio y control sobre la mujer.

DOMÉSTICO VERSUS PÚBLICO O LA PRODUCTIVIDAD DEL TRABAJO

Hasta aquí la primera de las supuestas limitaciones que el hecho de la maternidad impone a las mujeres, en cuanto que reduce durante un tiempo determinado su movilidad social circunscribiéndola al círculo doméstico.

Las definiciones sobre el concepto “doméstico” llevan implícitas una relación de subordinación. Al igual que la cultura llega a dominar a la naturaleza, la esfera de lo público confiere un estatus social y una autoridad incuestionablemente superior o de dominio sobre la esfera doméstica.

La dicotomía público/doméstico, finalmente, confiere también significado a las relaciones de producción y a las actividades económicas tanto femeninas como masculinas. Así pues, la esfera de lo público y lo doméstico conlleva una clara división de roles y, por lo tanto, de las tareas que cada uno de los sexos debe llevar a cabo.

Sacks realizó en 1979 un análisis del trabajo de los hombres y las mujeres como determinantes de su estatus, explicando de una forma coherente el origen de la división sexual del trabajo. Propone que el alejamiento de las mujeres de la producción social se debe precisamente a no ser su trabajo considerado dentro de la esfera pública-social. Rosaldo, por su parte, afirma que los sistemas de clasificación social raramente dan cabida a los

intereses de las mujeres, por lo que es lógico que estos no se comprendan a nivel público. Nosotros nos atrevemos a decir que no es que no se comprendan sino que se omiten.

El trabajo doméstico que las mujeres desarrollan no ha sido contemplado como un trabajo productivo en su más pura formulación, es decir, carece de valor al estar limitado al ámbito doméstico/familiar. Así pues, no es de extrañar que si, históricamente, la mujer ha estado confinada rigurosamente, por imposiciones sociales, al hogar, la enfermería naciera adoptando un carácter de arte doméstico. Su trabajo se orientó inicialmente como recursos dirigidos a su propia familia y este esfuerzo de servicio, se extendió al cuidado de los ancianos e individuos que enfermaban en su comunidad.

Es precisamente esta orientación doméstica el factor que determinó la posición de la mujer siendo relegada a roles circunscritos como el rol de esposa, madre y, por supuesto, cuidadora. Estos roles no suponen ningún valor de intercambio sino, simplemente, un valor de consumo interno o privado.

Pero aun cuando las mujeres fueron incorporadas masivamente a la producción social, el trabajo productivo no ha servido para crear una base para la igualdad. En primer lugar, el trabajo realizado por las mujeres es automáticamente categorizado como trabajo femenino y, por ello, desvalorizado por completo. Las mujeres debieron asumir aquellas tareas podríamos decir de “segundo orden”, tareas aburridas, repetitivas, sencillas.

De esta concepción a la infravaloración del trabajo realizado por las mujeres sólo hay un paso, de éste a la subordinación, ninguno.

La historia nos muestra como en la Edad Media, el fervor religioso y la motivación hacia el cuidado de los demás fueron los pilares que fundamentaban el trabajo de enfermería. Con el paso del tiempo se puso de manifiesto que el amor y la dedicación no bastaban por sí solos.

Si extrapolamos lo analizado anteriormente y lo llevamos a las funciones que enfermería ha desarrollado a lo largo de la historia, no es difícil entender porqué las tareas de enfermería surgidas como algo innato y natural, han sido entendidas como un rol de “segundo orden”.

CONCLUSIONES

Podemos concluir a partir de este análisis que las relaciones que se establecen entre género y enfermería demuestran la existencia de un sistema “casi racional” de discriminaciones históricas dado, que la historia de la enfermería ha discurrido íntimamente ligada a la historia de la mujer

No obstante, no quisiéramos finalizar transmitiendo la idea de que la relación género-enfermería está únicamente ligada a conceptos negativos. En la actualidad la enfermería está sufriendo cambios trascendentales a los que no son ajenos la revolución que ha supuesto una mayor accesibilidad a la esfera de lo social y por consiguiente al ámbito productivo. Además, el paradigma inicial de la enfermera vocacional ha sufrido una profunda y decisiva transformación que ha supuesto para la profesión una intervención profesional más global y un trabajo interdisciplinario, así como la consolidación como disciplina científica con todo lo que ello ha comportado para la afirmación de nuestro rol autónomo profesional.

BIBLIOGRAFÍA

- Antonin, M.; Flor, P.; Llinas, M.; Tarrech, M.: (1997) *Infermeria, reflex històric de la dona ?*. Ressò d’Infermeria 1.
- Donahue, M.P.: (1985) *Historia de la Enfermería*,. Ediciones Doyma. Barcelona
- Hernández Conesa, J.: (1995) *Historia de la Enfermería. Análisis histórico de los cuidados de enfermería*. Interamericana McGraw-Hill. Madrid.
- Otner, S.B.: (1979) “¿Es la mujer con respecto al hombre lo que la naturaleza respecto a la cultura?”, Harris, O.; Young, K.; (eds), *Antropología y Feminismo*.
- Rosaldo, M.Z.: (1979) “Mujer, cultura y sociedad: una visión teórica”, Harris, O.; Young, K.; (eds), *Antropología y Feminismo*.
- Sacks, K.: (1979) “Engels revisitado: las mujeres, la organización de la producción y la propiedad privada”, Harris, O.; Young, K.; (eds), *Antropología y Feminismo*.
- Stolke, V: (1982) “Las mujeres y el trabajo”, en M. León (eds), *Debate sobre la mujer en América Latina y el Caribe*.



MEDICINA TRADICIONAL VERSUS MEDICINA OFICIAL: ¿COMPLICIDAD O PODER?

Pilar Darriba Rodríguez

Enfermera. Licenciada en Humanidades.

Ángeles Méndez Gómez

Licenciada en Humanidades.

Alumnas de Doctorado en Antropología. Universidad de La Coruña



TRADITIONAL MEDICINE VERSUS OFFICIAL MEDICINE: ABETMENT OR EMPOWERMENT?

SUMMARY

Health and its conservation are topics that have concerned people since the beginning of times. We are immersed in a society of well-being, where feeling bad is not tolerated. For this reason, quick remedies of all types are searched for. At the moment, the coexistence between traditional medicine and the scientific or official one is evident. Each one is used according to necessity, beliefs or personal convenience. However, besides this coexistence, a certain relationship of power exists: between the medical class and patients. With this study, we seek to demonstrate that coexistence and to evaluate how concepts of health have developed in a small population of people

aged between 65 and 85 years, born in a rural surrounding, who at the moment reside in the urban area of Ferrol. In this way, we have verified that, at the moment, they resort to both types of medicine, depending on the seriousness of the problem, trust or personal convenience, thus both medicines in the study population coexist; data for this have been gathered in an ethnographic study.

Words Key: traditional medicine, anthropology.

RESUMEN

La salud y su conservación son temas que preocupan a las personas desde el principio de los tiempos, en la actualidad estamos inmersos en una sociedad del bienestar, donde no es bien tolerado sentirse mal, por lo que, rápidamente, se buscan remedios de todo tipo. Actualmente, la convivencia entre la medicina tradicional y la científica u oficial es evidente, utilizándolas según necesidades, creencias o conveniencias de cada persona. Pero además de la convivencia existe una cierta relación de poder: entre la clase médica y los pacientes. Con este trabajo pretendemos demostrar esa convivencia y valorar la evolución de los conceptos de salud en una pequeña población de personas con una edad comprendida entre los 65 y 85 años, nacidas en el medio rural, que actualmente residen en una zona urbana de Ferrol. Así hemos constatado que actualmente se acude a ambos tipos de medicina, dependiendo de la gravedad del problema, de la confianza o de las conveniencias personales, conviviendo ambas medicinas en la población de estudio, para ello acompañamos las referencias etnográficas recogidas.

Palabras clave: Medicina tradicional, antropología, concepto de salud.

La salud y su conservación son temas que preocupan a las personas desde el principio de los tiempos, la enfermedad es interpretada como estar mal, y aunque, siempre tuvo importancia dentro de la sociedad, en la actualidad estamos inmersos en una sociedad del bienestar, dónde no es bien tolerado sentirse mal, por lo que, rápidamente, se buscan remedios o se acude al médico en busca de solución.

No quiere decir esto que antes (período referido a hace más de veinte años) no se hiciera lo mismo, pero sí que la enfermedad era vista desde otro punto, el enfermo era el centro de atención de toda la familia y/o del vecindario, y muchas dolencias eran curadas en casa, sin acudir al médico, claro que si analizamos esto podemos encontrar diferentes motivos y entre ellos la escasez de recursos: el médico solía cobrar, y entonces se le llamaba solamente en el caso de que los remedios tradicionales fallaran o ya no se sabía lo que hacer. Hoy en día, con el ritmo de vida que se lleva, en general, la enfermedad es mal tolerada y como el médico es un servicio gratuito, se acude a él a la mínima molestia, es decir se pasó de la utilización racional y con cautela al abuso, sobre todo en ambientes urbanos. Los motivos de utilización de los remedios tradicionales o también llamados "caseros" son múltiples, pero es posible destacar dos principalmente: por un lado estaría la creencia en la tradición y el escepticismo hacia la modernidad de la medicina y por otro la escasez de recursos económicos.

La convivencia actual entre la medicina tradicional y la científica u oficial es evidente, tanto desde el reconocimiento de la primera mediante la creación de cátedras de Medicina Alternativa (Zaragoza, Madrid, ...) como por el aumento de las Herboristerías o tiendas alternativas o por la convivencia de ambas a nivel de la vida diaria, utilizándolas según necesidades, creencias o conveniencias de cada persona. Pero además de la convivencia existe una cierta relación de poder: poder de la clase médica, ¿recelo por parte de los pacientes hacia ese poder representado por el médico? ¿desconfianza de ese poder y utilización de medicina alternativa o tradicional?...

Así, con este trabajo pretendemos demostrar esa convivencia y valorar la evolución de los conceptos de salud en una población de personas con una edad comprendida entre los 65 y 85 años, nacidas en el medio rural, que lo abandonaron en busca de una mejor calidad de vida en la zona urbana, aunque sin olvidar sus raíces, y que actualmente viven en una zona urbana de Ferrol, con características de zona verde: pequeñas huertas o jardines, y con una densidad de población mucho menor que en el centro de la ciudad, desde hace más de cuarenta años.

Las entrevistas comenzaban acerca de los remedios tradicionales utilizados antiguamente, prosiguiendo por los utilizados en la actualidad, con comentarios acerca la utilización del médico antes y ahora y sus diferencias con el curandero, manciñeiro o compostor (medicina tradicional), pasando por la vía de transmisión de los remedios, la confianza en médico y en curandero y la toma de remedios recetados por ambos, todo ello salpicado de comentarios acerca de sus ideas y conceptos acerca de la salud.

Es necesario destacar ciertas dificultades por parte de la entrevistadora para acceder a algún dato, por sus características de enfermera, a la que las personas entrevistadas acuden esporádicamente a solicitar consejo en materia de salud y que, es vista desde el aspecto de medicina oficial; esto supone, por un lado, facilidad para acceder a

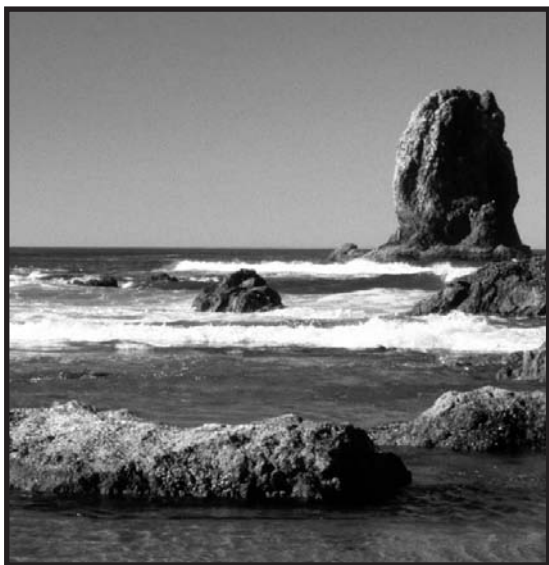


dichas personas, por la confianza que le tienen, pero por otro, cierto recelo a la hora de comentar aspectos de la medicina tradicional; todo ello, pienso que, motivado por la creencia de la no aceptación, por parte de la medicina oficial, de la medicina tradicional.

Los remedios tradicionales más utilizados en la infancia y juventud de los entrevistados, y los que continúan utilizando en la actualidad, figuran en los cuadros adjuntos.

La vía de transmisión es generalmente femenina, ya sea la madre o vecinas, aunque en un caso es un hombre, que es entendido en hierbas. La relación con el médico es importante: por un lado se acude a él en busca de remedios, y casi siempre se toma la medicación recetada, en cambio los consejos terapéuticos (dietas, modo de vida, etc.) son peor admitidos y aceptados en menor medida, sobre todo por la dificultad que conlleva su seguimiento, excepto en casos graves. Por otro lado se le considera garante de su salud y como, dada la edad de las personas citadas, suelen presentar alteraciones se acude a él sin problemas. Solamente una persona acepta de mal grado acudir a él o tomar remedios tanto oficiales como no, excepto en casos que ella considera peligrosos para su salud.

La mayoría de estas personas acude al médico cuando se encuentra mal, tiene una pequeña molestia o necesita un control de su enfermedad crónica,



y tal como dije antes, toma los medicamentos recetados, y realiza los consejos terapéuticos en menor medida, pero al mismo tiempo acude a remedios tradicionales que, considera más fáciles de seguir que una dieta o que une a los remedios recetados por el médico para aumentar su eficacia o que los utiliza como sustitutivos de la medicina oficial (en menor medida); algunas veces toma remedios, tanto oficiales como tradicionales, por iniciativa propia.

Sería bueno destacar que antes (desde la infancia a la madurez de los informantes), al médico, incluso también al practicante, se le veía como a una de las personas con más poder, poder debido a que podía curar pero también a su clase social, es decir, a su status: poseía casa o la compraba, tenía sueldo, no pasaba necesidades (se decía) ya que sus pacientes le llevaban regalos, generalmente en forma de alimento (jamones, chorizos, patatas, etc.). Es decir, era una persona respetada por su poder, y no digamos cuando conseguía curar a una persona de una enfermedad difícil.

Actualmente, los informantes, no tienen esa actitud hacia el médico o hacia otros profesionales de la salud, ya que consideran que como han cotizado a la Seguridad Social y además ésta es gratuita, es una obligación que el médico les atienda, como dicen ellos: “que para eso cobran”. Y al mismo tiempo el poder y prestigio social del médico de cabecera ha decaído. Con los médicos especialistas pasa algo similar, aunque como están en el hospital y (según los informantes) “estudiaron más”, tienen más prestigio y aún de vez en cuando les llevan regalos (aunque ahora ya no tienen la forma de alimentos básicos sino dulces o bebidas).

En lo referente a los curanderos, manciñeiros o compostores, dadas las características de la entrevistadora ya comentadas anteriormente, son bastante comedidos al comentar su visita a los mismos, diciendo que sí acudieron en alguna ocasión hace ya tiempo, sin comentar nada acerca del momento actual, pero descubriendo, a lo largo de la conversación, datos que pudieran indicar la consulta reciente a alguno de ellos.

Por otro lado es necesario destacar que antiguamente en su aldea, al curandero no se acudía solamente a buscar remedios para la salud de las personas sino también del ganado, siendo, el

curandero, alguien asequible, más que el médico, tanto porque generalmente no cobraba en dinero sino en especies: solicitando colaboración en tareas agrícolas, en alimentos o en otro tipo de favores, como por vecindad y conocimiento de sus acciones y actuaciones; siendo el médico oficial, conocido y aceptado, pero menos cercano, tanto por la diferencia de status social como por motivos económicos (el médico sí solía cobrar las visitas).

Aunque el número de personas estudiadas es pequeño se pueden extraer algunas conclusiones, como:

- Antiguamente, tanto por confianza en la tradición como por la escasez de medios económicos, se utilizaban remedios tradicionales en gran medida acudiendo a la medicina oficial solamente en casos graves.

- Actualmente se acude al médico oficial, se confía en él, se toman los medicamentos recetados por él, pero los consejos terapéuticos, sobre todo los referidos a dietas, se cumplen en menor medida, puede ser por la dificultad de su cumplimiento al suprimir alimentos considerados fundamentales en la dieta o por la poca importancia que se le da a las dietas terapéuticas; se utilizan remedios tradicionales tanto como sustitutivos como coadyuvantes de la medicina oficial, cuando surge alguna molestia y no se valora la necesidad de acudir al médico o cuando se desea reforzar un tratamiento determinado.

- Los curanderos, manciñeiros, compostores, ... siguen existiendo y continuando su tradición por transmisión, generalmente, a su/s hijos o a alguien de su confianza, pero en cierto modo se mantienen en un "obscurantismo oficial", es decir, la gente acude a ellos y son conocidos, pero como la medicina oficial no los acepta, las personas que acuden a ellos solamente lo reconocen ante otras personas de su confianza y sobre todo no pertenecientes a la medicina oficial.

- La vía de transmisión de remedios tradicionales suele ser femenina, tanto a través de la madre como de vecinas o amigas, aunque también hay excepciones.

A través de todas estas conclusiones es posible ver que la medicina tradicional y la oficial o científica conviven en la realidad cotidiana, y además que esa convivencia enriquece a ambas. Sería

aconsejable ampliar el estudio buscando las señales que nos indiquen el poder y la influencia ejercidos por los profesionales de la salud, hasta dónde llega y las repercusiones que puede tener en el cuidado, la prevención y la curación de las personas.

De la observación de las necesidades físicas, psíquicas o sociales de las personas, surge el progreso, el avance y las diferentes posibilidades para solventar, en este caso, los problemas de salud y, si un remedio tradicional es transmitido a través de diferentes generaciones, es que, posiblemente, produzca algún efecto beneficioso, de algún tipo, en las personas que en él creen.

Florence Nightingale (fundadora de lo que hoy conocemos como enfermería), decía en el siglo pasado: "Todo lo que tiene éxito no es producto de un esquema, de reglas y normativas establecidas previamente, sino de una mente que observa y se adapta a los deseos y necesidades"

REFERENCIAS ETNOGRÁFICAS RECOGIDAS PARA REALIZAR EL TRABAJO:

a. – Remedios utilizados en la infancia y juventud de los entrevistados:

1. – Zona de S. Román – Cedeira (A Coruña):

- Para catarro: cocer eucalipto y tomar los vahos, también leche con miel o cocer hojas o "gromos" de los pinos y beber esa agua

- Para dolor de barriga: huevo batido frito con ruda.

- Para las lombrices: oler ajo machacado (dice que las adormece).

- Para la fatiga, encontrarse mal o cuándo no se tiene ánimo, se cae a cualquier hora, duelen los tobillos, etc.: levantar la "paletilla", esto se realiza sentando al enfermo en el suelo con las piernas estiradas, entonces el "sanador" levanta los brazos del enfermo y si estos están colocados desiguales es que la "paletilla" está caída, si esto es así se leen unas palabras (o se rezan) y se da al enfermo agua bendita a beber, levantándole así la "paletilla".

2. – Zona de Esteiro – Cedeira (A Coruña):

- Para la gripe: leche con huevo batido y azúcar o una copa de aguardiente por la mañana "para desinfectar".

- Para la sarna: untar todo el cuerpo con nata
- Para dolor de estómago: manzanilla en infusión.

- Para el dolor de barriga: “roda de boiacan” que es una rueda hueca de color negro que parecía hueso y se colocaba alrededor del ombligo para calmar el dolor.

- Para engordar: sopa de manteca y pan y una taza de nata con pan (este remedio dice que se lo recomendó el médico cuando tenía una Pleuritis para reponerse y ayudar a eliminar el líquido pleural).

- Cuando se encontraba mal y no sabía de que: levantar la “paletilla”, que en esta zona era conocida como “espinilla”: se sentaba al enfermo en una silla, el “sanador” le levantaba los brazos y si estaban desiguales se los estiraba, este proceso lo repetía durante 4 ó 5 días hasta que los brazos estaban iguales y se le consideraba curado, aunque no podía realizar esfuerzos en varios días.

3. – Zona de Incio (Lugo):

- Para las lombrices: ruda machacada con huevo frito y batido o bayas de laurel y “xenébre-ga” machacadas con huevo batido y frito.

- Para el catarro: vino con romero o eucalipto con leche hervida y azúcar.

- Para la fiebre: gotas de ceruda (hojas verdes con jugo amarillo) o “friegas” con aguardiente.

- Para los sabañones: agua con sal.

- Para el dolor de estómago: manzanilla.

- También utilizaban la salvia pero no se recuerda para qué.

4. – Zona de O Val – Narón (A Coruña):

- Para las lombrices: ruda cocida: se bebía su agua y se colocaba la ruda en la garganta del enfermo.

- Para el catarro: se colocaba en el pecho un trapo untado con sebo caliente o se tomaba un ponche caliente a base de leche miel y aguardiente, también se metían los pies en agua caliente.

- Para el dolor de estómago: infusión de manzanilla.

- Para la fiebre: empapar al enfermo en leche y taparlo solamente con una sábana.

- Para el dolor de cabeza: colocar vinagre frío en el medio de la cabeza o en la frente o ruda

machacada en la frente amarrada con un paño.

- Cuando se encontraba mal: levantar la “paletilla”, que en este caso solamente conocía su ubicación: en la boca del estómago, sentaban al enfermo y el “sanador” le levantaba los brazos, si estaban desiguales rezaba unas “palabras” y se la levantaba, después no podía coger pesos.

5. – Zona de Anca – Narón (A Coruña):

- Para infecciones urinarias o vaginales: lavarse con el agua de hojas de nogal cocidas.

- Para dolor de pies, callos y durezas: ruda cocida.

- Para la garganta: “labazas” cocidas o “chantas” cocidas.

- Para el dolor de estómago: infusión de manzanilla.

- Para las lombrices: comer ajo, olerlo y frotarlo alrededor del ombligo.

- Para la fiebre: colocar dos rodajas de patata en las sienes, amarradas con un paño.

- Cuando se encontraban mal: levantar la “paletilla”, se colocaba al enfermo de rodillas y el “sanador” le levantaba los brazos, si no los tenía iguales la tenía caída y moviendo los brazos se la colocaba en su sitio.

- Para el catarro: se hervía vino con grasa de cerdo y aguardiente o se tomaba un ponche a base de leche hervida y manteca de cerdo.

- Para la anemia: vino tinto con azúcar y pan.

- Después de dar a luz: durante 2 ó 3 días se alimentaba a la madre a base de caldo limpio de gallina y sopas de pan y después se pasaba a una dieta con el fin de recuperarla a base de huevos batidos con cerveza (para que subiera bien la leche) y con azúcar y vino dulce (tipo Sanson) y también con chocolate hecho en agua con manteca y permanecía así durante 8 ó 15 días en cama.

b. – Utilización en la actualidad de remedios tradicionales (algunos transmitidos por la familia y otros no utilizados antes, pero “recetados” en la actualidad por amigos o conocidos):

1. – Consuelo (S. Román – Cedeira – A Coruña), utiliza actualmente:

- Levantar la “paletilla”: la sabe levantar ella.

- Vahos de eucalipto para la gripe o catarro y también caramelos de eucalipto.

- Infusiones de manzanilla para el dolor de estómago.

2. – Jesús (Esteiro – Cedeira – A Coruña), utiliza actualmente:

- Manzanilla para el dolor de estómago.

3. – Alicia (Incio – Lugo), utiliza actualmente:

- Manzanilla para el dolor de estómago.
- Vahos de eucalipto para el catarro o gripe.
- Infusión de hojas de olivo para la hipertensión.
- Verbena para el dolor de estómago.

4. – María (O Val – Narón – A Coruña), utiliza actualmente:

- Infusión de romero para la circulación y varices.
- Agua de cocer cebolla y la cebolla cocida 3 veces al día para bajar el colesterol.
- Agua de cocer piel de limón para la artrosis y gotas de limón con alcohol de 96° para la artrosis.
- Vinagre frío en la frente para el dolor de cabeza.
- Infusión de laurel, romero, ortigas y reina luisa para bajar el colesterol.

5. – Josefa y Adela (Anca – Narón – A Coruña), utilizan actualmente:

- Infusión de laurel, romero, ortigas y reina luisa para bajar el colesterol.

- Hojas y “leche” de pita en masajes en la zona dolorida para la artrosis: cae la piel y pasa el dolor.
- “Leche” de diente de león para las verrugas.
- Manzanilla para el dolor de estómago.

BIBLIOGRAFÍA

- Becoña, E.(1988) Medicina Popular. Ed. Ir Indo.
- Berger P.L., Luckmann T. (1999) La construcción social de la realidad. Amorrortu editores.
- Comelles J., Martínez A. (1993) Enfermedad, Cultura y Sociedad. Eudema.
- Ember C.R., Ember M. (1997) Antropología cultural. Prentice Hall.
- Eseverri Chaverri C. (1998) El paciente como centro de atención ¿utopía o realidad? Rev. Index de Enfermería 7, (7-11).
- Foster G.M. (1962) Las culturas tradicionales y los cambios técnicos. Fondo de cultura económica. México.
- Kottak C.P. (1997) Una exploración de la diversidad humana. Ed. McGRAW-Hill-INTERAMERICANA.
- Medicina popular e antropoloxía da saude. (1998) Actas do Simposio Internacional en homenaxe rendido a D. Antonio Fraguas. Consello da Cultura Galega.
- Ulrich B.T. (1996) Liderazgo y Dirección según Florence Nightingale. Ed. Masson.



EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA SALUD DE LAS MUJERES EN EL ÁREA DE CURRIDABAT (TIRRASES), SAN JOSÉ, COSTA RICA

Licda. Delfina Charlton L.

Profesora de Enfermería de La Universidad de Costa Rica
San Pedro, Montes De Oca



EVALUATION OF THE IMPACT OF WOMEN ON HEALTH IN CURRIDABAT (TIRRASES), SAN JOSE, COSTA RICA

A qualitative research was carried out in Curridabat (Tirrases, Costa Rica) by 10 leader women whose aim was helping their community to improve health conditions, achieve women empowerment, autonomy and adequate decision making, taking in consideration social, political and economical aspects.

Three group sessions dealt with health determining factors in the social, political and economical areas respectively.

Later, according to the objectives, a qualitative data analysis was performed and the results are presented in this work.

RESUMEN

El presente artículo es una investigación con metodología cualitativa, llevada a cabo en el Cantón de Curridabat (Tirrases) por 10

mujeres líderes de esa comunidad, cuyo interés primordial es ayudar a su comunidad para mejorar las condiciones de salud de esa población, conocer las estrategias para manejar la salud, lograr el empoderamiento de las mujeres, su autonomía y adecuada toma de decisiones para su vida personal y familiar, tomando en cuenta las áreas social, política y económica del estudio.

Para el desarrollo y logro de los objetivos propuestos, se trabajó con tres sesiones de grupos focales en diferentes momentos; abarcando diversos aspectos. En la primera sesión se trabajó “los determinantes de la salud en el área social” donde se elaboró una guía de preguntas abiertas distribuidas en categorías de género, salud y prácticas cotidianas. En la segunda sesión se desarrolló la temática “los determinantes de la salud en el área política”, con ello se abarcó la acción comunitaria y política. En la tercera sesión se desarrollaron “los determinantes de la salud en el área económica”, tomando en cuenta los recursos financieros y acceso a los servicios de salud de esa población.

Posteriormente, de acuerdo a los objetivos del trabajo investigativo, se realizó un análisis del contenido de la información en forma cualitativa, luego se hace una triangulación de los datos obteniendo los resultados que a continuación se describen.

LEXEMAS:

Administradoras del hogar: se refiere a las mujeres amas de casa.

EBAIS:

Se refiere al Equipo Básico de Atención integral en salud que existe en las áreas de salud de Costa Rica.

DETERMINANTES DE LA SALUD:

Son las situaciones de salud que forman parte de la cotidianidad del individuo, me refiero al modo de vida, estilo de vida de cada persona y sus prácticas de salud, así como los problemas de salud a los que se enfrentan.

AUTONOMÍA DE LAS MUJERES:

Conjunto de procesos de poder. Es construir un conjunto de derechos que aseguren un tipo de libertad para las mujeres.

INTRODUCCIÓN

La mujer es la clave en el proceso del desarrollo y en este momento es el sector más pobre entre los pobres. La eliminación de la discriminación, tanto social como cultural, política y económica, se ve reflejada en un alto servicio de salud sexual y salud reproductiva de calidad, que aportará beneficios en cuanto a: la mujer tiene autonomía, sobre todo en el programa de desarrollo humano. En este momento se carece a nivel mundial de esta autonomía y se deja sentir, aún más, en países en vías de desarrollo como lo es el caso de Latinoamérica. En un informe brindado por la Conferencia Mundial sobre Educación para todos en 1990, realizada en Tailandia, se refiere que 960 millones de adultos son analfabetos, de esa cantidad, dos terceras partes son mujeres; y que 130 millones de niños que no van a la escuela, el 70% son niñas. Es bien conocido que la mujer permanece en desigualdad de condiciones con respecto al hombre, sobre todo lo que concierne al desarrollo tanto social, económico, político y cultural. La participación de la mujer es escasa en estos ámbitos, ya que se le ha asignado el escenario doméstico, justificado por la visión enfocada a la función procreadora inherente a la femineidad, además a nivel de género el marginamiento que sufre la mujer es alto, en cuanto a la pobreza es la más perjudicada. Esta investigación permite detectar cuáles son los determinantes de la salud de la mujer que se caracterizan por su estabilidad económica, la visión de género y la triple jornada de trabajo (cuidado del hogar, desempeño reproductivo y trabajo), así como la desigualdad de oportunidades entre ellas mismas. Los resultados de esta

investigación serán un aporte para el proyecto de atención de salud en los cantones de Curridabat, que tiene la Universidad de Costa Rica en convenio con la Caja Costarricense de Seguro Social.

OBJETIVOS

Generales: desarrollar un perfil de los determinantes de la salud de las mujeres de Tirrases, así como el desarrollo colectivo de alternativas dirigidas hacia la promoción de la salud de la familia, grupos comunitarios y comunidad.

Específicos:

- Describir los determinantes de salud y salud reproductiva desde la perspectiva de género en el marco económico, social y político.
- Conocer las prácticas de salud de esas mujeres, sus creencias y mitos que manejan en la cotidianidad.
- Realizar en colaboración con las mujeres de la comunidad, desde el área social, económica y política, la construcción colectiva de alternativas para el mejoramiento de su salud.

SUJETOS DE ESTUDIOS

Para la presente investigación se trabajó con diez mujeres de la comunidad de Tirrases, las cuáles son líderes comunales. No se contó con la participación de los varones, porque no acudieron a las reuniones, a pesar de haberles invitado. Las reuniones se llevaron a cabo en grupos focales en tres oportunidades diferentes. En el primer momento se desarrollaron los determinantes de la salud en la esfera social. En el segundo momento se tomó en cuenta los aspectos políticos. En el tercer momento se discutieron los determinantes de la salud en la esfera económica. Con estas tres actividades desarrolladas se concluyó la investigación y se estableció el compromiso de otra reunión para dar a conocer los resultados y la socialización de la información. El análisis de los datos se llevó a cabo en forma cualitativa, con el fin de conocer la opinión de las mujeres de Tirrases acerca de su estado de salud y los determinantes que emplean para mantenerse en buen estado de salud, tomando en cuenta las esferas social, económica y política.

El desarrollo de la investigación tuvo una duración de seis meses.

Para ubicar al lector, se describe el lugar de la investigación:

Tirrasas, Curridabat, San José, Costa Rica. una población urbano – marginal que cuenta con 15.000 habitantes; comprende tres sectores distribuidos en:

Tirrasas 1 – 4.893 habitantes – 6 barrios

Tirrasas 2 – 3.980 habitantes – 7 barrios

Tirrasas 3 – 2.587 habitantes – 5 barrios

Las características más relevantes son: Viviendas de un solo aposento; problemas de pobreza; población inmigrante, indocumentada, que no asiste a los servicios de salud; principales problemas de salud: embarazo en adolescentes, prostitución, agresión física y sexual, abuso de drogas y precarismo.

Características de las mujeres del estudio: La población participante se ubica en el rango de edades comprendido entre los 31 y los 45 años. Edad reproductiva y de múltiples actividades en su cotidianidad. Todas las integrantes son costarricenses por lo que se observó el compromiso establecido con su comunidad y la lucha por su superación y bienestar. El 90% de las mujeres son administradoras del hogar y a pesar de sus múltiples ocupaciones en el hogar, se dedican a ayudar a otros (as) por el bienestar de su comunidad. En cuanto a su escolaridad, el nivel básico es el que predomina.



RESULTADOS:

En este apartado se analizan las voces de las mujeres de Tirrasas, haciendo uso de nombres ficticios para asegurar su confidencialidad. Estos datos fueron categorizados en las siguientes áreas:

a) Determinantes de la salud en el área social abarcando género, salud y prácticas cotidianas.

b) Determinantes de la salud en el área económica, en este rubro se toman en cuenta los recursos financieros disponibles, emergencias en salud, acceso a los servicios de salud.

c) Determinantes de la salud en el área política, abarcando aspectos de acción comunitaria y política, con estos se cubre el objetivo n° 1 de la investigación.

a) Los resultados obtenidos de la investigación, se evidencia en los siguientes logros en el Área Social:

Se observa un empoderamiento de estas mujeres en el cuidado de su salud y la preocupación por ayudar a otras para evitar enfermedades del aparato reproductor, asimismo se establece una buena organización para controlar la salud de la comunidad.

En cuanto a los determinantes de salud, ellas no lo mencionan como tal, sin embargo, se observa que analizan la situación de salud de su comunidad como parte de su problema de salud, lo cual las están afectando en diferentes circunstancias.

El grupo en general tiene una conciencia clara de que la salud sexual y reproductiva es alcanzar el nivel más elevado del bienestar físico y psicológico a través del goce sano responsable y seguro y el cuidado óptimo de su salud evitando riesgos de enfermar.

Otros resultados de la investigación que llaman la atención son los siguientes:

La mayoría de las mujeres de Tirrasas emplean la recreación como una buena práctica de salud acompañada de estilos de vida favorables que contribuyan al beneficio de su salud sin descuidar la responsabilidad y la conciencia social.

Una de las participantes hace mención de que “la mujer no se puede enfermar, porque se detienen las actividad de la casa”, sin embargo en la sociedad patriarcal este aspecto es subestimado por la

invisibilidad que se le da al trabajo que realizan las mujeres en la esfera doméstica.

Las mujeres del grupo focal sienten la necesidad de buscar estrategias urgentes para mejorar la salud de la población, por lo tanto es necesario promover espacios para identificar las necesidades de salud existentes y buscar soluciones en conjunto a los problemas encontrados. También es urgente proporcionar información necesaria para tomar decisiones en la vida diaria que les permita proteger su salud, se evidencia que los servicios de salud no dan una respuesta adecuada a la problemática. Se observa la necesidad de educar a la población de Tirrases, para que se autocuiden y busquen atención oportuna en caso de enfermedad, asimismo que se organicen con otras mujeres para enfrentar solidariamente los problemas de salud para mantenerse saludables.

b) Los resultados que se obtuvieron en el área política son los que se mencionan a continuación:

Las mujeres del grupo focal están altamente motivadas para participar activamente en el voluntariado y contribuir al bienestar de la comunidad en general y al mejoramiento de las condiciones de salud en particular. Los vínculos establecidos con el EBAIS son bastante positivos y existe consenso entre las participantes en cuanto a la valoración del trabajo que ahí se realiza. La seriedad del personal de salud y los programas desarrollados han establecido un clima de confianza que redundo en una mayor participación y motivación de parte de estas líderes.

Los problemas del suministro de agua y de energía eléctrica se agravan por cuanto por habitar precarios, estas personas se conectan a los servicios de la mejor manera que pueden, al hacerlo crean problemas de suministros y no aparecen registrados como usuarios directos de los servicios.

c) En los determinantes económicos o área económica se pueden mencionar los siguientes resultados:

La atención de la enfermedad y del cuidado correspondiente a la mujer en la medida de que se pueda realizar por los medios con que cuenta la familia. Cuando esto no es así, se recurre a los espacios institucionales (Caja Costarricense de Seguro Social), el costo de estos servicios, repre-

sentado por la cuota semanal o mensual. Así la atención de la salud es percibida como algo muy importante en las condiciones de vida de la familia. Para procurarse su atención, lo primero es conseguirse el acceso a los servicios públicos institucionalizados, tanto de enfermedad como de pensión. Para la prevención, la enfermedad y el cuidado cotidianos, se procura atenderlo dentro del hogar, en la medida de las posibilidades económicas y con la ayuda de familiares cercanos. La fragilidad económica, la distribución etaria de las participantes y las categorías ocupacionales de los jefes de familia, contribuyen a aumentar el peso de esa fragilidad y son fuente de gran tensión.

En efecto los bajos ingresos, el hecho de que los hijos se casen y dejen el hogar paulatinamente, contribuye a disminuir más los ingresos familiares y éstos tienen que ser distribuidos para atender todas las necesidades del hogar.

Objetivo Específico n°2: Conocer las prácticas de salud de esas mujeres, sus creencias y mitos que manejan en la cotidianidad. Este objetivo se logró en las sesiones de grupo focal analizadas de la siguiente manera:

Las prácticas de salud de las mujeres de Tirrases está basada específicamente al mejoramiento de un estilo de vida saludable que les permite desenvolverse en un ambiente que favorezcan su salud.

Las mujeres de Tirrases emplean la recreación como una buena práctica de salud acompañada de estilos de vida favorables que contribuyan al beneficio de su salud sin descuidar la responsabilidad y la conciencia social. También se menciona la importancia de mantener un ambiente saludable y limpio en el hogar y la comunidad. Sin embargo no mencionan las buenas relaciones interpersonales, cordiales y satisfactorias en la familia, el vecindario y la comunidad, aspecto importante de reforzar en estas prácticas cotidianas. Implementar la promoción de la salud como una estrategia conjunta que permita fortalecer el acceso a la salud de toda la población.

En el análisis del mito mencionado por una de las participantes “si la mujer se enferma se cae la casa”, al respecto se dice que la sociedad espera que las mujeres sean activas y autosuficientes en la

esfera doméstica, en donde no tienen derecho a enfermarse, esta lucha cotidiana de atender su familia hace que seamos sensibles al deterioro de la salud. Los mitos mencionados por las mujeres de Tirrases son dados por una sociedad androcéntrica, distorsionados por una ideología que asume características específicas de discriminación hacia la mujer.

Objetivo Específico n°3: Realizar en colaboración con las mujeres de la comunidad y los profesionales en salud, así como en las áreas económica, social y política, la construcción colectiva de alternativas para el mejoramiento de su salud.

La construcción colectiva de estrategias para el mejoramiento de la salud de la población de Tirrases, al respecto las mujeres manifiestan que: La necesidad de buscar estrategias urgentes para mejorar la salud de la población por lo tanto es necesario promover espacios para identificar las necesidades de salud existentes y buscar soluciones en conjunto a los problemas encontrados.

También refieren que es urgente proporcionar información necesaria para tomar decisiones en la vida diaria que les permita proteger su salud, se evidencia que los servicios de salud no dan una respuesta adecuada a la problemática de la comunidad.

Se observa la necesidad de educar a la población de Tirrases, para que se autocuiden y busquen atención oportuna en caso de enfermedad, asimismo que se organicen con otras mujeres para enfrentar solidariamente los problemas de salud para mantenerse saludables.

DISCUSIÓN

En resumen, estos objetivos se pueden analizar en forma integrada, tomando en cuenta las tres áreas, social, económica y política, de la salud de las mujeres.

La dimensión social de la salud fue abordada a partir de las condiciones de género y autoestima, la salud y las prácticas de salud. El análisis de las condiciones económicas abordó las dimensiones financieras y finalmente la dimensión política enfatizó los aspectos de participación política.

En cuanto a los aspectos de género y autoestima se determinó que las mujeres del grupo focal tienen internalizada su autonomía y adecuada toma de decisiones, y ésta se manifiesta en la importancia que las mismas conceden al brindar ayuda solidaria a otros con apoyo, amor y dedicación, para que todos juntos puedan construir, por medio de la igualdad, mejores condiciones de salud en esa comunidad. Esta percepción se relaciona directamente y refuerza la visión que estas mujeres poseen de su participación comunitaria.

En relación a las percepciones en salud, se reconoce que la salud es un factor fundamental del bienestar general, lo que hace que ellas asuman como responsabilidad el detectar los problemas que afectan las condiciones de salud y buscarles solución dentro del grupo familiar. Estas mujeres se perciben como responsables del bienestar total de las familias y dentro de ese bienestar, de la salud de sus miembros. Desde este punto de vista la mujer adopta comportamientos que le garantizan recursos para dar respuesta a las necesidades de salud.

En sus prácticas cotidianas, las mujeres manifiestan preocupación por la apropiación al mantenimiento de una buena salud, como lo son la higie-



ne, el descanso adecuado, la alimentación y los cuidados necesarios para enfermedades menores. En este respecto, estas mujeres desarrollan estrategias para garantizar estas condiciones que promueven una buena salud. Procuran un adecuado funcionamiento del hogar, que es su responsabilidad fundamental y generan acciones tendientes a garantizar el mantener esas condiciones.

Las buenas prácticas cotidianas en salud, no son sólo percibidas a nivel familiar, sino que también se manifiesta preocupación por la higiene en la comunidad: tratamiento de basura, vías de evacuación de las aguas pluviales, mantener los espacios públicos como comercios, parques, salones comunales y otros en buenas condiciones de salud. Hay una participación y sensibilización por involucrar a los diferentes miembros de la comunidad, por capacitarlos y sensibilizarlos hacia prácticas saludables y por resolver estos problemas colectivamente. No obstante lo anterior, no se reconoce una participación activa en la definición de las políticas institucionales en salud.

En cuanto a los mitos y las percepciones del rol de la mujer, se enfatiza el hecho de que la misma no se puede enfermar, pues es ella la responsable de mantener el bienestar del hogar y esto implica que aún durante su enfermedad guarda la responsabilidad del bienestar familiar, pese a que los miembros de la familia colaboran en diversas tareas para mantener el buen funcionamiento del hogar. Estas mujeres despliegan una gran cantidad de actividades de coordinación y de consecución de recursos en tiempo y trabajo de familiares y amigos para garantizar el bienestar de los miembros del grupo familiar.

Como se señaló previamente, cuando la atención requiere el acceso al medio institucionalizado de los servicios, el comportamiento que se asume es el de paciente, dejando de lado su participación activa como sujeto de salud.

AGRADECIMIENTO

Por este medio deseo expresar mis más sincero agradecimiento a todas aquellas que de una y otra forma han contribuido al desarrollo exitoso de la investigación. Sobre todo a la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica, por

el apoyo presupuestario. Al Comité de Investigación de la Escuela de Enfermería por el apoyo brindado. A las mujeres de Tirrases que participaron en el estudio, porque sin ellas no hubiese sido posible el logro de la investigación. A las personas de la Corporación Canadiense AUCE Scala, por el apoyo presupuestario para la presentación de la investigación en la ciudad de Montreal, Canadá.

A todos ellos y ellas, mil gracias, Dios les bendiga siempre.

BIBLIOGRAFÍA

- Badilla, Leda. (1994) Género y Salud. Programa mujer, salud y desarrollo. O.P.S. Costa Rica.
- Buendía, Leonor et al. (1993) Métodos de Investigación Psicopedagógica. Mc Graw Hill. Madrid.
- Breilh, Jaime. (1990) La mujer y la triple jornada. Cepom.
- Lagarde, Marcela. (1997) Claves feministas para el poderío y la autonomía de las mujeres. Puntos de encuentro.
- León, Magdalena. (1998) Poder y Empoderamiento de las mujeres. Editorial TM. Colombia.
- Monge, Rocío y otra. (2000) Salud Mental y Conceptos Psicosociales en la salud de la mujer, U.C.R.
- Martínez F. et al.. (1998) Salud Pública. Mc Graw Hill. Madrid.
- O.P.S. Atención primaria en salud. (1978) Editorial Ginelda. New York.
- O.P.S. Género, mujer y salud en las Américas. (1993) Publicación científica N° 541 Washington D.C.
- O.P.S. Protocolo de Investigación. Violencia Intrafamiliar. (1998) Washington.
- Pérez, Dellanira. Autoestima. Centro de nuestras vidas. Colectivo de Mujeres. San José.
- Profamilias. Hablemos de Salud Sexual y Derechos Reproductivos. (1998) Boletín N° 4. Bogotá.
- Ruiz. Consuelo et al. (1991) La salud de las mujeres en atención primaria de salud. Sanidad Pública N° 4. Madrid.
- Taylor S.J. y otro. (1984) Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Paidós, Barcelona.
- UNFPA. La promoción de la salud. Nuevo enfoque secretaría de salud. Handures.
- U.C.R. Análisis de la situación integral de salud, sector 1, 2, 3, Distrito de Tirrases. Programa de Salud U.C.R. - C.C.S.S. (1999) Costa Rica.

TEORÍA Y MÉTODO

EL PROCESO DE ATENCIÓN Y LA RELACIÓN DE AYUDA, EN ENFERMERÍA PEDIÁTRICA

Ferrer Pardavila, Angeles
García Sampedro, Rosario
Barreiro Bello, José María.

Enfermeros. Servicio de Lactantes. Hospital Teresa Herrera.
Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. - As Xubias 15006. A Coruña.



OBJECTIVES

To reflect on care and help relationship in a nursing scope.

To establish the existing links between nursing process and help relationship, focusing on a real case.

To highlight, based on the results, the importance of its integration in care.

OBSERVACION CLÍNICA. DEVELOPMENT OF NURSING PROCESS AND HELP RELATIONSHIP

This study was made in the infant unit of Teresa Herrera Hospital (CH J. Canalejo. A Coruña). Description of an eleven months female infant case hospitalised with her mother. The infant came in because a ponderal stagnation, connate cardiopathy (Aorta coartation, Arterial Ductus, Interventricular communication) and Down Syndrome.

Needs assessment according to the Virginia Henderson's model, defining the nursing diagnosis with the NANDA taxonomy adapted to the informatic application for nursing care management (GACELA,).

The diagnostics identified were: Mobility affectation, Alteration of body temperature, Risk of traumatism, Risk of low feeding intake, Parental function alteration, Mother anxiety, Risk of stress in the development of caregiving role, Risk of sleep impairment. With activities of: communication, feelings expression, anxiety coping, psychological support and positive reinforcement, a

NURSING CARE PORCESS AND HELP RELATIONSHIP IN PAEDIATRIC NURSING

INTRODUCTION

The needed knowledge for nursing care must approach the person from biological, psychological, spiritual and social perspectives, spheres, points of view, framed in a conceptual model that organizes all the collected information, determines philosophy and establishes action lines within the context of the nursing attention process as an scientific method that systematizes work and takes the chosen model to practice. It is necessary to maintain interpersonal relationships in addition to ethical and legal knowledge and therapeutic communication with patients and relatives. We consider that all of these are key elements for the implementation of help relationship.

strong interpersonal communication and a significant relationship between the baby, her mother and the staff was established. The mother lived a positive and constructive change in her way of thinking and behaviour improving her problem resolution efficacy.

CONCLUSIONS AND DISCUSSION

A conceptual model based on the Nursing Process can't be developed without focusing on help relationship (fundamental axis on care process) with patients and relatives.

Nursing professionals need the adequate education to assume this kind of interventions, as well as more implication and responsibility in these interventions.

We will highlight the importance of the work of multidisciplinary teams.

We rely on help relationship as a personal growth process of health system users and professionals, family implication being essential in this process.

KEY WORDS

Pediatric Nursing, Nursing care, Helping behavior, Relationship.

INTRODUCCIÓN

Los conocimientos necesarios para los cuidados de enfermería tienen que contemplar a la persona en sus esferas biológica, psicológica, espiritual y social. Enmarcados en un modelo conceptual que organice toda la información recogida, nos marque la filosofía y establezca líneas de acción, en el contexto del proceso de atención de enfermería (P.A.E.) como método científico que sistematice el trabajo y lleve a la práctica el modelo elegido. Es necesario mantener unas relaciones interpersonales además de conocimientos éticos, legales y comunicación terapéutica con el paciente y/o familia. Consideramos que todos estos elementos son la clave para que pueda llevarse a cabo la relación de ayuda (R.A).

OBJETIVOS

- Reflexionar sobre el cuidado y la relación de ayuda en el ámbito enfermero.

- Establecer la vinculación existente entre el proceso de atención enfermero y la relación de ayuda, centrándolo en un caso real.

- Transmitir la importancia de su integración en los cuidados, basándonos en los resultados.

MATERIAL Y MÉTODO

Trabajo realizado en la unidad de lactantes del Hospital Teresa Herrera, C.H.J. Canalejo de A Coruña. Descripción de un caso de una niña de 11 meses hospitalizada con su madre; que ingresa por: estancamiento ponderal, cardiopatía congénita (Coartación de Aorta, Ductus arterioso, Comunicación interventricular) y Síndrome de Down.

Valoración de las necesidades según el Modelo de Virginia Henderson, definiendo los diagnósticos enfermeros por la Taxonomía NANDA y adaptados al programa informático de Gestión asistencial de cuidados de enfermería línea abierta (GACE-LA).

Hemos identificado los diagnósticos: Afectación de la movilidad física. Alteración de la temperatura corporal. Riesgo de traumatismo. Riesgo de bajo aporte de nutrientes. Alteración de la función parental. Ansiedad de la madre. Riesgo de tensión en el desempeño del rol cuidador. Riesgo de perturbación del sueño.

Expondremos como llevamos a cabo todo el proceso de interrelación en el cuidado, entre el personal de enfermería con la niña y madre; así como los resultados obtenidos.



CONCLUSIONES

El P.A.E. a partir de un modelo conceptual, no puede efectuarse sin un enfoque de relación de ayuda (eje fundamental del proceso de cuidados) con los pacientes y/o familias.

Los profesionales de enfermería necesitamos una formación adecuada, para asumir este tipo de intervenciones, así como mayor implicación y responsabilidad en las mismas.

Destacaremos la importancia del trabajo en equipos inter-multidisciplinar.

Apostamos por la relación de ayuda como un proceso de crecimiento personal de los usuarios y profesionales.

PALABRAS CLAVE

Enfermería pediátrica, Atención de enfermería, Conducta de ayuda, Relación de ayuda.

INTRODUCCIÓN

Desde hace unos años los profesionales de enfermería, estamos intentando introducir de forma estructurada en la práctica asistencial, la aportación específica que la profesión tiene que prestar en el cuidado de la salud de la población.

Para la interrelación enfermera – paciente en la teoría y en la práctica asistencial. Son necesarios conocimientos para que los cuidados de enfermería contemplen a la persona en su esfera biológica, psicológica, espiritual y social con unos principios bioéticos y legales, enmarcados en un modelo conceptual que organice toda la información recogida y establezca la filosofía y líneas de actuación, en el contexto del proceso de atención de enfermería (P.A.E.) como método científico que sistematiza el trabajo y lleve a la práctica el Modelo de cuidados elegido. Consideramos que todos ellos son elementos clave para que pueda llevarse a cabo la relación de ayuda (R.A).

Partiendo de conocimientos teóricos aportados por: Rogers, Chalifour, Carkhuff, Cibanal, Peplau, Adam, coinciden que la relación de ayuda va más allá de la aplicación de técnicas y conocimientos; presupone una condición unificada de la persona, la ayuda y las maneras de hacer y ser para dispensar ésta.

El individuo posee en sí mismo una cantidad de recursos para la auto comprensión, para cambiar su imagen y sus actitudes psicológicas; hacia la consecución de esta meta, van dirigidos los esfuerzos del enfoque centrado en la persona a través de una relación de calidad.

Además requiere por parte de la enfermera un buen conocimiento personal (creencias, valores, experiencias pasadas...) y teorías sobre las que se apoyen sus observaciones, el sentido que les da y las intervenciones que decide aplicar.

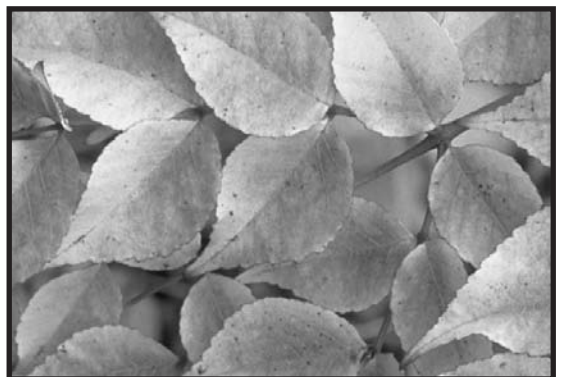
La relación de ayuda no se aplica a los cuidados como el P.A.E. o el método de solución de problemas; al contrario es intrínseca a los cuidados.

Cibanal entiende que “en el saludo inicial puede ponerse en juego toda la relación”; para él la ayuda es un intercambio humano y personal entre dos seres, en el que uno de ellos (la enfermera) captará las necesidades del otro (paciente) con el fin de ayudarlo a descubrir otras posibilidades de percibir, aceptar, y de hacer frente a su situación actual.

Todo esto percibido por ambos participantes bajo una óptica de crecimiento y no exclusivamente como solución al problema.

El Modelo de Necesidades de Virginia Henderson, expresa, dentro de su teoría que “la enfermera debe ser capaz de valorar las necesidades del paciente, bajo las condiciones y estados patológicos que las alteran” y que no puede efectuarse sin un enfoque de la Relación de ayuda con el paciente.

Centrándonos en el ámbito hospitalario, la relación de ayuda va intrínsecamente unida a situaciones de cada día, tales como: familiares de pacientes que se sienten perdidos y ansiosos por la nueva



situación. Miedo, ante nuevos tratamientos. Ansiedad, por una enfermedad grave o incurable, un niño con “necesidades especiales”, los niños con enfermedades crónicas y las familias de estos con enfermedades terminales.

Por lo tanto, hablar de relación de ayuda parte de la formación en aspectos tales como: acogida, actitud y respuesta empática, escucha activa, autenticidad, congruencia, y confrontación. Estamos convencidos de que este es el camino para conseguir humanizar la asistencia sanitaria a los usuarios; así como los programas de salud mediante la adquisición de competencia relacional y emocional.

OBJETIVOS

- Reflexionar sobre el cuidado y la relación de ayuda en el ámbito enfermero.
- Establecer la vinculación existente entre el proceso – atención – enfermero y la relación de ayuda centrándolo en un caso real.
- Transmitir la importancia de su integración en los cuidados, basándonos en los resultados.

DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DEL CASO CLÍNICO

Trabajo realizado en la Unidad de Lactantes del Hospital Teresa Herrera del Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo de A Coruña

DATOS DE LA HISTORIA DE ENFERMERÍA.

Niña de 13 meses que ingresa en la Unidad de Lactantes, acompañada de su madre y su abuelo paterno. Familia ya conocida por ingresos anteriores. Domicilio familiar en el medio rural. Es la tercera hija, con hermanas de 11 y 13 años.

DIAGNOSTICOS MÉDICOS

Cardiopatía congénita (coartación de aorta, ductus arterioso, comunicación interventricular) y síndrome de Down.

Fue intervenida a los 6 meses de edad, precisando reintervención de su cardiopatía cuando recupere el peso adecuado. El motivo del ingreso es estancamiento ponderal e hipertermia.

Valoración de signos y síntomas:

Hipertermia. Afectación de la movilidad física. Secreción nasal y ocular. Ingesta calórica inadecuada. Estancamiento ponderal.

Entrevista con la madre.

Observamos llanto cada vez que habla de su hija. Manifestando que es incapaz de que la niña coma. Habla de su hija diciéndonos “que va hacer con una niña con tantos problemas, no es normal por su corazón y lo otro”.

Por otra parte, cuando la coge en brazos o le hace algún cuidado, llora, como también lo hace la niña. Nos manifiesta que, coincidiendo con el nacimiento de su hija, su marido la abandonó y se encuentra muy sola con el problema.

Una enfermera coordina el equipo y es la que establece la comunicación terapéutica principal con la madre y el resto del equipo multidisciplinar. Con los objetivos planteados; por el equipo se sigue la evolución de la niña valorando los resultados y la necesidad de ajuste de los mismos, mediante la evaluación de los registros de enfermería. Valoración de las necesidades según el Modelo de Virginia Henderson, definiendo los diagnósticos enfermeros por la Taxonomía NANDA y adaptación al programa informático de Gestión asistencial de cuidados enfermeros línea abierta (GACELA).

Plan individualizado de cuidados con los siguientes diagnósticos de Enfermería:

- 1. Afectación de la movilidad física.** Relacionado con (R/C) afectación neuromuscular.
- 2. Bajo aporte de nutrientes.** R/C Ingesta calórica inadecuada.
- 3. Riesgo de perturbación del sueño.** R/C Hospitalización y cuidados.
- 4. Riesgo de traumatismo.** R/C Edades extremas.
- 5. Riesgo de alteración de la temperatura corporal.** R/C Enfermedad.
- 6. Alteración de la función parental.** R/C Crisis situacional.
- 7. Ansiedad (de la madre).** R/C Amenazas salud, rol, entorno.
- 8. Riesgo de tensión en el desempeño del rol cuidador.** R/C Prolongación de los cuidados.

DIAGNÓSTICOS	FACTOR DE RELACIÓN	OBJETIVOS	ACTIVIDADES
<p>Afectación de la movilidad física</p>	<p>Afectación neuromuscular</p>	<p>Recuperará su patrón de movilidad al alta. La madre expresará su deseo de cooperar en la movilización durante la estancia hospitalaria.</p>	<p>Ejercicios activos Instruir sobre movilización Mantenerla sentada Cogerla en brazos. Programa de estimulación y rehabilitación.</p>
<p>Bajo aporte de nutrientes</p>	<p>Ingesta calórica inadecuada</p>	<p>Tendrá cubiertos los requerimientos diarios de aporte calórico. Recuperará al alta el patrón de ingesta correspondiente a sus necesidades metabólicas.</p>	<p>Instruir sobre alimentación-nutrición. Establecer una dieta progresiva. Apoyo psicológico a la niña-familia. Poner en contacto con grupos de apoyo. Pesar Alimentación por vía oral Controlar ingesta de alimentos Observar signos y síntomas de ansiedad. Acompañamiento durante las comidas. Alimentación por sonda nasogástrica. Mantener sonda nasogástrica.</p>

<p>Riesgo de perturbación del sueño</p>	<p>Cambios en la rutina diaria Cuidados</p>	<p>Dormirá 4 horas seguidas cada noche.</p>	<p>Instruir sobre reposo-sueño. Reposo sueño, atención acomodar. Reposo sueño, atención ambiente. Reducir al mínimo los cuidados nocturnos. Observar signos y síntomas de ansiedad.</p>
<p>Riesgo de traumatismo</p>	<p>Edades extremas</p>	<p>No sufrirá ninguna caída durante su estancia. La familia identificará los factores de riesgo de traumatismo dentro del hospital.</p>	<p>Instruir sobre el grado de riesgo de caída. Instruir sobre la prevención de accidentes-lesiones.</p>
<p>Riesgo de alteración de la temperatura corporal</p>	<p>Enfermedad</p>	<p>Mantendrá la temperatura corporal entre 36° – 38° C. La familia ajustará la ropa personal y de cama a la temperatura ambiente.</p>	<p>Control de la temperatura. Ajustar ropa personal y de cama. Aplicar medidas físicas. Observar signos y síntomas de hipertermia. Valorar necesidad y eficacia de antitérmicos. Instruir sobre signos y síntomas que deben comunicarse y administración de medicamentos. Informar a la familia (especificar).</p>

<p>Alteración de la función parental</p>	<p>Crisis situacional</p>	<p>La familia verbalizará sentimientos positivos con respecto a la niña al alta.</p>	<p>Familia, apoyo y orientación Facilitar comunicación, presencia física. Observar expresiones no verbales.</p>
		<p>La familia verbalizará sentimientos positivos con respecto a la niña al alta.</p> <p>La familia expresará sentirse capaz de cuidar a la niña.</p> <p>La familia manifestará conocer la importancia que tiene su tiempo y dedicación para la niña.</p>	<p>Familia, apoyo y orientación Facilitar comunicación, presencia física. Observar expresiones no verbales. Observar signos y síntomas de ansiedad. Promover expresión de sentimientos. Valorar relaciones familiares. Responder preguntas y dudas. Instruir sobre cuidados del recién nacido-lactante. Poner en contacto con grupos de apoyo. Poner en contacto con personas de referencia Poner en contacto con otros profesionales. Informar a los familiares. Apoyo psicológico a paciente, familia y allegados. Cuidados psicológicos. Escucha activa. Terapia de orientación. Terapia de refuerzo positivo. Relación de ayuda. Poner en contacto con entidades.</p>

<p>Ansiedad (familia)</p>	<p>Amenazas salud, rol, entorno</p>	<p>Manifestará conocer el efecto de su ansiedad sobre la niña.</p> <p>Manifestará sus dudas y temores.</p>	<p>Observar signos y síntomas de ansiedad. Observar expresiones no verbales. Promover expresión de sentimientos. Responder preguntas y dudas. Familia, apoyo y orientación. Poner en contacto con otros pacientes. Poner en contacto con otros profesionales. Facilitar comunicación presencia física. Proporcionar medidas de comodidad-comfort. Cuidados psicológicos.</p>
<p>Tensión en el desempeño del rol cuidador</p>	<p>Prolongación de los cuidados</p>	<p>La familia estará informada de los recursos disponibles al alta.</p> <p>Demostrará comprensión de los cuidados en su domicilio al alta.</p>	<p>Observar signos y síntomas de ansiedad. Valorar relaciones familiares. Promover expresión de sentimientos. Poner en contacto con grupos de apoyo. Familia, apoyo y orientación. Facilitar comunicación-presencia física. Responder preguntas y dudas. Favorecer autonomía en el autocuidado. Cuidados psicológicos...</p>

DESARROLLO DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y RELACIÓN DE AYUDA

La aplicación del modelo de Virginia Henderson y la Valoración de las necesidades nos han sido necesarias para poder valorar al paciente-familia, considerándolo como un ser humano único y complejo, con componentes biológicos, psicológicos, socio-culturales y espirituales.

La entrevista de enfermería es un buen método para la recogida de datos y para poder, mediante un análisis detectar los posibles problemas y empezar ya su prevención y/o resolución.

Para ello, además de la recogida de datos, la planificación de cuidados y la aplicación de las intervenciones, resulta esencial para la enfermera, establecer una relación significativa con el cliente: Debe presentarse adoptando actitudes de cálido respeto, comprensión empática, autenticidad y consideración positiva (según Cibanal... “en el primer saludo, se juega”).

La enfermera debe tener una visión clara de su propia concepción de la persona, de la salud, de la enfermedad, de la ayuda, una adecuada comprensión de los de los procesos que se desarrollan durante la relación, una percepción justa de las fuerzas y los límites del enfoque que decide realizar ²¹.

En la relación de ayuda, diferentes autores describen las etapas de que se compone. Pensamos que están enmarcadas dentro del proceso de atención de enfermería.

Por otro lado, haciendo una revisión de los objetivos que serían necesarios para plantear la relación de ayuda nos encontramos que aparecen en nuestro plan de cuidados:

- Disminuir el miedo y la ansiedad
- Hacer frente a los problemas que surjan con nuestra salud
- Enfocar varias posibilidades de solución
- Aceptar situaciones difíciles (enfermedades graves, pérdidas)
- Aprender nuevas formas de enfocar estos problemas

Tratando de dar claridad a una nueva situación y encontrándole un nuevo sentido a la vida.

En la RA, diferentes autores describen las eta-

pas que la componen. Hemos seguido el Modelo de H. Peplau, para describir el proceso.

La etapa previa o de configuración del encuentro. Orientación, es la de valoración-orientación (acogida). Con los primeros datos obtenidos, planificamos la aproximación y ayudamos a la madre a ver la necesidad de su implicación en el proceso.

A continuación con la escucha activa y de modo empático, estableceremos una relación significativa tratando de identificar y clarificar los problemas, manifestándole nuestro apoyo y comprensión. Se le invita a hablar de lo que ella le preocupa, dejando fluir sus emociones, sentimientos e ideas, así como a manifestar sus miedos e incapacidades “no soy capaz de que la niña coma, que voy a hacer con ella, con tantos problemas, estoy sola...”. En esta fase de identificación, es en la que las relaciones, necesidad de ayuda y las tareas asumidas por cada uno responden a las necesidades identificadas en el proceso del trabajo enfermero.

Entramos en la fase de reestructuración en la que es necesario por nuestra parte, explicar y confrontar, tratando de hacerle ver, nuevas responsabilidades y su necesaria e importante colaboración; ayudándole a ver las dificultades y nuevas posibilidades.

Se le informa sobre el Síndrome de Down, aclarándole falsas creencias, como “que no todos los niños tienen las mismas potencias ni dificultades”. Contactamos con la Asociación del Síndrome de Down y también con madres de niños con problemas cardíacos y el mismo síndrome, acudiendo una madre acompañada de su hijo. Nos manifiesta tras la visita, “lo bien que estaba este niño con el mismo problema”.

Destacamos la importancia de la estimulación de la niña y reforzamos sus capacidades, como persona y madre.

Posteriormente, en la fase de programar acción el personal de enfermería y la madre, identificamos los problemas y marcamos objetivos mediante la interacción y la observación. Formulamos los diagnósticos de enfermería, proponiendo con ella los objetivos marcados y la prioridad de los mismos, informándole de los cambios posibles y alternativas.

Podríamos señalar como actividades de rela-

ción de ayuda: la comunicación con el paciente y familia, promover expresión de sentimientos, observar signos y síntomas de la ansiedad, observar expresiones verbales y no verbales, apoyo psicológico y terapia de refuerzo positivo, información e instrucción acerca de todos los cuidados y técnicas, poner en contacto con grupos de apoyo

Etapas de desarrollo y resolución en esta etapa trabajamos conjuntamente los objetivos y las acciones para llevar a cabo su logro.

Como objetivos prioritarios, eran la ganancia ponderal, la capacitación y seguridad de la madre en los cuidados de la niña. Se instruye y refuerzan conocimientos en cuanto a la alimentación, su importancia en el desarrollo, mejora del tono muscular, la actitud de ella en la comida y la importancia de la misma ante la niña a la hora de comer “la niña estaba muy atenta a como se desarrollaba”.

En un principio, a la niña fue preciso ponerle una sonda nasogastrica (SNG) para completar su ingesta. A la madre, se le enseñó su manejo, los cuidados y la pautas de alimentación; como surgieron dificultades, vómitos, intolerancia y negación a comer se decide dar un pequeño margen de tiempo controlando el peso y se valoraría hacer una gastrostomía. Aquí se añadió un nuevo problema para la madre, al ver que a la niña tendría que alimentarla por una sonda en el abdomen.

Al principio el personal de enfermería le dio las comidas, explicándole a la madre que ella también lo podía hacer, con tranquilidad, por que la ansiedad podía ser una de las causas de negación de la niña a comer. Poco a poco, fue ganando peso, se administra alimentación por boca y otros complementos por sonda. A medida que pasan los días, la madre gana confianza y la niña logra alimentar solo por boca. Se va a su domicilio sin SNG.

Durante el proceso se refuerzan positivamente todos los logros, con la ganancia ponderal la niña comienza a sentarse, aumentando su tono muscular, sonríe, coge objetos y tiene ganas de jugar. Su madre nos manifiesta “ir sintiéndose más segura y contenta”. Expresó sentimientos, disminuyendo el miedo y la ansiedad.

La madre supo también como buscar en una parte de su familia a las personas de apoyo.

Durante la hospitalización se desarrollo una

importante comunicación interpersonal con la madre y el equipo de profesionales. Se pusieron en marcha actitudes de comprensión y respuesta empática, respeto, autenticidad e inmediatez. Junto a estas actitudes, las técnicas de comunicación que se pueden utilizar son básicas para mejorar el proceso, como: la confrontación, escucha activa y reformulación.

Todo este trabajo se realizó en equipo con los Terapeutas Ocupacionales, Psicólogo, Trabajadora Social, Médicos y Enfermeras.

Fase de separación, fin de la relación, para esta etapa se adiestró a su madre en los cuidados a seguir en el domicilio sobre: alimentación, preparación de biberones y necesidades nutritivas, técnicas de estimulación, administración y dosificación de las medicaciones.

También contactamos con los Servicios Sociales de su lugar de residencia para el seguimiento y apoyo así como con un Centro de Estimulación, ya que la distancia del domicilio al hospital es considerable.

En el caso que nos ocupa, la madre vivió un cambio constructivo y positivo en su modo de pensar y comportarse, entendiendo que todo ello forma parte de las características de las personas ante los problemas de la vida.

La implicación de la madre en el proceso supuso una mejor relación, consiguiendo así una mejora y eficacia en la resolución de problemas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La necesidad e importancia de la relación de ayuda, o interrelación enfermera-paciente, es una parte fundamental en nuestra práctica clínica.

Las personas enfermas demandan no solo cuidados físicos, parcela que siempre ha estado cubierta, sino ser escuchados y comprendidos.

Creemos importante integrar la R.A. en el Rol de enfermería, como herramienta necesaria en las relaciones interpersonales, para lograr procesos dinámicos de ayuda en la resolución de problemas

Pensamos que es importante profundizar, por parte de enfermería en los conocimientos acerca de la R.A. con el fin de mejorar la unificación de criterios y mejorar la calidad de los cuidados prestados.

Apostamos por la R.A. como un proceso de

crecimiento personal de los usuarios y profesionales, que puede resolver problemas físicos que llegarían a desencadenar en problemas de conducta.

El Proceso de atención de enfermería a partir de un modelo conceptual, no puede efectuarse sin un enfoque de relación de Ayuda con los pacientes y/o familias.

Los profesionales de enfermería se han simbolizado como la persona que ayuda a los demás de su entorno, a curar y a cuidarlos en sus enfermedades, es decir que orientamos nuestra asistencia hacia aquellos que tiene necesidad. Con esta denominación podemos afirmar que nuestra profesión es de ayuda.

Estimamos que la relación de ayuda debe ser enseñada en las escuelas; para conseguir las habilidades necesarias de comunicación en la relación con los pacientes.

Pensamos que en realidad el entrenamiento en habilidades de comunicación se ha ceñido durante mucho tiempo, a profesionales que trabajaban directamente en salud mental.

Todo ello ocasiona que los profesionales de enfermería que hemos carecido de esta formación y entrenamiento, precisemos adquirir conocimientos, habilidades y experiencia personal en su aplicación, para asumir este tipo de intervenciones, así como mayor implicación y responsabilidad en las mismas.

Destacamos la importancia del trabajo en equipos multidisciplinares.

La planificación de cuidados al alta y su seguimiento, son pautas necesarias para completar el proceso de atención de enfermería.

El que necesita ayuda y el que la da, trabajan juntos.

BIBLIOGRAFÍA

- Alfaro R., (1998) Aplicación del Proceso de Atención Enfermería. Doyma. Barcelona

- Base de conocimientos del programa de Gestión Asistencial de Cuidados de Enfermería Línea Abierta (GACELA) del Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña

- Bevia, B. Cibanal, L. (1991) La relación como instrumento básico para Enfermería en todos los niveles de Atención. *Enfermería Científica* 117, 16-26.

- Bermejo, J C. Carabios, R. (1998). Relación de Ayuda y Enfermería.: Sal Térrea. Santander. p.18.

- Bermejo, JC. (1998) Apuntes de relación de ayuda. Sol Térrea. Santander.

- Carbelo, B. Rodríguez, S. (1999) La autoestima un elemento fundamental en la relación de ayuda. *Metas Enfermería* 11, 9-14.

- Cibanal, L. (1991) Interrelación del profesional de enfermería con el paciente. Doyma. Barcelona.

- Cibanal, L. Bebia, B. (1999) Valoración de la entrevista. *Habilidades comunicacionales. Enfermería Científica* 204-205, 5-9.

- Corella, JM. Mas, T. Enfermería y cuidados paliativos. Relación de ayuda. *Enfermería Integral*; 50, XLIII-XLVI.

- Diez, T. La relación de ayuda y la promoción de la lactancia materna. *Comunicación Enfermera*: 2-7.

- Fernández, C. (1998) Modelo de Hildegard Peplau y relación de ayuda. *Enfermería clínica* 8, 24-28.

- Fontanals, A. Colell, R. Rius, P. (1994) Relación de ayuda en los cuidados enfermeros. *Revista Rol Enfermería* 190, 67-71.

- Giordan, B. (1997). La relación de ayuda de Rogers a Carkuff. *Desclee de Brouwez; Bilbao*. pp. 125. pp.217.

- Henderson, Riopelle, Grondin y Phaney (1994) El concepto de fuente de dificultad para mantener la independencia según *Enfermería clínica* 5, 1-2.

- Hildegard E. Peplau. (1993) Relaciones interpersonales en Enfermería. Masson-Salvat Enfermería. Barcelona.

- Jover, C. Subirana, M. (1995). Relación de ayuda en el ingreso hospitalario. *Revista Rol Enfermería* 206, 23-29.

- Marrero, D. Estévez, C. Guerra, G. Ortiz, T. (1999) ¿Hasta donde la relación de ayuda? A propósito de una experiencia. *Metas Enfermería* 17, 8-11.

- Mauleon, M^a A. Mauleon, M^a E. Yáñez, I. (1995) Manejar la ansiedad. *Revista Rol de Enfermería* 197, 39-44.

- Mauleon, M^a A. Mauleon, M^a E. Yáñez, I. (1995) Ansiedad ¿Cómo manejarla? *Revista Rol Enfermería* 197, 29-33.

- Editorial. (1995) La empatía elemento clave de la relación de ayuda. *Nursing* 7.

- NANDA (2002) Diagnósticos Enfermeros. Harcourt. Madrid.

- Rodrigo, T. (1996) Diagnósticos Enfermeros. Doyma-Mosby. Barcelona pp.14, 19, 62, 90, 101, 140, 225.

- Rodríguez, M. (1997) Relación de ayuda en los cuidados de enfermería. *Revista Rol de Enfermería* 11, 17.

- Riopelle, L. Grandin. (1997) Cuidados de enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona. *Interamericana*. Madrid. pp. 261-263. pp.289-332.

EVALUACIÓN DEL MANEJO DEL DOLOR Y FACTORES ASOCIADOS EN USUARIOS ADSCRITOS AL POLICLÍNICO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS DEL HOSPITAL HERMINDA MARTÍN DE CHILLÁN, CHILE

Gloria Araneda Pagliotti

Licenciada en Enfermería. Magister Enf. Médico Quirúrgico

Héctor Acuña Ortiz*, Claudia Grez. Cádiz*, Marcelo Troncoso Véjar, Fernanda Zañartu Gaete*

*Licenciado/a en Enfermería



The results obtained showed that 64.4% of the sample did not complain of pain at the time, 49.2% is 66 years or older, 59.3% are female, 84.7% live in urban areas, 91.5% went to school, 88.1% are in benefit range A and B, 52.5% have a partner, the same percentage does not know their diagnose and 52.9% have taken opioids for 1 to 4 months.

Statistically significant variables were the utilization and type of opioid for pain management.

Sociodemographic factors did not present significant statistical correlation.

Key words: pain, palliative care.

EVALUATION OF PAIN MANAGEMENT AND CONTRIBUTING FACTORS IN CLIENTS OF THE "PAIN RELIEF AND PALLIATIVE CARE POLYCLINIC", HERMINDA MARTIN HOSPITAL, CHILE

Descriptive study whose aim was to identify pain management and evolution considering some contributing factors in adult and elder clients attending the Pain relief and palliative care Polyclinic at Herminda Martin Hospital, Chile.

A sample of 59 both male and female clients in easily accessible urban or rural areas were asked to answer a 29 item questionnaire during a home visit, whether they knew their diagnose or not. This questionnaire included the Scott-Huskinsson visual scale for pain and the WHO analgesic scale for classification of pharmacological treatment.

RESUMEN

Estudio descriptivo, cuyo propósito fue identificar el manejo y evaluación del Dolor, considerando algunos de sus factores asociados en usuarios adultos y adultos mayores adscritos al Policlínico Alivio del Dolor y Cuidados paliativos del Hospital Herminda Martín de Chillán.

La muestra la constituyeron 59 usuarios, de ambos sexos, de zona urbana y rural, de fácil acceso, que se encontraran en su domicilio, que fueran capaces de contestar las preguntas realizadas, con y sin conocimiento del diagnóstico. Se les aplicó un cuestionario de 29 preguntas, elaborado por los autores, durante el mes de Abril, a través, de visita domiciliaria. Este incluyó la Escala Visual Análoga del Dolor (Scott – Huskinsson) y la Escala Analgésica de la OMS. para clasificación del tratamiento farmacológico.

Los resultados obtenidos indican que el 64,4% de la muestra no presenta Dolor al momento de aplicar la encuesta, el 49,2% tiene entre 66 y más años de edad, son de sexo femenino el 59,3%, un 84,7% vive en el sector urbano, con escolaridad el 91,5%, en tramo beneficiario A y B se encuentra el 88,1%, con pareja el 52,5%, este mismo porcentaje de usuarios no conoce su diagnóstico y el 52,9% utiliza opioides en un periodo de 1 a 4 meses.

Las variables que mostraron significancia estadística fueron el uso y tipo de opioide para el manejo del Dolor.

Se observó que los factores sociodemográficos no presentaron correlación estadística significativa.

Palabras clave: Dolor, cuidados paliativos

INTRODUCCIÓN

El Cáncer es en la actualidad un grave problema mundial; afecta alrededor de 9 millones de casos nuevos al año y ocasiona la muerte a más de 5 millones de personas anualmente. Una de cada diez muertes en el mundo se deben a los diferentes tipos de Cáncer. En los países desarrollados esta relación es de 1 por cada 5 muertes. En América Latina se espera que para los próximos años, el Cáncer incremente en un 50%. Entre 40% y 60% de los pacientes con diagnóstico de Cáncer, pueden presentar Dolor en las diferentes etapas de desarrollo de la enfermedad, éste aumenta a un 80% en la fase terminal.

El Dolor es el síntoma con mayor trascendencia para el paciente y su familia, es con seguridad el más temido y el que más interfiere en la calidad de vida del enfermo. Si bien éste, es el síntoma prioritario, es uno más en la constelación de síntomas que aquejan al paciente con Cáncer incurable, los no dolorosos se han denominado “síntomas secundarios o asociados al avanzado estado o curso de la enfermedad oncológica”, éstos a su vez suelen sumarse a los derivados del tratamiento analgésico instaurado. Uno de los aspectos de mayor relevancia para intentar su alivio son los cuidados paliativos, tema que hoy en día ha sido poco estudiado, por ser una instancia en la medicina asistencial de desarrollo reciente, por lo cual el equipo de salud y especialmente, el profesional de enfermería tiene un rol muy importante en cuidados paliativos, pues

está sometido a diario, al proceso continuo de la vida – enfermedad – muerte, y no como mero espectador, participa de la situación de los pacientes, ya que cuidar es su función primordial y además debe cumplir con las funciones asistenciales, educativas e investigativas.

La Enfermera es quien se encarga de realizar la valoración inicial del Dolor en relación a su semiología, debe poseer conocimientos amplios, actualizados y complementarlos con farmacología, estar alerta ante la presencia de efectos secundarios, buscar la forma de contrarrestarlos o de prevenirlos, debe educar a la familia en cuanto al cuidado y atención del paciente. Por último, siempre debe realizar un programa de evaluación, que le permita identificar el mantenimiento y/o mejoramiento de la calidad de vida del paciente oncológico terminal.

Esta investigación está dirigida a conocer el control del Dolor, la aparición de efectos molestos del tratamiento, derivados del esquema terapéutico que rige al Policlínico Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos del Consultorio Adosado de Especialidades del Hospital Herminda Martín de Chillán.

Los cuidados paliativos “consisten en la atención activa, global e integral de las personas y sus familias que padecen una enfermedad, avanzada progresiva e incurable, con síntomas múltiples, intensos y cambiantes, que provocan gran impacto emocional en el enfermo, la familia o en el entorno afectivo y en el propio equipo, con pronóstico de vida limitado”.

Los cuidados paliativos son un concepto de la atención al paciente y su familia que incluye: la asistencia total, activa y continuada por un equipo multiprofesional que proporcionan apoyo médico, psicológico y espiritual a los enfermos terminales y a sus seres queridos, cuando la expectativa médica no es la curación. La meta fundamental entonces, es dar calidad de vida mediante el control del Dolor y otros síntomas, para que el paciente pueda permanecer lo más alerta y cómodo posible. Debe cubrir entonces las necesidades físicas, psicológicas, espirituales y sociales del paciente y su familia.

Los cuidados paliativos proclaman el valor de la vida humana en cada momento e intentan aliviar al máximo el sufrimiento ocasionado por la enfermedad terminal.

Es de importancia destacar que en 1967 la Enfermera Cicely Saunders fundó en Londres la primera Unidad de Cuidados Paliativos, dándose cuenta que si bien los enfermos terminales “podrían” tener un tratamiento para el Dolor de la enfermedad terminal, no tenían a su alcance el tratamiento de aspectos tan importantes como lo psicológico, espiritual y familiar.

Los instrumentos básicos en cuidados paliativos son:

1. Control de síntomas: evaluar y tratar adecuadamente los variados síntomas que puedan aparecer. Algunos se podrán controlar, como el Dolor y vómitos. Otros como la anorexia, enflaquecimiento, sólo implicará educar al paciente para su adaptación.

2. Apoyo emocional y comunicación: se debe realizar con el paciente, familia y equipo de salud.

3. Cambios en la organización: debe haber un trabajo en equipo y una adaptación a los cambios ocurridos en el paciente.

4. Equipo interdisciplinario: los cuidados paliativos deben ser planteados por un equipo que disponga de espacio, tiempo y actividades para ello.

Los términos Tumor, Neoplasia y Cáncer son a menudo utilizados como sinónimos para designar a las masas de tejido constituidas por células que proliferan con autonomía y de una forma desmesurada, sin obedecer a las leyes que controlan la multiplicación celular normal.

Neoplasia se refiere a la formación de un nuevo tejido, puede ser benigna o maligna según distintas características.

Epidemiológicamente, el Cáncer es la segunda causa de muerte en los países industrializados. Su incidencia y prevalencia es alta.

Alrededor de 5 millones de personas mueren anualmente en todo el mundo por Cáncer y se diagnostican cerca de 7 millones de casos nuevos. Según cifras de la OMS, la prevalencia por Cáncer en el mundo se acerca a los 14 millones de personas.

En Chile, el Cáncer constituye un importante problema de Salud Pública, es la segunda causa de muerte. En los últimos 30 años, han publicado la importancia relativa en ese período; extendiendo un leve predominio de las muertes del sexo masculino sobre el femenino. La región del país que mayor número de muertes acumula, es la región

Metropolitana, con 6.579, seguida de la Octava región con 2.230 y la Quinta región con 2.110. Se estima una incidencia de 247 casos de Cáncer por 100.000 habitantes. Con relación a la edad, el Cáncer es un problema del Adulto Mayor (63% para el grupo de 65 años y más).

El Dolor ha sido definido por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, Seattle, Washington) como: “Una desagradable experiencia sensorial y emocional que asocia a una lesión actual o potencial de los tejidos o que se describe en función de dicha lesión. El Dolor es siempre subjetivo. Cada individuo aprende a aplicar ese término a través de sus experiencias traumáticas juveniles. Indudablemente, se trata de una sensación en una o más partes del cuerpo, pero también es siempre desagradable y, por consiguiente, supone una experiencia emocional”. Esta definición amplía aquella creencia del Dolor, como simplemente, un impulso nervioso desagradable, y la reemplaza por el concepto de experiencia dolorosa.

La evaluación del Dolor es una medida preliminar de gran importancia para el tratamiento satisfactorio del Dolor por Cáncer.

Exige un conocimiento del componente físico, como también de los psicológicos, espirituales, interpersonales, sociales y financieros, que integran el Dolor total del paciente.

Medir el Dolor es difícil, por su naturaleza subjetiva y por su carácter multidimensional. Es un fenómeno subjetivo que se trata de objetivar, con mucha variabilidad individual, y en que el mejor juez evaluador es el propio paciente.

Cada nuevo reporte del Dolor debe siempre llevar la evaluación inicial y debe identificar la causa del Dolor y desarrollar un plan de manejo. Las evaluaciones subsiguientes deben evaluar la eficacia del plan y en caso que el Dolor no se alivie, determinar si se debe a la progresión de la enfermedad, a una nueva causa de Dolor o al tratamiento oncológico.

A continuación se describen las principales fases de la evaluación del Dolor canceroso. La ignorancia de esas fases es una de las principales causas de los errores de diagnóstico y de los tratamientos inadecuados.

Tomar en serio la descripción que haga al paciente: Iniciar la conversación acerca del Dolor:

para la evaluación inicial, el agente de salud deberá hacer al paciente preguntas específicas sobre el Dolor, en vez de basarse en una descripción espontánea. A veces, el paciente puede resistirse a admitir que tiene dolores ante el temor.

Evaluar la intensidad del Dolor: es preciso saber si el Dolor limita la actividad del paciente y altera su sueño, así como la medida en que la medicación o los métodos analgésicos producen alivio. Las escalas admitidas de grados de intensidad son útiles.

Tomar una historia detallada del Dolor: debe tomarse una historia detallada para determinar la localización y distribución del Dolor, sus características y su intensidad, su carácter continuo o intermitente y los factores que lo intensifican o lo alivian. Debe obtenerse asimismo información sobre cualquier tipo de debilidad y disfunción sensorial.

Evaluar el estado psicológico del paciente: la información sobre enfermedades anteriores, grado actual de ansiedad y depresión, ideas suicidas y grado de discapacidad funcional facilitan la detección de pacientes que pueden requerir un apoyo psicológico más específico.

Efectuar un examen físico minucioso: para determinar la causa del Dolor e iniciar el tratamiento apropiado a veces basta con una historia minuciosa y un examen clínico detenido.

Considerar otros métodos del control del Dolor: aunque los fármacos son el elemento principal en el tratamiento de los dolores por Cáncer, la consideración de otros métodos posibles es muy ventajosa en algunos casos.

Observación de los resultados del tratamiento: la evaluación y el tratamiento continuos exigirán un trabajo en equipo y dependerán en gran medida de las observaciones del agente de salud que dispensa la asistencia.

Entre las numerosas barreras que existen para una adecuada evaluación del Dolor, tenemos:

1. La naturaleza multidimensional de la experiencia subjetiva del Dolor.
2. La falta de un lenguaje claro para expresar el Dolor.
3. La poca comunicación entre el paciente y el médico acerca del Dolor.

Al evaluar el Dolor considerar:

- Intensidad: ¿Cuánto?
- Calidad: ¿Cómo?
- Localización: ¿Dónde?
- Conducta dolorosa: ¿Qué hace para disminuir su Dolor?
- Evaluación psicológica.

Esto hace que no siempre sea fácil la valoración del Dolor mediante un solo método.

Existen distintos métodos para medir el Dolor:

Métodos Objetivos:

Observación directa de la conducta dolorosa, tiene relación con la actividad diaria, como: patrón de sueño, alimentación, actividad laboral, recreación, signos de dolor como gemidos, alteraciones en el ánimo, relaciones personales, etc. Estos métodos no cuantifican directamente el Dolor.

Métodos Subjetivos:

Se basan en el autorreporte del Dolor por el paciente. Los instrumentos utilizados con mayor frecuencia son las escalas de intensidad del Dolor, que miden sólo el aspecto intensidad.

La escala Visual Análoga (E.V.A. Scott – Huskinson): permite al paciente expresar la gravedad de su Dolor, transformándolo en un valor numérico. Consiste en una línea recta, habitualmente de 10 cm. de longitud, con las leyendas “SIN DOLOR” y “DOLOR MÁXIMO” en cada extremo. El paciente anota en la línea el grado de Dolor que siente de acuerdo a su percepción individual, midiendo el Dolor en centímetros desde el punto cero (SIN DOLOR). También puede confrontarse con escalas semejantes que en un extremo tengan “SIN ABOLICIÓN DEL DOLOR” y en el otro “AUSENCIA DE DOLOR” o “MÁXIMA ABOLICIÓN”. La EVA es hoy de uso universal. Es un método relativamente simple, que ocupa poco tiempo, aún cuando requiere de un cierto grado de comprensión y de colaboración por parte del paciente.

Esta escala tiene varias ventajas entre las cuales se encuentran: buena sensibilidad, simplicidad, uniformidad y confiabilidad para medir la intensidad del Dolor.

La escalera analgésica de la OMS es un método simple, eficiente y de bajo costo que asegura

una prescripción racional para el paciente individual. Esta recomendación surgió de un Comité de expertos convocado por la OMS y publicado por primera vez en 1986. Posteriormente este método ha sido revisado y perfeccionado en sucesivas oportunidades (1990 y 1994).

Se ha comprobado que la aplicación de esta aproximación terapéutica consigue aliviar el Dolor en el 90% de los pacientes y sobre el 75% de los pacientes terminales.

Los principios fundamentales de la escalera analgésicas son:

La escalera analgésica de la OMS es un método simple, eficiente y de bajo costo que asegura una prescripción racional para el paciente individual. Esta recomendación surgió de un Comité de expertos convocado por la OMS y publicado por primera vez en 1986. Posteriormente este método ha sido revisado y perfeccionado en sucesivas oportunidades (1990 y 1994).

Se ha comprobado que la aplicación de esta aproximación terapéutica consigue aliviar el Dolor en el 90% de los pacientes y sobre el 75% de los pacientes terminales.

Los principios fundamentales de la escalera analgésicas son:

- Vía oral.
- Reloj en mano.
- El principio en Escalera.
- La modalidad determinada según el sujeto.

Por lo anterior, es que a través de un estudio descriptivo se propuso identificar el manejo y evaluación del Dolor, valorando algunos de los factores relacionados que se presentan en su control, en los usuarios adultos y adultos mayores del Policlínico Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos del Consultorio Adosado de Especialidades del Hospital Herminda Martín de Chillán, con la finalidad de diferenciar la influencia de las características sociodemográficas como también las distintas alternativas de tratamiento utilizado en los pacientes con Cáncer terminal.

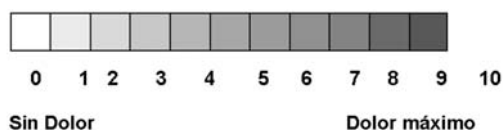
MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio Descriptivo de corte Transversal que consideró a 117 usuarios adscritos al Policlínico Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos del Consultorio Adosado de Especialidades del

Hospital Herminda Martín de Chillán. Sin embargo, por las características de los pacientes el estudio a aquellos que cumplan con las siguientes condiciones: Usuarios adultos y adultos mayores, de ambos sexos, de zona urbana y rural, de fácil acceso, que se encuentren en su domicilio, que sean capaces de contestar a las preguntas realizadas, con y sin conocimiento del diagnóstico, adscritos al Policlínico; por lo tanto el universo corresponde a 59 pacientes.

Escala Visual Análoga (EVA) (Scott – Huskinsson):

Escala para medir el Dolor, aprobada por la OMS, consiste en una línea recta, de 10 centímetros de longitud, con las leyendas “sin Dolor” y “Dolor máximo” en cada extremo. Permite al paciente expresar la gravedad de su Dolor, transformándolo en un valor numérico.

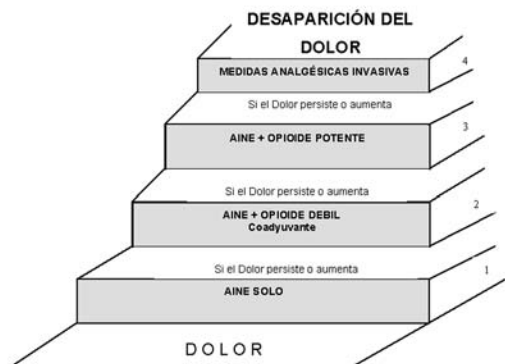


0	⇒	Sin Dolor
1 – 2	⇒	Leve
3 – 5	⇒	Moderado
6 – 8	⇒	Fuerte
9 – 10	⇒	Muy fuerte

Escala Analgésica de la OMS:

Esta escala muestra el uso secuencial de los medicamentos. El primer peldaño consistirá en usar un medicamento no opioide. Si éste no alivia el Dolor se debe añadir un opioide contra el Dolor de leve a moderado. Si esa combinación no surte efecto, habrá que utilizar un opioide para el Dolor de moderado a agudo. No hay que usar al mismo tiempo más de un medicamento de cada grupo. Cuando esté específicamente indicado, se adminis-

trarán medicamentos coadyuvantes. Para el manejo del Dolor muy intenso, se aplicaran medidas analgésicas invasivas.



El cuestionario aplicado a los adultos y adultos mayores será codificado y procesado a través de sistema computacional (Epi Info 2000), y prueba estadística gamma.

ANÁLISIS DE DATOS

GRÁFICO N.º 1: DOLOR EN VISITA DOMICILIARIA

Los resultados obtenidos señalaron que 64,4 % de los usuarios no presentaron Dolor y el 35,6% refería Dolor.

GRÁFICO N.º 2: DOLOR SEGÚN EVA

Considerando el porcentaje de usuarios que manifestaron Dolor, el 8,5 % tiene Dolor leve, el 16,9 % moderado, 10,3 % fuerte y 0 % de la población estudiada no presentó Dolor muy fuerte, lo que demuestra un efectivo manejo del Dolor.

GRÁFICO N.º 3: USO DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO

En relación al gráfico N.º3 se observaron los siguientes resultados, el 83,1 % de la población utilizaba un tipo de tratamiento alternativo, aparte del tratamiento farmacológico indicado en el consultorio, que consistió mayoritariamente en medicina de herbolario y masaje, mientras que un 16,9 % de los usuarios encuestados no utilizaba tratamiento alternativo.

RELACIÓN ENTRE USO DE OPIOIDE Y DOLOR SEGÚN EVA

La tabla N.º 14 indica que dentro del grupo de pacientes que no usan opioides (13,6 %) hay buen manejo del Dolor, un solo usuario refiere Dolor fuerte en esta categoría.

Un 86,4% de los pacientes utilizan opioides para el manejo del Dolor, de los cuales el 60,8% no refieren Dolor, apreciándose significancia estadística entre las variables.

RELACIÓN ENTRE TIPO DE OPIOIDE Y DOLOR SEGÚN EVA

Los resultados obtenidos son estadísticamente significativos, observándose que de los 51 usuarios que utilizan opioides, los más usados son codeína y morfina, que a su vez representan el más alto porcentaje de pacientes con ausencia del Dolor (75% y 43,8% respectivamente). Mientras que con tramadol y oxycodona, hay más altos porcentajes de presencia de Dolor en sus distintas intensidades.

CONCLUSIONES

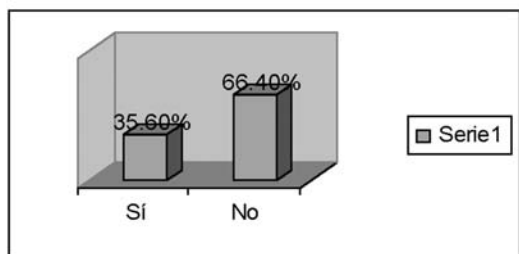
Los resultados obtenidos señalan que:

- Se puede concluir que existe un buen manejo del Dolor, ya que no se encontraron pacientes con Dolor muy fuerte.
- Los factores sociodemográficos no tienen significancia estadística al relacionarlos con el Dolor, sin embargo, la mayoría de los usuarios pertenece a la edad 51 años y más, sólo en ellos se presenta Dolor fuerte.
- Se observó una mayor cantidad de usuarios de sexo femenino los cuales presentaron Dolor fuerte.
- En los pacientes casados o con pareja se observó menor porcentaje de Dolor fuerte en comparación con los solteros, viudos o separados.
- Los dos factores que resultaron significativos con el manejo del Dolor fueron:
 - El uso de opioide; está directa y proporcionalmente relacionado con el manejo del Dolor.
 - El tipo de opioide; codeína y morfina son los opioides más utilizados y en ambos se presentaron los más altos porcentajes de pacientes sin Dolor.
- Se cumplen satisfactoriamente los principios de la escala analgésica de la OMS, ya que los pacientes con AINES sólo, se encuentran en su mayoría sin Dolor, al igual que los usuarios que

utilizan opioide también presentan porcentajes altos de ausencia de Dolor.

• Debido al prolongado tiempo con uso de opioide, aparecen mayores casos de Dolor moderado y fuerte, haciendo necesaria la valoración constante.

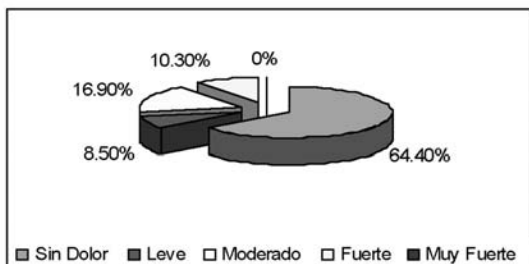
GRÁFICO N° 1: DOLOR EN VISITA DOMICILIARIA



n: 59

FUENTE: EVALUACIÓN DEL MANEJO DEL DOLOR Y FACTORES ASOCIADOS EN USUARIOS ADSCRITOS AL POLICLÍNICO ALIVIO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS DEL HOSPITAL HERMINDA MARTÍN DE CHILLÁN.

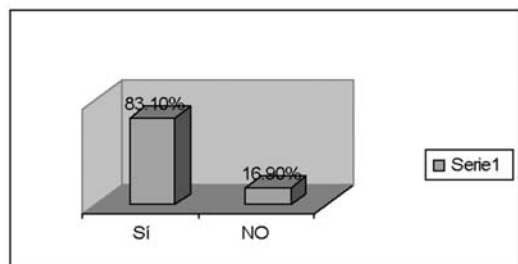
GRÁFICO N° 2: DOLOR SEGÚN EVA



FUENTE: IDEM GRÁFICO N° 1

n: 59

GRÁFICO N° 3: USO DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO



FUENTE: IDEM GRÁFICO N° 1

n: 59

RELACIÓN ENTRE USO DE OPIOIDE Y DOLOR SEGÚN EVA

Dolor según EVA	No		Si	
	N°	%	N°	%
Sin Dolor (0)	7	87,5	31	60,8
Leve (1 – 2)	0	0	5	9,8
Moderado (3 – 5)	0	0	10	19,6
Fuerte (6 – 8)	1	12,5	5	9,8
Total	8	13,6	51	86,4

FUENTE: IDEM GRÁFICO N° 1

n: 59

g: 0.5

RELACIÓN ENTRE TIPO DE OPIOIDE Y DOLOR SEGÚN EVA

Dolor según EVA	Code.		Morfi.		Trama.		Oxico.	
	N°	%	N	%	N°	%	N°	%
Sin Dolor (0)	24	75	7	43,8	0	0	0	0
Leve (1 – 2)	2	6,3	2	12,5	1	50	0	0
Moderado (3 – 5)	4	12,5	5	31,3	0	0	1	100
Fuerte (6 – 8)	2	6,3	2	12,5	1	50	0	0
Total	32	62,7	16	21,4	2	3,9	1	2

FUENTE: IDEM GRÁFICO N° 1

n: 51

g: 0.52

BIBLIOGRAFÍA

- Acello, B. (2000). Cumplimiento de las normas de acreditación para el Control del Dolor. Nursing volumen 18, 8, pp. 13-15.
- Araneda, G. et al. (2001) El concepto de cuidar en Enfermería. Fondo Desarrollo y Docencia. Universidad del Bío – Bío, Chile p. 6-9.
- Arriagada, A. y Schurmann, S. (1997) Instrumentos Básicos en cuidados Paliativos. Universidad La Frontera, Temuco, pp. 55-58.
- Arriagada, A. y Schurmann, S. (1997) Acerca del Dolor y Cuidados Paliativos. Temuco Universidad La Frontera., pp. 61-71.
- Bilbeny, L. (1997) El Dolor, Aspectos Básicos y Clínicos. Mediterráneo,pp. 145-161.

- Bilbeny, N. et al. (1997) El Dolor Aspectos Básicos y Clínicos. Mediterráneo, pp. 385-399.

- Castro, M. y Col. (1995). Dolor Crónico, En el Dolor. 25. pp. 9-16.

- Cortés, C. y Col. (2001). Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos, el enfrentamiento de los enfermos de Cáncer al diagnóstico terminal. Chillán, Chile. Universidad del Bío Bío. 125 p. (Tesis grado Licenciatura, Enfermería).

- Cruces, L. Cuidados Paliativos. (fecha de consulta 2001). En

Internet <http://www.paliativos.com/dolor3.html>.

- Cruces, L. (2000) El Dolor. 32, 23-29.

- Cuenca, JL et al. (1998). El Dolor, 24,16-18.

- Daudt, A. et al. (1998). Opioides en el manejo del Dolor, uso correcto o subestimado? hospital universitario. Assoc. médica Brasil.

- Departamento de Salud. Los Cuidados paliativos. (fecha consulta 2001). En Internet <http://www.cfnava-rra.es/Salud/CONSEJOS/paliativos.htm>

- Derderian, T. (1998) Historia del Tratamiento del Dolor 26, 6-9.

- Derio, M.L. et al (1998). "Programa Nacional Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos" serie 01 Chile Ministerio de Salud. pp. 9-16. (Norma de Enfermería)

- Encarta Enciclopedia. Medicina Alternativa. (CD Rom). Microsoft Corporation 2000. Disco Compacto.

- Farreras, R. Manual de Medicina Interna. [CD Rom]. Edición 13, 1 disco compacto.

- Gador S.A. Cuidados Paliativos en Internet <http://www.gador.com.ar/iyd/onco/cpaliativos.htm>.

- Ganong, F. (1997) Manual de Fisiología Médica. Manual Moderno. pp. 89-100.

- Medición del Dolor en Clínica, (fecha consulta 2001). En Internet http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/Boletin/html/dolor/3_4.html.

- García, H. A. (1996) Formación en Cuidados Paliativos. España. En Internet <http://members.es.tripod.de/sociedad/forma.htm>.

- Huñis, A et al. (1998). Dolor por Cáncer, Buenos Aires. 29 p.

- Instituto Europeo de Medicina Virtual. Enfermo Crónico. (fecha de consulta 2001). En Internet <http://www.worldwidehospital.com/h24h/palbas.htm>.

- Jacox, A y Col. (1994) Manejo del Dolor por Cáncer. U.S. Department of Health and Human Services. pp. 23-38.

- Jara, V. (1999) El Dolor. 31,9-15.

- Kettelman, K. (2000) ¿Por qué administrar más morfina a un paciente moribundo?. Nursing. volumen 18, 4,28-29.

- Keegan, L. (1998). Nursing. volumen 16, 9, 6-9.

- López, E. (1998) Enfermería en Cuidados Paliativos. Panamericana Madrid.

- Mc Cefferly, M. et. al. (1999) . Nursing. volumen 17, 7,8-11.

- National Cancer Institute. (fecha consulta 2001). Cuidados Paliativos. En Internet <http://cancernet.nci.nih.gov/clinpdq/facts-span2/600086.html>.

- Oncología y Cuidados Paliativos (fecha de consulta 2001). En <http://www.pharma.es.novartis.com/preguntas/onco00.html>.

- Organización Mundial de la Salud. (1996) Alivio del Dolor en el Cáncer. Con una guía sobre la disponibilidad de opioide. Ginebra, pp.3-5.

- Pacile Carlos et al, (1997) El Dolor. Aspectos Básicos y Clínicos. Mediterráneo, pp.248-257.

- Programa de Cuidados Paliativos. (fecha consulta 2001). En Internet <http://www.paliativos.com/program.html>.

- PR Vademecum. Chile: EDITORA Ltda. 2000. p. LXIII,CI, CLXI, CLXXXVII, CCXXXI-CCXXXII.

- Pereira, J. et. al. (1997) Manual de Cuidados Paliativos de Edmonton. Universidad de Alberta .Canadá. pp.10-14.

- Redondo, B. et al. Analgesia morfínica intraven-tricular en el Dolor por Cáncer, (fecha de consulta 2001) En Internet

http://bvs.sld.cu/revistas/onc/vol12_1_96/onc03196.htm

- Salgado, C. et al. (1998) Evaluación del dolor en pacientes oncológicos que acuden a los servicios de urgencias. Assoc. Médica. (Base de Datos Lilacs).

- Sepúlveda, M, Et al. (1999) Programa Nacional Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos a Pacientes con Cáncer. serie 01, Chile, Ministerio de Salud. p. 19-39. (Normas).

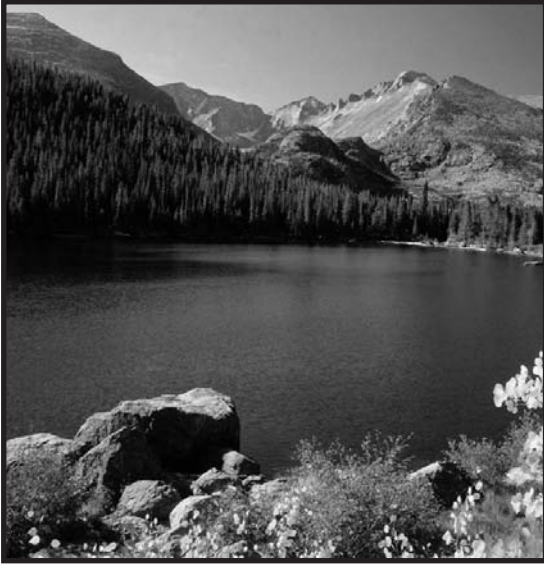
- Silva, M. (1995) Dolor Crónico y Dolor por Cáncer. Laboratorio Andrómaco S.A. Chile. p p.25-33.



AFRONTAMIENTO ENFERMERO ANTE LA DESIGUALDAD Y EL RACISMO

Sergio Romeo López Alonso

Ldo. Enfermería. Master en Salud Pública. Hospital San Cecilio (Fecha de aceptación: 15/2/2002)



partiendo de la formación curricular y desnudando, posteriormente, un modelo enfermero para ponerlo a merced del proceso de atención de enfermería, con el fin de conseguir un afrontamiento efectivo sobre las nuevas demandas de salud que se están produciendo en la sociedad actual.

Descriptor: clase social, racismo, enfermería transcultural, currículum vitae.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, el fuerte poder económico de los países más desarrollados dirigido por la política capitalista comienza a hacer mella en todas y cada una de las dimensiones del resto de las sociedades. Así, la creciente circulación de bienes y personas se manifiesta de forma destacada en la cultura, empleo y, consecuentemente, en la salud. El fenómeno de la globalización nos brinda una innumerable serie de ventajas como puede ser el intercambio de información, las tecnologías innovadoras, el reconocimiento de retos comunes sobre la salud pública, la conservación del medio ambiente, los derechos humanos, el sistema legal y otros. Sin embargo, y lamentablemente, esta misma política capitalista nos lleva a la polarización entre los países más y menos desarrollados a través de la explotación económica y el imperialismo cultural (Human Development report, 1999).

En este sentido, la inversión de la pirámide de población y el rechazo de los puestos de trabajo menos deseados, como la agricultura, hace que la emigración regulada de personas jóvenes sea bienvenida, ya que una adecuada entrada de individuos en los países desarrollados provee de fuerzas de trabajo para la explotación de los recursos nacionales, reduciendo la inflación y mejorando la capacidad de progreso económico (Stalker, 1997).

DESIGUALDAD Y RACISMO EN LA SALUD

Si bien la inmigración puede ofrecer grandes beneficios para el país de destino, es necesario

NURSING COPING WITH INEQUITY AND RACISM

ABSTRACT

The present text is introduced in the field of transcultural nursing, trying to approach the health problems appeared as a result of globalization. This approach is made from a multicultural position, where the curriculum development and the nursing model play important roles. Thus, the establishment of the nursing process will help tackling effectively the new health demands that are taking place in today's society.

Subject Headings: social class, racism, transcultural nursing, curriculum development.

RESUMEN

El presente texto se introduce en el campo de la enfermería transcultural, tratando de abordar los problemas de salud aparecidos como consecuencia de la globalización. Este abordaje se realiza desde una posición multicultural,

cierta homogeneidad en el nivel de salud de estos nuevos ciudadanos equiparable al del resto de la población. De esta manera, se estará persiguiendo la equidad en salud con el objetivo de lograr el desarrollo sostenido y eficiente de otras áreas como el empleo, la educación y la economía.

Desgraciadamente, esta situación no es así. Existe una masiva entrada fuera de control de estos individuos, que produce desempleo e inevitablemente pobreza, delincuencia y explotación sexual. Todo esto, enmascara las contribuciones positivas de la emigración y potencian el prejuicio, los estereotipos y el racismo (López Alonso, 2001).

Por una parte, el acceso a los servicios de salud aparecen mermados por varios motivos. Entre ellos, la pobreza, la cultura, el bajo nivel de educativo y la barrera idiomática han sido calificados como los principales (Gerrish, 1999). Estos factores, no sólo reducen el acceso a los servicios de salud, sino que ya de por sí contribuyen directa o indirectamente al deterioro de la salud, creando determinados problemas y necesidades características de estos grupos.

Por otra parte, el prejuicio, los estereotipos y el racismo se ponen ineludiblemente de manifiesto, unas veces de manera consciente y otras inconsciente. En muchas ocasiones se produce en forma de negligencia. Así, se puede citar la falta de atención ante las necesidades específicas de la comunidad islámica, o el estereotipo de falta de instinto maternal encontrado en ciertas matronas de mujeres asiáticas (Bowler, 1993).

Todas estas situaciones hay que sumarlas a la falta de intervención para contrarrestar sus prejuicios, produciendo así un descenso en el control sobre las respuestas de estos individuos o familias ante la presencia de enfermedades y ante la exposición a factores de riesgo. Y consiguientemente, también desciende el control sobre sus patologías. Por tanto, existe una depreciación en el nivel de salud de estos individuos.

AFRONTAMIENTO ENFERMERO DESDE UNA IDEOLOGÍA MULTICULTURAL

Este enfoque ha sido muy trabajado dentro del colectivo enfermero. Desde esta posición, se proclama que la promoción de la salud de estos individuos es sensible a la comprensión y tolerancia

hacia las diferentes culturas. Así, en los últimos años, ha aparecido un gran número de teorías transculturales con las que se pretende facilitar el proceso enfermero y alentar a aquellas personas que de una manera u otra experimentan desigualdades en su nivel de salud debido a sus diferencias culturales con el grueso de la población.

1. Formación curricular

Un estudio realizado por Rooda (1993) sobre el conocimiento y actitudes de las enfermeras en pacientes con culturas diferentes mostró que, de las múltiples variables que analizó, el nivel de formación educacional fue el más sensible a la calidad de los servicios prestados, y por tanto el más significativo.

Esta investigación suscita una mirada atenta a los objetivos, contenidos y experiencia práctica sobre la diversidad cultural, con el fin de preparar a los futuros profesionales para una, cada vez más cambiante, sociedad a merced de los efectos de la globalización.

En este caso, la educación curricular tiene como fin último la formación de profesionales de enfermería competentes y capaces de brindar una creciente calidad en el cuidado. De este modo, es importante reconocer otras culturas distintas a la propia, con el objetivo de contextualizar el cuidado desde la cultura del individuo y del profesional.

Así, y conforme a Abdullah (1995), los objetivos de la educación deben estar centrados en:

- El aumento del conocimiento, sensibilidad y compromiso transcultural. La individualización



del cuidado vendrá determinada por los datos recogidos sobre variables que, como la religión, valores, dieta o creencias, influyen en los comportamientos de los individuos. El uso de modelos provee de una base conceptual a los profesionales de enfermería para fundamentar sus herramientas de trabajo, como el proceso enfermero o los planes de cuidados estandarizados.

- El incremento de conciencia sobre los diversos valores influyentes. Esta conciencia debe partir desde los valores filosóficos de la institución, y reflejarse en la provisión del cuidado. La enseñanza ha de ser guiada dentro de un paradigma enfermero, el cual debe reconocer el contexto cultural donde se imparte.

- La mejora de las habilidades de comunicación efectiva. Una comunicación defectuosa puede desentender información de gran relevancia en la valoración del individuo. Es por ello que los profesionales deben desarrollar este área para adentrarse en la experiencia que el propio individuo tiene sobre su situación de salud.

2. Modelo enfermero

El modelo enfermero ayuda a homogenizar los cuidados, ofreciendo un enfoque filosófico y describiendo los aspectos más importantes para la prestación de estos cuidados. En rasgos generales, los modelos son perspectivas diferentes desde donde se pretende la aproximación a un individuo, y éste sirve de base conceptual para la aplicación del proceso enfermero. De este modo, cualquier modelo nos será útil, aunque con ello no se afirme que los modelos sean universales. Habrá modelos que se adecuen mejor a las necesidades de determinados individuos y, consiguientemente, a las repuestas humanas que de ellas se desprendan. Está en manos del profesional de enfermería el reconocer qué modelo se adapta mejor al individuo a tratar y a su forma de trabajo, con el fin de lograr los mejores resultados.

Entre los numerosos estudiosos de las teorías transculturales, puede citarse a Leininger como la más destacada. Madeleine Leininger (1995) nos insta a acrecentar nuestros conocimientos sobre los valores culturales y así llevar a cabo un pensamiento crítico para realizar un cuidado satisfactorio. De esta manera, pretende converger la práctica

tradicional de cada individuo y la práctica de la enfermería en un cuidado culturalmente congruente. La valoración se realiza dentro la cultura, englobando aquí las distintas contingencias sociales y culturales, la etnohistoria y las creencias de salud. La naturaleza holística e integral de la teoría transcultural de Leininger hace que esta teoría presente numerosas interrelaciones entre la estructura social, el entorno y el lenguaje con los propios conceptos transculturales, y ello hace compleja su comprensión sin una formación juiciosa sobre su teoría y sobre conocimientos transculturales. Sin embargo, una vez lograda esta formación, la práctica es muy efectiva, tanto en la investigación y educación como en la práctica clínica (Marriner-Tomey, 1999). No obstante, se debe mencionar que no aporta ningún instrumento para superar los prejuicios y estereotipos de los propios enfermeros. Ciertamente, tal formación debe proporcionar una madurez cultural suficiente para traspasar cualquier variante de racismo por parte del profesional.

No obstante, y para aquellos enfermeros no tan adentrados en conocimientos culturales, se ha seleccionado otro modelo menos complejo, que si bien no ha sido comprobado científicamente, parece reunir las características necesarias para aportar una base conceptual de gran utilidad.

El modelo que se presenta a continuación ha sido creado por Papadopoulos et al (1998). Este modelo de desarrollo de habilidades transculturales está compuesto por cuatro conceptos fundamentales: conciencia, conocimiento, sensibilidad y competencia cultural.

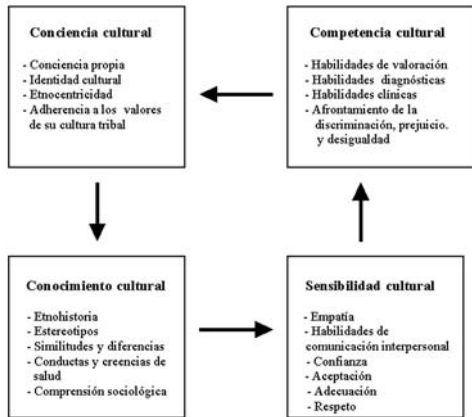
La conciencia cultural pretende cuestionar nuestro propio sistema de valores y cómo se construye desde la sociedad. De este modo, la reflexión crítica facilitará el abordaje, desde diferentes perspectivas, del sistema de valores de los servicios sociales y de salud.

El conocimiento cultural responde a la comprensión de distintas culturas, los enlaces existentes entre ellas, principalmente en materia de salud. Este cuerpo de conocimientos debe extraerse desde la sociología y, posteriormente, desde el propio sujeto al cual van a ser proporcionados los cuidados, haciendo de éstos una atención individualizada.

Se entenderá por sensibilidad cultural aquella disposición presentada hacia los individuos con una cultura diferente a la nuestra. Desarrollar habilidades de comunicación interpersonal ayudará a promover el respeto, la confianza y la aceptación.

Y la competencia cultural, que será la consecución de una práctica antidiscriminatoria.

Figura 1. Modelo de desarrollo de habilidades transculturales. (Papadapoulos, 1998)



3. Proceso enfermero

El proceso enfermero proporciona las bases para el desarrollo del pensamiento crítico. Este proceso no es solamente un método para solucionar problemas, además previene su aparición, y maximiza el potencial y eficacia de la respuesta humana ante estos problemas, compensando las dificultades de la naturaleza humana, como pueden ser los sesgos de percepción. De esta forma, el uso del pensamiento crítico ayuda a realizar juicios fundamentados en la evidencia, basándose en los principios de la ciencia y del método científico para el logro de unos objetivos predeterminados (Alfaro-LeFevre, 1997). La contribución primordial del proceso enfermero será, por consiguiente, controlar la calidad de los cuidados.

Valoración

La valoración del individuo comienza en la valoración de la comunidad. Normalmente, los inmigrantes tienden a formar comunidades que conviven alrededor de un mismo área. La detec-

ción de diferentes grupos étnicos en la población debe sugerir al profesional de enfermería a instaurar una reflexión crítica, tratando de tomar conciencia cultural, principalmente, de la identidad cultural como constructo social, de la adherencia a los valores tribales y de cómo estos afectan a la salud.

Una vez hecho esto, se debe identificar cuáles son los grupos étnicos minoritarios que forman parte de la comunidad. De este modo, habrá que tratar de formar un conocimiento cultural, e indagar en la etnohistoria de estos grupos. La sociología ayuda a conocer la situación de este grupo étnico en la población, a descubrir las similitudes y diferencias entre ambas culturas, y las creencias sobre la salud, así como los estereotipos más comunes. La comprensión sociológica de las características culturales de estos individuos, acercará a la perspectiva desde donde dan sentido a sus comportamientos y a la vida misma. Partiendo de aquí, la información recogida deberá ser verificada y matizada, contrastando los datos obtenidos con el sujeto objeto de nuestra atención con el fin de individualizar el cuidado.

A la sensibilidad cultural corresponde la empatía, la confianza y el respeto, por lo que se hace imprescindible el desarrollo de técnicas de comunicación interpersonal, como la escucha activa (León Rubio, 1997) y la relación de ayuda. Por otra parte, serán de gran apoyo las estrategias de comunicación que fomenten el pensamiento crítico, como las preguntas abiertas, y mostrar conductas que ayuden a construir relaciones interpersonales positivas (Alfaro-LeFevre, 1997).

El desarrollo de estos instrumentos aportará competencia cultural a la práctica enfermera. Es decir, se conseguirá reconocer las desigualdades y el racismo en los servicios de salud, y así lograr el desarrollo de habilidades de valoración, diagnóstico e intervención para afrontarlos de forma efectiva y generar una discriminación que conduzca a la equidad en salud.

Diagnóstico enfermero

En esta fase se pueden apreciar dos pasos (Luis Rodrigo, 1998):

A.- Análisis de los datos y la elaboración de inferencias e hipótesis.



B.- Formulación de los problemas detectados.

En el paso A se identifican los datos relevantes, determinándose las relaciones existentes entre ellos. Esta fase conduce al reconocimiento de los problemas de colaboración e independientes, así como a los recursos personales y del entorno que pueden favorecer o entorpecer esta situación.

Una vez cumplimentada esta fase, se pasa a la B, enunciándose los problemas detectados. Es recomendable utilizar la terminología NANDA para beneficiarnos de las múltiples ventajas que ofrece el lenguaje común.

En el campo transcultural, hasta hoy no ha sido validada ninguna etiqueta diagnóstica específica para denominar esta situación. En cambio, si es aceptado universalmente que muchos diagnósticos pueden tener como factor relacionado a variables culturales.

Intervención enfermera

La Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE) (McCloskey, 1999) ha dedicado un campo exclusivamente al sistema sanitario. Este campo engloba los cuidados que apoyan una utilización eficaz del sistema de administración de cuidados sanitarios. El correcto uso del sistema sanitario beneficiará al usuario, tanto en la detección

precoz de problemas como en aprovechar al máximo los recursos ofertados.

Como subconjunto de éste, encontramos la clase Y, denominada mediación del sistema sanitario. Esta clase aporta las intervenciones para facilitar la intermediación entre paciente/familia y el sistema de cuidados sanitario. Entre las intervenciones seleccionadas en esta clase Y por la CIE, las más adecuadas para afrontar las desigualdades en el acceso a los servicios sanitarios serán:

- Cuidados de enfermería al ingreso
- Intermediación cultural
- Apoyo en la toma de decisiones
- Planificación del alta
- Entrega de permisos
- Protección de los derechos del paciente
- Apoyo para la consecución de sustento
- Facilitar las visitas

En el mismo sentido, existen muchas otras intervenciones enfermeras como pueden ser la “Escucha activa” o el “Asesoramiento” que contribuyen a reducir notablemente las desigualdades en el acceso a una asistencia sanitaria de calidad. No obstante, estas intervenciones serán realizadas cuando el problema identificado así lo aconseje.

Evaluación

También, existe una Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE) (Johnson, 2000). Esta clasificación nos aporta herramientas de evaluación para las intervenciones en función de los resultados conseguidos. De este modo se simplifica la evaluación, pues, a cada resultado esperado se atribuye una escala del 1 al 5 que cuenta con varios indicadores. En ésta, se observará la evolución de la respuesta obtenida del problema frente a la intervención o intervenciones efectuadas, y de esta forma tendremos la posibilidad de observar qué intervenciones son más sensibles a los problemas.

En este sentido, varios ejemplos de resultados esperados pueden ser los siguientes:

- Creencias de salud
- Toma de decisiones
- Control de riesgo
- Orientación en salud
- Procesamiento de información
- Conocimiento: Conductas saludables, recursos de salud y otros.

4. Otros sistemas de apoyo: trabajadores bilingües

Muchos son los estudios realizados sobre actividades que reduzcan las barreras en salud. Entre ellos, destaca por su efectividad la evidencia del empleo de trabajadores bilingües para contrarrestar las desventajas acaecidas por la desigualdad en el acceso a un servicio de salud de calidad.

Como ejemplo, se puede citar que la atención prestada por trabajadores bilingües mejora:

- El acceso a los servicios sociales (Mori Health, 1994). En este estudio, los resultados obtenidos fueron:

- A. El 93% de usuarios de trabajadores bilingües, frente al 44 de no usuarios, manifestaban poder realizar preguntas a los médicos.

- B. El 84% de usuarios, frente a un 39% de no usuarios, expresó que el médico le facilitaba explicaciones de sus enfermedades y tratamientos.

- La calidad de los servicios de salud (Rocheron, 1989). Este estudio suscitaba que el empleo de trabajadores con la misma identidad lingüística y cultural aumentaba la satisfacción de los individuos, y por tanto la calidad de los servicios prestados

- Los resultados clínicos. En estos estudios, la contratación de trabajadores bilingües brindaban los siguientes resultados:

- A. Mejora significativa de los niveles de hemoglobina y del peso al nacer. (City and Hackney Community Health Council, 1990)

- B. Reducción del tiempo de estancia antes del parto y del número de cesáreas. (Parsons, 1992)

DISCUSIÓN

Desde la Declaración de Munich (II WHO Ministerial Conference on Nursing and Midwifery, 2000), la OMS decidió establecer como eje central de la salud en Europa a una enfermera de familia bien formada. Esto no se debe sólo al elevado número de estos profesionales, a su proximidad con la población y a la visión holística del cuidado de enfermería. Su fundamento se basa en cumplir con una función que únicamente la enfermera es capaz de desempeñar, el intervenir sobre las respuestas humanas ante situaciones de salud. De esta forma, los cuidados de enfermería permiten contribuir a la supervivencia, controlar y prevenir la

morbilidad y sus secuelas, utilizar los recursos y las energías adecuadas, permitir la libre decisión del usuario, y mejorar la funcionalidad tanto del usuario como del sistema sanitario (Mompert García, 1995).

La nueva regulación de la sanidad pública (Ley orgánica 8/2000 de 22 de Diciembre) ha dado un paso al frente, otorgando a los inmigrantes el derecho a disfrutar de las ventajas que la sanidad pública ofrece a los ciudadanos. De este modo, se pretende homogeneizar el nivel de salud de la totalidad de la población, proporcionando oportunidades para promover los derechos y la prosperidad. Esta modificación legislativa se debe en parte a la búsqueda de un desarrollo sostenido en otras áreas, y está diseñada para afrontar de forma efectiva el imparable impacto de la globalización, tratando de maximizar sus beneficios.

Los profesionales de enfermería, como responsables de trazar la senda de la salud en la población, y como se precisó en la I Conferencia Ministerial sobre enfermería y matronas (I WHO Ministerial Conference on Nursing and Midwifery. Vienna Conference 1988), deben reforzar su status y aprovechar al máximo su enorme potencial para afrontar los retos públicos de salud de nuestro tiempo.

En este momento, el abordaje de la atención primaria sobre la población, aún en desarrollo en nuestro país, se está viendo desconcertado, ya que, de forma muy precipitada, una serie de necesidades específicas está apareciendo en la población, necesidades de las que hasta ahora sólo se conocían algunas pinceladas, pero que comienzan a formar parte de nuestro presente.

Por todo ello, se torna necesaria una intervención enfermera efectiva, que sea capaz de responder adecuadamente a las nuevas demandas que plantea la población. En este caso, la enfermería transcultural proporciona útiles para amortiguar las desigualdades en salud que, tristemente, sufren aquellas personas debido a sus características culturales.

BIBLIOGRAFÍA

- Abdullah, S.N. (1995) Towards an individualized client's care: implication for education. The transcultural approach. *Journal of advanced nursing*. 22(4): 715-720.
- Alfaro-LeFevre, R. (1997) El pensamiento crítico en enfermería. Un enfoque práctico. Masson, Barcelona.

- Bowler, I. (1993) They're not the same as us: midwives' stereotypes of South Asian descent maternity patients. *Sociology of Health and Illness*. 15(2) 157- 178.

- City and Hackney Community Health Council. (1990) *Experiments in Health Advocacy*. London. City and Hackney CHC.

- Gerrish, G. (1999) Inequalities in service provision: an examination of institutional influences on the provision of district nursing care to minority ethnic communities. *Journal of advanced Nursing*. 30:1263-1271.

- Human Development report. (1999) Oxford University Press: Oxford.

- Johnson, M., Maas, M. & Moorhead S. (2000) *Nursing Outcomes Classification*. 2nd ed. St. Louis, Mosby.

- Leininger, M. (1995). *Transcultural Nursing. Concepts, Theories, Research and Practices*. 2nd Ed. McGraw Hill, New York.

- León Rubio, J.M. et al. (1997). *Habilidades de información y comunicación en la atención al usuario*. Junta de Andalucía, Universidad de Sevilla.

- Ley orgánica 8/2000 de 22 de Diciembre, de reforma de la ley orgánica 4/2000 de Enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. Título 1, capítulo 1, artículo 12: Derecho a asistencia sanitaria.

- López Alonso, S. (2001) La globalización y la salud en los grupos minoritarios. *Revista Cultura de los cuidados*. 2º semestre 2001. Año V – Nº 10.

- Luis Rodrigo, M.T., Fernández Ferrín, C., Navarro Gómez, M.V. (1998). *De la teoría a la práctica: El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI*. Masson, Barcelona.

- Marriner-Tomey, A. (1999) *Modelos y Teorías de Enfermería*. 3ª Edición. Mosby/Doyma, Madrid.

- McCloskey, J.C., Bulechek, G.M. (1999) *Clasificación de Intervenciones de Enfermería*. Editorial Síntesis, Madrid.

- Mompert García, M.P. (1995) *Administración de servicios de enfermería*. Masson: Barcelona

- Mori Health. (1994) *Evaluation of Bilingual Health Care Schemes in East London*. Mori, London.

- Papadopoulos, I., Tilky, M., Taylor, G. (1998) *Transcultural care: A guide for health care professionals*. Mark Allen Publishing, Trowbridge Wiltshire

- Parsons, L., Day, S. (1992) Improving obstetric outcomes in ethnic minorities: an evaluation of health Advocacy in Hackney. *Journal of Public Health Medicine*. 14 (2):183-191.

- Rocheron, V., Dickenson, R., Khan, S. (1989) *Evaluation of the Asian Mother and Baby Campaign*. University of Leicester.

- Rooda, L.A. (1993) Knowledge and attitudes of nurses towards culturally different patients: implications

for nursing education. *Journal of nursing education*. 32(5):209-213.

- Stalker, P. (1997). *Refugees and migration*. 09 /05/2001

<http://www.oneworld.org/guides/migration>

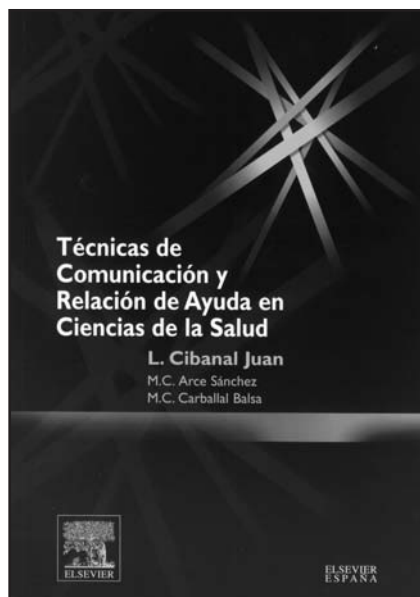
- I WHO Ministerial Conference on Nursing and Midwifery. Vienna Conference 1988.

- II WHO Ministerial Conference on Nursing and Midwifery. Munich Declaration 2000: Nurses and midwives-A force for health.



MISCELÁNEA

BIBLIOTECA COMENTADA



TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN Y RELACIÓN DE AYUDA EN CIENCIAS DE LA SALUD

L. Cibanal Juan, M.C. Arce Sánchez, M.C. Carballal Balsa.

Reseña Bibliográfica

Una vez más el Dr. Cibanal nos deleita con sus dotes de comunicador ofreciéndonos el excelente texto teórico-práctico cuyo objetivo final consiste en capacitar a todo profesional para que la asistencia a los demás y las interrelaciones adquieran el binomio de humanidad y calidad.

Constituye una guía excepcional de gran ayuda a estudiantes de ciencias de la salud y sociales para comprender la naturaleza de las relaciones humanas. El profesor Cibanal contribuye con este libro a entrelazar los hitos de la concordia, la tolerancia

y la calidez humana. El texto invita a sentirnos cercanos a los demás. Lectura, por lo tanto, recomendada y obligada si queremos dominar el mundo de las relaciones.

Se estructura en siete capítulos, especificando en cada uno de ellos los objetivos a alcanzar tras su lectura. Los temas desarrollados son: Generalidades sobre la comunicación. Importancia de una buena observación para una comunicación adecuada. La comunicación no verbal. El esquema de la comunicación. La relación de ayuda. Conducta de reunión. Sensibilización de técnicas grupales para aplicar a los profesionales de la salud.

Tomo prestado el poema de P.B. Shelley, uno de los principales poetas del romanticismo inglés: “En el mundo desconocida duerme una voz no pronunciada, sólo el sonido de tus pasos será capaz de despertarla”, para evidenciar que el Doctor Cibanal también ha conseguido con su obra despertar en sus lectores el interés por la comunicación, factor esencial en las relaciones humanas.

Reseñó: Elena Ferrer Hernández
Profesora Asociada EUE
Universidad de Alicante

PROGRAMA DE DOCTORADO 2003-2005

ENFERMERÍA Y CULTURA DE LOS CUIDADOS

61568
CULTURA DE LOS CUIDADOS

Prof. José Siles González

3

OB

Código de programa: 0102

Dpto. coordinador: Enfermería

Dptos. Responsables: Enfermería

Director del programa: José Siles González

Nº. mínimo de alumnos: 10

Nº. máximo de alumnos: 25

Áreas de conocimiento: Enfermería

61569

**ENFERMERÍA TRANSCULTURAL Y
EDUCACIÓN PARA EL DESARROLLO**

Prof. José Siles González

Prof. Rachel Spector

3

OB

Tribunal de suficiencia investigadora:

Presidente: Joaquín de Juan Herrero

Suplente: Juan B. Martí LLoret

Vocal 1: Luis Cibanal Juan

Suplente: Rosa Ferrer Diego

Vocal 2: José Siles González

Suplente: Emilia Tonda Monllort

61570

**ENFERMERÍA EN EL MARCO DE LA
RELACIÓN DE AYUDA Y LA TEORÍA
SISTÉMICA DE LOS CUIDADOS**

Prof. Luis Cibanal Juan

3

OB

Criterios de admisión:

A) Expediente académico: 45%

B) Calificación en asignaturas de licenciatura correspondientes al área o perfil del programa: 25%

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

D) Universidad de la licenciatura: 15%

61571

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN SALUD
MENTAL**

Prof. Luis Cibanal Juan

Prof. Emilio Pol Yangües

3

OB

Presentación de solicitudes de admisión e información de horarios:

Preinscripción: 15-30 septiembre.

Matrícula: 21 - 30 octubre.

Dpto.Enfermería. Tfno: 965903518

E-mail: MCarmen.Lancis@ua.es

61572

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

Prof. José Siles González

Prof. Francisco Herrera Rodríguez

Prof. Antonio García Martínez

3

OB

PERIODO DE DOCENCIA

Código

Nombre del curso

Créditos

Op/Ob

Fundamentales -- MÍNIMO 15 CRÉDITOS

61575

**LA ENFERMERÍA VALENCIANA EN LA
EDAD MEDIA**

Prof. Amparo Nogales Espert

3

OP

61581
**ENVEJECIMIENTO BIOPSIOSOCIAL Y
 CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

Prof. Rosa Ferrer Diego
 Prof. Joaquín de Juan Herrero

3
 OP

METODOLÓGICOS

61574
**FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA Y
 METODOLÓGICA EN ENFERMERÍA**

Prof. Miriam Boresteim
 Prof. José Siles González

3
 OP

61576
**INVESTIGACIÓN CUALITATIVA E
 INNOVACIÓN EN EL CONTEXTO DE LA
 ENFERMERÍA COMUNITARIA**

Prof. Carmen de la Cuesta Benjumea

3
 OP

61577
**FUENTES PARA LA APLICACIÓN
 CLÍNICA DE LOS DIAGNÓSTICOS DE
 ENFERMERÍA**

Prof. José Siles González
 Prof. Miriam S. Boresteim
 Prof. Denisse Pires Pires

3
 OP

61579
**LOS CUIDADOS COMO INSTRUMENTO
 PARA ENVEJECER CON ÉXITO Y CALI-
 DAD DE VIDA**

Prof. Emilia Tonda Monllor
 Prof. Alfonso Soler Gomis

3
 OP

61425
**TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN
 ANTROPOLÓGICA APLICADAS A
 ENFERMERÍA**

Prof. Luis Cibanal Juan

3
 OP

61423
**ANTROPOLOGÍA EDUCATIVA DE LOS
 CUIDADOS**

Prof. José Siles González

3
 OP

Afines

61578
**AVANCES Y REPRODUCCIÓN EN DESA-
 RROLLO HUMANO**

Prof. Joaquín de Juan Herrero
 Prof. M^a José Gómez Torres
 Prof. Pedro Fernández Colom
 Prof. Alberto Romeo Sarrió

3
 OP

61582
CUIDADOS Y CULTURA PENITENCIARIA

Prof. Luis Cibanal Juan
 Prof. Cristina Iñigo Barrio

3
 OP

PERIODO DE INVESTIGACIÓN

Código
 Nombre del curso
 Créditos
 Op/Ob

61573
**ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN Y
 CUIDADOS BIOPSIOSOCIALES**

Prof. Rosa Ferrer Diego

12
 OP

61580

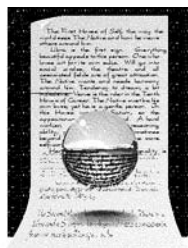
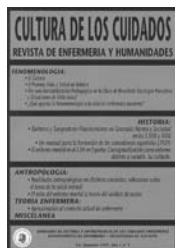
CULTURA DE LOS CUIDADOS: CONTEXTUALIZADOS HISTÓRICANTROPOLÓGICA, TEÓRICA, METODOLÓGICA Y CLÍNICA DE LA ENFERMERÍA

Prof. José Siles González

Prof. Luis Cibanal Juan

12

OP

VIII EDICIÓN DEL PREMIO “VIDA Y SALUD DE RELATOS”

Junio de 2004.

7.-Se establecen las siguientes modalidades de galardones:

a) Premio Vida y salud (categoría absoluta): 750 Euros y placa acreditativa.

b) Premio Vida y salud (para estudiantes y profesionales de enfermería): 300 Euros y placa acreditativa.

BASES

1.-Podrán concurrir cuantos escritores lo deseen, aunque se reserva un premio especial para estudiantes y profesionales de enfermería.

2.-Los relatos deberán ser inéditos y escritos en castellano con una extensión mínima de tres folios y máxima de 10 mecanografiados a doble espacio en Din-A4 y por una sola cara.

3.-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.

4.-Se presentarán sin firma, original y tres copias, bajo sistema de plica. En el exterior del sobre que contenga los datos del autor (nombre teléfono y un breve currículum), se escribirá únicamente el título del relato y, en su caso, si el autor es profesional o estudiante de enfermería.

5.- La admisión de originales estará abierta hasta el 7 de Mayo de 2004.

6.-El Jurado estará integrado por personalidades relevantes en los campos de los cuidados de salud y la narrativa y se dará a conocer durante el mes de

8.-El fallo tendrá carácter inapelable y se dará a conocer en el transcurso de un acto que se celebrará a tal fin durante el mes de Junio de 2004. El Jurado podrá declarar desierto el premio previa justificación de tal decisión.

9.-La propiedad de los relatos premiados queda reservada para la E.U. de Enfermería de la Universidad de Alicante, así como el derecho de publicación de los mismos.

10.-El Jurado se reserva derecho de declarar desierto el certamen si interpretara que las obras no alcanzan niveles de calidad requeridos.

11.-Los originales deberán remitirse a la siguiente dirección: VIII Premio Vida y Salud de Relatos. Universidad de Alicante. Escuela Universitaria de Enfermería. Campus de San Vicente del Raspeig, A.C. 99.E-03080. Alicante.

INFORMACIÓN

UNIVERSIDAD DE ALICANTE

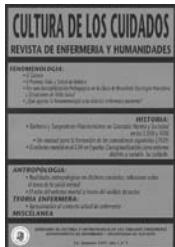
E.U. DE ENFERMERÍA

San Vicente del Raspeig

Apartado correos, 99 - 03080 Alicante

Teléfono: 965903517

II PREMIO DE VIDEO “VIDA Y SALUD”



A las dos modalidades se podrán presentar tanto los vídeos que entren dentro del género ficción como los que tengan carácter documental.

8. El fallo tendrá carácter inapelable y se dará a conocer en el transcurso de un acto que, en el marco de las III Jornadas Internacionales de Cultura de los Cuidados, se celebrará en Alicante durante el mes de Junio de 2004.

9. Los vídeos premiados quedarán en copropiedad del Departamento de Enfermería de la Universidad de Alicante (Seminario de Historia y Antropología de los Cuidados) y del Consejo Valenciano de Enfermería (CECOVA), una copia para cada institución convocante) para su uso pedagógico y divulgativo de la imagen de todo lo concerniente a los cuidados de salud.

10. El Jurado se reserva el derecho de declarar desierto el certamen si interpretara que las obras no alcanzan niveles de calidad requeridos.

11. Los vídeos premiados y los finalistas serán exhibidos en los actos organizados por el Cine Club Florencia Nightingale.

12. Los vídeos deberán remitirse a la siguiente dirección:

II Premio de Vídeos “Vida y Salud”
Cine Club Florencia Nightingale
Universidad de Alicante. E.U. de Enfermería.
Campus de San Vicente del Raspeig.
A.C. 99. E-03080 Alicante.

E.U DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD DE ALICANTE
INFORMACIÓN:
ASOCIACIÓN DE HISTORIA Y
ANTROPOLOGÍA DE LOS CUIDADOS
ENFERMEROS.
UNIVERSIDAD DE ALICANTE.
E.U. DE ENFERMERÍA
CAMPUS DE SAN VICENTE DEL RASPEIG
AP. CORREOS 99 - E-03080 ALICANTE
TELF.:965903512

BASES

1. Podrán concurrir todos los autores que lo deseen, aunque se reserva un premio especial para estudiantes y profesionales de enfermería.

2. Los vídeos deberán ser inéditos y filmados en soporte “vídeo” (VHS) con una duración mínima de 15 minutos y máxima de 55.

3. 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.

4. Se presentarán firmados por el director en un documento que figuren, junto con sus datos (nombre, teléfono y un breve currículum), el título del corto, y si opta a la modalidad “absoluta” o a la profesional/estudiante de enfermería.

5. La admisión de vídeos estará abierta hasta el 7 de Mayo de 2004.

6. El jurado estará integrado por personalidades relevantes en los campos de los cuidados de salud y el cine.

7. Se establecen las siguientes modalidades de galardones:

a) Premio Vida y Salud de vídeos (categoría absoluta): 600 Euros y placa acreditativa.

b) Premio Vida y Salud de vídeos (para estudiantes y profesionales de enfermería): 300 Euros y placa acreditativa.

