

CULTURA DE LOS CUIDADOS

REVISTA DE ENFERMERIA Y HUMANIDADES

2º. Semestre 2008 • Año XII - N.º 24

EDITORIAL

- *Historia de la enfermería: una aportación epistemológica desde la perspectiva cultural de los cuidados*

FENOMENOLOGÍA

- *Emma flotando en el espacio*
- *El hospital nos dividió*

HISTORIA

- *El ejercicio de la enfermería domiciliaria en Brasil y en el mundo. Una visión histórica y ética*
- *Los negros y los cuidados en las familias de Brasil: una visión histórica e iconográfica*
- *Historiografía de la Enfermería en España: la historia de una pequeña-gran familia*
- *Historia del arte de los partos en el ámbito familiar*
- *¿Protocolo? o ¿Respetuosa y entrañable solidaridad hacia el enfermo?*

ANTROPOLOGÍA

- *La familia en el contexto de los cuidados hospitalarios. Una perspectiva desde la competencia cultural*
- *Las implicaciones familiares en los cuidados de los inmigrantes*
- *Etnología de tres estudios etnográficos sobre la salud y la sexualidad de los/as jóvenes de las ciudades del Departamento de Santander (Colombia): Mogotes, San Joaquín y el Playón*
- *Bioética no cuidado e direitos dos pacientes e familiares*
- *Visión de la enfermería en Ruanda. Relato de una experiencia de docente*
- *Me llamo Dominga. Relato de una mujer en fase terminal*

TEORÍA Y MÉTODO

- *El interaccionismo simbólico y los cuidados de enfermos crónicos en el ámbito comunitario*
- *El significado de cuidados para los enfermeros que cuidan de personas con lesión medular*
- *Educación para la salud en familias inmigrantes marroquíes*
- *La empatía según Edith Stein y sus aplicaciones en Enfermería en el contexto familiar*

MISCELÁNEA

- *Biblioteca comentada*
- *Conclusiones de las VI Jornadas Internacionales de Cultura de los Cuidados*



CONSEJO DE
ENFERMERÍA
DE LA COMUNIDAD
VALENCIANA

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



ASOCIACIÓN NACIONAL DE
HISTORIA Y ANTROPOLOGÍA
DE LOS CUIDADOS

VII Jornadas Internacionales de Cultura de los Cuidados IX Reunión de Investigación Cualitativa



FAMILIA, CULTURA Y CUIDADOS: *De la diversidad a la particularidad*

UNIVERSIDAD DE ALICANTE 12, 13 DE JUNIO DE 2008

ORGANIZA



DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD DE ALICANTE



ASOCIACIÓN DE HISTORIA Y ANTRPOLOGÍA
DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

COLABORA



CECOVA

INDEX
FUNDACIÓN



COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA
DE ALICANTE

José Ramón Martínez Riera[®]

MONOGRÁFICO

SUMARIO

DIRECCIÓN José Siles González	
SUBDIRECCIÓN Luis Cibanal Juan	
DIRECCIÓN TÉCNICA Y FINANCIERA José A. Avila 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 Tejero (Mérida) Cecilio Eseverri Cháverri (Palencia) Francisca Hernández Martín (Madrid) Francisco Herrera Rodríguez (Cádiz) Amparo Nogales Espert (Valencia) Natividad Sánchez González (Albacete) Francisco Ventosa Esquinaldo (Salamanca)	
COMITÉ ASESOR INTERNACIONAL Carmen de la Cuesta Benjumea Marilyn Douglas (EE.UU.) Ximena Isla Lund (Chile) Raquel Spector (EE.UU.) Rick Zoucha (EE.UU.) Taka Oguiso (Brasil) Genival Fernandes de Freitas (Brasil) Asesor Enfermería Militar: Capitan J. Fco. Montes Jiménez	
CONSEJO DE REDACCIÓN SECRETARÍA Elena Ferrer Hernández <i>ferrer_ele@gva.es</i> Telf.: 966989085 REDACTOR ELECTRÓNICO Francisco Calatayud Menor Miguel Castell Molina Isabel Casabona Martínez Juan Mario Domínguez Santamaría Belén Estebán Fernández Eva M ^a Gabaldón Bravo Manuel Lillo Crespo Asunción Ors Montenegro Rosa Pérez-Cañaveras M ^a Mercedes Rizo Baeza Carmen Solano Ruiz Flores Vizcaya Moreno José Ramón Martínez Riera	
RELACIONES INTERNACIONALES Maribel Sanz Quintero M ^a José Muñoz Reig Adrián S. Morse	
<i>Cultura de los Cuidados. Revista socio-fundadora del Consejo de Editores de Revistas de Enfermería Iberoamericanas. Cultura de los Cuidados está incluida en las bases de datos: BDIE, ENFISPO, EBSCO, PUBLISHING, CUIDATGE, CUIDEN CINHAL y hemerotecas digitales como: Cantárida y RUA (repositorio Institucional Universidad de Alicante) Coordinadora RUA. Ana L. Noreña</i>	
SUSCRIPCIONES: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA) C/. Xàbia, 4 - 3 ^a Pta. 10 - 46010 Valencia Tarifas 2 números (1 año) España y Portugal: 12,02 euros Alumnos Enfermería: 7,21 euros Extranjero: 18,03 euros Revista «on line»: http://www.culturadeloscuidados.org ISSN: 1138-1728-Dep.Legal: A-1309-1997 Título clave: Cultura de los Cuidados Título abreviado: Cul. Cuid. Edita: Consejo de Enfermería Comunidad Valenciana (CECOVA) Imprime: Gráficas Estilo. Alicante	
<i>LA DIRECCIÓN DE LA REVISTA NO SE HACE RESPONSABLE DE LOS CONTENIDOS DE LOS ARTÍCULOS</i> MARCA ESPAÑOLA N.º 2.816.560 DENOMINADO CULTURA DE LOS CUIDADOS BOE. 16/04/2008	
NORMAS DE PUBLICACIÓN	4
EDITORIAL	
Historia de la enfermería: una aportación epistemológica desde la perspectiva cultural de los cuidados	5
JOSÉ SILES GONZÁLEZ	
FENOMENOLOGÍA	
Emma flotando en el espacio	7
RAFAEL PERALES JÓDAR	
El hospital nos dividió	10
ANA FERNÁNDEZ CONDE	
HISTORIA	
El ejercicio de la enfermería domiciliaria en Brasil y en el mundo.	
Una visión histórica y ética	15
TAKA OGUISSO	
Los negros y los cuidados en las familias de Brasil: una visión histórica e iconográfica	26
PAULO FERNANDO DE SOUZA CAMPOS	
Historiografía de la Enfermería en España: la historia de una pequeña-gran familia	35
FRANCISCA HERNÁNDEZ MARTÍN	
Historia del arte de los partos en el ámbito familiar	40
MANUEL JESÚS GARCÍA MARTÍNEZ	
¿Protocolo? o ¿Respetuosa y entrañable solidaridad hacia el enfermo? ...	48
M ^a TERESA MIRALLES SANGRO	
ANTROPOLOGÍA	
La familia en el contexto de los cuidados hospitalarios. Una perspectiva desde la competencia cultural	53
MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ MOLINA	
Las implicaciones familiares en los cuidados de los inmigrantes	59
MANUEL MORENO PRECIADO	
Etnología de tres estudios etnográficos sobre la salud y la sexualidad de los/as jóvenes de las ciudades del Departamento de Santander (Colombia): Mogotes, San Joaquín y el Playón	66
MANUEL ANTONIO VELANDIA MORA	
Bioética no cuidado e direitos dos pacientes e familiares	75
GENIVAL FERNANDES DE FREITAS	
Visión de la enfermería en Ruanda. relato de una experiencia de docente .	82
ISABEL CASABONA, MANUEL LILLO CRESPO, M ^a DOLORES MORA ANTÓN, SARA CORT CASABONA	
Me llamo Dominga. Relato de una mujer en fase terminal	88
E. BEGOÑA GARCÍA NAVARRO, ROSA PÉREZ ESPINA, SONIA GARCÍA NAVARRO	
TEORÍA Y MÉTODO	
El interaccionismo simbólico y los cuidados de enfermos crónicos en el ámbito comunitario	94
TERESA XIMENA IBARRA MENDOZA	
El significado de cuidados para los enfermos que cuidan de personas con lesión medular	107
ZUILA MARIA DE FIGUEIREDO CARVALHO, ANTONIO JOSÉ NÚÑEZ HERNÁNDEZ, FRANCISCO VICENTE MULET FALCÓ, MARÍA ISABEL NUÑEZ ÁNGULO, LUCIENE DE MIRANDA ANDRADE	
Educación para la salud en familias inmigrantes marroquíes	114
ISABEL GENTIL GARCÍA	
La empatía según Edith Stein y sus aplicaciones en enfermería en el contexto familiar	119
AMPARO NOGALES ESPERT	
MISCELÁNEA	
Biblioteca comentada	134
Conclusiones de las VI Jornadas Internacionales de Cultura de los Cuidados	137

ESTRUCTURA DE LA REVISTA Y NORMAS DE PUBLICACIÓN

NUEVAS NORMAS REGULADORAS DE LAS PUBLICACIONES EN LA REVISTA "ENFERMERÍA Y CULTURA DE LOS CUIDADOS"

A partir del próximo número de Junio de 2008 entrarán en vigor, de forma progresiva, los nuevos criterios reguladores del sistema de publicaciones en nuestra revista. Se trata de reinterpretar la función socializadora y difusora de la producción científica enfermera a la luz de la creciente demanda de internacionalización de la misma. En definitiva, a partir del próximo número *Enfermería y Cultura de los Cuidados* publicará artículos en tres lenguas: español, portugués e inglés. Sólo los resúmenes deberán estar escritos en los tres idiomas, pudiendo el artículo estar escrito en cualquiera de ellos.

Conscientes de la dificultad que puede generar en los autores la traducción de sus resúmenes al portugués, la revista se hará cargo de las mismas si es preciso.

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

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

enfermería como a sus métodos y aplicaciones prácticas.

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

PRESENTACIÓN DE LOS TRABAJOS

- Estructura del manuscrito: En la primera página figurará el título del artículo seguido del nombre de los autores (no más de 6), su rango académico más elevado o profesional y la dirección de contacto del primer autor con su correo electrónico y teléfono; en la segunda página, un resumen del trabajo no superior a 200 palabras y las palabras claves consultadas; las siguientes páginas incluirán el contenido del artículo evitando poner subíndices y notas al pie de página, con una extensión no superior a los doce folios; la última página estará dedicada a la bibliografía.
- El sistema de citas adoptado en la revista está de acuerdo a la normativa Harvard-APA: en el texto sólo aparecerá el apellido y la fecha del autor entre paréntesis, ej: (López,1998). La bibliografía consultada al final del artículo no llevará numeración y quedará ordenada alfabéticamente por el apellido del autor ej: Sánchez, J. (1997) Historia de la revista panacea. Paidós, Barcelona (Libro)
Sánchez, J. (1997) Historia de la revista panacea. *Enfermería Científica* 8, 22-27 (Artículo revista)
Sánchez, J. (1997) Historia de la revista panacea. En *Las revistas españolas de enfermería* (Cibanal, L. ed.), Síntesis, Madrid pp. 88-102 (Capítulo de Libro).
United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting (1990) *Post-Registration Education and practice Project*. UKCC, London.
- Las ilustraciones, gráficas y fotografías se enviarán a parte indicando su número de orden y título a pie de página o en su reverso en el caso de las fotografías. Las gráficas, preferentemente, deberán presentarse en blanco y negro.
- Presentación: en soporte papel mecanografiado en hojas DIN A4, letra Times New Roman, tamaño letra 12, a doble espacio, por triplicado y en disco 3 1/2 (WORD 6-7 o equivalente).

EDITORIAL

HISTORIA DE LA ENFERMERÍA: UNA APORTACIÓN EPISTEMOLÓGICA DESDE LA PERSPECTIVA CULTURAL DE LOS CUIDADOS

José Siles González. *Departamento de Enfermería Universidad de Alicante*

Partiendo de la reflexión epistemológica se deben establecer consensos que sirvan para homogeneizar los significados de conceptos que tienen un gran potencial de vertebración tanto en la disciplina enfermera, como en la antropología y en la historia; de forma que para dotar de una mayor coherencia a la síntesis transdisciplinar se deben clarificar y adoptar los términos de cultura, cuidado, antropología e historia cuya interpretación se amolde mejor a las características de la historia cultural de los cuidados contribuyendo, asimismo, a su fundamentación teórica.

CONCEPTO DE CULTURA

En este proceso de clarificación y consenso hermenéutico, en primer lugar, se puede interpretar el concepto de cultura como: “el conjunto de los comportamientos (visibles), pensamientos, (ocultos o no), sentimientos (patentes o latentes), y significados (simbólicos) implicados en el proceso de satisfacción de necesidades de un grupo humano” (Siles, 2001). Esta definición de cultura no sólo resulta pertinente para el desarrollo historiográfico de la cultura de los cuidados, sino que también se ajusta a las función pedagógica de la enfermería, dado que la propia Organización Mundial de la Salud define la educación para la salud como: “cualquier combinación de actividades de información y educación que lleve a una situación en que la gente desee estar sana, sepa cómo alcanzar la salud, haga lo que pueda individual y colectivamente para mantener la salud y busque ayuda cuando lo necesite”. Tanto el concepto de cultura como el de educación para la salud coinciden en que su foco de atención no se reduce sólo los estilos de vida y las conductas evidentes, palpables y fácilmente medibles, sino que en ambas definiciones se enfatiza la necesidad de ir a las raíces de esos comportamientos que anidan en las capas pro-

fundas de la sociedad, es decir en la cultura, para identificar los factores histórico culturales que determinan tales estilos de vida.

CONCEPTO DE CUIDADO

En segunda instancia, si de lo que se trata es de hacer una historia cultural de la enfermería, se deben identificar mediante un concepto esencial, suficientemente amplio y con gran potencial semántico, todas aquellas actividades, ideas, sentimientos, creencias y valores que estén implicadas en procesos de enfermería. El concepto de “cuidado” es, seguramente, el que reúne de forma más precisa todas estas características si no se cae en reduccionismos fragmentarios.

Por cuidado se puede entender:

“El producto de la reflexión sobre las ideas, los hechos y las circunstancias relacionadas con el proceso de satisfacción de necesidades del ser humano y que garantizan la integridad y la armonía de todas y cada una de las etapas que constituyen la vida humana...” (Siles, 2000)

La reflexión sobre las ideas (reflexión teórica) relativas a los cuidados incluye el plano de las creencias y los valores que impregnan todo: la atmósfera en la que tienen lugar los cuidados; la reflexión sobre los hechos (reflexión práctica) se refiere sobre todo a la valoración de las conductas y eventos observables; y, por último, la reflexión sobre las circunstancias (reflexión situacional-contextual-temporal) se ocupa tanto del marco espacio-temporal, como del contexto histórico cultural. Este punto conceptual de partida nos permite valorar de forma microhistórica cómo cada individuo o grupo interpreta desde su propia perspectiva cultural (construida por experiencias, creencias, valores, mitos, etc.) las situaciones de salud, enfermedad, dolor y muerte (Ginzburg, 1997).

CONCEPTO DE ANTROPOLOGÍA

Existen tantas definiciones de antropología como tendencias y escuelas antropológicas: física, social, cultural, etc. Desde sus orígenes en la sociología (Durkheim, 1992) la antropología se ha interpretado de forma amplia como la disciplina que se ocupa del estudio de los seres humanos desde una perspectiva biológica, social y humanística. En el contexto de este estudio es preciso adoptar una interpretación de antropología que se amolde a naturaleza holística de la historia cultural de los cuidados. Así, desde el estructuralismo, Levi-Straus (1995) ofrece una visión amplia e integral de la antropología catalogándola como la ciencia que se orienta a un conocimiento global del hombre y aspirando a un conocimiento aplicable al conjunto del desarrollo humano. Desde una óptica más semiótica, Geertz (1994) asigna a la antropología la tarea de estudiar las redes de significado que, entrelazadas, configuran las culturas. En definitiva, una definición de antropología que siendo amplia se ajusta a la historia cultural de los cuidados puede resumirse en esta concisa frase: Ciencia que estudia el ser humano inmerso en su cultura. Perfilando aún más la interpretación de la disciplina antropológica según los criterios preestablecidos se puede afirmar que: “Es la disciplina que estudia tanto los mecanismos de satisfacción de necesidades de los grupos humanos como la cultura en la que se dan estos procesos vinculados al continuum vida-salud-enfermedad-muerte (...)” (Siles, 2004)

CONCEPTO DE HISTORIA

Siguiendo el mismo objetivo de adecuación a la historia cultural de los cuidados empleado en las definiciones anteriores, se puede interpretar esencialmente la historia como: “la cualidad temporal que tiene todo lo que existe y también su manifestación empírica” (Aróstegui, 2000). De forma que nada escapa a la historia porque nada es sino a través del tiempo. Pierre Vilar (1999) nos ofrece una panorámica holística de la disciplina histórica al afirmar que la historia debe ser considerada como la única ciencia que es a la vez dinámica y global y que ofrece una visión sintética del fenómeno humano. Esta definición cumple dos funciones de gran importancia en el marco de la historia cultural de los cuidados:

- Es dinámica, es decir, permite el estudio de los cuidados a través del tiempo en las diferentes sociedades identificando los cambios que se producen en las diferentes épocas.
- Es global, es decir, da lugar a la identificación de los factores (sociales, políticos, económicos, religiosos, psicológicos, etc.) que inciden en que los cuidados se den de una determinada forma en un momento histórico dado.

Es en este contexto teórico de la historia en el que tiene cabida la historia cultural de los cuidados, dado que su objeto es: el estudio del ser humano inmerso en su cultura a través del tiempo. Volviendo al concepto de cultura adoptado en este trabajo, la historia se encarga tanto de los comportamientos (visibles), como de los pensamientos (ocultos o no), los sentimientos (enmascarados/solapados) y, por supuesto, los significados implicados en el proceso de satisfacción de necesidades de salud un grupo humano (Siles, 2001).

BIBLIOGRAFÍA

- Durkheim E. Las formas elementales de la vida religiosa. Madrid: Akal; 1992.
- Eliade M. Tratado de historia de las religiones: morfología y dialéctica de lo sagrado. Madrid: Cristiandad; 2001.
- Geertz C. El antropólogo como autor. Barcelona: Paidós; 1999.
- Geertz C. Conocimiento local. Ensayo sobre la interpretación de las culturas. Barcelona; 1994.
- Ginzburg C. El queso y los gusanos. El cosmos según un molinero del siglo XVI. México: Muchnik Editores; 1997.
- Levi-Strauss C. Antropología estructural. Barcelona: Paidós; 1995.
- Malinowski B Una teoría científica de la cultura. Madrid: Sarpe; 1984.
- Siles J. Pasado, presente y futuro de la enfermería en España. Perspectiva histórica y antropológica. Alicante: CECOVA/ Fundación José Llopis; 1996.
- Siles J. Epistemología y enfermería: por una fundamentación científica y profesional de la disciplina. Enfermería Clínica; 4/7: 188-194; 1997.
- Siles J et al. Una mirada a la situación científica de dos especialidades esenciales de la enfermería contemporánea: la antropología de los cuidados y la enfermería transcultural. Cultura de los Cuidados; V/10: 72-87; 2001.
- Siles J. La construcción social de la historia de la enfermería. Index Enferm. 2004; 13/47: 7-11; 2004
- Siles J. La eterna guerra de la identidad enfermera: un enfoque dialéctico y deconstruccionista. Index Enferm. 14/50: 7-9; 2005.
- Vilar P. Iniciación al vocabulario de análisis histórico. Barcelona: Crítica; 1999.
- Vilar, P. Memoria, historia e historiadores. Valencia: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Valencia; 2004.

FENOMENOLOGÍA

EMMA FLOTANDO EN EL ESPACIO

IX Premio Vida y Salud de Narrativa (2008) Modalidad absoluta

Rafael Perales Jódar



*A mi hermano Gabriel,
del que aprendí a amar libros y caminos,
y al que he estado a punto de seguir
en el que fuera su último vuelo.*

Había comenzado a llover en octubre; estábamos en mayo y casi no había cesado. Desde mi cama podía ver cómo evolucionaban los plumizos nublados dejando chubascos por doquier mientras el sol lograba colarse a intervalos, proyectando esas luces que tanto me gustan en medio del paisaje empapado. Fue el año más lluvioso de cuantos recuerdos. Hasta la primavera del 2001 todo había ido bastante bien, si exceptuamos episodios aparentemente intrascendentes, como pequeñas inundaciones y catarros pasajeros por causa de la humedad excesiva. Conocí a Emma cuatro años antes, y dos años y medio después nació León. Tras un apasionado periodo de encuentros esporádicos con kilómetros de por medio obligados por nuestros respectivos trabajos, por fin, al comienzo del curso, habíamos logrado vivir bajo el mismo techo en un pequeño chalé situado en una umbría y

romántica colonia de veraneo al noroeste de La Loma, con algunas villas de principios del siglo pasado, una ermita y dos sombrías y sobrias caserías por donde corría el agua a raudales, probablemente ejerciendo ya sobre mi persona su más siniestro poder telúrico.

En noviembre había recibido un premio por una de mis esculturas en bronce y lo habíamos celebrado discretamente en casa con cuatro amigos a la luz de las velas, debido a un apagón producido por el temporal. Seis meses antes había expuesto en la ciudad mis últimos trabajos en terracota, bronce y mármol, obteniendo bastantes halagos y pocas, aunque para mí suficientes ventas. A mis cuarenta y cuatro años no era más que un profesor de modelado en una Escuela de Artes de pueblo y la escultura siempre me había dado grandes satisfacciones, aunque rara vez económicas, por lo que estas tímidas muestras de reconocimiento -a parte de proporcionarme una mínima expresión de vanidad- me permitían, al menos, amortizar los materiales y seguir a lo mío. Nunca, por otra parte, había aspirado a mucho más: no aceptaba la presión a la que es necesario someterse para situarse en medio de la corriente sin ser arrastrado por ella. El día 28 de abril de 2001 celebramos el segundo cumpleaños de León en el jardín, junto a mi madre, mi hermana, su marido y un amigo común, en uno de los más que escasos días en que brilló el sol durante ese curso. Fue un día alegre y mi madre rebosaba buen humor. Nunca volvería a verla tan feliz. Diez días después despertaba en la U.C.I. tras haber sido intervenido de urgencias. La noche anterior me había encontrado muy mal cuando salía de escuchar el Requiem de Verdi en un elegante hospital renacentista: ironías del destino. Seis meses más tarde me diagnosticaban un cáncer. Hasta el día de hoy, pasados seis tristes años, he

sufrido nueve operaciones en cuatro hospitales, seis de ellas de alto riesgo incluidos dos trasplantes. Morirse, a veces, no es tan fácil. Hay que reconocer que yo no quería morir todavía, quería ver crecer a mi hijo y me encontraba en la que era, sin duda, la mejor etapa de mi vida. Aquellos días de mayo ingresaba en el gremio de los "carne de hospital". Mi primer compañero de habitación pertenecía a esa paciente sociedad, aunque él estaba más allá del bien y del mal. Tendría mi misma edad y procedía de la planta de salud mental, aunque creo que había pasado por casi todas. No sé la gravedad de sus diferentes patologías, pero lo que sí sé es que sufría, sufría mucho... mucho más que yo. Estaba solo. Le brillaban los ojos cuando veía aparecer a Emma con un ramo de flores frescas y su chispeante sonrisa; una mujer con la alegría de una niña en la cara. Un día, acababa de despertarse y me confesó que "había visto a mi mujer flotando en el espacio", y lo dijo con un tono de absoluta convicción, de devoción extrema. Me la imaginé con sus flores dentro de un cuadro de Chagall, en una postura imposible, queriendo asir mi mano, o tal vez soltarla para flotar libremente mientras él, postrado en una antigua cama de hospital, desde un rincón del cuadro observaba su vuelo. Pasó el tiempo y, aunque mis recuperaciones tras cada operación eran inmejorables, mis escasas fuerzas, mis maltrechos abdominales y la falta de concentración, salvo excepcionalmente y en materiales ligeros, no me permitían trabajar. Por otra parte, ni falta que me hacía, porque en esas temporadas solo pensaba en sobrevivir...Y en vivir. Leía sin cesar, hasta llegar a duplicar el número de volúmenes de mi biblioteca en solo cuatro años. Llegué a realizar la proeza de zambullirme en la lectura de *En Busca del Tiempo Perdido* y mantenerme en su corriente hasta el final sin más interrupción que los sueños, y fue, por cierto, una placentera y prolongada experiencia estética. Me entristecía ver a todas esas personas que, sabiendo leer, pasaban las largas horas de los hospitales mirando al techo o escuchando algún artefacto infame, consumiendo el tiempo sin provecho alguno. Cuando podíamos, salíamos de viaje los tres y nos divertíamos caminando por las montañas o en playas solitarias. Para mí, viajar había sido siempre una necesidad. He viajado en libertad desde mi adolescencia y duran-

te estos seis tremendos años me las he ingeniado, a pesar de algunas opiniones en contra, para hacerlo a sitios tan diversos como la Patagonia, Italia, Marruecos o Escandinavia. Viajando me siento en mi medio, como en mi taller pero con un trabajo menos penoso. Los viajes liman y pulen las aristas causadas por la vida, y el tiempo apremiaba, pues yo sabía que nada estaba solucionado ni siquiera a medio plazo. En uno de esos viajes íbamos por una pista polvorienta que, entre palmitos y pitas, serpenteaba hasta alcanzar una cala. Al virar una curva, León, que tenía tres años, dijo de pronto que allí era "donde aterrizó su nave", porque él "procedía del espacio". Lo dijo con el candor y la convicción que solo pueden tener los niños... Y los locos. Ahora, a punto de cumplir cincuenta y un años, hace exactamente nueve meses del último, quizá penúltimo, trasplante. Mi madre falleció hace casi cuatro años, creyendo (¿lo creería realmente?) que yo estaba plenamente recuperado. Regresaba de Chile justo para despedirla. Murió a los ochenta y dos, antes que yo y como ella deseaba: en su casa, tal y como debe ser. A mí no me importaría morir en un glaciar o en un desierto, pero mis cenizas quiero que reposen al pie del estanque de esta casa donde ahora vivimos, con su coqueto jardín y su gran estudio, a los pies de la sierra más alta de la península a la que acaban de llegar las primeras nieves: un lugar fresco y seco. He comenzado a crear de nuevo, y pienso, como siempre, que "ahora todo va bien". Veo cómo crece mi hijo, tengo mucho tiempo para él. En estos momentos juega en el centro del taller, más cerca de Emma, que está de pie pintando, mientras la luz blanca de esta fría tarde de noviembre entra a raudales por tragaluces y ventanales a través de los que se aprecia caer las hojas de los álamos, y recuerdo mi vida quebrantada, y a mi mente afloran todos los momentos felices pasados juntos, y pienso que son muchos a pesar de haber pasado otros tantos flirteando con la muerte. Me digo a mí mismo que todo esto no ha sido en vano; que he aprendido enormemente de mi dolor, de mis pasiones; que uno descubre qué es la felicidad cuando ha sufrido, cuando se tiene la oportunidad de contrastar el dolor con el placer. Me siento privilegiado por esto. Mientras suena la Pavana para una Infanta Difunta, pienso en la belleza de la que me

he rodeado o he sabido encontrar hasta en mi pobre compañero de habitación. Miro a Emma desde el extremo opuesto del estudio y sus contornos se desdibujan en la luz que empieza a ser naranja en el atardecer. Pienso en lo que ella ha sufrido también; en cómo estuvo todo a punto de esfumarse al principio por culpa de un tratamiento que provocaba unos tremendos cambios de carácter y un

inmenso cansancio, y no nos entendíamos; en cómo hemos sido tallados con ferocidad y eficacia por los golpes maestros del cincel del tiempo. Y entonces la veo elevarse por encima de su caballete y, entre los colores de sus botes de pintura, flotar en el espacio.

noviembre de 2007



EPÍLOGO

La búsqueda de la belleza es uno de los más saludables hábitos de la existencia humana. La naturaleza, la música, la literatura, el arte y, sobre todo, el amor, son fuentes de vida y felicidad; liberan y enaltecen el espíritu, abstrayendo de la cruda

y prosaica realidad su esencia más poética; contribuyen eficazmente a la superación de los momentos más amargos de la existencia; y, en cualquier caso, constituyen buenos alicientes para la vida -tal vez los únicos- ante la proximidad de la muerte.

EL HOSPITAL NOS DIVIDIÓ

IX Premio Vida y Salud de Narrativa (2008)
Modalidad profesional/estudiantes de enfermería

Ana Fernández Conde



Era la primavera del año 1944. Yo acababa de cumplir 16 años y vivía la tensión del vecindario entre la sorpresa y la indiferencia. El nuevo hospital que estaban construyendo en pleno centro de nuestro pequeño pueblo tenía a todos crispados e indignados. Yo no acababa de entender el porqué ya que desconocía por completo la gravedad de aquella enfermedad de la que hablaban continuamente: la tuberculosis; pero sí me sentía afectada por la situación ya que el malestar general había conseguido que las familias se encerraran en sus casas (no sé muy bien si para preparar sus “armas de guerra” o para ir acostumbrándose a la vida que les esperaba) y cada vez era más difícil salir a pasear con las amigas o ir a alguna fiesta a bailar.

Durante los meses siguientes un enorme edificio de piedra se fue alzando en medio de las casas. Ese edificio sería un hospital que albergaría tuberculosos. El pueblo tenía miedo, pánico a dicha enfermedad. Estoy casi segura de que ninguno de los vecinos sabía exactamente en qué consistía ni cuál era el grado de riesgo que íbamos a correr, pero todos tenían claro que de eso se moría la gente, que era contagioso y que no querían ese tipo de enfermos tan cerca de sus casas, de sus hijos... A mí aquel hospital se me antojaba un enorme

monstruo que se alzaba imponente y avasallador en medio de las pequeñas y aterrorizadas casas del pueblo. A medida que su construcción avanzaba, yo tenía la sensación de que iba cobrando vida, alimentándose de la ira y el pánico de un pueblo que lo rechazaba y enfureciéndose con el odio con que lo miraban los vecinos al pasar. La quietud y sobriedad de sus largas paredes de piedra se convertían, en mi adolescente cabeza, en enormes brazos que daban bruscos zarpazos para intentar amedrentarme e inmovilizarme.

“No hace falta conocer el peligro para tener miedo, de hecho, los peligros desconocidos son los que inspiran más temor”. (Alejandro Dumas)

Las limitadas protestas que se podían hacer dentro de los márgenes de la dictadura fueron inútiles. El mismísimo General Francisco Franco vino a inaugurarlo en Octubre del mismo año. Aunque los más cercanos al régimen quisieron ver en esto una posibilidad más de solicitar que fuera otro el fin de tan majestuoso edificio la mayoría pensaron que el tener a tantos falangistas cerca durante tanto tiempo (para la preparación de la venida del dictador) no haría más que sumar problemas a la ya complicada situación.

Así iban pasando los días. Mi ignorancia y mi juventud me permitían mantenerme bastante distanciada de estas preocupaciones hasta que un día mi madre me llamó con una seriedad especial y me dijo que quería hablar conmigo.

- Luisa, acompáñame, tenemos que hablar. -No fue sólo el tono de voz lo que me preocupó, también el ver que se dirigía hacia su habitación. Mi madre nunca nos llevaba a su habitación. Era su refugio.
- Verás, hija, las cosas no van bien. Tu padre trabaja de sol a sol pero no es suficiente; casi no tenemos para comer, no compramos ropa y los zapatos de tus hermanos están rotos. Sois tres bocas a alimentar sin contar la de tu padre

y la mía, y... otra más que viene en camino... Tú eres la mayor de tus hermanos y necesito pedirte que nos ayudes. Tu padre ha hablado con su jefe y le ha dicho... que... seguramente te darán trabajo en el hospital.

- ¿En el hospital?, pero mamá!, la gente dice que si trabajas en el hospital te puedes morir, vosotros mismos luchasteis para que no se construyera! Además yo no sé nada de enfermos..., no se ni siquiera qué es eso de la tuberculosis, mamá ¿qué voy a hacer allí?, yo no soy enfermera.
- No hace falta, hija. En el hospital se pueden hacer muchas cosas, los enfermos necesitan que alguien les cocine, les lave la ropa, les limpie las habitaciones... Y no tengas miedo hija, no es cierto lo que dicen, no te vas a morir por trabajar ahí. ¿Acaso no están trabajando desde que abrió Raúl y Gerardo?, y Teresa y Paco... ¿Y tu ves que alguno haya enfermado o le haya pasado algo? No. No te preocupes hija.

Los ojos llenos de lágrimas de mi madre me hicieron entender que en realidad no estaba tan segura de que no me pasaría nada, pero la necesidad de conseguir lo más básico para su familia ahogaba el posible temor por mi salud.

- Yo misma iría si pudiera hija, pero embarazada y con dos niños tan pequeños... Necesito que seas tu... ¿lo entiendes verdad?- ¡Era tan evidente el tono de desesperación de mi madre! ¿Qué otra cosa podría llevar a una madre a enviar a su hija a un “infierno” en el que encontraría con seguridad el desprecio de su pueblo, con alta probabilidad la enfermedad y con cierta posibilidad la muerte?
- Claro mamá - sonreí como si estuviera feliz de ayudar a mi familia. Pero en realidad me veía a mí misma abocada a un precipicio, muerta de miedo por lo que pudiera pasar y totalmente angustiada de ver a mi madre en tal extremo de desesperación.

“¿Miedo a la muerte? Uno debe de temerle a la vida, no a la muerte”. (Marlene Dietrich)

Tres días después fui a entrevistarme con el Administrador del hospital. Era un hombre corpulento y serio, me impresionó tanto que pensé que

era la persona ideal para dirigir aquel sitio ya que ambos me daban exactamente el mismo miedo. Me hizo algunas preguntas que nada tenían que ver con los enfermos o con la enfermedad y a continuación me dijo: - vete a la primera planta y pregunta por Sor Aurora, dile que vas de mi parte y que te pongan la tuberculina; mañana vuelve a que te la lea, si prendió empezará a trabajar... quizás en la lavandería... hace falta una persona allí.- Así de sencillo. Por aquel entonces los conocimientos sobre la tuberculosis no eran muchos ni muy precisos; querían a gente con Mantoux positivo, creían que así eran resistentes a la enfermedad. Casi todos los del pueblo lo teníamos ya que los enfermos paseaban al lado de nuestras casas, iban a nuestros bares, visitaban nuestra Iglesia... Intentábamos separarnos de ellos pero en realidad lo único que conseguíamos era aislarnos, mientras ellos, que no tenían nada que perder, ajenos a nuestro desprecio, hacían una vida normal usufructuando nuestro pueblo.

*“Un hombre aislado se siente débil, y lo es”.
(Concepción Arenal)*

Y de esta forma empecé a trabajar en la lavandería, 24h al día 7 días a la semana. Vivíamos allí; nos daban la comida, teníamos donde dormir y además llevábamos dinero a casa... era difícil resistirse en una época de tanta miseria. A pesar de lo duro que era vivir allí. Lo peor: el frío. Todas las puertas y ventanas del hospital estaban siempre abiertas de par en par. Se buscaba la cura del aire. Por ello también había hamacas, colocadas a lo largo de los más de 300 metros de balconadas que tenía el edificio, en las que los enfermos pasaban tumbados buena parte del día tanto en verano como en invierno. Trabajar en lavandería o en cocina era casi un lujo porque allí teníamos el calor de las planchas o de los fogones respectivamente. ¡Cuánto frío pasamos! Muchos enfermos bromeaban diciendo que si no se morían de la tuberculosis se morirían del frío.

Eran enfermos que estaban ingresados en el mejor de los casos meses y en muchas ocasiones años. Era mucho tiempo por lo que los médicos, cuando no estaban en fase contagiosa, les daban permiso para salir del hospital. Paseaban por el pueblo, visitaban los bares y tabernas de la zona,

iban a la Iglesia... Pero al anochecer, para la hora de la cena, todos estábamos allí de nuevo, trabajadores y enfermos, comentando con más o menos ilusión y esperanza, cómo había transcurrido un día más de nuestras vidas. Así las cosas el pueblo se dividió todavía más: por un lado los que seguían inamovibles en su lucha contra el hospital y por otro los que se habían dejado doblegar por la necesidad y habían sucumbido al encanto de una buena comida, una habitación y una pequeña cantidad de dinero asegurada.

Fueron pasando los días, los meses, los años... Poco a poco nos fuimos olvidando de la enfermedad como tal y, dado que pasábamos en el hospital todo nuestro tiempo y que el pueblo nos despreciaba y no quería relacionarse con nosotros dejamos de ser empleados y enfermos para pasar a ser todos, sin distinción, una gran familia.

El trabajo era duro. Las monjas eran las que mandaban. La mayoría de estas monjas eran enfermeras. Las respetábamos con cierto temor porque no dudaban en llamarnos la atención si no hacíamos correctamente nuestro trabajo pero también las admirábamos porque no era difícil ver que luchaban contra aquella durísima enfermedad sin los suficientes medios ni conocimientos. Anteponían el bienestar del enfermo a su propia vida burlando el contagio con viejas mascarillas de tela que se usaban una y otra vez sin ningún tipo de desinfección, limpiaban personalmente esputos, vómitos o cualquier otro resto orgánico sin guantes y “esterilizaban” los colchones de los que fallecían con el vapor de una cocina de carbón. Racionaban la comida para que llegara para todos. Zurcían las sábanas, pijamas y camisones porque pasaban años sin que repusieran la ropa. Colaboraban con el médico en la realización de técnicas que en aquella época se consideraban totalmente innovadoras y que hoy nos resultarían casi “salvajes”. Quizás jerárquicamente sobre ellas estuvieran los médicos y el administrador pero eso no se notaba en el trabajo diario. Ellas eran las que mandaban, las que organizaban el trabajo, las que controlaban las comidas, las que cuidaban los enfermos, las que daban los permisos para salir a pasear (tanto a personal como a enfermos), y las que nos llamaban la atención si algo estaba mal hecho. Sin ellas, sin esas monjas enfermeras el hospital no hubiera

sobrevivido. No sé si el ser monjas les daba una mayor fuerza moral pero sí sé que poseían una entrega, dedicación y coraje que es fácil de ver en las enfermeras vocacionales pero difícil de encontrar en cualquier otra profesión.

No creo que sea difícil entender que pasando tanto tiempo juntos y siendo como éramos la mayoría gente joven, en muchas ocasiones surgiera el amor. También en mi caso. No fue una historia especialmente llamativa como cuando Sor Jacinta se enamoró del paciente de la 207, colgó los hábitos y se casaron. Yo me enamoré del pinche de cocina. Tuvimos un par de años de noviazgo y al poco de cumplir yo los 19 nos casamos. Ramón tenía 20. Ser matrimonio y vivir en el hospital era duro. Por supuesto no teníamos una habitación para nosotros solos sino que seguíamos cada uno en la que teníamos antes, en ocasiones incluso compartida con dos o tres compañeros más. Aún así nos las ingeniábamos para estar juntos y para vivir nuestros momentos especiales, éramos jóvenes y estábamos recién casados... En poco menos de un año me quedé embarazada de mi primer hijo. Fue entonces cuando empezamos a darnos cuenta de nuevo de que estábamos trabajando en un hospital de tuberculosos y de que corríamos peligro; por supuesto habíamos perdido hacía mucho tiempo el miedo a enfermar nosotros, pero no estábamos dispuestos a exponer a nuestro hijo a tal posibilidad. Afortunadamente, a los tres meses de embarazo, a Ramón lo ascendieron a jefe de cocina y eso nos dio el empuje que necesitábamos para tomar la decisión que llevábamos ya un tiempo intentando tomar: yo dejé de trabajar en el hospital.

- No te preocupes, Luisa -me decía mi marido- ahora yo voy a ganar algo más y nos arreglaremos. Tú puedes vivir en casa de tus padres y apenas gastarás nada hasta que nazca el niño, para entonces ya tendremos algo ahorrado y tiraremos para adelante.
- ¿Estás seguro, Ramón? Tu sueldo no es muy grande y aquí no gastaría en comida para mí...
- Claro que estoy seguro. Lo primero es nuestro hijo. Nos arreglaremos, ya lo verás.

Yo sabía que las cosas no iban a ser tan fáciles como Ramón me las pintaba y no me equivoqué:



fueron muy duras. Pero no por las dificultades económicas como yo pensaba, sino por algo mucho peor: el rechazo de todos mis vecinos; me trataban como a una apestada, no podía casi salir de casa porque en el mejor de los casos me miraban mal y en el peor me insultaban directamente. Sólo podía hablar con mis padres y hermanos que después de varios años habían conseguido superar ese desprecio y hacían una vida relativamente normal, al margen de todo comentario u ofensa.

“El que desprecia demasiado se hace digno de su propio desprecio”. (Henri Frédéric Amiel)

Mi embarazo transcurrió con normalidad. Como Ramón predijo conseguimos ahorrar algo de dinero, no sólo por su sueldo sino más bien por el ingenio de Ramón. No es que él fuera especialmente pícaro pero en aquella época la necesidad y el hambre hacían avisado al más inocente de los hombres. Así, Ramón escondía fruta dentro de su chaqueta cuando Sor Aurora le pedía que ayudara a descargar el camión que la suministraba, cobraba una propinilla de los médicos cuando éstos le firmaban una receta a su nombre de aquella medicina tan cara para la tuberculosis (que Ramón por su puesto no necesitaba), los enfermos a los que no le permitían salir del hospital, porque estaban en fase contagiosa, le daban algo para que les comprara vino o tabaco en la taberna,... Y Ramón aprovechaba las noches en las que todo estaba tranquilo para dejar una almohada debajo de las sábanas y venir a traerme a casa todo lo que había consegui-

do; bueno, a eso y también a verme, al fin y al cabo nos acabábamos de casar.

Nació nuestro primer hijo y fue entonces cuando fuimos realmente conscientes de la realidad de nuestras vidas. Lo bautizamos en el hospital y en la única foto que conservo de aquel día se ve claramente la situación en la que vivíamos. Estamos a las puertas del hospital mi marido y yo con el niño en brazos junto a nuestra familia: los empleados del hospital y los enfermos. Nadie más.

“No es la carne y la sangre, sino el corazón, lo que nos hace padres e hijos”. (Johann Christoph Friedrich von Schiller)

La familia no es únicamente la que unen los lazos de sangre. Nosotros comprobamos cómo la familia es aquella que frente a la adversidad y al aislamiento de los que los rodean se une y se hace fuerte.

Todos juntos, personal del hospital y enfermos, vivimos todo tipo de sentimientos: festejábamos la Navidad, el Carnaval, la matanza, los magostos,... con ilusión y alegría. Celebrábamos las bodas, bautizos, comuniones con emoción y entrega. Llorábamos a los fallecidos con verdadero sentimiento y los enterrábamos cuando ningún familiar los reclamaba (cosa que ocurría frecuentemente, sobre todo entre los enfermos). Éramos capaces de reír y llorar, de cantar o bailar y de enfadarnos, de trabajar intensamente y de escaquearnos del trabajo, de escuchar y de contar nuestras penas, de alegrarnos y de entristecernos. En resumen, éramos capaces de vivir. De vivir intensamente y al margen de un pueblo que nos rodeaba pero que nos había rechazado; que estaba a nuestro lado pero que no quería tocarnos.

“Los lazos de la amistad son más estrechos que los de la sangre y la familia”.
(Giovanni Boccaccio)

Siempre había alguna situación que nos recordaba quienes éramos. Nuestros hijos jugaban en los pasillos del hospital pero no tenían amigos fuera de él; nosotros tampoco. Eso nos dolía profundamente, a pesar de que lo llevábamos con mucha dignidad.

Vivíamos en un mundo que hoy probablemente definirían como “virtual”, es decir, en un mundo imaginario, tremendamente real, que nos resultaba más que suficiente, pero que en determinadas ocasiones nos propinaba una fuerte “bofetada” y nos traía de golpe a la realidad. Como cuando nuestros hijos iban al colegio y los demás niños no querían jugar con ellos, o cuando no nos permitían entrar en el centro social, o cuando se negaban a venir a nuestras casas, o cuando prohibían a los niños pasar caminando por los alrededores del hospital,...

Ha pasado mucho tiempo. El hospital ya tiene más de 50 años. Lo único que le queda en común con el original son sus majestuosas paredes de piedra. Todo ha cambiado. Hoy está considerado el hospital más bonito de los tres que posee la ciudad ya que está rodeado de árboles, flores, pájaros, ardillas,... Por las grandes balconadas por las que un día paseaban tuberculosos hoy pasean ancianos con patología respiratoria o cardiovascular. Ya nadie tiene miedo. Ya nadie se fija en que en el centro del pueblo hay un enorme edificio de piedra que alberga enfermos. La gente joven ni siquiera sabe que el pueblo en el que viven un día estuvo dividido con el temor a un lado y la miseria al otro. La gente mayor ha querido olvidarlo, bien porque, por fin, ya no sienten desprecio en las miradas de sus vecinos o bien porque tienen remordimientos por haber despreciado a aquellos con los que convivían.

*“Perdonar supone siempre un poco de olvido, un poco de desprecio y un poco de comodidad”
(Jacinto Benavente).*

Yo, a punto de cumplir 80 años, me siento feliz y agradecida por haber conocido a mi marido, por haber tenido tres maravillosos hijos con él y porque ninguno de nosotros enfermó. Otros no tuvieron tanta suerte, enfermaron e incluso algunos llegaron a morir. Me siento también agradecida de haber “vivido” y “convivido” en el hospital. Allí aprendí de las enfermeras la dedicación, la entrega y el coraje; de los enfermos la ilusión, la esperanza y el espíritu de lucha y de mis compañeros la solidaridad y el respeto. ¡Que intensa y cálida llegó a ser mi vida en el interior de aquel frío hospital!

Ahora tengo el corazón partido en dos mitades. Una está llena de amargura y tristeza por haber estado encerrada y aislada del mundo en el que nació, y al que se suponía que pertenecía, durante tantos años. La otra mitad está llena de cariño y agradecimiento a toda aquella gente que vivió en el hospital, como trabajadores o como enfermos, y que me regaló una nueva, numerosa y maravillosa familia cuando me quedé sin ella y cuando precisamente más la necesitaba.

No cambiaría ni uno de los minutos que viví dentro del hospital pero cambiaría casi todos lo que viví fuera de él desde que se construyó.



HISTORIA

EL EJERCICIO DE LA ENFERMERÍA DOMICILIARIA EN BRASIL Y EN EL MUNDO. UNA VISIÓN HISTÓRICA Y ÉTICA

Taka Oguisso

Licenciada en enfermería y abogada. Doctora en Salud Pública y Profesora Titular de la Escuela de Enfermería de la Universidad de San Pablo. Brasil.



NURSING HOME CARE IN BRASIL AND THE WORLD. A HISTORICAL AND ETHICAL VIEW

SUMMARY

The origins of home care are described, as well as its definitions and objectives according to the World Health Organisation, and the way it is developed in some countries in which the system has been implemented with a new modality involving less professional training, by means of carers or comforters, in order to ensure people's comfort, especially that of the elderly at home. Home nursing care delivered in Brasil by nurses employed for this purpose is described as an example, as well as the ethical and legal issues that may arise. In European countries there are certain specific requirements such as previous hospital experience and specialised training in public health

and/or obstetric nursing, for nurses to deliver home care, which is understandable considering the legal and technical responsibilities for the nurse who will be alone in the home with no one else to discuss decisions with.

Key words: nursing, history of nursing, home care.

O EXERCÍCIO DA ENFERMAGEM DOMICILIÁRIA NO BRASIL E NO MUNDO: UMA VISÃO HISTÓRICA E ÉTICA

RESUMO

São descritas as origens da atenção domiciliar, suas definições e objetivos de acordo com a Organização Mundial de Saúde e como esta modalidade de atenção está sendo desenvolvida em alguns países que têm implantado o sistema, inclusive uma modalidade nova e com menor preparo profissional, como cuidadores ou confortadores, para atender o conforto das pessoas, em especial de pessoas mais idosas em suas próprias casas. Como exemplo da prática de enfermagem domiciliar apresenta-se como tal modelo é aplicado no Brasil, com enfermeiras empresárias voltadas para esta atenção, e os problemas éticos e legais que podem advir. Nos países europeus há certas exigências específicas como experiência profissional prévia no hospital e formação especializada em saúde pública e/ou enfermagem obstétrica, para que os enfermeiros possam desenvolver seu trabalho em home care, o que é compreensível, considerando as responsabilidades técnicas e

legais que irão assumir, pois o profissional estará sozinho no domicílio do paciente, não tendo com quem discutir a melhor decisão a ser tomada.

Palavras-chave: enfermagem, história da enfermagem, atenção domiciliar.

RESUMEN

Se describe los orígenes de la atención domiciliar, sus definiciones y objetivos de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud y cómo esta desarrollado en algunos países que han implantado el sistema hasta una modalidad más nueva y con menor preparación profesional, como cuidadores o confortadores, para atender el confort de las personas, en especial las de más edad en sus propias casas. Como ejemplo de la práctica de enfermería domiciliar se presenta como es aplicado en Brasil, con enfermeras empresarias para esta atención, y los problemas éticos y legales que pueden ocurrir. En los países europeos hay ciertas exigencias específicas como experiencia profesional previa en hospital y formación especializada en salud pública y/o enfermería obstétrica, para que los enfermeros puedan desenvolver su trabajo en home care, lo que es comprensible considerando las responsabilidades técnicas y legales que irán asumir, pues el profesional estará sólo en el domicilio del paciente, no teniendo con quien discutir la mejor decisión a tomar.

Palabras clave: enfermería, historia de la enfermería, atención domiciliar.

INTRODUCCIÓN

En los orígenes de la humanidad, en los tiempos del hombre pre - histórico, los nómadas y la incipiente sociedad de entonces vagaba por las selvas en la búsqueda de caza, pesca y colecta de frutos silvestres. Esa instintiva aventura de supervivencia era, seguramente, acompañada de numerosos riesgos de muerte y de heridas, principalmente cuando se trataba de enfrentar animales en busca de alimentos.

Cuando acontecía un accidente o enfermedad, el instinto gregario y la propia vida nómada lo obli-

gaban a recibir los posibles cuidados en el propio local del evento o en el abrigo de su casa. Históricamente, pues, se puede decir que los cuidados dispensados a una persona en su propia habitación es una de las más antiguas - aún rudimentarias - formas de atención al ser humano. Sin duda, eran los orígenes de aquello que, hoy, millones de años después, en la terminología básica en salud, sería llamada de “enfermería domiciliar o home care”.

La verdad, “los cuidados existían desde que surgió la vida, una vez que los seres humanos - como todos los seres vivos - siempre precisaran de cuidados”. “Cuidar es el acto de vida que tiene como fin, primero y antes que todo, permitir que la vida continúe desarrollándose y así luchar contra la muerte: muerte del individuo, muerte del grupo, muerte de la especie”(Collière).

En la trayectoria evolutiva de la sociedad, la acción de cuidar o de hacerse cargo de personas, en el sentido de ayudarlas a cuidar de sí y de atender sus necesidades vitales, se confunde en el tiempo con el trabajo de la madre que nutre sus hijos y de ellos cuida, así como cuida de otras personas dependientes, como los ancianos, heridos y enfermos. La protección materna instintiva fue la primera manifestación de cuidados del ser humano con sus semejantes.

El tiempo pasó y, en la medida que aquellos grupos humanos abandonaban el nomadismo se fijaban en determinado territorio, formando los primeros asentamientos humanos, surgiendo organizaciones primitivas sociales donde hombres y mujeres asumían funciones distintas en ese embrión de la sociedad, los hombres dedicándose a la caza y a la pesca, con todos los riesgos inherentes a esas tareas, y las mujeres más dedicadas para los trabajos domésticos. Ambos, por lo tanto, dedicados a cuidar “mantener la vida de los seres humanos con el objetivo de permitir la reproducción y la perpetuidad de la vida del grupo” Carvalho, 1965 (Collière).

Con la evolución de las ciencias y el progreso de la tecnología, la asistencia a la salud comenzó a ser transferida de las casas para las instituciones hospitalarias, consideradas el ambiente más seguro y apropiado para la prestación de los servicios que ellos necesitan. Mas con la implantación de recur-

Los cuidados cada vez mayores y más sofisticados, la asistencia hospitalaria se fue tornando cada vez más cara y menos accesible a la población, especialmente a la rural.

El servicio de enfermería domiciliar, iniciado sin pretensión y de forma modesta, en el siglo XIX en Brasil, se transformó en una gran realidad mundial impulsando la asistencia a la salud y a la propia enfermería para nuevos rumbos y desafíos y abriendo caminos para profesionales emprendedores. Esa asistencia de enfermería domiciliar o prestada fuera del ambiente institucional, hospitalario es también conocida como home care.

Son objetivos de este estudio discutir el papel del enfermero en esta modalidad de atención de enfermería prestada fuera del contexto institucional de salud y los beneficios para con el paciente y su familia.

DEFINICIONES Y OBJETIVOS DE HOME CARE

Esa asistencia es definida por la Organización Mundial de la Salud como aquel cuidado a la salud proporcionado a las personas en su domicilio (OMS, 1999). Ese cuidado debe ser apropiado, de alta calidad y con la relación costo-beneficio compatible para los individuos, que deben mantener su independencia y la mejor calidad de vida posible. Estudios de la Organización Mundial de la Salud demuestran que el home care esta virtualmente asociado con mejor calidad de vida y que la relación costo-beneficio es más frecuentemente favorable en los casos que sustituirían largas permanencias (WHO, 1999).

Son objetivos de home care: sustituir hospitalización repentina por necesidad aguda de cuidado, sustituir una larga internación institucional; prevenir la necesidad de internación institucional y mantener los individuos en su propio domicilio y comunidad.

A pesar de que los cuidados de home care pueden ser prestados directamente por profesionales de la salud con escolaridad superior, como médicos y enfermeras, la literatura apunta más a los cuidadores formales, de escolaridad media, o informales preparados, especialmente en los países que pretenden reducir costos, dar comodidad al paciente y prevenir posibles infecciones hospitalarias.

De cualquier forma la tendencia mundial es de que home care, como cuidado requerido por el usuario en el domicilio, continuará creciendo, así como el nivel, el volumen y la intensidad y hasta la complejidad de ese cuidado, pues es posible transferir el paciente de una unidad de terapia intensiva para su domicilio o atender la demanda de pacientes crónicos, inclusive reduciendo "la exposición al riesgo de infección hospitalaria, evitando la pérdida de la convivencia familiar e ingresos hospitalarios, además de la disminución de su costo (Dal Bem, 2005).

De hecho, en la discusión sobre la salud en el mundo, es necesario considerar algunos asuntos básicos como la irreversibilidad de la globalización económica, los cambios demográficos y epidemiológicos en los próximos veinte años que, por ejemplo, en Brasil habrá un aumento de más de 200% de la población anciana. De manera paradójica es el mundo desarrollado o llamado Primer Mundo, se volvió rico antes de llegar a anciano, al paso que en los países sub-desarrollados, las personas se volverán ancianas antes de ser ricas. Otro asunto a considerar es respecto a la dependencia del paciente y el trabajo de prestación de cuidados, llevando siempre en cuenta las actividades de la vida diaria (AVD) y la utilización de la alta tecnología.

Aparentemente es muy simple satisfacer esas necesidades, como alimentación, eliminaciones, hidratación, higiene, respiración, etc. el cuidador no imagina cuantas actividades envuelven las AVD, pues un simple baño puede necesitar de muchos cuidados cada día, durante los siete días de la semana y en los 365 días del año. El suceso de ese cuidado está apenas en el estar próximo, o al lado del paciente, para alcanzar las cosas que él necesita. La hidratación puede ser necesaria tanto de día como de noche y así por delante (Hirschfeld, Oguiso, 2002).

Al desenvolver una AVD, no siempre puede percibirse cuan ardua puede ser la tarea de dar un baño, desvestirlos para ir al baño o al uso del sanitario. Para algunos pueblos y culturas puede ser una situación extremadamente vergonzosa y complicada tanto para los padres como para los hijos, que no fueron preparados y ni acostumbrados a prestar ese tipo de cuidados para los progenitores. En fin, la situación práctica puede envolver muchos pro-

blemas de difícil solución, dependiendo de la cultura, costumbres y valores sociales.

Además de esas actividades personales habrá otras necesidades como compras en supermercado, uso de transporte público, el control de las propias cuentas financieras, en fin el control de varios medicamentos, que precisan ser administrados en sus dosis, vías y horarios correctos, que en un hospital es un procedimiento simple, pero en home care puede ser complicado y confuso para el cuidador o para el propio paciente. Por otra parte, el paciente necesita de comunicación, apoyo emocional, observación de su comportamiento, administración de los cuidados relacionados a los síntomas, a la dieta, ejercicios físicos, reposo, medicamentos, cuidados con la piel, etc. Sí en el hospital es fácil, para un cuidador (LIDAR convivir) con situaciones como dolor agudo, desmayos, tos prolongada es muy difícil.

Casi todo lo que se realiza en una Unidad de Terapia Intensiva, hoy puede hacerse en el domicilio, debido a la alta tecnología en home care, tales como la nutrición artificial, hidratación, ventilación mecánica, aspiración continua de secreciones, infusiones endovenosas y diálisis que transforman las residencias en verdaderos servicios de enfermería de hospital.

FACTORES A CONSIDERAR EN HOME CARE

En el desarrollo de la asistencia en home care hay algunos aspectos importantes a tener en cuenta (Hirschfeld, y Oguiso, 2002).

1. La naturaleza del programa considerando la población - objetivo, el tipo de asistencia de 24 horas y en todos los días de la semana.
2. Los criterios para la elección de los pacientes deben incluir la edad, el tipo de enfermedad, el grado de dependencia, la relación con el cuidador, el grado de apoyo familiar y las condiciones económicas para asumir financieramente el costo.
3. La evaluación de los criterios de elección debe ser en relación al nivel y al tipo de cuidado necesario.
4. Los beneficios que el paciente y sus familiares pueden obtener con la opción de home care, sea con la prestación de cuidados de

enfermería en las diversas modalidades de cuidado-día o otros específicos, como orientación, consejos, provisión de material y/o medicamentos prescritos, entre otros beneficios.

5. La ejecución del programa de home care puede ser a nivel gubernamental o administrado en conjunto con otras organizaciones, inclusive del sector privado, contemplando la planificación de la asistencia a ser prestada, la educación o preparación de los funcionarios o trabajadores y el control de garantía de calidad.
6. El financiamiento de los servicios de home care puede ser obtenido por medio de impuestos o un sistema de seguro de providencia social. Excepto esas posibilidades, el usuario tendrá que solventar con los costos de su propio bolsillo.
7. La cobertura de los servicios incluye la necesidad de estimar la parcela de la población que precisará de home care, la localización de estos servicios, abarcando tanto el área urbana como el área rural, las categorías de las enfermedades, la edad de la población-objetivo y los niveles de dependencia o incapacidad de los posibles pacientes.
8. El cálculo del costo implica el costo total, el costo-hora, la proporción de trabajadores remunerados o voluntarios, el costo de educación, de los medicamentos, material y del transporte.

HOME CARE EN OTROS PAÍSES

En países de Europa, como el Reino Unido, Irlanda, Alemania y Suiza así como en los Estados Unidos y Canadá, las altas hospitalarias son cada vez más precoces y el seguimiento es hecho por enfermeros. En los países escandinavos, por tener ya una larga tradición de asistencia domiciliar, el aspecto económico es considerado secundario, colocándose el aspecto ético preferente y la comodidad del paciente de quedar en su propia casa, como el argumento principal y más importante para desenvolver programas de asistencia residencial. Ya en los países de Europa Central, como Hungría, o República Checa y el Este de Europa, como Slovenia el ímpetu para



abrazar la atención residencial es esencialmente económico.

En los países con PBI medio, como Corea del Sur, los servicios no tienen cobertura universal, y hay una mezcla entre servicios públicos y privados. En los países de PBI más bajo, pueden existir servicios de cobertura universal como ocurre con Cuba e iniciativas de home care basados en las comunidades locales como en África del Sur, Uganda, Zambia, Kenia, Camboya, Tailandia y China (Hirschfeld MJ y Oguisso T, 2002).

La actual tendencia es para la creación o expansión de servicios residenciales, la asistencia a pacientes crónicos, y agudos, desde el pre-operatorio al post-operatorio, perinatal, cuidados paliativos y hasta eventos episódicos. Podría ofrecerse también cuidado-día o cuidado-noche para los ancianos crónicos, cuidado-alivio para pacientes terminales, cuidado-niño enfermo, cuidado-día quirúrgico, consejos sobre los cuidados de todos los tipos y hasta mismo servicios de salud ocupacional y salud escolar para empresas. Otra tendencia que comienza a ser practicada es el programa de preparación específica de LEIGOS, son cuidadores, para ancianos, enfermos crónicos o niños con alguna enfermedad prolongada en domicilio.

Recientemente fue creado un servicio de “comfort keepers” con personas para dar, asegurar o mantener la comodidad, una especie de confortadoras profesionales. Es un servicio creado en 1997, en los Estados Unidos, por la enfermera Kris Clum, que trabajaba en home care. Era inicialmente un cuidado simple y diario, como calentar la

leche u ofrecer una prosa amigable, más que se volvió una solución para dar comodidad y ayudar a las personas ancianas para que continúen en sus propias casas con el más alto nivel posible de independencia y autonomía. La asistencia de confortador provee compañía, preparación de comida, ayuda para las deambulaciones diarias o para el traslado del paciente para la consulta médica o exámenes de laboratorio, agencias bancarias, iglesias, pequeñas compras y arreglos o limpieza de la casa. Puede también auxiliar en la higiene, ducha y cuidados en situaciones de incontinencia. Confortadoras pueden sustituir a los cuidadores familiares que cuidan regularmente de esas personas dándoles posibilidad de descansar o dar día libre una que otra vez para cuidar de sus propios intereses, o para dar alguna comodidad que el familiar prefiera no hacer, por ejemplo, cuando un hijo cuida de su madre anciana ésta puede sentir vergüenza en recibir ayuda de él para su higiene personal.

En Alemania, Dinamarca e Israel fueron aprobados reglamentos y criterios para la prestación de atención residencial de acuerdo con determinados patrones de la práctica médica y de enfermería, con metodologías profesionales apropiadas, documentación del tratamiento realizado y control externo de calidad. Según Ehrenfeld, 1997, son necesarias, cuatro condiciones para selección de pacientes que deseen recibir asistencia domiciliaria:

1. Diagnóstico del paciente, que permita elaborar plano de asistencia de enfermería.
2. Condición estable del paciente que no requiera supervisión constante.
3. Existencia de un lugar con cuarto, cama, baño y otras facilidades mínimas.
4. Existencia de una persona que quiera asumir la responsabilidad por el paciente, o sea un cuidador.

En Suiza (Fondations des services d'aide at de soins à domicile, 2004), home care comenzó, verdaderamente, en 1920 cuando la Cruz Roja instaló un dispensario de higiene social y creó un grupo de enfermeras visitadoras. El trabajo que ellas desarrollaban estaba relacionado con problemas de alcoholismo, tuberculosis, enfermedades venéreas, prestaban cuidados a recién nacidos, la educación de las madres, distribución de alimentos y car-

bón a las casas. Actualmente el servicio de home care es definido como aquellos prestados a las personas cuyo estado de salud física o mental exige cuidados controles específicos o ayuda temporal o prolongada. Se trata de un servicio básicamente prestado por enfermeras con experiencia en el campo hospitalario y que llevan al domicilio la asistencia materno-infantil además de los cuidados de higiene y tratamientos bajo prescripción médica, tales como curaciones, administración de medicamentos, suero, transfusión de sangre, alimentación parenteral, quimioterapia, control de glucemia, y cuidados paliativos. Los pacientes atendidos por esos servicios pueden recibir también auxilio en ciertos trabajos domésticos como en la preparación de la comida, acompañamiento en actividades externas (consulta médica, compras, etc.) o servicios de tele-alarma (la persona usa una pulsera especial que puede accionar un sistema de atención de emergencia), entrega de comida preparada o ingreso domiciliario, cuando las condiciones del paciente permiten. Hay también casas apropiadas para esas personas con estructura para una vida semi-independiente o totalmente dependiente. El sistema incluye también el SOS Farmacéuticos, que atiende llamadas de enfermeras para suplir necesidad de medicamentos.

Madden (1997) refiere que en Irlanda, home care es representado por un amplio espectro de servicios prestados por enfermeros graduados a nivel universitario. Sus requisitos son experiencia mínima de 3 años de ejercicio profesional en hospital, debiendo tener aún formación en salud pública y especialización en enfermería obstétrica, para trabajar en home care. Esas exigencias son justificadas porque se presume que el enfermero en trabajo en el domicilio deba ser capaz y competente para tomar decisiones relativas a la promoción, prestación de la salud principalmente en la prestación de los cuidados necesarios a la asistencia del paciente.

Hirschfeld y Oguiso (2002) refieren que home care implica que “en el día a día es preciso tomar decisiones y resolver problemas con el paciente, o en su nombre, en relación a intervenciones médicas, ingreso en el hospital, rutinas diarias y control del dolor y otros síntomas, además de decidir sobre el lugar donde la persona debe vivir y morir”. En

esa circunstancia es necesario analizar los riesgos, garantías, gastos, protección contra eventuales descuidos o malos tratos, procurando equilibrar los recursos existentes, las preferencias y capacidades tanto del paciente como del cuidador.

En Noruega, Davoy (1997) refiere que home care fue implantado en 1972 y desde 1984 fue aprobada una legislación en que todos los municipios son obligados a proveer a los pacientes de cualquier edad una asistencia a las necesidades de salud, físicas o mentales, que incluye tratamiento y cuidados de enfermería en sus propias casas. Para integrar la mayor participación posible de los propios pacientes y familiares en las actividades asistenciales los enfermeros les ofrecen todo tipo de información, apoyo y orientación sobre los cuidados necesarios. Los costos crecientes de la asistencia hospitalaria hicieron que los pacientes recibiesen alta cada vez más precoz, aumentando significativamente las necesidades de los pacientes en relación al seguimiento clínico, tratamiento, rehabilitación y cuidados especializados de enfermería. Un reglamento gubernamental de 1993 estipuló que para la manutención de la calidad de asistencia domiciliar, la liderazgo debería ser ejercida por un enfermero habilitado. Es necesario recordar las condiciones geográficas y climáticas de Noruega para entender que muchas veces el aislamiento del profesional en áreas inhóspitas por largos meses exige de él conocimiento, habilidades y capacidad para tomar decisiones en situaciones extremadamente difíciles. De ahí la exigencia de que el enfermero en home care sea un profesional con experiencia en la práctica de enfermería.

Constituye un conjunto único el periodo total de internación institucional, el seguimiento ambulatorio, cuando necesario y los cuidados a ser prestados en el domicilio. Así, las actividades de enfermería comunitaria y domiciliaria son realizadas en estrecha colaboración con todos los servicios de salud, hospitales, casas de reposo o ambulatorios, y muchos de esos servicios se vuelven ininterrumpidos funcionando 24 horas por día, con la atención de llamadas telefónicas. La intención es sustituir, las clínicas de reposo por home care. Enfermeros de salud comunitaria y domiciliar están comenzando también a trabajar estrechamente con organizaciones de voluntarios, recibiendo subsidios guber-

namentales y cooperación en los cuidados, especialmente de ancianos o personas con deficiencia física (Davoy, 1997). En Hungría la búsqueda de alternativas en la prestación de asistencia a la salud encontró en home care la solución, (Mucha, 1997). Los enfermeros comenzaron a familiarizarse con los estudios para implantación, en 1994, necesitaban prepararse adecuadamente para asumir nuevas responsabilidades con cursos de 40 horas, pero se consideraron insuficientes. Para sanar esa dificultad fue desarrollado un programa de mentores en salud de la familia para ayudar a enfermeros que fuesen a actuar en home care, inicialmente eran médicos la mayoría de los mentores, mas ya existen también enfermeros. Enfermeros Húngaros, conscientes de la necesidad de mejorar la preparación presentaron un proyecto para la creación del curso de nivel universitario para formación de enfermeros en salud pública o salud comunitaria para desarrollar el tipo de servicio prestado a los pacientes en domicilio y enfatizar la asistencia primaria de salud como base para la prestación de la asistencia domiciliar como parte de la propia reforma del sistema de salud húngaro.

Ese énfasis para los cuidados primarios de salud, también es una tendencia en los países europeos no significando abandono de las especializaciones y de la tecnología, mas los gobiernos deben definir criterios y prioridades y crear los servicios necesarios con el debido equilibrio. Es necesario recordar que la hospitalización es apenas un episodio transitorio en la vida de las personas. Pero los enfermeros debemos concentrar esfuerzos y estar preparados para los varios niveles de prevención y promoción de la salud y no es apenas para tratar y cuidar de pacientes institucionalizados.

HOME CARE EN EL BRASIL

Actualmente existen centenas de empresas brasileñas especializadas en atención de salud domiciliar, la mayoría en el Estado de San Paulo, que atienden más de 30 mil pacientes por mes. La mayoría de los pacientes (73%) es constituida por clientes de planos de salud y apenas 20% pertenecen a la red pública del Sistema Único de Salud (SUS). Inicialmente fue el servicio público que se interesó por esa modalidad en la década de 1960 y el sector privado comenzó al final de la década de

1980. La atención al domicilio pasó a ser incentivado por los propios planos de salud no apenas por la calidad y confort para el paciente, sino por el menor costo (cerca de 30% en media) que el ingreso hospitalario (Lopes, 2006).

La Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria - ANVISA - del Ministerio de Salud del Brasil, bajo la Resolución n.º. 11, de 26 de enero de 2006 (Brasil. Ministério da Saúde, 2006), dispuso sobre el reglamento técnico de funcionamiento de servicios públicos o privados que prestan atención domiciliar, sean acciones de promoción a la salud, prevención, tratamiento de enfermedades y rehabilitación desarrolladas en domicilio. La asistencia domiciliar es entendida como el conjunto de actividades de carácter ambulatorio, programadas y continuadas, desarrolladas en domicilio, el ingreso domiciliario constituye un conjunto de actividades prestadas en el domicilio caracterizadas por la atención en tiempo integral al paciente con cuadro clínico más complejo y con necesidad de tecnología especializada. Ese reglamento reconoce el cuidador como la persona con o sin vínculo familiar capacitada para auxiliar al paciente en sus actividades de la vida cotidiana.

El paciente admitido para recibir atención domiciliar, debe contar con un Plano de Atención Domiciliar o PAD, que consiste en un documento que contiene las medidas que orientan la actuación de todos los profesionales envueltos en la asistencia, desde la admisión hasta el alta. Esos profesionales constituyen el Equipo Multiprofesional de Atención Domiciliar - ENAD - con la función de prestar asistencia clínico-terapéutica y psicosocial al paciente en su domicilio. Finalmente la empresa o institución, pública o privada responsable por la gerencia y operacionalización de la asistencia o internación domiciliar es llamada de SAD, o servicio de atención domiciliar (Brasil. Decreto n. 94.406, de 8 de junho de 1987).

Esta resolución destaca la cuestión del registro en la historia clínica domiciliar especificando la prescripción de la asistencia clínico-terapéutica y psicosocial para el paciente con previsión para la periodicidad de informes de evolución y acompañamiento y la necesaria revisión del PAD por el profesional de salud que acompaña el paciente y por el responsable técnico del SAD. La historia clí-



nica domiciliar debe contener el registro de todas las actividades realizadas en la atención directa al paciente, así como la prescripción y evolución multiprofesional, resultados de exámenes, descripción del flujo de atención de urgencia y emergencia, teléfonos de contacto del SAD y orientaciones para llamados.

Otro punto a destacar en la Resolución es el de haber retirado de la palabra prescripción la posibilidad de ser o parecer un término privado de la práctica médica, con eso se admite que otros profesionales de la salud prescriban, tales como psicólogos, enfermeros y fisioterapeutas. Hubo, pues, una evolución en la aceptación del término prescripción para otros profesionales y no apenas para el médico. Dal Ben (2005) refiere al inicio de su emprendimiento en home care, en 1991, “Los administradores y directores de empresas de planos de salud representadas en general, por profesionales médicos, no entendían y repudiaban los términos de consulta y prescripción de enfermería afirmando que eran palabras privativas de la práctica médica”. Por esa razón, esa enfermería tuvo que sustituir los términos de consulta de enfermería y prescripción de enfermería por evaluación de enfermería y cuidados de enfermería, respectivamente.

Según esa autora (Dal Bem, 2005) el papel del enfermero en home care está basado en la consulta de enfermería que envuelve la evaluación del esta-

do clínico y psicosocial del paciente, inmerso en su realidad domiciliar, de la cual emerge la planificación de la asistencia. Para realizar el ingreso domiciliario es preciso conocer la estructura del ambiente que recibirá el paciente, la dinámica familiar envuelta, la previsión y provisión de material, medicamentos y equipamientos necesarios para cuidar bien y como adecuar el perfil de los profesionales que trabajarán en el espacio del domicilio del paciente. El ambiente hospitalario es, por así decir, la casa o espacio de trabajo de los profesionales de la salud y en cuanto los pacientes serían los huéspedes temporales, son ellos los que tocan el timbre para llamar al profesional, y en el domicilio del paciente él está en su propia casa, y los profesionales necesitan tocar el timbre para que sean admitidos en la casa donde estarán temporalmente.

En los países europeos donde ese sistema de asistencia domiciliar fue implantado hace mucho tiempo, los enfermeros actúan con gran autonomía e independencia desarrollando sus actividades en la asistencia directa, en la realización de procedimientos de enfermería y en la educación para la salud como una extensión de la asistencia hospitalaria. En Suiza (Fondations des services d'aide at de soins à domicile, 2004), la enfermera de ligación (*infirmière de liaison*) que coordina la planificación de los cuidados en domicilio, hace la ligación o crea la continuidad entre el hospital y el domicilio. Por eso, esa planificación comienza antes del alta hospitalaria del paciente, identificando sus necesidades y de su familia, promoviendo encuentros y reuniones de los profesionales del equipo, para que los objetivos de la atención y la necesidad del paciente sean atendidos de la forma más racional posible.

Básicamente la calidad de la asistencia domiciliar debe ser un reflejo del nivel de satisfacción del cliente (paciente y familia) y de los miembros del equipo, pues la mayoría de las quejas de insatisfacción siempre envuelven deficiencias en la atención de enfermería. Por eso, el papel del enfermero es fundamental, basado en la consulta de enfermería que implica la evaluación del estado clínico y psicosocial del paciente, inmerso en su realidad domiciliar de la cual emerge la planificación de la asistencia. Esta autora refiere que en caso de inter-

nación domiciliar es necesario conocer la estructura del ambiente donde el paciente será acogido así como la dinámica familiar, para que de esa forma se adecue el perfil de los profesionales que han de ser seleccionados para atender al paciente.

En el ambiente hospitalario en situación de muerte el médico constatará el óbito y firmará el certificado, la enfermera cuidará de la higiene y taponamientos del cuerpo para prevenir el reflujo de secreciones. En circunstancias normales la rutina del hospital determina que el cuerpo sea trasladado al mortuorio para que después sea entregado a la familia. En la asistencia domiciliar o home care el profesional, necesitará llamar al médico para constatar el óbito y si ya hubiera uno dará apoyo a la familia; igualmente ayudará a cuidar del cuerpo, vestirlo y orientará con relación a la obtención del certificado de defunción, los preparativos para el funeral y el traslado del cuerpo para el lugar del velorio o sepultura. Al mismo tiempo es necesario providenciar la retirada del material técnico y equipamientos pertenecientes a la empresa avisando del evento a otras empresas que tengan, alquilado cama de hospital, colchón, silla de ruedas, andador u otros equipamientos especializados, además de separar objetos personales del fallecido para entregarlos a la familia. Esa fase inmediata después de la muerte acostumbra ser de gran tensión y emociones fuertes y el profesional de home care necesita mantener el equilibrio, respeto y orientar en las medidas a tomar y al mismo tiempo se prestará asistencia en la fase de luto familiar, respetando la cultura y los valores. Hay familias que solicitan que los objetos que estaban siendo utilizados por el paciente sean retirados inmediatamente y otras que no lo permiten durante un tiempo determinado que puede llegar hasta 90 días, alegando que el espíritu del fallecido se desprende a los pocos días. Hay empresas de home care que permiten que el profesional que acompañaba a la paciente en la fase final atienda a la familia inclusive en el velatorio. El Código de Ética de los Profesionales de Enfermería (CEPE) (Conselho Federal de Enfermagem - COFEN - Resolução 311/2007) recuerda el deber de respetar al ser humano en la situación de muerte y post muerte (art. 28), lo que vale tanto para el ambiente del hospital como para el domicilio. Otro punto ético a

recordar es la cuestión del sigilo profesional, pues en home care el profesional acaba escuchando conversaciones de disputas de bienes entre potenciales herederos de pacientes en fase terminal o siendo solicitado a ser testigo en decisiones de ultimo momento, como casamiento, testamento, etc. En estas situaciones el profesional debe evitar su participación en cuestiones familiares pues su función es de apoyo asistencial y muy específico.

Entre los factores que justifican el crecimiento de la asistencia domiciliar en el Brasil, Duarte e Diogo (2000) enumeran: los cambios demográficos, con el creciente envejecimiento poblacional; los altos costos del sistema hospitalario, el avance del aparato tecnológico que posibilita la evolución y el prolongamiento del tratamiento de pacientes que sobreviven a múltiples traumas, además de la simplificación de los equipamientos permitiendo la continuidad de la asistencia domiciliar; interés y aceptación de los profesionales, instituciones como la industria farmacéutica y el aumento de la demanda por parte de los pacientes y familiares.

La modalidad de atención domiciliar viene también siendo utilizado por el servicio público, especialmente en el Programa de la Familia - PSF, desde 1991 y fue reglamentado por el Ministerio de la Salud (Portaria n. 1.892) en 1997. Posteriormente, la Portaria n. 2.416, de 1998, consideró que esa modalidad proporcionaría humanización en la atención, además de acompañamiento de pacientes crónicamente dependientes del hospital. Finalmente, la Ley n. 10.424, de 15-01-2002, aumentó un capítulo a la Ley n. 8.080, de 19-09-1990, y incluye la asistencia domiciliar al Sistema Único de Salud (SUS), creando "en el ámbito del Sistema Único de Salud, la atención e internación a domicilio. En la modalidad de asistencia de atención e ingreso domiciliario se incluyen, los procedimientos médicos, de enfermería, fisioterapéuticos, psicológicos y de asistencia social, entre otros necesarios para el cuidado integral de los pacientes en su domicilio, serán realizados por equipos multidisciplinares que actuarán a nivel de medicina preventiva, terapéutica y rehabilitación y sólo podrán ser realizados por indicación médica, con expresa concordancia del paciente y de su familia".

Considerándose la atención en el domicilio como un modelo de asistencia basado en el sopor-

te de cuidados al paciente transferido del servicio de hospitalaria para continuar a ser tratado en casa exige un acompañamiento continuo (diario) y a veces, ininterrumpidamente (Duarte, Diogo, 2000 y Cruz, 1994).

Es evidente que en los casos de transferir el paciente del hospital para la casa sea complejo no apenas en la utilización de recursos materiales y equipamientos, sino también en el aspecto humano, transformando el domicilio del paciente en un verdadero hospital virtual. Dada esa alta complejidad, la modalidad de atención domiciliar es realizada apenas por la red privada según los datos de la Asociación Brasileira de Empresas de Medicina Domiciliar (ABEMID) y el Núcleo Nacional de Empresas de Asistencia Domiciliar (NEAD) ambas son organizaciones de naturaleza empresarial (Conselho Federal de Enfermagem).

No hay que negar que el enfermero que atiende en domicilio ejerce efectivamente una actividad autónoma e independiente, resaltando el carácter liberal de la profesión.

En otra resolución, el COFEN ya dispuso sobre el dimensionamiento del cuadro de profesionales (Conselho Federal de Enfermagem - COFEN - Resolução 189, 25-03-1996) de enfermería en las instituciones de salud, estableciendo el cuali-cuantitativo mínimo de los diferentes niveles de formación de los profesionales de enfermería para dar cobertura asistencial mas no incluye bases para el cálculo en asistencia ambulatoria o domiciliar, dejando ese encargo para el buen juicio y el acierto administrativo de los profesionales del área.

Es de destacarse también en lo relacionado a los aspectos ético-profesionales, el enfermero cuenta con el Código de Ética de los Profesionales de Enfermería (Conselho Federal de Enfermagem - COFEN- Resolução 311/2007) para garantizar todas las acciones que serán ejecutadas en el domicilio del paciente. Por estar en solitario al tomar decisiones el profesional necesita “evaluar con criterio su competencia técnica y legal, solamente aceptar encargos o atribuciones cuando sea capaz de desempeñar con plena seguridad para sí mismo y para la clientela (CEPE, art. 13).

La supervisión de los cuidadores auxiliares y técnicos de enfermería por los enfermeros es extremadamente importante porque se evaluará el rigor

técnico en la ejecución de las actividades de enfermería en los cuidados directos prestados al paciente, ya que es su responsabilidad profesional (Ley n. 7.498/86, art 15, y respectivo Decreto reglamentado, art. 13), cuanto menos preparado el cuidador o con poca experiencia el profesional, mayor debe ser el tiempo dedicado en la supervisión directa por el enfermero certificándose de la técnica utilizada hasta los debidos apuntes en la historia clínica domiciliar.

CONSIDERACIONES FINALES

La expansión de los servicios en todos los países, inclusive en el Brasil, comprueba que ese modelo de atención que era apenas una tendencia mundial ya es una realidad que necesitó de una reglamentación nacional propia (2006), definiendo los servicios, sus condiciones y requisitos para el funcionamiento así como los profesionales que pueden prestar esa modalidad de asistencia y los cuidadores formales e informales.

Para los enfermeros se observa que los países europeos estipulan ciertas exigencias específicas para desenvolver su trabajo en home care, como experiencia profesional previa en actividad de hospital y formación especializada en salud pública y/o enfermería obstétrica, lo que es comprensible considerando las responsabilidades técnicas y legales que irán asumir pues el profesional estará sólo en el domicilio del paciente, no teniendo con quien discutir la mejor decisión a tomar. Es un desafío a enfrentar mas, por otro lado, contamos con una Resolución que no trae antiguas supersticiones terminológicas con relación a la palabra prescripción, y avanzando en el campo de las anotaciones de enfermería en comparación con la legislación del ejercicio profesional, mas siendo necesario mantener alerta para que no ocurran limitaciones de capacidad legal o restricción en las actividades que ya vienen siendo ejercidas por los profesionales de enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brasil. Ministério da Saúde. Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa RDC n. 11, de 26-01-2006. Dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar. www.e-legis.anvisa.gov.br 16-02-2006.
- Brasil. Decreto n. 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei n. 7498/86 que dispõe sobre o exercício da

- enfermagem e dá outras providencias. Diário Oficial. Brasília, 09-06-1987. Seção 1, p. 1, fls 8853-8855.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1892, de 18-12-1997. Regulamenta o programa de saúde da família. Diário Oficial. Brasília, 20-12-1997.
 - Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2416, de 23-03-1998. Estabelece requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS. Diário Oficial. Brasília. 26-03-1998. p. 106.
 - Brasil. Lei n. 10.424, de 15-04-2002. Acrescentou o capítulo VI, sobre subsistema de atendimento e internação domiciliar à Lei n. 8080, de 19-09-1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, reorganização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Sistema Único de Saúde). Diário oficial. Brasília. 16 de abril de 2002. Ministério da Saúde. Portaria n. 1892, de 18-12-1997.
 - Brasil. Lei n. 7.498, de 25-06-1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. In: COREN-SP - Documentos básicos de enfermagem. São Paulo. p. 36-41.
 - Carvalho AC. (1965). Histórico da Escola de Enfermagem Lauriston Job Lane. Rev Bras Enfer, Rio de Janeiro, 18 (2-3):151-6.
 - Conselho Federal de Enfermagem - COFEN - Resolução 311/2007. Aprova o Código de Ética dos profissionais de Enfermagem e dá outras providências. In: COREN-SP. Documentos básicos de enfermagem, 2007.
 - Conselho Federal de Enfermagem - COFEN - Resolução 267/2001 - aprova atividades de enfermagem em domicilio home care. www.portalcofen.org.br, 22-10-2006.
 - Conselho Federal de Enfermagem - COFEN - Resolução 270, de 18-04-2002. Aprova a regulamentação de empresas que prestam serviços de enfermagem domiciliar - home care. www.portalcofen.org.br, 22-02-2006.
 - Conselho Federal de Enfermagem - COFEN - Resolução 189, 25-03-1996. Estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde. In: COFEN- SP - Documentos básicos de enfermagem. São Paulo. p. 144-51 .
 - Cruz LP. (1994) Assistência domiciliar: um estudo sobre a formação de profissionais e a prestação de serviços no Estado de São Paulo. Dissertação, São Paulo (SP): Fundação Getulio Vargas.
 - Dal Bem LW. (2005) Dimensionamento do pessoal de enfermagem em assistência domiciliária: percepção de gerentes e enfermeiras. Tese (doutorado). Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, 169p.
 - Davoy L. (1997) Structure and services of home care in Norway. International Seminar on Home Care, Budapest, 25-26: 65-68.
 - Duarte YAO, Diogo MJD. (2000) Atendimento domiciliário: um enfoque gerontológico. São Paulo. Atheneu.
 - Ehrenfeld M. (1997) Nursing and home care in Europe. Internacional Seminar on Home Care, Budapest, 25-26:52-57.
 - Fondations des services d'aide at de soins à diomicile. (2004) Manuel: aide at soins à dinucuke - de vous à nous. Genève, service de'information-communication.
 - Hirschfeld MJ. y Oguisso T. (2002) Visão panorâmica da saúde no mundo e a inserção do home care. Rev Bras Enfer, 55(4):452-9.
 - Lopes AD. (2006) Empresas já atendem 30 mil pacientes em casa por mês. Jornal O Estado de São Paulo, edição de 14 de fevereiro, p. 14, Caderno A.
 - Madden, PJ. (1997) Home nursing: caring and sharing. International Seminar on Home Care, Budapest, 25-26: 58-60.
 - Mucha K. (1997) Home Care and training of home care nurses in Hungary. International Seminar on Home Care, Budapest, 25-26: 69-72.
 - World HealthOrganization - Home-based and long-term care. Home care issues at the approach of the 21 th Century from a World Health Organization perspective. A literature review. WHO/HSC/LTH/99.1, Geneva, 1999.



LOS NEGROS Y LOS CUIDADOS EN LAS FAMILIAS DE BRASIL: UNA VISIÓN HISTÓRICA E ICONOGRÁFICA

Paulo Fernando de Souza Campos

Doctor en Historia. Post-Doutorando de la Escuela del Enfermería, Universidad de Sao Paulo. Miembro del Grupo Historia y Legislación de la Enfermería - ENO/EEUSP/CNPq. Becário FAPESP



BLACKS AND HEALTH CARE IN BRAZILIAN FAMILIES: A HISTORICAL AND ICONOGRAPHIC VIEW

SUMMARY

The present article offers a consideration of the social history in the art of caring. Considered in the long run the study allows us to assess certain facts performed by Brazilian women as first 'child minders'. Evidence comes by means of some photographs used as principal data and from which a cultural and a great interest about care constitutes a faithful debate and is clearly observed.

Outcomes indicate that Brazilian historiography on nursing and its main characters: 'nurses', have considered as nursing performances those practices of black women regarding their 'child minding' white families' children for generations up to the XX century. Practices considered effective among Brazilian culture and society, which continue up to the time being in small towns with limited health sources.

Key words: Women, nursing history, child minders

OS NEGROS E OS CUIDADOS NAS FAMÍLIAS DO BRASIL: UMA VISÃO HISTÓRICA E ICONOGRÁFICA

RESUMO

Artigo objetiva uma reflexão da história social entorno da arte do cuidado. Reflexionada na dimensão do tempo largo da história, o estudo permite reconhecer feitos acerca das ações de mulheres negras no Brasil, o que possibilita considerá-las como as primeiras cuidadoras. Recuperadas por meio das fotografias, usadas como documentação principal, as evidências evocam um debate contundente e de grande interesse cultural do cuidado. Os resultados indicam que a historiografia brasileira, produzida sobre a enfermagem e seu principal personagem, as enfermeiras, desconsiderou ações de mulheres negras conhecidas por cuidar de crianças a gerações inteiras nas famílias brancas, até o século XX, uma prática que resiste em lugares brasileiros mais afastados, em pequenas cidades, com poucos recursos à saúde, o que permite considerá-la efetiva na cultura e sociedade brasileira.

Palavras-chave: mulheres, história da enfermagem, cuidadoras de crianças.

RESUMEN

El artículo objetiva una reflexión de la historia social en torno de la arte del cuidado. Reflexionada en la dimensión del largo tiempo de la historia, el estudio permite reconocer hechos acerca de las acciones de mujeres negras en Brasil, lo que posibilita considerarlas como las primeras cuidadoras. Recuperado por intermedio de las fotografías, usadas como documentación principal, las evidencias evocan un debate contundente

y de gran interés cultural del cuidado. Los resultados indican que la historiografía brasileña producida sobre la enfermería, y su principal personaje, las enfermeras, desconsideró acciones de mujeres negras conocidas por cuidar de niños a generaciones enteras en las familias blancas, hasta el siglo XX, una práctica que resiste en sitios brasileños localizados a lejos, en pequeñas ciudades, con pocos recursos a la salud, lo que permite considerarla efectiva en la cultura y sociedad brasileña.

Palabras claves: mujeres; historia de la enfermería; cuidadoras de niños.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con las perspectivas de los escritos históricos, el análisis del pasado debe considerar el tiempo, el espacio y las características culturales que formalizan las relaciones en una determinada sociedad. Para eso, el trabajo del historiador debe asentarse en el uso de fuentes, registros que documentan los acontecimientos. Distanciada de la narrativa lineal, positivista, fundamentada en teorías herméticas, la (nueva) escritura de la historia lanzó preguntas al pasado, aproximando sus intereses y metodologías a otras ciencias y saberes.

A partir del análisis crítico de la historia, los historiadores se propusieron no contar más el qué y cuándo sucedieron las cosas, pero sí entender el porqué sucedieron las cosas, cómo se manifestaron los hombres y las mujeres, es decir, cómo vivían, se comportaban, cómo inventaban el cotidiano y daban significado a sus prácticas. Tal perspectiva historiográfica multiplicó los estudios interdisciplinarios cuyos abordajes, al evocar temas comunes, provocaron el encuentro de saberes distintos, pero con intereses convergentes. La transversalidad del conocimiento amplió el diálogo entre los saberes, revelándose imperioso para el desarrollo de la ciencia y la tecnología.

Los resultados de los estudios interdisciplinarios permitieron el reconocimiento del pasado no como algo concluido y acabado, sino a través de la dinámica que mueve la existencia humana, sus particularidades y diversidades. Así, evocar la larga historia de los cuidados y de los cuidadores, de la cual nos permite hablar Siles (1999), constituye los intereses del presente artículo.

HISTORIA DE LA ENFERMERÍA BRASILEÑA

En el Brasil, la historiografía dominante producida sobre la enfermería, se concentra en el análisis del poder simbólico conferido a la profesionalización. Centrada en la efervescencia de la Reforma Sanitaria de 1920 (movimiento sanitario, que reorganizó las políticas de salud brasileña, en las dos décadas iniciales del siglo XX) la historia de la enfermería evoca un contexto permeado por transformaciones sociales de gran relevancia, con especial atención en el paso de un trabajo esclavo a un trabajo libre, instituido a partir de la promulgación de la República, en 1889.

La mayoría de los estudios producidos sobre el tema, considera como marco original de la historia de la enfermería el trabajo ejecutado por Miss Ethel Parsons, enfermera norteamericana designada para (re)organizar la formación profesional de la enfermería en el Brasil. Por intermedio de la creación de la Escuela de Enfermeras del Departamento Nacional de Salud Pública - DNSP, órgano gubernamental que se encargó de las transformaciones en el campo de la salud en el año 1920, fue instituido como patrón de enseñanza la enfermería, mito fundador de la enfermería profesional brasileña.

Organizada en el Sistema Nightingale, el patrón impuesto, esencialmente femenino, no tuvo en cuenta prácticas de cuidar anteriores y agentes históricos que las ejecutaron durante cuatro siglos de esclavitud negra en el Brasil. Del mismo modo, los análisis emprendidos raramente consideraban las vicisitudes de las transformaciones sociales que construyeron la historia del Brasil como, por ejemplo, la utilización de la enfermería para difundir el *american way of life*, las cuestiones de género que feminizó la profesionalización y los problemas étnicos, en este caso, singular a la historia de la enfermería y cultura de los cuidados en el Brasil, en la medida en que los negros fueron, por excelencia, los primeros en ejercer el cuidado como trabajadores.

Las transformaciones sociales que distinguen el paso del Brasil Imperio al Brasil República eran caracterizadas a partir de la oficialidad de los registros emanados del centro. Las evidencias de experiencias anteriores no eran priorizadas por la investigación en historia de la enfermería en el Brasil.

Los pocos vestigios que narran experiencias anteriores a la patronización de la enseñanza de enfermería, conocido como “patrón Anna Nery”, aparecen desprestigiados y su contingente juzgado como “ignorante”, sin preparación forjando el devenir histórico de la enfermería nacional.

Vista por ese ángulo, la historiografía dominante anuló la existencia de otros modelos asistenciales, como el modelo francés propuesto por el Dr. Bourneville (Espírito Santo, 2007), la existencia de espacios formadores de la enfermería anteriores a 1920, ejemplarmente la Escuela Profesional de Enfermeros y Enfermeras, fundada en 1890, actual Escuela de Enfermería Alfredo Pinto - EEAP, primera escuela de enfermería del Brasil (Moreira, 1999), así como la existencia de la Escuela de Enfermeras del Hospital Samaritano, en la ciudad de Sao Paulo, genuinamente *nightingueliana* (Mott, 1999; Carrijo, 2007). Sobre todo, las matrices clásicas de la historia de la enfermería brasileña no consideraban el contingente egresado del sistema esclavocrata, que actuaba como cuidador, así como la función social de los cuidados realizados en el ámbito de las familias y de las comunidades por las mujeres negras, como se pretende evidenciar.

La producción existente en el Brasil sobre la historia de la enfermería traduce abordajes clásicos, evocan temas como creación de escuelas, usos del modelo oficial de enseñanza, orientación religiosa y otros aspectos que recuperan biografías, trayectorias de mujeres, siempre ilustres, destacadas a nivel nacional, tales como las primeras líderes o las que participaron de movimientos sociales, como la Segunda Guerra Mundial. Aunque imprescindibles, se torna imperioso ampliar el debate, analizar el largo tiempo de la historia de la enfermería y percibirla en sus dimensiones culturales, antropológicas, como permite entrever la gestión transcultural de la enfermería propuesta por Leininger (1978).

El modelo de enseñanza preconizada como oficial para la enfermería brasileña hizo parte del proceso de expansión de la profesión como propia para mujeres, agregando un contingente eminentemente femenino, y que orienta el tema hacia el campo de la historia de las mujeres (Perrot, 2000; Oguisso, 2007, Secaf; Villas-Boas, 2007).

Los registros de ese proceso, con énfasis en la fotografía, son reveladores de problemáticas inter-

nas, pues remontan adecuaciones, prácticas y representaciones sofocadas por el blanqueamiento de la memoria nacional, de la cual la enfermería es parte integrante. Así, esta comunicación esboza una reflexión en curso, a cerca de la particularidad y de la diversidad cultural de los cuidados en el Brasil, así como las rupturas y continuidades de ese proceso en la formación de la identidad profesional brasileña.

Sintomáticamente, la reciente publicación del libro *Historia de la Enfermería Brasileña* (Porto; Amorim, 2007), desveló la presencia de mujeres negras diplomadas por la primera escuela de enfermería profesional del Brasil, Escuela Profesional de Enfermeros y Enfermeras, anexada al Hospicio Nacional de Alienados, Río de Janeiro. La evidencia reitera que la exclusión de las mujeres negras de la enfermería profesional reiteraba la tendencia general que las identificaban como despreciables e impuras.

En ese sentido, abordar el tema por intermedio de las representaciones construidas para los negros en el Brasil se torna particularmente interesante. Estéticamente, el ideal de enfermera es representado por la imagen de la mujer joven, blanca, alta, saludable, elegante y culta. Las imágenes de la enfermera, idealizada como “ángel blanco”, los patrones de belleza dominantes (piel clara, cabellos lacios y rubios) forjaban un imaginario que no concordaba con la realidad estética de la mayoría de las mujeres brasileñas, negando esencialmente el mestizaje y la multiculturalidad nacional.

La supervalorización del blanco escondía la realidad de los hechos: matrimonios inter-étnicos permanecían en escala creciente, a escondidas, en rebeldía a los padres, blancos y negros. Las relaciones inter-étnicas establecían estrechos límites de convivencia comunitaria, reproduciendo un segregacionismo rutinario, común y habitual. La Abolición de la Esclavitud, en 1888, asociada al proceso inmigratorio subsecuente, transformó las relaciones sociales, estableció la ciudadanía y la condición de igualdad de derechos entre los brasileños, blancos y negros.

Con todo, las órdenes médicas y normas familiares, prescritas como saludables e higiénicas, como única vía para la buena salud y el vigor físico que caracterizaban al hombre evolucionado, reiteraban proposiciones biotipológicas, clasificato-

rias y deterministas, que desprestigiaban prácticas distintas a las propuestas por los manuales del buen vivir, copiados de segunda mano del mundo europeo.

Largamente utilizadas, las proposiciones médicas que imprimían civilidad y dictaban los códigos del buen ciudadano, imprimían una visibilidad social negativa a los hombres y mujeres negros, representándolos como degenerados, comprometidos física y moralmente, como si éstos fuesen naturalmente propensos a los desvíos y al libertinaje. Los significados sociales de las representaciones médicas identificaban a los negros como corrompidos biológicamente, cuyas personalidades monstruosas los conducirían a una vida marginal. Solamente en la década de 1950 la representación del negro como “asesino”, “sádico”, “necrófilo”, “pervertido”, pierde la fuerza sin desaparecer del imaginario social (Domingues, 2000; Santos, 2002; Holfbauer, 2002).

REPRESENTACIONES DE LA ENFERMERÍA BRASILEÑA

El análisis histórico-cultural de las representaciones de la enfermería, aunque recurrente, ha sido poco estudiada en el ámbito de la investigación en enfermería en el Brasil. Particularmente interesada por el tema, Hallan (2000) estudió los efectos de las imágenes de la enfermería y de su principal personaje, la enfermera. Sus análisis privilegiaron las construcciones de imagen de la profesión, revela-

das por los mas media y por la cultura, así como el modo en que ellas interfirieron en la formación de la identidad profesional de la enfermería norteamericana.

En el Brasil, al destacar las circunstancias del advenimiento de la enfermería moderna, Barreira (1997) revela cómo el modelo de enfermería, asumido en la eferescencia de la Reforma Sanitaria de 1920, evaluaba la cuestión racial. Al analizar los procesos que condujeron la “implantación de la nueva profesión” la autora permite considerar que las representaciones construidas sobre los negros interfirieron en la formación de la identidad profesional.

Al evocar los inicios de la enfermería en el Brasil, específicamente a la Escuela de Enfermeras del Departamento Nacional de Salud Pública, posteriormente denominada Escuela de Enfermería Anna Nery, la autora evidencia “...varias de las candidatas que atendieron a las apelaciones humanitarias y patrióticas de los médicos sanitaristas provenían de la clase media alta de la sociedad, muchas de ellas habiendo sido directamente reclutadas por ellos. No obstante, las candidatas oriundas de familias pobres podrían ser bien recibidas, sin embargo lo mismo no ocurriría con las candidatas negras...” (Barreira, 1997, p. 168-69).

Del mismo modo, al analizar las influencias norteamericanas en la institucionalización de la enfermería brasileña, Castro Santos y Faria (2004, p. 142) afirman que la cuestión de la “raza” (en lo que concierne a la historia de la enfermería en el Brasil) “debe ser investigada a fondo”. Sus argumentos reafirman la poca producción académica existente sobre el tema, mas sugiere, que desde el punto de vista racial, los incentivos e inversiones en la formación profesional propiciaron la movilidad social y ascenso de negros “... sin embargo sólo después de los primeros tiempos de formación de los cuadros dirigentes...”.

La cristalización de las imágenes producidas para el negro en el Brasil, que los asociaban a las clases peligrosas, marcó profundamente las relaciones sociales entre blancos y negros. Asimilados como primitivos en la “fase evolutiva de la especie humana”, hombres y mujeres negros eran excluidos de la participación más amplia de la sociedad, estigmatizados por la diseminación de estereotipos que no se afinaban con la imagen propuesta como



ideal social, tampoco como ideal de enfermera, estratégicamente creada para la “nueva profesional”.

Transpuesto para la enfermería, las representaciones del negro eran diametralmente opuestas a la elaborada como modelo de “enfermera patrón”, que evocaba la imagen de la mujer blanca, rica, joven y culta; aunque las negras existiesen como cuidadoras en hospitales, en las Santas Casas de Misericordia. Transformados en prácticas, las representaciones localizaban en la inmensa parcela de la población nacional la forma acabada de la corrupción: la degeneración de la raza.

Para tal, políticamente, era imperioso vetar la posibilidad de que las negras ingresen en la enfermería patrón. Del mismo modo, la imposición del patrón pretendió anular de la memoria histórica acciones de cuidadoras negras, amamantadoras, cuidadoras de niños, negras viejas, mujeres que cuidaban de gestantes, púérperas y niños, del parto al amamantamiento, consideradas esenciales.

La negación de la memoria afectiva de las cuidadoras negras encuentra su punto culminante en la década de 1920. La perspectiva antropológica italiana, asumida como fundamento teórico de la identificación de los desviados sociales, favoreció a la desaparición de la amamantadora. Tributaria de los dogmas de Cesare Lombroso, la antropometría pretendía identificar tipos criminales a partir de la identificación de trazos comunes, morfológicos o anatómicos. La clasificación de los biotipos posibilitaría la detección del desviado antes que éste delinca, forjando una actuación profiláctica, como proponía el discurso científico fundado en la medicina-eugénica.

Considerados por los “desvíos morales característicos de la raza”, los negros eran vistos como comprometedores del proyecto republicano, impropios para asumir las funciones del mundo del trabajo, como era el caso de la enfermería profesional (Souza Campos, 2007).

De este modo, los acontecimientos vividos en las primeras décadas del siglo XX permiten interpretar modificaciones en el conjunto de las relaciones de poder-saber reorganizadoras del Brasil. Si en los períodos anteriores (Brasil Colonia, Brasil Imperio) el país era pensado como atrasado y su visibilidad diseminada por los símbolos del exilio, por la idea de paraíso y por las utopías de lo extra-

ordinario, en la República, estas imágenes asumen una armazón científica, pautada en el positivismo evolucionista que caracterizó a la ciencia en el paso del siglo XVIII al XIX.

La representación del país como un lugar de incivilidad, imperfecto, con una población degenerada, comprometida desde el punto vista racial, acarrea enorme perjuicio para la inmensa mayoría de la población brasileña, que en esos términos se veía marginalizada. La europeización de las costumbres y la perspectiva del emblanquecimiento de la población brasileña, intensificada con el proceso inmigratorio, alejaba las posibilidades de convivencia con aquellos que un día fueron cautivos, esclavizados y subordinados (Marques, 1994; Souza Campos, 2003).

EXCLUIDAS DE LA HISTORIA: “AMAS-DE-LEITE, BABÁS, MÃES PRETAS”

El panorama histórico-cultural de la sociedad brasileña, las relaciones entre blancos y negros, develan las intenciones de ese artículo. La matriz teórica de la medicina eugénica, así como las interpretaciones médicas acerca de la degeneración de la raza, fueron decisivas para la eliminación de una de las más tradicionales prácticas culturales del Brasil, realizada por mujeres negras, llamadas amamantadoras, mujeres que trabajaban como cuidadoras de niños, sobre todo, en el acto de amamantar.

Durante los períodos que antecedieron a la instauración del régimen político republicano, la función social de las amas puede ser considerada como una de las primeras prácticas del cuidado formalmente ejecutadas en el Brasil. Aunque muchas mujeres negras fuesen esclavas, éstas trabajaban con las familias blancas como cuidadoras de niños. Cuidar de niños era parte del universo de las mujeres negras, habitualmente responsables por el amamantamiento y demás cuidados, que se extendían durante años, muchas veces, generaciones.

Familias señoriales mantenían entre sus esclavos mujeres negras que atendían a los hijos de su señor, como si fuesen sus “Madres de crianza”, como eran llamadas, esas mujeres también eran parteras, incorporadas a la familia señorial como una esclava especial, casi siempre alforriada.



Ama con niño

Fuente: Fotografía de João Goston, c. 1870. Acervo Instituto Moreira Salles

Las fotografías que sirven de fuente para este estudio permiten considerar la existencia de una fuerte relación sentimental entre las mujeres negras y los niños blancos bajo sus cuidados. En contrapartida el análisis revela que lo mismo no sucedía con la mujer blanca en relación al niño negro. Monteiro Lobato, en uno de los cuentos que marcaron la literatura brasileña, presenta la historia trágica de una niña “negrita”, de siete años, nacida en el espacio dedicado a los esclavos de una familia señorial y su relación con la señora, una mujer blanca y mala.

En uno de los pasajes, el autor retrata el sarcasmo original, el refinamiento en la crueldad ejecutado por la señora, develando la naturalidad del comportamiento inhumano. Al final del cuento la niña muere sin piedad, mas la muerte le parece un alivio, un aliento:

Cocres: mano cerrada con rabia y nudos de los dedos que cantan en la cabeza del paciente. Jalones de oreja: torcidas, despegar del pabellón de la



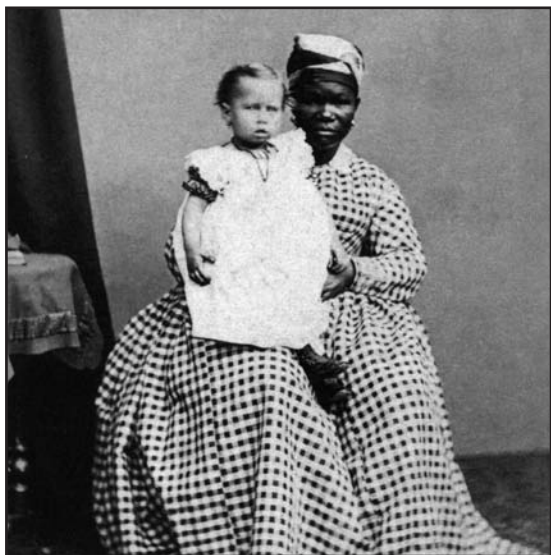
Negra con niño

Fuente: Fotografía de Rodolpho Lindemann. Colección Aparecido Jannir Salatini

oreja, con las dos manos, el sacudido. La gama entera de los pellizcones: del menudo, con la punta de la uña, la torcida del ombligo, equivalente al jalón de oreja. La paliza: una secuencia de lapos, cachetadas, puntapiés y puñetes. Divertidísimo! La vara de membrillo, flexible, cortante: para que duela suave nada mejor! (Lobato, 2000)

Diametralmente opuestas, las imágenes que se establecían entre las amamantadoras, niñeras y madres negras en relación a los niños blancos, reflejan una sensibilidad indiscutible, permitiendo suponer que había lugar genuino para el establecimiento de verdaderas relaciones afectivas entre personas con posiciones jerárquicamente muy distintas. Deiab (2005) identifica que en los anuncios de compra y venta de esclavos, publicados en periódicos de las grandes ciudades brasileñas como Salvador, Rio de Janeiro, Recife y São Paulo, la habilidad en el trato de niños era elemento que se destacaba, revelando que este cuidado extremo era esperado y deseado por las familias.

Freyre (1999, p. 331), evoca la importancia que esas mujeres negras, las negras viejas y madres negras, ejercieron tanto en el ámbito del cuidado, atendiendo a niños y familias en el Brasil colonial, como en la formación de la cultura brasileña. Por intermedio de esas “negras viejas”, “amas del niño”, como las identifica el autor, el legado cultural de las tradiciones y folklores nacionales fueron preservados y añade “...la ama negra hace muchas veces con las palabras lo mismo que con la comida: las tritura, les quita las espinas, los huesos, las durezas, dejando sólo para la boca del niño blanco las sílabas blandas (...) las Antonias pasaron a llamarse Dondons, Toninhas, Totonhas; las Teresas, Tetés; los Manueles, Nezinhas, Mandus, Manés; los Franciscos, Chico, Chiquinho, Chicó; los Pedros, Pepés; los Albertos, Bebetos, Betinhos...”.



Negra con niño

Fuente: The London Stereoscopic and photographic Company. Colección Emanuel Araújo

El papel social desempeñado por las que amamantaban invadía la esfera de la vida privada. Además de mantener saludables a los hijos de las señoras blancas, favorecían la manutención del casamiento, pues al ocuparse del niño, la amamantadora permitía a la esposa permanecer junto al marido, así como satisfacer las demandas sociales y sexuales de la pareja - usadas por las mujeres como estrategia para mantener sus matrimonios y a

sus hombres alejados de las negras, mulatas y de las mujeres de la tierra, las indias.



Joaquim Gomes Leal con la amamantadora Mônica, Pernambuco

Fuente: Villela, C. 1860. Fundación Joaquim Nabuco, Recife.



Olga y Stella haciendo pose con la niñera

Fuente: Fotógrafo no identificado. C.1890. Colección George Ermakoff

Incuestionables, las representaciones producidas en torno a la raza volvían natural la idea de inferioridad, circulada explícitamente, como algo consensual. Para los médicos, que se orientaban por los dogmas de la medicina eugénica, la inmensa mayoría de la población brasileña era mentalmente atrasada, no poseyendo “el poder del raciocinio”, debiendo ser guiada por la razón de quien sabía raciocinar.

Las representaciones derivadas de las teorías eugénicas ampliaban el espectro imaginativo en torno de las representaciones del negro, en este sentido, las relaciones sociales inter-étnicas eran interpretadas como despreciables, comprometedoras, mereciendo ser evitadas. Los significados resultantes generaron situaciones que perfeccionaban las prácticas segregacionistas, prejuiciosas, como ejemplifica el refrán popular de la época, que simboliza el discurso de la intolerancia racial: “los que nacen como los suyos no se degeneran”.

En este sentido, el establecimiento de normas para reglamentar la vida social de las poblaciones ampliaba considerablemente el campo de acción de los profesionales del área de la salud, que se expandía. En el sentido de controlar acciones humanas, instruir las para el “mejoramiento progresivo de la especie”, las intervenciones médico sanitarias rechazaban las prácticas tradicionales, culturales, ejercidas desde la fase tribal de la historia de la enfermería (Souza Campos, 2007).

El cumplimiento de las órdenes médicas alrededor del destete también atendía a las demandas del creciente mercado de la leche pasteurizada. La modernidad de los productos industrializados, así como su uso, significaba pertenencia, status social, provocando al mismo tiempo la sensación de distanciamiento de costumbres y tradiciones consideradas arcaicas, anticuadas, en el caso, impuras (Rezende, 1998).

Para muchos, la contrariedad de las normas médicas implicaba una natural comprobación de inferioridad, incapacidad e incivilidad. El discurso médico, transformado en práctica cotidiana, afirmaba que las que amamantaban transmitían caracteres degenerativos de la raza negra al niño blanco durante el amamantamiento. Las orientaciones médicas que impidieron el trabajo de esas mujeres, también fueron simbólicamente utilizadas para establecer distinciones sociales. Con la difusión

del destete, las familias que mantenían la práctica, permitiendo que sus hijos fuesen amamantados por amamantadoras negras, eran desprestigiadas socialmente, lo que no ocurría en los períodos anteriores.

CONCLUSIÓN

Conforme señala Chartier (1991, p. 17), las representaciones son construcciones que tienen fines específicos, por tanto, no pueden ser consideradas como discursos neutros, pero sí como productores de estrategias y prácticas que legitiman determinados proyectos y resalta “...aunque aspiren a la universalidad [las representaciones] son siempre determinadas por los intereses de un grupo que las forja”.

De este modo, es posible decir que las determinaciones raciales y su utilización en el Brasil contribuyeron a la legitimación del discurso científico, oriundo de la medicina, que desautorizó a la práctica del amamantamiento realizada por mujeres negras, trabajadoras esclavas a quienes en esta investigación se las considera como las primeras cuidadoras del Brasil.

Remontarse a ese pasado y analizarlo a partir de los presupuestos de la cultura de los cuidados, implica no sólo rescatar experiencias vividas a lo largo del tiempo de la historia, sino develar prácticas de cuidar cuya función primordial consistía en la convivencia y cuidado integral al niño, del parto al amamantamiento, y después, actuando en la higiene, alimentación y reposo, actividades propias del arte del cuidado.

El trabajo realizado por amamantadoras en el Brasil, testimoniado por las fotografías, así como los usos sociales de esas imágenes, permiten considerar que la historia de la enfermería brasileña tiene su origen en las acciones de las mujeres negras cuidadoras de niños. Las vinculaciones antropológicas de la familia, como estructura social, destacan a esas mujeres como esenciales, afectiva y socialmente, reconocidas por la prontitud de sus cuidados.

Así, esta reflexión entiende que la escritura de la historia puede, estratégicamente, forjar acontecimientos, reducir intensidades y movimientos, manipular los hechos, crear mitos y memorias. La crítica histórica, que se origina de la problematización e interpretación del pasado, debe hacer emer-

ger experiencias vividas por hombres y mujeres, ilustres e innominados.

El imaginario social construido alrededor de la historia de la enfermería brasileña logró desterrar de la memoria las experiencias y el ejercicio de su trabajo con las familias señoriales. La memoria de las mujeres negras del Brasil, cuidadoras de niños, parteras, nodrizas, llamadas “madres de crianza”, resistieron a los imperativos de la escritura oficial de la historia y de la historia de la enfermería. Evocar la memoria de esas mujeres pretendió develar aspectos esenciales de la función social de las cuidadoras negras, así como la construcción de su imagen en la sociedad brasileña a lo largo de su proceso histórico.

BIBLIOGRAFÍA

- Barreira, IA. (1997) Os Primórdios da Enfermagem Moderna no Brasil. Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem 1, 161-76.
- Carrijo, AR. (2007) Registros de uma Prática: anotações de enfermagem na memória de enfermeiras da primeira escola nightingalena no Brasil. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
- Castro Santos, LAC; Faria, LR. (2004) A Cooperação Internacional e a Enfermagem de Saúde Pública no Rio de Janeiro e São Paulo. Horizontes 22, 123-50.
- Chartier, R. O Mundo como Representação. (1991) Revista Estudos Avançados 5, 173-91.
- Deiab, RA. (2005) A Memória Afetiva da Escravidão. Revista História Biblioteca Nacional 1, 36-40.
- Domingues, PJ. (2000) Uma História Mal Contada. Negro, racismo e trabalho no pós-abolição em São Paulo (1889-1930). SENAC, São Paulo.
- Ermakoff G. (2004) O Negro da Fotografia Brasileira do Século XIX. G.Ermakoff Casa Editorial, Rio de Janeiro.
- Espírito Santo, TB. (2007) Enfermeiras Francesas na Capital do Brasil. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
- Freyre, G. (1999) Casa Grande & Senzala. 35ª ed. Record, Rio de Janeiro/São Paulo.
- Hallam, J. (2000) Nursing the Image. Media, culture and professional identity. Routledge, London/New York.
- Holfbauer, A. (2000) Uma História do Branqueamento ou o Negro em Questão. Tese (Doutorado). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas - Universidade de São Paulo.
- Leninger, M. (1978) Transcultural Nursing: concepts, theories and practices. John Wiley and Sons, New York.
- Lobato, M. (2000) Negrinha. EDUSC, Bauru.
- Marques, VRB. (1994) A medicalização das raças. Médicos, educadores e discurso eugênico. Editora da UNICAMP, Campinas.
- Mott, ML. (1999) Revendo a História da Enfermagem em São Paulo. Cadernos Pagú 13, 327-55.
- Oguisso, T. (2007) Trajetória Histórica e Legal da Enfermagem. Manole, Barueri.
- Perrot, M. (1999) Mulheres Públicas. Edunesp, São Paulo.
- Porto, F; Amorim, W. (2007) História da Enfermagem Brasileira. Águia Dourada, Rio de Janeiro.
- Resende, MA. (1998) Amamentação e Trabalho na Escola de Enfermagem de São Paulo: um estudo sobre representações sociais. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
- Santos, GA. (2002) A Invenção do Ser Negro. Um percurso das idéias que naturalizaram a inferioridade dos negros. Educ/Pallas/Fapesp, São Paulo; Rio de Janeiro.
- Schwarcz LM. (1993) O espetáculo das raças. Cientistas, instituições e questão racial no Brasil (1870-1930). Companhia das Letras, São Paulo.
- Secaf, V; Villas-Boas, H. (2007) Enfermeiras do Brasil: história das pioneiras. Martinari, São Paulo.
- Silles, J. (1999) História de la Enfermería. Aguaclara, Alicante.
- Souza Campos, PF. (2003) Os crimes de preto Amaral. A representação da degenerescência em São Paulo. 1920. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em História - Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.
- Souza Campos, PF; Oguisso, T. (2006) Exclusión de mujeres negras. Su Representación en la Enfermería Profesional. Revista Index de Enfermería. Granada, 55, 27-31.
- Souza Campos, PF; Oguisso, T. (2007) Cultura dos Cuidados: mulheres negras e formação da enfermagem profissional brasileira. Cultura de los Cuidados. Revista de Enfermería y Humanidades 22, 33-39.
- Vaconcellos, MPC. (1995) Memórias da Saúde Pública. Hucitec Abrasco, São Paulo.



HISTORIOGRAFÍA DE LA ENFERMERÍA EN ESPAÑA: LA HISTORIA DE UNA PEQUEÑA-GRAN FAMILIA

Francisca J. Hernández Martín

Profesora Titular de la Escuela de Enfermería.

Universidad Complutense de Madrid



Some other data situates us facing aspects of History: Miguel de Unamuno's text: Undoubtedly a History book could have no mistaken data or no wrong references but it could be a deep lie all together, or on the contrary, it could be a faithful exposé of reality and be an absolute inaccuracy, although I am not defending such a statement (Miguel de Unamuno). Those texts make us think.

Key words: History, Nursing, Historiography

HISTORIOGRAFIA DA ENFERMAGEM NA ESPANHA: A HISTÓRIA DE UMA PEQUE- NA-GRANDE FAMÍLIA

RESUMO

Objetivo é saber como a investigação da História da Enfermagem nos possibilita hoje falar de Historiografia da mesma. Esta afirmação pode chocar com o rigor que se tem posto à História em geral, ao analisar as múltiplas correntes da mesma que através dos séculos têm surgido, bem como a sua relação com o conhecimento e domínio que os métodos e ciências auxiliares reclamam hoje, mas os passos estão sendo dados e confiamos que os novos planos de estudo, e a possibilidade de investigar, situem a História em seu lugar.

Parto da pergunta acerca da História: o que é a História? A pergunta pela verdade histórica tem sido uma constante através dos séculos: Desde Heródoto, Tucídides, Tito Lívio, podemos observar as críticas e tendências dos críticos sobre a mesma. Vale a pena lembrar - a título de exemplo - a valorização de Voltaire, em seu artigo sobre a "História" na Enciclopédia. "Se nada tivéreis a dizer-nos salvo que um bárbaro sucedeu a outro nas ribeiras do Oxus e de Jaxartes? O que mais dá? Simples investigação positiva: compilação objetiva e documentada de fatos.

HISTORIOGRAPHY OF NURSING IN SPAIN: THE STORY OF A SMALL-GREAT FAMILY

SUMMARY

The main target focuses in the way research of Nursing History allows us today to mention such a simple heading 'Historiography', if we consider the extreme rigour general History demands on analyzing different trends along centuries to deal with knowledge and command of methods and auxiliary sciences. But actions have been taken and we do have confidence that the new Study Programmes and new research possibilities locate History in its real place.

We do start from the query What does History mean?. As much the query as historical truth have been following a line along centuries. From Herodote, Tucidide, Tito Livio we are able to follow different critical reviews and tendencies from the experts. It is worth while as an example remembering Voltaire's evaluation in his study on History in his Encyclopaedia: 'Have you nothing but to say a barbarian followed another barbarian in the Oxus and Jaxartes banks, what daes it matter?'. Simple positive research, objective compilation and contrasted facts.

Outro dado que nos localiza diante de alguns aspectos da História é este texto de Miguel de Unamuno: “É inquestionável que um livro de história pode não conter nem um dato falso nem uma referência equivocada, e ser, entretanto, uma mentira em seu conjunto, e que, pelo contrário, pode dar-nos um fiel reflexo da verdade e estar repleto de inverdades. O qual não é defender estar” (Miguel de Unamuno). Estes textos nos dão que pensar.

Palavras-chave: História, Enfermagem, Historiografia.

RESUMEN

El objetivo se centra en saber cómo la investigación de la Historia de la Enfermería nos permite hoy hablar de Historiografía de la misma. Esta afirmación puede chocar con el rigor que se ha pedido a la Historia en general, al analizar las múltiples corrientes de la misma que a través de los siglos han surgido y en su relación al conocimiento y dominio que los métodos y ciencias auxiliares reclaman hoy, pero los pasos están dados y confiamos que los nuevos planes de estudio, y la posibilidad de investigar sitúen la Historia en su lugar.

Parto de la pregunta por la Historia ¿qué es la Historia?. La pregunta por la verdad histórica ha sido una constante a través de los siglos: Desde Heródoto, Tucídides, Tito Livio podemos observar las críticas y tendencias de los críticos acerca de la misma. Vale la pena recordar - a modo de ejemplo - la valoración de Voltaire en su artículo sobre la “Historia” en la Enciclopedia. “Si nada tenéis que decirnos salvo que un bárbaro sucedió a otro en las riberas del Oxus y de Jaxartes, ¿Qué más da?”. Simple investigación positiva: compilación objetiva y documentada de hechos.

Otro dato que nos sitúa ante algunos aspectos de la Historia es este texto de Miguel de Unamuno: “Es indudable que un libro de historia puede no contener ni un dato falso ni una referencia equivocada, y ser, sin embargo, una mentira en su conjunto, y que, por el contrario, puede darnos un fiel reflejo de la verdad y estar plagado de inexactitudes. Lo cual no es defender estas” (Miguel de Unamuno). Estos textos nos dan que pensar.

Palabras clave: Historia, Enfermería, Historiografía

LA HISTORIA, SU FUNCIÓN Y SU MÉTODO

Adentrándose en la Historia, vemos cómo, su función, hasta muy recientemente no ha sido reconstruir del modo más exacto y fidedigno el pasado. Esta concepción es muy moderna, ya que tiene escasamente dos siglos de vigencia. Esta ha llegado por la Escuela Alemana y principalmente por Dilthey (1986). La función del cronista y del historiador tradicional ha consistido en cantar las obras y hazañas de los personajes importantes. De ahí que Historia y leyenda se identificaban. ¿Qué son los poemas homéricos, Historias, leyendas?- Ambas cosas.

La Historia del arte como otras historias y entre ellas la historia de la medicina hasta hace dos siglos ha sido esto. Historia y leyenda y como prototipo ahí tenemos el mito de Hipócrates. Algo similar aunque en menor medida hemos hecho nosotras con la Enfermería creando el Mito de Florence Nightingale. Hemos narrado los hitos de la Enfermería, pero como no han tenido tanta trascendencia hemos hecho un esfuerzo por investigar esa pequeña historia de la gran historia, con la que, aun siendo verdadera, no estamos satisfechas; pero sabemos que tendrá su lugar y su tiempo.

De otro lado, desde hace unas décadas se ha puesto de moda en la literatura sobre profesionalismo y ética de las profesiones, hablar de lo que ha dado en llamarse “moralidad interna”. Todos los roles sociales tienen una finalidad interna, que viene definida por su propia actividad. Además, como se trata de moralidad, lo que define no es tanto el “ser” de la profesión, sino el modo cómo deberían comportarse los profesionales. Esta adecuación siempre es difícil y nunca acaban de identificarse y la historia se ha escrito desde el “deber ser”.

Las cosas comenzaron a cambiar en la época de la Ilustración, en el siglo XVIII. Es entonces cuando se descubre la historia como tal y se intenta convertirla en disciplina estricta y rigurosa. Su objetivo va a ser la fijación de los hechos pasados, deslindando los hechos históricos de todas aquellas otras cosas que no son hechos estrictos. Esto exige

ría poner a punto un método riguroso de identificación y análisis de los hechos históricos. Este método adquirirá forma canónica en el siglo XIX, el llamado “método histórico-crítico”, si bien ya está perfectamente constituido por autores como Droysen quien en su *Historik* aparecen ya sus tres pasos preceptivos o canónicos:

- La Heurística, ciencia de las fuentes. Búsqueda, catalogación y manejo de las mismas.
- La crítica. Lo que estas dicen hay que someterlo a un proceso de depuración.
- Hermenéutica, la interpretación.

Por tanto, la función del Historiador es reconstruir el pasado, contar las cosas como ellas fueron. Pero el historiador sabe que el reconstruir el pasado es imposible. Nunca seremos capaces de hacerlo de modo acabado, ni reconstruir el pasado tal como él fue porque la razón humana no sólo es lógica, sino también histórica y que si bien la historia no es del todo racional, la razón si es formalmente histórica. De ahí que la Historia es un modo de conocimiento. El ocultar o eliminar la dimensión histórica es eliminar una de las principales herramientas que tiene la razón humana para entender y comprender las cosas. Exige rigor y precisión. La Historia permite que conozcamos mejor nuestro pasado y nos conozcamos algo mejor a nosotros mismos. Adquirir conciencia de los orígenes, asumir la herencia de los antepasados y procurar, con la propia vida mejorarla y recrearla.

Y son los grandes pensadores del XIX quienes contribuyen a crear otra forma de interpretar la Historia y sobre todo a crear conciencia sobre la Historia, entre ellos H. Gadamer (2003) con su obra *Verdad y Método* ha contribuido a ello.

Lo esencial no sólo se encuentra en el retener o en el olvidar, sino en la tensión interna, esa plástica fuerza que nos permite situarnos ante el pasado como algo que nos es propio, nos constituye y nos lanza hacia el futuro.

La hermenéutica los piensa conjuntamente. El problema de la conciencia histórica no es sólo el problema de la verdad en el seno del devenir histórico. Se trata, básicamente, de responder a la pregunta de cómo y en virtud de qué se conforma la voluntad humana en una voluntad memorante, es decir, en una voluntad de responsabilidad histórica.

LA INCORPORACIÓN DE LA HISTORIA DE LA ENFERMERÍA A LA HISTORIOGRAFÍA

Partimos de la premisa de que no existe grupo humano amnésico, esta circunstancia le privaría de su existencia. La historia así se convierte en “la memoria”, entendida como el modo discursivo escrito y con intenciones explicativas a través del cual se pretende dar cohesión lógica a lo acaecido, con aspiraciones de certeza. Se le otorga así al pasado una dimensión científico-explicativa, que evoluciona según los diferentes paradigmas en que se inscribe, para relatar los acontecimientos del pasado a modo de testimonio.

Será pues la Historiografía, -la historia de la Historia-, la que nos conduzca en este empeño por aproximarnos a la disciplina enfermera y contribuir a dilucidar el camino de intención propedéutica necesario para su construcción científica, a través de conversaciones con los paradigmas científico-explicativos de la historia.

Esta exigencia histórica, entendida como la necesidad de preservar del olvido las tradiciones del pasado, nos obliga a recapacitar acerca de las últimas causas que dan origen a la historiografía en Grecia. Porque es el propio término Historia, que significa “saber” por haber visto u oído algo, el que nos conduce a la precisa acepción del término griego que significa, asimismo, información, averiguación y en definitiva resultado de una investigación.

Sabemos que la Historia de la Enfermería es la historia de los cuidados, todo un mundo al que no se ha prestado atención por parte de los historiadores hasta muy recientemente. La Historia de la medicina se fijó tan sólo en la dimensión de la “curación” del acto sanitario, desatendiendo casi completamente la de “cuidado”, cuando la función esencial de todo acto sanitario es la de “cuidado”.

Ha sido en el último tercio el siglo XX cuando la enfermería toma conciencia que tiene una larga historia y que es necesario escribirla porque el cuidado ha sido fundamental para la sociedad. Si bien, la Historia como saber diferenciado tuvo que construir herramientas con las que construir el pasado, la Enfermería ha comenzado a utilizarlas y con ello ha nacido la pasión de historiar un oficio que tiene un legado bi-milenario.

Pero ha sido en estos treinta últimos años cuando se ha empezado a desarrollar esta realidad,



haciendo que El anclaje de este armazón esté en la corriente historiográfica que presenta la historia no como relato, sino como problema, no centrada tanto en el texto como en la amplitud de las fuentes, en las sencillas pero sorprendentes actividades cotidianas del hombre en sociedad, en el cuidado. Este es nuestro compromiso y nuestra meta.

De ahí que, hablar de Historiografía en enfermería coincida con la toma de conciencia de la Historia de la Enfermería, en la segunda mitad del siglo XX y con la reclamación del estatus profesional. Las publicaciones de Historia de la Enfermería de Jamieson, M^a Teresa Molina y Frank Elizondo coinciden con este momento y suponen un paso trascendental. Coincide en España con el desarrollo de los Planes de Estudio de los Ayudantes Técnicos Sanitarios y la creación de las Escuelas de Enfermería. En el segundo curso aparece la Historia de la Enfermería como asignatura a impartir. No sé si en todas la Escuelas se llevó a cabo y por quién; posiblemente médicos y ahí se justifica el fascículo del Dr. José Álvarez Sierra.

Pasados unos años y coincidiendo con el reconocimiento de la Enfermería como carrera universitaria, son los Hermanos de San Juan de Dios Francisco Ventosa y Basilio Eserverri Chaverri y Carmen Domínguez Alcón, quienes marcan los primeros pasos como historiadores de la enfermería en España. Esto, junto con la introducción de la Historia en los planes de Estudios será otro paso importante en el despertar de la conciencia de la Historia de la Enfermería y me atrevería a decir la conciencia de contar la Historia de la Enfermería.

Sin embargo, la conciencia de que hay que investigar la Historia para escribir la historia y

enseñarla surge unos años más tarde. Con los planes de estudios universitarios se inicia su enseñanza, pero como una parte de los Fundamentos de la Enfermería. Poco a poco se desarrolla un programa para ser explicada de forma independiente como asignatura cuatrimestral en algunas Escuelas.

Es en estos años, hacia 1985, cuando se empieza a gestar en la Escuela Universitaria de Enfermería de la Complutense un premio a la Investigación en Historia de la Enfermería, primero Nacional y después Internacional. Este hecho coincide con la creación de la asignatura de Historia de la Enfermería, obligatoria en el centro y con la creación del Seminario Permanente para la Investigación de la Historia de la Enfermería en 1989.

El paso definitivo se daba en la Jornada sobre el Método de Investigación Histórica. Se abría un nuevo horizonte a la Historia y a la Investigación Histórica con la presentación del Proyecto al que se adherían profesoras de las diversas Escuelas de Comunidades Autónomas y el que seguimos paso a paso con Jornadas y Congresos. Surge así un interés por la investigación de la Historia porque los textos con que contábamos en esos momentos no respondían a las exigencias de unos estudios universitarios y con ello surgía una promoción de Historiadores de la Enfermería.

Estos pasos iniciales y sencillos, han consolidado este proyecto que hoy celebra, tras sus modestos inicios con cursos y Jornadas, su X Congreso Nacional y V Internacional en este 2008. Sus publicaciones son testigos de ello. Se han abordado las etapas secuenciales de la Historia, las etapas del desarrollo y contenido de la profesión y conectado con acontecimientos históricos importantes.

Sin embargo, a pesar de sus modestos logros, hoy se hace necesaria una revisión pues los criterios, han combinado rigor, flexibilidad y motivación. Se ha puesto interés y pasión, pero en estos momentos la medida será la calidad y la excelencia. Entre sus repercusiones hacemos referencia a tres aspectos: Primero: Se ha despertado la conciencia de la Historia. Y esto ha tenido repercusión en la enseñanza de la misma, estableciendo programas de enseñanza obligatoria, de libre configuración, etc. Segundo: Se han creado plazas para profesorado especializado (titularidades y Cátedras) y Tercero: En el interés por la investigación.

No podemos hacer en este artículo un elenco acerca de todas las publicaciones y sus autores, pero ha habido un gran interés por:

- Publicación de textos de Historia de la Enfermería para Alumnos.
- Revistas sobre Historia del Cuidado e Historia de la Enfermería.
- Revistas electrónicas
- Bases de Datos.
- Todo esto refleja el interés por nuestra Historia.

Con el trabajo realizado por todos creemos haber contribuido al desarrollo de la Historiografía de la Enfermería en España, sabiendo que dejamos a los futuros historiadores e investigadores una puesta abierta y muchos archivos por desempolvar. De ahí que a la Historia de la Enfermería, olvidada anteriormente, le espera un futuro prometedor, aunque no exento de dificultades que sino se preven y se ponen los remedios a tiempo, puedan resultar insalvables

BIBLIOGRAFÍA

- AUBERT, N. y GAULEJAC, V. (1993) El coste de la excelencia, Barcelona: Paidós.
- CARBONELL, Charles-Olivier (1986) La Historiografía. Fondo de Cultura Económica, México.
- CASSIRER, E. (1990) La hermenéutica del lenguaje. Bilbao: Universidad de Deusto.
- CASSIRER, E. (1997) Antropología filosófica. Introducción a una filosofía de la cultura, México: Fondo de cultura económica.
- COMELLES, JM. (1992) Cuidar y curar. Bases para una historia antropológica de la enfermería hospitalaria. Rol (172):35-41.
- CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS (1961) Principios Básicos de los cuidados de Enfermería. Washington: Organización Panamericana de la Salud, OMS., (Publicación científica, nº 57).
- DILTHEY, W.(1986) Introducción a las ciencias del espíritu: Ensayo de una fundamentación del estudio de la sociedad y de la historia, Madrid: Alianza.
- DOMINGUEZ-ALCON, C. (1986) Los cuidados y la profesión de Enfermería en España. Madrid. Pirámide.
- DONAHUE, M. P. (1989) Historia de la Enfermería, Barcelona: Doyma.
- ELLIOT, P. (1975) Sociología de las profesiones. Madrid: Tecnos.
- GADAMER, H-G. (2003) Verdad y método, Salamanca: Sígueme.
- GADAMER, H-G. (1993) El problema de la conciencia histórica, Madrid: Tecnos.
- GARCIA GUAL (1992) Introducción a la mitología griega, Madrid: Alianza.
- GONZÁLEZ ANLEO, J. (1994) Las profesiones en la sociedad corporativa, en 15. FERNÁNDEZ, JL. y HORTAL, A. (coms) "Ética de las profesiones", Madrid: Univ. Comillas.
- GRACIA GUILLÉN, D. (1996) Prólogo. En "Historia de la Enfermería en España: desde la antigüedad hasta nuestros días". Madrid: Síntesis.
- GRACIA GUILLÉN, D. (2004) Como arqueros al blanco. Madrid: Triacastela. (La medicina en el cambio de siglo).
- HENDERSON, V. (1988) Enfermería: Teoría y práctica. (3 vol). La Prensa Médica Mexicana. México.
- HENDERSON, V. (1994) La naturaleza de la Enfermería: Reflexiones 25 años después. Interamericana-McGraw-Hill.
- HERNÁNDEZ CONESA, J. M., MORAL DE CALATRAVA, P., ESTEBAN ALBERT, M. (2003) Fundamentos de la enfermería. Teoría y método, Madrid: 2ª ed., McGraw-Hill Interamericana.
- HERNÁNDEZ MARTÍN, F. (Coord.) (1996) Historia de la Enfermería en España (desde la antigüedad hasta nuestros días), Madrid: Síntesis.
- HERNÁNDEZ MARTÍN, F.; GALLEGO LASTRA, R. del; ALCARAZ GONZÁLEZ, S.; GONZÁLEZ RUIZ, JM. (1997) "La Enfermería en la Historia: Un análisis desde la perspectiva profesional", Cultura de los Cuidados, 2: 21-35.
- HERNÁNDEZ MARTÍN, F.; GALLEGO LASTRA, R. (1999) V. Henderson: Autora clave para la enfermería actual. Híades, 5-6: 11-24. Alcalá de Guadaíra.
- KÉROUAC, S., PEPIN, J., DUCHARME, F., DUQUETTE, A., MAJOR, F. (2005) El pensamiento enfermero, 3ª reimp., Barcelona: Masson.
- LAIN ENTRALGO, P. (1972) Historia Universal de la Medicina. Barcelona: Salvat.
- MEDINA, JL. (1998) La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería, Barcelona: Alertes.
- MEDINA MOYA, JL., SANDIN ESTEBAN, MP.(1994) "Fundamentación epistemológica de la teoría del cuidado", Enfermería Clínica, 4 (5): 221-231.
- MEDINA MOYA, JL., SANDIN ESTEBAN, MP. (1995) Epistemología y Enfermería: Paradigmas de la investigación en Enfermería. Enfermería Clínica, 5(1): 32-44.
- PARSONS, T. (1976) El sistema social, 2ª ed. Madrid: Revista de occidente.
- PETERS, TJ. , WATERMAN, RH. (1990) En busca de la excelencia, Barcelona: Folio.
- POLIT-HUNGLER. (1995) Investigación científica en Ciencias de la Salud. 5ª ed, México: Mc-Graw-Hill-Interamericana.
- RICOEUR, P. (1976) Sentido y existencia: Homenaje a Paul Ricoeur. Gray Brent, Madisson. Estella: Ed. Verbo Divino.
- SÁNCHEZ GONZÁLEZ, MA. (1998) Historia, teoría y método de la medicina. Introducción al pensamiento médico, Barcelona: Masson.
- SCHIPPERGES, H. (1987) En el jardín de la salud. Barcelona: Laila.
- SMITH, J. P. (1996) Virginia Henderson. Los Primeros noventa años. Barcelona: Masson.
- TORRALBA, F. (1999) Antropología del cuidado, Madrid: MAFRE.
- MACINTYRE, A.(1987) Tras la virtud, Crítica, Barcelona.

HISTORIA DEL ARTE DE LOS PARTOS EN EL ÁMBITO FAMILIAR

Manuel Jesús García Martínez

Dr. en Antropología Social y Cultural. Enfermero y Matrona

Prof. Unidad Docente de Matrona Virgen del Rocío (Sevilla)

Prof. E. U. Ciencias de la Salud. Universidad de Sevilla



HISTORY OF ART IN CHILDBIRTH IN FAMILY ENVIRONMENT

SUMMARY

Childbirth was traditionally developed within the family environment which means where the parturient (the pregnant woman) lived her experience, personal and transferable together with her close relatives: mother, girl friends, being attended by a 'professional' - another woman or midwife well considered and recognized as such socially as professionally.

In our country, up to the latest period of XX century, midwives were professionals in charge of attention to women in their reproductive cycle at their own homes, focussing primarily in the pregnancy, childbirth and post-partum periods. Midwives were very much considered and well regarded women in affective and technical-scientific fields, capable of solving vital, difficult and in some cases dramatic situations with no other means than their own experience, their own skillfulness and knowledge. With new economic developments, in the sixties, in XX century and new health concepts, a fundamental change in childbearing takes place, no more faced or approached domestically, in family environments but in spe-

cialized health institutions with all the implied impacts.

Important changes equally affecting the mother and her attending personnel occur, now medical doctors and specially trained midwives would attend her. As a result the traditional ancient midwives see their roles, functions and autonomy limited.

At present, we are facing new ways of 'thinking and regarding' childbearing with new attitudes in professionals who attend them, as well as governments who design new health policies.

Key words: Ancient midwife/ Modern midwife. Childbirth within family environment. Midwives history. Childbearing history. Nursing history.

HISTÓRIA DA ARTE DOS PARTOS NO ÂMBITO FAMILIAR

RESUMO

Parto tem-se desenvolvido tradicionalmente no âmbito familiar, um meio no qual a parturiente tem vivido sua experiência pessoal e intransferível, em companhia de seus familiares mais próximos, mãe e amigas, sendo assistida por uma profissional, outra mulher, a parteira ou matrona, conhecida e reconhecida, tanto social quanto profissionalmente. O nosso país, até praticamente o último terço do passado século XX, as parteiras/matronas têm sido as profissionais encarregadas de atender à mulher durante seu ciclo reprodutiva em seu domicílio, centrando-se fundamentalmente na gravidez, parto e puerpério. Eram elas, matronas, mulheres apreciadas e valorizadas no campo afetivo e no técnico-científico, pois capazes de resolver situações vitais e comprometidas, em algum caso, dramáticas, contando apenas com sua própria experiência, perícia e conheci-

mento. Com a chegada do desenvolvimento econômico, anos sessenta do século XX, e as novas concepções em matéria de saúde, produz-se uma mudança fundamental em relação ao fato do nascimento, realizando-se este já não no domicílio, em um ambiente familiar, senão em um centro hospitalar especializado, com todo o que este comporta. Produzem-se profundas mudanças que afetam tanto a mãe quanto o pessoal que a assistirá, matronas e médicos, tendo como consequência que a tradicional parteira / matrona percebe-se limitada em seu papel, suas funções e autonomia. Nestes últimos anos, estamos assistindo a novas formas de “pensar e ver” o parto, com novas atitudes por parte dos profissionais que o atendem e dos governantes que determinam as políticas sanitárias.

Palavras-chave: Parteira. Matrona; Parto no âmbito familiar; História da parteira; História dos partos; História da Enfermagem.

RESUMEN

El parto se ha desarrollado tradicionalmente en el ámbito familiar, un medio en el que la parturienta ha vivido su experiencia, personal e intransferible, en compañía de sus familiares más cercanos, madre y amigas, siendo asistida por una profesional, otra mujer, la partera o matrona, conocida y reconocida, tanto social como profesionalmente.

En nuestro país, hasta prácticamente el último tercio del pasado siglo XX, las parteras/matronas han sido las profesionales encargadas de atender a la mujer durante su ciclo reproductivo en su domicilio, centrándose fundamentalmente en el embarazo, parto y puerperio. Eran, las matronas, mujeres apreciadas y valoradas en el campo afectivo y, en lo técnico-científico, capaces de resolver situaciones vitales comprometidas, en algún caso dramáticas, sin más ayuda que su experiencia, pericia y conocimiento.

Con la llegada del desarrollo económico, años sesenta del siglo XX, y las nuevas concepciones en materia de salud, se produce un cambio fundamental en relación al hecho del nacimiento, realizándose éste ya no en el domicilio, en un ambiente familiar, sino en un centro hospitalario especializado, con todo lo que ello conlleva. Se producen profun-

dos cambios que afectan tanto a la madre como al personal que le va a asistir, matronas y médicos, teniendo como consecuencia que la tradicional partera/matrona ve recortado su papel, sus funciones y su autonomía.

En los últimos años estamos asistiendo a nuevas formas de “pensar y ver” el parto, con nuevas actitudes por parte de los profesionales que lo atienden y de los gobernantes que diseñan las políticas sanitarias.

Palabras clave: Partera. Matrona, Parto en el ámbito familiar, Historia de la matrona, Historia de los partos, Historia de la Enfermería.

INTRODUCCIÓN. OBJETIVOS

Tradicionalmente, el parto se ha desarrollado - y sigue haciéndose aún en algunos países, cada vez menos- en el ámbito familiar, un medio en el que la parturienta ha vivido su experiencia, personal e intransferible, en compañía de sus familiares más cercanos, madre y amigas habitualmente, y asistida por una profesional, otra mujer, la partera o matrona, conocida y reconocida, social y profesionalmente (García Martínez, Antonio C. y otros, 1996/1997). Aunque en el campo de la cirugía y medicina los varones, denominados según la época cirujanos-comadrones o médicos obstetras, venían ejerciendo este oficio desde los siglos XVI-XVII, atendiendo los partos distócicos, es decir, aquellos que requerían una intervención quirúrgica para su desenlace, en España no fue hasta el año 1980 cuando pudo el hombre acceder legalmente a la especialidad de Asistencia Obstétrica -Matrona-para Ayudantes Técnicos Sanitarios, estudios vetados hasta entonces para él (Véase Real Decreto 2287/1980).

Hasta prácticamente el último tercio del pasado siglo, las parteras/matronas han sido las profesionales encargadas de atender a la mujer durante su ciclo reproductivo en su domicilio, centrándose fundamentalmente en el embarazo, parto y puerperio. Han sido, y son, mujeres apreciadas, respetadas y valoradas por la futura madre y su familia, como la propia historia lo ha demostrado, siendo capaces, en lo técnico, gracias a su experiencia, pericia y conocimientos, de resolver situaciones vitales que podrían haber acabado con la vida de la madre, del hijo o de ambos. Sus consejos eran

aceptados por la recién parida y su familia; sus indicaciones referentes a la dietética, lactancia, ejercicios físicos y primeros cuidados del niño se llevaban a la práctica sin discusión alguna. De ello da fe la diversa y abundante documentación de diverso tipo -religiosa, literaria, jurídica...- generada a lo largo de los siglos, así como los tratados materno-infantil que, desde el siglo XVI, se han redactado en España y en otros países.

Atendiendo al objetivo general planteado en estas VI Jornadas Internacionales de Cultura de los Cuidados, el presente trabajo pretende llevar a cabo una reflexión sobre el importante papel jugado por la familia en el hecho del nacimiento, una práctica habitual que la historia de la profesión de matrona ha puesto de manifiesto desde los orígenes del ser humano. La familia, como estructura social y unidad funcional, ha sido la responsable de prestar los cuidados necesarios durante el embarazo, parto y puerperio, siguiendo las orientaciones de la partera o matrona que llevaba a cabo el nacimiento.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha consultado diversa documentación depositada en tres archivos: Archivo General del Arzobispado de Sevilla, Archivo General de Indias (Sevilla) y Archivo Histórico Nacional (Madrid), así como bibliografía especializada en temas relacionados con la gestación y el nacimiento, desde un punto de vista histórico y antropológico.

En el primero de los archivos se han estudiado los Libros de Visitas Pastorales con las siguientes signaturas: 1.332-36, 1.343-46, 1.348, 1.351, 1.353, 1.356 y 1.381, correspondientes a los años 1691 a 1715. En el Archivo Histórico Nacional se han localizado y consultado varios expedientes relacionados con el Tribunal de la Inquisición y las parteras, entre ellos uno que recoge el proceso criminal de fe contra la partera Juana Prudencia Echavarría, titulado “Relación de la causa criminal de fe que en la Inquisición de Lima se ha seguido contra Juana Prudencia Echavarría (alias) san Diego (alias) la Mama Juana, de casta samba, natural de la ciudad de la Havana, de estado viuda y de oficio cozinera, labandera y partera, por superticiosa y curandera. Año de 1779”, cuya signatura es: “Inquisición de Lima”, legajo 1.649, n.º 25.

En cuanto a la bibliografía utilizada, se recoge en el apartado correspondiente.

La documentación a la que hemos accedido recoge interesante información sobre la partera y su ejercicio profesional, desarrollado éste generalmente en el ámbito familiar, por lo que se constituye en una fuente de primer orden para conocer aspectos tanto del parto -forma, desarrollo...- como de tradiciones, creencias y costumbres en torno al mismo.

El parto en el ámbito familiar

En el contexto de la vida cotidiana y, como consecuencia de la evolución de los lazos de sangre y el parentesco, se va a generalizar la institucionalización de la familia como estructura social esencial de convivencia y socialización primaria, responsabilizándose de los cuidados de salud de sus integrantes, del mantenimiento alimentario y de cualquier otro tipo de necesidad, incluidas las actividades socializadoras (Siles González, J., 1999). El acto del nacimiento, generalmente, necesita especialmente a la familia como agente que satisface las necesidades básicas o elementales del nuevo ser: alimentación, higiene, seguridad, etc..

Si bien la historia demuestra que el parto eutócico o normal ha transcurrido en un ámbito familiar hasta hace tan sólo unas décadas, quisiéramos hacer mención, si quiera de paso, al papel jugado por las instituciones denominadas “Casas de maternidad” o “Maternidades”, surgidas a lo largo de los siglos XVIII y XIX en España y otros países europeos y que han subsistido hasta el pasado siglo XX. Como señalan Francisco Herrera y Rosa Ballester (Herrera Rodríguez, F., 1999), a estas instituciones acudían las mujeres de clases sociales más bajas a dar a luz, mujeres sin apoyo familiar, la mayoría desarraigadas socialmente, y que requerían ser atendidas al menos durante el parto y puerperio inmediato. Junto con estas Casas de maternidad, jugaron un papel no menos importante las Casas de niños expósitos, a las que acudían las madres para dejar a los recién nacidos que no podían o querían criar. En nuestro país, por hacer mención a alguna referencia legal que toca al tema que tratamos, destacamos la Ley General de Beneficencia del año 1822 -6 de febrero de 1822-, que regulaba las Juntas Provinciales y Municipales de Beneficencia y las Juntas Parroquiales, determinando el funcionamiento, distribución y clasificación de las referidas casas de maternidad, socorro,



locos y hospitalidad domiciliaria, entre otros (Fernández Mérida, M.^a C., 1999).

Tanto si el parto se producía en el ámbito familiar como en las citadas Casas de maternidad, el papel de la matrona ha sido fundamental en la asistencia al nacimiento de un nuevo ser, valorándose no tanto ya su formación académica, su titulación, como su buen hacer y su experiencia (García Martínez, M. J. y otros, 1994). En cuanto a lo primero, a su formación y titulación, un estudio que llevamos a cabo en el ámbito geográfico del Arzobispado de Sevilla en los siglos XVII y XVIII, utilizando como fuentes documentales los Libros de Visitas Pastorales, arrojó como resultados que de un total de 100 parteras identificadas, 79 no cumplían ningún requisito legal; 15 presentaron a las autoridades algún tipo de certificación de su formación y, finalmente, 6 asistieron el parto de manera ocasional, no teniendo este oficio como su medio de vida. Unas y otras atendían el parto en el domicilio de la futura madre, ayudadas por sus familiares, ejerciendo funciones que iban desde la extracción del feto hasta la de administrar el bautismo de urgencia “subconditione” o condicionado a aquellos niños que corrían peligro de muerte inminente.

Junto con las fuentes documentales mencionadas, los Libros de Visitas Pastorales, hemos encontrado asimismo valiosa información sobre todo lo relacionado con el desarrollo del parto en el ámbito familiar en los expedientes incoados por el Tribunal de la Inquisición a parteras, tanto en España como en América, por cometer algún delito relacionado con su oficio, siendo los más frecuentes practicar abortos, realizar actos de brujería o faltar a los preceptos de la Iglesia Católica. Uno de esos expedientes es el llevado a cabo en el año 1779 contra una partera, Juana Prudencia

Echavarría, natural de La Habana, apodada “Mama Juana”, viuda y de “casta samba”. Se le acusaba de supersticiosa y curandera y practicar determinados rituales hechicileros. Se le halló culpable por el Tribunal, imponiéndosele la pena de internamiento por diez años en un hospital para mujeres, donde debía llevar a cabo su trabajo, además de realizar prácticas piadosas y espirituales, como el rezo diario del rosario y otras oraciones. Dada su avanzada edad, 65 años, se le perdonaron los azotes (García Martínez, M. J., 2008).

Con respecto a las costumbres y creencias populares asociadas al embarazo y nacimiento, el ámbito familiar se ha constituido en una fuente inagotable de información, siendo motivo de estudio de investigadores y antropólogos, como George M. Foster, quien sobre este asunto señala el alto grado de semejanza existente en la mayoría de los países hispanoamericanos. Afirma este autor que, salvo en las ciudades, es la partera o comadrona quien ayuda a la madre durante todo el período de su preñez y el nacimiento (Foster, G. M., 2002).

En nuestro país son abundantes las costumbres populares en torno a estos períodos de la vida de la mujer, quedando reflejado en las magníficas descripciones etnográficas realizadas por diversos autores, destacando entre ellas el amplio trabajo llevado a cabo por el Ateneo de Madrid en los primeros años del pasado siglo XX, recopilando más de veinte mil fichas que recogían las costumbres de nacimiento, matrimonio y muerte de la España de la época y que se conservan en el Museo Etnológico Nacional (Limón Delgado, A., 1981). Constituye este material, sin lugar a dudas, una verdadera historia del parto en el ámbito familiar, haciendo referencia a tratamientos administrados a la embarazada y parida, tradiciones religiosas en torno a la gestación y parto, primeros cuidados al recién nacido, etc. A continuación se exponen algunas de esas creencias y costumbres, recogidas de la citada Encuesta del Ateneo madrileño (Limón Delgado, A., 1981) y que hemos agrupado en los siguientes apartados: fecundación, gestación, parto y cuarentena o postparto.

a) Fecundación. Remedios para ser fértil (herbolaria, baños...)

Existe la creencia en la localidad de Arjona (Jaén) de que la mujer que yace con varón en las

faldas de Sierra Morena al pie del Santuario de la Virgen de la Cabeza el día del mes de mayo en que se celebra la romería de dicha Virgen, queda fecundada, y que los baños medicinales en el mar, las aguas salúferas de Marmolejo o el coito inmediatamente después de la menstruación, son otros tantos remedios que se consideraban útiles para la fecundación.

b) Gestación. Predicción del sexo

En relación al período de gestación, destacamos la devoción a San Ramón Nonato, santo muy apreciado que vivió en el siglo XIII, apodado “non natus” (no nacido) porque su madre murió en el parto y no llegó a conocerla, siendo considerado como el patrono de las parturientas y parteras. En menor medida, las embarazadas se encomiendan a Santa Lutgarda, cuya saliva, al parecer, tenía gran poder curativo. En este capítulo destacamos también el valor de las misas y las devociones particulares como prevención del buen parto, como, por ejemplo, la costumbre en las localidades de Cazorla y Marmolejo de que la embarazada oiga una misa de pie entrada ya en el noveno mes, teniendo la creencia de que tanto como dure la misa durará el parto.

Se encuentran asimismo referencias a prescripciones de tipo físico, como pasear o la prohibición a la embarazada de realizar determinadas tareas, como la de “devanar” o “torcer” (Córdoba), labores éstas que forman parte del proceso de hilado en las cuales se usa un movimiento giratorio. Se pensaba que si no se respetaban estas indicaciones, el feto podía morir asfixiado como consecuencia de haberse enrollado en la garganta el cordón umbilical.

No debemos olvidar en este apartado los conocidos “antojos” de las embarazadas, que se mueven entre el capricho pintoresco y las ganas de satisfacer el hambre, avalados por la creencia de que si no se llevan a efecto sufrirá las consecuencias la criatura que haya de nacer.

Por último, la predicción del sexo del niño va a ocupar un lugar importante en las costumbres populares y tradicionales, haciéndose referencia a las fases de la luna, la utilización de un pie u otro al subir una escalera, el movimiento del feto en el vientre materno o la forma que adquiere el abdomen maternal.

c) Parto

Además de encomendarse a los santos mencionados, y con el objeto de que el parto se desarrolle felizmente, hemos encontrado referencias abundantes al mundo vegetal, como la rosa de Jericó (Foster, G. M.), cuya apertura al echarla en agua es símbolo de la dilatación necesaria para dar a luz; llevar la embarazada una ristra de torvisco atada a la cintura o colocarse el “rosario de Jerusalén” sobre el vientre”. Para los dolores de parto, hay costumbre de poner al cuello escapularios, medallas y amuletos de muchos tipos, y los objetos que son especialmente eficaces, señala George M. Foster, se los prestan entre sí las madres del lugar. A los abortos se les teme y se toman diversas precauciones para su prevención, como practicar una sangría en el tobillo de la embarazada en el séptimo mes de su gestación, por pensarse que el exceso de sangre puede asfixiar al feto.

d) Cuarentena/postparto

Entre la información recogida en el estudio del Ateneo madrileño, la protección del recién nacido también ocupa un lugar importante. Se ha utilizado un gran número de objetos protectores, como *lignum crucis*, el torvisco, el bocado de pan en la faja, las castañas de Indias, las higas de coral y azabache, entre otros.

En el postparto, se ha venido empleando para la madre la dieta de caldo de gallina y chocolate y la misa de parida, que recuerda antiguos ritos de purificación de origen semita. No quisiéramos olvidar en este apartado el fenómeno denominado covada, término utilizado por vez primera por E. B. Tylor (1865) y que venía a señalar una curiosa costumbre caracterizada porque al nacer un niño, es el padre quien recibe los cuidados que en realidad necesita la madre, mientras ésta, sin hacer caso de su estado, continúa realizando sus ocupaciones habituales además del cuidado del recién nacido y aún del esposo, que, o bien se acuesta en una hamaca o red (pueblos primitivos de América), o en la cama (Europa), mientras los familiares y amigos vienen a felicitarle o a consolarle por los supuestos dolores que padece y que a veces exagera teatralmente, haciendo incluso una parodia del parto, dando gritos como si estuviese pariendo él mismo (Reverte Coma, José M., 1981).

La mayoría de estas costumbres, puestas en

práctica a lo largo de los siglos, se han ido perdiendo con el paso del tiempo.

Del parto en el ámbito familiar al parto hospitalario

Con la llegada del desarrollo económico y de las instituciones sanitarias, segunda mitad del siglo XX, y las nuevas concepciones en materia de salud, se produce un cambio que consideramos fundamental en relación al hecho del nacimiento, realizándose éste ya no en un domicilio, en ese ambiente familiar reseñado, sino en un centro hospitalario especializado, con todo lo que ello conlleva. Estos cambios afectan tanto a la madre y a su familia como al personal que asiste el parto, médicos y matronas, los cuales disponen ahora de una excelente formación científica y emplea medios técnicos altamente sofisticados, lo cual ha permitido, sin duda alguna, disminuir el índice de mortalidad maternal e infantil, resolviéndose satisfactoriamente situaciones clínicas que hace tan sólo tres décadas era inimaginable, como recién nacidos de 500 gramos de peso o menos y de 17-18 semanas de gestación, o la resolución de determinadas patologías infecciosas, mortales por necesidad si no se tratan adecuadamente con la antibioterapia oportuna, por citar algunos ejemplos.

Consecuencia directa de ello es que la tradicional partera/matrona ve recortado su papel, sus funciones y su autonomía. De sus consejos, basados en su experiencia y la sabiduría popular a la que hemos hecho referencia brevemente, se pasa en las últimas décadas a las prescripciones e “imposiciones” de los profesionales sanitarios. El parto es considerado no ya un hecho natural o fisiológico sino un acto médico-quirúrgico, adoptándose, por ejemplo, formas de parir que podrían ser consideradas por expertos fisioterapeutas como antifisiológicas, en nada parecidas a las que tradicionalmente se han venido realizando. De colaborar activamente la parterista en el desarrollo del parto se ha pasado a una actitud más pasiva o totalmente pasiva en algunos casos. En no pocas ocasiones, la intimidad de la mujer se ve sustituida por una situación de intimidación desarrollada en un espacio frío, a veces deshumanizado, lejos de ese ambiente familiar del que proviene la recién parida.

No obstante lo dicho, puede apreciarse en los últimos años nuevas formas de “pensar y ver” el

parto, con nuevas actitudes por parte de los profesionales que lo atienden y de los gobernantes que diseñan las políticas sanitarias, conscientes de la importancia de recuperar el “parto natural”. Hemos de citar aquí inexcusablemente la labor de determinadas asociaciones y la iniciativa de profesionales, matronas y personal médico, por volver a realizar el parto en ese ambiente familiar de décadas anteriores. Así, encontramos una preocupación creciente por abordar temas como el de la humanización del parto, el papel más activo de la mujer que pare y de sus seres queridos, verdaderos protagonistas del mismo, no lo olvidemos, aplicándose técnicas de relajación y respiración y otras formas de parir, caso del parto en el agua, del que ya se hablaba a principios del siglo XIX, con menos intervención instrumental y medicación, rescatándose el carácter íntimo y familiar, aunque sea en el propio hospital, aunando la sabiduría atesorada de las matronas durante siglos con el desarrollo científico y técnico del momento presente.

CONCLUSIONES

Como síntesis de lo expuesto y, a modo de conclusiones, podemos decir que ha sido, por tanto, el ámbito familiar donde ha transcurrido históricamente el parto, y que han sido la partera/matrona junto con la familia los responsables de prestar los cuidados necesarios durante los períodos del embarazo, parto y puerperio.

Uno de los objetivos específicos de estas VI Jornadas es el de “Identificar los aspectos esenciales de las funciones cuidadoras de la familia a través de la historia”. En este sentido, el hecho de parir en casa, según nos enseña la Historia, ha supuesto para la parterista: un mayor grado de autonomía de movimiento y poder de decisión; tranquilidad por conocer y dominar el espacio físico en que se mueve, disminuyendo notablemente así la ansiedad que inevitablemente genera el parto; la ayuda directa de la familia, jugando ésta un papel central en las distintas vertientes del cuidado, sobre todo en el apoyo psicológico; un mayor grado de intimidad, celosamente custodiada por otra mujer, la matrona, y por las otras mujeres de la familia; desarrollo de un parto más natural, adoptando posturas más cómodas y fisiológicas que las que se hacen en un centro hospitalario, bien en la silla de parir, bien en su propia cama y, finalmente, la seguridad que

transmite el hecho de ser atendida durante su embarazo, parto y postparto por una profesional que acumula arte y experiencia.

Compartimos plenamente el Objetivo General de estas Jornadas en el sentido de que se hace necesario contar con las aportaciones desde la Historia, la Antropología y demás Ciencias Sociales, para no sólo comprender la evolución, el desarrollo del parto, las formas de parir y las creencias y costumbres que rodean esos momentos trascendentales de la vida del ser humano, sino, además, enriquecerlo, aplicando los distintos enfoques y paradigmas relacionados con la función cuidadora de la familia, sin olvidar la aportación de los profesionales que, como la partera o matrona, han hecho en beneficio de las mujeres. Con ello, aprovecharíamos esa sabiduría, el “capital humano”, referido por Schultz, o el “capital social”, de Bourdieu, atesorado durante tantos siglos. La puesta en valor de todo este patrimonio o capital repercutirá, estamos seguros de ello, en beneficio de un mejor parto y una experiencia inolvidable para la madre y su familia.

NOTAS Y BIBLIOGRAFÍA

El presente trabajo fue expuesto en la Mesa Redonda titulada “Historia de la Enfermería y cuidados familiar y comunitario”, dentro del marco de las VI Jornadas Internacionales de Cultura de los Cuidados. IX Reunión de Investigación Cualitativa, organizadas por la Asociación Nacional de Historia y Antropología de los Cuidados y el Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Alicante. Alicante, 12 y 13 de junio de 2008.

- Cabré, Montserrat; Ortiz, Teresa (eds.) (2001), Sanadoras, matronas y médicas en Europa. Siglos XII-XX. Icaria Editorial, S. A. Barcelona.
- Fernández Mérida, M.^a C. (1998/1999) “La asistencia domiciliar y la legislación del siglo XIX”. En *Híades*. Revista de historia de la Enfermería, n.º 5-6. Alcalá de Guadaíra (Sevilla), pp. 145-154.
- Foster, George M. (2002), La cultura tradicional en España y América. Signatura Ediciones de Andalucía, S. L. Sevilla, p. 211.
- Foucault, Michel (1999), El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica. Siglo Veintiuno de España Editores. Madrid.
- García Martínez, M. J. (2008), “Documentos para la historia de las matronas en América: El proceso de fe contra Juana Prudencia Echavarría. Lima, 1778”. En *Híades*. Revista de historia de la Enfermería, n.º 10. Alcalá de Guadaíra (Sevilla), pp. 1007-1044.

- García Martínez, Manuel J. y otros (1994), “Registro y control de las matronas por la Iglesia Hispalense. (La imagen de la matrona a través de los Libros de Visitas Pastorales del Arzobispado de Sevilla, siglos XVII y XVIII)”. En *Híades*. Revista de historia de la Enfermería, n.º 1. Alcalá de Guadaíra (Sevilla), pp. 13-33.
- García Martínez, Antonio C. y otros (1996/1997), “La imagen de la matrona en la Baja Edad Media”. En *Híades*. Revista de historia de la Enfermería, n.º 3-4. Alcalá de Guadaíra (Sevilla), pp. 61-82.
- García Martínez, Manuel J.; García Martínez, Antonio C. (1998/1999), “Fechas claves para la historia de las Matronas en España”. En *Híades*. Revista de historia de la Enfermería, n.º 5-6. Alcalá de Guadaíra (Sevilla), pp. 243-260.
- Herrera Rodríguez, F. (1999), “La Casa de Maternidad de Cádiz a finales del siglo XIX”. En *Híades*. Revista de historia de la Enfermería, n.º 5-6. Alcalá de Guadaíra (Sevilla), pp. 271-284.
- Limón Delgado, A. (1981), Costumbres populares andaluzas de nacimiento, matrimonio y muerte. Servicio de Publicaciones de la Excm. Diputación Provincial de Sevilla. Sevilla, 1981. El cuestionario original, desaparecido durante la Guerra Civil Española, llevaba por título: “Información promovida por la Sección de Ciencias Morales y Políticas del Ateneo de Madrid, en el campo de las costumbres populares y en los tres hechos más característicos de la vida: el nacimiento, el matrimonio y la muerte”. Tres años después de recibidas las respuestas de los corresponsales, en 1905, ve la luz el primer y mejor trabajo que se ha hecho aprovechando esta magnífica información: el libro de Rafael Salillas titulado *La Fascinación en España*, con el subtítulo “Brujas, brujería y amuletos”. Véase Limón Delgado, p. 10.
- Reverte Coma, José M. (1981), Antropología Médica I. Editorial Rueda. Madrid, p. 403.
- Sánchez Bayle, Marciano (ed.) (1996), El sistema sanitario en España. Evolución, situación actual, problemas y perspectivas. Ed. Los Libros de la Catarata. Madrid.
- Siles González, José (1999), Historia de la Enfermería. Editorial Aguaclara. Alicante, p. 109.

FUENTES

- Libros de Visitas Pastorales núms. 1.332-36, 1.343-46, 1.348, 1.351, 1.353, 1.356 y 1.381, correspondientes a los años 1691 a 1715. Archivo General del Arzobispado de Sevilla.
- “Relación de la causa criminal de fee que en la Inquisición de Lima se ha seguido contra Juana Prudencia Echavarría (alias) san Diego (alias) la Mama Juana, de casta samba, natural de la ciudad de la Havana, de estado viuda y de oficio cozinera, labandera y partera, por supersticiosa y curandera. Año de 1779”. Signatura: “Inquisición de Lima”, legajo 1.649, n.º 25. Archivo Histórico Nacional.
- Real Decreto 2287/1980, de 26 de septiembre (BOE núm. 258, de 27 de octubre de 1980). En su Artículo primero, recoge: “Los Ayudantes Técnicos Sanitarios, tanto masculinos como femeninos, podrán cursar la especialidad de Asistencia Obstétrica establecida por el Decreto de dieciocho de enero de mil novecientos cincuenta y siete, y obtener el diploma correspondiente, quedando suprimida la limitación por razón del sexo en él contenida”. Se suprime, también, la obligatoriedad de seguir las enseñanzas en régimen de internado.

¿PROTOCOLO? O ¿RESPECTUOSA Y ENTRAÑABLE SOLIDARIDAD HACIA EL ENFERMO?

M^a Teresa Miralles Sangro

Profesora Titular de la Universidad de Alcalá



PROTOCOL? OR DEFERENTIAL AND DEEP SOLIDARITY TOWARDS ILL PATIENTS?

SUMMARY

Portraits of sick people showing their illnesses were not really frequent along XIX century, compared to the full production of Spanish painters. This premise together with my own surprise at the discovering of the piece of art I herewith consider, were determinant on my decision to develop the present study. The piece of art, is a portrait by José Roldán painted around 1864, Her Majesty Queen Elizabeth II in the act of kissing the hand of the poorest and eldest man in the Charity Hospital of Seville.

The reason for this study goes around the description of attitudes and behaviour towards the ill patient and his/her care taker in the Elizabethan Spanish period.

It is a descriptive and interpreting study where characters appearing on the stage would be considered according to the events they are suppose to take part in. Who they are, why they are where they are and what sort of role they do perform.

The piece of work was exhibited by Roldán in the National Exhibition 1864. It could be regarded

within a Seville genre presenting a society of extreme Christian habits and their interest in religious processions, charity and festivity and civil celebrations.

In the analyzed portrait nothing is merely accidental, those characters present must be present. Nursing, still voiceless at that time justifies punctually and clearly its presence there as there is an ill person who needs 'care'. The argument is the satisfaction of his vital needs be fulfilled.

key words: Nursing Care; Human care; Nursing history; Nursing as an Art; Art and care; Nursing presence; Iconography.

RESPEITOSA E SIMPÁTICA SOLIDARIEDADE PARA COM OS DOENTES

RESUMO

Representação artística da pessoa em sua enfermidade, durante o século XIX, não é muito freqüente, se se comparada com o total da produção dos pintores espanhóis. Esta premissa, junto com a surpresa do descobrimento da obra, foram os determinantes que nos moveram a este estudo. Trata-se de uma obra de José Roldán que realizou em 1864 e o pôs como nome sua majestade a rainha Isabel II no ato de beijar a mãe ao pobre mais antigo do hospital da caridade de Sevilha.

A justificativa do trabalho gira em torno à descrição de atitudes e comportamento em direção ao enfermo e seu cuidador na Espanha Isabelina.

Trata-se de um estudo descritivo e interpretativo, no qual serão conectados os personagens que aparecem na cena com o objeto de entender o acontecimento que os cerca. Quem são, por que estão e que papel representam?

A obra foi apresentada por Roldán em exposição nacional em 1864. Enquadra-se no gênero dos costumes de Sevilha, o reflexo de uma socie-

dade demarcada pela religiosidade com gosto pelas procissões e as obras de caridade, das festividades e celebrações cidadãs.

Na pintura analisada, a representação não é casual; estão todos os que são e são todos os que estão. A enfermagem, ainda sem vocês próprias que a expressem publicamente, justifica sua presença no fato de que há uma pessoa enferma e, neste caso, que necessita de seus cuidados. A satisfação de suas necessidades vitais é a argumentação.

Palavras-chave: cuidados de enfermagem. Cuidado humanizado. História da enfermagem. Enfermagem na arte. Arte e cuidados. Representação da enfermagem. Iconografia.

RESUMEN

La representación artística de la persona en su enfermedad, durante el siglo XIX, no es muy frecuente si se compara con el total de la producción de los pintores españoles. Esta premisa, junto con la sorpresa del descubrimiento de la obra, fueron los determinantes que nos movieron a su estudio. Se trata de una obra de José Roldán que realizó ca. 1864 y le puso como nombre Su Majestad la reina Isabel II en el acto de besar la mano al pobre más antiguo del hospital de la Caridad de Sevilla.

La justificación del trabajo gira en torno a la descripción de actitudes y comportamiento hacia el enfermo y su cuidador en la España isabelina.

Se trata de un estudio descriptivo e interpretativo donde se irán conectando los personajes que aparecen en la escena con objeto de entender el acontecimiento que los concita. Quiénes son, por qué están y que papel representan.

La obra fue presentada por Roldán en Exposición Nacional 1864. Se encuadra en el género costumbrista sevillano, reflejo de una sociedad de marcada religiosidad con gusto por las procesiones y las obras de caridad, de las festividades y celebraciones ciudadanas.

En la pintura analizada la representación no es casual, están todos los que son y son todos los que están. La enfermería, aún sin voces propias que la expresen públicamente, justifica su presencia en tanto en cuanto hay una persona, enferma en este

caso, que necesita de sus cuidados. La satisfacción de sus necesidades vitales es la argumentación.

Palabras clave: Cuidados enfermería. Cuidado humano. Historia de la enfermería. La enfermería en el arte. Arte y cuidados. Representación de la enfermera. Iconografía.



JOSÉ ROLDÁN. Su majestad la reina Isabel II en el acto de besar la mano al pobre más antiguo del hospital de la Caridad de Sevilla, ca 1864.

Oleo sobre lienzo, 63 x 83 cm.

Sevilla, Hermandad de la Santa Caridad

PREÁMBULO

Hoy día solamente contamos cuentos a los niños, la necesidad adulta de entretenimiento ha desterrado de nuestras practicas habituales el contar cuentos o leerlos en voz alta.

Sin embargo ésta ha sido una actividad favorita y común de la historia humana. Los relatores contaban tanto fábulas como sucedidos y con el tiempo, a esta necesidad del cuento se le unió la de contemplar lo narrado. Necesidad que para algunos privilegiados encontraba su satisfacción en la pintura.

Pero estampar la pura imagen se hace insuficiente para la representación costumbrista. Se espera de la imagen que reemplace, que transmita gestos y que además los aclare, buscamos entender el lenguaje corporal, los formalismos específicos del momento, las emociones y pasiones del alma de las figuras representadas. Tratando de esta manera que el conjunto de elementos que acopia nuestra visita nos permitan entender el discurso, lo abstracto de la reproducción.

LA OBRA EN SU CONTEXTO

Durante este siglo XIX la pintura sevillana(1) vive un de sus momentos mas fecundos e interesantes enmarcándose con rasgos propios dentro del panorama artístico español.

Su producción más abundante y genuina se manifiesta a través de la temática costumbrista que fija su atención en edificios, catedrales, castillos, y palacios característicos, en ambientes que reflejen lo tradicional del pueblo llano en tanto que auténtico(2).

Por eso, en palabras de Reina Palazón “No es gratuito por tanto, que los cuadros costumbristas lleven el título de Feria de Mairena o Santiponce o que se represente el Corpus o la Semana Santa de Sevilla, pues no es tan sólo la notificación de unos personajes, sino que su adscripción a una ciudad o región pregona su caracterización singular”.

EL ACONTECIMIENTO

El artista representa un acontecimiento histórico que puso a la capital hispalense en el candelero nacional. El evento fue el viaje que realizaron los reyes, la reina Isabel II y su marido Francisco de Asís de Borbón rey consorte, por las provincias andaluzas entre los meses de septiembre y octubre de 1862.

En el programa del viaje de los reyes, se incluía la visita que debía realizar la reina, a su paso por Sevilla, al Hospital de la Hermandad de la Santa Caridad.

Esta Hermandad la fundó Miguel de Mañara (4) hacia el 1662, y como la reina había sido nombrada Hermana Mayor Honorífica de la Hermandad debía de cumplir el rito anual de besar la mano del enfermo mas antiguo del hospital.

Francisco Tubino(3) redactó, en 1862, la crónica del viaje por las provincias de Jaén, Córdoba, Sevilla, Cádiz, Granada, Málaga y Almería, ofreciendo cuadros de los actos más representativos: visitas, asistencia a bailes y teatros, etc.

LA ESCENA

Sucede en una de las enfermerías del Hospital del hospital. Roldan interpreta el momento exacto en el que la reina, cumpliendo con el rito anual, acude al Hospital de la Caridad en Sevilla para saludar al enfermo mas antiguo.

Ceremonia que se lleva a cabo en presencia de

todo el séquito, civil y eclesiástico, tal como queda inmortalizado en la obra.

LOS PERSONAJES

Además de que las actitudes de los personajes están relacionadas con las condiciones sociales, destaca la luminosidad del enfermo y la reina determinan el centro de la escena.

Mas que la luz es la penumbra de la izquierda la que nos permite calcular, admirable contraste entre el tono de la vestimenta de la reina, y el camisón del enfermo y los tonos neutros de los demás personajes. Toda la composición tiene su ritmo en la aparente actitud estática de los personajes.

Él, es un hombre anciano que reposa en la cama. Lleva puesto un camisón, prenda interior, que fácilmente confeccionaron las mismas monjas de la Hermandad. El camisón (visión nocturna de la camisa) blanco, típica vestimenta masculina habitual para dormir que desaparece progresivamente en los años veinte a favor del pijama(5) (Toussaint-Samat, 1994).

Es un pobre acogido por la Hermandad, y está enfermo, se nos presenta sin fuerzas para mantenerse incorporado. Seguramente uno de los hermanos de la Hermandad es el que le ayuda a incorporarse y a ofrecer su mano a la reina, manteniéndosela para el saludo.

Es el que lleva más tiempo ingresado en el hospital. Estas son las particularidades que le hacen ser el candidato para recibir una visita personal de la reina de España en la que se incluye el saludo regio.

Entre las celebridades que acompañan a la reina formando su séquito, destacan los duques de Montpensier. Antonio María Felipe de Orleans y la infanta Luisa Fernanda, hija del rey Fernando VII y María Cristina de Borbón, por lo tanto hermana menor de Isabel II. Personajes que defendieron de los valores tradicionales de “lo español”, llegando a ser buenos coleccionistas y protectores de la mayoría de los pintores sevillanos de la época.

Al otro lado de la escena, las personalidades eclesiásticas. En primer lugar, el padre Antonio María Claret, nombrado en 1857 confesor de la reina Isabel II, y que acompaña a la reina en su viaje por Andalucía. Detrás el entonces arzobispo de Sevilla Don Luís de la Lastra y Cuesta.



En último lugar de la escena, las más lejanas a la vista del espectador aparecen dos religiosas, miran con admiración la escena, ¡¡La reina ha venido y está besando al enfermo!!

LA ESTANCIA

Partiendo del centro al que nos fuerza vista de la obra de Roldan, percibimos la sencilla cama, sin pies ni cabecero, pero provista de cortinilla, que pende de lo alto y que le permitirá una pizca de intimidad en algún momento. La cama está vestida. Sábana blanca y manta de lana en jirones. Posiblemente también fuera confeccionada por las mismas monjas con los jirones, recortes sobrantes enviados desde algún telar de zona como caridad, terminada en flecos y sin remate.

El decorado de los muros de la habitación es sobrio. De la pared penden tres marcos, quizás con alguna oración, bendición o plegaria. El suelo está enlosado, habitual para las clases populares.

A la izquierda de la imagen se adivina un oratorio, no era extraño para la época que estuviera

cercano a las salas de enfermos. Los conceptos, tanto de la salud como de la enfermedad tenían un gran componente religioso.

La habitación no es grande, la escena ocupa gran parte del espacio que se ilumina desde la ventana de la izquierda, que no vemos. A través de la del fondo alcanzamos a ver la otra fachada del edificio al otro lado del patio. A la derecha de la imagen, la puerta por donde entra la comitiva, que se ha quedado abierta.

PROTOCOLO, EL SIGNO COMO METÁFORA

El protocolo, es una de las reminiscencias de la elegancia. Es un conjunto de patrones que controlan la secuencia de mensajes que ocurren durante una comunicación entre entidades que forman una red. El protocolo hace las veces del director en una orquesta en que cada músico cumple su función y juntos consiguen una magnífica composición. Si uno va a destiempo la pieza es un desastre

En nuestro protocolo el saludo con la mano es el saludo universal. Pero en la escena que estamos presenciando el movimiento de las manos va más allá. La reina se inclina y besa la mano del enfermo. Besar la mano, también en nuestro protocolo es signo de admiración y respeto. Es mas, la mano que queda encima significa dominio, la que está por debajo sumisión.

La reina cede su lugar, dando primacía al enfermo al ir hacia él. Pero no solamente va a su dormitorio a saludarle, se inclina y le besa la mano. El beso en la mano con tolerancia y cortesía. Los reyes nunca se inclinan ante sus súbditos, la norma es que sean estos los que rindan pleitesía y se agachen. En este caso la reina va hacia el enfermo, le ofrece saludo respetuoso, se inclina y agacha su cabeza para besar complacientemente la mano del hombre enfermo.

Creo que en este caso, es más una señal de cariño y afecto. La reina Isabel II fue persona despreñada y espléndida. Su popularidad quedaba potenciada por su innata generosidad. Puede que no sea exagerado afirmar que Isabel II fue la reina más popular de la historia de España. Con frecuencia le acompañaron las aclamaciones o los piropos de su pueblo, a los que siempre supo corresponder con peculiar elegancia.

ENFERMERA

La enfermera, en este caso una religiosa participa como actor social, disfruta del evento y participa en ello como el resto de los presentes. Aunque es la última de la escena, pero se encuentra. Y se muestra no de casualidad, en la obra están todos los que son y son todos los que están. Su presencia se justifica en tanto que aparece un hombre en calidad de enfermo, en condición de tal. Si realmente es enfermo y está atendido, serán enfermeras o enfermeros los encargados de su cuidado. Por eso están. Ahora bien, la participación social de los actores varía según su estamento, esa es la causa de que las enfermeras estén al final del recorrido de nuestra mirada. En esta representación son las últimas.

BIBLIOGRAFÍA

1 - Dentro de este ambiente de exaltación religiosa, a los pintores y escultores, que todavía no son del todo independientes,

se les contrata y se les paga para representar la idea del mecenas, y son varios los temas recurrentes los reyes, la devoción eucarística, la Inmaculada Concepción de María, los santos locales, las nuevas canonizaciones. Es lógico pensar que muchas de las obras de la época fueran encargos de mecenas que pertenecieran a la iglesia, a cofradías y conventos.

- 2 - Reina Palazón, A. (1979): Pintura costumbrista sevillana (1830-1870). Universidad de Sevilla. Sevilla
- 3 - Tubino, Francisco María. (2007) Crónica del viaje de SS. MM. y AA. RR. a las provincias andaluzas en 1862. Extramuros Edición. Sevilla.
- 4 - La Hermandad de la Santa Caridad remonta sus orígenes hasta la Edad Media, se tiene constancia de su existencia desde mediados del siglo XV. Cuando en 1662 Don Miguel Mañara, aristócrata sevillano, fundó de la Hermandad Santa Caridad llevaba en su mente el propósito de crear un hospital que sirviera para atender a los numerosos enfermos y mendigos que abundaban abandonados en las calles de Sevilla.
- 5 - Toussaint-Samat, Maguelonne. (1994) Historia técnica y moral del vestido. Alianza Editorial. Madrid.



ANTROPOLOGÍA

LA FAMILIA EN EL CONTEXTO DE LOS CUIDADOS HOSPITALARIOS. UNA PERSPECTIVA DESDE LA COMPETENCIA CULTURAL

Miguel Ángel Fernández Molina

Doctor por la Universidad de Alicante. Director de Enfermería Hospital General Universitario de Alicante (Departamento 19)

Profesor Asociado Departamento de Enfermería Universidad de Alicante



THE FAMILY IN THE CONTEXT OF HOSPITAL CARE. A PERSPECTIVE FROM CULTURAL COMPETENCE

SUMMARY

We try to show the increasing role of family relatives during hospitalization and nursing initiatives for caring from a cultural competence perspective. In a health environment, it is considered as the ability of acting and obtaining positive clinical results during cross culture encounters. This paper not only focuses in diversity as a result of foreign population in Spain, even though 11.3 % of population registered in Spain is foreign, and Alicante is the province with highest proportion (23.37 %). The case of Hospital General Universitario de Alicante is presented as a transferable experience to other hospitals and internal indicators demonstrate the enormous num-

ber of personal interrelations that take place between the caring team and family relatives. Conclusions are reached and recommendations are proposed in order to obtain respect towards beliefs and values in patients and their family relatives. Together with other results, the discovery of a deep desire among professionals for acquiring cultural competence is relevant and so are figures such as percentage of complaint forms filled in and signed by family relatives.

Key words: Cultural competence, nursing, foreigners, family

A FAMÍLIA NO CONTEXTO DOS CUIDADOS HOSPITALARES: UMA ANÁLISE SOB A PERSPECTIVA DA COMPETENCIA CULTURAL

RESUMO

Pretende-se mostrar a função crescente da família durante a hospitalização, bem como as iniciativas da Enfermagem para cuidar desde a perspectiva da competência cultural. No mundo sanitário, a habilidade de atuar e obter resultados clínicos positivos nos encontros entre culturas distintas mostra-se cada vez mais frequente. Assim, este trabalho centra-se não somente na diversidade da população estrangeira na Espanha, embora 11,3% da população radicada na Espanha seja estrangeira, e Alicante é a província com a

maior proporção (23,37%). Apresenta-se o caso do Hospital Geral Universitário de Alicante como exemplo, cuja experiência é transferível a outros hospitais, tendo em vista que seus indicadores assistenciais evidenciam o crescente número de relações interpessoais, as quais se produzem entre a equipe de cuidadores e a família. Tal fato possibilita uma série de conclusões e permite formular recomendações para alcançar o respeito às crenças e valores de pacientes e seus familiares. Destaques incluem a descoberta entre os profissionais de um profundo desejo de adquirir competências culturais, bem como dados como a percentagem de folhas de reclamações assinadas pelos membros da família.

Palavras-chave: Competência Cultural; Enfermagem; Estrangeiros; Família

RESUMEN

Se pretende mostrar el rol creciente de la familia durante la hospitalización así como las iniciativas de enfermería para cuidar desde la perspectiva de la competencia cultural. En el mundo sanitario, es la habilidad de actuar y obtener resultados clínicos positivos en los encuentros entre culturas distintas. El trabajo no sólo se centra en la diversidad fruto de la población extranjera en España, aunque el 11,3 % de la población empadronada en España es extranjera, y Alicante es la provincia con la mayor proporción (23,37 %). Se presenta el caso del Hospital General Universitario de Alicante como ejemplo cuya experiencia es transferible a otros hospitales y a través de sus indicadores asistenciales se evidencia el ingente número de interrelaciones personales que se producen entre el equipo cuidador y la familia. Se alcanzan una serie de conclusiones y se formulan recomendaciones para alcanzar el respeto a las creencias y valores de pacientes y sus familias. Destacan, entre otros, el hallazgo entre los profesionales de un profundo deseo de adquirir competencia cultural al igual que datos como el porcentaje de hojas de quejas firmadas por familiares.

Palabras clave: Competencia cultural, enfermería, extranjeros, familia

I. INTRODUCCIÓN: EL NUEVO CONTEXTO HOSPITALARIO

“La organización de todos los recursos y dispositivos asistenciales garantizará la cobertura sanitaria a toda la población según criterios objetivos que contemplen factores geográficos, demográficos, epidemiológicos, socioeconómicos y culturales” (Decreto 74/2007). Que mejor forma de mostrar la actual sensibilidad de la sociedad en general y de las autoridades sanitarias en particular hacia las cuestiones culturales que incorporar a la legislación sanitaria estos aspectos a pesar de la tremenda complejidad que supone la gestión clínica y la provisión de cuidados en los centros asistenciales.

Los modernos hospitales de agudos son considerados verdaderos “centros de alto rendimiento” donde trabajan profesionales integrados en equipos también de alto rendimiento. En la práctica supone atender a un número cada vez mayor de pacientes y, a ser posible, en el tiempo más corto posible y con la máxima calidad. Un indicador de referencia como es la “estancia media” no es otra cosa que “el tiempo -expresado en días- que tardamos en resolver el problema al paciente”. Ese tópico de que la sociedad cambia cada vez más deprisa tiene su reflejo en el mundo hospitalario y, para los que en él trabajamos, es además un hecho constatado.

A través de un ejemplo real, y cuyo escenario pensamos es transferible a la mayoría de los centros sanitarios públicos del sistema de salud, se pretende mostrar una visión actual de este nuevo contexto. Para ello, se aportan los datos del año 2007 en el Hospital General Universitario de Alicante (HGUA) (SIG, 2007) como ejemplo de ese rendimiento y para así estimar el número de interrelaciones personales que se producen en un hospital. Los más relevantes para comprender el elevado número de encuentros entre pacientes/familia y profesionales serían:

- Ingresos totales: 33.870
- Estancias: 243.357
- Estancia Media: 7,19
- Visitas en Consultas Externas: 270.380
- Visitas en Centro de Especialidades: 243.475
- Urgencias Atendidas: 168.687
- Intervenciones Quirúrgicas: 26.555

De entre toda esa actividad, se estima que el número de pacientes extranjeros ingresados se



sitúa entorno al 8 % (siendo el porcentaje de residentes extranjeros el 23,37 % en la provincia). Mi actual aportación no pretende centrarse exclusivamente en los pacientes extranjeros y sus familias por una razón: si bien pueden haber casos aislados en extranjeros, en la práctica nos encontramos principalmente “choques culturales” con pacientes y familias no extranjeras motivados por: condición religiosa (p.ej. en Testigos de Jehová), cuestiones costumbristas (p.ej. en etnia gitana) o cuestiones sociales (p.ej. en personas inadaptadas socialmente de trato conflictivo con el personal).

Frente a la hospitalización convencional (la clásica de toda la vida, donde por general el paciente y su familia vivían durante un tiempo más o menos prolongado la vida en el hospital) ahora la mayoría de estos se benefician de lo que se vienen a denominar “alternativas a la hospitalización convencional”: Hospitales de Día, Cirugía sin Ingreso, Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHD), Unidades de Corta Estancia, Consultas de Alta Resolución, etc. En el caso de la UHD, el profesional desarrolla su labor no ya en el hospital sino inmerso plenamente en el contexto familiar del paciente: en su hogar y rodeado de sus allegados. Al reducirse en los Hospitales de Agudos el tiempo de “exposición” en el seno de ese triángulo formado por paciente, familia y personal sanitario, se podrá entender que cobre una importancia notable el que el encuentro se produzca de la manera más satisfactoria ya que no se cuenta con margen suficiente para “enderezar” una mala relación. Aquí, el minuto de oro (ese primer contacto que va a marcar la relación posterior con signo positivo o nega-

tivo) debe tenerse más en cuenta incluso que en otras situaciones asistenciales.

Aquellos pacientes que no son subsidiarios de beneficiarse de estas alternativas, ingresan en el centro sanitario en camas convencionales (o de críticos) también con una disminución global del tiempo de hospitalización, pero con más posibilidad de que se desarrollen fenómenos de convivencia entre paciente, familia y personal sanitario. Más tiempo para que sean fructíferos, o más tiempo para que se deterioren.

II. COMPETENCIA CULTURAL EN EL CONTEXTO HOSPITALARIO

Es un hecho que las enfermeras en nuestros hospitales han pasado de cuidar a sus familiares, amigos, vecinos y paisanos a cuidar a personas de costumbres y creencias con frecuencia muy diferentes a los suyos. La competencia cultural en el mundo sanitario es la habilidad de actuar y obtener resultados clínicos positivos en los encuentros entre culturas distintas.

Existen múltiples definiciones de competencia cultural. Estas han evolucionado desde perspectivas, intereses y necesidades diferentes, y se han incorporado a las leyes de los estados, los reglamentos (ya se ha citado en la introducción la alusión a factores culturales que recoge el Reglamento publicado en el DECRETO 74/2007 de la Conselleria de Sanitat de la Comunidad Valenciana), programas sanitarios, las organizaciones del sector privado y el ámbito académico. De todas las definiciones que existen, podríamos elegir la que preconiza desde 1994 el Seattle King Country Department of Public Health, por contener todos los términos que utiliza el lema de las VI Jornadas Internacionales de Cultura de los Cuidados:

COMPETENCIA CULTURAL: “Habilidades de individuos y sistemas de responder respetuosa y eficazmente a las personas de todas las culturas, clases, etnias y religiones de una manera que reconoce, afirma y valora las diferencias culturales y similitudes, y el valor de los individuos, familias y comunidades, y protege y conserva la dignidad de cada uno”

¿Que supone en la práctica este paradigma en la forma de cuidar? Pues la competencia cultural requiere conocimientos, habilidades y actitudes a la hora de dar cuidados a diferentes grupos de pacientes y familias. Como se puede observar, no sólo requiere conocimientos culturales sino también hace referencia a la práctica y el comportamiento de los profesionales de los cuidados. Así pues, la enfermera culturalmente competente tendrá tres habilidades cuando se encuentre con una familia de cultura diferente: conocimientos, habilidades y actitudes, dicho de otro modo: Saber, Saber Hacer y Saber Estar.

Aunque tímidamente, comienza a detectarse una creciente preocupación en nuestro contexto por evaluar la confianza que tienen las enfermeras españolas a la hora de atender a pacientes -y sus correspondientes familias- de grupos culturales diversos y así desarrollar programas de formación pre-grado que contemplen la administración de cuidados culturalmente sensibles (Vargas et al., 2004). Asimismo, conviene señalar la iniciativa de la Generalitat de Catalunya al editar su “Guía para el respeto a la pluralidad religiosa en el ámbito hospitalario”, conscientes de vivir una realidad de diversidad religiosa creciente merced a la inmigración a pesar de considerarse la sociedad catalana como secular (Generalitat de Catalunya, 2005).

Aquí surge una nueva pregunta. Las autoridades sanitarias y el mundo universitario parecen estar cada vez más concienciados, ¿pero realmente desean o sienten la necesidad las enfermeras de adquirir competencia cultural?

De entre los datos obtenidos con motivo de la tesis doctoral “Estudio de los cuidados a pacientes extranjeros hospitalizados desde la perspectiva de la Enfermería Transcultural” (Fernández, 2006) en el HGUA a través de una encuesta realizado a 40 profesionales se comprobó lo siguiente:

- 81,25% nunca preguntaban la religión a la hora de cumplimentar la Hoja de Valoración del paciente al ingreso.
- Sin embargo, el 87,5 siempre lo preguntaban a la hora de pedir la dieta.
- En cuanto a consecución de auxilio espiritual específico variaba entre 31,25% casi nunca, 25% algunas veces, siempre y nunca el 12,5% ambos.

- La preservación, acomodación o remodelación de los cuidados obtuvo una mayoría de frecuentemente (25%) repartiéndose el resto de valores en porcentajes del 18,75% respectivamente.

Pero los datos más relevantes para la temática que pretendemos abordar fueron las siguientes:

- La mayoría (87,5%) estaban abiertos a la comprensión de las tradiciones de salud.
- El 93,75% afirmaron prestar atención a la comunicación con los extranjeros.
- El 68,75% implicaba a la familia en el proceso de cuidar.
- Y finalmente, el 87,5% de encuestados consideraban que los factores culturales eran relevantes para la salud, enfermedad y a la hora de administrar los cuidados.

III. PACIENTE Y FAMILIA.

“NO INGRESA UN PACIENTE, INGRESA UN MIEMBRO DE UNA FAMILIA”. Puede parecer una frase hecha, pero lo cierto es que desde siempre la familia del paciente ha tenido un protagonismo relativo, que ha ido aumentando en paralelo a los cambios sociales que todos vamos experimentando. La sola presencia de un familiar puede desencadenar en el personal sanitario una serie de reacciones “a priori”. Como sabemos, el estereotipo se basa en juzgar a alguien sobre la base al “grupo” al que pertenece, pudiendo surgir distorsiones que dan lugar a prejuicios sobre: razas, nacionalidades, creencias, etc.

La experiencia acumulada en la práctica diaria en los centros asistenciales nos llevan a afirmar que la familia en nuestros países latinos y católicos (de Europa y de América) y a diferencia de la anglosajona y protestante, es muy paternalista/proteccionista y ello genera frecuentes problemas en la atención a los enfermos. Un conflicto muy frecuente, casi diario, es la demanda por parte de los familiares de que ocultemos al enfermo el diagnóstico y el pronóstico. Otro riesgo es cuando existe disparidad de criterios entre el paciente, los familiares y el equipo terapéutico, siendo un verdadero esfuerzo alcanzar el necesario acuerdo. Sin el acuerdo de los familiares, por ejemplo en caso de cuidados paliativos, se pueden acarrear problemas importantes durante el episodio asistencial. A los familiares los

necesitamos como aliados y no como enemigos. El tiempo que dediquemos a los familiares siempre será un tiempo muy provechoso, por el bien de los familiares y también por el del propio paciente (Ética en los cuidados paliativos, 2006)

No sólo los vínculos familiares influyen, incluso podría ir más lejos y añadir que, además, ingresa un miembro real o potencial de una asociación de afectados que también puede tener su influencia. Seguro que muchos de los presentes con actividad asistencial son conscientes del peso y el poder de determinadas familias de pacientes y las asociaciones que las acogen. Con todos ellos interactúa el profesional de enfermería.

Todos sabemos que escuchar a la familia forma parte de la primera obligación del profesional sanitario: conocer los hechos que, una vez esclarecidos, permiten identificar los valores en conflicto, condición previa a la búsqueda de la solución al problema del paciente. Además, no es difícil estimular a la familia, y en especial al cuidador principal, a que formulen las dudas y preocupaciones que les surjan.

Como muestra palpable de esta afirmación, quisiera llamar la atención acerca de las quejas y reclamaciones tramitadas en nuestro hospital, ya que del total de 959 quejas escritas registradas en el Servicio de Atención e Información al Paciente (SAIP) desde el 1 de enero de 2007 al 7 de abril de 2008, 289 quejas -o lo que es lo mismo el 30 %- fueron realizadas por la familia (no por el paciente al que se le atribuye clásicamente el protagonismo absoluto dentro del sistema sanitario).

Añadir, que incluso las encuestas de satisfacción que se realizan sistemáticamente en los centros sanitarios de la Agencia Valenciana de Salud tienen preguntas dirigidas al familiar, no sólo al paciente. Por todo ello, no es baladí otorgar a la familia el protagonismo que viene reclamando, ya que su poder de influencia sobre el sistema es significativo.

SITUACIONES DE PROTAGONISMO FAMILIAR

De forma breve, y a modo de ilustración, paso a enumerar algunos de los casos que acontecen en un hospital donde la familia tiene especial protagonismo y donde la competencia cultural se requiere para una buena relación:

- En todas las unidades pediátricas. (Además, Asociaciones como ASPANION han negociado mejoras como la cama del familiar y la dieta al acompañante del niño oncológico o con enfermedad crónica ingresado).
- En unidades con pacientes en situación crítica (UCI, Reanimación, Quemados).
- En unidades con pacientes con elevada dependencia de cuidados.
- Con motivo de Consentimiento para la Donación de órganos. Aquí la especialización en la aproximación a la familia del donante convierte al HGUA en referencia mundial y con amplia repercusión mediática.
- En unidades con pacientes y familias cuyas costumbres difieren del profesional. Sin pretender caer en estereotipos, ejemplos como:
 - Acompañamiento familiar en etnia gitana
 - Acompañamiento familiar en nórdicos
 - Acompañamiento del esposo árabe en el paritorio
 - Rituales en recién nacidos de origen Subsahariano
 - Preceptos en Testigos de Jehová
 - Costumbres culinarios (ej. el conejo es considerado animal de compañía en los nórdicos por lo que lo rechazan como alimento)

IV. CONCLUSIONES

Recomendaciones para la Competencia Cultural en el contexto de los cuidados hospitalarios.

1 MINUTO DE ORO.

Al iniciar nuestras relaciones profesionales con los pacientes y sus familias debemos de ser conscientes de la importancia del “primer contacto” ya que puede condicionar el resto del episodio asistencial

2 INICIAR EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA CON UNA CORRECTA VALORACIÓN.

Para poder planificar adecuadamente cuidados congruentes con la cultura del paciente, se hace necesario que la primera etapa del proceso enfermero contemple la valoración de los aspectos básicos inherentes a la cultura del mismo.

3. GUARDAR RESPETO A LOS VALORES DEL OTRO.

El paciente y su familia tienen derecho reconocido a que sus creencias, valores y costumbres sean respetados.

4. UNA PRÁCTICA ASISTENCIAL “TRANSCULTURAL” AMORTIGUA LAS DESIGUALDADES DE SALUD.

La mejor garantía de una equidad en la asistencia es el respeto individualizado que propugna la Enfermería Transcultural.

5. EVITAR ESTEREOTIPOS Y ETIQUETAS CULTURALES

Muchas veces somos los propios profesionales e investigadores los responsables de crear etiquetas para fundamentar nuestras teorías.

6. LIDERAZGO DE ENFERMERÍA EN LAS POLÍTICAS DE FORMACIÓN MULTICULTURAL PARA PROFESIONALES.

Por su cercanía al paciente y su entorno familiar, unidos a la creciente vocación transcultural, es la/el enfermera/o el profesional mejor posicionado actualmente para formar a otros miembros del equipo multidisciplinar en competencia cultural.

7. ADAPTAR CULTURALMENTE EN LOS CENTROS SANITARIOS LA ASISTENCIA, ALIMENTACIÓN Y LOS ESPACIOS DE DUELO Y CULTO.

Dentro de la Misión de los Centros Asistenciales, debería figurar esta sensibilidad cultural y manifestarlo por escrito.

8. NO AL ETNOCENTRISMO Y AL CULTURALISMO.

Los profesionales formamos grupos con nuestros propios valores que imponemos al resto de pacientes. El etnocentrismo característico de nuestro sistema sanitario nos hace sentirnos cómodos y caemos en el culturalismo (la comparación con los “otros”: el “nosotros” frente a “ellos”).

9. GUÍAS DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA DE COMO PRESERVAR, ACOMODAR Y REMODELAR LOS CUIDADOS.

Facilitar a los profesionales herramientas que les permitan trasladar al enfermo y a su familia la

percepción de que somos competentes culturalmente, y capaces de ser “pro-activos” en lugar de “reactivos” en el respeto cultural.

10. FAMILIA INFORMADA CONTÍNUAMENTE.

Aunque a veces la prudencia del paciente o familia (frecuente en extranjeros principalmente nórdicos) pueda interpretarse como falta de interés por conocer su evolución, se ha constatado un déficit evidente en la información que reciben.

11. LA COMPETENCIA CULTURAL CONFIERE AL PROFESIONAL UN VALOR AÑADIDO A SU AUTONOMÍA Y PRESTIGIO

Debemos recordar que la “competencia cultural” (es decir, la habilidad de actuar y obtener resultados clínicos positivos en los encuentros entre culturas distintas) supone para el profesional un paso cualitativo en su desarrollo profesional y una ocasión para las autoridades sanitarias de ofrecer un servicio de salud en verdad “equitativo y universal”.

V. BIBLIOGRAFÍA

- Guías de Ética en la práctica médica. (2006) Ética en cuidados paliativos. Edita Fundación de Ciencias de la Salud. Madrid.
- Fernández Molina, M.A. (2006) Antropología de los Cuidados. Estudio de los cuidados a pacientes extranjeros hospitalizados desde la perspectiva de la Enfermería Transcultural. Edita: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA). Nº 50. Alicante.
- Generalitat de Catalunya. (2005) Guia per al respecte a la pluralitat religiosa en l'àmbit hospitalari, Departament de la Presidència, Direcció General d'Àfers Religiosos, Departament de Salut.
- Vargas Jiménez, J.A., Molina Contreras, J.L., Shellman, J. y Bernal, H. The confidence of Spanish nurses in caring for culturally diverse groups, Alicante, III Jornadas Internacionales de Cultura de los Cuidados & 30th Annual Conference of the Transcultural Nursing Society y VI Reunión sobre Investigación Cualitativa en Salud, 14-16 junio 2004, Libro de Abstracts, (Comunicación).

OTRAS FUENTES

- DECRETO 74/2007, de 18 de mayo, del Consell, por el que se aprueba el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de la atención sanitaria en la Comunidad Valenciana. Artículo 3.3.
- Instituto Nacional de Estadística (INE) Avance del Padrón Municipal a 1 de enero 2008.
- Servicio de Atención e Información al Paciente (SAIP) del Hospital General Universitario de Alicante del Departamento de Salud 19. Quejas escritas registradas entre 01-01-2007 y 07-04-2008.
- Sistema de Información para la Gestión (SIG) 2007 elaborado por la Unidad de Admisión del Hospital General Universitario de Alicante del Departamento de Salud 19. 2007

LAS IMPLICACIONES FAMILIARES EN LOS CUIDADOS DE LOS INMIGRANTES

Manuel Moreno Preciado

Profesor Titular Universidad Europea de Madrid

Doctor en Antropología de la Salud



cultural tendencies predominant in medical professionals could only be overcome when there be a special education to promote cultural diversity according to what Edgar Morin proposes, an education focussed in human condition.

Key words: Immigration, family, health care, social and cultural factors.

AS IMPLICAÇÕES FAMILIARES NOS CUIDADOS DOS IMIGRANTES RESUMO

RESUMO

O artigo é uma aproximação ao cuidado do imigrante e seu contexto familiar, através de uma análise da experiência acumulada nestes últimos anos.

No uso dos fatores sociais e culturais aplicados ao processo saúde-doença/atenção, o olhar antropológico tem possibilitado mais uns processos que outros e isto se concretiza nos estudos sobre a população imigrada como uma tendência em direção a determinados processos relacionados com a diversidade cultural: hábitos alimentares e vestimentas, barreira lingüística, práticas religiosas, tradições controvertidas, etc. Ao mesmo tempo, constata-se um descuido de outros fatores como as condições sociais do contexto migratório. Este olhar preconceituoso está produzindo uma análise descontextualizada ao esconder a etiologia eminentemente social dos problemas de saúde da população imigrante, como evidenciado por recentes e importantes estudos.

Faz-se necessário uma “mudança de rumo” que centre estes estudos na análise da confluência dos processos ou itinerários: o processo migratório e o processo saúde-doença /atenção. As fortes tendências culturalistas que predominam nos profissio-

FAMILY INVOLVEMENT IN IMMIGRANTS HEALTH CARE

SUMMARY

The present study is an approach to health care in immigrants and their domestic environment, obtained by means of experience gathered in the latest years. In the use of social and cultural factors applied to processes of health/sickness/attention, the anthropological view has been of more help in some cases than others circumstance that can be confirmed in those cases related to cultural diversity: food habits, costume, language barriers, religious practices, controversial traditions... etc...

At the same time some other interesting factors as social conditions within the immigrant context have been neglected.

This sort of biased view offers an out of context analysis concealing the imminent social etiology of health problems in those immigrant communities as recently paramount studies have shown. Thus, a change of direction is needed, a direction that should focus the studies in the cross-road of two processes or ways: the immigrant process and the health/sickness/attention process. The strong

nais de saúde só podem ser superadas a partir de uma educação para a convivência na diversidade cultural, que como disse Edgar Morin, deve ser uma educação centrada na condição humana.

Palavras-chave: Imigração; família; cuidado; fatores sociais e culturais.

RESUMEN

Este artículo es una aproximación al cuidado del inmigrado y a su contexto familiar, mediante un análisis de la experiencia acumulada en estos últimos años.

En el uso de los factores sociales y culturales aplicados al proceso salud/enfermedad/atención la mirada antropológica ha favorecido más unos procesos que otros y esto se concreta en los estudios sobre la población inmigrada en una tendencia hacia determinados procesos relacionados con la diversidad cultural: hábitos alimentarios e indumentarios, barrera lingüística, prácticas religiosas, tradiciones controvertidas, etc. Al mismo tiempo se constata un descuido de otros factores como las condiciones sociales del contexto migratorio. Esta mirada sesgada está produciendo un análisis descontextualizado al enmascarar la etiología eminentemente social de los problemas de salud de la población inmigrada, tal como lo evidencian recientes e importantes estudios.

Se hace necesario un “cambio de rumbo” que centre estos estudios en el análisis de la confluencia de dos procesos o itinerarios: el proceso migratorio y el proceso salud/enfermedad/atención. Las fuertes tendencias culturalistas que predominan en los profesionales sanitarios sólo pueden ser supera-

das desde una educación para la convivencia en la diversidad cultural, que como dice Edgar Morin, debe ser una educación centrada en la condición humana.

Palabras clave: Inmigración; familia; cuidado; factores sociales y culturales.

I. Introducción. La mirada antropológica y el uso de los factores sociales y culturales

La mirada antropológica consiste en las diferentes formas de observar y analizar los hechos sociales y culturales. Es sabido que la antropología tiene como objeto de estudio la cultura, su descripción e interpretación. Se trata, de una “descripción densa” (Gertz) que permita una reflexión sobre la naturaleza de los hechos sociales y culturales con objeto de comprender cómo la gente les hace frente. Evidentemente, los hechos sociales y culturales serán interpretados en función de los presupuestos teóricos con los que se realiza esta mirada: “Pensar, por ejemplo, -como continúa diciendo Wolcott- que la cultura se detecta mejor en lo que la gente hace, en lo que dice, en lo que dice que hace o en la tensión entre lo que hace y dice que debería hacer, supone inclinarse por una determinada concepción de la cultura...”. (Jociles, 1999: 12).

Sobre el uso que se está haciendo desde la antropología de los factores sociales y culturales aplicados al proceso salud/enfermedad/atención, Eduardo Menéndez (2000) analiza cómo esa mirada exotizada sigue marcando la tendencia en los estudios sobre salud: “La antropología parece reconocer lo cultural más en unos factores y procesos que en otros, y así mientras que lo religioso o lo mágico aparecen aceptados unánimemente como fenómenos culturales, no pasa lo mismo con una parte de los factores referidos a los campos educativos, jurídico o de la salud...y es la no inclusión o secundarización de los factores de tipo político, y/o sobre todo de tipo económico, cuando se describen e interpretan procesos y factores culturales referidos al proceso salud/enfermedad/atención” (2000: 166). Sostiene Menéndez que cómo consecuencia de esa ascendencia culturalista se están realizando enfoques descontextualizados que



introducen sesgos importantes en los estudios antropológicos sobre salud. Así, apunta que: “siguen describiéndose síndromes culturalmente delimitados, ‘mal de ojo’, ‘susto’ o ‘empacho’, sin dar datos, no ya en términos de tasas de mortalidad, sino en términos del número de casos de mortalidad o de enfermos, así como de toda otra serie de rasgos significativos en términos de epidemiología sociocultural”. (2000: 166).

Comparto este análisis de Menéndez y pienso que explican bien los planteamientos que están apareciendo en el ámbito específico de algunos estudios relacionados con la salud de la población inmigrada: “El auge de los discursos culturalistas ha impregnado el debate en torno a la inmigración. Los conceptos de diversidad cultural y de multiculturalismo han acaparado el interés de las instituciones y de los profesionales sanitarios derivando sus preocupaciones hacia las diferencias culturales: hábitos alimentarios e indumentarios, barrera lingüística, prácticas religiosas, tradiciones controvertidas, como la ablación del clítoris, etc.”. (Moreno, 2008: 53). Para evitar esta mirada sesgada Menéndez propone situar las definiciones en base a la experiencia empírica (etnográfica) y encuadrar estas experiencias dentro de los procesos históricos, políticos y sociales.

II. Análisis antropológico de los fenómenos migratorios

España forma parte de ese tipo de sociedades denominadas abiertas (Popper, 1994) receptoras de personas procedentes de diferentes horizontes. Ha pasado de ser un país de emigrantes a ser un país de inmigrantes. La explicación está en el profundo cambio político y social que ha vivido en las últimas décadas. No obstante, es preciso señalar que el rechazo al extranjero es universal. El otro siempre ha provocado recelos, cuando no miedo. El ser humano, se dice, es un animal de costumbre, al que le cuesta salir de las rutinas establecidas, y al que toda novedad le produce una sensación de inseguridad. Así, todo lo nuevo despierta sospecha, como que una amenaza se cierne sobre nosotros: “Sin embargo, a pesar del carácter común de esa experiencia -o puede que a causa de ello-, todos los colectivos tienden a sancionar y excluir al extraño...Su condición de otro, de ajeno a lo que se

considera propio -que no deja de ser aquello de lo que uno se apropia- hace que a lo largo de la historia el extranjero, figura radical de la otredad, arrastre siempre una oscura sombra de amenaza que reverbera en hostilidad y rechazo”. (Criado, 2001: XII-XIII).

En estos momentos estamos asistiendo en el mundo a una recrudescencia de la estigmatización del inmigrante. Tenemos el ejemplo de lo que está sucediendo en Italia y también los acontecimientos en Sudáfrica con los brutales asesinatos de personas procedentes de otros países más empobrecidos, como Zimbabue o Mozambique. Aunque en España no se hayan producido incidentes de esta envergadura -ni siquiera tras los atentados del 11-M- el asunto es serio y nos concierne directamente, porque ahora nuestro país ha entrado en una fase económica menos favorable que puede constituir un caldo de cultivo ideal para que los vendedores de miedos conviertan al inmigrado en chivo expiatorio de las dificultades sociales de la población.

III. Inmigración y salud: dos procesos entrelazados

Indagar acerca de los factores sociales y culturales de la atención sanitaria a los inmigrantes requiere un análisis previo del contexto en el que se inscriben esos factores. Detecto, de entrada, dos grandes ejes: el contexto migratorio y el contexto sanitario. Ambos contextos tienen un carácter dinámico, por lo que es frecuente referirse a ellos como procesos. Así, Oriol Romaní los denomina “itinerarios migratorios e itinerarios de salud” (2002:501). Entiendo la migración como un proceso donde la condición de inmigrado se pierde cuando la sociedad autóctona deja de proyectar en el sujeto imágenes simbólicas negativas; esto es cuando se ha convertido en uno más dentro de la sociedad autóctona; se le puede ver como diferente, sí, pero no en el sentido etnocentrista que la antropología confiere al concepto de la otredad. Este proceso puede conllevar varios años, dependiendo de la dimensión del cambio experimentado por el migrante y del estado de los mecanismos de adaptación a dicho cambio. La mayor o menor presencia de factores como distancia cultural, formación, empleo, entorno familiar, redes de apoyo,

salud, rechazo social, etc., prolongarán o acortarán el periodo de transición del “otro” versus “nosotros”.

El proceso migratorio puede visualizarse como formando parte de los ritos de paso -rites de passage- de un periodo liminal, donde en su fase central se produce una situación de umbral, es decir, que el migrante se encuentra en tierra de nadie: entre lo uno y lo otro. Los problemas asociados a esta fase son: tristeza, soledad -la vida de los inmigrantes es a menudo una historia de hombres y mujeres solos-, exclusión, desvalorización, desarraigo, duelo, anomia, etc., una combinación de estrés y duelo que ha sido definida por Joseba Achotegui (2002) como “Síndrome de Ulises”. Estos dos factores interactúan entre sí, produciendo una tensión característica en los procesos migratorios. Es la búsqueda de un balance positivo entre lo que se gana y lo que se pierde. En la medida en que el migrante encuentra que la experiencia ha valido la pena, el duelo se va superando y el estrés va cediendo. Se trataría entonces de una situación normal y propia de todo proceso migratorio. Como señala Achotegui, esta situación es la mayoritaria porque la migración, en general, significa para el migrante una solución a sus problemas. Por el contrario, se dan situaciones en las que el migrante se encuentra con tal cúmulo de dificultades que su proyecto se verá muy comprometido e incluso abocado al fracaso. Aparece entonces el “duelo complicado”, también definido por Achotegui como “síndrome del inmigrante con estrés crónico, múltiple y extremo”.

Siempre me ha llamado la atención la escasez de datos sobre el perfil epidemiológico de la población inmigrada. Es poco frecuente que las detalladas memorias anuales de las instituciones sanitarias (hospitales, atención primaria, consejerías de salud, etc.) incluyan datos al respecto. Por este motivo me ha parecido muy oportuno que la Encuesta Nacional de Salud, realizada en el año 2006 por el Instituto Nacional de Estadística y cuyos datos han sido publicados en marzo de 2008 haya tenido en cuenta, por primera vez, el factor “extranjero”. Recojo en el cuadro nº 1 algunos de esos datos, que, en gran medida, refuerzan las tesis de quienes entendíamos que los problemas de salud de esta población se relacionan estrechamente con los de

su condición de migrantes. Dice la encuesta que su salud no difiere sensiblemente de la salud de la población autóctona y las diferencias están relacionadas con el factor edad, género y sobre todo condiciones sociales y laborales. Así, su percepción del estado de salud es ligeramente mejor que el de la población autóctona; tienen menos enfermedades crónicas y sus hábitos de salud son similares. A pesar de que machaconamente se transmite la idea de que el migrante es alto consumidor de servicios sanitarios, no hay datos concluyentes al respecto y los pocos estudios serios realizados apuntan en la dirección contraria. Así, el informe del INE concluye que los inmigrantes utilizan menos, por lo general, los servicios sanitarios que la población autóctona. Sólo en el caso de la visita a la matrona el porcentaje es superior al de los autóctonos, lo cual se explica por el alto componente de mujeres en edad fértil; el resto de los profesionales sanitarios reciben menos visitas. Puede decirse, entonces, que la salud de los inmigrantes está condicionada, fundamentalmente, por las formas de vida asociadas al proceso migratorio.

IV. Inmigración y cuidados: repercusiones familiares

El difícil acceso, por parte de los inmigrantes, a los dispositivos sanitarios, es una referencia constante tanto desde las instituciones sanitarias y sus profesionales, como desde los propios inmigrantes y sus asociaciones (Fernández-Rufete, 2004; Sanz et al., 2004).

Según los profesionales sanitarios y los expertos, lo que dificulta la adaptación de los inmigrantes a las normas de los dispositivos sanitarios es su difícil contexto sociolaboral. También se alegan factores culturales: “su reloj es distinto”. Se apunta a la existencia de dos tipos extremos de usuarios del sistema sanitario: los que “no lo usan” y los que “lo usan frecuentemente”. Entre los que “no lo usan”, se encuentra un perfil de inmigrado, varón y con situación de irregularidad y/o precariedad sociolaboral. Entre los que usan con profusión los servicios sanitarios está el perfil de mujer, joven y con cierto nivel de asentamiento. Las enfermeras y matronas refieren cómo, una vez que estas personas entran en el circuito de acceso a los centros de salud, mediante la obtención de la tarjeta sanitaria,

es frecuente que se familiaricen con estos servicios. Cabe en este punto plantear un interrogante: ¿quién es mejor/peor usuario de los dispositivos sanitarios, el que “usa” o el que “no usa”?

Hablar de cuidados y familia lleva directamente a hablar de niños. Como he apuntado antes en relación a las necesidades de salud de la población inmigrada, el contexto materno-infantil es donde más demandas de atención sanitaria se producen. Esto se debe al carácter femenino de la inmigración y a su juventud, lo que contrasta con la situación de la población autóctona. M^a Ángeles Durán, investigadora del CSIC, en su libro *El valor del tiempo* sitúa la importancia de este factor demográfico: “El dato más importante sobre la infancia en la España actual es la disminución del número de niños y su llegada por planificación voluntaria; y el segundo, el crecimiento del número de niños venidos de fuera en compañía de sus padres, o nacidos en España de madre extranjera. Quince de cada cien niños nacidos vivos en 2005 son hijos de madre extranjera, pero la cifra es más alta si se añaden las madres que han obtenido la nacionalidad recientemente por matrimonio o residencia”. (2007: 51). Pienso que estos datos nos ayudan a comprender las particulares demandas de cuidados de la población inmigrada.

La aparición de la enfermedad y/o la necesidad de frecuentar los dispositivos sanitarios provocan, en el inmigrado, un aumento del nivel de estrés. La causa principal es el riesgo de fracaso del proyecto migratorio: “aquí hemos venido a trabajar”. Cuando acaece la enfermedad o el accidente, dependiendo de la gravedad del caso, se producen situaciones que son vividas con desasosiego por los pacientes y por sus familiares: “Los inmigrantes han expresado con frecuencia sentimientos de tristeza que se relacionan con la dureza del contexto social en el que viven y con el alejamiento de los suyos... Una cierta dignidad les impide la manifestación de estos sentimientos, pero cuando la enfermera lo facilita, rápidamente salen hacia fuera. Son significativas dos expresiones empleadas por dos enfermeras: ‘son muy estoicos’ y ‘cuando me siento a su lado enseguida tiro de clínex’...”. (Moreno, 2008: 198).

El desconocimiento del funcionamiento de los dispositivos sanitarios -por parte de los inmigra-

dos- y de los usos de salud -por parte de los profesionales- crea incomprendiones que afectan a la relación profesional/paciente. En este sentido expongo las manifestaciones, a modo de ejemplo, de dos mujeres marroquíes (Yasmina, mediadora intercultural y Saïda, joven paciente) expresadas en una entrevista conjunta (Moreno, 2008: 161-162):

Yasmina: “...a veces me llaman las enfermeras, o un ginecólogo para ver por qué la mujer marroquí .no cuida a su hijo como ellos quieren... ¡cómo que, qué en su país que no cuidan a su hijo!...es que allí hay unos cuidados específicos, distintos...sobre todo para la mujer que da a luz...eh..., allí toda la sociedad está volcada con ella ‘no te muevas, estate quieta...que no hagas nada... que tiene que estar en la cama descansando...te llevan hasta la comida...hasta los calditos calentitos...al niño también le cuidan...”.

Saïda: “Es que aquí la mujer tiene que levantar...no descansa nada...y te mandan a casa enseguida...tienes que salir e ir a su casa y a lo mejor las cosas a lo mejor no son adecuadas para una mujer...”.

Yasmina: “En Marruecos antes el parto se hacía en el domicilio, ahora ya se hace en los hospitales... [Entonces, ¿se ha roto eso que tú decías?] No, se mantiene, por ejemplo cuando sale la mujer del hospital, ese ritual se sigue en la casa...los cuidados...el parto es como cosa de mujeres...las mujeres se ayudan en estas cosas...el hombre hace otras cosas...él se ocupa de muchas cosas...pero de fuera, compra las cosas...va al mercado...compra el cordero...esos días se necesitan comprar cosas...”.

Saïda: “Si, es así...aunque ahora algunas cosas están cambiando...creo que si... lo que pasa que, bueno es lo que decíamos, que ahora la mujer trabaja más, entonces sale más, pero también se cansa más...la mujer trabaja más... ahora tenemos la carga de la casa y además el trabajo...bueno aquí no es como la mujer latina que trabajan muchas, la mujer magrebí trabaja menos...”.

En síntesis, ellas consideran que la mujer es apoyada por su entorno, que se vuelca en ella y la colma de atenciones. Aquí, sin embargo, compatibilizando vida laboral y tareas domésticas conside-

ran que para algunas cosas han perdido. Informantes de otras nacionalidades han hablado, también, del mantenimiento de tradiciones en relación a la maternidad y el parto diferentes a las de la sociedad autóctona.

Cada vez son más frecuentes las alusiones en medios de comunicación sobre cómo la inmigración está sirviendo para paliar algunos de los graves problemas de la sociedad autóctona, como el de la baja natalidad. En este sentido es preciso señalar la importancia de la emergente figura del “inmigrante cuidador-contratado”. Cada día son más los niños y ancianos cuidados por inmigrantes, en el domicilio o incluso en el hospital. Pienso que este aspecto puede favorecer una imagen social más favorable de la inmigración, que sea vista, no como problema, sino como solución a problemas.

V. Cambio de rumbo

Quizá, el más importante reto que tiene la sociedad sea el de la convivencia en la diversidad. Aprender a vivir en la diferencia es una asignatura pendiente en un mundo empeñado en repetir los peores episodios de la historia de la humanidad, que siempre tuvieron como acompañante, cuando no como detonante, el deseo de aprovecharse de las diferencias para convertirlas en desigualdades. Hoy, en nuestras sociedades abiertas, el tradicional racismo de carácter biológico ha cedido el paso a otro más centrado en las diferencias culturales. Son denominados racismos de la vida cotidiana (Del Olmo, 2002). Educar para la convivencia en la diversidad cultural es una prioridad que debe, a mi entender, situarse en el centro del compromiso profesional. La ética del cuidado puede servir como instrumento teórico para preservar los valores del cuidado, entendido como aquél que sitúa al paciente como la razón de ser de la práctica profesional, como la referencia, el punto de partida y de llegada de los cuidados. Siguiendo este planteamiento de Collière (1993), al paciente no se le considera como un objeto portador de tal o cual enfermedad, sino que constituye la propia finalidad de los cuidados, que no toman sentido si no es a partir de él y de lo que representa en su entorno social. Señalo, en este sentido, la importancia de la mirada cercana al inmigrado para superar los estereotipos y evitar los prejuicios; en el cuidado de los pacientes la cercanía es un valor esencial. No es posible cuidar

desde la frialdad de la distancia, porque cuidar es interrelacionarse con la persona cuidada. Evidentemente, se pueden aplicar tratamientos técnicos de igual forma que se aplican a los objetos inertes, pero el cuidado es otra cosa: “La superación de la lejanía espacial y de la distancia ética es fundamental en la acción de cuidar. No se puede cuidar de alguien desde la lejanía. Para cuidar de una persona enferma, de una persona anciana es preciso acercarse a ella, superar la lejanía, pero también y la distancia no es un concepto de tipo físico, sino de carácter ético”. (Torralba, 1998: 342).

También se hace necesaria la ética de la esperanza de la que nos hablaba Victoria Camps, porque estamos asistiendo a un recrudescimiento de los discursos del miedo. Hay riesgos en la inmigración y dificultades, pero también hay beneficios. Pasar del miedo a la diversidad al valor de la diversidad es el compromiso necesario. El hecho de que España haya sido capaz de integrar a más de cuatro millones de personas en poco tiempo y sin grandes tensiones es un logro del que toda la sociedad española podría sentirse orgullosa y demuestra el importante lugar que España ocupa en la esfera mundial. Demos, pues, una oportunidad a la esperanza.

Termino con esta frase de Edgard Morin que sitúa bien lo que, a mi entender, debe ser la educación del futuro: “La educación del futuro debe ser una enseñanza fundamental y universal centrada en la condición humana. Estamos en la era planetaria y los seres humanos, dondequiera que estén, están embarcados en una aventura común. Es preciso que se reconozcan en su humanidad común y, al mismo tiempo, reconozcan la diversidad cultural inherente a todo lo humano”. (Morín, 201: 57).

VI. Bibliografía

- Achotegui, J. (2002). La depresión en los inmigrantes: una perspectiva transcultural, Barcelona, Ediciones Mayo.
- Collière, M.F. (1993a) [1982]. Promover la vida, Madrid, McGraw-Hill Interamericana.
- Criado, M^a.J. (2001). La línea quebrada. Historias de vida de migrantes, Madrid, Cees.
- Del Olmo, M. (2002). “El negocio de las diferencias. Una aportación teórica y metodológica al estudio del racismo, el prejuicio y la discriminación”, en J. García y C. Muriel (eds.), La inmigración en España, 141-148, Volumen II, Granada, Laboratorio de Estudios Interculturales.
- Durán, M^a. Á. (2007). El valor del tiempo, Madrid, Espasa Calpe.

- Encuesta Nacional de Salud. Año 2006. INE. [Documento en línea] <http://www.msc.es/estadEstudios/estadísticas/encuesta Nacional/encuesta2006.htm> [consulta: 1-08-2008].
- Fernández-Rufete, J. y Rico, J.I. (2005). “Los dominios simbólicos de la inmigración. La dialéctica entre las demandas de atención sociosanitaria y la estructura de los dispositivos asistenciales en el caso de los inmigrantes ecuatorianos en la Región de Murcia”, en J. Fernández y M. García (eds.), *Movimientos migratorios contemporáneos*, 267-284, Murcia, UCAM.
- Jociles, M^a.I. (1999). Las técnicas de investigación en antropología. Mirada antropológica y proceso etnográfico. *Gazeta de Antropología* [Publicación en línea]. *Gazeta de Antropología*, 15. <http://www.ugr.es/~pwlac/Welcome.html> [consulta: 22-05-2008].
- Menéndez, E. (2000). “Factores culturales. De las definiciones a los usos específicos”, en E. Perdiguer y JM. Comelles (eds.), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*, 163-188. Barcelona, Bellaterra.
- Moreno Preciado, M. (2006). *El cuidado del “otro”. Un estudio sobre la relación enfermera/paciente inmigrado*, Barcelona, Bellaterra.
- Morin, E. (2001). *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*. Barcelona, Paidós.
- Popper, K. (1994) [1957]. *La sociedad abierta y sus enemigos*, Barcelona, Paidós.
- Romaní, O. (2002). “La salud de los inmigrantes y la de la sociedad. Una visión desde la antropología”, *FMC*, Volumen 09, 07: 498-504.
- Torralba i Roselló, F. (1998). *Antropología del cuidar*, Barcelona, Fundación Mapfre.

Cuadro 1: percepción de salud de la población inmigrada

INDICADOR	EXTRANJEROS	NACIONALES
ESTADO DE SALUD		
Valoración del estado de salud percibida (Bueno o muy bueno)	73,17%	69,57%
Calidad de vida relacionada con la población infantil	58,37%	62,13%
Infartos	9,18%	20%
Dolor lumbar	15,75%	15,75%
Diabetes	1,56%	4,27%
Colesterol alto	1,86%	4,74%
Úlceras de estómago o duodeno	1,90%	6,56%
Cataratas 5,63% frente al 15,30%	5,63%	15,30%
ESTILOS DE VIDA		
Fumador diario	25,68%	26,57%
Consumen alcohol en las 2 últimas semanas	48,94%	56,60%
Horas de sueño	7,73%	7,77%
Ejercicio físico en el trabajo:		
• Sentado la mayor parte de la jornada	18,12%	34,93%
• Tareas con gran esfuerzo físico	8,64%	4,94%
Hace ejercicio en el tiempo libre	57,40%	60,96%
No suele desayunar nada	4,36%	2,72%
Lactancia natural	79,73%	67,43%
Tienen peso normal en relación a estatura	58,07%	53,45%
UTILIZACIÓN SERVICIOS SANITARIOS		
Han utilizado algún servicio sanitario en las últimas 4 semanas	29,3%	39,5%
Visita al médico en las últimas 4 semanas	1,08%	1,15%
Visita a la enfermera en las últimas 4 semanas	2,5%	4,8%
Visita al fisioterapeuta en las últimas 4 semanas	1,6%	2,9%
Visita a la matrona en las últimas 4 semanas	3,9%	1,4%
Vista al especialista en las últimas 4 semanas	0,46%	0,55%
Realización de pruebas no urgentes en las últimas 4 semanas	12,3%	15,8%
Hospitalizaciones en los últimos 12 meses	8,8%	9,0%

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud, 2006

ETNOLOGÍA DE TRES ESTUDIOS ETNOGRÁFICOS SOBRE LA SALUD Y LA SEXUALIDAD DE LOS(AS) JÓVENES DE LAS CIUDADES DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER (COLOMBIA): MOGOTES, SAN JOAQUÍN Y EL PLAYÓN

Manuel Antonio Velandia Mora

Master en Educación, Sociólogo.

Doctorando Enfermería y Cultura de los Cuidados, Universidad de Alicante



ETHNOLOGY IN THREE ETNOGRAPHIC STUDIES ON HEALTH AND SEXUALITY IN YOUNGSTERS OF DPT.OF SANTANDER (COLOMBIA), MOGOTES, SAN JOAQUÍN AND EL PAYÓN

SUMMARY

The ethnology assembles the results of three researches developed by the author of the text in Mogotes, San Joaquín and El Playón, three municipalities of Santander, Colombia, which population does not exceed 4.000 habitants. In these ethnographic studies in young people, enrolled in school, between the 13 and 19 years, they narrate in groups of discussion, their sexual behaviors, sexual culture and needs in sexual health and reproductive health. The qualitative investigation allowed to obtain a holistic vision, comprehensive and framed in a context of the phe-

nomena related with health care, from which was designed an informative and preventive strategy that is implemented nowadays. The socio - critical paradigm grants voice to the student as active subject of the learning process and transforms the communication into an instrument for change. The narrative allows us to interpret the deep complexity of the human nature immersed in situations related to health - disease, due to the fact that they are not linear reducible phenomena. The ethnology made possible to characterize men and women, creating basis for the design of informative and educational strategies, under the statement that young people have the right to have education for the Sexuality, as part of the education for the citizenship; justified, not in religious beliefs, but in results of ethnographies and ethnologies.

Key words: sexual Health, ethnology, ethnography, young, HIV/AIDS

ETNOLOGIA DE TRÊS ESTUDOS ETNOGRÁFICOS SOBRE A SAÚDE E A SEXUALIDADE DOS JOVENS DAS CIDADES DO DEPARTAMENTO DE SANTANDER (COLÔMBIA): MOGOTES, SAN JOAQUÍN Y EL PLAYÓN

RESUMO

Etнологia reúne resultados de três investigações realizadas pelo autor do texto em Mogotes, San Joaquín e o Playón, três municípios de Santander, Colômbia, cuja população não excede os 4.000 habitantes. Estudos etnográficos nos quais jovens escolarizados, entre os 13 e 19 anos, narram em grupos de discussão,

seus comportamentos sexuais, cultura sexual e necessidades em saúde sexual e saúde reprodutiva. A investigação qualitativa permitiu obter uma visão holística compreensiva e contextualizada dos fenômenos realizados com os cuidados de saúde desde a perspectiva que se desenhóu como uma estratégia informativa e preventiva que se implementa atualmente. O paradigma sócio-crítico outorga voz ao estudante como sujeito ativo do processo de aprendizagem e transformação a comunicação em um instrumento para a mudança. A narratividade nos permite interpretar a profunda complexidade da natureza humana imersa em situações relacionadas com a saúde-enfermedad, dado que não são fenômenos lineares redutíveis. A Etnologia possibilitou caracterizar a homens e mulheres, fundamentou o desenho de estratégias informativas e educativas, sob o critério de que os jovens têm direito à Educação para a Sexualidade, como parte da educação para a cidadania, justificadas, não em crenças religiosas, mas em resultados de etnografias e etnologias.

Palavras-chave: Saúde Sexual, Etnologia, Etnografia, jovens, HIV/Sida.

RESUMEN

La etnología reúne resultados de tres investigaciones realizadas por el autor del texto en Mogotes, San Joaquín y El Playón, tres municipios de Santander, Colombia, cuya población no excede los 4.000 habitantes. Estudios etnográficos en los que jóvenes, escolarizados, entre los 13 y los 19 años, narran en grupos de discusión, sus comportamientos sexuales, cultura sexual y necesidades en salud sexual y salud reproductiva. La investigación cualitativa permitió obtener una visión holística, comprensiva y contextualizada de los fenómenos relacionados con los cuidados de salud desde la que se diseñó una estrategia informativa y preventiva que se implementa actualmente. El paradigma sociocrítico otorga voz al alumno como sujeto activo del proceso de aprendizaje y trasforma la comunicación en un instrumento para el cambio. La narratividade nos permite interpretar la profunda complejidad de la naturaleza humana inmersa en situaciones relacionadas con la salud-

enfermedad, dado que no son fenómenos lineales reductibles. La etnología possibilitó caracterizar a hombres y mujeres, fundamentó el diseño de estrategias informativas y educativas, bajo el criterio de que los jóvenes tienen derecho a la Educación para la Sexualidad, como parte de la educación para la ciudadanía; justificadas, no en creencias religiosas, sino en resultados de etnografías y etnologías.

Palabras clave: Salud sexual, etnología, etnografía, jóvenes, VIH/sida

1. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El Departamento de Santander, en Colombia, exigió a las Secretarías Municipales de Salud que como parte del "Plan de Atención Básica "PAB" y sus proyectos de "Salud sexual y reproductiva", realizaran el diseño, implementación y evaluación de una estrategia preventiva en salud sexual y salud reproductiva orientada a los jóvenes entre los 13 y los 19 años. Mogotes, San Joaquín y El Playón son municipios cuya población no excede los 4.000 habitantes, las personas entre los 10 y los 19 años representan el 20,1% de su población total; las mujeres son el 20,9% y los hombres el 19,3%, en relación con este grupo etareo.

Como primera acción de la estrategia preventiva, el consultor-investigador propuso que se implementara en cada uno de los tres municipios, un estudio etnográfico en el que la narración sobre sus comportamientos sexuales, realizada por los(as) jóvenes escolarizados directamente implicados, permitiera conocer sobre su cultura sexual y sus necesidades en el campo de la salud sexual y la salud reproductiva. Los presupuestos del paradigma sociocrítico otorgan voz al alumno como sujeto activo del proceso de aprendizaje y los principios que transforman la comunicación en un instrumento de cambio (Habermas, 1984). La narratividade nos permite interpretar las realidades humanas inmersas en situaciones relacionadas con la salud-enfermedad, dado que no son fenómenos lineales que se puedan interpretar de manera reduccionista (Nicolis, 1999), debido a la profunda complejidad de la naturaleza humana (Morin, 1994). La investigación cualitativa permite obtener una visión holística, comprensiva y contextualizada de

los fenómenos relacionados con los cuidados de salud (Siles, 2005).

Al ser la primera vez que se implementaba un proyecto de este orden, no se pensó en que fuera necesario un estudio previo al diseño, por sus costos se decidió a partir de los resultados, diseñar una estrategia conjunta aplicable en los tres municipios.

Desde una perspectiva sistémica se consideró necesario hacer conocer la estrategia preventiva a docentes, padres y madres de familia de los jóvenes, a líderes de opinión y al equipo de salud e involucrarlos en los diferentes momentos de la ejecución del proyecto. Los resultados se utilizaron en el diseño de la propuesta preventiva y de los materiales informativos y educativos utilizados en el trabajo directo con los escolares. UNESCO/ONUSIDA (2003), entienden que los estudios de comportamientos sexuales en poblaciones específicas, son pilares fundamentales de la llamada vigilancia epidemiológica de segunda generación de la infección por VIH.

Sobre los jóvenes objeto de estudio no se conocían sus actitudes, comportamientos y prácticas sexuales; no había estudios de prevalencia de VIH/sida/ITS ni sobre sus comportamientos sexuales y no se había realizado hacia ellos ninguna actividad informativa, preventiva o educativa relacionada con el sida, las ITS o el embarazo adolescente. La información que poseían sobre sexualidad, además de lo conocido en la vida cotidiana extraescolar, había sido provista en la única institución educativa de cada municipio y se relacionaba con conocimientos anatómo-fisiológicos. El índice de embarazo adolescente, desde la percepción de la institución educativa y del sector salud, era alto; pero no había estudios que lo confirmaran.

Los/as jóvenes nunca habían sido escuchados/as sobre sus necesidades en educación para la sexualidad, no conocían cómo demandar sus necesidades, ni tampoco se les había ofertado la posibilidad de hacerlo.

Si los jóvenes no son escuchados apropiadamente y no se conoce su cultura sexual, las acciones preventivas y educativas que se diseñen para ellos serán limitadas y no responderán a sus necesidades, así se parta del criterio de que el equipo de salud conoce sus necesidades. Según Leininger,

para que haya calidad en los servicios sociosanitarios, los cuidados deben ser culturalmente congruentes ya que para quien se ve imposibilitado a comunicar sus necesidades o demandar apropiadamente sus servicios, se le dificulta la obtención o la prestación de un buen cuidado. Los seres humanos son inseparables de su trasfondo cultural y su estructura social (Siles, Leininger, Velandia).

Objetivo general de la investigación: diseñar, implementar y evaluar una estrategia preventiva en salud sexual y salud reproductiva orientada a los jóvenes hombres y mujeres escolarizados, con edades entre los 13 y los 19 años. Cumplir el objetivo general no era posible sin conocer el trasfondo cultural de la vida sexual de los(as) jóvenes. Para lograrlo se requería conocer sus imaginarios con relación a su sexualidad, la salud y la enfermedad y el embarazo adolescente.

Objetivos específicos: 1. Investigar etnográficamente a la población adolescente escolarizada en la educación media, en cada municipio, para conocer su situación cultural con relación a su salud sexual y la salud reproductiva; 2. Conocer los elementos comunes en los tres estudios etnográficos; 3. Aplicar los resultados al diseño de una estrategia preventiva, para ser aplicada conjuntamente por los municipios; y, 4. Aplicarla y evaluarla.

2. MATERIAL Y MÉTODO

Para investigar etnográficamente a esta población se realizaron seis grupos de discusión: uno con hombres y otro con mujeres en cada municipio, y tres “charlas” (grupos de discusión amplios) con participación mixta, para contrastar la información.

Para la recolección de la información se creó un mapa categorial (Mapa Categorial. para el análisis de la información. Cuadro Anexo N° 1). Las Preguntas Generadoras de dichos grupos se basaron en el análisis sistémico categorial de tres ámbitos de dominio: 1. Sexualidad; 2. Salud y enfermedad; y, 3. Bienestar.

Con relación a la “Sexualidad” se analizaron las categorías: 1. Concepto amplio de sexualidad; 2. Ser; 3. Relaciones genitales; 4. Mitos y creencias; y, 5, Embarazo adolescente. Para el binomio categorial “Salud/enfermedad” las subcategorías estudiadas fueron: 1. Embarazo adolescente; 2.

VIH/Sida e ITS; 3. Calidad de vida. Cabe anotar que la categoría “Embarazo adolescente” es común a los ámbitos de dominio “Sexualidad” y “Salud y enfermedad”.

En lo pertinente a la categoría “Concepto amplio de sexualidad” para su análisis se identificó la subcategoría Vivencia de la sexualidad. El “Ser” como categoría, fue contemplado desde tres subcategorías: lo particular, lo social y lo relacional.

En el estudio de las categorías “Relaciones genitales” y “Embarazo adolescente” las subcategorías determinantes fueron: las razones emocionales, los cambios físicos, los cambios emocionales y los cambios relacionales; en la categoría “embarazo”, igualmente se tuvieron en cuenta las subcategorías: costos económicos, costos sociales y costos emocionales.

En lo que respecta a la categoría “Mitos y creencias” las subcategorías estudiadas fueron: la Virginidad, la Anticoncepción y la Interrupción del embarazo.

En la categoría “VIH/Sida e ITS” se profundizó en el estudio de las subcategorías: conocimiento, actitud y prevención. Esta última, tiene a su vez tres vice-categorías: saber actuar, saber sentir y saber explicar-se.

La categoría “Calidad de vida” que es común a los ámbitos “Bienestar” y “Salud y enfermedad” se contempla en tres subcategorías: acceso a información apropiada, acceso a medios de prevención y satisfacción de necesidades propias de la edad.

Las Preguntas Generadoras para los grupos de discusión fueron: ¿Cómo viven la sexualidad? ¿Cuál es el lenguaje pertinente a la sexualidad que utilizan?, ¿Cuáles son las razones emocionales en las que se fundamentan sus relaciones sexuales? ¿Cuáles consideran que son los cambios físicos, emocionales y relacionales que ocurren a partir de una relación sexual? ¿Qué piensan de la virginidad? ¿Cuáles son los costos económicos, sociales y emocionales de un embarazo adolescente con relación a la sexualidad, la salud sexual y la salud reproductiva? ¿Qué es el VIH/Sida, cuál es su riesgo y qué hacen para prevenirlo? ¿Qué son las ITS, cuál es su riesgo y qué hacen para prevenirlas?

Criterios de selección de los sujetos participantes: edad, estudiantes de educación media y secundaria, nivel de escolaridad grados séptimo a once, estudiante activo, no líderes estudiantiles, posibilidad de participar de una actividad con dos horas de duración y en horario extraescolar. Para los grupos de discusión, en El Playón: siete hombres entre los 13 y los 17 años y siete mujeres entre los 12 y los 16 años; en Mogotes: ocho hombres entre los 14 y los 17 años y siete mujeres entre los 12 y los 16 años.; en San Joaquín: once hombres entre los 12 y los 16 años y diez mujeres entre los 13 y los 16 años. Doce personas; seis por cada sexo en cada uno de las tres “charlas” o grupos de discusión para la contrastación.

Proceso de captación: presentación previa del proyecto a directivos y docentes. Visita a las aulas de clase, para invitar a los estudiantes a participar voluntariamente en una “charla” sobre las necesidades de los jóvenes del municipio. Se les informó que se podían autonomiar para participar de la actividad y que algunos serían seleccionados para trabajar en grupos más pequeños y que, ambos grupos discutirían sobre los mismos temas, se especificó que solamente podían participar entre el 10% y el 15% de ellos y ellas, se inscribieron los auto-nominados; se seleccionaron según criterios preestablecidos para los informantes de los grupos de discusión y la “charla” amplia.

Análisis de la información. Para el análisis de la información se creó un mapa categorial sistémico con cuatro ámbitos de dominio (Mapa categorial epistemológico. Cuadro Anexo N° 2) a saber: 1. Emergencia¹; 2. Interdisciplinariedad; 3. Estudio del Cuidado; y, 4. Cultura.

Con relación a la “Emergencia” se analizaron las subcategorías: 1. Interrelación; 2. Interfectación; y, 3. Interdependencia. Desde la Interdisciplinariedad se tuvieron en cuenta las miradas de: 1. La Enfermería; 2. La Antropología; y, 3. La Sociología.

Para la categoría “Estudio del cuidado” se analizaron tres subcategorías: medio entorno, persona y sociedad. De la conjunción de las subcategorías “medio entorno” y “Persona” surge la vice-categoría “Ámbito de dominio”; y, de la conjunción de

¹La emergencia puede explicarse como una propiedad de todo sistema, del ser humano, dado que este funciona como un todo integrado e integrador y tiene propiedades distintas a las de las partes que lo componen.

las subcategorías “Persona” y “Sociedad” emerge la vice-categoría: comunidad.

La Cultura, como categoría, se estudia con relación a las mismas tres subcategorías de la categoría “Estudio del cuidado”.

La información obtenida en cada uno de los nueve grupos fue grabada en audio, transcrita y analizada desde una perspectiva interdisciplinaria; como emergencia del análisis surgieron dos caracterizaciones, una por sexo.

3. RESULTADOS

Caracterización de los hombres: “la sexualidad es un tema urgente, que hay que resolver de alguna manera”. Su desinformación lleva a que, una vez enfrentados al tema, no sepan cómo proceder, qué esperar. Consideran que tienen como “ventaja” el hecho de que están en condiciones sociales de exigir y decidir. Lo emocional - afectivo -, erótico y no coital, es un elemento ausente en ellos. Tienden a ser machistas, discriminatorios de las mujeres y homofóbicos.

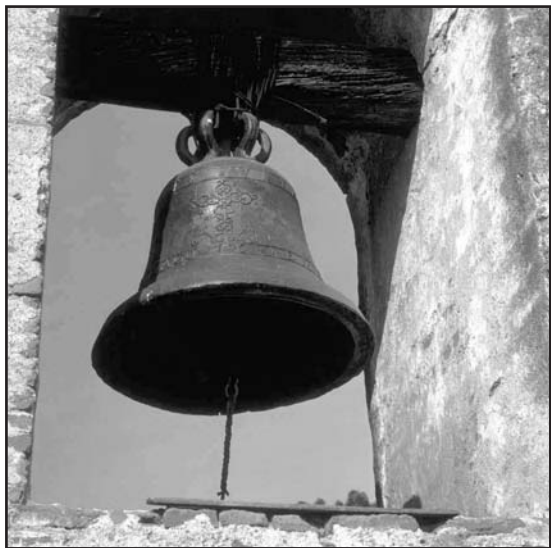
La sexualidad se restringe al intercambio genital, que es una “necesidad” apremiante, fuera de control, primordial para “hacerse hombre y madurar”, y que “es necesario hacerlo pronto”. La desinformación en, de y para la sexualidad es amplia, esto conduce a que, una vez enfrentados a la posibilidad de un intercambio genital, un embarazo, el sida u otra ITS, no conozcan cómo proceder, qué esperar, a quién acudir o cuándo hacerlo. Asumen que la masculinidad es una “ventaja” para presionar el intercambio genital, inclusive asumen actitudes y prácticas que llegan a la violencia verbal, emocional y física. La efectividad, la ternura, las demostraciones de cariño son poco frecuentes en las relaciones, incluso consideran que “tanto sentimiento es falta de hombría”. No hacen referencia a lo erótico, pues “lo importante es ir al grano”. Hablan tranquilamente de la masturbación que es “una manera de calmarse si se está arrecho”. Prefieren no hablar sobre la planificación de sus intercambios sexuales. El sida no les preocupa porque “en el pueblo solo hay una pareja que lo tiene y no nos metemos con ellos”. No usan condones porque “en la droguería (farmacia) los venden, pero allí todo se sabe y los padres se enteran”.

Su principal meta es viajar, la segunda, tener una economía propia, y la tercera, educarse. No

ven en la formación académica el cumplimiento de sus metas, sino “una obligación para cumplir con los padres”. En sus metas no se encuentra tener hijos, son “un inconveniente y el resultado de un acto no planeado”. Ven en los miembros de la policía un fuerte rival para la consecución de una pareja.

Caracterización de las mujeres: tienen un gran desconocimiento sobre sexualidad, cuerpo, erotismo y genitalidad, con un mayor grado de desconocimiento que los hombres. Su sexualidad es un tema tabú, difuso, del que poco desean hablar por considerarlo propio de la intimidad. En caso de autorizarse a una relación sexual genital, ésta “es una manera de amarrar a la pareja”. Reciben el peso emocional, cultural y social de administrar su vida sexual, genital y afectiva. Inician su vida sexual genital muy temprano, más por presión de los hombres que por una necesidad particular. Consideran que “el amor y el sexo” (la genitalidad) son una misma cosa, “ellos necesitan que uno les de pruebas de amor”. “Con las relaciones sexuales uno se “desarrolla” como mujer”; “es un escalón a la madurez física y emocional”. El erotismo, más presente en ellas que en sus compañeros, es tímido y fruto de la presión del hombre que “desea satisfacer sus necesidades”; no lo reconocen como una posibilidad del Ser o como una alternativa sexual, aun cuando lo relacionan con “gozarse con la pareja”. Asumen que si únicamente hay juego erótico “no pasó nada”. No referencian prácticas orales, ven la masturbación como “algo de ellos y no de mujeres”; aun cuando si saben que “otras niñas se tocan ahí”; prefieren no hablar de este tema pues se asume como “algo sucio, que es pecado”. La búsqueda del placer es una meta de los hombres que ellas se ven obligadas a satisfacer, “así uno no quiera, si a él le provoca, si el tiene ganas, a uno le toca, porque si no lo hace ellos creen que ya no los quiere”.

Las relaciones de noviazgo se centran en la lucha del hombre por alcanzar su genitalidad y la de ellas en “hacerse las difíciles”; “serlo es sinónimo de entereza, fortaleza y control emocional”. “El embarazo no es algo que uno desee, es algo que resulta, porque uno nunca piensa que le va a pasar”, “es fruto del amor, no conozco a ninguna que se haya embarazado de alguien que no ame, a no ser que sea violación”. Las relaciones sexuales



son legítimas y vinculadas al amor, “no a la pasión” y “son propias del noviazgo” (de la Cuesta, 2002), así sus padres no estén de acuerdo, “ellos se olvidan que también fueron jóvenes”; “dicen que no pero se ponen felices cuando son abuelos”. Sus relaciones genitales las prefieren lejos de sus casas, en lugares poco comunes como los cultivos ubicados en las afueras del pueblo, el río, el cementerio, y la iglesia. Su sexualidad es “patrimonio familiar” en el sentido de que, muy a su pesar, “lo que una mujer hace con su cuerpo compete a sus padres, mientras que en los hombres no”. Ellas reciben el peso de administrar socialmente la virginidad, la “decencia”, el embarazo, la maternidad, el desprecio, el aborto y el señalamiento. El afecto o más concretamente “el amor es una necesidad”. No llegan a una relación sexual en igualdad de condiciones y oportunidades que los hombres. Son un poco más “exactas” y menos vergonzosas que sus compañeros para referirse a la terminología sexual relacionada con la anatomía tanto femenina como masculina. Su principal meta es conformar una familia, a costa de lo que sea, dada la imposibilidad de viajar, o tener otras alternativas; ven en los miembros de la policía una buena alternativa como pareja y para salir del pueblo, su segunda necesidad; en tercera instancia, quieren educarse o tener una economía propia.

Aspectos comunes en hombres y mujeres: La desinformación sobre el tema de sexualidad y a quién acudir para que les proporcione información

confiable, son común denominador en hombres y mujeres. Los padres y maestros no se consideran referentes apropiados, cuando son consultados reprimen, “ellos no oyen, solo les interesa lo que ellos piensan y no lo que nosotros sentimos”. Maturana afirma que el fenómeno de la comunicación no depende tanto de lo que se entrega como de lo que pasa con el que recibe. Así, cuando un/a joven y un padre, maestro profesional de la salud escuchan, generan un mundo interpretativo; para Etcheverría (1996), decimos lo que decimos y los/as demás escuchan lo que escuchan; decir y escuchar son fenómenos diferentes. Este aspecto toma especial relevancia en la medida en que asumimos que lo que decimos es lo que los otros escuchan y lo que escuchamos es lo que los/as demás han dicho, si lográramos trascender esta idea y nos tomáramos el tiempo para verificar si estos sentidos concuerdan, estaríamos seguros de que realmente estamos comun-unicando. Los/as jóvenes prefieren usar eufemismos, el sarcasmo y el humor como alternativas comunicativas, para hablar de sexualidad, embarazo, aborto y el uso de condones, que son temas tabú, pero de innegable existencia; lo cual supone cierto acuerdo social al respecto. Los encuentros sexuales genitales son casuales, fruto de la oportunidad o la sumisión en ellas y la presión afectiva de ellos, y casi nunca resultado del acuerdo o la planeación.

Desinformación sobre temas de salud como las ITS incluyendo el sida. No conocen sus derechos sexuales, o sus derechos reproductivos. Temen acudir al hospital (que igualmente es centro de salud) por el temor de que su información privada se haga pública. Les llama la atención el tema de la violencia intrafamiliar, en especial la generada desde las mujeres, pero ven normal la violencia de genero ejercida por los hombres, incluso contemplan los celos y la violencia física como “pruebas de amor”.

4. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

En el cotidiano aprendemos los conceptos normativos, básicamente en la familia, la escuela y la iglesia; aquí también aprendemos las organizaciones y las instituciones como la familia, el sistema político, el mercado laboral, el sistema educativo y la política, en consecuencia también aprendemos

las relaciones de poder, de dominación-dependencia, de inequidad, el discurso y las experiencias aceptadas o no en torno a las sexualidades; en la vida cotidiana aprendemos las identidades, las subjetivamos y construimos las subjetividades masculinas y femeninas (Velandia, 2003a). Con todos estos elementos explicamos y representamos el cuerpo, el género, las orientaciones sexuales, las expresiones comportamentales sexuales, en fin, la sexualidad, el “deber ser” tanto para unos como para las otras.

Aun cuando el diagnóstico se centró en los y las jóvenes escolarizados, las políticas locales deben igualmente reflejar las necesidades especiales de los y las jóvenes desescolarizados/as y de aquellos/as que han abandonado la escuela. Hacer conocer los resultados de la caracterización, a los padres y madres, autoridades civiles en especial de la educación y la salud, a los maestros y maestras y al equipo de salud posibilitó que comprendieran la necesidad de la educación para la sexualidad. Aun cuando los padres se mostraron interesados en conocer la identidad de los informantes, conservar su anonimato es conveniente si se desea que los jóvenes vean a los agentes de prevención como sus aliados.

Los resultados iniciales de cada estudio se implementaron en la elaboración de los contenidos y materiales de soporte de las estrategias informativas y educativas orientadas a las diferentes comunidades educativas: escolares (estudiantes y docentes); padres y madres de familia, líderes de opinión y equipo de salud. Las evaluaciones realizadas por los jóvenes destacaron el conocimiento que los agentes de prevención tenían sobre su realidad, el uso de semánticas que les eran comunes y el reconocimiento de su identidad juvenil. Se insistió para que el diseño de las estrategias preventivas informativas tuvieran en cuenta, como eje del proceso informativo y educativo para la prevención, las condiciones y necesidades emocionales y afectivas de los y las participantes, recalando que la decisión sobre cualquier práctica sexual genital es necesariamente emocional.

Recomendaciones

- Los jóvenes tiene derecho a Educación para la Sexualidad; debiera hacer parte de la educación para la ciudadanía y justificada, no en

creencias religiosas sino en resultados de etnografías y etnologías, teniendo como fundamento las perspectivas de géneros, derechos sexuales y derechos reproductivos, sin olvidar que la sexualidad va mucho más allá de la anatomía y la fisiología de los cuerpos de los hombres y las mujeres. Entendiendo, así mismo, que la sexualidad hace parte de la vida, desde el momento en que un ser nace hasta cuando fallece y que está relacionada con la capacidad de emocionarse y sentir placer, y que además, del aspecto físico genital, involucra todo el cuerpo y los sentimientos.

- Todos los actores y actrices de la comunidad académica deben asumir un rol de importancia, ya que sin tener en cuenta las necesidades de los/as jóvenes, los intereses de madres y padres, y el sentido y la experticia de docentes y equipo de salud, se hace imposible diseñar una estrategia integral y formativa.
- Se deben crear espacios escolares, familiares y sociales para educar sobre la salud y para la sexualidad, sin barreras para las mujeres y con participación activa de los hombres. Los programas deben informar apropiadamente y con regularidad, recuperando para su acción informativa y educativa las semánticas juveniles sobre cuerpo, salud y sexualidad; sus pensamientos, emociones y necesidades deben ser tenidos en cuenta, ya que generan situaciones que afectan su bienestar y calidad de vida.
- Deben crearse las condiciones para evitar cualquier forma de violencia física y emocional hacia las mujeres, en especial en aquellas situaciones en las que los hombres imponen su poder sobre la decisión de ellas, chantajeándolas emocionalmente u obligándolas a tener relaciones sexuales genitales y otros actos eróticos que no son de su deseo o necesidad; pero igualmente, debe tenerse en cuenta el reporte de casos de violencia doméstica física y emocional de algunas mujeres hacia estos.
- Es conveniente crear procesos educativos es lo que sea posible experimentar roles y reflexiones acorde al genero; por ejemplo, el

taller sobre cómo materner y paternar, en el que se simulaba durante una semana el cuidado de un hijo (representado en un huevo) posibilitó a los jóvenes una visión distinta de su rol como cabezas de familia, madres y padres, aprendiendo a paternar de una manera no machista y sexista y motivando que se interesen por sus procesos emocionales y sus roles de apoyo en el cuidado de los/las hijos(as).

- Se debe recalcar el hecho de que sexo, relaciones sexuales y sexualidad son conceptos y expresiones diferentes del Ser, ello evita limitar la información y la sexualidad de los y las jóvenes a sus actos genitales coitales.
- Es importante facilitar el acceso a elementos protectores del embarazo adolescente y las enfermedades de transmisión sexual, tales como condones, lubricantes y anticonceptivos orales. Se debe acompañar la entrega de insumos con información apropiada sobre su uso correcto y los riesgos que una relación no protegida adecuadamente puede acarrear en sus vidas.

BIBLIOGRAFÍA

- De la Cuesta, C. (2002). Tomarse el amor en serio: Contexto del embarazo en la adolescencia. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.
- Etcheverría, Rafael. (3ª Ed.). (1996). Ontología del lenguaje. Dolmen Ediciones. Santiago, Chile.
- Habermas, Jünger (1984) Teoría de la acción comunicativa I: Racionalidad de la acción y racionalización social. Madrid, Taurus.
- Marriner-Tomey, Ann., Raile Alligow, Martha (1994) Modelos y Teorías en Enfermería. Tercera edición. Ed. Mosby/Doyma libros. España. Pág. 424 a 445.
- Maturana, H. (1997). Emociones y lenguaje en educación y política. Dolmen. Bogotá.
- Morin, Edgar. (1994) Mis demonios. Kairós, Barcelona.
- Siles González, José; Solano Ruiz, María del Carmen; Cibanal Juan, Luis (2005) Cultura de los cuidados. Revista de enfermería y humanidades. N° 18, Año IX (2. semestre 2005).
- Nicolis, Grégoire (1994). La estructura de lo complejo: en el camino hacia una nueva comprensión de las ciencias / Grégoire Nicolis, Ilya Prigogine; versión española de A. Klein; revisión técnica de José Luis Sánchez Gómez. Alianza, D. L. Madrid.
- Velandia Mora, Manuel Antonio (2003a). Género, masculinidad y salud: Una visión desde los sistemas, las emociones y el lenguaje. Taller sobre Género en: Foro 2003. II Foro en VIH/SIDA/ITS en América Latina y el Caribe. Conocimiento, experiencia y alianza: Estrategia para el futuro. Palacio de las Convenciones de La Habana, Cuba. 7-12 de abril del 2003.

- UNESCO ONUSIDA (2003); División de políticas culturales y diálogo intercultural UNESCO; Comunicación adecuada para el cambio de comportamientos; información, educación, comunicación; El enfoque cultural en la prevención. Colección especial de manuales metodológicos, Manuales metodológicos N° 1.
- Velandia Mora, Manuel Antonio (2003). Estrategias para la formación en la convivencia democrática. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá.
- Velandia Mora, Manuel Antonio; Bastidas Beltrán; Guillermo Andrés, Luigui Conversa (2005), Módulo 3. Parcela 1. Educación para la Sexualidad. Bogotá: Organización Internacional de Migraciones OIM/ Proyecto Fondo Mundial de Sida, tuberculosis y Malaria. Colombia.
- Velandia Mora, Manuel Antonio (2005). Caracterización sobre los comportamientos sexuales de los y las jóvenes del municipio de El Playón en el Departamento de Santander, Colombia.
- Velandia Mora, Manuel Antonio (2005). Caracterización sobre los comportamientos sexuales de los y las jóvenes del municipio de Mogotes en el Departamento de Santander, Colombia.
- Velandia Mora, Manuel Antonio (2005). Caracterización sobre los comportamientos sexuales de los y las jóvenes del municipio de San Joaquín en el Departamento de Santander, Colombia.



Mapa categorial para el análisis de la información. Cuadro N° 1.

Ámbito de dominio	Categoría	Subcategoría
Sexualidad	Concepto amplio	Vivencia de la sexualidad
	Ser	Particular
		Social
		Relacional
	Relaciones genitales	Razones emocionales
		Cambios físicos
		Cambios emocionales
		Cambios relacionales
	Mitos y creencias	Virginidad
		Anticoncepción
		Interrupción del embarazo
	Embarazo adolescente	Costos económicos
		Costos sociales
		Costos emocionales
		Cambios físicos
Cambios emocionales		
Cambios relacionales		
Salud/Enfermedad	VIH/Sida/ITS	Conocimiento
		Actitud
	Prevención	Saber actuar
		Saber sentir
		Saber explicar-se
	Bienestar	Calidad de vida
Acceso a medios de prevención		
Satisfacción de necesidades propias de la edad		

Mapa categorial Epistemológico. Cuadro N° 2.

Análisis sistémico	Emergencia	Interrelación	
		Interafectación	
		Interdependencia	
	Interdisciplinariedad	Enfermería	
		Antropología	
		Sociología	
	Estudio del Cuidado	Medio entorno	Ámbito de dominio
		Persona	
		Sociedad	Comunidad
	Cultura	Medio entorno	
		Persona	
		Sociedad	

BIOÉTICA NO CUIDADO E DIREITOS DOS PACIENTES E FAMILIARES

Genival Fernandes de Freitas

Professor Doutor do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. (Brasil)



BIOETHICS OF CARE AND THE RIGHTS OF PATIENTS AND RELATIVES

SUMMARY

A critical-reflective analysis, based on Bioethics and the patient/client's rights, taking autonomy, justice, non-maleficency and charity as a reference. Thus, aspects regarding professional and institutional responsibility are discussed. The professionals' ethical obligation towards ensuring humanised care without hazards/damage for patients and relatives is highlighted.

Key words: Bioethics, Responsibility, Nursing.

BIOÉTICA EN EL CUIDADO Y DERECHOS DE LOS PACIENTES Y FAMILIARES

RESUMEN

Un análisis crítico-reflexivo, fundamentado en la Bioética y los derechos del paciente/cliente, tomando como referencia la autonomía, justicia, non-maleficencia y beneficencia.

Así, se discute los aspectos concernientes a la responsabilidad profesional y institucional. Se destaca la obligación ética de los profesionales en asegurar un cuidado humanizado y con ausencia de riesgos/daños al paciente y su familia.

Palabras clave: Bioética, Responsabilidad, Enfermería.

RESUMO

Uma análise crítico-reflexiva, fundamentada na Bioética e nos direitos do paciente/cliente, englobando a autonomia, justiça, não-maleficência e beneficência. Discutem-se aspectos concernientes à responsabilidade profissional e institucional. Aponta-se para a obrigação ética dos profissionais em assegurar um cuidado humanizado e isento de riscos/ danos ao paciente e família.

Palavras chave: Bioética, Responsabilidade e Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A enfermagem tem como princípio fundamental, do ponto de vista ético, o dever de garantir a prestação de uma assistência à pessoa, família e coletividade, no contexto cultural assistido e considerando as circunstâncias de vida e saúde das pessoas e da coletividade.

O profissional de enfermagem, como integrante da equipe de saúde, tem como meta na sua atuação a satisfação das necessidades de saúde da população e defesa dos princípios da universidade de acesso aos serviços de saúde, bem como a integralidade da assistência, a resolutividade dos problemas, a preservação da autonomia das pessoas, a participação da comunidade, hierarquização e descentralização dos serviços de saúde, sendo tais

princípios veios condutores da política brasileira proposta pelo Sistema Único de Saúde (SUS) - Lei 8080/1990.

Breve histórico sobre a Bioética

Van Rensselaer Potter, cancerologista americana, utilizou o termo “Bioética”, em 1971, em uma publicação sobre “Bioethic: Bridge to the future”, em que dizia: “... necessitamos de biólogos que nos digam o que podemos e devermos fazer para sobreviver e o que não devemos fazer, se desejamos manter e melhor a qualidade de vida das próximas gerações”.

O significado do termo Bioética representa conhecimento biológico (bio) e sistema de valores da espécie humana (ética). A Bioética tem como meta não apenas enriquecer as vidas individuais, mas também prolongar a vivência da espécie humana de uma forma aceitável pela sociedade atual.

Os questionamentos bioéticos revelam anseios e preocupações com a dignidade da vida no planeta, com a defesa do meio ambiente, o desenvolvimento sustentável das sociedades, de maneira a que se busque salvaguardar a vida, o meio ambiente e, sobretudo, as culturas, em geral, e de modo especial aquelas mais vulneráveis e das minorias. Assim, o cuidado deve revestir-se de zelo e respeito à diversidade.

A “Encyclopedia of Bioethics” (Enciclopédia de Bioética) é uma obra fundamental desta ciência, publicada nos Estados Unidos em três edições, sendo a primeira em 1978, depois em 1995 e 2004. Na primeira edição, diz-se que “a Bioética abarca a ética médica, porém não se limita a ela. A ética médica, em seu sentido tradicional, trata dos problemas relacionados com valores que surgem da relação médico-paciente. A bioética constitui um conceito mais amplo, com quatro aspectos importantes: a) engloba os problemas relacionados aos valores que surgem em todas as profissões de saúde, inclusive nas profissões afins e aqueles vinculados à saúde mental; b) aplica-se às pesquisas biomédicas e comportamentais, independentemente de influírem ou não de forma direta na terapêutica; c) aborda uma ampla gama de questões sociais, relacionadas com a saúde ocupacional e internacional e com a ética do controle de natalidade e outras; d) vai além da vida e saúde humanas,

enquanto compreende questões relacionadas à vida dos animais e das plantas, por exemplo no que o concerne às pesquisas em animais e demandas ambientais conflitivas” (Reich, 1978).

Pessini e Barchifontaine (2005) ressaltam que na segunda edição de 1995 da obra “Encyclopedia of Bioethics” define-se a Bioética como o estudo sistemático das dimensões morais - incluindo visão, decisão, conduta e normas morais - das ciências da vida e da saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas num contexto interdisciplinar. Na terceira edição, insere-se uma série de novas temáticas no bojo das discussões bioéticas, tais como: nutrição e hidratação artificiais, bioterrorismo, questionamentos relacionados a ordens para não reanimar o paciente, clonagem, reprodução, fertilidade, transplantes de órgãos e tecidos, morte e morrer, aspectos legais relacionados à saúde mental, genética, além de questões bioéticas com implicações religiosas, além de outros assuntos.

Alguns fatos históricos marcaram, decisivamente, a compreensão da gênese da bioética. Assim, o caso Tuskegee, Estado de Alabama (Estados Unidos), tinha o objetivo de observar a evolução natural da sífilis. Foram tomados 600 homens, de raça negra, atraídos pelo sonho ou promessa de receberão atendimento na atenção médica gratuita, não lhes sendo informado de que tinham sífilis nem se lhes havia realizado tratamento durante o experimento, apesar de já estar disponível em forma de arsênico e bismuto até 1945 e, posteriormente, desde 1945, a penicilina. O Serviço de Saúde Pública daquela localidade explicou que com a chegada da penicilina, os investigadores ainda não tinham tido a oportunidade de avaliar as conseqüências da sífilis por um período mais longo. A opinião pública norte americana tomou ciência da ocorrência por meio de reportagem do “New York Times”, no dia 16/07/1972, o que acendeu os ânimos da população em relação ao experimento realizado sem consentimento dos envolvidos, que sequer tiveram o direito de manifestar sua própria opinião ou dizerem se aceitavam ou não participar dessa forma de pesquisa.

A valorização da dimensão técnica do agir profissional, em detrimento de um agir ético e responsável, comprometido com as conseqüências das ações e valorização das relações interpessoais, bem

como a discussão acerca dos limites e possibilidades da ciência, envolvendo o poder de interferência na vida das pessoas e coletividades sociais, tem suscitado reflexões e posicionamentos políticos importantes nos dias hodiernos, englobando questões relativas ao cuidado, considerando, ademais, as necessidades do sujeito, suas diferenças culturais e direito à autonomia.

O interesse da Bioética tem sido ampliado, englobando áreas temáticas desde o nascer (conquistas da genética, reprodução assistida, abortos), ao viver (práticas relacionadas com a sustentação da vida, com os transplantes de órgãos, investigação com seres humanos), indo inclusive ao morrer (paciente terminal, distanásia, eutanásia, dentre outros assuntos).

Características da Bioética como ciência

A ciência da Bioética tem as seguintes características: a) Diálogo multidisciplinar (intervenção de pessoas sem conhecimento científico em um processo de tomada de decisão); b) Tolerância perante a diversidade; c) Contribuição para a reflexão ética face aos dilemas emergentes na atualidade, bem como análise processual dos conflitos que possibilitam a solução das diferenças, não buscando respostas definitivas e absolutas, mas propondo, discutindo e analisando cada situação concreta, com base no seu contexto histórico-social, o qual não está pronto e acabado. Para tanto, faz-se mister ter em vista que os conflitos podem possibilitar a solução das diferenças.

Fundamentos da ética como a Liberdade e o compromisso com responsabilidade individual e coletiva, devem propulsionar os profissionais de saúde e cidadãos, em geral, na perspectiva do cuidado de si e do outro com respeito pela vida dos seres viventes no planeta. Assim, a autonomia considera a capacidade de decidir sobre a própria vida e seu bem estar, pressupondo a existência de duas condições: a liberdade e a competência. Ademais, a beneficência é a possibilidade de eleger a conduta que leve ao máximo bem e quando isso não é possível que cause o menor mal. A não maleficência consiste em não causar danos. A justiça visa garantir a distribuição justa, equitativa e universal dos serviços de saúde.

A autonomia consiste, portanto, na capacidade do indivíduo de decidir sobre o que afeta o pode

afetar sua integridade, seu bem-estar, sua vida, nas diversas dimensões, de acordo com valores, crenças e expectativas, livre de coação e manipulação, mediante alternativas existentes e depois de esclarecimentos necessários. Assim, as condições para exercer a autonomia pressupõem liberdade, que é ser livre de influências para possibilitar a voluntariedade; a competência, que é ser capaz de entender y avaliar a informação recebida e o esclarecimento, que pressupõe informações necessárias para poder tomar decisões. No que tange à pesquisa, em especial, o esclarecimento, ou melhor, o Consentimento Livre e Esclarecido consiste na

“Anuência do sujeito da pesquisa e/ou de seu representante legal, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação, após explicação completa e pormenorizada sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previsto, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, formulada em um termo de consentimento, autorizando sua participação voluntária na pesquisa” (Resolução 196/96).

Ademais, a autonomia está intrinsecamente relacionada com a capacidade do sujeito, considerando-se o fato de que somente é plenamente responsável pelos próprios atos o sujeito capaz. Quanto mais complexo for o procedimento, mais complexa a orientação que o profissional. Vulnerabilidade do paciente (fragilidade, fadiga, medo, dificuldade de compreensão) também deve ser considerada pelos profissionais de saúde em todas as interações propostas com o mesmo. A vulnerabilidade “refere-se a estado de pessoas ou grupos, que por quaisquer razões ou motivos, tenham a capacidade de autodeterminação reduzida, sobretudo no que se refere ao consentimento livre e esclarecido” (Resolução 196/96).

No processo de trabalho do enfermeiro, o processo gerencial e do cuidado, o enfermeiro e sua equipe deve tomar em conta os seguintes aspectos:

- a) A informação clara é imprescindível para a tomada de decisão autônoma;
- b) Quanto mais informações forem disponibilizadas aos sujeitos, melhores condições os mesmos terão para decidir autonomamente;
- c) As informações devem ser detalhadas e o acordo com a condição de entendimento da pessoa.

No tocante às pesquisas envolvendo seres humanos, estas devem atender às exigências éticas e científicas fundamentais, pautadas nos princípios da eticidade, implicando, portanto, no consentimento dos indivíduos-alvo e a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes (autonomia dos sujeitos / sujeitos capazes juridicamente). Nesse sentido, o pesquisador deverá sempre tratar os sujeitos em sua dignidade, respeitando-os em sua autonomia e defendendo-os em casos de vulnerabilidade. Nessa mesma direção, requer-se um juízo de ponderação por parte do pesquisador responsável e dos órgãos de avaliação ética do projeto de pesquisa no tocante a riscos e benefícios, comprometendo-se o sujeito proponente da pesquisa com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos (princípio da beneficência). Ademais, a garantia de que danos previsíveis serão evitados (princípio da não maleficência) e que deverá haver relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária (princípio da justiça / equidade).

Devemos considerar que obstáculos reais podem estar presentes todo o tempo nas interações profissionais e pacientes. Tais obstáculos se revelam no âmbito das relações interpessoais e na comunicação, mormente em havendo uma relação assimétrica entre o profissional de saúde e o usuário do serviço, em que o primeiro detém o poder do conhecimento e, desse modo, se coloca autoritariamente, impondo o que julga melhor para o outro obedecer suas prescrições. Assim, as dificuldades de comunicação devido ao abismo entre o que detém o saber específico (do lado do profissional) e o usuário, revela, muitas vezes, a vulnerabilidade socioeconômica e cultural desse último.

A necessidade de articular um marco jurídico que venha ser um *locus* comum, de encontro, que propicie um processo crítico-reflexivo, mas também de transformação, acerca dos princípios éticos, que sejam expressão das exigências mínimas de todo ser humano, provém da complexidade dos problemas suscitados no campo das ciências da vida, com grande pluralismo, e de onde não existe um parecer unânime em questões tão complexas e

importantes, e que demandam uma constante discussão acerca dos significados da vida humana, quando esta começa ou termina, o que se entende por dignidade da vida humana, o que é viver e morrer com dignidade, etc.

O direito do paciente e dos familiares à informação quanto ao uso de novas tecnologias no cuidado requer um repensar sobre as possibilidades e limitações dessas tecnologias, mas sobretudo as relações interpessoais que se constituem nas bases tecnológicas importantes, no sentido de que se propiciem benefícios aos usuários dos serviços e ações de saúde, valorizando e respeitando os direitos destes em participarem, ativamente, no processo de tomada de decisão acerca dos cuidados, das terapêuticas e das ações de saúde propostas.

Juridicamente, não basta que os profissionais de saúde informem com clareza e honestidade aos pacientes, familiares ou responsáveis legais sobre custos, riscos e possibilidades de benefícios, mas sobretudo, esses profissionais utilizem uma linguagem compreensível para os usuários de quem cuidam, respeitando a autonomia da vontade decisória dos mesmos.

Discutindo a finitude

Nunca se discutiu, em topa a História, tanto como hoje, a respeito das possibilidades de intervenção sobre a vida, suscitando, por conseguinte, muitos questionamentos de ordem moral ou jurídica. Até quando vai a vida humana? Até quando postergar a vida humana, mesmo contrariando a vontade da pessoa? O que o Direito de cada nação tem a dizer sobre os direitos de morrer com dignidade, ou seja, livre de tecnologias sofisticadas que não salvam, mas prorrogam dias, semanas ou meses a vida?

Nesse bojo das discussões sobre a finitude da vida humana, a Bioética propicia a interdisciplinaridade, o pluralismo, mas na busca de uma certa harmonização de pensamentos e princípios, propiciando uma análise mais complexa da teia das relações sociais, envolvendo a tomada de decisão envolvendo pessoas, pacientes, famílias, profissionais de saúde, juristas e filósofos.

O princípio da dignidade da pessoa humana é um instrumento abalizador dos demais princípios da Bioética e do direito. Por ser um princípio que submete os demais, pressupõe a autonomia da pes-



soa e a autodeterminação em relação ao Estado e às demais pessoas. Em síntese, a dignidade constitui um valor espiritual e moral inerente à pessoa humana que se manifesta na autodeterminação consciente e responsável da vida. A dignidade não pode ser afetada seja qual for a situação em que a pessoa se encontra, e constitui o núcleo de onde irradia o mínimo de qualidade de vida.

Pessini, Barchifontaine (2005) consideram que a morte digna e considera que as novas tecnologia de manutenção de vida artificial agridem o senso comum, pois elas exigem um corpo do enfermo infinitamente disponível, conectado a tubos e y fios, e pronto para intervenções, o que representaria, nos dizeres desse autor como uma verdadeira expropriação do corpo que não mais pertence ao próprio dono. Assim, a morte digna e próxima dos parentes, amigos e familiares, enquanto uma experiência da humanidade, foi desaparecendo ao longo dos tempos, tendo em vista o advento de novas tecnologias na área da saúde. Sendo assim, os enfermos atuais, na opinião desse autor, morrem mais sozinhos e mais lentamente, sedados para suportar a agressão de tubos e agulhas, sendo negligenciado o direito do sujeito de optar por seguir um tratamento ou não.

Assumir e aceitar a finitude da vida e o enigma do fim, na primeira pessoa, ou seja, eu morro, estou morrendo, vou morrer, talvez seja uma atitude ainda pouco explorada na nossa cultura, porque morrer é sinônimo, muitas vezes, do feio, do triste ou do fracasso. Morrer, ao contrário, talvez deves-

se ser parte integrante do viver, pois as células começam a envelhecer logo que nascemos. Com isso, temos que nos preparar para esse fato inexorável e procurar viver da melhor forma.

Um pouco do ser enfermeiro ante os dilemas éticos

No processo de formação acadêmica, o enfermeiro tem contato com disciplinas da área básica, incluindo as biológicas e humanas, tendo em vista que esses conhecimentos serão necessários para subsidiar a formação na enfermagem, nas áreas de enfermagem fundamental, médica, cirúrgica, pediátrica, ginecológica, obstétrica, saúde mental e administração aplicada à enfermagem. Essa formação fragmentada é compartilhada pela própria visão do conhecimento (“divisão do conhecimento”). Nisso, pode-se dizer que nossa formação em enfermagem vem sendo pautada no modelo das ciências naturais positivistas, enfocando a condição biológica do ser humano e os procedimentos técnicos voltados em direção à prática da enfermagem. Este modelo tem perdurado há décadas na formação profissional do enfermeiro, a qual tem sido dirigida, portanto, na direção das patologias, terapêuticas e técnicas de enfermagem, distanciando-se da dimensão do sendo com o outro, e aproximando o fazer do enfermeiro na dimensão técnica, na aquisição de conhecimentos orientados pelas ciências biológicas em detrimento das ciências humanas.

Com isso, no transcurso da nossa experiência profissional, percebemos que a enfermagem também abarca outras perspectivas, sendo uma delas a de estar sendo com o outro, ou seja, compreender a pessoa em sua situação de estar enfermo, valorizando como a pessoa percebe e atribui significados à sua enfermidade. Assim, ao pensar a enfermagem à luz da fenomenologia, o enfermeiro pode voltar-se em um movimento de questionar-se acerca dos sentidos, das condutas, buscando interpretar o mundo da vida cotidiana e do cuidado, desde a ótica do auto-cuidado ao cuidado do outro, dado pelo nosso modo de ser mesmo e o modo e o modo de ser das pessoas que se encontram enfermas e que são cuidadas por profissionais da enfermagem.

No Brasil, na década de 1970, surgiu uma abordagem de investigação cuja característica a diferenciava dos estudos realizados até então.

Trata-se de uma investigação que se aproxima à metodologia qualitativa que, em sua natureza holística, descritiva e baseada em significações, enfatizava a importância de conhecer, entender e interpretar as significações e eventos, sem considerar o tempo em que ocorrem, seja no passado ou no presente. Sua prática favorece a profundidade do significado das crenças e valores vivenciados pelas pessoas em seu existir.

Alguns estudos têm revelado que o modo de cuidar na Enfermagem pode apresentar-se de diferente maneira aos olhos de quem cuida, do Profissional de saúde e de quem recebe o cuidado, o cliente / paciente (Merighi, 2000). Assim, conceitos como saúde, enfermidade, cuidado, cura, tratamento formam parte de uma inteligência ou de uma razão que procede abstratamente em relação às condições existenciais, que podem ser repensadas fenomenologicamente. Enfermidade e cuidado, em seus diversos aspectos podem ser re-significados pelo prisma da fenomenologia existencial e ser compreendidos fenomenologicamente na perspectiva de quem vivencia estes fenômenos.

A enfermidade tal como é vivida pelas pessoas apresenta dois aspectos: um de natureza estrutural formal que permite entendê-la tal como é ela, em ela mesma, em qualquer espaço e tempo; o outro, de natureza material ou de conteúdo, que expressa a situação existencial concreta do ser enfermo. Esta condição existencial aparece em sua corporeidade e também por meio da linguagem, de sua vida sócio-econômica e cultural e que se encontra vinculada à historicidade própria no modo de ser de cada pessoa que se encontra enferma.

No processo de interação constante com o paciente, o profissional deve priorizar suas ações e deve procurar respeitar os valores e crenças do outro, comprometendo-se com o bem estar e a segurança de quem recebe o cuidado (Oguisso, Schmidt, Freitas, 2007). Com isso, eles podem estabelecer uma relação mais autêntica, sendo com o outro, buscando novos significados a partir do que é vivenciado pela pessoa que se encontra enferma. Dado que a enferma envolve “gente que cuida de gente”, e ressalta a subjetividade nas relações humanas, se aproxima à fenomenologia existencial representada por Martin Heidegger. Este pensador enfatiza o cuidado como uma condição existencial ou um modo de ser no mundo.

O sentido do cuidar conduz à manifestação do Ser e o modo de cuidar de si e do outro, pois o cuidar de uma pessoa deve propiciar condições para que ela possa manifestar-se como Ser. Pois sendo o ser humano um ser no mundo, vive indissociavelmente sua existência do cotidiano, mediante os níveis de experiências que abarcam a consciência, o modo de viver no mundo e o próprio estado de cuidado do Ser.

À guisa de considerações finais

É certo que o poder de decisão do profissional deve ser fundamentado também no princípio da justiça, ponderando a responsabilidade deste. Ao gerenciar recursos para garantir a qualidade assistencial do cuidado, é esperado que o profissional deva participar, efetivamente, das decisões que envolvem a assistência, levando-se em conta os riscos, benefícios, custos e o acesso da clientela aos bens e serviços oferecidos. Nesse sentido, os princípios devem ajudar a discernir as possibilidades frente às situações de dilemas éticos concretos. Tais princípios não descartam a possibilidade de que apareçam discordâncias quanto ao objeto de sua aplicação. No caso de conflito, a situação concreta e suas circunstâncias específicas indicarão a prevalência dessa ou daquela decisão.

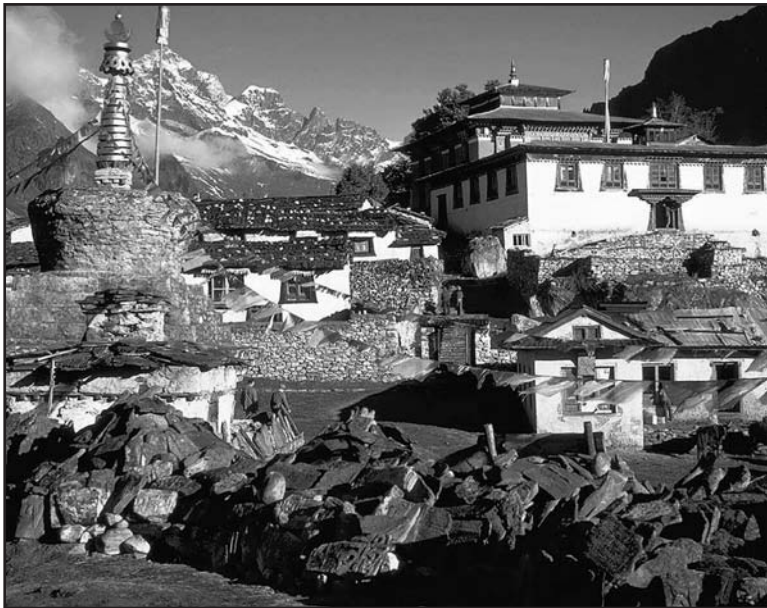
Não bastam que existam leis que assegurem esses direitos dos pacientes/clientes. É imprescindível que os pacientes tenham clareza desses direitos e requeiram o seu cumprimento em relação às instituições de saúde e aos profissionais que nelas atuam. Por outro lado, é preciso que os profissionais estejam se capacitando, técnica e humanamente, para adimplir esse dever ético e também legal de atender as necessidades individuais e sociais de forma justa, equânime, com isenção de danos ou pelo menos com minimização dos danos, mormente aqueles danos que podem ser prevenidos e, portanto, evitáveis.

Acreditamos que tanto os enfermeiros gerentes quanto os responsáveis pelos serviços de educação continuada, existentes nas instituições de saúde, quanto os próprios profissionais de enfermagem devam se sentir co-responsáveis pela busca e adoção de medidas de prevenção de danos aos pacientes/clientes e pela busca da humanização do processo de cuidar, por meio de um processo educativo contínuo.

Sendo assim, a análise dos direitos do paciente/cliente ao cuidado humanizado e seguro contribui para que os profissionais de enfermagem participem, efetivamente, do processo gerencial e nas tomadas de decisões éticas nas instituições de saúde onde atuam, propiciando melhores condições de trabalho à equipe de enfermagem e à equipe multidisciplinar, redundando em maior benefício da clientela assistida.

REFERÊNCIAS

- Brasil. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996. Conselho Nacional De Saúde. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. In: Oguisso T, Schmidt MJ (Orgs). O exercício da enfermagem: uma abordagem ético-legal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007).
- Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. LEI ORGÂNICA DA SAÚDE. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível online: <<http://WWW010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1990/8080.htm>> consulta em 15 set 2008.
- Merighi MAB. (2000) Enfermeiras obstétricas egressas da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: caracterização e trajetória profissional. [livre docência] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP.
- Oguisso T, Schmidt MJ, Freitas GF. (2007) Ética e a Bioética na Enfermagem. In. Oguisso T, Schmidt MJ (org). O exercício da enfermagem: uma abordagem ético-legal. Rio de Janeiro (Brasil): Guanabara Koogan.
- Pessini L. Barchifontaine CP. (2005) Problemas atuais de Bioética. São Paulo: Loyola.
- Reich WT. (1978) Encyclopedia of Bioethics. New York: Macmillan.



VISIÓN DE LA ENFERMERÍA EN RUANDA RELATO DE UNA EXPERIENCIA DE DOCENTE

Isabel Casabona Martínez*, Manuel Lillo Crespo*, M^a Dolores Mora Antón**,
Sara Cort Casabona***

Enfermera/o. Doctora/o en Antropología Prof. Asociada Universidad Alicante. Gestora/o Clínica Vistahermosa, **Enfermera. Master Enfermería. Directora de Enfermería. Clínica Vistahermosa *Fotógrafa*



A VIEW ON NURSING IN RWANDA. STORY OF A TEACHING EXPERIENCE

SUMMARY

The present article aims to give expression to a personal experience that I had as a teaching nurse collaborating in a co-operation for development project, giving specialised training to a group of nurses in Nemba hospital, in Rwanda.

Key words: Nursing, training, co-operation, development, anthropology, Rwanda.

VISÃO DA ENFERMAGEM EM RUANDA: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA DOCENTE

RESUMO

O seguinte artigo pretende expor uma experiência pessoal que, como enfermeira docente, desenvolvi, colaborando em um projeto de cooperação para o desenvolvimento, compartilhando formação especializada com um grupo de enfermeiros no hospital de Nemba, em Ruanda.

Palavras-chave: Enfermagem, formação, cooperação, desenvolvimento, antropologia, Ruanda.

RESUMEN

El siguiente artículo pretende exponer una experiencia personal que, como enfermera docente, desarrollé colaborando en un proyecto de cooperación para el desarrollo impartiendo formación especializada a un grupo de enfermeros en el hospital de Nemba, en Ruanda.

Palabras clave: Enfermería, formación, cooperación, desarrollo, antropología, Ruanda.

El objetivo de este proyecto era impartir formación especializada para enfermeros, profesionales sanitarios Ruandeses, del Hospital de Nemba.

Se organizó desde la oficina de cooperación de la Universidad Miguel Hernández de Elche, con la colaboración del ministerio de asuntos exteriores de España y también de la Clínica Vistahermosa de Alicante, donde realizo mi trabajo como gestora de Enfermería, en concreto de cuidados críticos y urgencias-emergencias.

Se trataba de mi tercera experiencia en cooperación para el desarrollo en materia de formación para enfermeros de países en vías de desarrollo.

Mi primera experiencia fue en el año 1999, en la Universidad particular de Chiclayo, Perú (Salazar y Casabona, 1999), integrado en un convenio de colaboración docente (0,7) entre la Escuela de Enfermería de la Universidad de Alicante y Escuela de Enfermería y Osbtetrices la Universidad Particular de Chiclayo (Casabona 2001).

La segunda experiencia, durante el curso 2001-2002, fue un proyecto de colaboración entre la Asociación DAJLA de Ayuda al pueblo Saharaui, de San Vicente del Raspeig y la Escuela de Enfermería de la Universidad de Alicante. Un grupo de Profesores de Enfermería acudimos a los campamentos de refugiados en el desierto del Sahara en Argelia con destino a la escuela de enfermería "M.S.P-Ahmed Abdel-Fatah" de la República Árabe Democrática Saharaui (Casabona 2003).

El proyecto que nos ocupa, se gesto a lo largo del año 2006 llevándose a cabo en el mes de septiembre de ese mismo año.

Se preparó a conciencia, las maletas llenas de apuntes, documentación... mucha ilusión y con las expectativas puestas en poder colaborar en la formación para el desarrollo de unos compañeros africanos, de un país que hacia unos años había salido de una guerra fratricida y cruel y en el que, y como posteriormente comprobaríamos, las heridas no estaban del todo cicatrizadas.

La República de Ruanda, situada en África Central. Limita con Uganda, Burundi, la República Democrática del Congo y Tanzania.



Es un pequeño país ubicado en la región de los Grandes Lagos de África; conocido como las "nieblas de

África", también por su fauna salvaje, principalmente por sus gorilas de montaña y por los parques naturales que ofrece su paisaje montañoso.

Su terreno fértil y montañoso le da el título de "Tierra de mil colinas"



Formación de Enfermería

Con relación al tema sanitario, uno de los principales problemas en el momento actual es la formación de los profesionales de la salud, tanto de médicos como de enfermeros y en concreto con enfermería la cualificación de este personal.

En Ruanda hay dos niveles de cualificación los niveles de enfermería A2 y el nivel A1, el más elevado.

En un tiempo existieron tres niveles, A3, A2 y A1, los A1 eran llamados entonces asistentes médicos, porque de hecho realizaban muchas labores que en otros países son asignadas a los médicos.

En la actualidad el ministerio de salud, que es responsable de toda la formación sanitaria, ha decidido acabar con la doble cualificación y dentro de su planificación los A2 han dejado de formarse, dado que un futuro solo habrá personal de nivel A1.

Las escuelas de A2, que pertenecían al ministerio de enseñanza, llamado ministerio de la enseñanza primaria y secundaria, han dejado de existir.

El problema que se plantea Rwanda, es que en el momento actual hay más de cinco mil A2, que son la base de toda la asistencia sanitaria en centros de salud y hospitales.

Los A2 actuales si bien tienen una mala formación teórica, dado que se formaron en escuelas de primaria y secundaria después de la guerra del 94, cuando había una necesidad apremiante de formarlos, son por otro lado los que tienen una buena experiencia clínica.

Se hace necesario por tanto reciclar a este gran colectivo para hacerles alcanzar el nivel de cualificación deseado y tener en unos años un cuerpo de A1, que mejore de forma sustancial la asistencia sanitaria tanto en los centros de salud como en los hospitales.

La dificultad de la formación no es la única, hay que tener en cuenta después que mantener a personal cualificado en estos centros, con los niveles de salarios actuales se hace igualmente difícil y a igual que en el caso del personal médico, la mejora de sus condiciones de vida y de su nivel salarial, es fundamental para la persistencia del sistema.

En muchas ocasiones se han definido aquellas acciones que son realmente útiles en el mundo de la cooperación al desarrollo.

Formar es una de las acciones más básicas en la situación actual, y todo esfuerzo que se haga en este campo será bien aprovechado por el sistema.

Hay que formar en el terreno, la mayor parte de las veces, solo en algunas ocasiones y en temas muy especializados, la formación exigirá hacerse fuera del país.

Proyecto de cooperación para el desarrollo, formación de enfermería en el Hospital de Nemba

Ruanda se dividió hace muy poco tiempo, enero del 2006, en cuatro provincias, la del norte, la del sur, la del este, la del oeste y la capital Kigali en el centro mismo del país.

Es en la provincia del norte donde se encuentra el hospital de Nemba.

El hospital de Nemba, que, va camino de transformarse en uno de los centros de formación especializada más importante del país, es donde se impartió este curso dentro del proyecto de cooperación para el desarrollo, septiembre 2006:

FORMATION SPECIFIQUE DE PROFESSIONNELLES RUANDAISES DU SECTEUR SANITAIRE

CONDUITE À TENIR D'UN (E) INFIRMIER (E) en UNITES DE CAS CRITIQUES
Actualisation des connaissances théoriques et acquisitions des pratiques cliniques.

HORAIRES: 40 Heures au total

LIEU: Unité de formation de l'Hôpital de NEMBA

PUBLIC. Infirmière (es) motivé (es) pour apprendre et travailler avec des Patients considérés comme cas critiques.

DOCUMENTATION: Supports théoriques de tous les thèmes étudiés

Para este curso de formación, se seleccionaron 16 enfermeros según el puesto de trabajo -cuatro enfermeros de UCI, seis de anestesia, cinco de maternidad y el jefe de Enfermería- y como incentivo profesional, considerando buen comportamiento, regularidad todos ellos eran ruandeses excepto una religiosa española, enfermera y matrona, que a su vez es la responsable de la maternidad.

Se realizó un manual sobre los temas del curso, en Francés, que se entregó a cada alumno así como al centro sanitario para la biblioteca que se está creando. Se prepararon videos de apoyo docente como el relativo a las maniobras de Heimlich, intubación oro y naso-traqueal difícil. Unos meses antes, se compró desde España, material para el taller de soporte vital tanto en adultos como en pediatría y fue enviado y entregado en el aeropuerto de Kigali en el tiempo pactado.

Respecto al desarrollo de las clases, hay que destacar que son alumnos muy respetuosos, para aclarar dudas o cuando tenían alguna pregunta: disculpe profesora

¡Question!...

Con relación al temario docente que llevábamos preparado desde España, tanto en teoría como en práctica, se realizaron cambios sobre la marcha, sobretodo porque en determinadas cuestiones como por ejemplo, la higiene, no estaban de acuerdo en la ejecución de ciertas actividades y me preguntaban ¿una higiene, lavar? Eso no es de profesionales, ya que lo puede hacer cualquiera! Nosotros nos tenemos que dedicar a las técnicas (vías, intubación...hay que comentar que realizan ciertas funciones por falta de médicos) las técnicas solo las puedes hacer tú y eso te da poder y prestigio social... se cerró la polémica con una negociación al respecto ¿Qué podíamos hacer en ese momento? ¿Cómo podíamos cambiar esa actitud cerrada, justificada y respaldada por años de trabajo, para poder encaminarlos a lo que entendemos que son las funciones de enfermería? ¡Qué hacer! Se negoció que se realizaría una parte teórica y también práctica sobre como hacer correctamente una higiene, cuidados de la piel, cambios posturales... pero para "saber mandar hacerlas" y así poder controlar que se realice de manera correcta.



Cuando se comenzó el bloque teórico-práctico sobre técnicas y cuidados más específicos y especializados el curso dio un giro de mucho interés e implicación por parte de los alumnos.

Se realizaron prácticas de cuidado integral del paciente encamado, introducción, manejo y mantenimiento de vías venosas, administración de medicación, protocolo de administración de sangre y derivados. Maniobras de soporte vital básico y avanzado en adultos y niños.

El último día del curso se realizó una prueba o examen para valoración de los conocimientos adquiridos, aprobando todos los estudiantes.

Posteriormente tuvo lugar la ceremonia de clausura de curso con entrega de diplomas a docentes y alumnos, y una pequeña fiesta de fin de curso.



Comentar que a la clausura acudieron las principales autoridades civiles y religiosas de la zona. Se adecuó el aula para dicho evento, con mantel tejido a mano y flores artificiales, signo de prestigio social ya que se tiene que comprar.

Se hicieron emotivos discursos, por parte de las autoridades, de la organización, de los alumnos destacando la importancia de la formación como cooperación para el desarrollo ya que es la formación de los profesionales lo que ayuda a crecer al país y el beneficio es directamente para el ciudadano, para la sociedad rwandesa en su conjunto.

Se valoró la necesidad de que estos proyectos de colaboración para el desarrollo no sean un hecho puntual sino el principio de una extensa colaboración entre grupos de profesionales hermanos.

Por mi parte, recibí un presente dedicado y firmado por todos, agradecí sinceramente la asistencia y colaboración de los alumnos, el interés mostrado. Reconocí todo lo que aprendí de ellos, es “otra mirada enfermera” y sanitaria que no se puede des-

merecer, despidiéndome con unas palabras en Kinyaruanda que me enseñó Sor carmen, la religiosa española, y que estuve practicando a conciencia.

Quiero hacer constar que tuvimos conversaciones y debates sobre lo ocurrido y empezamos a poner la semilla de lo que consideramos funciones de enfermería en toda su concepción holística y de cuidados integral de los pacientes-clientes sin distinción de tipo de cuidado, hablamos de definiciones, teorías enfermeras, calidad de cuidados, confort de los pacientes... la razón de ser enfermera es la satisfacción y el bienestar de los pacientes que atendemos y si esto lo conseguimos, conseguiremos también prestigio profesional y satisfacción laboral y personal.

A su vez, se pidió a todos los participantes en el curso que cumplimentaran unas entrevistas semiestructuradas preguntando sobre temas como el estado civil, religión, familia, relaciones entre compañeros, la profesión la familia, porque son enfermeros, satisfacción en el trabajo, consideración laboral, que entienden por salud, empleo de medicina tradicional... no se consideró oportuno, por lo reciente de la guerra civil con trasfondo étnico que asoló el país, que identificaran su etnia de procedencia, es un tema del que sencillamente, no se habla.

De los asistentes al curso, nueve eran varones y siete mujeres de los cuales cuatro estaban casados, una era religiosa, diez solteros y uno no contestó.

Lo más relevante de sus respuestas fue la importancia de la familia en todos los enfermeros como guía y base de la sociedad, del grupo, como sentimiento de pertenencia a un grupo. Respecto a la religión la mayoría se identifican como católicos “no hay que ir en contra de la Biblia, ya que es voluntad de Dios”, uno como adventista del 7^a día y otro episcopaliano, cultos que están tomando un auge importante en estas zonas de África auspiciados por creyentes de estados unidos que están realizando campañas de captación de fieles.

Con relación al tema enfermería, la idea general es que su obligación es “suplir la salud fundamental perturbada por la enfermedad para que el paciente mejore” también comentan la importancia de preservar la salud y prevenir y tratar las enfermedades.

Todos afirman que el trabajo enfermero “es duro” “hay mucho trabajo” aunque reconocen que

“depende del puesto que desempeñen”

Quisieron ser enfermeros para “ayudar al que sufre”. Consideran que tienen cierta autonomía, se complementan con el médico aunque reconocen “que al final todo depende de él”.

Hay unanimidad respecto a las condiciones económicas desfavorables, algunos no se sienten satisfechos profesionalmente especialmente por el tema económico, pero la mayoría separa los aspectos económicos de los laborales. Se sienten satisfechos profesionalmente y con “cierto” prestigio en su grupo social.

Consideran como aspecto negativo el poco tiempo que tiene para dedicarlo a su familia, de la que algunos, habitualmente viven separados. Estos enfermeros viven en las zonas cercanas al hospital, en grupo, y acuden a visitar a sus familias en los días libres. Reconocen que “tienen buena vida” por ser enfermeros, aunque inciden en que les gustaría “mas prestigio social”.

Las relaciones entre compañeros son amigables y de convivencia intensa.

Con relación a la medicina tradicional rwandesa, solo dos reconocen emplearla y comentan que “mala no es”.

La vida en el hospital de Nemba

El hospital no solo atiende a la numerosa población que vive en los alrededores, también a población dependiente de centros de salud, situados a kilómetros de distancia y que comparten con el hospital la responsabilidad sanitaria.

La financiación de los medicamentos esta a cargo de Medicus Mundi, proporcionados por la ONG alemana Acción Medeor que es de total garantía y no requiere aportación del estado.

La mayoría de la población esta cubierta sanitariamente por Mutuas de salud

Es obligado por ley que todos los ciudadanos estén inscritos en una mutua. El nivel de afiliación varia, en relación con el desarrollo o pobreza de la zona.

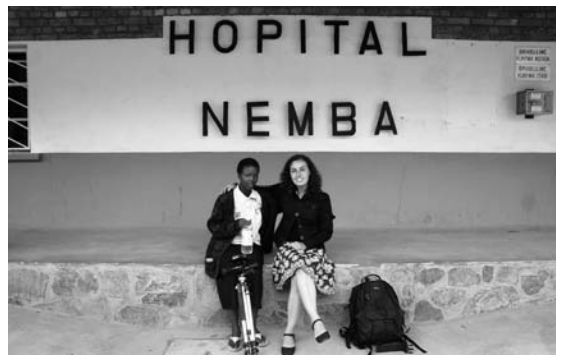
La zona del hospital de Nemba, tiene un nivel de afiliación no superior al 35 %.

El pago en estas mutuas es de unos 600 francos por persona al año, de tal modo que una familia con siete miembros, independientemente de la edad de estos, pagaría unos 4.200 francos al año, lo que equivale a unos 6, por toda la familia.

Cuando un asegurado es atendido en un centro de salud paga lo que se llama el tique moderador que, es también diferente entre los distintos centros de salud y que alcanza en ocasiones el 30 % del coste sanitario, cama y medicamentos.

Cuando este mismo asegurado es atendido en un hospital de referencia el tique moderador es del 10 %, cantidad uniformada para todo el país.

La situación de los centros de salud, aislados en las colinas, hace muy difícil acudir a los hospitales, en este caso el de Nemba. Los pacientes que necesitan ser trasladados, habitualmente, lo hacen por medios tradicionales, los ynn gobis, camillas de fibra trenzada que son llevadas por cuatro porteadores.



El hospital no asume en su totalidad las necesidades del paciente y necesidades básicas como la comida tienen que ser resueltas por la familia. Todo esto supone un gran gasto económico además de la separación de las familias, a veces por periodos muy prolongados. Al cuidado directo del paciente queda un miembro de la familia, casi siempre un niño-guardián-que ayudara al enfermo en todo lo que necesite y durante el tiempo necesario.

Vida en la colina de Nemba

El hospital actúa como elemento de sociabilidad.

La vida en la colina esta centrada en la vida alrededor del hospital, pequeñas casas donde viven sus trabajadores.

El grupo de responsables, médicos del hospital así como la comunidad religiosa vive dentro de las instalaciones del mismo, contando con las condiciones de seguridad importantes.

En los alrededores del centro sanitario hay pequeñas empresas como carpinterías, peluquerías,

costureros al aire libre, bares donde se sirve la cerveza típica realizada con bananos.

La economía es de subsistencia familiar con pequeñas parcelas de tierra donde cultivan, bananos, habichuelas, patatas..., posteriormente venden sus productos en el popular mercado de la zona, también se pueden encontrar productos de artesanía.

La religión esta muy presente en la vida de la colina ya que cerca del hospital hay una misión católica, gestionada por sacerdotes sudamericanos con acogida de niños abandonados, huérfanos o simplemente acuden para recibir formación y poder comer, son unos 350 niños, de edades diversas.

Estos niños reciben clases impartidas por religiosos y durante el recreo hacen ladrillos de barro que serán vendidos para ayuda en el mantenimiento de estas misiones de las que depende un número importante de población necesitada.

Los niños que viven en familia, son los encargados, antes de ir a la escuela, de recoger de las fuentes cercanas el agua que necesitara la familia para el día así mismo son los encargados de llevar ramas de arbustos para hacer fuego y así proporcionar la energía de casa, actualmente el gobierno ha prohibido esta costumbre, pero reconocen que es muy difícil de controlar.

CONCLUSIONES

La importancia de los proyectos de cooperación para el desarrollo radica en definir y asumir aquellas acciones que son realmente útiles en el mundo de la cooperación al desarrollo, formar es una de las acciones más relevantes, todo esfuerzo que se haga en este campo será bien aprovechado por los profesionales y los centros sanitarios, repercutirá directamente sobre los ciudadanos susceptibles de necesitar asistencia de salud, incidiendo por tanto en la sociedad y en el sistema de salud del país.



“No es darles el pescado, es enseñar a manejar la caña y como adaptar los útiles de pesca a sus características culturales y de país”

Es difícil en unas líneas, en un artículo, reflejar la experiencia vivida en un hospital africano, en el hospital de Nemba, el cariño recibido, los sentimientos acumulado. Haber conocido a esos compañeros enfermeros los acontecimientos de un viaje de estas características...

Simplemente

MURACOSE, Gracias de corazón a:

Médiatrice Uwineza, J. Dieu Dusengimana, J.Baptiste Nsengimana, J.Claude Nduwayezu, J.M Vianney Nizeyimana, Protogéne Habimana, J. Félix Tuganimana, Zawadi Nyakarengo, Phocas Ntamakuriro, Marcel Mutemberezi, Jacqueline Uwamahoro, Claudine Uwamahoro, M. Salomé Mbonimpaye, Jacqueline Nuzenyimana, James Ngaboyimanzi, Soeur Carmen Peña.

Enfermeros Hospital de Nemba. Rwanda.

“Un amigo es como una fuente de agua durante un largo viaje”

“Hay mas sabiduría escuchando que hablando”

Proverbios KIKUYU. África

AGRADECIMIENTOS

- Profesor Mariano Pérez Arroyo, Director Proyecto de cooperación.
- Oficina de cooperación de la Universidad miguel Hernández. Elche.

BIBLIOGRAFÍA

- Casabona y cols. (2001) “EXPERIENCIA DOCENTE EN PERÚ”. Cuiden Plus Investigación en Cuidados de Salud. pp. 57-61. (Ref.: 363921).
- Casabona y cols. (2003) Experiencias personales: “UNA ESCUELA DE ENFERMERIA EN EL DESIERTO: OTRA REALIDAD”. Revista Monitor de la Asociación de Enfermería en Anestesia, Reanimación y Terapia Del Dolor. ASECVAR-TD.
- Salazar, Casabona y cols. (1999) “ENCUENTROS EN LA CIUDAD DE LA AMISTAD. EXPERIENCIA DOCENTE CON ENFERMERAS Y OBSTETRICAS DE CHICLAYO”. Index de Enfermería: Año VIII. (27): 41-44. (ref.: 312631).

ME LLAMO DOMINGA. RELATO DE UNA MUJER EN FASE TERMINAL

E. Begoña García Navarro* Rosa Pérez Espina** Sonia García Navarro***

*Enfermera Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez. Universidad de Huelva

Enfermera, Hospital Vázquez Díaz Huelva. *Enfermera, Distrito Huelva-Costa
Ganadora Premio “Mejor Comunicación Oral”



CHAMO-ME DOMINGA. RELATO DE UMA MULHER EM FASE TERMINAL

RESUMO

O cuidado ao enfermo oncológico tem sido e é objeto de múltiplos estudos. O relato que se apresenta quer traduzir as necessidades que estes enfermos possuem como reais no processo de sua enfermidade, qualquer que seja seu prognóstico. O fato de ser mulher no desenvolvimento de uma enfermidade, suscitam-se conflitos de papéis na família e, sobretudo, na própria mulher, criando uma dualidade mental de culpabilidade diante de sua situação de enfermidade e em alguns casos diante do fatal desenlace; ademais, acrescentam-se a este entorno a imagem corporal, a identidade feminina, as pressões familiares e sociais em buscar aparentar que não ocorre nada, enquanto a vida se lhe escapa.

Palavras-chave: Relato biográfico, enfermo terminal, enfrentamento diante da morte.

RESUMEN

El cuidado al enfermo oncológico ha sido y es objeto de múltiples estudios, el relato que se presenta quiere plasmar las necesidades que estos enfermos plantean como reales en el proceso de su enfermedad, sea cual sea su pronóstico. El hecho de ser mujer en el desarrollo de una enfermedad suscita conflictos de roles en la familia y sobretodo en la propia mujer creando una dualidad mental de culpabilidad ante su situación de enfermedad y en algunos casos ante un fatal desenlace; además se le añade el trastorno de la imagen corporal, de la identidad femenina, de las presiones familiares y sociales, de intentar aparentar que no ocurre nada mientras la vida se escapa.

MY NAME IS DOMINGA. STORY OF A TERMINALLY-ILL WOMAN

SUMMARY

The care of the oncological patient has been and continues being subject of many studies. This story aims to give expression to the needs these patients perceive as real during the process of their illness, regardless of their prognosis. In the development of the disease, the fact of being a woman arises role conflicts within the family and above all in the woman herself, causing a mental duality of guiltiness for her situation and perhaps fatal ending; besides that is the body image and female identity disorder, social and family pressure, and trying to keep up the appearances as if nothing was happening whilst life slips away.

Key words: Biographical story, terminally-ill, coping with death.

Palabras Clave: Relato biográfico, enfermo terminal, afrontamiento ante la muerte.

INTRODUCCIÓN

Vivimos en una sociedad en la que el culto al cuerpo y la evasión del dolor son predominantes en nuestras vidas, nos alejamos de todo aquello que nos provoque dolor e intentamos solucionar con sustancias químicas todo lo que se nos escapa de lo racional o placentero. Es por ello, que en nuestra cultura no nos preparamos para afrontar la muerte como tramo final de nuestra existencia. Al no estar preparado para ello, las reacciones presentan sensaciones negativas, de gran dolor y sentimientos de culpa y negación por no haber sabido acompañar al moribundo en el tramo final de su vida.

Cuidando a enfermos terminales aprendemos a descubrirlos, a superar nuestros prejuicios y temores, a escucharlos y no oírlos, a darles la información que solicitan sin mentirles, y a estrecharles la mano hasta el final. Pensamos que conocer la percepción de los pacientes terminales respecto a sus miedos, sus sentimientos y sus sensaciones nos ayudarán tanto a los profesionales de la salud como a los cuidadores de pacientes terminales y a todos en general a sentir la muerte como parte final de la existencia y así poder afrontarla de manera más madura disfrutando también de este último paseo. Por este motivo decidimos realizar un estudio que nos permitirá plantear estrategias futuras para cuidar mejor a nuestros pacientes terminales y a sus familiares, influyendo esto en la disminución del gasto hospitalario gracias al confort físico, mental y emocional de los pacientes y familiares en sus domicilios. De la misma manera también se beneficiarán de este estudio aquellos profesionales, pacientes y familiares que se enfrentan a la muerte en los hospitales.

Dado que este estudio pretende obtener un conocimiento a través de las percepciones de los enfermos terminales, oncológicos o no, es necesario utilizar una metodología cualitativa, que nos aporte una amplia información sobre el sufrimiento espiritual y las estrategias generadas por éstos para afrontar la situación en la que se encuentran.

El relato que se presenta a continuación está enmarcado dentro de esta investigación, la experiencia de estar cercana a la muerte, provoca un gran revuelo personal que es totalmente personal e

individualizado, cada persona utiliza unas estrategias para afrontar esta difícil situación, al igual que sus familiares, cada uno de los afrontamientos son distintos. El caso que se describe a continuación es relevante no sólo por las características de la informante, sino por el espíritu de lucha que mantuvo hasta el final de sus días. Con su generosidad en su discurso cautivó al equipo investigador, nos invitó a permanecer con ella, a seguir su caso hasta el desenlace final; quería que su experiencia sirviera para que otras personas que pasaran por su misma situación tuvieran un referente y se sintiesen acompañadas. El poderla conocer y realizar con ella su último viaje nos ha enriquecido de forma profesional y sobretodo personal. Durante nuestras entrevistas, conseguimos introducirnos en el pensamiento de una mujer con cáncer terminal, llegando a saber cómo se siente ella, cómo ve ella el sufrimiento de su familia, cómo valora los servicios sanitarios y cómo de importante es su propio afrontamiento y el de su familia para su calidad de vida en sus últimos días.

BIBLIOGRAFÍA

- Bayes R. (2004) Morir en paz evaluación de los factores implicados. *Med Clin*; 122(14):539-41
(Se hace una reflexión sobre la necesidad de una investigación metodológicamente seria del proceso de morir, con un profundo respeto por el ser doliente del que pretendemos extraer conocimiento sobre los factores que le facilitan o dificultan tener una muerte en paz y al que, simultáneamente, por encima de la obtención de datos, debemos ayudar con las mejores armas de que dispongamos en cada momento).
- Palomar, C., Merino, D. (2003) El duelo de los cuidadores principales de pacientes oncológicos atendidos en domicilio. *Metas de enfermería*, ISSN 1138-7262, N.º. 57: 61-64.
(Estudio que valora la superación del duelo de los cuidadores principales de pacientes oncológicos atendidos en domicilio, mediante entrevista en profundidad, observándose que la mayoría de los entrevistados sufren duelo no resuelto o duelo disfuncional, haciéndonos reflexionar sobre la importancia de la formación sobre intervenciones en duelo, para ofrecer cuidados enfermeros de calidad).

RELATO BIOGRÁFICO

EL Matriarcado. MI MADRE Y YO

Me llamo Dominga, tengo 42 años, estoy casada y tengo 3 hijos, de 21, 19 y 6 años y una sobrina de 15 años que vive con nosotros. Vivimos aquí en La Peña, al ladito de la Virgen. Mi madre vive también con nosotros, no sé qué haría sin ella. Se quedó viuda muy joven y, desde entonces, las dos nos hicimos cargo de mis hermanos. Todos hemos

trabajado mucho, y ella más que nadie. Mi madre ha sufrido mucho en la vida, pero es una mujer muy fuerte, y una santa. En mi familia somos como una piña: mis hermanos, mi madre y yo con mi marido y mis hijos. *“Soy un gran pilar en mi familia, yo soy el núcleo para apoyar y tomar decisiones”*.

Soy muy joven y ya hace dos años que lucho contra mi cáncer. He sido siempre una mujer muy activa, luchadora y muy optimista, muy positiva: he tirado siempre del carro... en el pueblo todos me conocen porque me he llevado trabajando toda mi vida, desde que era muy pequeña.

EL CÁNCER, UNO MÁS EN MI FAMILIA

Lo hemos pasado muy mal en la familia. Mi padre murió joven, con 52 años. Creo que al final lo que tenía era un cáncer en el estómago o el esófago, por lo delgado y débil que se quedó en los últimos meses. Él pensaba que tenía cura; fuimos a muchos médicos, se puso varios tratamientos, pero al final yo creo que él se imaginaba que lo que tenía era malo. Antes de morir fue mayordomo de nuestra romería, con mucha fe y orgullo; lo tenía de promesa. Su muerte fue un duro golpe para todos pero sobre todo para mi madre, que se quedó sola muy joven y con muchas bocas que alimentar. Hemos trabajado en todo. Y, hace unos años, sufrimos otra pena muy grande, la muerte de uno de mis hermanos con sólo 47 años, enfermo del pulmón. Mi madre se moría de la pena. Y ahora yo... ella sabe que me voy a morir joven, y, aunque no me lo dice, lo veo en la tristeza de sus ojos cansados y en los suspiros que continuamente le salen... pobrecita. Está continuamente preguntándome cómo me encuentro, animándome a que coma más. ¡Es muy pesada! Pero muy buena...la mejor madre del mundo.

48 HORAS DE CONSPIRACIÓN DE SILENCIO

Supe que tenía cáncer porque me entró un dolor muy fuerte de ovarios que no era fácil de calmar y me vieron en ginecología. Vieron algo que no les gustó y me mandaron a otros especialistas y más pruebas. Me hicieron un TAC y un viernes me mandaron para casa para que volviera el lunes. A mí me resultaba un poco raro pero pensé que me tendrían que hacer más pruebas; en ningún

momento quería pensar mal.”Me hicieron pruebas, eco, radiografías. Pero nadie habló conmigo, me fui a casa, era un fin de semana, me dijo que volviese el lunes, estábamos de reunión familiar, me acuerdo que había mucha comida, pero pasaba algo, la gente no estaba normal, mi marido estaba muy serio, mis cuñadas me mimaban mucho, yo ya me olía lo peor. Así que el lunes rompo tanto silencio, pregunto al oncólogo todo lo que estaba pasando, le dije que hablase claro, más pruebas, más pruebas y un largo peregrinaje de pruebas hasta que me dijeron lo que yo me temía, tengo cáncer y no tengo posibilidades de que me lo quiten”.

EL DIAGNÓSTICO, MI SENTENCIA DE MUERTE

Cuando el oncólogo me dijo que tenía un cáncer en el estómago y que lo que tenía en los ovarios eran metástasis *“Se me vino el mundo abajo, soy joven; primero pensé en el dolor de mi madre, viuda muy joven y con la pérdida de mi hermano... todavía no hace ni tres años”*. Pensé que mi madre no lo iba a soportar, eran demasiadas muertes para ella, con lo unidas que estamos las dos.

“Lo primero que hice fue pensar en mis hijos, luego en mi marido y luego en mis hermanos-llora- esto no me puede pasar a mí”

“Me acuerdo de los potos que están en el pasillo del hospital, tengo esa imagen en mi cabeza, no podía creer lo que me estaba pasando, no parecía que fuera conmigo, y ahora qué?- le dije a Jose, mi marido”. Ha sido uno de los días más dolorosos de mi vida, me hice todas las preguntas que no tienen respuestas: ¿Por qué a mí?, ¿No teníamos bastante con mi hermano y mi padre?, ¿Acaso yo me lo merecía?, ¿Cómo iban a tirar mi marido y mis hijos sin mí?... no era justo, la vida me pareció injusta, sin sentido. No paraba de fumar en aquel pasillo, llorando sola con Jose, pensando cómo iba a decírselo a mis hijos, a mi madre, a mis hermanos. Jose no sabía que decirme, solo me abrazaba. Se me vino todo el hospital encima, todo era feo, oscuro y muy frío.

LA FE, MI GRAN ALIADA

No pudieron operarme, me pusieron quimio y lo soporté. Estuve un tiempo muy repuesta. Yo era la que animaba a todo el mundo, he sido siempre el alma de las fiestas. Me hice Ermitaña de la Virgen

de la Peña por promesa. Tengo mucha fe en la Virgen. Aquí se está divinamente, es lo más cerca que se puede estar de Ella y del cielo. Yo me encargo de cuidar la Ermita, de recibir a los fieles que vienen a visitarla, aquí puedes comprar recuerdos de Ella y tomarte un café en el bar; también tenemos comidas. También hay unas cuantas casas que se alquilan y nos llevamos un porcentaje del alquiler. Con lo que gano aquí ayudo en la economía de mi familia. Estoy orgullosa de mi hijo pueda afeitarse con maquinillas de las buenas.

“Tengo esperanzas de reponerme con la transición, para hacer mi romería, aunque estoy cansada, agotada, a veces me faltan fuerzas”. Queda unos meses para la romería pero creo que voy a poder estar en ella y cumplir con mi papel. Soy muy fuerte, a pesar de que estoy viviendo más de lo que se esperaba de mi cáncer. No pienso en mi muerte, quiero pensar que me queda mucho por delante, para seguir viendo a mis hijos, a mi marido, a mi madre y a mis hermanos, y a mis amigas, y a todos los conocidos de mi pueblo. Soy muy sociable y me conoce toda la gente.

-Dominga quería llegar a la romería para poder acompañar a la virgen que pronto la tendrá cerca, era su máximo deseo, cuando llegó el momento ella estaba muy débil, pero la virgen no le falló, seguidamente os muestro un fragmento del periódico oficial de Huelva que describe lo que ocurrió el día de la romería de la Virgen de la Peña del 2008, el día de Domingo-

“La emoción contenida desde primeras horas de la mañana se demostró en las lágrimas de los romeros que acompañaban a la Virgen al llegar a uno de los enclaves más especiales del cerro. A pocos metros del Santuario vive la ermitaña, la encargada de cuidar a la Virgen y el entorno en el que vive. Pero este año, esta especial puebleña no ha podido salir a caminar ayer al lado de su Patrona por encontrarse enferma. Por ello, este año, la Virgen quiso ser Ella la que se acercara a la ermitaña. El paso dio media vuelta, se acercó a la ventana de la casa de la ermitaña y, cuando los varales tocaron la pared, todos los romeros bajaron la cabeza con la intención de esconder las lágrimas que corrían por sus mejillas. Fue uno de los momentos más intensos de la procesión cuando los oles y los vivas sonaron con una intensidad especial. Las campanas de la ermita pronto se

unieron a los cantos de los romeros y no cesaron hasta que la Virgen volvió a presidir el retablo dorado que se alza, grandioso, en el interior de su ermita”

Fuente: Huelva Información 23 abril 2008

AFRONTAMIENTO DE LA FAMILIA. RESPUESTAS HUMANAS

A mi madre la veo siempre muy triste, sé que llora cuando está sola porque piensa en cómo dejaré todo cuando yo me vaya. Aunque intenta disimular se que vive ya la pena de que me voy a morir. Está muy nerviosa, con los suspiros, con los “Ay, dios mío! A cada rato. Me pregunta todo, y me anima a que me levante y coma mucho para estar fuerte. Me da mucha lástima verla tan triste.

A mi marido, a Jose, le veo preocupado aunque intenta que no se le note. Está siempre dispuesto a llevarme corriendo a cualquier médico o al hospital cada vez que me siento mal, pero le cuesta sentarse a hablar conmigo de mis cosas, de mi miedo, de mi pena. Eso le cuesta mucho a Jose, cómo explicarle que, a veces, le necesito más para que me escuche que para que me lleve al médico. Está siempre a mi lado, apenas se separa de mí porque yo quiero tenerle muy cerca, pero nos comunicamos poco en lo profundo, en lo que yo no puedo un hablar con mi madre, ni con mis amigas porque no llegamos nunca a profundizar, tal vez por miedo que tienen a no saber qué decirme, no?

Mi hijo mayor es el más cariñoso; está siempre abrazándome y achuchándome, preguntándome cómo estoy, animándome cuando me ve triste. Y también me cuenta cuando él está agobiado por mí. Me pregunta muchas veces cómo me siento y me cuenta siempre cómo se siente él.

Mi hija Carlota es la que más me preocupa, y Jose. Carlota está muy callada, cabreada la mayoría del tiempo, como enfadada con el mundo. Sé que está agobiada y tiene miedo de que yo me ponga más enferma todavía, a su edad no quieres que tu madre esté enferma, quieres una madre sana que esté contigo, verdad? Sé que lo pasará fatal, tiene una edad muy crítica para perder a su madre. Es fuerte y responsable; siempre ha sido una niña estupenda y sé que con los años lo superará pero lo va a pasar muy mal. Todas las mujeres sabemos lo importante que es nuestra madre para cada una.

Mi pequeñín tiene 6 años y es el que menos entiende lo que pasará. Me da mucha pena no poder verle crecer, pero sé que con todo el cariño que los míos le darán, se repondrá pronto. Confía en que los médicos me pinchan para curarme.

Mis hermanos... también van a sentir mucho dolor, pobres. Menos mal que mi familia es una piña y sé que estarán todos juntos, ayudándose siempre.

Como ya he dicho antes *“Necesito aprender a comunicarme con mi marido y mi hija, sé que lo están pasando mal, mi marido siempre ha sido muy bueno, pero no hablador, le da miedo preguntarme, y si me quejo lo único que quiere es llamar al médico para que sea éste el que resuelva el problema”* espero conseguir despedirme bien de ellos.

MI PROPIO AFRONTAMIENTO

Cuando pienso en mi muerte, sólo sé que no quiero sufrir mucho ni que los míos sufran viéndome. No tengo ningún papel firmado con lo que quiero pero pienso que cuando no pueda aguantar más los médicos pueda dormirme para no sufrir mucho.

Sé que voy a morir pero tengo la esperanza de que mi muerte no esté cerca. Quiero vivir más tiempo, que pueda estar bien en la romería y después. Yo no pierdo las esperanzas, soy muy fuerte.

Sé que mi criatura (las metástasis), esa que se deja ver después de una paracentesis, va creciendo y me resta fuerzas y energía, pero cada día me levanto con ánimos para bajar al pueblo y llevar a mi hijo al colegio, para animar a mi madre, sonreír a mi marido, realizar las compras y saludar a mis paisanos.

Temo que mi enfermedad me haga sufrir molestias y mucho dolor.

Temo depender de otros para lavarme y vestirme, para moverme. No me gustaría que tuvieran que lavarme, siempre he sido muy independiente.

Llegado el momento deseo que me duerman para no sufrir.

Todo esto me hace disfrutar más intensamente de mis hijos, de mi marido, de toda mi familia, pero es duro tener que hacerse la fuerte para que ellos no se vengan abajo, es difícil subir cuando todo te tira hasta el fondo. Y el fondo es muy oscuro, a veces me da mucho miedo, pero no sé a quién contárselo, porque no quiero que sufran como yo.

Estoy agradecida porque todos se preocupan por mí, pero estoy sola, porque no puedo expresar abiertamente mi miedo a no controlar lo que se me viene encima.

Tengo miedo a que mi familia no siga económicamente adelante, sé que con el tiempo, mi cariño pueden dárselo otros, aprenderán a vivir sin mí, pero el dinero... nos ha costado siempre mucho, a mi madre y a mi familia salir a flote. Tenemos una casa terminada en el pueblo y eso me tranquiliza mucho, no están en la calle, es una buena vivienda, muy bonita y grande. Y tienen trabajo. Y mi hija va muy bien en sus estudios, en fin...

IMAGEN CORPORAL

No me preocupa mi aspecto físico, no me veo mal. Estoy muy delgada pero siempre he sido canija y muy alta. Estoy demacrada pero, como sigo maquillándome sigo siendo muy resultona...

Siempre he sido muy femenina, no salgo a la calle sin mi maquillaje, mis uñas impecables y mi perfume, por supuesto.

Me encuentro muy delgada pero ya he dicho que yo he sido canijilla. Me hace gracia, me divierte cuando la gente piensa que estoy embarazada. ja,ja,ja- y después de la paracentesis parece que estoy recién parida.

Sé que sigo siendo atractiva porque la gente me lo dice continuamente, sé que mis ojos son muy expresivos, tan grandes y tan oscuros... y, como no paro de sonreír resulto más agraciada.

LA ENFERMERÍA

El personal sanitario que me he encontrado desde que me diagnosticaron el cáncer son todos estupendos. El oncólogo y las enfermeras de hospital de día muy amables todos, muy atentos. Pero... lo que yo me he encontrado en el Vázquez Díaz no me lo podía ni imaginar... *“me dan cariño, se acercan a mí, me acarician la mano, me hacen reír todas, hasta la limpiadora, tengo toda la flexibilidad en los ingresos, yo elijo cuando me voy de permiso al pueblo y cuando ingreso cuando me encuentro mal”*. No esperaba que hubiera personas tan cariñosas, me tratan como si me conocieran de toda la vida, no sé de donde les sale tanto cariño y tanta simpatía. Me sienta muy bien que entren en mi habitación por la mañana con una sonrisa, se sientan en mi cama, me cogen la mano

y me preguntan cómo estoy, cómo me siento, qué me apetece desayunar y cómo lo voy a hacer para ducharme.... Los médicos me permiten irme de alta antes de la cuenta porque soy muy activa y lo que quiero es estar cuanto antes en mi peña, con mis niños y mi madre, en mi casa. Y cuando ya me siento que estoy demasiado llena y necesito vaciarme la barriga o ponerme sangre porque estoy muy débil, les llamo y de momento me dan cita. Son todos encantadores, les tengo un cariño especial.

Me ha gustado mucho hablar con vosotras - equipo investigador- porque me habéis dado la oportunidad de descargarme de muchas cosas que no puedo compartir con apenas nadie. Con vosotras es fácil desahogarse y no sé si queréis que os cuente otras cosa o está bien con todo lo que me ha salido esta tarde, aquí solas las tres, en esta casa tan cerca de la Virgen y del cielo, en este lugar tan bonito de Huelva. A lo mejor otro día me sale hablaros de otras cosas, no sé, pero hoy me han salido, yo creo que bastantes. Me quedo como más relajada, muy a gusto de que me hayáis escuchado. Gracias.

Dominga estuvo presente en su romería, con muy pocas fuerzas físicas, pero todas en su corazón. Apenas podía mantenerse en pie y recibía a todos los que la visitaron sentada en el salón de su casa. No le negó a nadie su espléndida sonrisa.

Nos ingresó al día con un severo deterioro de su estado general, con caquexia extrema, úlcera

por presión estadio I-II en glúteo por permanecer casi día y noche en el sofá para recibir a la gente. Sufría una obstrucción intestinal que le causaba náuseas y vómitos continuos.

A pesar que durante la entrevista manifestó el deseo de ser sedada cuando llegara el momento, cuando llegó el momento cambió su discurso y en ningún momento quiso perder la conciencia, aún teniendo algunas molestias. Fue consumiéndose poco a poco, apagándose como una vela, encendida solo gracias a la esperanza de ver cada tarde a sus hijos, madre y hermanos que le daban fuerza cada tarde. Durante su aseo personal que realizábamos una enfermera y una auxiliar de enfermería, no nos faltaron nunca palabras de agradecimiento y su sonrisa.

Fue una mujer tremendamente generosa, siempre nos regaló su sonrisa.

Alguna de sus últimas frases:

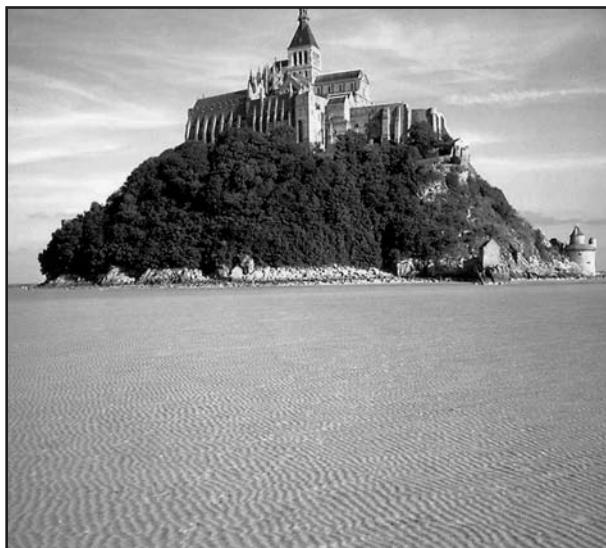
“Gracias por vuestra paciencia y vuestra sonrisa”

“Gracias por hacer de mi baño uno de los momentos del día donde más me río”

“Gracias por aplicarme el perfume en las zonas donde más me gustan”

“Gracias a mi marido por la paciencia que tiene conmigo”

“NO ME DURMÁIS TODAVÍA AUNQUE ESTÉ MOLESTA, NO TENGO FUERZAS, PERO... QUIERO DISFRUTAR UN POCO MÁS...”



TEORÍA Y MÉTODO

EL INTERACCIONISMO SIMBÓLICO Y LOS CUIDADOS DE ENFERMOS CRÓNICOS EN EL ÁMBITO COMUNITARIO

Teresa Ximena Ibarra Mendoza

*Profesor Asistente Escuela de Enfermería, Universidad Arturo Prat. Chile.
Especialista en Docencia de Educación Superior. Diplomada en Estudios Avanzados en el Área de Conocimientos de Enfermería. Doctora en Enfermería y Cultura de los Cuidados. Universidad de Alicante*



SYMBOLIC INTERACTIONISM AND CARE OF THE CHRONICALLY ILL IN THE COMMUNITY

SUMMARY

There exists, at the global level, a rising preoccupation about the unprecedented increase in chronic diseases. This, in great measure, stems from the fact that many patients are currently able to sustain their diseases for decades, causing a constant demand for permanent and specialised care. Thus, for the affected person and family, to be ill implies the mobilization of a series of resources, dedicated to the re-establishment of health, or at least, to minimize the most harmful consequences that the disease creates. Such alternatives will depend essentially from the opportunities that society offers to the individual in order to face the disease, and the meaning that the affected person gives to these.

Key words: Chronic illness; Symbolic Interactionism; Humanistic Nursing; Experience of living.

O INTERACIONISMO SIMBÓLICO E OS CUIDADOS DE ENFERMOS CRÓNICOS NO ÂMBITO COMUNITÁRIO

RESUMO

Há uma crescente preocupação, em nível mundial, com o aumento exagerado de enfermidades crônicas. Isto, em grande parte, deriva do fato de que numerosos doentes logram sobreviver com suas enfermidades durante décadas, e ao prolongar sua vida demandam atenção permanente e especializada. Por isto, adoecer supõe para a pessoa afetada e família a mobilização de uma série de recursos necessários para o restabelecimento da saúde, ou ao menos, para minimizar as conseqüências mais danosas que este processo origina. Tais alternativas dependerão, essencialmente, das oportunidades que a sociedade confere ao indivíduo para fazer frente à enfermidade, bem como do significado que o adoecimento confere aos indivíduos.

Palavras-chave: Doença Crônica, Interacionismo Simbólico, Enfermagem Humanística, Experiência de Viver.

RESUMEN

A nivel mundial existe una creciente preocupación por el desmedido aumento de las enfermedades crónicas. Ello, en gran parte, deriva del hecho que numerosos enfermos logran sobrellevar sus males durante décadas, y al prolongar su vida demandan atención permanente y especializada. Por ende, enfermar supone para la

persona afectada y familia la movilización de una serie de recursos abocados al restablecimiento de la salud, o al menos, a frenar las consecuencias más dañinas que éste origina. Tales alternativas dependerán esencialmente de las oportunidades que la sociedad confiere al individuo para hacer frente a la enfermedad así como del significado que éste les atribuya.

Palabras Clave: Padecimiento Crónico; Interaccionismo Simbólico; Enfermería Humanística; Experiencia de Vivir.

I. ENFERMEDAD CRÓNICA Y CONDICIONANTES SOCIALES

Un proceso crónico implica una situación de cambio en la que se ven envueltos todos los componentes de salud significativos para la persona. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el concepto de salud como: "El estado de completo bienestar físico, psicológico y social, y no sólo la ausencia de enfermedad". La incorporación del factor social en el concepto de bienestar, supone al profesional de salud, la necesidad de brindar una atención que incluya tanto las variables biológicas convencionales como los aspectos psicosociales que un individuo utiliza frente a un problema de salud.

Hablar de factores de psicosociales implica considerar alteraciones a nivel del ámbito personal, familiar y social presentes habitualmente cuando aparece un proceso crónico. Diferentes autores relacionan a éstos factores con un sentimiento de pérdida.

Por ejemplo, en el **área personal**, los problemas más relevantes son los relativos a la pérdida del estado de salud anterior. Se concretan en: el malestar físico y emocional; el cambio en el estilo de vida; la pérdida de la independencia; y las alteraciones en el autoconcepto y autoestima de la persona.

En el **área familiar**, los problemas más relevantes son los relativos a la pérdida del equilibrio familiar. Se sintetizan en: los cambios en la rutina familiar; el rol social de la persona enferma; y los problemas de aceptación de la nueva situación de salud por parte de todo el entorno (contexto).

En el **área social**, los problemas se relacionan con la pérdida de las relaciones y lazos afectivos.

Los más significativos son los cambios en el ámbito laboral, en la utilización del tiempo libre y en las interacciones sociales.

Tales problemas o necesidades de tipo psicosocial dependen evidentemente de factores como: El tipo de enfermedad e implicaciones que suponga para cada individuo o familia; la vivencia de la incapacidad; los recursos; creencias y valores personales y los sistemas de apoyo de los que dispone la persona y la familia. A modo de ejemplificar lo expuesto citaremos a Diderichsen (1999), quién reconoce dos niveles de mecanismos causales para la producción de enfermedad y muerte: sociales e individuales. En términos individuales, la posición social de un individuo determina una exposición diferencial a una serie de factores que contribuyen a aumentar o disminuir el riesgo en salud. Por ejemplo, la pobreza, los factores nutricionales en la infancia, las condiciones adversas en el trabajo, etc. Es decir, diferentes niveles de posición social implican diferentes probabilidades de exposición a factores de riesgo (mecanismo I). Por otro lado, las diferentes exposiciones pueden o no llevar a enfermedad dependiendo de la susceptibilidad del individuo, la que a su vez depende de sus condiciones diferenciales de posición social (mecanismo II).

Al respecto, diferentes estudios han mostrado que aquellos individuos de menor nivel socioeconómico tienen una susceptibilidad global mayor de enfermar y morir por distintas enfermedades a igual grado de exposición (Berkman y Syme 1976, Wilkinson). Esto explicaría en parte por qué en la mayoría de las enfermedades se encuentra una gradiente social, aun cuando los mecanismos de producción de enfermedad sean muy diferentes para cada una de ellas. Desde este punto de vista, se hace evidente que para alcanzar equidad en salud se deben implementar intervenciones que apunten a disminuir la exposición de aquellos individuos más vulnerables, que son aquellos de nivel socioeconómico más bajo.

Por último, se podría decir que las consecuencias sociales de la enfermedad también son distintas de acuerdo con la posición social que una persona tiene (mecanismo III). Tales diferencias se dan fundamentalmente por el acceso diferencial a la atención de salud y la rehabilitación, situación que condiciona la accesibilidad a un sistema de salud y atención oportuno y de calidad.

Por otro lado, los mecanismos sociales se refieren a la interacción del contexto social con los factores individuales de producción de enfermedad. Se entenderá por contexto social todos aquellos elementos políticos, culturales, sociales ambientales, económicos y de políticas sociales que podrían modificar la cadena causal de enfermedad a nivel del individuo, ya sea transformando su posición social (A), la exposición (B), la interacción de los factores de riesgo que producen enfermedad (C) o las consecuencias sociales de la enfermedad (D).

Este modelo explicativo podría ser de utilidad para la identificación de cómo operarían los diversos determinantes en relación con el acceso a la atención y el nivel de salud lo cual facilitaría identificar y predecir las principales inequidades y avanzar en la generación de estrategias para su mejoramiento.

Finalmente, se debe incluir en esta revisión otro factor que ha entrado a formar parte de muchos aspectos de la vida de los individuos y comunidades como es el concepto calidad de vida. Considerado como valor y que ha pasado a ser prioritario en el discurso de muchos sectores de la sociedad (político, comercial, social, económico, sanitario). Se define como la percepción del individuo sobre su posición en la vida, dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive, con relación a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la interacción con las características sobresalientes del entorno.

II. Aprender a ser enfermo

Comportarse como enfermo no es una pauta estereotipada, muy al contrario, existe una gran variabilidad de conductas entre los distintos seres humanos, y eso lo saben muy bien las enfermeras/os de cualquier hospital ó clínica. En las enfermedades de larga evolución las lamentaciones llegan a ser la única forma de relación posible con estos enfermos. Se podría decir que se tornan monotemáticos. Esto no se refiere exclusivamente a las quejas verbales; hay otras conductas que persiguen el mismo interés, como las expresiones de dolor frecuentes, un habla entrecortada, ciertas

posturas y la demanda de atención.

Parece sencillo entender que cuando nos sentimos enfermos debemos acudir al médico en busca de ayuda. Sin embargo, y puesto que sentirse enfermo depende de diversos factores, hay personas que abusan de los servicios hospitalarios reclamando la atención del especialista a la mínima expresión de un síntoma, mientras otras se resisten a tal conducta y sólo la hacen efectiva en ocasiones extremas, a veces demasiado tarde. La cuestión no se centra simplemente en la premura con la que se realiza la búsqueda de atención sino también hace referencia al tipo de ayuda perseguida. Los curanderos, los amigos, los grupos de ayuda, los sacerdotes y otras figuras de referencia también colaboran en el proceso. Por lo tanto, hay quien confía plenamente en la medicina científica, mientras otros son asiduos consumidores de la medicina complementaria.

Los deberes del enfermo no terminan acudiendo al médico, después habrán de seguirse sus consejos correctamente durante el tiempo que se estime necesario. Sería lógico pensar que quien pide ayuda a un especialista luego utilizará la información recibida y atenderá al tratamiento. Sin embargo, la práctica no parece confirmar esta hipótesis, puesto que es común encontrar personas que no siguen las pautas médicas como cabría esperar. Adivinar el porqué de esta actitud no es nada fácil, sin embargo en ciertas ocasiones parece que el interés por negar la enfermedad favorece tal conducta. Algunas individuos utilizan la enfermedad para librarse de ciertos compromisos sociales o laborales, para justificar algún fracaso o error, para hacerse con posibles ventajas económicas, o para conseguir atención social y afecto.

La sociología también ha querido manifestar su opinión acerca del comportamiento del enfermo. En este sentido debe citarse al eminente sociólogo Talcott Parsons, que ya por los años cincuenta definía las características del "rol del enfermo", entendido éste como el papel asignado por una sociedad a una persona por el hecho de estar enferma. Ello comporta un conjunto de funciones, obligaciones y derechos, equiparables por ejemplo al "rol masculino", al "rol de médico", o a cualquier otro. En definitiva, son los comportamientos que los demás tienden a esperar de nosotros como miembros de

un colectivo determinado. Así, Parsons considera la enfermedad como una desviación social caracterizada por el fracaso o la incapacidad de una persona para desempeñar su rol habitual (como trabajador, como padre, etc.) y responder a las expectativas que los demás y él mismo tienen acerca de su conducta, cayendo en una situación de dependencia. Vista de esta manera, la persona enferma presenta ciertas características:

- No es responsable de su estado. En ningún sentido puede considerarse enferma aquella persona que de una forma voluntaria y premeditada finge la presencia de determinados síntomas para cubrir intereses personales.
- Es eximido de sus responsabilidades habituales. Las personas enfermas son dispensadas de realizar actividades en función de las características del cuadro que presentan. Ninguno de nosotros forzaría a una persona con fiebre a realizar tareas domésticas, por ejemplo.
- Debe buscar tratamiento y contribuir al proceso terapéutico. Esto forma parte de las obligaciones del enfermo, quien ha de contribuir a su curación comportándose de manera adecuada y siguiendo los consejos médicos recomendados.

El modelo de rol de enfermo propuesto ha recibido muchas críticas a lo largo de la historia y se ha ido adaptando a los cambios contextuales. Quizás el más significativo fue el que llevó a la definición de la "conducta de enfermedad", que pretendía la ampliación del concepto. La propuesta surgió ante la necesidad de explicar las conductas individuales que permiten distinguir entre dos personas enfer-

mas, una cuestión que el rol de enfermo no explicaba. Así, la conducta de enfermedad se entiende como el modo en el que las personas perciben, evalúan e interpretan sus síntomas y emprenden acciones para remediarlos. Dado el enorme peso que la cultura tiene en la enfermedad, es lógico advertir las discordancias que existen en función de las diferentes sociedades.

III. El Interaccionismo Simbólico, conceptos fundamentales

El Interaccionismo Simbólico es un enfoque complejo con muchos matices y apreciaciones en su conceptualización. Blumer (1982) lo describe esencialmente en tres premisas:

- a) "El ser humano orienta sus actos hacia las cosas en función de lo que éstas significan para él.
- b) El significado de estas cosas se deriva de o surge como consecuencia de la interacción social que cada cual mantiene con el prójimo.
- c) Los significados se manipulan mediante un proceso interpretativo desarrollado por la persona al enfrentarse con las cosas que va hallando a su paso"

Es, por tanto, el significado que las cosas tienen para el individuo el que determina la acción, el que hace que las personas respondan de una manera u otra. Este significado es un producto social, surge de la interacción social, accediendo a él, manipulándolo a través de procesos de interpretación.

El Interaccionismo Simbólico se cimienta en una serie de ideas básicas o como denomina Blumer imágenes radicales. "Estas imágenes aluden y describen la índole de los siguientes temas: sociedades o grupos humanos, interacción social, objetos, el ser humano como agente, los actos humanos y la interconexión de las líneas de acción. Consideradas en conjunto, estas imágenes radicales representan el modo en que el interaccionismo contempla el comportamiento y la sociedad humana. Constituye el armazón del estudio y el análisis" (Blumer, 1982).



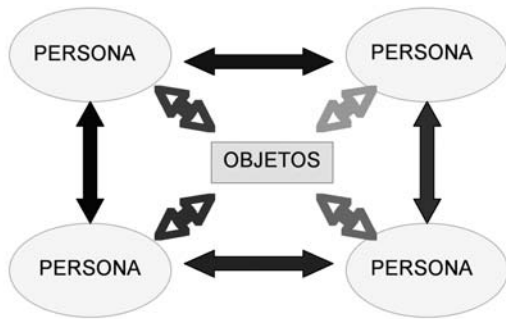


Figura 1: Imágenes Radicales (adaptado de Blumer, 1982)

Para Blumer el entorno se compone exclusivamente de aquellos objetos que los seres humanos identifican y conocen. La naturaleza del medio ambiente en que cada persona vive está condicionada por el significado que tienen para ellas los objetos que la componen. Esto explicaría que aunque las personas vivan en un ambiente físico común ellas podrían tener distintos entornos. Este concepto es muy importante para el mundo sanitario, toda vez que no se encuentra explicación a determinados hechos o fenómenos que se producen en un mismo contexto físico influido por las mismas variables sin embargo el análisis o las percepciones son totalmente diferentes. Tanto para enfermeras/os como pacientes o familias, la misma realidad puede ser percibida de modo muy distinto, los significados de ella se concretan en vivencias diferentes.

Otro concepto altamente significativo para el Interaccionismo Simbólico es la importancia de las historias personales y de grupo utilizada para interpretar y comprender ciertos hechos o fenómenos. "Las personas que participan en la formación de una nueva acción conjunta siempre aportan a la misma el conjunto de objetos, el conjunto de significados y los esquemas de interpretación que antes poseían. Por lo tanto, la nueva acción siempre emerge de y guarda relación con un contexto de acción previa" (Blumer, 1982). El reconocer esto es esencial para interpretar y transformar la realidad sanitaria de un centro de salud o un club de adultos mayores crónicos. En un centro de salud cada paciente o usuario, cada profesional de salud enfermero/a tiene su propia historia personal, que

se hace más compleja cuando se asocia con las historias del propio grupo. Aquel investigador que obvие tal realidad nunca podrá comprender ni, por lo tanto, actuar adecuadamente sobre ella.

"El individuo se halla ante un mundo que debe interpretar para poder actuar y no ante un entorno frente al que responde en virtud de su propia organización" (Blumer, 1982). La interpretación del mundo que le rodea implica que no puede quedarse en una apreciación neutral de él. La naturaleza de la acción humana actúa asignando significados a fenómenos, situaciones, hechos, personas o a uno mismo a través de un proceso de interpretación. *"Este proceso tiene dos pasos distintos: primero el actor se indica a sí mismo las cosas respecto de las cuales está actuando; tiene que señalarse a sí mismo las cosas que tienen significado. En segundo lugar, en virtud de este proceso de comunicación consigo mismo, la interpretación se convierte en cuestión de manipular significados. El actor selecciona, controla, suspende, reagrupa y transforma los significados a la luz de la situación en la que está ubicado y de la dirección de su acción"* (Blumer, 1982)

IV. Consecuencias metodológicas del Interaccionismo Simbólico

Hasta ahora se han presentado los principales conceptos que caracterizan al Interaccionismo Simbólico, no obstante se hace necesario también comentar sus consecuencias metodológicas.

"Un conocimiento sociológico adecuado no podría ser elaborado por medio de la observación de principios metodológicos que intentan extraer datos de su contexto para hacerlos objetivos. La utilización de los cuestionarios, las entrevistas, las escalas de actitud, los cálculos, las tablas estadísticas, etc., todo ello crea distancia, aleja al investigador en nombre de la misma objetividad del mundo social que quiere estudiar" (Coulon, 1995). En efecto, no se puede partir de variables determinadas de modo genérico para universalizar el conocimiento, en este sentido se hace necesario contextualizarlas en su lugar, tiempo y espacio adecuados, además de analizar, como se mencionó anteriormente, las historias personales y de grupo que pueden sin lugar a dudas condicionar de modo determinante dichas variables.

Blumer (1982) sintetiza los principios metodológicos en tres puntos:

- a) La metodología abarca la investigación científica en su totalidad y no sólo un sector o aspecto seleccionado de la misma. La metodología se aplica y abarca a todas las partes del acto científico.
- b) Cada una de las partes de ese acto - y por consiguiente todo el acto - debe ser sometida a la prueba del mundo empírico y validada por dicha prueba. La realidad existe en el mundo empírico y no en los métodos empleados para estudiarlo.
- c) El mundo empírico sometido a estudio es el que proporciona la respuesta decisiva sobre la investigación emprendida. La exploración y la inspección como metodología de investigación son por cierto los procedimientos necesarios para un examen directo del mundo social empírico. La exploración, representa a la descripción, se puede realizar mediante la observación directa, las entrevistas, las conversaciones, las cartas y documentos, etc..., siempre de acuerdo a un contexto y circunstancias específicas. La inspección, que representa al análisis, incluye la integración, movilidad social, asimilación, liderazgo, relaciones burocráticas, actitudes, compromiso institucional, entre otros.

En general, las consecuencias metodológicas más importantes desde el punto de vista del Interaccionismo Simbólico con relación a la vida humana, de grupo y la acción social se resumen en tres puntos (Blumer, 1982):

- 1) Si el especialista desea comprender los actos de las personas, es preciso que vea los objetos como ellas los ven, ya que de lo contrario sustituirá los significados de dichos objetos por sus propios significados. Los investigadores son siervos de sus propias imágenes prefabricadas y, por ende, propensos a creer que los demás ven los objetos en razón a como ellos los ven.
- 2) El Interaccionismo considera la vida de grupo como un proceso en el cual las personas, al afrontar diferentes situaciones, indican líneas de acción a los demás e interpretan las indicaciones que otros les hacen. Entonces, considerar que toda interacción

humana está organizada de acuerdo a un tipo especial de interacción equivaldría a negar la variedad de formas expresadas siempre y cuando se este dispuesto a observar.

- 3) Al investigar una organización a gran escala se observa, estudia y explica la dinámica de las interacciones a través del proceso de interpretación realizado por los agentes participantes a medida que se van desarrollando situaciones en cada escenario laboral de la organización.

V. El interaccionismo Simbólico en Enfermería

Se podría decir que el Interaccionismo Simbólico ha sido utilizado con éxito en la Enfermería por tratarse de una teoría que tiene como concepto central el significado, es decir, las acciones individuales y colectivas son construidas a partir de la interacción entre las personas, tales acciones dependen del contexto social al cual pertenecen.

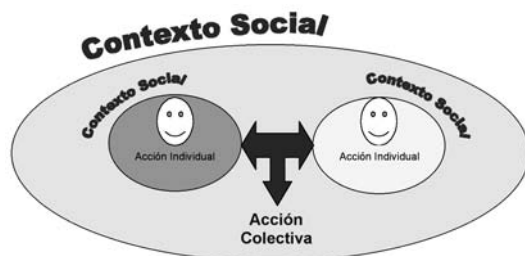


Figura 2: Representación del significado desde la perspectiva del Interaccionismo Simbólico según Blumer (1982)

Un estudio cualitativo en Enfermería realizado por Chenitz y Swanson (1986), evidenció que la interacción simbólica se preocupa de los aspectos internos experimentales del comportamiento humano, es decir, la forma como las personas definen eventos o realidades, y como actúan en relación a sus creencias. Se reiteran los hallazgos anteriores en otro estudio que evalúa la perspectiva del Interaccionismo Simbólico interpretativo como método significativo para investigadores y profesionales de salud interesados en juicios de valor del fenómeno estudiado (Andrade y Tanaka, 2000).

En diversas investigaciones de Enfermería se ha observado que la aplicación de la teoría interaccionista, tanto en la enseñanza como en la práctica, recogen amplios conocimientos en la construcción de acciones y estrategias orientadas hacia una relación interactiva y humanizada entre las personas. Así pues, en el estudio realizado por Silva y Mamede (1998) concluyen que bajo la perspectiva interaccionista, el significado que la persona atribuye a una situación “vivenciada” surge de la interacción y de la interpretación que se hace de aquella situación, pudiendo ser la enfermera una mediadora junto al cliente y familia en la búsqueda de facilitar tal significación a través del acto de reflexión, además de un cuidado más calificado.

Como el Interaccionismo Simbólico muestra respeto hacia la naturaleza de la vida y la conducta del grupo humano, asigna a la vida grupal la condición “esencial” para la conciencia, mundo de objetos y construcción de actitudes (Blumer, 1982); este principio sostiene que el comportamiento humano es autodirigido y observable, en el sentido simbólico e interaccional, lo que permitiría al ser humano planear y dirigir sus acciones en relación a los otros y conferir significado a los objetos que él utiliza para realizar sus planes (Haguette, 1992). El Interaccionismo Simbólico, fundamentado en las tres premisas de Blumer (1982), es llevado a desarrollar un esquema analítico de la sociedad y de las conductas humanas, que envuelve ideas básicas relacionadas con grupos humanos y/o sociedades; interacción social; objetos; el ser humano como actor; la acción humana y las interconexiones de las líneas de acción (Haguette, 1992).

La teoría desarrolla un micro-análisis para estudiar las interacciones entre individuos, la negociación individual y reacción del otro, que lleva a las respuestas interpretativas, determinadas por la situación e interacción de las personas. Para la comprensión de la perspectiva teórica, se requiere la comprensión de diversos conceptos que son pertinentes a la interacción, tales como: mente, self, símbolos, lenguaje, sociedad, auto-interacción, acción humana y actividad grupal.

- La naturaleza del propio ser humano concibe el self social, a través de la interacción con los significados del otro, en la relación con el mundo,

para permitir su control, dirección y manipulación de la propia vida. Es formado por el Yo y Mí, siendo el Yo la respuesta para las actitudes del otro, el lado impulsivo, espontáneo y que no actúa porque interacciona simbólicamente con sí mismo. El Mí es la organización de las actitudes (Charon, 1989), es el otro generalizado, compuesto de patrones organizados, consistentes, compartidos con otros (Littlejohn, 1998).

- La mente es la acción simbólica para el self y, surge de la interacción con otros, dependiendo de señales y símbolos (Charon, 1989). Las cosas a las que Blumer se refiere, incluyen lo que el ser humano puede observar en su mundo físico y, conforme el significado que esas cosas tienen para él, sus acciones son dirigidas; por lo tanto, es tomado como base el significado de las mismas (Littlejohn, 1998).
- Los símbolos son lo que vemos y, como los interpretamos. Nuestro mundo está lleno de símbolos, nuestra realidad es simbólica; es a través de la interacción simbólica que atribuimos los significados y desarrollamos la forma en que actuamos (Charon, 1989). En la *terminología “Meadiana”, un gesto compartido es un símbolo significante. En suma, la sociedad nace en los símbolos significantes del grupo (Littlejohn, 1998).
- El lenguaje es compuesto por instrumentos usados por individuos para ordenar la experiencia. Es empleado para discriminar, generalizar, hacer siempre la distinción en el ambiente. Así, el mundo es literalmente dividido por significados que usamos a través del lenguaje (Charon, 1989). El lenguaje surge y modela el comportamiento (Littlejohn, 1998).
- Los interaccionistas definen la sociedad como constituida de individuos que interaccionan unos con los otros; cuando las actividades de los miembros ocurren como respuesta de uno al otro, o en relación al otro (Littlejohn, 1992). El significado surge de la interacción de dos personas, o sea, el significado que una “cosa” tiene para una persona crece de la forma por la cual las otras personas actúan en relación a él con relación a esa “cosa”. El significado es formado dentro y a través de actividades definidas por las personas cuando interaccionan (Blumer, 1982).

El proceso interpretativo es derivado del contexto de la interacción social. Lo que ocurre es que la persona escoge, controla, suspende, reagrupa y transforma el significado a la luz de la situación como un proceso formativo, con lo cual los significados son usados y revisados como un instrumento para las directrices de la acción (Blumer, 1982).

- Se puede así decir, que el proceso interpretativo a través de la auto-interacción lleva a una re-significación de lo vivido, en que los valores individuales interfieren en el significado que las cosas tienen para la persona. La auto-interacción, por lo tanto emerge de la interacción social, en que otras personas están definiendo una persona para sí. Para Mead, eso acontece cuando la persona se ve por el lado de afuera colocándose en la posición del otro y se visualiza actuando en relación a sí en esa posición (Blumer, 1982).
- La acción humana es vista como un resultado formado de la auto-interacción; es construida a través de las indicaciones que la persona hace de sí y la interpretación de lo que indica su actuar. La persona identifica que quiere establecer una meta, sigue una línea de comportamiento, observa e interpreta las acciones de los otros, dimensiona su situación, planea y elabora lo que hará (Blumer, 1982). Las reglas y normas para las acciones de los sujetos se manifiestan a través de la negociación de significados, de sanciones, de jerarquías y de las propias normas sociales (Littlejohn, 1998).
- La actividad grupal se basa en el comportamiento cooperativo que surge a través de cada persona en percibir la intención de los otros y construir su respuesta basada en aquella intención, pues el comportamiento no es una respuesta directa a las intenciones de los otros, que son transmitidas a través de gestos hechos simbólicos, sensibles de interpretación (Blumer, 1982). La persona que responde, organiza su respuesta tomando por base lo que los gestos significan. La persona que presenta los gestos como indicaciones de lo que está planeando hacer, toma por base aquello que quiere que el respondente haga o comprenda. El gesto tiene significado tanto para la persona que lo hace como para a quién es dirigido. (Blumer, 1982).

El énfasis en la concepción interaccionista es el significado sobre la interpretación consciente; las cosas pasan a tener significado para la persona cuando ésta las considera conscientemente, refleja y piensa sobre el objeto, o lo interpreta, y eso se procesa en una interacción interna de la persona, pues el actor selecciona, confiere, suspende, reagrupa y transforma los significados a la luz de la situación en que está colocado y de la dirección que imprimió su acción. Así entonces, la interpretación es un proceso formativo y no una aplicación sistemática de significado ya establecido (Haguette, 1992; Littlejohn, 1998). Más aún, el Interaccionismo Simbólico bajo la perspectiva Interpretativa, va más allá de la comprensión de los significados y construcción de actitudes de las personas a partir de las relaciones interpersonales, se configura como referencial teórico-metodológico que posibilita la evaluación de resultados en salud. Objetivo centrado en la realización de investigaciones cualitativas para verificar la calidad en la oferta de servicios, cuando se parte de la comprensión de que tal servicio tiene angosta relación con aspectos interpersonales; como también cuestiones sobre el cambio de comportamiento relacionado al conocimiento y adhesión a determinadas situaciones conectadas al cambio en el estilo de vida de las personas (Andrade y Tanaka, 2000).



Figura 3: Interpretación y asignación de Significados (basado en Blumer, 1982)

Scheper-Hughes & Lock (1986) y Singer (1989), reconocen la importancia de los procesos económicos, históricos, sociales y simbólicos no sólo en el origen sino también en el curso del padecimiento, así como la dimensión subjetiva de la enfermedad y del sufrimiento, evitando con este lineamiento la despersonalización y cosificación de los sujetos enfermos.

Es sabido que las personas hacen ajustes o modificaciones a las indicaciones médicas en función de sus circunstancias personales y acorde a las sugerencias y/o demandas de su red familiar y social; suspenden temporal o definitivamente las indicaciones por múltiples motivos, o combinan terapias provenientes de diversos modelos de atención a la salud existentes en su medio a partir de consideraciones de costo-beneficio. Tales datos sugieren que, más que cumplir o no, las personas hacen ajustes al tratamiento según las circunstancias de su vida diaria (Mercado, 1992).

Considerar que el autocuidado y la autoatención ocupan un lugar central en el sistema de atención a la salud es reconocer al individuo y su grupo familiar, no solamente porque es en este ámbito donde se generan las decisiones pertinentes sobre el resto de opciones asistenciales a seguir, sino porque en éste se concretan las prácticas de salud, vengan estas prescritas por las diversas formas que asume la atención médica profesional, la atención complementaria o la de autoayuda. La ambigüedad respecto de las otras formas de atención opera de manera selectiva y oportunista, pues mientras que la autoatención y la autoayuda son de modo intermitente reconocidas y en ocasiones incluso convocadas como formas complementarias de la atención sanitaria profesional, comúnmente no suelen ser consideradas por los profesionales de la salud como decisivas en la resolución de los problemas sanitarios. Más bien estas sirven para culpabilizar a los usuarios de los servicios por no adherirse estrictamente a las prescripciones e introducir factores disruptores del curso terapéutico. En el caso de las medicinas llamadas “alternativas” o “complementarias” con frecuencia se escucha su deslegitimación y en algunos contextos incluso su prohibición y persecución bajo la denuncia de charlatanería.

VI. Enfermería y el cuidar interactivo

En enfermería hoy en día sobresalen dos visiones filosóficas, en la primera se encuentran quienes todavía aceptan lo reactivo, parcial, uniaxial y dividido, que sólo es científico en la medida en que sea cuantifique, en la segunda admiten la simultaneidad, es decir, la totalidad de la vida se considera como un todo inseparable, en constante evolución. No obstante, acuñar tan sólo estas dos corrientes sería demasiado reduccionista, por ello se acepta la existencia de una tercera visión denominada recíproca del cuidado, la que se identifica porque admite la influencia de las dos escuelas originales de pensamiento (Platón y Aristóteles), reconoce parte de su conocimiento como una visión percibida de la ciencia y otra como recibida, permite el rigor de algunos paradigmas pero también procesos de indagación en los que la enfermera es partícipe y sin su presencia no sucederían. Diferentes Teoristas de Enfermería han tratado de ampliar el significado del cuidar/cuidado hacia una perspectiva humanística e interaccionista, tal perspectiva busca superar la práctica del cuidado enfermero de orden mecanicista - reduccionista y se fundamenta en que ésta acción es consecuencia de la formación de profesionales utilizando modelos anacrónicos de salud y educación.

En toda su trayectoria, Enfermería ha interpretado el cuidado como la razón que le da la existencia profesional, sin embargo la gestión del cuidado sigue siendo deficiente y distante sobretodo si se evalúa desde una filosofía holista. Se percibe en el cuidar empírico, la presencia del modelo médico - clínico, de un pensamiento tecnocrático que entiende la enfermedad y no al hombre (proceso biológico). Revertir esta condición implica una profunda crítica reflexiva por parte de los profesionales que ilumine y enfoque su atención en el desarrollo de una dimensión integradora que sea capaz de visualizar las personas como seres en el mundo, poseedoras de libertad de acción, de contexto histórico y social, y además capaces de participar activamente en la toma de decisiones.

La dimensión de la salud no es estrictamente un asunto más de la vida individual o social, más bien constituye la dimensión vital por excelencia, el modo de ir por la vida que sintetiza en su resultado final el estar sano o enfermo. Ontológicamente esta

dimensión denota el ámbito interactivo e interdependiente que constituye el patrimonio humano.

DIMENSIÓN DE SALUD

FACTOR	IMPACTO
Ambiental y Sociocultural	Condiciones y significados
Económico y Político	Recursos
Biológico y Psíquico	Sustrato genético y existencial

Hasta hoy la ilusión de los sistemas políticos y profesionales que se ocupan convencionalmente de la salud ha sido la de asumir y popularizar la idea de que el campo sanitario es un sector delimitado cuyas soluciones pueden ser ofertadas al margen del concurso de los saberes populares. Esta pretensión utópica viene sesgada desde la Ilustración cuyo deseo es el dominio de la naturaleza por la razón, por el positivismo el que pretende analizar los fenómenos naturales y humanos de forma atomizada y que en el caso del paradigma biomédico, aún presente en el pensamiento político y profesional asistencial, se traduce no solamente en la búsqueda de cadenas de explicación unicasal, sino en una falsa concepción de los seres humanos como máquinas homogéneas, descontextualizadas de su entorno y manipulables con fines instrumentales

Los profesionales de enfermería deben ser capaces de descubrir las creencias y actitudes de cada individuo en particular según Pill y Stott (1987b), con el fin de negociar correctamente. La negociación, un concepto que implica una relación de mayor igualdad entre profesional y cliente, es la clave de la atención centrada en la persona, dado que lo involucra en la toma de decisión. Los profesionales encargados de brindar atención primaria de salud necesitan estar conscientes, de manera simultánea, que existen variadas y complejas tendencias y modelos de atención, como a su vez estar dispuestos a interactuar con una amplia variabilidad y aparente inconsistencia presente en los seres humanos. Ambos hallazgos investigativos son útiles para promover la salud durante la interacción enfermera/paciente.

La Teoría de la Enfermería Humanística (Paterson y Zderad, 1988), destaca que el significado de cuidar se constituye en un acto humano en

sí, es decir, una forma de diálogo humano y fenómeno vivido en lo cotidiano de la práctica profesional. Presenta a la enfermera, en el acto de cuidar, como ser singular, que considera el modo

como el cliente vivencia su mundo, es decir, "el cuidar envuelve una acción interactiva". Esa acción y comportamiento, está basado en valores y conocimiento del ser que cuida para y con el ser que es cuidado y que pasa también a

ser cuidador (Waldow, 1998). Para que el cuidado acontezca en su plenitud, la enfermera debe expresar conocimiento y experiencia en las actividades técnicas, al dar información y en la educación al paciente y su familia. Debe conjugar expresiones de interés, sensibilidad, respeto, demostrado en las palabras, el tono de voz, postura, gestos y toques (Waldow, 1998). Así, entonces la expresión de cuidar se podría definir como arte y ciencia. Oportuno es enfatizar la importancia del compromiso de la enfermera, de cualquier área de actuación profesional, tratando de humanizar el cuidado, estableciendo una relación más creativa y amorosa consigo misma y con los otros, descubriendo el compromiso de la valorización y el apoyo al self de quien cuida y al suyo propio (Randuns, 1997). Así entonces, una vez que la Enfermería está en continua relación humana, necesita del proceso interactivo para el ejercicio pleno de su quehacer, la aproximación más clara para este planteamiento esta dado por el interaccionismo simbólico como marco conceptual.

VII. Integración de la Teoría con la Práctica Enfermera: Puntos de Reflexión

Enfermería como disciplina de la salud, aún se expresa como menester puramente tecnicista y acrítico, donde el cuidado esta vuelto hacia los aspectos biológicos del hombre, sin interacción con los aspectos emocionales, sociales y culturales. El modelo biomédico tiende a la separación entre mente y cuerpo, limitándose a comprender los mecanismos biológicos, sin adoptar un abordaje holístico de la salud (Capra, 1999). Esa constatación nos hace entender que la Enfermería, además de las influencias recibidas en su origen y durante la historia de su desarrollo como oficio de

salud, mantiene consecuencias enfrentadas hasta hoy, al igual que ocurre con otras profesiones, debido a la influencia de la evolución de las Ciencias en las áreas de la salud y educación.

Lo anterior, nos lleva a comentar brevemente la influencia de las políticas sociales en la educación y la salud en la formación de sus profesionales. En su trayectoria inicial, Enfermería acogió influencias de la escuela tradicional, desde la enseñanza informal, a las primeras tentativas de profesionalización, siendo consolidada esta pedagogía en las primeras escuelas de Enfermería. A partir de los años 1950, es blanco de la acción de la escuela tecnicista, expresamente en el periodo post 1964, cuando hubo formación de gran número de escuelas de Enfermería, donde el enfoque funcionalista estaba centrado en la asistencia hospitalaria. Sólo más recientemente, a partir de los años 1980, la Enfermería se inspira en la pedagogía de la escuela crítica, a través de reflexiones, eventos científicos y cambio curricular en la enseñanza (Unicovsky, 1998; Nietsche, 1998). El currículo de Enfermería fue iniciado con un enfoque generalista y comunitario, adaptándose a las políticas de salud emergentes y al modelo de privatización de los servicios de salud, lo que origina la valoración de la especialización precoz y dominio de la tecnología, la que a veces ni siquiera se encuentra en nuestra realidad (Saupe, 1998). Actualmente Enfermería sufre una crisis de identidad, evidenciada por la reflexión crítica sobre su papel, en pos de las necesidades reales de la sociedad, lo que genera discusiones y un movimiento de reforma curricular (Unicovsky, 1998). La perspectiva, por lo tanto, de reflejar el cuidar de Enfermería humanizado se debe a la comprensión de este contexto, como consecuencia de cuestiones pertenecientes al actual sistema de salud, asociadas a situaciones inherentes a la misma profesión, que se deben a la influencia sociopolítica y económica en la evolución de las ciencias. Son esos puntos que hacen la atención de salud deficiente, en especial por la presencia y vigencia de los modelos tradicionales de la salud y de la educación de los profesionales (modelo biomédico, escuela tradicional, escuela tecnicista), evidenciándose la relación vertical, la comunicación unilateral, la autonomía del proceso en salud y educación, es decir, una práctica en la salud y educación desvinculada de la realidad

social, favoreciendo el distanciamiento entre la teoría y la práctica.

Las concepciones progresistas en la salud y educación entienden que los procesos no deben ser autónomos, pero sí comprometidos con la realidad social del hombre, creando interdependencia. La vertiente pedagógica en la salud, es vista desde las dimensiones físicas, psicológicas y sociales, provenientes de la compleja interacción entre sus variadas facetas, reflejando el sistema social y cultural, siendo la enfermedad sólo una de las numerosas manifestaciones de un desequilibrio básico del organismo (Capra, 1999). Enfermería está inserta en ese proceso, evolucionando junto con las ciencias contemporáneas. A pesar del desafío, ha escogido desarrollarse de forma contextualizada acorde con la realidad de la sociedad en el ámbito de la investigación, enseñanza y asistencia. Ha recogido de variadas ciencias (Sociología, Psicología, Educación, Antropología, entre otras) fundamentos disciplinares que propician el cuidar humanizado, pero contextualizado con el mundo y vivencia de las personas.

De este modo, se situara el Interaccionismo Simbólico, cuyo movimiento de la teoría nació en clásicos de la sociología y psicología social, como la teoría que tiene mayor aproximación con la Enfermería para este artículo, dada su perspectiva de comprensión de los aspectos subjetivos de las personas en el acto del cuidado, mediante una relación interpersonal significativa entre enfermera/o-paciente- familia.

Entender el marco existencial del paciente y la vivencia de la enfermedad es crucial para plantear estrategias de intervención y mejora (Kinmonth y Murphy, 1996). La capacidad de comunicar información relacionada con la salud y motivar el deseo y la posibilidad de participar en la toma de decisiones deben considerarse herramientas clínicas básicas. Los profesionales necesitan conocer mejor a sus pacientes y desarrollar capacidades para consensuar, ayudarles en la toma de decisiones (Jover et al., 2001; Roca, 2001) y respetarlas (Peguero et al., 2001). Escuchar, empatizar, explorar, entender, explicar, en definitiva, recuperar el valor de la palabra (Cebrià et al., 2000), es el cimiento sobre el que se asentaría una relación profesional-paciente más efectiva. Situar a los pacientes en el centro del sistema sanitario, conseguir una comunicación

efectiva en la práctica clínica y atender sus necesidades percibidas son clave no sólo para una asistencia sanitaria más humana, sino para conseguir sistemas sanitarios más efectivos y eficientes.

Discusión y Recomendaciones finales:

- La vivencia del padecimiento está cargada de simbolismos para la persona, que inciden directamente en el valor y la responsabilidad de asumir y cooperar en las prácticas de salud recomendadas por los profesionales de salud que lo asisten en el tratamiento y mantención de la enfermedad.
- A través del conocimiento del significado simbólico que el paciente confiere a su padecimiento, mediado por sus experiencias, conocimientos, emociones, creencias y valores culturales, se puede ofrecer cuidados culturales más competentes, significativos y gratificantes para el individuo, familia y el profesional de enfermería.
- La consulta de enfermería debe ser realizada en un ambiente que favorezca la relación dialógica entre profesional y paciente. Bub (2001), basada en la experiencia hermenéutica de Gadamer, resalta que en la relación dialógica se debe evitar la “objetivización del otro”, dado que las caracterizaciones que se realizan habitualmente no consideran los aspectos subjetivos de los otros.
- El conocimiento sociocultural sobre la vivencia de un padecimiento crónico, basado en la experiencia del paciente, sus prácticas y creencias en salud, y el significado simbólico atribuido a él, contribuye para desarrollar una consulta de enfermería cualificada, contextualizada y, sobretudo personalizada.
- Aproximarse al otro, respetando su individualidad y permitiendo el ejercicio de su autonomía y ciudadanía debería ser el accionar ideal al ofrecer cuidados de enfermería.

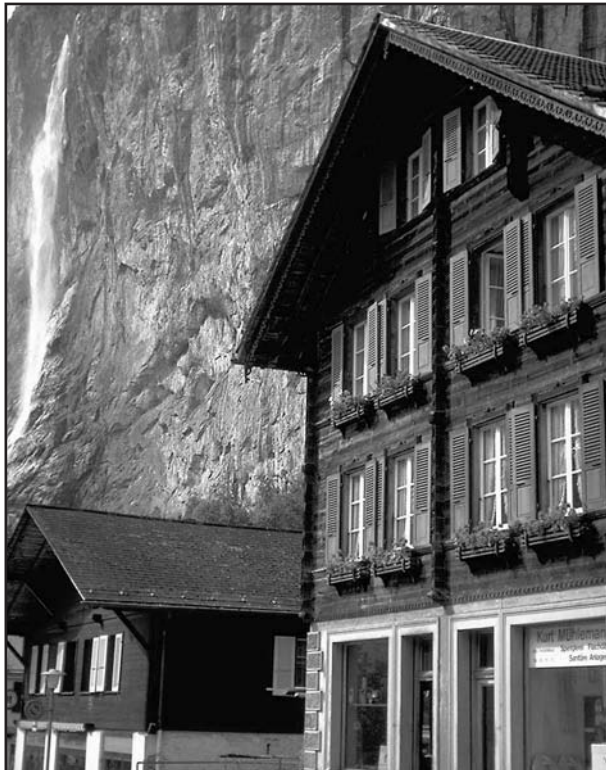
Referencias Bibliográficas

- Andrade SMO, Tanaka OY. (2000) A avaliação de resultados em saúde sob a perspectiva do Interacionismo interpretativo. *Rev IMIP*; 14(1):7-12.
- Blumer, H. (1982). El interaccionismo simbólico: perspectiva y método. Barcelona, Hora.
- Bub, MBC. (2001) Concepções de saúde, ética e prática de enfermagem. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Cebrià J, Bosch JM, Prados Castillejos JA. (2000) ¿Cómo podríamos mejorar los resultados de nuestros consejos de

salud? *Aten Primaria*;25:207-8.

- Charon M. (1989). Symbolic interactionism: an introduction, an interpretation, an integration. California: Prentice-Hall.
- Chenitz WC, Swanson JM. (1986) Qualitative research in nursing. California: Addison - Wesley.
- Conrad, P. (1987) "The experience of illness: recent and new directions", en Peter Conrad y Julius Roth. The experience and management of chronic illness. Research in the Sociology of Health Care, vol. 6. Connecticut: Jai Press Inc., pp. 1-31.
- Cooley, C.H. (1902). Human nature and the social order. New York, Scribner's Sons.
- Coulon, A. (1995). Etnometodología y educación. Ediciones Paidós Ibérica.
- Denzin, N.K. (1992). Symbolic interactionism and cultural studies: the politics of interpretation. Cambridge, Blackwell.
- Dewey, J.(1929). The quest for certainty, New York, Pedigree Books.
- Gore, S. (1989). "Social networks and social supports in health care", pp. 306-331 in Handbook of medical sociology, 4th ed., H. Freeman and S. Levine (eds.). Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall
- Haguette TMF.(1992) Metodologias qualitativas na sociologia. 3. ed. Petrópolis: Vozes.
- Hammersley, M. (1989).The dilemma of qualitative method. Herbert Blumer and the Chicago tradition . Londres, Routledge.
- Jover JL, Gil V, Tortajada JL, Mora C, Giner C, Merino J. (2001) Efecto de la entrevista motivacional sobre la cumplimiento de la terapia farmacológica en pacientes con dislipemia. *Med Clin (Barc)*;116(Supl 2):131-6.
- Kinmonth AL y Murphy E..(1996) No symptoms, no problem? Patients' understandings of non-insulin dependent diabetes. *Fam Pract*;12:184-92.
- Littlejohn, SW. (1998). Fundamentos teóricos da comunicação humana. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara, p. 162-252.
- Mead, G.H. (1934). Mind, self, and society (C.V. Morris, Ed.). Chicago: University of Chicago. En: Marriner-Tomey, A. (1994). Modelos y teorías en enfermería. Mosby/Doyma Libros. Tercera edición.
- Mechanic, D. (1986). Illness Behaviour: an overview. En S. McHugh y T.M. Vallis (Eds.), Illness Behavior: a multidisciplinary model (pp. 101-109). New York: Plenum Press.
- Mechanic, D. (1995). "Sociological dimensions of illness behavior". *Social Science and Medicine*, 41:1207-1216.
- Menéndez, E. L. (1997) "El punto de vista del actor", *Relaciones*, núm. 69, pp. 237-270.
- Mercado, F. J. (1992) Enfermedad, cultura y sociedad: la identidad cultural de las personas con diabetes del sector informal urbano. *Cuadernos Médicos Sociales*, 61:49-61.
- Park, R.E. (1904). The crowd and the public. Chicago, University of Chicago Press.
- Paterson JG, Zderad LT. (1988) Humanistic nursing. New York: National League for Nursing.
- Peguero E, Zorat M, Gené J. (2001) Cumplimiento y entrevista clínica. *Med Clin (Barc)*;116(Supl 2):52-5.
- Pill R. y Stott, NCH. (1987b). "Health promotion and the human response to loss. The clinical implications of a decade of primary health care research". *Family Practice*, 4 (2), pp. 278-286.
- Randuns V. (1997) Cuidando e se cuidando: fortalecendo o self do cliente oncológico e o self da enfermeira. Goiânia: AB.

- Roca A. (2001) Estrategias de intervención para mejorar el cumplimiento. *Med Clin (Barc)*;116(Supl 2):56-62.
- Rosenberg, CH (1992) "Framing disease: illness, society and history," En Charles Rosenberg, *Explaining epidemics and other essays in the history of medicine*. Cambridge: Cambridge Univ. press, 305-318.
- Scheper-Hughes, N. & Lock, M. (1986) Speaking "truth" to illness: metaphors, reification, and pedagogy for patients. *Medical Anthropology*, 15:137-140.
- Singer, M. (1989) The coming of age of critical medical anthropology. *Social Science and Medicine*, 28:1193-1203.
- Silva RM, y Mamede MV. (1998) *Conviver com a mastectomia*. Fortaleza: UFC.
- Thomas, W.I. y Znaniecki, F. (1918-20). *The polish peasant in Europe and America*, 5 vols., Chicago, University of Chicago Press.
- Waldow VR. (1998) *Cuidado humano: o resgate necessário*. Porto Alegre: Sagra Luzzato.



EL SIGNIFICADO DE CUIDADO PARA LOS ENFERMEROS QUE CUIDAN DE PERSONAS CON LESIÓN MEDULAR

Zuila Maria de Figueiredo Carvalho* Antonio José Núñez Hernández**, Francisco Vicente Mulet Falcó***, María Isabel Nuñez Ângulo****, Luciene de Miranda Andrade*****

**Doctora y Docente del Departamento de Enfermería de la Universidad Federal do Ceará (UFC). Hospital Universitario La Fe.*

***Enfermero. Presidente de Honra do Colegio de Enfermería de Valencia - España. Miembro del Núcleo de Investigación y Extensión en Enfermería Neurológica (NUPEN/DENF/UFC).*

****Enfermera de lo Servicio de lesión Medular del Hospital Universitario La Fe - España.*

*****Doctoranda del Programa de Pos-Grado del Departamento de Enfermería de la Universidad Federal do Ceará (UFC). Enfermera del Hospital Dr. José Forta (IJF) y docente de enfermería en la Universidad Fortaleza/ Ceará/ Brasil.*



MEANING OF 'CARE' FOR NURSES WHO LOOK AFTER ILL PATIENTS WITH CORD INJURY

SUMMARY

The study aim was to understand what is the meaning of 'care' for nurses who look after ill patients with spinal cord injury in hospital. It is a qualitative research achieved in three hospitals, Brazilian, Spanish and Portuguese. 30

male and female nurses in charge of Medual Units were involved. 15 Brazilians, 5 Spaniards and 10 Portuguese. Data collection was gathered in 2003, 2006 and 2007, by means of structured interviews, after the signing of due terms of free Acknowledge and Consent. The main query was: What is care?. Answers revealed three different thematic categories: Care: actions taken according to nurse basic human needs; Care: educational actions; and Care: attitudes and care behaviours;

The study suggests there are many coincidences in meaning for caring the so called ill patients involved (cord injury lesions), between Spanish and Portuguese nurses, towards Watson's personal meaning.

The outcome is that nurses understand that 'care' is the main point in the process or 'caring', being this perceived as nurses skillfulness to grasp the most important subjective feature of the patient.

To get a proper relationship between nurse and patient demands from the latter to experience, imagine and feel the closest to the patient. Thus, we feel transpersonal care is part of inter link to care these type of ill patients.

Key words: caring, nursing theory, understanding the meaning of 'care', cord injury. Jean Watson

O SIGNIFICADO DE CUIDADO PARA OS ENFERMEIROS QUE CUIDAM DE PESSOAS COM LESÃO MEDULAR

RESUMO

O estudo teve como objetivo compreender o significado de cuidado para os enfermeiros que cuidam de pessoas com lesão medular hospitalizadas. É uma investigação qualitativa realizada em três hospitais, brasileiro, espanhol e português. Os envolvidos foram 30 enfermeiros, que trabalham em Unidade Medular, sendo: 15 brasileiros, 05 espanhóis e 10 portugueses. A coleta dos dados foi realizada, os anos 2003, 2006 e 2007, por meio de entrevista estruturada, depois da assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Teve como questão: Que é cuidado? Os discursos desvelaram três categorias temáticas: Cuidado: ações desenvolvidas com vistas o atendimento das necessidades humanas básicas; Cuidado: ações educativas e Cuidado atitudes e comportamentos de cuidar. O estudo aponta muitas convergências nos significados de cuidados para os enfermeiros envolvidos, mas, entre os espanhóis e portugueses há maior congruência nos significados de cuidados com os modos de pensar “cuidado” para Watson. Concluí-se que os enfermeiros entendem o cuidado como um importante componente no processo de cuidar. Fato este percebido como a habilidade dos enfermeiros em captar a importância subjetiva da pessoa. Relacionar-se por meio do cuidado transpessoal exige da enfermeira a capacidade de unirse, experimentar e imaginar o sentimento do paciente. Desta forma entendemos que o cuidado transpessoal faz parte da relação de cuidar de estas enfermeiros.

Palavras Chave: cuidado, teoria de enfermagem, compreensão de significado, lesão medular, Jean Watson.

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo comprender el significado de cuidado para los enfermeros que cuidan de personas con lesión medular hospitalizadas. Es una investigación cualitativa, realizada en tres hospitales, brasileño, español y

portugués. Los implicados fueron 30 enfermeros, que trabajan en Unidad Medular, siendo: 15 brasileños, 05 españoles y 10 portugueses. La colecta de los datos fue realizada, los años 2003, 2006 y 2007, por medio de entrevista estructurada, después de la firma del término de Consentimiento Libre y Esclarecido. Tuvo como cuestión: ¿Qué es cuidado? Los discursos desvelaron tres categorías temáticas: Cuidado: acciones desarrolladas con vistas la atención de las necesidades humanas básicas; Cuidado: acciones educativas y Cuidado actitudes y comportamientos de cuidar. El estudio apunta muchas convergencias en los significados de cuidados para los enfermeros implicados, pero, entre los españoles y portugueses hay mayor congruencia en los significados de cuidados con los modos de pensar “cuidado” para Watson. Concluimos que los enfermeros entienden el cuidado como un importante componente en el proceso de cuidar. Hecho este percibido como la habilidad de los enfermeros en captar la importancia subjetiva de la persona. Relacionarse por medio del cuidado transpersonal exige de la enfermera la capacidad de unirse, experimentar e imaginar el sentimiento del paciente. De esta forma entendemos que el cuidado transpersonal forma parte de la relación de cuidar de estos enfermeros.

Palabras Clave: cuidado, teoría de enfermería, comprensión del significado, lesión medular. Jean Watson.

INTRODUCCIÓN

La lesión medular es un síndrome neurológico con secuela irreversible, que lleva a las profundas modificaciones en la vida del acometido, de su familia y de la sociedad en que vive. La problemática presentada por esas personas demanda una manera de cuidar que englobe todas las dimensiones de la persona, es decir, tanto cuidados del dominio biológico, como del emocional, social, espiritual y existencial.

El cuidado es una habilidad propia de la Enfermería, desde que ella es una profesión. Compartido con el modo de pensar de Watson (1979) de lo que el cuidado es un ideal moral, un valor humano que envuelve antojo, decisión y

compromiso para cuidar, acciones de cuidado y sus consecuencias, y que debe ayudar la persona a recoger significaciones para enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia.

La teórica arriba citada dice que los conceptos esenciales y específicos para su modelo teórico son el cuidado transpersonal, el ego, el campo fenomenológico y la ocasión del cuidado actual. Así, el cuidado es definido como una ciencia desarrollada a partir de una filosofía humanista, la cual es el enfoque de la Enfermería (Watson, 1979).

Como es realizado el cuidado de enfermería con las personas portadoras de deficiencias ocasionadas por lesión de la médula, así como, el significado de cuidar bajo la óptica de aquellos que cuidan, ha sido motivo de preocupación y de indagaciones para nosotros, delante de estos hechos, hay mucho años estamos realizando estudios sobre esta temática.

Los últimos años se ha observado que los enfermeros tanto brasileños como extranjeros están desarrollando cada día más estudios sobre cuidado, de entre ellos destacamos: Villa y Rosse, (2001); Waldow, (2004); Collet y Roca, (2004); Leite y Faro (2005); Carvalho et al (2006a); Souza y Santos (2007); Hernández (2008) y Rocha et al (2008). Sin embargo, hay aún, una laguna en la literatura sobre cuidado en la óptica de los enfermeros, pero encontramos los de Silva (2001); Carvalho (2004) los estudios direccionados al tema cuidado con personas parapléjicas en la percepción de los enfermeros son más escasos aún.

Por todo lo expuesto esta investigación que tiene como objeto de estudio el significado de cuidado en la percepción de los enfermeros que cuidan de personas con lesión medular, se hace relevante porque es una experiencia vivida en el contexto de la diversidad cultural de cuidado, además de ser una contribución en la formación de un cuerpo de conocimiento para la práctica de la enfermería neurológica.

OBJETIVO

Comprender el significado de cuidado para los enfermeros portugueses, españoles y brasileños que cuidan de personas con lesión medular hospitalizadas y analizar a luz del modelo de cuidado transpersonal de Jean Watson.

TRAYECTORIA METODOLÓGICA

Se trata de una investigación del tipo estudios de campo, con corte longitudinal y de abordaje cualitativa. La investigación de campo “recoge la descripción y la explotación de fenómenos, en escenarios naturales” (Polit, Beck y Hungler, 2004). Son estudios realizados en locales de convivencia social, como hospitales, clínicas, unidades de tratamiento intensivo, de entre otros. Ya los estudios longitudinales acontecen en múltiples puntos de colecta de los datos durante un largo periodo de tiempo (Hulley et al. ,2007).

Fue realizada en tres hospitales de gran porte, portugués, español y brasileño que poseen Unidades de Internación para los Lesionados Medulares. Los sujetos implicados fueron 30 enfermeros de ambos sexos, que cuidan de personas con lesión medular en Unidad Medular de los referidos hospitales, siendo: 10 portugueses 5 españoles y 15 brasileños. La recogida de los datos fue en los años 2003, 2006 y 2007, por medio de entrevista estructurada, y tuvo como cuestión para los enfermeros: ¿Qué es cuidado? Fueron realizadas después de la firma del término de Consentimiento Libre y Esclarecido.

Los datos fueron organizados por la “Análisis del Contenido” - Bardan (2004), esta técnica fue escogida por constituirse de un método de utilización indiscutible en las investigaciones que envuelven evaluaciones e interpretación de datos con base en elementos textuales de los discursos. Para tanto realizamos las fases básicas, pre-análisis; explotación del material y tratamiento de los resultados, inferencias e interpretación.

La ética en la investigación fue respetada en todo el recorrido de la investigación, conforme los preceptos de la Resolución nº 196/96 del Consejo Nacional de Salud, (Brasil, 1996). El derecho al anonimato fue considerado, tanto los enfermeros serán identificados por abreviaturas, Enf.B para los brasileños, Enf.E, los españoles y Enf.P, los portugueses.

De los discursos de los enfermeros fueron develadas tres categorías, a saber, Cuidado: acciones desarrolladas con vistas la atención de las necesidades humanas básicas; Cuidado: acciones educativas y Cuidado: actitudes y comportamientos de cuidar. El análisis fue a la luz de la Teoría del

Cuidado Transpersonal de Jean Watson, 1985 - 1999.

Los hallazgos:

Cuidado: acciones desarrolladas con vistas la atención de las necesidades humanas básicas

A lo que expresen el significado de cuidado en el contexto estudiado, las enfermeras se reportan a éste como siendo acciones direccionados para la satisfacción de las necesidades básicas. A despecho de la abrangencia que esta expresión traduce, es notorio el énfasis que es dada a la atención de las necesidades del dominio biológico, a lo que digan que cuidado es:

“Dar baño, realizar cateterismo vesical, alimentar, administrar la terapéutica medicamentosa, cambiar de decúbito, cuidar de la piel, hacer curativo, de entre otros”. (Enf.B).

Se percibe que las enfermeras portuguesas y españolas, no niegan las otras dimensiones del cuidado, resaltando las necesidades emocionales, el dialogo y la atención a la familia, como ilustran las declaraciones.

“Cuidado es satisfacer las necesidades básicas de los enfermas. Es la prestación de cuidados, desde la higiene, es dar apoyo emocional, es conversar con ellos. Por lo tanto, no es sólo en términos de cuidar de los aspectos físicos del enfermo”. (Enf.P)

“Cuidado es tratar de sus necesidades físicas, también las psicológicas, tratar también sus familiares y todas las cosas”. (Enf.E)

Estas enfermeras se posicionaron de esta forma: tienden a privilegiar el lado de la intersubjetividad y de la trascendencia, conforme sugerido por Watson (2002) aunque no consigan entrever tales aspectos desvinculados de la realización de procedimientos técnicos.

Carvalho, (2002) apunta que este momento de trascendencia, que acontece a través de la interacción, de la actitud, del diálogo y de la preocupación con los familiares, se revela en una serie de significados para los envueltos en el cuidado.

En la teoría del Cuidado Transpersonal, Watson (1988) muestra que el foco nuclear de la Enfermería está centrado en el hecho de que el cuidado *“se deriva de una perspectiva humanística, combinada con una base de conocimientos científ-*

ficas”. Para la teórica, cuidado humano es un ideal moral, que trasciende al acto de una enfermera aisladamente y produce actos efectivos de la Enfermería como profesión para la realización humana.

Incluye, por lo tanto, atención individual y preocupación, consideración y cariño. Independiente del punto de vista cultural, el cuidado puede ser considerado como *“atención”, “preocupación para”, “responsabilidad por”, “observar con atención”, “con afecto, amor, y simpatía”.* Es decir, el término implica en la idea de hacer, de acción.

Cuidado: acciones educativas

En los discursos de las enfermeras, se percibe que los cuidados tienen, también, el significado de acciones diseccionadas para las actividades de enseñanza/aprendizaje, esto se queda evidente cuando ellas se posicionan:

“La enseñanza es todo aquello que pueda ayudar en el futuro, la persona que va a necesitar de ayuda en esa altura, todo aquello que pueda colaborar para su mejoría, todo eso forma parte del cuidado, puede ser así directo o indirecto” (Enf.P)

“Es enseñanza auto cuidados a los enfermos y sus familiares; enseñanza de cambios posturales, alimentación” (Enf.E)

“Es enseñanza del cateterismo de alivio intermitente (CAT), actividades de cambios de decúbito, importancia de una dieta equilibrada y de la ingestión de líquidos, y, aún, sobre cuidados para prevenir escaras además de las relativas a la orientación sexual” (Enf.B).

La promoción de la enseñanza-aprendizaje es un factor de cuidado propuesto en la teoría del cuidado Transpersonal (Watson, 1988 y 1999). La teórica alerta a las enfermeras, en el sentido de mostrar que este, es un factor propiciador a las personas el máximo de control sobre su propia salud, porque él ofrece informaciones y alternativas, además de favorecer mayor cambios entre enfermera y paciente.

Es evidente el interés de las enfermeras en lo que se refiere a la enseñanza. Se percibe, sin embargo, que tal enseñanza insiste en privilegiar las cuestiones eminentemente físicas, contrariando de esta forma lo que es sugerido por Watson (1988).



Acerca de este asunto, Carvalho et al (2006b) en una investigación “la enseñanza del sondaje limpio intermitente - una estrategia de cuidado”, concluyen que enseñar a la persona enferma es un desafío, pero hacerlo en situaciones específicas tales como las personas debilitadas emocionalmente como es el caso de los lesionados medulares es un desafío aún, mayor.

Llama la atención la autora arriba citada en un estudio sobre la experiencia de promover enseñanza y aprendizaje de cuidados, también a los familiares de las personas con discapacidad (Carvalho et al 2006c).

Cuidado: actitudes y comportamientos de cuidar

Ya existe consenso, entre las enfermeras, al identificar la meta de la enfermería en el proceso de cuidado es ayudar las personas a que alcancen un alto grado de armonía dentro de sí, de forma a promover el autoconocimiento y la propia cura, o para promover insight del significado de los acontecimientos de la vida. En este sentido dice Queiroz (2004) que las situaciones de cuidados se transforman en ayudar a vivir.

Los discursos de los sujetos implicados muestran que cuidado es también, actitudes y comportamientos de cuidar, y que en estos se integran sentimientos diversificados, noten lo que fue hablado:

“Es hacer las cosas sin reclamar, es dar atención, cariño, es amor, es también, cualificación, preocupación y atención. No es solamente dar una

inyección y aliviar aquel dolor. A las veces, sólo una persona hablará, la otra ya se siente más comfortable, puede hasta aliviar un dolor”. (Enf.P)

“Es preocupación, cariño, dedicación, diálogo, y celo. Es en las horas difíciles, conversar con el enfermo, por encima de todo, gustar de lo que hace. Es dar atención, cariño, es amor, es también, cualificación, preocupación y atención” (Enf.E)

“Es conversar, esclarecer dudas, ayudar, incentivar, enseñar, dar amor, involucrar y demostrar interés y realizar los procedimientos técnicos con amor e interés”. (Enf. B).

Para las enfermeras de este estudio, es destacable como cuidado las actitudes, la preocupación, cariño y amor, son vistas como acciones de cuidado. De cierta forma, esas enfermeras incorporan en sus modos de cuidar las características de la empatía y de la relación de ayuda.

Esas actitudes y comportamientos de cuidar evidenciadas ayudan a la enfermera a comprender el significado que la persona da a su vida, o aún, puede ayudar a la persona a encontrar sentido en los acontecimientos difíciles, contribuyendo también a que la persona encuentre la fuerza o el coraje para enfrentar la vida a pesar de la deficiencia.

A ese respecto, Queiroz (2004) es enfático al decir que la relación de ayuda en el contexto del cuidado es un elemento decisivo para la incorporación de intervenciones interdependientes y autónomas bien fundamentadas desde el punto de vista científico, técnico y ético.

De ese modo, entendemos que la empatía y la relación de ayuda deben fundamentarse para que los cuidados de enfermería sean realmente eficaces.

Watson (2006) recuerda que cuidar es una habilidad propia de la enfermería, y que la enfermera siempre estuvo preocupada con la posición del cuidar humano, en lo que concierne a las situaciones de salud/enfermedad de las personas. Como, tan bien, nos dice Colière, (2001) cuidar es tener en cuenta las dos caras de los cuidados, lo que ofrece cuidado y lo que recibe este cuidado.

DISCUSIÓN

El estudio apunta algunas convergencias en los significados de cuidados para los enfermeros implicados, pero, entre los enfermeros españoles y portugueses hay mayor congruencia en los signifi-

cados de cuidados con los modos de pensar “cuidado” para Watson.

Para Watson, el cuidado es el atributo más valioso que la Enfermería tiene para ofrecer a la humanidad, pues incorpora valores al cuidado humano, apuntando determinadas condiciones para que este sea eficiente. Tales condiciones están descritas en las premisas de la ciencia del cuidado.

Es evidente el interés de las enfermeras en lo que se refiere a la enseñanza-aprendizaje. Pero, tal enseñanza insiste en privilegiar las cuestiones eminentemente físicas, contrariando lo que es sugerido por Watson. Sin embargo, algunas enfermeras diseccionan sus cuidados para actitudes de empatía y de la relación de ayuda.

Esos hallazgos denotan que las enfermeras que cuidan de los parapléjicos aún no incorporaron de todo, en su práctica, el nuevo paradigma sobre cuidado humano, mostrando que tienen delante de sí el desafío de pensar el cuidado de forma diferenciada.

CONSIDERACIONES FINALES

Los enfermeros implicados en el estudio entienden el cuidado como un importante componente en el proceso de cuidar. Hecho este percibido como la habilidad de los enfermeros en captar la importancia subjetiva de la persona.

Relacionarse por medio del cuidado transpersonal exige de la enfermera la capacidad de unirse, experimentar e imaginar el sentimiento del paciente.

El estudio muestra que los enfermeros no niegan las otras dimensiones del significado de cuidado, resaltando las sociales, emocionales, espirituales y existenciales. De esta forma entendemos que el cuidado Transpersonal forma parte de la relación de cuidar de estos enfermeros.

Una consideración que podemos hacer es que el conocimiento científico y el conocimiento humanístico son esenciales para la ciencia y para el arte de la Enfermería. La dimensión fenomenológica de experiencias humanas en la salud y en la enfermedad proveerá los enfermeros con datos necesarios para entender la condición humana y los factores curativos elaborados por Jean Watson.

La investigación muestra que hoy se hace necesario que las enfermeras compartan el compromiso con el avance de la ciencia de enfermería a través

de investigación y de la utilización de sus hallazgos en la práctica, así, el conocimiento obtenido es transformado en práctica clínica, culminando en una Enfermería vinculada a la investigación.

AGRADECIMIENTOS Y AYUDAS:

Estudio realizado en el ámbito del Proyecto de Investigación “Cuidados con las personas con problemas neurológicos” del Programa de Postgrado en Enfermería de la Universidad Federal de Ceará. Presentado en el VI jornadas internacionales de cultura de los cuidados Familia, Cultura y Cuidados y IX Reunión de Investigación Cualitativa da Universidad de Alicante, 12 y 13 de Junio de 2008. Tuvo apoyo financiero del Colegio de Enfermería de Valencia - España

BIBLIOGRAFÍA

- Bardan L. (1979) Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70 Ltda.
- Brasil, MS (1996) Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Brasília: CSN.
- Carvalho ZM de F. (2002) Cuidado de enfermagem com pessoas parapléjicas hospitalizadas: estudo à luz da teoria de Jean Watson. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza.
- Carvalho ZM de F. (2004) O cuidado de enfermagem dirigido a pessoas com lesão vértebro medular. *Interações*, vol. 6, n. 1, p.175-83, abr.
- Carvalho ZM de F. y et. al (2006^a) O Cuidado Solidario: una estrategia para el cuidado de las personas con lesión medular. *Revista Educare* 21, Espanha, v. 28, n. Junho, p. 1-10.
- Carvalho ZM de F. et al. (2006b) La enseñanza del sondaje limpio intermitente - una estrategia de cuidado. *Investigación & Cuidados*, Alicante, v. 4, n. 2^o, p. 37-42.
- Carvalho ZM de F. y et. al. (2006c) Pacientes com lesão raquimedular: experiência de ensino-aprendizagem do cuidado para suas famílias. *Esc. Ana Nery*, vol.10, n. 2, ago, p 316-322.
- Collière M-F. (2001) *soigner ... le premier art de la vie*. 2^a edição. Paris, Masson.
- Collet N. y Rocha SMM. (2004) Criança hospitalizada: mãe e enfermagem compartilhando o cuidado. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Mar./Apr. , vol.12, no.2, p.191-197.
- De Figueiredo Carvalho ZM y Coelho Damasceno MM. (2003) Aplicación de la teoría del cuidado transpersonal en pacientes parapléjicos hospitalizados: relato de experiencia. *Cienc. Enferm.*, dic. vol.9, no.2, p.77-94.
- Hernández MHF y Juan LC. (2008) El aprendizaje de cuidados familiares a pacientes com Alzheimer. *Revisión Bibliográfica.Rev. Cultura de los Cuidados*, 1er. Semestre. Año XII - N° 23: 57- 69.
- Hulley SB y et al.(2007) *Designing Clinical Research*. 3rd Edition. Lippincott Williams & Wilkins. USA.
- Leite VB y FARO ACM. (2005) O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora. *Rev. Esc. Enf. USP*, vol.39, n. 1, p. 92-6.

- Polit DF , Bech CT y Hungler BP. (2004) Fundamentos de pesquisa em Enfermagem. Tradução Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Queiróz AA .(2004) Empatia e Respeito. 2ª Ed. Coimbra: Editora Ariane.
- Rocha PK, Prado ML, Wal ML, Carraro TE . (2008) Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de cuidado. Rev Bras Enferm, Brasília, jan-fev; 61(1): 113-6.
- Silva LF da, Damasceno MMC, Carvalho CML, Souza PDS de. (2001) Cuidado de enfermagem: o sentido para enfermeiros e pacientes. Rev. bras. enferm ;54(4):578-588, out.-dez.
- Sousa PML y Santos IMSC. (2007) Cuidando da pessoa com ferida cirúrgica: estudo de caso. Rev. Referência IIª Série, n. 4.
- Vila VSC y Rossi LA. (2002) Significado cultural del cuidado humanizado en la unidad de terapia intensiva: "mucho se habla y poco se vive". Rev. Latino-Am. Enfermagem, Mar./Apr. vol.10, no.2, p.137-144.
- Waldow VR. (2004) Cuidar expressão humanizadora da enfermagem. Rio de Janeiro: Vozes.
- Watson J. (1979) Nursing: the philosophy and science of caring. Publisher: University Press of Colorado; Reprint edition.
- Watson J. (1985) Nursing: human science and human care, a theory of nursing, New York: National League for Nursing.
- Watson J. (1988) Nursing: human science and human care, a theory of nursing, New York: National League for Nursing.
- Watson J. (1999) Nursing: human science and human care, a theory of nursing. Denver: Publisher Jones & Bartlett Publishers.
- Watson J. (2006) Carative factors - Caritas processes guide to professional nursing. Danish Clinical Nursing Journal. 20(3), 21-271.



EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LAS FAMILIAS INMIGRANTES MARROQUÍES

Isabel Gentil García

Diplomada en Enfermería. Doctora en Antropología Social y Cultural. Profesora E. U. Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad Complutense de Madrid



EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NAS FAMÍLIAS IMIGRANTES MARROQUINAS

RESUMO

Para realizar ação educativa para a Saúde de forma eficaz é imprescindível conhecer as características da população a que se dirige. O Modelo de Enfermagem Transcultural (M. Leininger) afirma que é necessário conhecer valores e crenças de outras culturas para proporcionar cuidados competentes. Todos nascemos e crescemos no seio de uma determinada tradição cultural. Cada cultura credita seus modelos sob forma de ser ideal, servindo para nortear como devemos nos comportar em determinadas situações. Sendo assim, apresentam-se perfis mais característicos que identificam o modelo cultural muçulmano. É preciso considerar que pessoas muçulmanas imigrantes vivem em um contexto social e cultural diferente daquele de onde provêm. Este trabalho analisará como se dá a influência cultural nesta situação. Ademais, uma vez conhecidas as características mais comuns dessa população, serão descritas algumas habilidades no tocante ao Ser Competente para a Educação em Saúde voltada às famílias de imigrantes provenientes de Marrocos.

Palabras- chave: Enfermagem. Imigrantes marroquinos. Educação para a saúde.

RESUMEN

Para realizar Educación para la Salud de forma eficaz es imprescindible conocer las características de la población a la que va dirigida. El Modelo Enfermería Transcultural (M. Leininger) afirma que es necesario conocer valores y creencias de otras culturas para proporcionar cuidados competentes. Y es que todos nacemos y crecemos en el seno de una determinada tradición cul-

EDUCATION FOR HEALTH IN MOROCCAN IMMIGRANT FAMILIES

SUMMARY

To effectively carry out Health Education it is necessary to know the characteristics of the population it is aimed for. The Transcultural Nursing Model (M. Leininger) sustains that it is necessary to know the values and beliefs of other cultures to provide competent care. We are all born and raised in the heart of a certain cultural tradition that "makes us". Every culture creates its models on the ideal way of being which tell us how to behave or not. For all this, the most characteristic features that identify the model of a good Muslim are presented. Taking in consideration that these people are immigrant Muslims who live in a social and cultural context different from that of origin. How this situation can be of influence will be analyzed. Once the most common characteristics are known, some skills to be competent in Health Education for the immigrant Moroccan families will be described.

Keywords: Nursing. Moroccan immigrants. Education for health.

tural que “nos hace”. Cada cultura crea sus modelos sobre la forma de ser ideal que sirven para saber cómo debo comportarme o cómo no debería comportarme. Por todo ello se presentarán los rasgos más característicos que identifican el modelo de buen musulmán. Teniendo presente que estas personas son musulmanes inmigrantes que viven en un contexto social y cultural diferente al de procedencia. Se analizará cómo puede influir ésta situación. Una vez conocidas las características más comunes se describirán algunas habilidades para ser competentes en Educación para la Salud a familias inmigrantes marroquíes.

Palabras clave: Enfermería. Inmigrantes marroquíes. Educación para la salud.

I. INTRODUCCIÓN

Se entiende Educación para la Salud a un proceso de comunicación interpersonal que capacita a las personas para la toma de decisiones en relación a problemas de salud (OMS, 1989).

Antes de iniciar el proceso es imprescindible conocer las características de la población a la que va dirigida. En este caso ¿qué conocemos de los inmigrantes marroquíes? Algunos datos (INE, 2008): en enero de 2008 eran la población inmigrante más numerosa en España, en concreto 582.923, lo que representa el 12'9% del total de inmigrantes. La mitad de ellos con autorización de residencia permanente. Que en su país de procedencia la población es muy variada en etnias: árabes y diferentes etnias bereberes, que se hablan diversas lenguas: árabe marroquí, lenguas bereberes: amazight, tarifit, rifi coloquial, dhamazight, que es variada también su lugar y forma de residencia: 55'2% de la población es urbana y el 44'8 rural. Los que han emigrado proceden sobretodo del ámbito rural y son bereberes, además es este grupo poblacional el que mayor choque cultural va a experimentar. Todos estos datos nos informan de cuántos son, quiénes son, de dónde proceden, pero no nos dicen nada de cómo son, para ello necesitamos datos cualitativos.

El modelo de Enfermería Transcultural de M. Leininger (1999) afirma que es necesario conocer valores y creencias de otras culturas para proporcionar cuidados competentes. Y es que cada uno de

nosotros nacemos y crecemos en una determinada tradición cultural que nos hace, nos hemos construido dentro de una determinada cultura. Cada cultura crea modelos sobre la forma de “ser ideal”, modelos en los que las personas nos reconocemos y que sirven para saber cómo debemos comportarnos o cómo no deberíamos comportarnos. Aunque no todos los pertenecientes a una cultura piensan exactamente igual y de la misma manera pues los humanos no somos clones y existe la diversidad dentro del grupo, pero también no todos piensan de modo totalmente diferente. Es el Islam lo que proporciona una identidad común a los marroquíes y dicta los valores y normas de conducta.

Pero antes de describir los rasgos más característicos del ser musulmán, un apunte para incitar a la reflexión. Un inmigrante me decía, para que oyeran mi respuesta otros inmigrantes: “¿Verdad que en España todos los días, en todas las casas se cena tortilla de patata?” Bueno, ¡todos los días y en todas las casas! es mucho afirmar, aunque sí es cierto que la tortilla de patata es parte de nuestra identidad colectiva. Esta anécdota pretendo que sirva para apoyar que debemos huir de las universalizaciones, son erróneas siempre, y ser muy cautos con las generalizaciones porque pueden equivocarnos al oscurecer los matices, los detalles, y precisamente en ellos es donde se encuentra lo más importante de nosotros. Quiero insistir que las generalizaciones de las que voy a hablar, construidas con los rasgos más frecuentes en el modelo de ser musulmán, debemos percibir las con carácter analítico. Necesitamos hacer clasificaciones para no perdernos en el universo de los datos, de los atributos. Estas generalizaciones son el punto de partida para poder seguir avanzando. Hacer hincapié y recalcar que las generalizaciones no son finales: así son todos los marroquíes punto final. Sino todo lo contrario. Con los rasgos más comunes o que más se repiten confeccionamos una generalidad inicial que nos sirve para a partir de ahí seguir profundizando.

II. ENTORNO SOCIAL Y FAMILIA

La sociedad musulmana es una sociedad vertical y jerarquizada. Islam significa sumisión. El poder, la autoridad, los mandatos vienen de arriba abajo. Alá, El Corán, el rey, los juristas que son

también teólogos, los ancianos, los hombres, las mujeres, los niños. La actitud hacia el superior debe ser de sumisión.

Hay dos valores fundamentales. Uno es la solidaridad familiar. Otro la solidaridad del grupo de parientes. Es un principio básico que los primeros en llegar a España desarrollen una red de acogida para los que llegan después, por esto veremos como en los asentamientos de marroquíes en las ciudades de España están agrupados por el lugar de procedencia en Marruecos. Esto contribuye a mantener los vínculos entre la sociedad de origen y de destino. Recordemos que la solidaridad es factor de protección para la salud. “A mayor solidaridad y sociabilidad más salud.” (Navarro, 2008). Las redes familiares, de amistad y del mismo pueblo refuerzan el sentimiento de pertenencia, pero también van a actuar como mecanismo de control, haciendo que los individuos se comporten de forma respetuosa con los valores musulmanes.

Otros valores importantes son el honor y el respeto. El honor se demuestra obedeciendo y siendo respetuoso con las normas y valores de la familia y comunidad. El comportamiento no adecuado de un miembro de la familia es una ofensa para toda la familia. El respeto es sobre todo a los mayores, a los ancianos. Se considera que ellos son concedores de la vida, cómo han vivido más es lógico que sepan más y por tanto que los jóvenes e inexpertos los obedezcan y respeten.

¿Cuál es el modelo de buena musulmana?

Principalmente ser una mujer decente, decente y respetada, que se ocupa y preocupa por las cosas de mujeres, las del espacio interior privado, frente al hombre que se ocupa y preocupa del espacio exterior, el espacio público. La decencia en una mujer incluye el no mostrar el cuerpo, en no hacer nada que pueda considerarla como seductora o provocativa para los hombres. Tiene que ser modesta en su apariencia externa cuando está en la calle. Debe saber hacerse respetar. El uso del velo es una práctica de ocultamiento corporal a los hombres que no son el esposo. En casa se lo quitarán ante un reducido número de familiares directos. Muchas pueden sentirse “desnudas” sin el velo. Las mujeres llevan el peso del honor de la familia y de cada uno de los miembros de la familia, de tal forma que la mujer no decente no es que

se degrade ella, es que degrada a todos y a la familia en conjunto.

Esta concepción del cuerpo como algo que debe permanecer oculto, inculcado desde la infancia, extendido y mantenido por la sociedad hace que el pudor a mostrar el cuerpo desnudo sea algo realmente importante en ellas. De aquí lo delicado que les resulta ser exploradas por profesionales de la salud hombres. Nosotros, como profesionales de la salud, no somos quien para juzgar o valorar estas costumbres, sino que debemos conocerlas para poder practicar cuidados competentes. Debemos reflexionar ¿qué queremos? demostrar nuestra “superioridad occidental” o prestar cuidados competentes. Hay mujeres musulmanas que perciben, y no lo entienden, que causan pena y compasión en el mundo occidental, hay otras que sufren la humillación de ser objeto de burla, y tampoco lo entienden.

Las mujeres mayores buscan tener la seguridad de la lealtad de sus hijos varones para la vejez y suelen dominar a las jóvenes, manteniendo y fortaleciendo la situación de dominio del esposo sobre la esposa.

¿Cuál es el modelo de buen musulmán?

Ser trabajador. Ser la persona que proporciona el sustento económico. Sus valores son tener fortaleza física, no mostrar debilidad en ningún aspecto, no estar enfermo. Está desvalorizado el hombre enfermizo. Debe de ocuparse y preocuparse de las cosas del espacio exterior. Dentro del matrimonio tiene el papel de director del mismo; legalmente es así como queda recogido en el “Código marroquí del Estatuto de Personas” o Moudawwana, que define el matrimonio como un contrato legal mediante el cual un hombre y una mujer se unen para llevar a cabo una vida conyugal común y duradera, bajo la dirección del marido. (Motilla, 2002)

Por todo lo anterior nos encontramos, a veces, con que es el marido quien habla por la mujer. Como profesionales de la salud debemos conocer las características culturales de las personas a quienes prestamos cuidados para ser competentes culturalmente.

Los hijos

Las relaciones de los hijos con los padres son de respeto y obediencia, derivado de la autoridad

paterna. Me contaba un rifeño de 23 años que él, en el Rif, cada día cuando llegaba a casa besaba la mano de su padre, “y ¿a tu madre?”, le pregunté yo, “a ella le doy un beso en la frente”.

El niño marroquí debe esforzarse y prepararse para trabajar fuera de casa. Si es niña, además de trabajadora y aprender las cosas de la casa, sobre todo ser decente.

El rol de la madre para con los hijos es el de cuidadora, y mantenedora y trasmisora de los valores de la tradición. Dentro del papel de cuidadora está el conocimiento de plantas con propiedades curativas. Es un conocimiento propio de las madres y que se transmite de generación en generación. El rol del padre para con los hijos es el de guía, y como buen guía se da por sentado que es él quien conoce el camino y la dirección. Al padre se le reconoce el poder, el derecho y la obligación de sancionar a sus guiados si considera que están en riesgo de extraviarse, incluido el castigo físico. Como profesionales comprometidos con la defensa de la salud es importante conocer para entender (que no justificar) cómo se construye la lógica interna que lleva a ello, porque este conocimiento es lo que nos va a permitir actuar para modificar actuaciones que dañan la salud.

III. LOS INMIGRANTES ANTE LA NUEVA SOCIEDAD

El inmigrante está dotado de conocimientos, habilidades y estrategias para desenvolverse en el medio social de donde procede, pero en la nueva sociedad se encuentra con prácticas sociales que

La difícil situación de los hijos

Los valores y costumbres que le enseñan en la familia son diferentes a los que aprende en el espacio exterior: barrio, amigos, escuela. Lo viven como conflicto, pues se identifican con valores y costumbres de la nueva sociedad pero les duele tener que enfrentarse a sus padres, son conscientes de los sacrificios que ellos hacen y han hecho, del cariño que les tienen -ellos también quieren a sus padres-.

Si los adolescentes, en general, se encuentran en un espacio indefinido entre la niñez y la adultez, el adolescente marroquí además, está en un no espacio; ni de aquí, ni de allí, lo que hace que a veces en el ambiente familiar se definen como

españoles y en entre los autóctonos como marroquíes. Como profesionales de la salud no ignoraremos esta vivencia de conflicto y cuando tengamos que darles recomendaciones en educación para la salud lo haremos explicando la lógica interna de la recomendación. Son especialmente receptivos y con ganas de aprender, aunque aparentemente por la situación que están experimentando dé la impresión contraria. No caigamos en el desánimo.

A veces los padres les exigen demasiado a estos niños porque se pone en ellos excesivas expectativas. Que vayan a la Escuela para poder tener un empleo mejor que el del padre, “quiero que mis hijos puedan tener trabajos bajo techo”, me comentaba un marroquí que trabaja en la construcción. Pero los padres desconocen la fuerte competitividad y que el punto de partida de estos niños no suele ser desde el mismo nivel que el de los autóctonos. También puede ser lo contrario, las prisas para que se pongan a trabajar, no entendiendo que con 16 años (en su concepto un adulto) aún sea obligatorio el estar escolarizado y tener prohibido trabajar según la legislación española.

IV. REFUERZO DEL PROPIO CAPITAL CULTURAL

Para garantizar la supervivencia en un entorno desconocido y adverso, los inmigrantes adultos, y más si son las madres de familia que tienen menos interrelación con el mundo de fuera del hogar, tienen que recurrir a su propio capital cultural y simbólico: el Islam, reforzándolo.

El Islam da consuelo, protección y seguridad frente a un ambiente que se percibe como hostil. El Islam refuerza la identidad para resistir mejor las condiciones difíciles que acompañan al desarraigo en todo inmigrante. Revaloriza la identidad tras la desvalorización de lo musulmán en el mundo occidental. En definitiva es la liberación de unas condiciones de vida realmente duras. Cuanto más miedo hay a no ser, más nos refugiarnos en el modelo de cómo se debe ser, sobre todo en los rasgos externos, observables. Es una forma de protegerse frente al ambiente adverso. Son estrategias para sobrevivir en situaciones desfavorables. Recordar que quien más sufre dentro del amplio fenómeno de la emigración es el emigrante, sobre todo en sus comienzos, cuando además se acompaña de situaciones económicas precarias. La exclu-

sión social conduce a refugiarse en la religión, el espacio sagrado que salvaguarda de todo lo malo mundano y consuela con el bien eterno.

V. COMPETENCIA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Aspectos a tener en cuenta:

- No hacer juicios de valor, no somos jueces, somos profesionales de la salud que pretendemos ser competentes culturalmente. M. Leininger (1994), dice que la imposición y el etnocentrismo por parte del personal de enfermería reducen en gran medida el descubrimiento de conocimientos y, consecuentemente la calidad de los cuidados.
- Desarrollar capacidad de inspirar confianza a través de la capacidad para entender los rasgos culturales y valorar la diversidad. A. Malouf (2001) apunta que cuanto más perciba el inmigrante que se respeta su cultura de origen, más se abrirá a la cultura del país de acogida.
- El microespacio. La distancia física interpersonal en la interacción con personas musulmanas es diferente a como lo percibimos. Este espacio o burbuja de seguridad es mayor especialmente entre personas de distinto sexo.
- La mirada. El respeto hacia el que se considera superior implica no mirarle a los ojos. Me comentaba una maestra en relación a un niño musulmán: "Es que cuando le hablo no es capaz de mirarme a los ojos, siempre mirando al suelo" Es lo que le han enseñado.
- Ayuno del mes de Ramadán (Quingles, 2002). Personas a las que obliga el ayuno: adulto, estar en su sano juicio, tener capacidad y fortaleza física. Personas exentas de la obligación de ayunar: niños, enfermos, viajeros, ancianos, embarazadas, mujeres lactantes y mujeres en período menstrual. Pero muchas de las personas exentas prefieren practicar el ayuno por religiosidad o por otras razones, como formar parte del colectivo que tiene las características de las personas con obligación. Acciones permitidas: Tomar algún medicamento siempre que no llegue al estómago. Inyectarse medicamentos que no sean sustitutos de alimento.
- No están acostumbrados a las preguntas directas, a responder a cuestionarios estructurados rígidos,

a pasar de una cuestión a otra con rapidez, es mejor entrevistas charlas pausadas, sin prisas.

A pesar de la importancia dada al conocer para ser competentes, ahora que ya conocemos antepone-mos a la aptitud la actitud. La capacidad para ser competentes en cuidados se inicia con la capacidad para la empatía. La empatía la define Howard Gardner (2005) como la capacidad intelectual de una persona de vivenciar la manera en que siente otra persona y de compartir sus sentimientos, lo cual puede llevar a una mejor comprensión de su comportamiento o de su forma de tomar decisiones. Es la habilidad para entender las necesidades, sentimientos y problemas de los demás y responder correctamente a sus reacciones emocionales. Por tanto desarrollar competencia en Cuidados implica desarrollar competencia emotiva, es desarrollar una sensibilidad y ante todo una actitud de respeto hacia la persona. Los humanos estamos dotados de capacidad para entendernos. Debemos buscar ¿qué nos une?: la necesidad de cuidados. Esta necesidad es universal. Desnudos del traje cultural, todos los humanos sentimos igual, nos emocionamos igual, amamos, sufrimos, gozamos igual.

VI. BIBLIOGRAFÍA

- Gardner H. (2005) Las cinco mentes del futuro: un ensayo educativo. Paidós, Barcelona.
- INE. Enero 2008. Avance del padrón de 2008
- Leininger M. (1994) Teoría de los cuidados culturales. En Marriner-Tomey. Modelos y teorías en enfermería. Doyma, Madrid.
- Leininger M. (1999) Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural. Cultura de los Cuidados. Revista de Enfermería y Humanidades 6, 5-8.
- Maalouf A. (2001) Identidades asesinas. Alianza Editorial, Madrid.
- Navarro V. (2008) El País. 1 mayo 2008.
- Motilla A, Lorenzo P. (2002) Derecho de Familia Islámico. Problemas de adaptación al Derecho español. Colex, Madrid.
- Organización Mundial de la Salud. (1989) Educación para la Salud: manual sobre educación sanitaria en atención primaria de salud. OMS, Ginebra.
- Quingles J. (traductor, prólogo y notas) (2002). Dichos del Profeta: los cuarenta hadices. Al-Nawawi. José J. de Olañeta, Palma de Mallorca.

LA EMPATIA SEGÚN EDITH STEIN Y SUS APLICACIONES EN ENFERMERÍA EN EL CONTEXTO FAMILIAR

Amparo Nogales Espert

*Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Rey Juan Carlos. Madrid*



Palavras-chave: Observação, sensibilidade, interesse pelo ser humano, afetividade, reflexão, profundidade humana, busca da verdade, relação de empatia.

RESUMEN

A través de un análisis de textos sobre la biografía y la obra de Edith Stein, se pretenden extraer aquellos aspectos de su personalidad coincidentes con los valores de la enfermería.

Palabras Clave: Observación, sensibilidad, interés por el ser humano, afectividad, reflexión, profundidad humana, búsqueda de la verdad, relación de empatía.

EMPATHY ACCORDING TO EDITH STEIN AND ITS APPLICATIONS FOR NURSING IN THE FAMILY CONTEXT

SUMMARY

Through a text analysis of Edith Stein's biography and work, we tried to draw those aspects of her personality that coincide with nursing values.

Key words: Observation, sensitivity, interest for human beings, affectiveness, reflection, human depth, search for the truth, empathic relation.

A EMPATIA SEGUNDO EDITH STEIN E SUAS APLICAÇÕES NA ENFERMAGEM NO CONTEXTO FAMILIAR

RESUMO

A través de una análise de textos sobre a biografia e a obra de Edith Stein, pretende-se extraír aqueles aspectos de sua personalidade coincidentes com os valores da enfermagem.

INTRODUCCIÓN

Desde hace años me viene preocupando una idea respecto a los cuidados de enfermería y es la siguiente: la de si es posible realmente cuidar a los enfermos, a todos ellos, con una actitud afectiva y acogedora, manteniendo este talento de forma invariable durante todo el tiempo asistencial, a lo largo de meses y años de actividad profesional, y tanto en situaciones relajadas como en otras de mayor presión. O si, por el contrario, esta es solo una ilusión, un proyecto inalcanzable, que siempre estará presente como un reto al que poder llegar alguna vez.

En medio de estas dudas me encontré con la figura de una gran filósofa y fenomenóloga, Edith Stein, una de las mentes más claras que, en mi opinión, han iluminado el pensamiento en el siglo XX. Mi interés surgió ante el encuentro con una personalidad fascinante, dotada de un verdadero atractivo personal, y me interesó además por las características excepcionales de su biografía, y sobre todo

porque dedicó su tesis doctoral al estudio de un tema que podía abrir caminos de reflexión al problema de la relación afectiva de la enfermera con el paciente. Edith Stein presentó su tesis doctoral en la Universidad de Friburgo en 1916, con el título “Sobre el problema de la empatía”. Desde que conocí este dato, comprendí la importancia que para mí tenía el tratar de acercarme a esta personalidad y a esta obra, con la adecuada prudencia de alguien que se aproxima a la filosofía.

Mi primer encuentro con Edith Stein se produjo en el año 2005, cuando asistí en la Facultad de Teología “San Dámaso” en Madrid, a la Jornada sobre “Edith Stein y los Místicos Españoles”.

El año 2006 asistí en el Centro Internacional de Estudios Teresiano-Sanjuanistas (CITES) de Ávila, del 15 al 19 de Mayo, al seminario “Vida, obras y pensamiento de Edith Stein”.

Durante los cursos académicos 2006-2007 y 2007-2008, cursé en la Fundación Zubiri de Madrid los cursos de filosofía que estudian, entre otros fenomenólogos como Husserl, Heidegger, y Michel Henry, la obra de Edith Stein. Creo que seguir a esta pensadora, sin olvidar las dificultades del pensamiento fenomenológico, puede abrir nuevos horizontes a la enfermería en la búsqueda del conocimiento de las relaciones paciente-enfermera.

He dividido mi intervención en tres partes: en la primera realizaré una presentación resumida de la biografía de Edith Stein; en la segunda comentaremos sus principales experiencias de enfermería en la Cruz Roja, y en la tercera algunos aspectos destacables del primer capítulo de “Sobre el problema de la empatía”.

1.- RESUMEN BIOGRÁFICO

¿Quién fue Edith Stein y donde reside el interés de su personalidad y su obra para la enfermería?.

1891.- Edith Stein nace en Breslau, Alemania, el 12 de Octubre, en una familia acomodada. Hija de padres judíos practicantes. El padre, Siegfried se dedicaba al negocio de la madera. La madre, Auguste Courant, era una mujer fuerte, emprendedora, dotada de gran personalidad.

1911.- Realiza el examen extraordinario para entrar en la universidad. Tiene 20 años. Comienza los estudios universitarios en

germanística, historia, propedéutica filosófica y psicología en su ciudad, Breslau.

1912.- Tiene una crisis intelectual. Lee a Husserl, se interesa profundamente por su obra y decide cambiar de estudios y de universidad. Su madre la comprende y le presta apoyo económico.

1913.- Se traslada a la Universidad de Gotinga para seguir los estudios en la escuela fenomenológica de Husserl. Tiene 22 años. Conoce a Max Scheler, a Adolph Reinach y entra en contacto con el mundo de la fe.

1914.- Año en que prepara el examen de licenciatura y empieza a trabajar en la tesis doctoral con el tema de la empatía. Este mismo año estalla la primera Guerra Mundial. Alemania declara la guerra a Rusia y a Francia. Edith vuelve a su casa en Breslau.

1915.- En este mismo año vivirá una experiencia en cuidados de enfermería. Se alista como voluntaria asistente de enfermera de la Cruz Roja y trabaja durante 6 meses en el hospital austriaco de Mährisch-Weibkirchen en Chequia. Tiene 24 años.

1916.- En el mes de Agosto presenta su tesis doctoral en la Universidad de Friburgo, obteniendo la máxima calificación de “summa cum laude”; había trasladado sus estudios siguiendo al maestro Husserl, que también había cambiado a esta universidad. Tiene 25 años.

Se convierte en asistente de Husserl, encargándose como docente de introducir a los estudiantes en la fenomenología y, por otra parte, se dedicará a transcribir los manuscritos del maestro. Este trabajo como asistente de Husserl durará un año y medio.

1918.- Abandona voluntariamente el puesto de asistente de Husserl. A pesar del profundo respeto y cariño por el maestro, se da cuenta de que, en las condiciones en las que se encontraba, su futuro estaba limitado.

1919.- Husserl firma el certificado de idoneidad de Edith para presentarse a cátedra.

Tiene 28 años. Intenta acceder a una cátedra en las universidades de Gotinga, Friburgo y Kiel. No llega a lograrlo debido a su condición de mujer.

Elabora trabajos científicos sobre política y estado.

Alemania firma el Tratado de Paz de Versalles.

Al iniciarse la república de Weimar, la mujer consigue el derecho al voto y a la igualdad, pero alcanzar esa igualdad desde el punto de vista práctico será cosa distinta.

1921.- Permanece una temporada, desde el 25 de Mayo hasta Agosto en casa del matrimonio amigo Conrad-Martius en Bad-Bergzabern. En Junio lee allí el “Libro de la vida” de Santa Teresa de Jesús, y este será el detonante que la empuja a decidirse definitivamente por el catolicismo. Tiene 30 años.

1922.- Recibe el bautismo el día 1 de Enero y la comunión en la iglesia de San Martín de Bad-Bergzabern. Toma el nombre de Edith Hedwig Teresa. En Febrero recibe la confirmación en la capilla del Palacio Episcopal de Espira.

1923.- Se traslada a Espira y trabaja como profesora de literatura y alemán en el instituto y Escuela de Magisterio de las Dominicas de esta ciudad.

1930.- Año intenso en charlas y conferencias:

- Nuremberg, 24 de Abril, conferencia: “Fundamentos teóricos del aspecto social de la educación”.
- Espira, 14 de Julio, charla: “La educación eucarística”.
- Salzburgo (Austria), 1 de Septiembre, conferencia: “El ethos de la profesión femenina”.
- Espira, 14 de Julio, charla: “Sobre la idea de la formación”.
- Bendorg, 8 de Noviembre, conferencia: “Los fundamentos de la formación femenina”.
- Heidelberg, 2 de Diciembre, conferencia: “El intelecto y los intelectuales”.

1933.- Berlín, 2 al 5 de Enero imparte un curso sobre “La educación de la juventud a la luz de la fe católica”.

- La situación política de Alemania se complica, especialmente para los judíos alemanes. El 30 de Enero Hitler sube al poder, y el 1 de Abril aparece una ley prohibiendo a los judíos desempeñar cargos públicos. Con ello se cerraban las puertas a Edith que se ve obligada a abandonar su trabajo docente. Como profesora, filósofa y conferenciante, su condición de judía cortaba su camino en todas direcciones. Comprende que ha llegado el momento de ingresar en el Carmelo.

- En su autobiografía Edith expresa su alegría por esta resolución de convertirse en religiosa; desde hacía tiempo era una idea muy meditada y ya decidida, de modo que ahora no aparece como la solución al problema planteado a su vida, sino como el momento adecuado para llevar a cabo su antigua decisión. Por ello todos sus pasos los dará, a partir de aquí, embargada de una inmensa alegría por ver llegado el momento de cumplir su deseo, solo ensombrecida por el gran dolor que esta decisión causaba en su madre.

- Con este objetivo de dar los primeros pasos hacia la profesión religiosa, el 15 de Julio marcha a Colonia para iniciar una experiencia de vida en el Carmelo, preparatoria de su entrada definitiva.

- Un mes después, el 15 de Agosto se dirige a su ciudad natal, Breslau, para estar con su familia y comunicarles la decisión de adoptar una vida religiosa. Permanece en casa un mes y medio. Su decisión es aceptada por los hermanos, no así por la madre, que se hunde en una gran tristeza. Edith siente profundamente ser la causa del dolor de la madre tan querida.

- El 14 de Octubre, víspera de la festividad de Santa Teresa de Jesús Edith Stein ingresa en el Carmelo de Colonia. Tenía entonces 42 años.

1934.- Toma el hábito del Carmelo, orden religiosa de clausura con el nombre de Teresa Benedicta de la Cruz. Teresa por el nombre de la Santa fundadora a la que admiró desde que leyera por primera vez uno de sus libros. Benedicta por San Benito, fundador en Nursia, el año 525, del monasterio y regla de vida para los monjes, “regula monachorum” que influiría decisivamente en las ordenes religiosas de Occidente; de la Cruz, porque desde mucho antes había ofrecido su persona para cargar con la cruz que se dejaba caer sobre el pueblo judío.

- Su vocación como filósofa, que había marcado toda su personalidad no se altera por ser religiosa. Y el Provincial de la Orden de los Carmelitas de Alemania, le concede permiso para continuar con la actividad filosófica en el convento, trabajando con la obra “Ser finito y ser eterno”.

1938.- El día 19 de Abril los nazis llegan al convento con la intención de recoger los votos de las religiosas. Edith no puede votar por su condición de judía. Ya se sabe, por tanto, su lugar de residencia.

- Del 9 al 10 de Noviembre, estalla el odio antisemita en “la noche de los cristales rotos”. La vida de Edith estaba en peligro si permanecía en Alemania; por ello se tomó la decisión de trasladarla a otro Carmelo fuera del país. El 31 de Diciembre marcha a Holanda, al Carmelo de de Echt, donde podrá sobrevivir solamente tres años y medio más.
- Las gestiones en ayuda de su hermana Rosa tienen éxito y el 1 de Julio ésta consigue llegar a Echt. En el convento profesa como Terciaria Carmelita y ocupa el puesto de portera y demandadera del mismo.

- Se inicia la Segunda Guerra mundial el 1 de Septiembre, con la invasión de Polonia por parte de Alemania.
- Una parte de la familia de Edith logra emigrar a Estados Unidos, Noruega y Colombia.

1940.- Día 10 de Mayo. Las tropas de Hitler invaden Holanda; el 14 de Mayo se produce la capitulación de Bélgica y los Países Bajos.

- La vida de las hermanas Stein corre peligro también en Holanda y comienzan las gestiones para su traslado a otro Carmelo fuera del país, en Le Pâquier, Suiza.

1941.- Día 13 de Enero. Los Obispos holandeses publican una carta pastoral en contra del Partido Nazi.

- La pasión por la búsqueda de la verdad y por dar salida a su pensamiento no decae en Edith, que continúa con su labor creadora, a pesar de los graves peligros en que se encuentra su propia familia y ella misma, y en Noviembre inicia el que sería su último trabajo, “La Ciencia de la Cruz”. Será la segunda gran obra filosófica, que redactará en un tiempo record, pues nueve meses más tarde fue apresada por las SS.

- Mientras tanto el Carmelo de Echt continúa tramitando la documentación para el traslado de las dos hermanas a Suiza. Pero la puesta en regla de aquella, llegaría demasiado tarde.

1942.- Mes de Abril, la Gestapo registra a Edith y Rosa como judías. Esto significaba que aún permaneciendo dentro del convento, se hallaban perfectamente localizadas por la policía.

- El día 2 de Agosto Edith y su hermana Rosa son apresadas por las SS en el convento y llevadas al campo de concentración de Amesfoort en Holanda. Edith tenía 51 años. Solo una persona extraordinaria como Edith pudo vivir aquellos momentos de espanto con la entereza y dignidad

que la acompañaron hasta el final, como pudo ir sabiéndose por unas y otras noticias de primera mano que posteriormente lograron recogerse.

- El 4 de Agosto, dos días después, las trasladan al campo de Westerbork, también en Holanda.
- El 7 de Agosto fueron deportadas al campo de exterminio de Auschwitz-Birkenau.
- El 9 de Agosto llegan a Auschwitz y ese mismo día fueron asesinadas en la cámara de gas.

1962.- El día 4 de Enero se inicia de forma oficial el proceso de canonización eclesiológica por el Cardenal de Colonia.

1980.- La Conferencia Episcopal de Alemania pide a la Santa Sede en Roma, se inicie el proceso de beatificación.

1987.- Edith Stein es beatificada por el Papa Juan Pablo II el día 1 de Mayo, en el estadio de fútbol de Colonia.

1997.- El día 25 de Marzo se produce la aprobación por Juan Pablo II del milagro, que ha de ocurrir de forma imprescindible para que sea posible iniciar el proceso de canonización.

1998.- El día 11 de Octubre Edith Stein es canonizada santa en la Plaza de San Pedro de Roma por Juan Pablo II.

1999.- Día 1 de Octubre es declarada copatrona de Europa. Unos días después, el 9 de Octubre, la Asociación italiana de Psicólogos y Psiquiatras la declaran su patrona.

2002.- Aparece publicado en español el primer tomo de las Obras Completas de Santa Teresa Benedicta de la Cruz (STEIN Edith, 2002).

Este breve resumen no permite obtener con toda claridad un conocimiento de la persona de Edith Stein. Es imprescindible leer no solo su propia biografía, donde ella muestra su personalidad y la forma particular con que tomó posición ante cada circunstancia importante de su vida, las que fueron gratas y las otras negativas y difíciles de asumir. El lector se da cuenta de que se halla ante una inteligencia excepcional y ante una intelectual

entregada a la investigación fenomenológica y, sobre todo, a la búsqueda de la verdad.

Pero aquí en su autobiografía aparece también la verdadera multitud de amistades y amigos en grados distintos con que contó, y la importancia de la amistad en su vida, que cultivó delicadamente a pesar de la distancia, lo que se aprecia con la lectura de las cartas, tanto las redactadas por ella misma como las que sus propios amigos le enviaron y se han publicado. Puede encontrarse a través de las mismas una gran sensibilidad y una extraordinaria capacidad de relación próxima y atrayente con los demás (STEIN Edith, 1998).

Debe leerse así mismo no solo lo que Edith cuenta, sino su vida escrita por otros, como la biografía de la Madre Teresa Renata Posselt, Madre de Novicias de la Orden del Carmelo de Colonia, que fue su propia maestra (POSELT, 2004), para tener la visión de los que conocieron su personalidad, inteligencia y su valor como persona. Y es necesario finalmente, para completar de forma más amplia la visión de quién fue Edith Stein, leer los escritos de su propia familia, como la obra de su sobrina, hija de su hermana y amiga Erna titulada “Mi tía Edith” (BATZDORF, 2001), donde se desvela otra faceta de su personalidad como miembro de una familia y de qué modo era comprendida y amada por sus seres queridos.

Edith Stein es interesante para la enfermería por su capacidad de penetración en la profundidad del ser humano, por sus estudios y penetrantes trabajos sobre el vivir humano, mostrados en su obra “Ser finito y ser eterno. Ensayo de una ascensión al



sentido del ser” y, especialmente, por su interés por las relaciones interpersonales y la forma en que se producen entre las personas, y cuando y como son o no posibles entre sí.

La preocupación por el tema de las relaciones humanas lo plasmó en la tesis doctoral titulada, como es sabido, “Sobre el problema de la empatía”, de modo que a esta temática dedicó una de sus primeras investigaciones filosóficas, llena de profundidad y penetración en las raíces y los caminos subterráneos seguidos por el ser humano para acercar su existencia a las otras vidas, para sentirse próximo o identificado con otros seres que suscitan interés e invitan a iniciar un acercamiento, cuyos pequeños aciertos producen grandes satisfacciones.

Interesa Edith Stein a la enfermería porque quien habla no es solamente una filósofa que podría encontrarse muy lejos de la profesión de enfermería, cuyas relaciones humanas se establecen en especial con personas del mundo de la enfermedad. Ella también dedicó una parte, aunque breve, de su vida al sufrimiento humano. Se sintió llamada a colaborar en la ayuda a los enfermos. Trabajó como enfermera de la Cruz Roja, durante la Primera Guerra Mundial, en un hospital de guerra, suspendiendo su proyecto personal e intelectual, para dedicarse a la ayuda de aquellos jóvenes soldados que habían entregado la vida por su país.

En el hospital austríaco de Mährisch-Weibkirchen Edith entra en contacto con los enfermos, aprende a conocer las características del comportamiento de los pacientes afectados de tifus, su sintomatología, sus sufrimientos y cambios de carácter, vive de cerca el sentimiento de proximidad humana con algunos de ellos, siente la satisfacción del agradecimiento hacia su persona, y sobre todo, es testigo de la muerte de algunos de aquellos enfermos. Edith vivió la realidad de la vida del profesional de enfermería, y pudo comprender el hondo significado de la relación humana en estas circunstancias.

La relación entre su experiencia como enfermera y su obra “Sobre el problema de la empatía” se produce en el momento en que acaba de redactar el borrador de esta investigación. Cuando se encuentra en el hospital y uno de sus hermanos va a visitarla, pide a este que le traiga el cuaderno de trabajo. Y durante su tiempo libre, se dedica a

reparar y analizar el borrador. Edith no cuenta si introdujo o no modificaciones en el mismo. Pero desde luego para nosotros es muy importante saber que fue repasado mientras vivía sus experiencias como enfermera y que estas, de uno u otro modo, dejaban en ella una huella que tenía que quedar forzosamente marcada en el escrito filosófico de la empatía.

En definitiva puede decirse aquí que habla de la empatía una persona que ha vivido experiencias de enfermería, que ha cuidado al ser humano y ha presenciado el dolor y la muerte en otras vidas a las que se entregó de lleno durante un tiempo de su existencia. No hay por tanto una desconexión entre empatía analizada filosóficamente y empatía como posibilidad de relación paciente-enfermera.

Para darnos cuenta de esto último efectuaremos un breve resumen de la experiencia que Edith Stein cuenta de su estancia como enfermera de la Cruz Roja y de su trabajo en un hospital.

2.- EXPERIENCIA COMO AUXILIAR DE LA CRUZ ROJA:

Año 1915, Primera Guerra Mundial. Edith se ofrece como voluntaria de la Cruz Roja. Es aceptada en un hospital de aislamiento en Mährisch-Weibkirchen (ahora Hranice, Chequia). Este hospital atendía a soldados con enfermedades infecciosas: cólera, tifus, infecciones agudas, era por tanto, un centro de cuarentena. El conjunto arquitectónico correspondía a una academia militar habilitada como hospital para enfermos contagiosos, con 4000 camas dispuestas para evacuar a los enfermos del frente de los Cárpatos. Edith parte el 7 de Abril de 1915.

En su narración habla de buen número de enfermos a los que recuerda con sus nombres y el detalle de las experiencias de cuidados y de las vivencias compartidas con ellos. Los cuidados que prestaba eran en su mayoría, de los que llamaríamos poco gratos, pero en ningún momento aparece el menor asomo de desagrado o incomodidad al llevarlos a cabo: a un joven soldado, llamado Mario, que había perdido totalmente la voz y se hallaba imposibilitado para hablar, debía frecuentemente limpiarle con una gasa la boca de la que fluía una flema ensangrentada, y Edith solamente percibía el agradecimiento mostrado a través de la mirada. El equipo asistencial se permitía hablar

durante el reconocimiento del enfermo con toda claridad como si el propio paciente no estuviera presente, pero Edith se daba cuenta de que el enfermo estaba atento y captaba perfectamente todo cuanto allí se hablaba; en general, aspectos del día a día que todos conocemos, y que para Edith no pasaban en modo alguno desapercibidos.

Pronto se dio cuenta Edith de la importancia de los cuidados de enfermería en el tratamiento de los enfermos de tífus: “Los médicos bien poco podían hacer contra esta enfermedad, pero mucho dependía del diligente cuidado de la enfermera. Nos sentíamos orgullosas de que se hubieran registrado pocas defunciones. Pero, a veces, se tenía que librar una dura batalla para arrancar a la muerte su víctima. La infección grave, y más aún cuando sobrevenía la inflamación pulmonar, afectaba con frecuencia al corazón, de tal suerte que amenazaba el paro cardíaco”. En los casos más graves debían duplicar la vigilancia; algunos enfermos precisaban como tratamiento una inyección de alcanfor cada hora, o bien vigilar constantemente que mantuviesen un ayuno riguroso, cosa difícil de conseguir, pues algunos de ellos esquivaban esta prescripción; en otros casos más graves había que administrar pequeñas cucharadas de huevo con coñac.

Con claridad Edith manifiesta que su mayor gusto era el trato con los enfermos, a pesar de las dificultades de comunicación, puesto que los soldados hospitalizados pertenecían a todas las nacionalidades de la monarquía austro-húngara: alemanes, checos, eslovacos, eslovenos, polacos, rutenos, húngaros, rumanos, italianos, incluso gitanos. Dice así: “Con mucho, lo que más me gustaba era la relación con el paciente; aunque esto ofrecía algunas dificultades... con unas cuantas expresiones y algo de mímica salía una de apuros”.

Habla también del estado de postración de la mayoría de ellos, que no les dejaba energía apenas para comunicarse: “Más dificultades habría habido si los pacientes hubieran tenido necesidad de entretenerse conversando, pero la mayoría se encontraba en una situación en la que no estaba para ello. Su total desamparo y necesidad de cuidado, me hacía más amable el trabajo”.

Deja traslucir igualmente el lógico cansancio derivado del cuidado de los enfermos: “También yo me acostumbré pronto al café fuerte y a los

cigarrillos. Los nervios exigían algún estimulante cuando se regresaba de la sala de los enfermos”.

En sus cuidados de enfermería narra la experiencia de la muerte de dos enfermos. Su conducta es la de una intelectual que se comporta serenamente, cumpliendo con las funciones que debía desempeñar en cada momento; no hay muestras, al parecer, de alteración afectiva, y por ello preguntamos: ¿pudo influir en ello su estudio en profundidad de la empatía, su saber sobre el verdadero sentido de la mima, de sus componentes y significado?. No lo sabemos. Solo expresa cómo se sintió implicada afectivamente en uno de los casos:

Una compañera “ me vino a buscar llena de miedo en la primera noche, para atender a un moribundo. El pobrecillo no podía en su agonía hacerse entender. Se trataba de un alemán, y ella no entendía ni una sola palabra. Yo le dije que avisase rápidamente al médico que estaba al lado también de guardia, y entre tanto le puse una inyección. El médico vino enseguida pero no había nada que hacer. Solo pudo esperar la muerte y extender el certificado”.

“Era la primera vez que yo veía morir a alguien. La segunda defunción fue en nuestra sala... Al llegar me indicaron que había ingresado un moribundo... Me indicaron que le pusiese cada hora una inyección de alcanfor. Muchas noches yo prolongaba así la chispita de vida hasta la mañana siguiente. Era un hombre alto y fuerte. Yacía inmóvil y sin conocimiento; había llegado ya así. Nadie lo vio con los ojos abiertos ni le oyó una palabra. La última noche le había puesto algunas inyecciones, y entre tanto oía desde mi sitio la respiración; hubo un momento en el que cesó. Me acerqué a su cama: el corazón no palpitaba más”. No introduce aquí ninguna expresión respecto al impacto que le produjo, o si aquella muerte presenciada ocasionó en ella un estremecimiento interno, sino que prosigue de este modo:

“Entonces tuve que hacer lo que se nos había indicado en aquellos casos: recoger las pocas cosas personales que tenía allí para dárselas a la oficina militar; llamar al médico para el certificado de defunción; ir a la guardia de la puerta y pedir hombres para que se lo llevaran en una camilla; finalmente quitar la ropa de la cama”.

Fue en aquél momento cuando se sintió en verdad afectada: “Cuando ordené sus cosas, se cayó

fuera de la agenda del difunto una tarjetita: contenía una oración para que se le conservase la vida y que su mujer le había dado. Esto me partió el alma. Comprendí, justo ahora, lo que humanamente significaba aquella muerte. Pero yo no podía quedarme allí. Reaccioné para ir a buscar al médico...”

La entrega de Edith a los enfermos queda constantemente plasmada en su narración. Uno de los apartados lo titula “Pensando en los enfermos”, y lo reproducimos por su valor testimonial, que muestra a una enfermera verdaderamente entregada a su trabajo, con el único interés de ayudar a los enfermos a sentirse mejor:

“El mes de Agosto de 1915 que lo pasé en esta sección fue el más difícil de mi tiempo de enfermera... Ahora tenía de nuevo una agotadora actividad de asistencia a personas muy necesitadas, como a mí me gustaba. En la habitación grande había 9 camas. Los enfermos aquí instalados, tenían casi todos roturas complicadas de fémur y portaban fuertes vendajes. Mientras estaban en el quirófano grande para el cambio de vendajes, yo debía hacer rápidamente sus camas y, por supuesto, con mucho esmero, pues los enfermos habían de estar rígidos e inmóviles. Cuando volvían había que tensar el peso en un muslo vendado hasta conseguir que la pierna tomase la posición en que menos dolor produjese. Cada movimiento a lo largo del día, hacía necesaria una variación de la pesa. Por la tarde iba de cama en cama, y daba fricciones de alcohol y polvos a cada uno en el sitio donde el cuerpo sufría más presión, para impedir las ulceraciones. Un suboficial alemán, que nos daba mucho trabajo por su descontento y criticonería dijo: “La enfermera tiene más trabajo con nosotros que una madre con 9 hijos”.

Con esta secuencia de exposiciones Edith va mostrando su entrega total al servicio de los enfermos; se nota que había hecho un paréntesis en su vida de filósofa, para interesarse intensamente por todo aquello que pudiera realizar en ayuda de los enfermos, dejando en segundo plano, incluso su preocupación por sí misma. Esta entrega sin condiciones le producía gran cansancio físico, pero sin duda, notables motivos de satisfacción al comprobar la mejoría, o las respuestas afectivas de los enfermos, que no pasaban desapercibidas para ella, sino al contrario, le producían especial alegría:

“Como estaba casi todo el tiempo moviéndome,

por la noche apenas me tenía en pie. Algunas veces me iba rápidamente a nuestro cuarto y Alwine u otra alma compasiva me llevaba la cena, y así me ahorraba un rato de estar de pie. Era un alivio deslizarme en la cama y dejar descansar los fatigados pies. Al menos los pies, pues no podía dormirme enseguida. Me sentaba medio dormida en la litera, mirando por la gran ventana al Beczwa y el dorso de la colina en cuyo final estaba Helfenstein. Era una vista deliciosa cuando salía la luna. Pero yo pensaba en mis enfermos y me sentía feliz cuando llegaba la mañana y comprobaba que no les faltaba nada”.

Llegó el inevitable cansancio y Edith pidió, como era habitual, un permiso para ir a casa el 1 de Septiembre. La enfermera jefe...”no puso ningún inconveniente y ni siquiera me fijó el plazo de dos semanas de permiso, sino que dejó a mi elección si quería volver y cuándo. Yo le rogué me llamase cuando fuera necesaria mi ayuda”.

La espera del regreso al hospital quedó definitivamente resuelta de la siguiente manera: “No había recibido aún llamada alguna para volver a Weibkirchen. En su lugar (todavía en Octubre) me encontré a Suse Mugdan, que me dio la noticia de que el hospital se había cerrado. Desde que Galicia había sido liberada de rusos, Weibkirchen ya no estaba en la retaguardia y el edificio tuvo que volver a su función anterior. Suse y yo nos volvimos a poner a disposición de la Cruz Roja para ser destinadas a otro sitio, pero no recibimos ninguna convocatoria más” (STEIN, 2002).



3.- SOBRE EL PROBLEMA DE LA EMPATÍA

Parece indudable que la experiencia hospitalaria de la Cruz Roja dejó marcada una honda huella en Edith Stein, que vio allí extinguirse la vida en varias ocasiones; pudo ver el momento en que se agota el espíritu y el cuerpo humano pierde la vida; presencié lo que es dejar la vida y convertirse el cuerpo inerte en materia que ya no está viva; vivió este sinsentido y experimentó, por otra parte, otras hondas vivencias, la amistad y sus profundas satisfacciones. Vivió hasta la extenuación una entrega total a los enfermos y pudo sentir la impresión reconfortante de ver mejorar a personas enfermas como resultado de su actuación directa y ver animarse a enfermos graves con sus palabras y cuidados.

Edith no dice que introdujera modificaciones en su tesis como resultado de las vivencias experimentadas en los 6 meses de trabajo de cuidar enfermos. Pero esto no es lo importante. Lo que nos importa es que en la misma persona de Edith coinciden los trabajos de investigación sobre empatía y las vivencias y relaciones especiales con pacientes y personal de las profesiones sanitarias.

Estoy convencida de la relación que pudo haber entre la investigación filosófica de Edith Stein en su tesis doctoral sobre la empatía, y el trabajo de cuidar, con las vivencias y experiencias íntimas de contacto personal, que Edith vivió con sus pacientes durante el tiempo transcurrido como cuidadora de los soldados del frente de guerra en un hospital de la Cruz Roja.

Por ello en mi opinión tiene especial importancia la lectura de este texto que Edith Stein escribió sobre la empatía y tratar de ponerlo en relación con la experiencia de cuidar del profesional sanitario.

Edith Stein no fue indiferente a las palabras de agradecimiento, a las sonrisas agradecidas que recibió; se sintió implicada en la preocupación por la gravedad de sus pacientes, y dejó traslucir su sobrecogimiento ante el dolor y la muerte. Actuó entregándose a fondo, olvidándose por completo de sí misma, para darse plenamente, con toda intensidad, a los requerimientos de las personas que la necesitaban, sin reparar en esfuerzo alguno. ¿Qué era todo ello?. Actos de empatía, que Edith analizó fenomenológicamente en su investigación doctoral. Por ello considero tan interesante su lectura, leyendo con detalle cuanto en ella se dice sobre el

problema de la empatía, de manera que podamos obtener nuevas y más amplias visiones para comprender las relaciones de los profesionales que cuidan, con sus enfermos.

Como es sabido el título “Sobre el problema de la empatía” (STEIN Edith, 2004) es el que Edith Stein puso a su tesis doctoral. Pretendemos realizar una aproximación a la primera parte de esta obra, atraídos por la persona y el título de la misma, para tratar de encontrar en su lectura aquellos aspectos que nos sirvan para ver con más claridad en qué consiste la empatía aplicada al cuidado de los enfermos en la profesión de enfermería.

La propia Edith Stein imprimió por su cuenta la obra, pero no lo hizo en su totalidad, sino que publicó la segunda, tercera y cuarta parte. La primera parte, según indica la autora, trata de la historia de la empatía, e informa así mismo que excluyó de la impresión los aspectos sociales, éticos y estéticos de la empatía. Lo que nos queda por tanto, es el trabajo sobre la esencia de los actos de empatía que es la segunda parte, la tercera que trata de la constitución del individuo psicofísico y la cuarta que versa sobre la empatía en cuanto comprensión de personas racionales.

Por cuestiones de espacio nos limitamos a iniciar la primera parte titulada “La esencia de los actos de empatía”. La metodología utilizada consiste en realizar un comentario introductorio para situar la obra; enunciar el índice inicial del capítulo estudiado y a continuación iremos presentando la materia que en nuestra opinión proporciona información aplicable a enfermería, añadiendo el comentario que esta indagación nos sugiere.

Comentario introductorio

Por lo que hemos conocido de Edith Stein sabemos de su delicada capacidad de observación y de su disposición para analizar introspectivamente cuantas vivencias le proporcionaba el entorno, así como los grandes resultados intersubjetivos que obtenía de sus relaciones personales.

Quizá esta predisposición al análisis profundo en torno al ser humano y a su capacidad de relación la llevó primero a la lectura de la obra de Edmund Husserl, “Investigaciones lógicas” en 1912 y, como consecuencia, a abandonar los estudios de psicología empírica y dedicarse a la fenomenología bajo el magisterio del maestro Husserl. Para

ello tuvo que dejar su ciudad natal, Breslau y trasladarse a Gotinga, donde comenzaba a formarse la escuela fenomenológica. Pero el estudio de la empatía concretamente le vino sugerido por la obra de su maestro “Ideas para una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica”, donde Husserl hace referencia a la empatía y a su importancia en las relaciones personales. Esto llevó a Edith a interesarse por el estudio de esta vivencia particular común al ser humano, que hace que dos personas entren en una especial relación recíproca.

La esencia de los actos de empatía

El concepto de empatía de Edith Stein es el de “aprehensión de las vivencias ajenas, apereamiento del vivenciar de otro”. Ella analiza desde perspectivas diversas cómo se hace posible esto y encontrará matices diferenciales que la ayudarán a distinguir entre empatizar, consentir y sentir a una.

La autora habla de “captar en mí algo trascendente a mí como son las vivencias de otros”, como lo esencial de la empatía, y dicho esto trata de llegar al fondo de los sujetos que participan en esta relación, buscando cual es su estructura, y a los que finalmente definirá como “individuos psicofísicos y personas espirituales”, es decir, cuerpo vivo en unidad sustancial con el alma o psique.

Está indicando, ya desde el principio, esa cualidad humana de percibir en sí misma vivencias que no son propias, sino que trascienden a uno mismo y proceden de otro sujeto que no es el yo. Algo que la enfermera vive constantemente, y que ahora vemos no como una posibilidad, sino como una realidad que se da en la normalidad de la vida.

Desde esta visión la empatía es un “acto espiritual que tiene su condición de posibilidad en el espíritu del sujeto”. De esta forma la experiencia empática es posible por los elementos que en su conjunto constituyen la persona propia y la ajena, cuerpo, alma o espíritu y por las posibilidades de comportamiento que ofrece el engranaje de estos elementos.

La autora se ocupa, así mismo de dos grandes temas: causalidad y motivación, que subyacen, por otra parte, en su particularidad de persona formada intelectualmente y en la manera con que afronta las diferentes circunstancias vitales que irán dando forma a su vida: la búsqueda de la verdad la lleva al estudio de la fenomenología por una parte, y al

cristianismo como religión en la que orientar la vida, por otra; a encontrar al ser humano en su esencia constitutiva y a prestarle su ayuda; esto la condujo a la Cruz Roja, en apoyo de los soldados heridos, y a una profunda motivación por servirles en todo aquello que estuviera en sus manos, y este objetivo la convirtió en una total enfermera ejerciendo vivamente la excelencia en los cuidados particulares de sus enfermos.

La empatía enfocada desde un nivel personal, sentida desde la propia individualidad, permite a la autora hablar de procesos interiores, y en consecuencia, estos procesos vendrán a constituir vivencias supraindividuales, las cuales aportan una excepcional riqueza interior a la persona que experimenta en sí misma estas vivencias.

A continuación presenta Edith lo que es la empatía y seguidamente aclara que lo que ofrece en este trabajo no termina por agotar el tema, sino que pretende mostrar justamente, lo que aún queda por investigar sobre el mismo. Dice así: “Como problema fundamental reconocí la cuestión de la empatía como experiencia de sujetos ajenos y de su vivencia. Esta cuestión es examinada en las exposiciones siguientes. Soy muy consciente a este respecto de que los resultados positivos a los que llego solo son una pequeña contribución para presentar lo que aquí queda por hacer”.

Es decir que la empatía es, finalmente, la vivencia de experiencias de sujetos ajenos, la vivencia de experiencias de otros. Vivencias de experiencias de otros que abren en uno horizontes distintos al que es propiamente personal. Además la empatía es presentada como problema, sin que se añada una razón justificativa. Veremos, en un estudio más avanzado, si Edith Stein aclara en algún momento este extremo.

Preguntamos también: ¿vivencia es lo mismo que experiencia?. ¿Se pueden vivir con idéntica fuerza real las experiencias de los otros que las propias?. ¿Se experimentan también las experiencias de los otros, o las experiencias solo pueden ser propias?.

El Diccionario de la Real Academia española de la Lengua dice de experiencia: “Hecho de haber sentido, conocido o presenciado alguien algo. Práctica prolongada que proporciona conocimiento o habilidad para hacer algo. Conocimiento de la vida adquirido por las circunstancias o situaciones

vividas. Circunstancia o acontecimiento vivido por una persona”.

La vivencia es: “Hecho de experimentar algo y su contenido. Hecho de vivir o estar vivo”.

Así pues según el diccionario experimentar y vivenciar consisten ambas en vivir una experiencia. A mi me parece, sin embargo, que Edith Stein sí que establece una diferenciación, y llama experiencia a aquello que uno vive personalmente, es decir, en su propia persona y vivencia a la aproximación de uno mismo a la experiencia de otro, y cuando ello se realiza vivamente y con plena consciencia, le llama empatía. Creo que la empatía es la aproximación máxima de uno a las experiencias de otro que incluye una gran comprensión de lo que ocurre en el otro sujeto. Pero que la empatía, aún reconociéndole varios grados y situándose en el de mayor intensidad, nunca puede llegar a ser igual que la propia experiencia, o convertirse en la misma experiencia personal del sujeto que realmente vive un hecho experiencial.

Si esto fuera así, quizás estaría apuntando hacia una explicación del por qué es posible que una enfermera pueda empatizar con sus pacientes, y vivenciar las experiencias de aquellos en un acto de comprensión del sufrimiento, del dolor etc., sin que esto termine por agotar el propio equilibrio personal, sino que, por el contrario, pueda convertir la personalidad enfermera en un ser profundamente conocedor de los matices que constituyen y diferencian el alma humana.

El primer capítulo de “Sobre el problema de la empatía” se titula “La esencia de los actos de empatía” y se compone de los dos primeros apartados siguientes:

- 1.- El método de la investigación
- 2.- Descripción de la empatía en comparación con otros actos:
 - a) Percepción externa y empatía
 - b) Originariedad y no originariedad
 - c) Recuerdo, espera, fantasía y empatía

1.- El método de la investigación

El discurso de la empatía parte de unos presupuestos básicos: “Nos están dados sujetos ajenos y sus vivencias”, y a lo que Edith Stein quiere llegar es a desvelar el desarrollo de este proceso, al fundamento de esta forma de darse y de sus efectos,

llegando hasta su esencia a través de la reducción fenomenológica.

Para nosotros desde la enfermería se da una evidencia que ya no abandonaremos, la constitución de la persona propia y la ajena de un yo que es, al mismo tiempo, cuerpo, alma y espíritu. De modo que lo que tengo frente a mí no es solo la corporeidad que contemplo, sino que veo en su conjunto además, alma y espíritu.

Creo que es un buen comienzo para enfermería analizar este punto de partida: que en nuestro trabajo nos están dados, de forma inevitable, sujetos ajenos en unidad de su triple composición y de sus propias vivencias, en un marco en que las vivencias de aquellos son, primordialmente, experiencias negativas de enfermedad. Y estas están inevitablemente ahí, ante nosotras.

La fenomenología tiene como objetivo “la clarificación y fundamentación última de todo conocimiento”. Para ello no hace uso de ninguna ciencia, ni se apoya en la experiencia natural, sino que se fundamenta en sí misma.

Lo que no puede excluirse de la investigación fenomenológica es lo que realmente existe fuera de toda duda, la propia vivencia de las cosas; el objeto que se me da en series de percepciones distintas, todas ellas unidas en su carácter total e inalterado frente a mí, como objeto de consideración.

Pero no se trata de aprehender los fenómenos singulares y hacerlos presentes, sino de penetrar en su realidad y llegar hasta su propia esencia. Si cada fenómeno tiene en su base una esencia propia, la fenomenología de la percepción debe ir más allá del describir para indagar lo que realmente es “percepción en general”.

Ocurre que el sujeto que vivencia, que soy yo, el mismo que ve al mundo y a su propia persona como un fenómeno dentro de él, estoy, yo mismo, en el propio vivenciar de una forma indiscutible.

Aplicando esta consideración al mundo en el que me encuentro, veo que no es solamente un mundo de cuerpos físicos, sino que, además de mí, hay también en él sujetos con sus propias vivencias, las de ellos, pero yo sé que está ahí ese otro vivenciar.

En el mundo de la experiencia personal el individuo psicofísico se diferencia claramente de la cosa física, pero este individuo se da como ser vivo sentiente, poseedor de un yo que padece, quiere y

piensa, y ese cuerpo vivo no solo está situado en mi mundo, sino que aparece formando parte de él, en relación directa conmigo. De modo que en la conciencia se constituye todo aquello que me aparece del otro, más allá de su cuerpo físico y de lo que se da en la percepción externa.

Ese individuo poseedor de un yo, está llenando mi mundo del trabajo bien como enfermo o como profesional de mi equipo y me es imposible prescindir de su presencia porque forma parte del mundo al que pertenezco. Puedo forzar la realidad y dejarlo aislado, excluirlo de mi entorno. Pero el resultado es el de una realidad forzada, parasitaria y oscura, que finamente distorsiona la esencia del trabajo de enfermera, cuyo objetivo fundamental es justamente lo opuesto, velar por el bien de los otros.

El darse del otro me permite descubrir no solo lo que expresa a través del semblante en palabras y gestos, sino lo que oculta detrás de su expresión (uno puede mostrar el semblante triste y en realidad no estar afligido). De manera que los diferentes modos de darse responden a fundamentaciones distintas que pueden investigarse.

En una consideración de mayor profundidad Edith Stein recoge estos datos del vivenciar ajeno y los remite a una forma de aprehensión distinta, que diferencia dándole el nombre de empatía. Comprender y describir estos actos de empatía será su objetivo.

2.- Descripción de la empatía en comparación con otros actos

La empatía queda diferenciada cuando la comparamos con otros actos de la conciencia. Para señalar la esencia del acto empático Edith Stein pone el ejemplo del amigo que viene hacia mí y me dice que ha perdido a su hermano y “yo noto ese dolor”. “¿Qué es este notar?”. Lo que interesa ahora a la autora es, precisamente, este notar, no los datos que me hacen sentirlo como la cara pálida, la voz alterada, o las propias palabras de dolor. Lo que le interesa aquí es “el notar mismo” y no el camino por el que se ha llegado hasta él.

Como enfermeras no debemos dejar pasar por alto este dato, pues en la práctica constantemente notamos los signos de dolor en los enfermos, y solemos frecuentemente apartarlos de nosotras, como si no nos diéramos cuenta. Creo, por el contrario, que el acto empático no termina en el notar,

sino que este aperebimiento es solo la primera parte, y que la empatía tiene una segunda parte que finaliza con mi respuesta, que ha de dejarse ver, es decir, que consiste en demostrar al otro que me ha dado cuenta y que me hago cargo, que comprendo, y participo de ese dolor.

a) Percepción externa y empatía

Para Edith Stein “yo no tengo ninguna percepción externa del dolor”, pues la percepción externa ocurre cuando se dan a un mismo tiempo el hecho en sí (en este caso el dolor) y la percepción de aquél. El dolor no se me da de la misma manera que percibo una cosa, porque el dolor no es cosa, ni siquiera cuando lo capto en los gestos de la otra persona.

Puedo traer al “dárseme originario”, a la percepción del ahora mismo, otras formas de ver aquello que percibo, otros lados de aquella percepción. Dice la autora: “Puedo contemplar por cuantos lados quiera el semblante conmovido de dolor, mejor dicho: la torsión de la cara que empáticamente aprehendo como semblante conmovido de dolor”. Como vemos, para Edith Stein en la captación e interpretación del gesto como de dolor, ya está presente la empatía. Pero encuentro que esta captación e interpretación requieren algo previo para hacerse posibles y es la actitud del sujeto que percibe. Sin una actitud atenta a lo que ocurre en el otro, y bien predispuesta a captar la información que sale de aquél, esta información será ignorada, desechada o no valorada y por tanto, se le dará una respuesta inapropiada, o bien, no tendrá respuesta. Hace falta la disposición del otro.

Pero la autora continúa por otro camino para dar respuesta al epígrafe “percepción externa y empatía”, diciendo: “la empatía no tiene el carácter de percepción externa, pero tiene algo en común con ella”. Percepción externa sería, creo yo, ver el rostro dolorido, lo que se completa, para ser empatía, con la interpretación, el entender el por qué de ese gesto, y para ello es necesaria la intención de comprensión.

b) Originariedad y no originariedad

Para la autora “aún hay algo del mundo externo que nos está dado originariamente. Dándose originariamente (continúa), está también la ideación en la que aprehendemos intuitivamente rela-



ciones esenciales, la intelección de un axioma geométrico o la captación de un valor, están dándose originariamente; por último y ante todo, tienen carácter de originariedad nuestras propias vivencias tal como vienen a darse en la reflexión”. Es decir, tiene originariedad lo que es propiamente nuestro, una vivencia, una experiencia y además aquello que captamos como de primera mano, por intuición, como acabamos de ver en los ejemplos, un valor, o la comprensión de un problema matemático.

Naturalmente la empatía no es “una ideación trivial”, es una aprehensión de lo que ocurre en el otro, de la vivencia del otro. La empatía puede ser la base para llegar a adquirir un conocimiento esencial de las vivencias que me son ajenas.

Entonces pregunta la autora: “¿posee la empatía la originariedad del vivenciar propio?”. Y continúa con la búsqueda de una distinción mayor del sentido de la originariedad, diciendo: “originarias son todas las vivencias propias presentes como tales. Pero no todas las vivencias están dándose originariamente, no todas son originarias según su contenido. El recuerdo, la espera, la fantasía, tienen su objeto no como propiamente presentes ante sí, sino que solo lo presentifican. Y el carácter de la presentificación es un momento esencial inmanente a estos actos, no una determinación obtenida de los objetos”.

Para cada vivencia, por tanto, existe la posibilidad de un darse originario. Pero también existe la

posibilidad de darse ciertas vivencias de un modo no originario como el recuerdo, la espera, la fantasía. Seguidamente Edith Stein vuelve a plantear la misma pregunta que, curiosamente, deja aquí abierta, sin añadir respuesta alguna: “¿conviene la originariedad a la empatía?. ¿En qué sentido?”.

Queda formulada la pregunta (que después responderá), quizá para que agreguemos la respuesta. Creo que la originariedad no conviene a la empatía, en el sentido de que la empatía es la aprehensión en mí de las vivencias de un sujeto distinto al yo, y pienso que, aunque se produzca una captación y un cosentir con el otro, la originariedad está siempre en la vivencia de aquél, porque en él reside la fuente de dicha vivencia y no en mí y, por tanto, la intensidad primaria de la misma.

c) Recuerdo, espera, fantasía y empatía

Edith Stein encuentra una semejanza entre los actos de empatía y los actos en los que aquello que uno vivencia no está dado originariamente, no nace en sí mismo y en ese instante. Y pone como ejemplo el recuerdo de una alegría que es, por una parte originario porque presentifica aquello que fue la alegría, y por otra no es originario, porque si bien la alegría “estuvo viva una vez”, ahora no lo está en términos reales. Aunque puede recordarse con tal intensidad como si fuera real, no lo es.

El yo del pasado no es el yo de ahora, sino que son dos yos situados frente a frente.

Puede suceder otra cosa en el recuerdo según la autora: “es posible que yo me remonte expresamente a aquel punto temporal en la corriente continua de vivencias y deje despertarse otra vez la secuencia de vivencias de entonces, viviendo en la vivencia recordada en vez de volverme a ella como objeto: desde luego que el recuerdo es, en todo caso, presentificación, su sujeto es no originario a diferencia del que realiza el recuerdo”, que soy yo.

El caso de la espera es semejante al del recuerdo. Aquello que espero (una persona, un suceso, un regalo) no es originario, sino que está presentificado en una espera más o menos significativa deseada, ardiente, o también, temerosa o temida.

Respecto a la fantasía dice la autora que “el yo que crea el mundo de la fantasía es originario, mientras que el yo que vive en él, es no originario. Y las vivencias fantásticas están caracterizadas frente a las recordadas por el hecho de que no se



dan como presentificaciones reales, sino como forma no originaria de vivencias presentes”.

Dice así mismo: “También es posible que mirando dentro del reino de la fantasía (como también del recuerdo y de la espera) me encuentre a mí mismo dentro, es decir a un yo que reconozco como a mí; es como si viese mi imagen en el espejo”.

Y llegando a la empatía Edith Stein la refiere, por una parte, como un acto originario, como vivencia presente (porque aprehendemos en el presente lo que es presente del otro), pero por otra parte, no originario por su contenido. Contenido que puede presentarse como vivencia que, como antes hemos dicho, puede ser en forma de recuerdo, espera, fantasía. “Cuando la vivencia aparece ante mí de golpe, está ante mí como objeto, por ejemplo, la tristeza que leo en la cara de otros”, pero mientras aclaro mas detalles, ella (la tristeza)”, ya no es objeto, me ha transferido hacia dentro de sí, ya no estoy vuelto hacia ella, sino vuelto en ella hacia su objeto, estoy en su lugar”.

No está muy claro si Edith Stein se refiere a que se produce una identificación total entre mi vivencia y la vivencia del otro que he aprehendido en un acto de empatía. Pero aunque así fuera, sigo diciendo que mi vivencia es no originaria, y que por ello, es menos potente, menos enérgica que la originaria vivida por el otro sujeto.

Esto no quiere decir que el sujeto del que parte la vivencia originaria no se sienta gratificado al

darse cuenta del acto de empatía que está ocurriendo. Lo que quiero decir es que quizás aquí encontramos la explicación de que, al no ser originaria la empatía, no produce quizás el mismo desgaste emocional que si lo fuera, y que por tanto, en relación con la enfermería, ello justificaría la posibilidad para la enfermera de empatizar con experiencias de sufrimiento y dolor de múltiples seres, sin producirse un desgaste tan intenso que hiciera imposible mantener una continuidad de experiencias empáticas en el tiempo.

CONCLUSIONES

La relevancia de la vida y la obra de Edith Stein para su estudio en las ciencias de la enfermería, puede resumirse en los siguientes apartados:

- 1.- La búsqueda incansable de la verdad, objetivo que la acompañó toda su vida.
- 2.- El valor de la amistad y la entrega de su persona a los demás a través de la misma.
- 3.- El amor a la vida, al conocimiento y al ser humano, como grandes motivaciones impulsoras de su existencia.
- 4.- Su entrega personal a los enfermos y el entusiasmo impreso en las tareas de cuidar.
- 5.- La búsqueda del ser humano y de su genuina interrelación, a través de la investigación fenomenológica de la empatía.

BIBLIOGRAFÍA ESPECÍFICA

- BATZDORF, Susanne M. (2001) Mi tía Edith. Ed. Espiritualidad. Madrid.
- POSELT. (2004) Madre Teresa Renata del E. S.- Edith Stein. Una gran mujer de nuestro siglo. Ed. Monte Carmelo. Burgos.
- STEIN, Edith (2002) Escritos autobiográficos. Obras Completas, I. Ediciones El Carmen; Ed. Monte Carmelo; Ed. Espiritualidad. Burgos, pp. 119-128
- STEIN, Edith. (1998)- cartas a Roman Ingarden (1917-1938). Ed. Espiritualidad. Madrid.
- STEIN, Edith.(2002) Escritos autobiográficos. Obras Completas, I. Cartas. Ediciones El Carmen; Ed. Monte Carmelo; Ed. Espiritualidad. Burgos, pp. 551-678
- STEIN, Edith (2002) Escritos autobiográficos. Obras Completas, I. Servicio en el Hospital Militar de Mährisch-Weibkirchen. Ediciones El Carmen; Ed. Monte Carmelo; Ed. Espiritualidad. Burgos, pp. 415-453.
- STEIN, Edith (2004). Sobre el problema de la empatía. Ed Trotta. Madrid.

BIBLIOGRAFIA GENERAL

- Del Pozo Abejón, Gerardo (2006) Edith Stein y los místicos españoles. Facultad de Teología San Dámaso. Madrid.

- De Meester, Conrad (2005) Santa Edith Stein. Monte Carmelo, Burgos.
- Feldmann, Christian (1999) Edith Stein judía, filósofa y Carmelita. Herder, Barcelona.
- García, Ciro (2000) Edith Stein o la búsqueda de la verdad. Monte Carmelo, Burgos.
- García Rojo, Ezequiel (2002).- Una mujer ante la verdad. E. Espiritualidad. Madrid.
- García Rojo, Ezequiel (1998) Edith Stein. Existencia y pensamiento. E. Espiritualidad. Madrid.
- García Muñoz, Florencio (2007) Benedicta de la Cruz. Edith Stein signo de contradicción. San Pablo, Madrid.
- Ochayta, Félix (1998) Edith Stein, nuestra hermana. Monte Carmelo, Burgos.
- Ranff, Viki (2005) Edith Stein en busca de la verdad. Ediciones Palabra, Madrid.
- Rosales Meana, Diego Ignacio (2006) Irreductibilidad de la vida humana según la empatía. Universidad Panamericana, México.
- Sancho Fermín, Fco. Javier (1998) Edith Stein. Pensamiento y paisaje. Monte Carmelo, Burgos.
- Sancho Fermín, Fco (1998) Las páginas más bellas de Edith Stein. Monte Carmelo, Burgos.
- Sancho Fermín, Fco (1999) Edith Stein. Tren hacia Auschwitz. Monte Carmelo, Burgos.
- Stein, Edith (2004) Obras Completas II. Escritos filosóficos. Etapa fenomenológica 1915-1920. Monte Carmelo, Burgos.
- Stein, Edith (2002) Obras Completas III. Escritos filosóficos. Monte Carmelo.
- Stein, Edith (2003) Obras Completas IV. Escritos antropológicos y pedagógicos. Monte Carmelo.
- Stein, Edith (2004) Obras Completas V. Escritos espirituales. Monte Carmelo.
- Stein, Edith (1997) Autorretrato epistolar, 1916-1942. E. Espiritualidad. Madrid.
- Stein, Edith (2001) La mujer. Ediciones Palabra. Madrid.
- Stein, Edith (1998) Los caminos del silencio interior. Espiritualidad, Madrid.
- Stein, Edith (2001) Cómo llegué al Carmelo de Colonia.- Monte Carmelo, Burgos.
- Stein, Edith (2001) Pensamientos. Monte Carmelo, Burgos.
- Stein, Edith (2003) La estructura de la persona humana. Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid.
- Stein, Edith (2000) Ser finito y ser eterno.- Monte Carmelo, Burgos.
- Stein, Edith (2000) La Ciencia de la Cruz. Monte Carmelo, Burgos.
- Stein, Edith (2005) Excurso sobre el idealismo trascendental.- Ediciones Encuentro, Madrid.
- Stein, Edith (2004) Sobre el problema de la empatía. Trotta, Madrid.
- Stubbermann, Claire Maria (2003) La mujer en Edith Stein: antropología y espiritualidad. Facultad de Teología del Norte de España. Burgos.
- Uwe Müller y Amata Neyer, María (2004) Edith Stein. Vida de una mujer extraordinaria. Monte Carmelo, Burgos.



MISCELÁNEA

BIBLIOTECA COMENTADA

EL CUIDADO DEL OTRO

Un estudio sobre la relación enfermera/paciente inmigrado

Manuel Moreno Preciado

Edicions Bellaterra, Barcelona, 2008

La inmigración se ha situado en España en el centro del debate político, social y cultural. Este interés también se ha trasladado al campo sanitario, donde la inadecuación de los dispositivos sanitarios provocó, en su origen, ciertos desajustes en la asistencia sanitaria y en la relación profesional/paciente inmigrado.

El Cuidado del otro es un libro que trata dar respuesta a numerosas preguntas que se hacen las enfermeras con respecto al paciente inmigrado ¿Cuáles son sus necesidades específicas de cuidados? ¿Cómo relacionarse con ellos? ¿Cómo perciben la atención que se les da? Y sobre todo ¿qué nuevos conocimientos son necesarios? No se trata de una aproximación a la temática migratoria desde la clínica, ni desde la epidemiología, sino que más bien es un enfoque de carácter antropológico, basado en un trabajo de campo etnográfico que trata de conocer de cerca cómo se produce el encuentro con personas procedentes de diferentes horizontes y culturas, dando el protagonismo, esto es, la palabra, a los propios interesados, enfermeras y pacientes inmigrados.

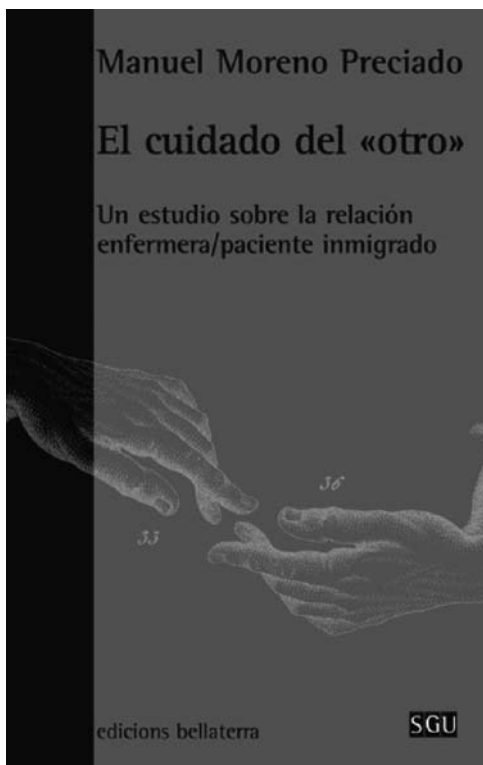
La investigación, realizada en dos hospitales y cuatro centros de salud de la red pública madrileña

tiene como objetivo general obtener una mejor comprensión de los factores que intervienen en la relación enfermera/paciente inmigrado, con el fin de favorecer un debate profesional para la adaptación de la práctica de los cuidados a la nueva situación creada por la afluencia de la población inmigrada a las instituciones sanitarias.

Los resultados ponen en evidencia la estrecha relación entre el hecho migratorio y el mantenimiento de la salud, apuntando a la existencia de dos procesos o itinerarios fuertemente relacionados: el proceso migratorio y el proceso salud/enfermedad/atención. Dos caminos inseparables, que se mezclan, se entrecruzan, por lo que puede decirse que la salud del inmigrado depende en gran medida, del grado de inserción del migrante en la sociedad autóctona.

El autor resume sus hallazgos en forma de 12 tesis que recogen tanto el contexto del paciente inmigrado, como el de los profesionales de enfermería, así como el de las instituciones sanitarias. Entre ellas cabe destacar las siguientes: La superación de problemas y recelos iniciales en la relación entre profesionales y pacientes inmigrados, ha dado paso a una fase de conocimiento mutuo

y familiarización a la que el autor denomina proceso de habituación; el establecimiento de prácticas altamente mecanicistas e impersonales, afecta a todo tipo de pacientes, pero de forma especial al paciente inmigrado, cuyas demandas particulares, chocan con la resistencia de las instituciones a hacer distinciones, en el sentido de que las normas



son para todos y no se pueden hacer diferencias; las enfermeras con un contacto profundo y cercano con estos pacientes son capaces de relacionar los problemas de salud con el contexto social del proceso migratorio. Por el contrario, aquellas con menor proximidad al inmigrado mantienen una percepción menos positiva y más estereotipada.

Manuel Moreno en sus propuestas finales plantea la necesidad de una “mirada cercana” al inmigrado que permita verle tal como es realmente y no como lo presenta el interesado discurso mediático. Es necesario, dice, estar atento a la naturaleza de los nuevos racismos, que hoy tienen como base la

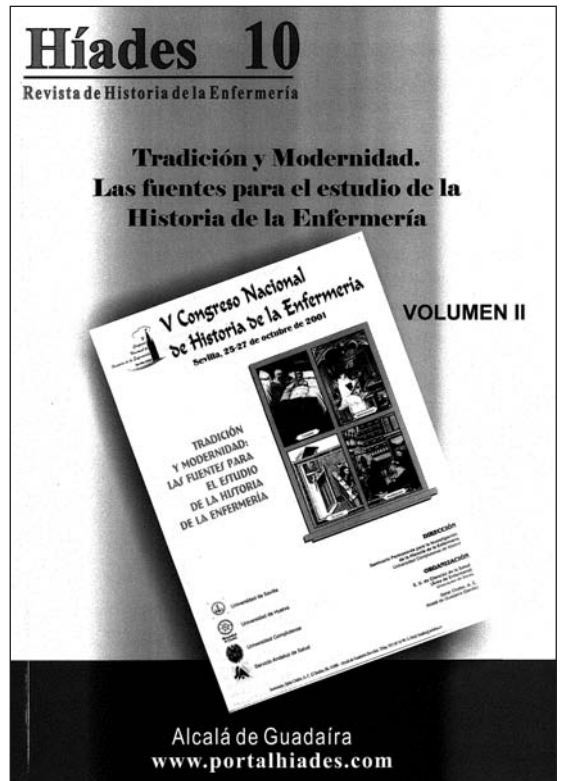
cultura; propone el enfoque antropológico en el cuidado del paciente inmigrado, pues permite desde el análisis de los factores sociales y culturales ir más allá de la concepción de la enfermedad como desequilibrio biológico. El libro es, en definitiva, una invitación al diálogo, al consenso intercultural y a retomar los valores del cuidado promoviendo una práctica profesional basada en un modelo holístico que conciba a la persona como un ser total con unas dimensiones biológicas, sociales y culturales.

M^a del Carmen Solano Ruiz

MANUEL JESÚS GARCÍA MARTÍNEZ Y ANTONIO CLARET GARCÍA MARTÍNEZ (2008) HÍADES. REVISTA DE HISTORIA DE LA ENFERMERÍA (TRADICIÓN Y MODERNIDAD. LAS FUENTES PARA EL ESTUDIO DE LA HISTORIA DE LA ENFERMERÍA. XIX/ 10

De nuevo la única revista monográfica de historia de la enfermería en España nos viene de la proverbial iniciativa de los hermanos García Martínez. Esta entrega, si bien se ha hecho esperar debido a los acuciantes compromisos de los directores del medio siempre empleando su tiempo en la potenciación de la historia de la enfermería (agotadores viajes para integrar tribunales de tesis, congresos, acreditaciones, etc.), constituye un fenómeno por la eclosión historiográfica que conlleva la publicación de un ingente número de artículos (las ponencias y comunicaciones del V congreso de Historia de la Enfermería celebrado en Sevilla en el año 2001). De forma que hay sobrados motivos para que los especialistas que se dedican a la historia de la enfermería celebren -celebremos- este acontecimiento como un auténtico renacimiento materializado en más de mil doscientas páginas cargadas de aportaciones a la disciplina desde la metodología a las fuentes, pasando por la epistemología y las innovaciones tanto temáticas como hermenéuticas. Sólo se me ocurre una exclamación: ¡imprescindible! Gracias por vuestro trabajo y mucho ánimo.

José Siles González

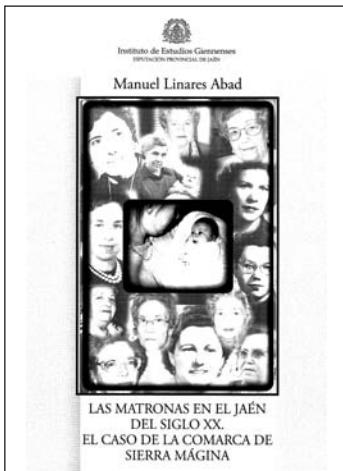


LINARES ABAD, MANUEL (2008) LAS MATRONAS EN EL JAÉN DEL SIGLO XX. EL CASO DE LA COMARCA DE SIERRA MÁGINA. INSTITUTO DE ESTUDIOS "GIENNENSES", DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE JAÉN, JAÉN.

El profesor Linares nos sorprende con este estudio magistralmente documentado, tanto con fuentes manuscritas como orales, en el que aborda desde la perspectiva histórica antropológica el tema de las matronas en Jaén, especialmente en la comarca de Sierra Mágina.

Se trata de un estudio donde empleando una metodología fundamentalmente cualitativa: etnografía, grupos de discusión, relatos biográficos, entrevistas en profundidad, etcétera; aborda el tema de las matronas, asunto complejo cuyo análisis requiere de una visión integral en el que tengan cabida los diversos factores que concurren en la configuración del mismo: el género, la política, la historia de las mujeres, la historia local, la antropología de la salud, etc. El Doctor Linares demuestra una destreza magistral en las diferentes fases de su estudio, desde la fundamentación teórica hasta la adopción metodológica, de las fuentes y las técnicas de análisis e interpretación de los datos. Se trata, sin duda, de una gran aportación que, tanto por su prosa directa como por su contenido científico no deben pasar por alto tanto los docentes que imparten historia de la enfermería o antropología de la salud y los cuidados, como del público en general interesado en estos temas.

José Siles González



MIRALLES SANGRO, M^ª TERESA (2008) LA ENFERMERÍA A TRAVÉS DE LOS SELLOS. EDICIONES DAE, MADRID.

María Teresa Miralles no es sólo todo un caso de mujer trabajadora de la historia de la enfermería y de la amistad, sino que es, además, alguien que sorprende por su proverbial sobriedad. La profesora Miralles ha desarrollado durante más de tres décadas una labor constante y callada mediante la que ha ido coleccionando una amplia e importante muestra de sellos que ha puesto al servicio de su afilada capacidad de reflexión artística e histórica con el objetivo de reflejar a través de estas fuentes filatélicas la evolución histórica de la enfermería. Belleza, arte, ingenio, conocimiento sobre la presencia internacional de los cuidados en la filatelia y, sobre todo, cariño y entrega. La obra es tan solvente por sí misma que se transforma en irresistible si se añade al producto la amplia gama de personajes relevantes de diversos sectores de la sociedad española que han colaborado en esta edición (desde Antonio Gala a Josefina Aldecoa pasando por Inocencio Arias), todos poniendo su granito de arena para, como señala la autora, desde la perspectiva de la iconografía filatélica contribuir al reconocimiento de la necesaria presencia de la enfermería para los cuidados en cualquier sociedad de este planeta llamado tierra.

José Siles González



CONCLUSIONES A LAS VI JORNADAS INTERNACIONALES DE CULTURA DE LOS CUIDADOS

Después de asistir a un denso y enriquecedor programa, que ha concentrado trabajos de investigación así como la experiencia de expertos invitados de España y otros países, resulta difícil poder resumir en breves líneas la gran diversidad de comunicaciones presentadas a lo largo de estos dos días de Jornadas.

No obstante, como conclusiones cabe resaltar aquellas ideas que han sido protagonistas y que han dado respuesta a los objetivos que un principio nos marcamos al planificar estas VI JORNADAS INTERNACIONALES DE CULTURA DE LOS CUIDADOS. Objetivos que se centran en potenciar la reflexión sobre los aspectos históricos, antropológicos, fenomenológicos y teórico-metodológicos relacionados con la función cuidadora de la familia en el marco de la Sociedad multicultural.

A modo de resumen les presentamos las conclusiones según las ponencias se han ido desarrollando

Conferencia inaugural

- Visión histórica del ejercicio de la enfermería domiciliaria en Brasil y en el Mundo, la enfermera ejerce una actividad autónoma e independiente, requiriendo formación y aplicación del Código Deontológico.

Historia de la enfermería y cuidados familiar y comunitario

- El ámbito familiar ha sido donde ha transcurrido históricamente el parto. La partera/matrona junto con la familia han sido los responsables de prestar los cuidados necesarios durante los periodos del embarazo, parto y puerperio.
- Los negros y los cuidados en las familias de Brasil: una visión histórica y Iconográfica, que permite reconocer hechos acerca de las acciones de mujeres negras en Brasil, considerándolas como las primeras cuidadoras.



- La enfermería teniendo una larga Historia profesional, su historia ha sido escrita muy recientemente y requiere una investigación más amplia de sus fuentes, así como de una fundamentación tanto en las corrientes históricas, filosóficas y de pensamiento para que el cuidado ocupe el lugar que le corresponde.

Fenomenología de los cuidados. Vivencias de cuidadores y cuidados en torno a la familia y la comunidad.

- Es fundamental reconocer los derechos de los pacientes/clientes en relación al proceso del cuidar, tomando como referencia los principios bioéticos asegurando así la humanización de la asistencia de enfermería y la disminución de los riesgos a los pacientes.
- La aptitud adoptada así como la experiencia vivida por la persona más cercana al paciente con Cardiopatía Isquémica puede repercutir positiva o negativamente en los procesos de adaptación y rehabilitación de la enfermedad, sus creencias y percepciones acerca de la patología pueden ayudar o desfavorecer en el momento de promover cambios acerca de su estilo de vida.
- La familia es un sistema interaccional en búsqueda de constante equilibrio. Es relevante la implicación de la familia en la construcción de la salud. El síntoma cumple una función de homeostasis en la familia, de mantenerla unida.

Antropología de los cuidados familiares y comunitarios

- La competencia cultural confiere al profesional un valor añadido a su autonomía y prestigio. La mejor garantía de equidad en la asistencia es el respeto individualizado que propugna la Enfermería Transcultural.
- Educar para la convivencia en la diversidad cultural es una prioridad que debe situarse en el centro del compromiso profesional.
- Experiencias de cuidados familiares en un hospital africano. Una visión de la enfermería en Ruanda. La importancia de los proyectos de cooperación para el desarrollo radica en definir y asumir aquellas acciones que son realmente útiles en el mundo de la cooperación al desarrollo, formar es una de las acciones más relevantes, todo esfuerzo que se haga en este campo será bien aprovechado por los profesionales y los centros sanitarios, repercutirá directamente sobre los ciudadanos susceptibles de necesitar asistencia de salud, incidiendo por tanto en la sociedad y en el sistema de salud del país .

Teorías y métodos aplicados en los cuidados familiares y comunitarios

- La empatía hacia el enfermo permite igualmente a la enfermera vivir satisfacciones

gratificantes al captar de forma más profunda a través de ella, las respuestas agradecidas de los enfermos, recogiendo las muy variadas reacciones de satisfacción de estos.

- La importancia de la educación para la salud en las familias inmigrantes marroquíes. Para realizar Educación para la Salud de forma eficaz es imprescindible conocer las características de la población a la que va dirigida. Es necesario conocer valores y creencias de otras culturas para proporcionar cuidados competentes.
- El interaccionismo simbólico y los cuidados de enfermos crónicos en el ámbito comunitario. La vivencia del padecimiento está cargada de simbolismos para la persona, que inciden directamente en el valor y la responsabilidad de asumir y cooperar en las prácticas de salud recomendadas por los profesionales de salud que lo asisten en el tratamiento y seguimiento de la enfermedad. A través del conocimiento del significado simbólico que el paciente confiere a su padecimiento, mediado por sus experiencias, conocimientos, emociones, creencias y valores culturales, se puede ofrecer cuidados culturales más competentes, significativos y gratificantes para el individuo, familia y el profesional de enfermería.

PREMIOS CONCEDIDOS EN LAS VI JORNADAS INTERNACIONALES DE CULTURA DE LOS CUIDADOS Y IX REUNIÓN DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

Los miembros del comité científico, reunido el 13 de junio a las 16:30 horas, evaluaron las comunicaciones y póster presentados en las VI Jornadas Internacionales de Cultura de los cuidados y IX Reunión de Investigación Cualitativa y en pleno derecho, determinaron otorgar los premios como a continuación se detalla:

Mejor comunicación:

Título: Un proceso una realidad, relato de una mujer en fase terminal.

Autor (es): Esperanza Begoña García Navarro, Rosa Peres Espinosa, Sonia García Navarro.

Institución: Área hospitalaria Juan Ramón Jiménez. España

Premio otorgado: Trecientos cincuenta euros



Freitas, Irma da Silva Brito, Maria do Céu Mestre Carrageta, Maria Neto da Cruz Leitão, Marília Maria Andrade Marques da Conceição e Neves, Paula Maria Lopes de Oliveira Vidigueira, Regina Maria Fernandes de Jesus Ponte Ferreira Amado, Rosa Cândida de Carvalho Pereira de Melo, Rosa Cristina Correia Lopes, Rosa Maria Correia Jerónimo.

Institución: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Portugal

Premio otorgado: Doscientos cincuenta euros

Accésit a la comunicació:

Título: Factores relacionados con la aplicación del PAE en cuidado intensivo.

Autor (es): Juan Guillermo Rojas, María del Pílas Pastor Durango

Institución: Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia. Colombia

Premio otorgado: Cien Euros

Mejor póster:

Título: Enfermagem: que conceito detêm os estudantes em início de formação.

Autor (es): Helena Cristina das Neves Mira

PREMIO “VIDA Y SALUD DE NARRATIVA”

El jurado del premio “Vida y Salud de narrativa”, en su IX edición, tras valorar positivamente la alta participación y la calidad de los relatos presentados en ambas modalidades, ha estimado tras un laboriosísimo proceso de valoración, otorgar los siguientes galardones:

Modalidad Absoluta:

“*Emma flotando en el espacio*” de la que es autor D. Rafael Perales Jódar, natural de Jaén y residente en Otura (Granada).



Modalidad Profesionales / Estudiantes de Enfermería:

“*El hospital nos dividió*” del que resultó ser autora, Dña. Ana Fernández Conde, natural y residente en Orense.



