

CULTURA DE LOS CUIDADOS

REVISTA DE ENFERMERIA Y HUMANIDADES

2.º Semestre 2010 • Año XIV - N.º 28

EDITORIAL

- *La enfermera mexicana que no estuvo en 1810, tampoco en 1910 y que se sigue buscando en el 2010*

FENOMENOLOGÍA

- *Diario de Campo en una Unidad de Psiquiatría*
- *¡Vias!*
- *Te lo mereces*

HISTORIA

- *Memória de egressos da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*

ANTROPOLOGÍA

- *Actitudes de género y estereotipos en Enfermería*
- *Necesidad sentida de las mujeres sordas durante el parto y el puerperio inmediato en el ámbito hospitalario*

TEORÍA Y MÉTODO

- *Conceptos de cultura y enfermería: un análisis sociosemiótico de producciones científicas*
- *La exposición corporal y el cuidado de enfermería*
- *Teorizar la práctica clínica asistencial de enfermería: un reto como profesión y disciplina*
- *Enfermería, cuidado y ciencia*

MISCELÁNEA

- *Biblioteca comentada*
- *Premio Jurado Vida y Salud de Narrativa X Edición*
- *III Simposio Iberoamericano. XII Congreso Nacional y VII Internacional de Historia de la Enfermería. VII 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

CONSEJO EDITORIAL

DIRECCIÓN

José Siles González

SUBDIRECCIÓN

Luis Cibanal Juan

ASISTENTES DE LA DIRECCIÓN

Carmen Solano Ruiz
Ana Lucía Noreña Peña

CONSEJO DE REDACCIÓN

SECRETARÍA

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

Asunción Ors Montenegro
Miguel Ángel Fernández Molina
Eva M^a Gabaldón Bravo
Flores Vizcaya Moreno
José Ramón Martínez Riera

Juan Mario Domínguez Santamaría
M^a Mercedes Rizo Baeza
Mercedes Nuñez del Castillo
Miguel Castells Molina
Rosa Pérez-Cañaveras
Manuel Lillo Crespo
Isabel Casabona Martínez
Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante

COORDINADOR INFORMÁTICO Y PÁGINA WEB

Pablo Díez Espinosa

DIRECCIÓN TÉCNICA Y FINANCIERA

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

COMITÉ CIENTÍFICO O ASESOR

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

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

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

Manuel J. García Martínez
Enfermero y licenciado en Antropología social y cultural
Doctor por la Universidad de Sevilla

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Taka Oguiso

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

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

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

INDIZADA E INSCRITA EN:

Cultura de los Cuidados está incluida en las bases de datos:
- CAPES/QUAL. Base de datos de revistas del Ministerio de Educación de Brasil.
- LATINDEX. Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal.
- “SCIENTIFIC COMMONS” Details at a Glance: Publications: 31,839,799 - Repositories: 1.157
- BDIE, ENFISPO, EBSCO, PUBLISHING, CUIDATGE, CUIDEN CINHAL y hemerotecas digitales como: Cantárida y RUA (repositorio Institucional Universidad de Alicante: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/831>)
Coordinadora RUA. Ana L. Noreña

SUSCRIPCIONES:

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

CORRESPONDENCIA:

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

IMPRESIÓN Y ACABADO:

Edita: Consejo de Enfermería Comunidad Valenciana (CECOVA)
Diseño editorial, maquetación e impresión: AROA Diseño y Comunicación. Alicante (España)

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

MARCA ESPAÑOLA Nº 2.816.560 DENOMINADO CULTURA DE LOS CUIDADOS BOE. 16/04/2008.

SUMARIO

NORMAS DE PUBLICACIÓN	4
CRITERIOS DE EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE ARTÍCULOS	5
EDITORIAL	
La enfermera mexicana que no estuvo en 1810, tampoco en 1910 y que se sigue buscando en el 2010	7
ALFREDO BERMÚDEZ GONZÁLEZ	
FENOMENOLOGÍA	
Diario de Campo en una Unidad de Psiquiatría	11
GEMA ZAMORANO ORELLANA	
¡Vias!	21
JOSE M ^a BERNET GRANADOS	
Te lo mereces	27
RAQUEL HERNÁNDEZ BLAS	
HISTORIA	
Memória de egressos da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo	31
NATÁLIA FIALHO MOTA, GENIVAL FERNANDES DE FREITAS, AMANDA LOOS AGRA, JULIANA MOREIRA LINO VIANA, MAGALI HIROMI TAKASHI, TAKA OGISSO	
ANTROPOLOGÍA	
Actitudes de género y estereotipos en Enfermería	39
M ^a DOLORES BURGUETE RAMOS, JOSÉ RAMÓN MARTÍNEZ RIERA, GERMÁN MARTÍN GONZÁLEZ	
Necesidad sentida de las mujeres sordas durante el parto y el puerperio inmediato en el ámbito hospitalario	49
FLAVIA POLANCO TEJO, SALVADOR GARCÍA RUISE	
TEORÍA Y MÉTODO	
Conceptos de cultura y enfermería: un análisis sociosemiótico de producciones científicas	57
LUIZ HENRIQUE CHAD PELLON, DANIELLA BARROS OLIVEIRA CÉZAR	
La exposición corporal y el cuidado de enfermería	63
FLORALBA ARCOS O., SOLANYE GALINDO HUERTAS	
Teorizar la práctica clínica asistencial de enfermería: un reto como profesión y disciplina	71
FERNANDO TALENS BELÉN, ISABEL CASABONA MARTINEZ.	
Enfermería, cuidado y ciencia	76
JUAN IGNACIO RICO BECERRA	
MISCELÁNEA	
Biblioteca comentada	83
Premio Jurado Vida y Salud de Narrativa X Edición	86
III Simposio Iberoamericano. XII Congreso Nacional y VII Internacional de Historia de la Enfermería. VII Jornadas Internacionales de Cultura de los Cuidados	86

ESTRUCTURA DE LA REVISTA Y NORMAS DE PUBLICACIÓN

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

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

PRESENTACIÓN DE LOS TRABAJOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CRITERIOS DE EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE ARTÍCULOS

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

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

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

Consejo Editorial que fundamenta esta decisión.

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

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

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

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

EVALUATION CRITERIA AND SELECTION OF ARTICLES

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

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

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

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

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

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

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

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO E SELEÇÃO DE ARTIGOS

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

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

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

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

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

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

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

EDITORIAL

LA ENFERMERA MEXICANA QUE NO ESTUVO EN 1810, TAMPOCO EN 1910 Y QUE SE SIGUE BUSCANDO EN EL 2010

**The mexican nurse who was not there in 1810, nor in 1910
and she is still being looked for in 2010**

**A enfermeira mexicana que não esteve em 1810, tampouco
em 1910, e que se segue buscando em 2010**

Alfredo Bermúdez González.

Profesor e Investigador

Coordinador del Grupo de Historia y Filosofía del Cuidado

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

Universidad Nacional Autónoma de México

El año 2010, ha sido para México momento de evocaciones nacionales y remembranza de acontecimientos que dejaron sus marcas históricas en el devenir de la identidad mexicana, básicamente estamos festejando dos fechas siguiendo la tradición presidencial de principios del siglo XX, cuando el entonces ya considerado tirano Porfirio Díaz en sus muy frecuentes incursiones como jefe máximo de la Nación, se propone en el año de 1910 a festejar el Centenario de la Independencia de México, hoy a doscientos años del momento que llevo a México liberarse de la dependencia de la Corona Española, se le circunscribe un hecho histórico más que esta cumpliendo su primera centuria y nos referimos a la Revolución Mexicana.

Desde el año del 2007 la Universidad Nacional Autónoma de México, hizo un llamado desde la Rectoría universitaria vía el Instituto de Investigaciones Históricas de esta galardonada y festejada casa de estudios, a sus diferentes dependencias a conmemorar con diferentes actividades el Bicentenario Independiente y Centenario Revolucionario momento que coincidía con los cien años de fundada la primera escuela de enfermería con un programa dirigido a formar enfermeras nacionales.

Estos acontecimientos solo nos dejan ver que en las fechas a festejar, no había enfermeras formadas para la atención de los hospitales novohispanos fundados en la ciudad de México y en todo el interior del país y que por lo tanto debemos de hablar de los dadores de cuidado durante todo el siglo XIX.

Anterior a esa fecha y mucho antes de la llegada de los españoles a lo que sería llamada posteriormente la Nueva España, se habla de una sociedad mesoamericana, verdaderamente organizada y donde podemos encontrar a mujeres y hombres que se dedican por tradición a lo que posteriormente se nombraría como medicina y enfermería, dichos personajes tienen lugares explícitos para desempeñar su arte.

Con la llegada de los diferentes personajes españoles, fueron acompañados en este reconocimiento, dominio de tierras y personas, las Órdenes regulares que se habrán de encargar de la evangelización y la enseñanza de la lengua castellana, además de ciertos oficios que en el florecimiento colonial se agremian y forman las Cofradías y Archicofradías que conjuntamente con la Iglesia y el ayuntamiento se harán responsables de aquellas obras de misericordia, como el más cercano ante-

Tomado del Título de Grado de Enfermería por la Universidad de Murcia

cedente de lo que hoy en México llamamos Seguridad Social.

Algunos de estos hermanos regulares como los fue el franciscano Fray Juan de San Miguel y el Agustino Vasco de Quiroga se dieron a la tarea de fundar a su paso algunas obras hospitalarias, en las cuales se brindó ayuda a los necesitados, enfermos y caminantes, por lo tanto fue necesario que hicieran la misma labor tanto los Dominicos como los Jesuitas en todo el territorio colonial.

La acción evangelizadora era de gran envergadura por lo tanto tuvieron que compartir las tareas y dejaron en manos de las órdenes hospitalarias la continuación de las fundaciones asistenciales, ya que ellos agregaban a la Regla de san Benito el voto de hospitalidad, encontrando en todo el territorio nacional, hospitales establecidos por los juaninos, hipólitos, betlehemitas y antoninos obra que continuo en función hasta el México Independiente, hoy solo podemos ver las antiguas construcciones como mudo testigo del pasado sistema de salud colonial.

La creación de hospitales responde a un principio de solidaridad y entre los cristianos al ejercicio del mandato de caridad, surge para cubrir las necesidades de una determinada sociedad. Por tanto no ha de sorprender que monarcas, prelados, parroquias, congregaciones, ciudades, fundasen sus propios centros hospitalarios para responder a las necesidades objetivas de su ciudad, conformando un grupo de instituciones asistenciales que siguieron funcionando hasta que el estado asumió la fundación de dichas instituciones hospitalarias.

Estas órdenes hospitalarias se acompañaron de las órdenes religiosas femeninas para administrar y enseñar el cuidado que se brindaba a los enfermos en el México colonial, ambos actores tanto los masculinos como los femeninos se mantuvieron en activo, hasta el año de 1821, cuando son expulsadas las órdenes hospitalarias y solo permitiendo la continuidad del cuidado en nombre de las Hijas de la Caridad, que se encargaron de la administración de los hospitales coloniales y posteriormente de los

dos hospitales de sangre de la ciudad de México, el de San Pablo y el de San Andrés, nombrados así por que recibían y brindaban atención a los heridos en el frente de batalla, de aquellos movimiento sociales del país.

Sin embargo no se nos debe de escapar una figura femenina que a la llegada de los españoles, era ya merecedora de un gran prestigio ganado por la tradición, los usos y costumbres nombrada Ticitl (Partera), que durante el periodo comprendido entre los siglos XVI y XIX las sociedades coloniales no fueron muy benignas con los cuidados que brindaban y no solo a la mujer embarazada.

Fueron precisamente estas atenciones otorgadas por las parteras tan cuestionadas durante el periodo colonial, justo cuando las cátedras de medicina y cirugía se abren paso dentro de la Real y Pontificia Universidad de México, de ello dan fe los archivos históricos, calificadas además de no adquirir el conocimiento bajo ningún programa específico, se les cuestionó su práctica, se les imputaron accidentes con las mismas embarazadas y hasta se les acuso de hechicería.

Pero esos mismos archivos, nos hablan de que muchas otras veces estuvieron siguiendo un programa de formación paralelo al del médico o cirujano, que fueron examinadas para avalar su práctica por el propio

Protomedicato. Estos hechos nos dicen entonces que si tenemos una figura que se formo dentro de la universidad y que es a partir de este cuidado brindado por ellas y las anteriores parteras de Mesoamérica, que podemos definir el objeto de estudio de la enfermería que se empieza a vislumbrar en los escenario de finales del siglo XIX.

Las prácticas de cuidado ejercidas por las órdenes hospitalarias, las órdenes religiosas femeninas, las parteras tradicionales del México prehispánico y colonial, son las improntas que se han convertido en el eje rector de la enfermería mexicana.

Una enfermería nacional que tuvo que formarse una vez que Sor Micaela Ayanz y las Hijas de la caridad, como administradoras de los perennes hospitales coloniales son expulsadas del país en el



año de 1874, cuando los gobiernos reformistas han decidido retirar por completo los bienes materiales en poder de la Iglesia.

El estado y los médicos mexicanos en la completa orfandad frente al cuidado de la salud pública, se encontraron con la urgente necesidad de formar enfermeras y esto solo será posible de primera instancia a que la tradición médica de finales del siglo XIX, se hizo responsable de los programas con los que inicialmente se formaron las primeras enfermeras mexicanas, en segundo término ya se proyectaba en los escenarios del México moderno nuevos hospitales acordes a los tiempos y continuándonos en esta misma temporalidad las familias tradicionales daban la oportunidad a sus hijas de insertarse en el ámbito educativo y laboral.

De esta manera llegamos al siglo XX tiempo en el cual se habrá de inaugurar el hospital más moderno del país en la ciudad de México, mismo que albergaría la primera escuela de enfermería universitaria en el año de 1907, y como responsables de los programas los médicos y profesoras extranjeras que enseñarían a las señoritas mexicanas.

Para el año de 1910 y durante los festejos del Centenario de la Independencia de México, se inaugura la Universidad Nacional de México, con gusto para la enfermería su programa académico es uno de los primeros en insertarse en el año de 1912, por lo tanto podemos darnos cuenta que si esperamos encontrar enfermeras profesionales durante la Independencia o Revolución de México esto no será posible ya que los planes de estudio serán enviados al interior del país hasta el año de 1922, las enfermeras que se forman en la ciudad de México solo cubren mínimamente las necesidades hospitalarias en el centro del República Mexicana.

Quiénes entran a estudiar la carrera de enfermera, mujeres jóvenes que no rebasen los veinte años, que sepan leer y escribir, que provengan de familias de buenos principios y mejor moral, que tuvieran buena salud, ante este panorama vemos muy frecuentemente a mujeres jóvenes pero viudas, con necesidad de obtener un salario, buscando una oportunidad de aprender y trabajar, también



algunas profesoras de formación que arrobadas por las ciencias naturales y el positivismo, incursionarían en la carrera de enfermería.

Son pocos los personajes en aislado que dentro de la disciplina nos hablan de la identidad con que se debe de seguir a la carrera de enfermeras y tenemos entre ellas a la primera mexicana Eulalia Ruiz Sandoval, Jefe de Enfermeras del Hospital General de México y que también estuvo por algún tiempo en el frente de batalla durante la

Revolución Mexicana, en este mismo acontecimiento a Refugio Esteves Reyes que fue atraída por la enfermería, que su entrega en frente de batalla y con los heridos la llevo a estudiar enfermería, de igual manera tenemos a Ariadna, la Musa del Ulises Criollo de José Vasconcelos que se convirtió en la fundadora de la Cruz Blanca Neutral para atender a los enfermos rebeldes heridos en campo de batalla.

Tuvieron que pasar muchos años preparando enfermeras y parteras hasta que en el año de 1933 se realiza el primer Congreso de Enfermería y solicitan mayores estudios. Al mismo tiempo y paralelo al camino de la medicina se fueron formando enfermeras con distintas especialidades a través de cursos, mientras esto acontecía la enfermería estuvo dependiendo para su enseñanza de la Facultad de Medicina.

En el año de 1945 la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia rectora de la enfermería mexicana, obtiene su autonomía de la Facultad de Medicina, los médicos continúan al frente de la elaboración de los programas de enseñanza para las carreras de enfermeras y parteras, se cuenta para ese entonces con profesoras instructoras de enfermería a cargo del programa de enfermeras. Sin embargo en el camino histórico y profesional se ha perdido ese cuidado hacia el prójimo que las antiguas órdenes religiosas femeninas prodigaron a los enfermos y necesitados.

Viene a ser después de la primera mitad del siglo XX cuando la profesión se forma a nivel licenciatura, como Licenciado en Enfermería y Obstetricia, nuevamente nos damos cuenta que aparecen en el escenario las dos carreras iniciales

de la disciplina del cuidado. Sin embargo pareciera ser que la oralidad ha imperado en México para que se hable de la enfermería, la disciplina no se ha preocupado por investigar su historia, no se ha detenido en hacer ciencia y ha perdido tiempo en reproducir esquemas, importando modelos de otros países que poco a poco han creado una historiografía del cuidado y de la enfermería de sus naciones, donde México no ha hecho lo propio. Enfermería que se han detenido a plasmar en el documento teorías y filosofías, que han dejado un discurso original como evidencia para hacer hoy día una incursión en la investigación cualitativa.

Es necesario entonces que en México a partir de una irrupción histórico metodológica, se inserte dentro de los planes de estudio de materias que permitan darle un giro al verdadero desarrollo y evolución de la enfermería mexicana.

En México, mucha evidencia hacemos en cualquiera de los ámbitos donde se brinda el cuidado, sin embargo en el desarrollo de esta experiencia no debemos dejar de lado que en nuestro devenir se han perdido aquellas tres improntas del cuidado brindado en antaño, dónde ha quedado ese amor al prójimo tan parangonado por las religiosas, en qué momento se desvirtuaron la asistencia y la administración del cuidado que se prodigaba.

Cómo es posible que no entendamos ahora que los atributos que identifican a la enfermería son herencias genuinas que deberían orientarnos a buscar la enfermería de este siglo XXI.

Hoy a doscientos años de la Independencia de México y cien años de la Revolución Mexicana podemos constatar que una enfermera de formación como tal no la hubo en potencia durante estos acontecimientos, pero sí darnos cuenta a través de la historia, la narrativa, la filosofía y la ciencia, que el cuidado como el objeto de estudio de la enfermería ha estado en toda la humanidad, en todas las sociedades y en todos los hechos históricos.

Que solo desde una metodología histórica podremos hacer cortes temporales y contextualizar los hechos históricos desde diferentes corrientes historiográficas, para reconstruir los haceres de la enfermería o de los cuidadores, son estas mismas materias sociales las que nos permitirán no solo a la sociedad mexicana, sino universal mente a la enfermería rescatar a esa enfermera humanista que

se ha venido difuminando en las sociedades contemporáneas.

Es esta pues la enfermera mexicana que les puedo presentar a doscientos años, cien años y la que habremos de buscar en los archivos y fuentes documentales desde la historiografía y la evidencia, para futuros festejos nacionales.

FENOMENOLOGÍA

DIARIO DE CAMPO EN UNA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA

Realizado durante las prácticas clínicas de Enfermería psiquiátrica

FIELD NOTES IN A PSYCHIATRIC UNIT

Written during clinical practice in psychiatric nursing

DIÁRIO DE CAMPO EM UMA UNIDADE PSIQUIÁTRICA.

Realizado durante as práticas clínicas de enfermagem psiquiátrica

Gema Zamorano Orellana

Alumna de 3º de Enfermería



¿Una decisión muy arriesgada?

Es el primer día de prácticas, las últimas ya de la carrera, de esta etapa que ha pasado vertiginosamente rápido. Pese a la experiencia de años anteriores, aún hoy, me siguen temblando las piernas. Voy a hacer este primer módulo en la unidad de psiquiatría. Sé que mi labor ahí no tendrá nada que ver con la de mis otros compañeros que están en unidades medico-quirúrgicas, por ejemplo. Obviamente, estoy nerviosa y por mi cabeza pasan muchas suposiciones de lo que supondrá mi estancia allí.

Por fin llego, me presentan, me presento. El color lavanda de las paredes de la unidad me relaja algo, me gusta el ambiente a priori. Veo a varias pacientes femeninas recorriendo el pasillo una y

otra vez. Intento acoplarme cuanto antes a la unidad haciendo preguntas al enfermero, leyendo historias,... pero nada, toda información que entra, sale igual, no soy capaz de concentrarme. Me siento totalmente extraña, me apetece mucho conocer a los pacientes, pero me es imposible, puesto que no tengo confianza aún con el entorno.

Palpo un clima de silencio y canales de comunicación cerrados entre personal sanitario y pacientes. Coloquialmente: “cada uno va a la suya”. Comienzo a sentirme mal al ver esa pasividad en el entorno, sobre todo, porque me interesa muchísimo conocer a los pacientes como ya he dicho. Gana mi timidez por dos razones: primero, que no quiero dárme las de “sabelotodo”, y segundo, que temo cometer algún tipo de error con los pacientes y que me culpen mis superiores.

Posteriormente, al terminar de entrevistar a un paciente que acaba de ingresar por una alteración de la conducta, también me he sentido defraudada conmigo misma. Me he cerciorado de cuán difícil es establecer una comunicación asertiva, empática, con feedback, donde poder comenzar a conocer al paciente, y que él comience a conocerte a ti, donde mostrarle que puede confiar en ti, que tú le escuchas abierta y honestamente. El nerviosismo y la inexperiencia se han apoderado de mí. He salido de la habitación con la mirada perdida y desconcertada.

Intento poner mi sentido de la adaptación al cien por cien, pero no responde. Soy franca conmi-

go misma, es el primer día, es un mundo asistencial muy distinto de lo que conozco, y por lo tanto, soy inexperta. No puedo pretender saber hacerlo todo perfectamente y respondiendo a las expectativas que me había creado, quizá algo irrealistas.

Durante la mañana, me comentan que muchos de estos pacientes son manipuladores, pocas veces agresivos, maleducados, etc, pero lo que veo es que tienen una necesidad inmensa de comunicarse, de relacionarse, y no he visto esa relación profesional enfermero basada en la comunicación con sus pacientes. ¿Tan difícil es?

Reitero, necesito conocer a esas personas, que me hablen, que se comuniquen conmigo,... asumo esa responsabilidad. No quiero parapetarme en el control de enfermería todos los días, como si estuviera hacinada ahí, como si tuviera miedo a esas personas, cuando lo que realmente me da miedo es adoptar la actitud de barrera.

Además me siento apenada, porque tengo la sensación de que el enfermero de hoy no me escuchaba, y por lo tanto, el cúmulo de desconocimiento, nuevo entorno, etc, me ha sobrepasado al llegar a casa, haciéndome sentir confusa, dudando incluso de la decisión que tomé al elegir esta unidad para hacer mis prácticas.

Un soplo de aire fresco

Durante la mañana todo ha ido progresando hacia el extremo opuesto de lo que ayer sentí. Se debe, esencialmente, a la presencia de una enfermera que se está especializando en salud mental y se encuentra haciendo prácticas en la unidad en la que me encuentro. Desde el momento en que la he saludado, he tenido la simple impresión de que ya no estaba sola, y eso que no había mantenido ninguna conversación con ella aún. Esta nueva compañera del EIR, que me ha hecho sentir su compañera de equipo también, me ha dado la capacidad o el impulso para poder ir a hablar con los pacientes, tanto, que algunos ya se conocen mi nombre, me hablan de los libros o cosas que les gusta hacer, etc, cosas banales a priori, pero al menos es un comienzo. Yo les he preguntado y he contactado algo más con ellos, en comparación con el día de ayer.

Al hacerle la entrevista a una paciente que ingresaba por ideas autolíticas, su debilidad y su ternura me han cautivado, y he sentido tal comodidad en frente de y con ella, que he estado más

espontánea y he realizado preguntas más coherentes con lo aprendido en la teoría, que en comparación con la entrevista fallida, o por lo menos, tan poco correcta que realicé ayer.

A diferencia de ayer, hoy me he sentido orgullosa del pequeño progreso que he realizado. Me he sentido un poco menos lejana con las personas que ahí están ingresadas, y algo que me ha sorprendido gratamente, he creído empatizar- no verbalmente- con la pareja sentimental de la paciente que hoy ha ingresado, que además es su cuidador. He visto reflejado en su mirada, sus gestos, esa tristeza de ver a la persona que quieres en un estado de inestabilidad emocional visible e irreconocible.

El día de hoy, sin duda alguna, ha sido un soplo de aire fresco.

Diciendo adiós

Para mí, hoy ha sido un día melancólico. Afuera un día gris, frío y lluvioso. Adentro, una mujer adulta - indigente, dependiente de sustancias y que hace más de un mes ingresó por ideas autolíticas- es dada alta. Es la mujer con la que más he hablado en lo que llevo de estancia aquí. Es admirable lo amable, educada, sonriente y dulce que es, a pesar de no haber llevado una vida fácil, y a pesar de estar sola y ser rechazada por sus propios hijos. En lo que llevaba ingresada, cero visitas, cero llamadas. Sólo la acompañaba su libro, sus gafas, su pintalabios y su vestimenta.

Se viste, se prepara para salir de una estancia cómoda, donde ha podido saber de nuevo qué es dormir de verdad en un colchón, comer cada día caliente, estar cuidada, aseada, resguardada en un lugar seguro. Y de repente, como el pajarito que deja su nido, se va despidiéndose de nosotras, con esa sonrisa que la caracteriza, pero con una mirada tremendamente triste y desubicada, como preguntándose: ¿Qué va a ser de mí ahora? ¿A dónde voy exactamente?

Se le ha asignado un albergue a donde debe ir, - me pregunto ahora si ha llegado - cruza la puerta acristalada que la separa del mundo exterior, se para en el recibidor a ponerse sus collares, y dice adiós con la mano y su sonrisa siempre presente. No sé porqué, pero ¡qué orgullosa estoy de esa mujer!, de lo fuerte que es a pesar de sus debilidades. Nuevamente, nos dice adiós con su mano y su sonrisa, mientras le respondo desde detrás de la

puerta acristalada. Dice adiós a otra época más de su vida. Ella no lo sabe, pero le deseo lo mejor.

Yo por mi parte, digo “adiós” a ese primer día aquí, donde tanta negatividad me invadió, y digo “hola” a mirar las cosas positivas que tiene este lugar, y sobre todo, a las personas que habitan en él.

La experiencia de los años

En el turno de hoy, he tenido la suerte de contar con un enfermero que tiene una larga trayectoria en la asistencia psiquiátrica. Me ha transmitido su saber acumulado procedente de la experiencia, su respeto y también admiración por este campo de la enfermería. He agradecido mucho su interés por enseñarnos, -tanto a mí como a la enfermera residente-, la técnica de la contención mecánica, eso sí, haciendo hincapié tanto en la esfera biopsicosocial de la persona a la que contenemos, como en la familiar, cuando ese paciente es visto por sus allegados.

Nos ha transmitido dos ideas fundamentales respecto al poder que tiene el enfermero cuando decide contener físicamente a un paciente. La primera idea se resume en la siguiente frase: “el poder estriba en que tenemos ese poder para evitar utilizarlo”. Frase que creo que significa mucho en relación a la segunda idea: “a los pacientes no se les amenaza con aplicarles la contención física, eso es una falta de profesionalidad y una estupidez, sino que siempre y en cualquier situación, hay que aplicar preferentemente, la humana contención verbal”.

Por supuesto, no solo nos ha dado una clase teórico-práctica sobre contención mecánica, sino que también se ha interesado voluntariamente por enseñarnos y hacernos aprender. Creo que eso dice mucho de una persona y de cómo trabaja, a pesar de su seriedad y gesto concentrado y casi, inexpressivo. Claro que prefiero esto, a una simpatía a borbotones y sin franqueza.

En resumen, hoy he sentido que me evaluaban desde las críticas constructivas, y por ello, he reanudado mi capacidad de atención tanto, que he percibido que nada mejor que la exigencia desde la empatía para aprender.

Después de la tormenta viene la calma

Lo más significativo del día de hoy ha sido ver cómo una paciente con trastorno de personalidad se disculpaba ante mí y mi compañera, por haber

gritado y llorado tras la cita con su psiquiatra, el cual le había comentado que tenía que seguir ingresada. En el momento que ella ha sabido de esa información, se ha sentido engañada y manipulada. Sus palabras textuales eran: “me siento en una prisión, quiero respirar aire fresco, estoy harta de estar aquí”. Mientras expresaba todo su llanto, hemos estado a su lado intentando calmar y aliviar, o simplemente escuchar a una persona que tiene un deseo ferviente de no ver las cuatro paredes que la rodean día tras día desde los dos meses que lleva en la unidad. Estaba desesperada, tenía que desahogarse. No quiero poner en duda su llanto, si fue teatro o no, creo que la desesperación como yo la he visto esta mañana, no se puede disimular tan bien.

Como ya he dicho, luego se ha calmado. Hemos comenzado a hablar con ella sobre sus gustos literarios y musicales, y se ha ofrecido voluntariamente a leernos un poema que ella mismo había escrito. Un poema sobre el enamoramiento.

Mientras lo leía, he pensado que cómo una persona con tanto potencial intelectual - fue una alumna brillante en el instituto según su historia clínica -, estaba ahora abocada a la soledad de una habitación de un hospital rodeada únicamente de sus libros, su música, y su poema. No podía evitar sonreír al oírla citar dicho poema.

La verdad que sentí pena por ella en ese momento. Pues en cierto modo, lo que podría haber sido su proyecto de vida, está momentáneamente desvanecido, y su capacidad intelectual desaprovechada.

Respecto a esta paciente, me molesta que la enfermera mediante una orden implícita me diga que no debería acercarme a ella. Hago caso omiso. Si esa persona me resulta tranquila y dentro de lo que cabe, serena, me es imposible obviarla.

Incluso, no me parece tan desagradable ni tan esperpéntico que se ponga a gritar y a llorar desesperanzada en medio del pasillo, me parece algo natural y humano teniendo en cuenta su diagnóstico.

Como digo, la energía negativa mejor sacarla hacia el exterior - no hacia nadie en concreto - antes que contenerla. Es el único modo de que la tormenta dé paso a la calma interior.

En medio de la incertidumbre

Me gusta la planta y los pacientes y sus peculiaridades. Hablo con mis compañeros sobre la

Unidad mientras intento borrarles ciertos prejuicios sobre los enfermos mentales. He adoptado tal solidaridad con este tipo de pacientes, que me molesta oír ciertos juicios de valor basados en el desconocimiento más que nada. Me molesta incluso que mis compañeros sólo hablen de técnicas. Me he dado cuenta que evito las técnicas, que prefiero dedicarme a otras labores que creo que una enfermera tiene que desarrollar. Siento deseos de terminar mi etapa estudiantil. Siento ganas de ser la enfermera que yo deseo ser, sin estar sometida a la forma de trabajar de otros. A mi compañera del EIR también la veo cohibida en sus actos, ya que se lo pregunté y me contestó afirmativamente.

Observo la madurez de otras enfermeras y me digo: prefiero que pasen 25 años de una vez, y tener conocimientos bien sedimentados tanto a nivel profesional como personal, a estar ahora sumergida en esta incertidumbre que parece no cesar. La seguridad de la experiencia es algo brillante. O sea, supongo que el malestar que hoy me invade es fruto de sentir que simplemente aún soy una estudiante de enfermería.

Hoy me sentía realmente desmotivada. Como sentada en la orilla de una playa de una isla solitaria contemplando el atardecer, con la incertidumbre de no saber porqué me encuentro aquí y sintiendo que no me puedo cambiar de postura, que sólo puedo contemplar, mientras los atardeceres se van sucediendo día tras día.

El séquito vigilante

Eran las once y media de la mañana. De repente llegan a la unidad un séquito de guardias de seguridad rodeando a un hombre alto, que parece desorientado, con la expresión inocente, pero nervioso. Se resiste a entrar a la habitación, y de repente todo el séquito se avalancha innecesariamente sobre él, sin ni siquiera hablarle antes. Estaban plenamente decididos a aplicarle la contención mecánica, a este hombre, que ni siquiera ha gritado o alzado la voz, que simplemente está desubicado y confuso.

Menos mal que se han ido pronto. El enfermero y yo hemos podido hablar tranquilamente con el paciente, explicarle que no vamos a trabarle (no me gusta esta expresión), ayudarle a vestirse y a asearse, ayudarle a relajarse y conciliar el sueño en medio del caos que seguro ha sentido en esos instantes.

Ha sufrido recientemente un brote psicótico. Casi logra salir del hospital, porque en otra unidad le practicaron, no solo una contención mecánica innecesaria, sino que además una contención mal aplicada y sin fundamento, que fue la razón por la que consiguió escapar de la unidad en la que se encontraba.

Me appena tanto observar estas cosas a mi alrededor. ¿A dónde y cuándo expulsamos de una pata-da inconsciente nuestra actitud y comportamientos más humanos? Sin embargo, en estos momentos perdura más en mis pensamientos el hecho de que gracias a nuestra intervención verbal, franca y honesta, ese hombre seguía calmado y sereno en su habitación, observando por la ventana con gesto nostálgico, el exterior, ese del que desgraciadamente está privado momentáneamente.

Tal vez, yo también me muestre algo esperpéntica o sentimental en lo que voy a decir ahora, pero: cada una de las personas que ingresan en la unidad generan en mí una necesidad de hacer uso de una dinámica de los cuidados más maternal que estrictamente sanitaria, y eso, es lo que más me llena en estos momentos.

El laúd que se derrumba

Hoy he conocido a un hombre con una trayectoria académica importante. Locuaz verborrea, manifestaba sus conocimientos cada vez que respondía a mis preguntas. Era explícito y detallista en sus palabras. Me ha costado centrar la atención en su discurso, tal vez algo monótono en ciertas ocasiones. Me he sentido algo abrumada también ante dicha logorrea. Consigo centrar mi atención. No dar cabidas a pensamientos como “no consigo entender lo que dice... porqué me contará esto ahora, qué digo...”. Estoy descubriendo que el miedo a hacer entrevistas se está fulminando poco a poco. Me gusta hablar a solas con estas personas.

Presentaba un trastorno esquizoafectivo de base. Me he cerciorado una vez más de lo que supone hablar con alguien, porque sin ese canal o válvula de escape que he sido yo esta mañana al escucharle, esa persona no hubiera podido descargar la tensión interior que significa ser el cuidador de una madre que padece Esquizofrenia y Alzheimer.

Sus palabras eran “me encuentro sobresaturado, y mi tía me reprocha que todo lo hago mal”. He



aquí un gran estigma social representado hacia este colectivo. Me he cerciorado de lo voluntarioso y competente que es este hombre al encargarse de su madre, y además, encargarse también de los gastos de una residencia donde se encuentra su padre, enfermo de cáncer terminal. Y se supone ¿que todo lo hace mal?

Las preguntas sin respuestas

Me sigue costando ver a mi alrededor cómo a una persona en estado de psicosis con su desorientación correspondiente, se la despoja de su ropa rápidamente, se le pone el pijama hospitalario, se le quita el collar de su novio al que llama reiteradamente, se le tumba en la cama, se le sujeta con fuerza, se le suprimen la amplitud de sus movimientos con correas y demás sujeciones mecánicas. Pienso otra vez, que no era necesario, luego pienso que sí, porque estaba en riesgo su propia seguridad.

Aún así, me sigo sintiendo impactada ante estas escenas. No se asemejan a la brutalidad para nada, pero ante mis ojos lo son. Me imagino a mi misma en su situación. No estoy acostumbrada a que hagan por mí lo que yo hago diariamente de forma casi mecánica. Sobre todo porque forma parte de mi esfera privada e íntima.

El hecho de que cambiasen de ropa a la paciente en contra de su voluntad (a pesar de su estado Psicótico) y que mientras tanto estuviera exclamando qué hacían, que porqué, que le daba vergüenza, etc, ha hecho que para mí, ver eso, significara algo que atenta contra la dignidad de uno.

Y luego. Luego estaba tumbada, con una expresión asustada, no parpadeaba, con una flexibilidad

cérea visible. Se encontraba como petrificada. Al verla así he sentido algo de horror. Quería despertarla de ese estado, era como si estuviera ahogándose con el aire y no pudiese comunicármelo. Qué sensación. Impactante de nuevo.

Lo peor de todo es que ignoraba inconscientemente a mis preguntas, y entonces, la sentía más lejos aún, como si corriera detrás de ella para sacarla del túnel, y el suelo resbaladizo no me dejase avanzar para socorrerla de su desorientación.

Increible lo que he visto y sentido hoy. Cuando la comunicación con otro ser humano se hace imposible. He sentido angustia.

Le he dicho mi nombre, ¿se habrá guardado en sus recuerdos? Aún siento esa ausencia que me ha hecho percibir. La miraba fijamente, me miraba fijamente. He sentido incluso que me transportaba a esa esfera de ausencia sin ruido. Ahora que lo pienso, perfectamente se podría decir que se estaba comunicando con los ojos, y eso lo que me dice, es que ella también estaba asustada y temerosa. Qué gran conexión la de las miradas entonces. Siempre he pensado que la comunicación no verbal es bella y mucho más importante que las palabras en boca. ¿Cómo si no, se explica esta situación que he experimentado?

La respuesta a las lágrimas

La mujer que ha ingresado hoy, por síndrome ansioso-depresivo, me ha vuelto a recordar lo importante que es saber llevar a la práctica la escucha activa, poniendo los cinco sentidos integrados, empatizando con esa persona.

Realizándole la entrevista, se encontraba desubicada, con la mirada perdida y triste,... me decía que se quería ir, que no necesitaba estar ingresada, ha comenzado a sollozar y seguidamente a llorar. Yo estaba sola con ella, le he puesto una mano sobre el brazo, y lo único que he acertado a decir en tono calmado y afable, es: “si los doctores han decidido que ahora has de pasar unos días aquí, es porque desean tu bienestar, y para conseguirlo de nuevo es necesario que estés con nosotros “. Su respuesta: “ya, pero...”. Ha dejado de llorar, pero seguía murmurando que se quería ir.

Como no sabía qué más hablar con ella, no encontraba palabras adecuadas, he optado por decirle que me encontraba a su disposición para cuando lo quisiera.

Mm,... no me siento muy satisfecha con este intento de escucha activa. Creo que ni siquiera la he dejado hablar o expresarse, y mucho menos he profundizado en porqué quería irse.

Siento que debería haber una consulta de enfermería dentro de la unidad especialmente dedicada para hacer las entrevistas a los ingresos, porque en las habitaciones, entran y salen los compañeros de habitación, entra la auxiliar, etc, todo son interrupciones, y creo que yo también me sentiría más cómoda y tranquila para poder ir conversando con la paciente practicando la escucha activa, que tengo clarísimo, que hoy no he realizado.

La simpática persuasión

Hoy he conseguido que la paciente tímida y reservada a la que ayer entrevisté, salga de la habitación, que no esté hacinada ahí. Solo lo he conseguido durante unos minutos, pero algo es algo. No he conseguido una conversación muy fluida por su parte, creo que a veces hablo demasiado y dejo hablar poco. Creo que me ha ocurrido con esta señora. Pero su inquietud de manos, su mirada, repito tímida, su ausencia verbal me hacían sentir incómoda. Ahora pienso que a lo mejor era innecesario mostrarle mi apoyo para que saliera de su habitación. Que tal vez no necesitaba mi compañía. Me he sentido que tal vez la estaba forzando. Pero desde ayer que la valoré por primera vez y avisté esa inseguridad palpable en el más mínimo de sus gestos, pues sentí el impulso de ayudarla a relacionarse más.

Pues la verdad es que creo que por un lado he hecho bien, y por otro me siento una total persuasiva, siento que he forzado esa situación. Esto último me pesa más en estos momentos. Sobretudo porque no he visto una respuesta verbal de ella mucho más intensa o enérgica de lo que me esperaba.

Ahora me viene a mi mente una frase que me dijo un enfermero: “en los primeros contactos, no pretendas que te den su confianza”. Exacto. He sido una confiada en toda regla. ¡Pero si ingresó ayer, y ya la estoy tratando como si la conociera y me conociese más profundamente! De nuevo el “pseudopoder” de la bata blanca que nos hace creer que somos omnipotentes y con capacidad para conseguir cualquier cosa. Al menos me queda la experiencia, de ver cómo no quiero volver a comportarme.

A veces siento que mi tono de voz o mi comunicación verbal con estos pacientes es más dada a la simpatía que a la empatía, más dada al trato amistoso que al trato esencial de enfermera cuidadora, y me ofende y molesta dicho comportamiento mío, porque no me veo natural o con la suficiente experiencia laboral en este campo.

La cara delirante de la timidez

Nuevo aprendizaje para el día de hoy, que ha terminado de nuevo con el enojo personal momentáneo que supone ver cómo, hasta llegar a poseer sabiduría parcial en las habilidades psicológicas - sobre todo en el trato con pacientes que sufren de psicosis- todavía he de dar unos cientos y miles de resbalones en el barro - aún no fangoso- de la práctica asistencial.

La misma paciente del día anterior. Lo sucedido se resume de la siguiente manera: La veo salir de la habitación, yo en la salita común con los pacientes, sentada con mi compañera del EIR. Se va acercando discretamente hacia mi posición; se sienta a mi lado; se me acerca cada vez más; comienzo a extrañarme; ella repentinamente se levanta, permanece a mi lado pero no para de golpear levemente la mesa con sus dedos mientras mira como abstraída y ligeramente - sin yo haberme percatado- a todo el mundo que hay en la sala, esto lo hace repetidamente.

La EIR y yo observamos que algo no anda bien, lo ubicamos como simple nerviosismo - muy a nuestro pesar posterior -, así que le insistimos en acompañarla a su habitación por si quiere hablar o contarnos cómo se siente en el día de hoy.

Al principio, respuestas coherentes que tardan en proyectarse al exterior, y luego respuestas literales como: ¿me estáis mintiendo? ¿Sois sinceras conmigo? El demonio tiene la culpa de todo. Respuestas sin razón aparente.

Ideas parecidas repitiéndose una y otra vez. La mirada de la EIR y la mía convergen, y se dicen, mejor marcharnos con: *mire le vemos muy intranquila... ya le hemos dicho que no le mentimos ni le mentiremos... debemos seguir con nuestras tareas... si necesita algo más, nos llama.*

Muy acertada no parece ser nuestra despedida.

Al rato sale de su habitación que está cerca del control de enfermería, se queda paralizada en la puerta de su habitación, nos mira con cara de des-

confianza, nos llama discretamente y nos sigue insistiendo en que le mentimos, optamos por dejarle claro que no es así, se acerca al control, nos observa, y nos sentimos espiadas. Yo a la vez me siento culpable, mi compañera comienza a ponerse nerviosa y se lo comunica a la enfermera responsable de la planta. Nos dice que la obviamos. Y todavía no le hemos puesto nombre a lo que ha pasado.

Además de hacerme sentir culpable, el comportamiento de la paciente me está inquietando y me está diciendo que teníamos que haber sido más avispadas y haber reconocido con avidez y agilidad, el cuadro delirante que la paciente comenzó a mostrar desde que se sentó a mi lado en la salita.

La psiquiatra ya nos ha advertido de su nuevo diagnóstico. Síndrome ansioso-depresivo psicótico. Desde luego, un nuevo aprendizaje sin duda. Pero yo personalmente me he sentido culpable. Si yo ayer no hubiera comenzado esa relación personal aún en fase de “precrecimiento”, ¿hoy se habría acercado a mí y hubiera pasado todo lo que ha acontecido luego? No sé la respuesta. Pero tengo claro que el trato simpático - porque no fue nada empático - ha traicionado a mi mismidad.

En resumen y de nuevo, la inexperiencia es la que me hace naufragar en estos caudales de una manera inevitable, pero creo que fructífera para el futuro. Dado que no puedo cambiar el curso y efectos de esta inexperiencia, lo único que me queda es ir sacando el jugo pragmático al fruto del aprendizaje, siendo consciente de estos cambios, que en futuras situaciones similares me puedan ayudar a afrontarlas de una manera más saludable a nivel emocional y profesional.

El recuerdo de lo que podemos llegar a ser

La psiquiatra, a la que ayer comentamos el episodio delirante de la paciente con síndrome ansioso-depresivo psicótico, ha venido hoy a hablar con nosotras. Según ella, no tuvimos que iniciar ningún tipo de conversación con la paciente, pues acrecentábamos su delirio. De acuerdo, hasta ahí reconozco que tiene razón, totalmente. Pero luego ha dicho textualmente: “no estáis capacitadas para la labor terapéutica en la comunicación con el enfermo mental, y mucho menos, si este está en un estado de delirio”. Esta frase la ha pronunciado con un tono de voz claro, franco y honesto, como haciéndonos creer que era por nuestro bien no inmiscuir-

nos tan profundamente en la asistencia a este tipo de enfermos, claro, pero al mismo tiempo nos estaba inculcando la idea oculta de que enfermería no debe sobrepasar de la mera observación, toma de constantes, etc.

Yo he pensado de nuevo: estoy de acuerdo en el fallo de comportamiento que ayer propiciamos, pero eso no quiere decir que dentro de unos años o cuando nuestro bagaje con pacientes psiquiátricos sea más extenso y experimentado, no podamos desarrollar una labor profesional enfermera basada más en la relación terapéutica de comunicación, y que enfermería no se dedique solo y exclusivamente a administrar medicamentos en un vasito, entre otras cosas meramente técnicas.

Luego he seguido reflexionando y me he dicho: es normal que ésta psiquiatra piense que enfermería no esta capacitada para la comunicación terapéutica, si lo único que ve en nuestros relevos es “La paciente permanece tranquila y correcta todo el día. Duerme y toma la medicación”. Una frase que se usa generalizadamente para todo aquel paciente que ni grita, ni se moviliza, ni intenta nada extraño, etc, es decir, es la oración típica y tópica, la oración que todos usan, la oración que no demuestra lo que se ha trabajado realmente, y por lo tanto, revela que nuestro trabajo no se ejecuta con totalidad, tanto en calidad como en cantidad, y por lo tanto el producto es un trabajo pobre, alejado de una profesionalidad más elaborada y nunca mejor dicho, trabajada.

Claro, así ya puedo entender la postura de la psiquiatra. Es lo que ve, no estoy intentándola apoyar en lo que dice, pero puedo entender su planteamiento. No se fía, tal vez, de nuestras competencias o verdadera profesionalidad, porque no las ve, quizá es escéptica y empirista subjetivamente en este sentido.

Sé que ejercer esta profesión sin interés y apatía me dañaría, y no sabría cuidar realmente a los demás, así pues intento hacerlo lo mejor posible intentando no olvidar la parte de arte esencial que tiene la enfermería, e intentando también no caer en el optimismo y esperanza desmesurados, pero al menos teniendo ideas de cómo me gusta a mí llevar a cabo esta profesión.

El caudal de la comunicación

Cuando esa persona que tienes delante, como paciente, te confiesa: “*soy una alcohólica perdida*”



desde que murió mi madre...la gente del barrio me llama loca con sus miradas...he optado por no salir de casa...refugiarme en ella... con el único apoyo de algunos de mis vecinos”. Aquí la humanidad misma, lo que es el ser humano más esencial se te desvela cara a cara. Cuesta asimilar lo que te está relatando con franqueza y tono de voz grave, y serio, pero a la vez triste, desesperanzado. En estos momentos, adopto espontáneamente el mismo tono que ella, le hago saber que la gente es muy injusta, que se habrá sentido muy sola al ver como los que la rodean se alejan sin conocerla antes. Me afirma que es así, mientras asiente con la cabeza y cierra los ojos, los vuelve a abrir y vuelve a mirarme. Comienza a explicarme cómo se siente, va hilando temas, consigo no desviar mi atención. Me estoy sintiendo muy cómoda con esta entrevista que voy elaborando, con este flujo de mensajes, entre esa mujer y yo.

Me estoy quedando perpleja de lo fluida y abierta que va siendo la conversación. Además, sin conocer de nada a esta paciente, he pedido expresamente a la enfermera que quería realizarle yo la valoración, y obviamente a solas.

Me he sentido capaz, con fuerza, con habilidad para hablar franca y honestamente, sin dar lugar a malos entendidos, suposiciones, y lo que más me ha encantado, que yo he abierto solo la puerta, y ella ha ido autoexplorando lo que sentía, mientras yo solo reafirmaba de vez en cuando y guiaba muy sutilmente. Quizá no lo haya hecho perfecto, pero he salido de la habitación con muy buen sabor de boca, como se dice.

Ha sido un espacio de tiempo, sin prisas pero sin pausas, relajado, calmado, tranquilo, sincero, armónico quizá. Me he sentido muy coherente con mi expresión, tono de voz, gestos, palabras.

Me pregunto si ha sido la propia paciente la que me ha facilitado todo ello, o que voy adquiriendo destreza. Supongo que un poco de las dos. Es una sorpresa para mí haber vivido esto hoy.

Creo, sin lugar a dudas, que he traspasado esa barrera de la que hablaba, la barrera con los pacientes, la que me impedía acercarme a ellos. Ha sido como recibir una dosis de motivación titánica, eso sí, sin olvidarme de la realidad e intentado no magnificar hasta el exceso la situación que hoy me ha tocado protagonizar junto con esta persona.

Otra cuestión que también me ha gustado mucho, es que no he sentido lástima o pena por ella, sino que me he posicionado en su favor, no la he culpabilizado ni prejuzgado, simplemente he sentido la necesidad de hablar con ella, más que hacer una pura valoración o entrevista rutinaria.

Breve parada en la estación de la infancia

Entramos como cada día a curarle las heridas, a realizarle su electrocardiograma de control, a preguntarle si se siente mareado, si tiene apetito... pero nunca le preguntamos ¿Cómo te sientes? ¿En qué piensas? ¿Qué te apetece? No franqueamos la línea que en un principio creía que él delimitaba, somos nosotras quienes acotamos, que por miedo a sus posibles e imprevisibles reacciones comportamentales, intentamos ceñirnos solo y exclusivamente a las rutinas no inhumanas, pero sí mecánicas y casi cebadas de cobardía y temor, como ya he dicho, a posibles malinterpretaciones que este paciente diagnosticado de esquizofrenia paranoide, pueda construir en su mente acerca de lo que nosotras podamos decir. Ahora me doy cuenta, que las que más malinterpretan y “antesuponen” somos nosotras. Y me doy cuenta, porque hoy ha sido distinto. Nos ha sonreído, él nos ha hecho reír después de tanto tiempo en fase casi ausente.

Él ha recordado su infancia, ha hablado por primera vez de sí mismo en primera persona, ha hablado de él y de su vida, esa que parecía no tener, pero la tiene, claro que la tiene. De repente, él, ha despertado de su letargo, ha sonreído, ha hablado por iniciativa propia, y no meramente respondiendo a nuestras preguntas de tono tímido y cobarde. Un gran progreso.

Como me temía, esta fase ha sido breve, pero repito, muy significativa. Después del desayuno y de dormir durante el resto de la mañana, ha des-

pertado de nuevo, callado, sigiloso, cabizbajo y con el habitual ceño fruncido.

Su familia le hizo exiliarse forzosamente de su núcleo, sin tener tampoco conciencia de la enfermedad de esta persona. Desconozco otras razones más poderosas que pudieron existir para desterrarlo de sus progenitores. Pero me parece injusto y poco solidario. Aquí veo la necesidad forzosa de que la enfermera, como persona que pasa con él mas tiempo, se acerque más a el de una manera no tan atemorizada como ha sido nuestro caso, claro que de nuevo se palpa la necesidad de obtener experiencia con personas con este trastorno para llegar a crear esta relación terapéutica.

Estoy segura de que nuestro tono descendente ligado a nuestra timidez o cobardía ha sido percibido por el propio paciente.

Me imagino en su lugar, sintiendo que me temen cuando no tienen nada que temer los que me rodean. Por si no fuera poco, esta persona tenía la honestidad de pedirnos que le aplicásemos la contención mecánica cada vez que sentía que podía agredirnos, y mientras nosotras, seguíamos tratándole, disculpad por la expresión que procedo a utilizar, como al Frankenstein de Mary Shelley, como el ser solitario que nadie conoce, y que por lo tanto, nos induce a la actitud lejana y cauta, pero actitud hiriente para la persona que tenemos delante.

La esperanza del insecto

¿Se me vienen tantas propuestas a la cabeza en cuanto a desarrollar una consulta de enfermería en la unidad por ejemplo, o potenciar la sala de terapias a merced de lo que una paciente me ha comentado hoy! Es decir, la necesidad que me transmitió ha sido: ¿ por qué no organizáis en esa sala, charlas, o escuchamos música o hacemos ejercicio ahí?. Esto se lo comento a la supervisora. Como siempre la falta de intercooperación entre los compañeros de igual o distintas profesiones, y los problemas económicos-burocráticos son el impedimento de estas reformas, tan necesarias considero, para impulsar una labor más profesional y humana.

¿No hay ilusión e iniciativa? ¿Se está a gusto en el terreno de lo estático? ¿Somos puro mecanicismo? Podría seguir infinitamente con más preguntas de estas retóricas que tanto me gusta usar.

Como el insecto que no lucha cuando ha caído en la tela de araña. Pegado, arrastrado a la inmovi-

lidad, arrastrado a la perpetuación de ese estado. Así defino yo, parte de la situación que veo ante mis ojos. Por suerte tengo una esperanza depositada en el cambio progresivo aunque no inminente. Pero cambio al fin y al cabo.

Hasta luego, y no hasta nunca

Hoy es mi último día en la unidad de psiquiatría. A pesar de mi deshabitación y algo de desconcierto que presentaba en los primeros días, ahora me encuentro cómoda, tranquila, sigo sin saber mucho o casi nada del mundo de la psiquiatría, pero almenos, ya sé que me atrae esta disciplina, que las pocas semanas aquí me han servido para ver en qué fallaba a la hora de entrevistar a los pacientes; que es un área de la enfermería que me llama mucho más la atención que otras porque es donde más se hace hincapié en la esfera psíquica y social de la persona.

Y quizá me estoy precipitando o aventurando demasiado, pero la estancia aquí me ha hecho confirmar no sólo que no me he equivocado a la hora de optar por las practicas aquí, sino que me ha hecho descubrir la vertiente de la enfermería que creo que más me motiva en todos los aspectos.

Se me ha hecho breve este periodo. Ha habido momentos con alguna pesadumbre, desmotivación pasajera, sensación de rutina no muy productiva, pero también me he reído, he visto fallos en mi actitud y comportamiento que me han hecho reflexionar, me he sentido culpable por ellos, me he puesto seria y casi déspota con una sola paciente que padecía trastorno limite de la personalidad, pero también aprendí de ella. A veces he sentido agotamiento mental, pero intentado no sucumbir y creo que lo he conseguido, porque he hecho un esfuerzo porque cada día no fuera igual.

Sin embargo, lo que más me ha gustado de estar aquí ha sido el convivir con los pacientes, hablar con ellos, superar esa barrera de la que hablaba los primeros días. No me llevo ninguna experiencia negativa, muy frustrante o traumática con estas personas. Simplemente situaciones, momentos, conversaciones...que han sido de un modo y que me hubieran gustado que se hubieran sucedido de otra manera, pero no me arrepiento de haberlas vivido, pues como ya he repetido en mas de una ocasión, y aunque suene a tópico, me gusta que en mi vida haya errores, espero que no muy

frecuentes, que de vez en cuando me abran los ojos y me hagan pensar el cómo y porqué de las cosas que hago, pienso, afirmo, etc.

Espero no perder las ganas de trabajar en este campo, porque para mí no es un simple trabajo, es una labor entre personas que interaccionan entre ellas, donde una de las partes generalmente se encuentra sola, triste, aislada, marginada, discriminada, impotente, deprimida, vulnerable, débil, abatida, etc. Y no me gusta darles este tono dramático y pesimista a las personas que padecen cualquier trastorno porque estoy contribuyendo a que la

sociedad pueda pensar que no se puede hacer nada por ellos, pero es que desgraciadamente la realidad que viven estas personas es así, una montaña rusa de emociones, estados de ánimo...etc, y es precisamente cuando la sociedad no conoce a este colectivo tan variado cuando no se puede hacer nada.

Así que por esta razón, me doy la enhorabuena por haber elegido este sitio y poder ser consciente ahora de parte de la realidad que viven estas personas, por ser consciente de que existen.



¡VIAS!

RAILWAY!

¡FERROVIAS!

José M^a Bernet Granados

Ganador del Premio Vida y Salud de Narrativa, en su X Edición Modalidad Absoluta, organizado por la Escuela de Enfermería de la Universidad de Alicante y el Grupo de Investigación Cultura de los Cuidados.

Octubre 2010



A las nueve y diez, diaria y puntualmente, el tren abandona las entrañas de la tierra y emerge cerca del río. Al hacerlo, hace sonar su silbato como si celebrara escapar de la húmeda y lóbrega oscuridad del túnel para zambullirse en un baño de luz y recuperar la libertad envuelto por los colores y el paisaje del Baix Llobregat.

Al oír el silbato, Manuel deja la azada, el escardillo o lo que tenga en las manos en esos momentos; pone recta -no sin dificultad- su dolorida espalda, se gira hacia el tren y, tras descubrirse, enjuga el sudor de su frente con la manga de la camisa y alzando el raído sombrero de paja saluda al maquinista del tren.

Al lado de Manuel está Tarzán, que corresponde a la estridencia del silbato ladrando enérgicamente. Tarzán no es el perro de Manuel. En realidad, es un perro que no es de nadie y que es de todos; que va y viene, al que le divierte acercarse hasta la orilla del río para espantar y corretear tras

los pájaros que despreocupados picotean en el barro y que, con puntualidad ferroviaria, aparece a esta hora de la mañana porque sabe que cuando el tren pasa y aúlla, Manuel hace un alto en su tarea, saca su abollada fiambarrera de aluminio, desayuna, y siempre tiene un bocado que compartir con el can.

Esta escena se repite día tras día desde hace poco más de un año. El mismo tiempo que hace que Manuel se jubiló y aceptó "heredar" de un vecino con problemas de salud un pequeño huerto situado entre las vías del "carrilet"(1) y la margen izquierda del Llobregat, muy cerca de Sant Boi, y casi debajo mismo del lugar por donde pasa volando el AVE en su polémico y tan anhelado periplo a Barcelona.

Junto a un contenedor de basura encontró tiradas unas puertas con las que construyó un pequeño cobertizo en el que poder resguardarse si le da por llover y donde guarda las pocas herramientas que tiene. Para amueblar la estancia rescató del fondo del maletero de su viejo coche, una mesa y un par de sillas plegables que aún conservaba de aquellos veranos en que con su mujer, su hermana y su cuñado, se iban a pasar el domingo a la playa de Castelldefels. Sobre la mesa colocó un botijo, pues le había dicho el médico que a su edad tenía que beber mucha agua, y de un clavo colgó un diminuto transistor plateado en el que escucha Radio Teletaxi.

Algunos amigos jubilados de Manuel acostumbran a ir al hogar del pensionista a jugar al dominó al abrigo de la calefacción en invierno y al fresquito del aire acondicionado en el verano, o a bailar

(1) "Carrilet": denominación con los que popularmente son conocidos los ferrocarriles de vía estrecha de la Generalitat de Cataluña.

pasodobles los jueves; otros, dan interminables paseos mientras van deteniéndose en cada una de las obras que encuentran a su paso para, a la par que descansan un rato y recobran el aliento, criticar lo mal que trabajan los albañiles de ahora; también los hay aficionados a la petanca, y el resto, la gran mayoría, no pueden hacer ni una cosa ni la otra, ya que no tienen más remedio que cuidar de los nietos, llevarlos y traerlos del colegio, darles de merendar, retornarlos a casa de sus padres... En fin, casi criarlos como criaron a sus propios hijos.

Pero Manuel como no tiene nietos, jugar al dominó no es lo suyo, y una vez intentó lo de la petanca pero, la verdad, es que se aburría bastante, prefiere el huerto. Le recordaba aquellos primeros años de su juventud en que trabajó en el campo antes de, como tantos otros paisanos suyos hicieron, emigrar a Cataluña. Y lo de menos era la "cosecha", pues lo realmente importante era el contacto con la tierra y el volver a sentir el calor de los rayos del sol sobre su piel y del aire fresco en la cara tras casi treinta y cinco años "encerrado" en la SEAT; al servicio de aquella insaciable e inagotable cadena de montaje de la que llegó a sentirse parte, otra pieza, un simple eslabón más.

Manuel, mientras desayuna, se pregunta quién conducirá el tren y cómo será el conductor. Si será hombre o mujer, principiante o veterano, y si podría para saludarle, como le parecía, o únicamente por obligación, cumpliendo una normativa que le obligara a hacerlo al salir del túnel o antes de cruzar el puente; aunque también cabía la posibilidad de que no se tratara de la misma persona todos los días y fueran cambiando de turno, como le sucedía a él en sus tiempos de la SEAT.

A Manuel, que desde niño se había sentido atraído por vías, estaciones y ferrocarriles, no le hubiera importado ser conductor de tren. Está convencido de que debe de ser una bonita profesión, entretenida e interesante, y por eso le gustaría poder conocer al maquinista, charlar un rato con él, que le explicara su trabajo, y si es difícil manejar los mandos del tren. Incluso puede que le conozca, tal vez viviera en Sant Boi como él, y, quien sabe, es posible que hasta en su mismo barrio.

Manuel últimamente anda algo desgano; y de eso, algunos se benefician...

- Ten Tarzán, acábate el chorizo que yo voy a seguir cavando.

**

Ramón al finalizar el servicio militar comenzó a trabajar en los ferrocarriles catalanes y en la actualidad es uno de los maquinistas más veteranos de la empresa. Gracias a ello tiene un buen horario, libra los fines de semana, y espera, si los rumores se confirman, que en apenas un año le ofrezcan la posibilidad de prejubilarse. No es que no le guste su trabajo, es más, le apasiona, pero también reconoce que ya está bien, que él ya ha cumplido de sobra, que sólo se vive una vez, y que hay que disfrutar de la vida y dejar paso a los jóvenes para que trabajen y puedan pagar la hipoteca.

Ramón es de Cornellá; y cuando a primera hora de la mañana sale del túnel con su tren le gusta tocar el silbato para decirle ¡hola! al día y para saludar a ese hombre que diariamente ve trabajar en su pequeño huerto flanqueado de cañas secas.

A Ramón al jubilarse le gustaría tener un huerto como ése, pues le parece una distracción sana y provechosa; máxime hoy en día con esta crisis económica que padecemos y al precio que se están poniendo las lechugas, los pimientos y todo en general... Y es que Ramón ha hecho números y ha calculado la pensión que le quedará y que es con la que tendrá que mantener la economía familiar. Ha de tener en cuenta que su mujer no trabaja; mejor dicho, sí que trabaja y ha trabajado lo indecible durante toda su vida llevando la casa y cuidando de los abuelos mientras vivieron, de los niños... Así que bastante más apropiado será decir que carece de ingresos; y que los hijos, que apenas colaboran en los gastos, se resisten a irse de casa... En definitiva, que esperaba no tener dificultades para llegar a fin de mes. ¡Ah! ¡Y eso sin hablar de la diferencia de sabor que hay entre un tomate de huerto y uno del supermercado! Además; el cavar, el sembrar, el regar, el estar en contacto con la tierra y, con un poco de suerte, recoger un buen puñado de hortalizas, debe de ser una sensación reconfortante tanto para el alma como para el cuerpo, ya que, con toda seguridad, relajarse y hacer un poco de ejercicio no le vendrá nada mal después de años y años de responsabilidad sentado a los mandos de la máquina; en constante tensión, con la mirada puesta en vías infinitas, atento permanentemente a instrumentos, paneles, señales y semáforos; abriendo y cerrando con precaución puertas por las que

han entrado y salido tanta, tanta gente... Personas a las que conocía de verlas jornada tras jornada en el mismo andén y a la misma hora, pero de las que desconocía absolutamente todo; comenzando por su nombre, y con las que se entretenía imaginando su profesión, su edad, los estudios que cursaban; y si eran casados, solteros, novios o sólo amigos... O intentando adivinar de qué país procedían aquellos turistas despistados que, como las golondrinas, aparecían con el buen tiempo y guía en mano se embarcaban en su tren en una primera etapa de su ascensión a la mágica y fascinante montaña de Montserrat. Así que bien podría decirse que esas personas eran como sus amigos desconocidos, cercanos pero inaccesibles, con voz, pero con las que le era imposible conversar.

Así transcurría un día tras otro en la vida de Ramón hasta que una mañana al salir del túnel, a las nueve y diez, hizo sonar el silbato, miró hacia el huerto y no vio a nadie, tan sólo a un perro solitario que obstinado ladraba hacia el tren. Le extrañó la ausencia del agricultor; quizás esté enfermo - pensó- y eso, aun sin conocerle, le inquietó.

Al entrar en la estación de Sant Boi divisó al final del andén a un hombre con un sombrero de paja cuya silueta le resultó familiar. Al detener el tren, Ramón abrió la portezuela de la cabina y asomó la cabeza. Al verlo, Manuel se acercó y, tras quitarse el sombrero, le dio los buenos días y le preguntó:

- Perdón caballero, ¿es usted el maquinista que cada día toca el silbato para saludarme?
- El mismo.

Y mientras se daban un buen apretón de manos, Manuel le comentó:

- Tenía muchas ganas de conocerle. Tenga, esto es para usted, espero que le gusten.

Y le entregó un par de bolsas de plástico repletas de rábanos, acelgas y judías verdes.

- Se lo agradezco, no debía de haberse molestado... Yo también tenía ganas de conocerle, pero ahora lamentablemente tengo que dejarle, ya sabe, hay que cumplir los horarios... Y el reglamento impide que pueda acceder a la

cabina y acompañarme; pero si le parece bien podíamos quedar aquí mismo. ¿Qué le parece el sábado a las diez? Le invito a desayunar y así podremos charlar tranquilamente.

- Me parece una idea estupenda, y con mucho gusto acepto su invitación... Pero que conste que pago yo... ¡Hasta el sábado!

Tras cerrar las puertas de los vagones, Ramón sonrió a Manuel, le dijo adiós con la mano y puso en marcha el convoy que ganando velocidad abandonó la estación.

Aquel sábado ambos acudieron puntuales a su cita en el andén. En el bar de la estación desayunaron con buen apetito; Manuel, un pincho de tortilla, y Ramón unos callos a la madrileña. Entre bocado y bocado conversaron animadamente. Manuel le habló del pueblo andaluz de sus orígenes; de los años que pasó trabajando en la SEAT; de lo mucho que sentía el no haber podido tener hijos, pero que su querida esposa aún lo lamentaba mucho más; de cómo era la vida de un jubilado; de ese dolor que tenía desde hacía unos días en el costado, seguramente, por haber cavado demasiado; y de su esperanza de que el Betis volviera a subir a primera aquella temporada.

Ramón, por su parte, le contó que no tenía nietos pero sí dos hijos, uno de veinticuatro años, soltero, que únicamente se dedicaba a pasárselo bien y que manifestaba a menudo ser partidario de esa doctrina que proclamaba junto a sus amigos consistente en: "vive de tus padres hasta que puedas vivir de tus hijos", y otro, el mayor, de treinta y uno, que éste sí que se había casado hacía cuatro años pero que, tras separarse de su mujer, estaba atravesando una mala racha y no había tenido más remedio que regresar de nuevo a casa. También le comentó las posibilidades que existían de prejubilarse dentro de unos pocos meses; que desde que nació estaba predestinado a conducir un tren ya que era hijo y nieto de ferroviarios; el funcionamiento de algunos mecanismos, que no era tan difícil su manejo, y que Manuel seguro que hubiera sido un buen maquinista. Le explicó que aunque lo había hecho durante años, ahora exactamente no conducía una locomotora, sino una unidad de tren autopropulsada, la velocidad máxima que podía alcanzar, y alguna de las numerosas anécdotas que le habían sucedido en tantos años de profesión

como aquella vez, hace ya tiempo, en la que a pocos kilómetros de donde se encontraban se topó con un tractor averiado atravesado en mitad de las vías pero que, afortunadamente, pudo reaccionar a tiempo y evitar la tragedia; y le confesó su confianza en que el Barça: “Aquest any sí!”(2).

Manuel le escuchaba atento, con los ojos abiertos como platos, y de vez en cuando le hacía alguna pregunta acerca del sistema de frenado automático o relacionada con las famosas catenarias y sus inseparables pantógrafos, y, además, quiso saber por qué las vías españolas eran más anchas que las europeas, su opinión respecto a si las locomotoras de gasoil eran mejores que las eléctricas y sobre otras muchas cosas más.

A la hora de pagar los dos quisieron hacerlo, forcejeando ante el camarero que sonreía al presenciar la escena. Al final se impuso el criterio de Ramón, argumentado que era lo mínimo que podía hacer en agradecimiento a las deliciosas verduras que le había regalado

Manuel. Después, para hacer la digestión dieron un paseo, y caminando caminando se acercaron hasta el huerto. Manuel le enseñó "sus posesiones" y como iban creciendo los tomates.

Hacía un día radiante, y mientras feliz el anfitrión canturreaba y aprovechaba para echar un riego a las sedientas matas, Ramón, sentado en una de las sillas de la playa, al tiempo que sonaba en la radio "El emigrante" de Valderrama, vio pasar un tren y tuvo una extraña sensación; mezcla confusa de temor ante un futuro cada vez más cercano; de bienestar por aquella agradable jornada; de alegría por haber conocido a un buen hombre con el que estaba convencido de que iba a tener una excelente relación; de libertad en aquel trozo de tierra, a la vez tan cercano y tan alejado de todo; y de esa serenidad que proporciona el tener la conciencia tranquila al saber que se ha hecho lo que se ha podido en esta vida.

Y tras aquel sábado vinieron muchos más, y se hicieron amigos, buenos amigos, compañeros. Manuel supo que los trenes cremallera, como el de Núria, que se utilizan para ascender pendientes muy pronunciadas, se llaman así porque poseen

una rueda dentada que engrana con los dientes de un tercer carril evitando de esta manera su caída; que, prácticamente, todas las unidades están provistas de un dispositivo de seguridad llamado "el hombre muerto" que evita que el convoy continúe su marcha en caso de distracción, accidente o desvanecimiento del maquinista; que existe un tren en Japón que no tiene ruedas y que, levitando sobre las vías, consigue alcanzar casi los 600 kilómetros por hora; y quiénes son y qué hacen, un factor, un guardabarreras, un mozo, un interventor, el jefe de estación...

Ramón, por su parte, aprendió que los tomates se siembran en abril y mayo y las habas en noviembre y diciembre; cuanta agua necesitan las berenjenas; los polvillos que hay que echarle a las patatas para que no críen bichos; que es conveniente dejar en barbecho la tierra durante algún tiempo; y otras muchas cosas del campo, ya que, a diferencia de Manuel, él apenas poseía conocimientos agrarios.

Un sábado, al llegar al huerto, Ramón no encontró a su amigo. El señor del huerto de al lado le dijo que Manuel hacía un par de días que estaba ingresado en el Hospital de Sant Boi y, por lo que parecía, la cosa no tenía muy buena pinta.

Ramón, inmediatamente, se acercó hasta el hospital y preguntó a la enfermera de recepción la planta y el número de habitación. Tras salir del ascensor su preocupación iba en aumento a medida que recorría el largo pasillo. Al llegar a la habitación se detuvo pensativo unos instantes ante la puerta hasta que, finalmente, se decidió y con sigilo la abrió y entró en ella.

La primera cama estaba vacía, y en la segunda, postrado, encontró a Manuel. Sedado, tenía los brazos por fuera de las sábanas y su piel morena contrastaba con la deslumbrante blancura del algodón; en la muñeca de uno de ellos había sido colocada una llave de tres vías ¡Vías! Cruel y caprichosa polisemia... ¡Cómo detestaba Ramón ese tipo de vías a diferencia del amor que sentía por las de acero! De la vía intravenosa partían tubos de plástico que recorrían la extremidad en pos de unas botellas de cristal que en lo alto, casi celestiales, colgaban boca abajo mientras gota a gota se des-

(2) “Aquest any sí!”: Expresión que utilizan los seguidores del F.C. Barcelona el año en que el equipo “funciona” y confían en ganar el campeonato.

prendían de su contenido. De su nariz, y sujeta con un esparadrado, prendía una sonda de goma por la que con toda probabilidad recibía el alimento, y por un lado de la cama, como si de un vulgar desagüe se tratara, una cánula vertía líquidos en una bolsa transparente a medio llenar.

No fue fácil para Ramón reconocer en aquel cuerpo a su amigo. ¡Qué distinto Manuel! Siempre vital, optimista, enérgico, alegre, locuaz, y ahora, al verlo tan débil, tan desmejorado, tan indefenso... Ramón se emocionó.

Adormilada en un sillón de escay junto a la cabecera de la cama, rendida sin duda por el cansancio acumulado de noches en vela, había sentada una mujer que despertó al acercarse Ramón.

- Disculpe, me había dormido.
- No se preocupe señora, faltaría más. Usted debe de ser Carmen, la esposa de Manuel.
- Sí, y usted debe de ser Ramón, encantada - dijo mientras le daba la mano- ya me comentó mi marido que vendría por aquí en cuanto se enterara.
- Ahora mismo acabo de saberlo, pero ¿qué le ha ocurrido? La semana pasada estaba tan bien...
- Tenía un dolor en el costado desde hacía unos meses; el lunes por fin le visitó el especialista, tras examinarle le hicieron pruebas urgentemente, vieron que era un tumor, y anteayer le operaron... Ahora tan sólo queda esperar a ver que pasa.
- Sí, ese dolor al que no daba importancia... No sabe cuánto lo siento, pero no se preocupe señora Carmen, Manuel es fuerte, no ha dejado de luchar durante toda su vida y no le quepa duda de que ahora lo va a seguir haciendo, aún, con más fuerza si cabe, y estoy convencido de que saldrá adelante y se pondrá bien.
- Dios le oiga señor Ramón.

Y sollozando, con las manos en la cara, aquella pobre mujer se derrumbó en el sillón.

Durante tres semanas Manuel estuvo ingresado. A los pocos días experimentó una notable mejoría y Ramón iba a visitarle siempre que podía. Allí conoció a su hermana y a su cuñado, y, también, a gran parte de la familia de su mujer, todos

ellos, sencillas y agradables personas con las que Ramón congenió enseguida. Una tarde que se quedaron a solas, Manuel le dijo:

- Ramón, quisiera pedirte un favor...
- Claro amigo, cualquier cosa que necesites...
- Cuando falte, me gustaría que te quedaras con el huerto... Que sea para ti.
- No digas eso ni en broma. Pronto estarás bien, y seguirás trabajando en él como hasta ahora, y yo a tu lado, ayudándote en todo lo que pueda a pesar de mi torpeza con la azada; además, nos quedan tantas cosas por hacer... Recuerda la ilusión que nos hacía ir a visitar el Museo del Ferrocarril de Vilanova i la Geltrú, y ese lujoso viaje en el Transcantábrico con el que íbamos a sorprender a nuestras esposas para celebrar mi jubilación... ¡Ah! Y no creas que me he olvidado, que aún está en pie mi promesa de invitarte a la tribuna del Camp Nou la próxima vez que venga a jugar el Betis ¡A ver si es verdad que es capaz de ganarle al Barça!

Pero aquella noche, mientras dormía, Manuel murió.

Mas el tiempo pasa rápido, casi tan rápido como aquellos trenes que él veía pasar y, justamente hoy, se cumple un año de aquél su último día.

Los rumores finalmente se confirmaron y Ramón se jubiló. Por las mañanas, va al huerto que le dejó su amigo Manuel y cuando el "carrilet" de las nueve y diez pasa, él se descubre y le saluda con su sombrero de paja; aunque el tren haya enmudecido y ya nunca haga sonar su silbato. Y desayuna junto a Tarzán; y un par de veces al mes, con su mujer, van a visitar a la viuda de Manuel, le hacen algo de compañía y le llevan unas bolsas con habas, con berenjenas, con calabacines... con lo que toque en ese momento; toman café, y hablan de todo un poco, y, cómo no, del huerto y de su querido amigo Manuel.

Y todos coinciden en la opinión de que sus verduras eran mucho, mucho mejores.

ENTREVISTA A JOSÉ MARÍA BERNET GRANADOS



¿Qué es lo que te motiva a escribir?

Escribir es para mí una afición que, como tal, practico cuando me apetece y dispongo de tiempo, sin un método de trabajo preestablecido; aunque reconozco que con el tiempo se ha convertido en una necesidad, una especie de adicción que hace que cuando lleve algún tiempo sin escribir necesite hacerlo.

¿Cuál es el mensaje que quieres transmitir con tu relato?

¡Vías! Es un relato que escribí sin la idea de transmitir un mensaje concreto; quizás se pueda extraer de él la necesidad de encontrar en un momento de nuestra existencia un amigo con el que llevarnos bien sin tener que ser igual que él, incluso sin tener la misma edad, procedencia, profesión, formación o aficiones para paliar nuestra, aún sin saberlo, soledad; y, sobre todo, que hay que vivir la vida y disfrutar lo máximo que se pueda de ella porque nunca sabes del tiempo que dispones para vivirla.

¿Puedes contarme alguna anécdota interesante?

Sí, tenía tan pocas esperanzas de ganar este certamen que borre el relato del lápiz de memoria que utilicé y he tenido que recuperarlo del disco duro; cosa que me ha servido de lección y seguro que no me vuelve a suceder.

¿De dónde surgió el interés por escribir el relato vías?

Fijaos cuando viajéis en tren y seguro que no tardareis en ver alguno de esos pequeños huertos flanqueados de cañas secas a uno u otro lado de las vías. De ahí nació la idea, y de mi padre Francisco por un lado, andaluz emigrante a Cataluña en su juventud, que tenía uno de ellos cuando se jubiló, y de mi suegro Valentín, aficionado a los trenes a tamaño natural y a escala. A los que tengo que agradecer su ayuda; ya que ambos, cada uno en su especialidad, me asesoraron en el relato.

¿Cómo te relacionas con los trenes?

Suelo utilizar habitualmente el “carrilet” que menciono en el relato para desplazarme a Barcelona. Y me gusta utilizar el ferrocarril para viajes de media o larga distancia cada vez que puedo. Otra cosa son las estaciones, que, sobre todo las antiguas, reconozco que me atraen y tienen un encanto especial.

¿Ya tienes planeada tu próxima obra?

He comenzado a trabajar en ella esta misma semana, aunque está totalmente “en pañales”, cosa que me preocupa, ya que suelo comenzar a escribir cuando lo tengo todo bastante claro y en este caso aún me quedan muchas cosas por decidir.

¿Cómo te visualizas en el futuro?

Como la escritura es para mí sólo una afición, espero llegar a jubilarme a una edad razonable (nada de los 67 años), cobrar una pensión digna después de tantos años cotizados, y llegar con buena salud para dedicarme a mis dos aficiones preferidas: viajar y escribir.

¿Cuáles son tus libros y escritores favoritos?

En cuanto a libros tengo una especial predilección por los cuentos y relatos cortos, y entre mis autores preferidos están Wilde, Dickens, Poe, y, especialmente, Guy de Maupassant.

¿Qué opinas de la lectura en España?

Creo que en España en relación con el nivel cultural medio de la población se lee mucho y se publica aún más; basta con ir en el metro para ver a mucha gente pegada a un libro. Otra cosa es lo que se lee y los autores que triunfan, entiéndase por un lado “best sellers” de tirada y publicidad millonaria, y los Larssons o Zafones de turno por el otro.

TE LO MERECE**YOU DESERVE IT****TU O MERECE****Raquel Hernández Blas**

Ganador del Premio Vida y Salud de Narrativa, en su X Edición Modalidad Profesionales y Estudiantes, organizado por el Colegio de Enfermería de Alicante y el Grupo de Investigación Cultura de los Cuidados.

Octubre 2010



Sabía que necesitaba hacerlo, desde hacía tiempo. Llevaba intentándolo varios meses, me atrevería a decir que incluso años. Quizá no había encontrado la suficiente motivación para decidirme. Seguramente, todo tuvo que ver, todo estuvo relacionado. Me refiero a la metamorfosis que inicié hace ya varios años...

Había dejado de fumar. Nunca hubiera imaginado que esa decisión pudiera llegar a ser un cambio trascendental en mi vida. Más que la propia decisión, quizá fueron más bien las consecuencias que vinieron a continuación, las que dieron fruto a esa catarsis interna, las que modificaron mi trayectoria. Abandonar el tabaco fue “otro” de los resultados del “tomar las riendas de mi vida”, como libre auriga, y empezar a timonear el barco a mi antojo, marcando mi propio rumbo.

Dejé de fumar porque... era lo que tocaba, era el siguiente paso, no hacía falta decidirlo, tenía que venir después de llevar viviendo juntos varios años y después de un dilatado período de noviazgo: el siguiente paso, tras haber rechazado el matrimonio en su momento para declararnos formalmente como pareja, era quedarse embarazada. A mis 26 años, viviendo independientes, juntos, con un “buen trabajo” como solía decir mi abuelita, tocaba hacerlo. Y digo tocaba, porque al parecer era lo que todos, (y cuando digo todos no me estoy refiriendo solo a nuestras familias y amigos más allegados, sino al resto del mundo), estaban esperando.

Parece que encontré la gran motivación, la que todos buscamos en algún momento y sólo a veces de forma privilegiada se encuentra, la que me hizo decidirlo de una vez por todas: quise dejar de fumar porque tocaba ser madre. Ahora lo hacía por algo importante, uno de mis proyectos vitales más ambiciosos competía ahora con mi mayor adicción.

Con la alegría de tener la perspectiva de poder conseguirlo, puesto que sabía que esa motivación no iba a desvanecerse como otras lo habían hecho en ocasiones anteriores, y sabiendo que podía recurrir a ella en cualquier momento, incluso en los más difíciles y de mayores deseos, dejé de fumar.

Planifiqué a conciencia el acto: me informé y asesoré al respecto, recabé la suficiente información y cuando decidí que estaba preparada, lo hice. No escogí una fecha (pese a las recomendaciones) ni me deshice de los cigarros que iban en mi bolso en ese momento (o en el bolsillo de mis

vaqueros). De hecho, permanecieron a mi lado largo tiempo (me propuse que llevar tabaco no tendría por qué ser un obstáculo en mi decisión, ya que la causa por lo que lo hacía era aplastante). Organicé un plan de acción para los momentos más peligrosos: anoté en mi agenda unos consejos y pauté unas medidas para aplicar en los momentos más duros.

Compré chicles y caramelos sin azúcar, que fui depositando en diferentes cajitas y bomboneras por la casa y ubiqué en mis bolsos y en uno de los cajones de mi mesa de trabajo. Durante más o menos veinte días, cambié mi desayuno y mi tan deseado café de después de comer: lo sustituí por un zumo frío de naranja recién exprimida. Este fue uno de los puntos fuertes, puesto que yo no me daba cuenta, pero el tener que preparar el zumo, tanto antes de desayunar como después de comer, distraía a mi deseo de fumar en esos irresistibles momentos. Además, así evitaba ingerir cafeína (confieso que sigo tomando dos cafés al día con leche fría semidesnatada: ¡sublimes!), con lo que evitaba tomar excitantes durante esos primeros días y además, al no tomar el tan arraigado café (muchos años con el mismo hábito) disociaba ese binomio cuasi inseparable café / cigarro. Me resultó bastante útil. Y desde entonces, vivo acompañada del zumo de fruta (antes inexistente en mi dieta).

Durante esos días, me propuse modificar algún que otro comportamiento (como era durante unos días solamente, parecía algo asequible...): me bajaba una parada metro antes y caminaba hasta el trabajo, subía los cuatro pisos hasta mi casa andando. Cambié también mi dieta: me propuse comer “otras cosas”. Lo interesante era separar hábitos adquiridos. Me hacía muchas ensaladas (incluso con frutas), usaba todo tipo de verduras y hortalizas, en todas sus modalidades (al horno, a la plancha, al vapor, rehogadas...). Condene la bollería durante la primera etapa (sigue condenada, al menos la industrial, ahora solo tomo la que yo preparo... ¿quién puede resistirse a un bizcocho recién hecho?...) y aumenté la ingesta de líquido (agua o infusiones que guardaba en nevera ya preparadas: buenísimas).

Incluso me planteé ir al gimnasio: ya otras veces lo había hecho y había obtenido resultados

(no tengo tiempo, no tengo ganas...). Esta vez fui de lleno: sabía que si dejaba de fumar iba a aumentar unos cuantos kilos (ya se sabe, erróneamente, que el fumar “adelgaza”), por lo que me saqué un bono de esos que pagas una cantidad fija al mes y puedes luego ir a todas las actividades que quieras. Me iría perfecto; cada día probaría una cosa y ya decidiría cual sería de mi agrado. Tras probar diferentes opciones y pensando en muchos momentos en tirar la toalla y volver a mi vida cómoda y sedentaria, elegí natación y spinning (estos los alternaría, para, ya que estaba decidida a tomármelo en serio, moldear ya de paso mi figura y poder trabajar tanto tronco superior como inferior) y danza del vientre, para divertirme y poner el toque de originalidad y porqué no, intriga y sensualidad.

El descubrimiento fue impresionante. A día de hoy (han pasado ya 6 años), sigo coqueteando con la natación, continuo dando clases de danza del vientre, además animé a mi hermana y vamos juntas (este año hemos participado en una actuación ante público, para mí ya la segunda... ¡¡ indescriptible!!) y paseo en bici cuando hace buen tiempo y alguien (casi siempre... “él”) está dispuesto a acompañarme.

He de decir que en el gimnasio descubrí una parte de mí misma que creía inexistente y obsoleta (una parte lejana, casi infantil, con la que uno vuelve a disfrutar de pequeñas cosas que parecen perdidas), además de un montón de amigos y amigas, personas con vidas paralelas, similares, con iguales inquietudes que yo aunque con diferentes puntos de vista.

Uno de los peores momentos del abandono del tabaco era “el después de las comidas”: daba igual la hora, cada vez que ingería alimentos (aunque fuera un simple picoteo, un tentempié) deseaba fumar. Me propuse una actividad (la más trascendental en esta historia): compré un diario y decidí escribir mis pensamientos e ideas, los pensamientos e ideas que abordan e invaden la cabeza en esos momentos de extrema necesidad y tensión de cuando uno “necesita” fumar. Cada vez que me abordaba la necesidad, las ganas de fumar, sacaba el diario, cogía mi bolígrafo (el de la suerte, el que siempre llevo como amuleto) y escribía sin censuras mis ideas. Había veces que incluso escribía

tantas páginas que terminaban doliéndome los dedos de tanto apretar el bolígrafo... Lo llevaba continuamente conmigo: en el bolso, en el trabajo, en las manos cuando acudía a una reunión o coloquio, si iba a una terraza a tomar algo o al restaurante...

Era curioso, mientras lo hacía, difuminaba mis ganas de fumar. Además, tras escribir (ya os digo que a veces muchísimas páginas), me entraba la curiosidad por leerlo y era fantástico descubrir. **DESCUBRIRME**. Empecé a leer mis palabras. Mis ideas. Mis pensamientos. Empecé a escuchar lo que yo misma me decía. Y, como no podía ser de otra forma, empecé a cambiar....

Hoy, sigo sin fumar. Ya no es uno de mis deseos. Tengo otros muchos, más intensos y satisfactorios, que merecen más la energía y mis recursos qué fumar; ahora me siento absolutamente libre, mis ideas y pensamientos no están perseguidos ni interrumpidos por la eterna necesidad de fumar un pitillo, ahora.... vuelan a su antojo.

Mi pequeña historia poco tiene que ver con la tuya, estoy segura. Dejar de fumar seguramente no ha cambiado mi vida, simplemente, me ha cambiado a mí. El autocuidado es un valor añadido en la vida de cualquier persona. Un ápice de madurez y una inversión de calidad de vida. Cuídate, porque aunque aún no lo sepas, nadie más que tú lo merece



ENTREVISTA A RAQUEL HERNÁNDEZ BLAS **¿Cuál es el principal motivo que te induce a escribir ese relato? ¿Se trata de una autobiografía?**

Aunque el relato he referencia a aspectos de una vivencia personal, no podría afirmar que se

trate de una autobiografía. Decidí escribir el relato porque me pareció una idea muy bonita, la de poder dar un enfoque a “los cuidados” (en este caso el autocuidado) desde un punto de vista diferente al que estoy acostumbrada por mi profesión, que es la palabra. Es la primera vez que participo en un concurso de relatos y la obtención del premio me ha sorprendido.

¿Qué destacarías del relato?

Del relato destacaría la simplicidad de la historia y de las palabras utilizadas para contarlo. Creo que la lectura del mismo es sencilla, pero a su vez abarca un complejo y frecuente problema de salud, como es el hábito de fumar y también la difícil posición / decisión ante el mismo que es el intentar dejarlo.

¿Ha transformado esta experiencia personal tu práctica profesional y la interacción con las personas que te relacionas en tu trabajo? ¿Cómo?

Definitivamente, sí. La decisión de dejar de fumar, por la actitud activa que implica, ha transformado tanto la práctica profesional como la interacción en mi medio de trabajo básicamente porque me ha transformado a mí. El dejar de fumar te posiciona de una manera me atrevería a decir casi que “omnipresente” en el mismo lugar del otro (y no frente a él): te puedes identificar tanto con el fumador, como con el ex fumador, como con la persona que está en la fase de querer dejarlo y no haberlo aún decidido. Eso te posibilita ofrecer ayuda desde un punto de vista diferente, y hace posible poder escuchar al otro, no desde el conocimiento sino desde la experiencia.

¿Piensas que con este tipo de relatos se puede ayudar a los demás?

Pienso que ayudar a los demás es difícil... lo que sí es útil es intentar utilizar todas las herramientas y opciones posibles para hacerlo, incluso algunas que a priori uno puede no plantearse, como puede ser el escribir un relato. Lo interesante y emocionante para mí es intentar ayudar, aún sabiendo de antemano que no tenemos garantizado conseguirlo. De eso se trata, de no dejar de intentarlo y de continuamente revisar de qué forma estamos haciéndolo, para tratar de mejorarlo.

¿Cómo has llegado a ser enfermera y a dedicarte a la salud laboral?

Me formé como enfermera después de terminar un ciclo formativo con escasa salida laboral. Tras un período de trabajo de un año en un sector que nada tenía que ver con la salud, sentí no estar haciendo lo que deseaba y decidí matricularme en la Universidad. Después de terminar la universidad, me formé en el campo de Salud Laboral y desde ese momento mi trayectoria profesional ha transcurrido por ese ámbito.

No soy la enfermera vocacional que siempre ha tenido claro a qué se iba a dedicar, al contrario, estudiar enfermería fue “una opción” entre varias en un momento de mi vida, y estoy muy satisfecha

con la decisión que tomé, puesto que es una profesión que invita a crecer continuamente.

Finalmente, puedes contarnos ¿cuál es el balance de Raquel, la mujer, la madre y la enfermera después de esta experiencia?

Lo primero, y enlazando con la primera pregunta, decir que no soy madre. El balance del resto de los roles a los que haces referencia en tu pregunta es positivo, por supuesto. Esta experiencia ha contribuido a ese “descubrir” que intento hacer a diario, tanto en lo personal como en lo profesional. Estoy muy contenta con la experiencia porque ha sido muy agradable.



HISTORIA

MEMÓRIA DE EGRESSOS DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Natália Fialho Mota¹, Genival Fernandes de Freitas², Amanda Loos Agra¹,
Juliana Moreira Lino Viana¹, Magali Hiromi Takashi¹, Taka Oguisso³

¹Enfermeiras graduadas da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

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

³Professora Titular do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

* Trabalho de Iniciação Científica desenvolvido pelos autores com financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo



used the Oral History of Life for data collection and technique of Bardin technique for interpretation and analysis of findings. Seventeen graduated nurses were interviewed: some subjects revealed facilities for professional practice as to have more than a job, autonomy and actuation in different areas of knowledge and of practice. Other research collaborators considered that the difficulties they experienced were related to working conditions, remuneration, working hours, among others aspects. The study provided the continuity of the pioneering work started in the 1970s, in that school, were identified in which the graduates in the period 1946 to 1979, contributing to the recovery of historical memory of nursing.

Key words: Nursing, History of Nursing, Memory.

MEMORIA DE LOS GRADUADOS DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SÃO PAULO

RESUMEN

Este es un estudio de abordaje histórico-social, contribuyendo a la recuperación de la memoria y la identidad de la profesión de

MEMORY OF GRADUATES OF THE SCHOOL OF NURSING, UNIVERSITY OF SÃO PAULO

ABSTRACT

This is a study of social-historical approach, contributing to the recovery of memory and identity of the profession of nursing. The objectives of this study were to identify the situations of facilities and/or difficulties towards professional development during the undergraduate course and after insertion in the labor market by alumni EEUSP formed in the de1980/1981. We

enfermería. Los objetivos de este estudio fueron identificar las situaciones de facilidades y/o dificultades hacia el desarrollo profesional en el curso de pregrado y después de la inserción en el mercado laboral de ex alumnos formados en la EEUSP de 1980 a 1981. Se utilizó la historia oral de vida como técnica de recolección de datos y la técnica de Bardin para la interpretación y el análisis de los resultados. Diecisiete enfermeros licenciados fueron entrevistados: algunos revelaron facilidades para el desarrollo de la práctica profesional tales como la posibilidad de más de un vínculo de trabajo, la autonomía y el hecho de poder actuar en diversas áreas del conocimiento y de la práctica. Otros participantes consideraron que las dificultades se refieren a las condiciones de trabajo, remuneración, horas de trabajo, entre otros aspectos. El estudio posibilitó la continuidad de la labor pionera que se inició en la década de 1970, en esa escuela, en que se identificaron los graduados en el período 1946 a 1979, contribuyendo a la recuperación de la memoria histórica de la enfermería.

Palabras clave: Enfermería, Historia de la Enfermería, Memoria.

RESUMO

Trata-se de um estudo de abordagem histórico-social, contribuindo para o resgate da memória e da identidade da profissão da enfermagem. Os objetivos deste estudo consistem em identificar as situações de dificuldades e/ou facilidades frente ao desenvolvimento profissional durante o curso de graduação e após a inserção no mercado de trabalho por ex-alunos da EEUSP, formados nos anos de 1980/1981. Utilizou-se a História Oral de Vida como técnica para a coleta de dados do universo pesquisado e a técnica de Bardin para interpretação e análise dos achados. Foram entrevistados dezessete ex-alunos: alguns colaboradores pontuaram facilidades para o exercício profissional como possibilidade de mais de um vínculo empregatício, autonomia e o fato de poder atuar em várias áreas do conhecimento e da práxis. Outros colaboradores consideraram que as dificuldades existentes referiam-se às condições de trabalho, remuneração, jornada, dentre outros aspectos.

tos. O estudo propiciou a continuidade do trabalho iniciado na década de 1970, na referida escola, no qual foram identificados os alunos formados no período de 1946-1979, contribuindo para o resgate histórico da memória da enfermagem.

Palavras chave: Enfermagem, História da Enfermagem, Memória.

INTRODUÇÃO

Estudos têm ressaltado a importância de acervos históricos para a memória da enfermagem, o que contribui para a consciência política e a formação dos futuros enfermeiros. Por exemplo, sabe-se que o Arquivo Histórico da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN/UFRJ) - seu Centro de Documentação (CD) formou-se de maneira espontânea, em razão das atividades administrativas e pedagógicas da instituição. O Arquivo detém um rico e significativo patrimônio em documentos preservados. Esses documentos são cartas, relatórios, comunicações, históricos acadêmicos, livros de atas, fotografias e outros registros, que pertencem à História da Escola, desde sua criação até os dias atuais (SAUTHIER, CARVALHO, 1999).

Ao discorrerem sobre a organização do Centro de Documentação da EEAN/UFRJ (CD/EEAN), alguns autores observaram o valor da preservação documental e dos registros históricos (SAUTHIER, BARREIRA, 1999). Nessa perspectiva, percebe-se a importância dos documentos históricos, imagens e registros, os quais podem ajudar na recuperação da memória de uma instituição, profissão ou sociedade, considerando-se o fato de que os documentos servem como fontes de informações para profissionais de diversas áreas do conhecimento humano. Daí a importância acerca do valor dos documentos para a formação de uma consciência social sobre a significação e a utilidade de acervos documentais e necessidade de sua preservação e disponibilização para o público, em geral.

A Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), criada pelo Decreto-Lei n.º 13.040, de 31 de outubro de 1942, prepara enfermeiros, docentes, pesquisadores e especialistas em todos os ramos da Enfermagem, promovendo a

realização de estudo, pesquisas e cursos para o aperfeiçoamento do ensino e do exercício da Enfermagem e da Obstetrícia, prestando serviços à comunidade em cooperação com os poderes públicos e entidades particulares, visando a melhoria das condições de saúde da população e o desenvolvimento da Enfermagem no âmbito local, nacional e internacional.

O curso de graduação recebe anualmente cerca de 80 alunos selecionados por meio de um concurso vestibular, e tem por finalidade formar bacharéis em enfermagem e enfermeiros licenciados para atividades docentes em nível profissionalizante. Cabe pontuar que a partir do ano de 2005, extinguiu-se a especialização em enfermagem obstétrica na EEUSP, dada a criação de um curso específico de obstetrícia no campus da USP Leste.

Em 20 de outubro de 1992, quando a EEUSP estava prestes a celebrar seu cinquentenário, foi inaugurado o Centro Histórico-Cultural da Enfermagem Ibero-Americana - CHCEIA com a perspectiva de centralização do acervo de obras literárias, artes, objetos e documentos que retratassem a evolução da enfermagem a partir de um recorte histórico, qual seja, 1942 ou o ano de fundação da Escola. A proposta fundamental, segundo a então diretora da EEUSP, Dra. Tamara Iwanow Cianciarullo, era “reavaliar o passado para visualizar o futuro”, para divulgar trabalhos da Enfermagem, preservar seu patrimônio histórico e abrir novos caminhos para futuras pesquisas.

À época da sua fundação, o CHCEIA tinha entre seus objetivos: constituir-se em um centro de referência de pesquisa histórica da Enfermagem Brasileira e Ibero-Americana; recolher, armazenar e preservar obras literárias, artísticas, objetos e documentos históricos da Enfermagem em nível nacional e internacional; desenvolver atividades de educação extensiva à comunidade, abrangendo escolas de 1.º, 2.º e 3.º graus, o público em geral, e mais especificamente estudantes, docentes e profissionais da área; estabelecer uma política cultural vinculada à recuperação da memória da Enfermagem, com apresentação de material e equipamentos, fotografias e outros objetos dentro de um programa visual em exposições fixas e itinerantes e promover intercâmbio entre comunidades e instituições nacionais e internacionais.

A referida Escola tem como meta a geração de novos conhecimentos e sua aplicação nas práticas assistencial e gerencial do enfermeiro, contribuindo para um processo de educação permanente dos profissionais de enfermagem. Assim, a realização deste estudo de natureza histórico-social tem como interesse principal a preservação da memória da Enfermagem e, particularmente, da Escola de Enfermagem da USP, enquanto instituição formadora de gerações de enfermeiros. O estudo em pauta se organiza, buscando recuperar a trajetória dos egressos da EEUSP, sua formação acadêmica, oportunidades profissionais e pessoais, assim como fatos importantes que marcaram sua vida.

Cabe ressaltar que a enfermagem como prática social, desde sua origem, constituiu-se em uma das principais metas no processo de profissionalização da carreira, priorizando-se a formação e qualificação de recursos humanos em Enfermagem, contribuindo para o reconhecimento social, valorização da profissão, mormente pela construção dos saberes específicos da Enfermagem enquanto profissão com um caráter liberal (OGUISSO, 2007).

Em 2005, vários discentes interessaram-se em participar da confecção de projetos de pesquisa articulados ao projeto temático intitulado “O desenvolvimento histórico social da profissão de Enfermagem”, em desenvolvimento pelo Grupo de Pesquisa História e Legislação da Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP).

A presente investigação teve como objetivos: Identificar e analisar os fatores que propiciaram a escolha e o exercício profissional, as dificuldades enfrentadas durante a atuação profissional por ex-alunos egressos da EEUSP no período de 1980-81.

Cabe pontuar que a escolha do tema e o período estudado justificam-se pelo fato de, no final dos anos 1970, Amália Corrêa de Carvalho ter dado início ao levantamento dos egressos da EEUSP da primeira turma de 1946 até o ano de 1973 (CARVALHO, 1980).

Aspectos Metodológicos e Éticos

A população foi constituída por ex-alunos formados na Escola de Enfermagem da USP, no período de 1980 a 1981. Do universo pesquisado, foram sorteados, de forma aleatória, dez por cento



da população, de acordo com os seguintes critérios de inclusão: terem se formado nessa Escola no período de 1980 a 1981 e aceitarem participar de forma livre e espontânea do estudo proposto.

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação da Comissão de Ensino e Pesquisa e do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP. Além disso, os participantes do estudo foram esclarecidos acerca dos objetivos da pesquisa e receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que versou sobre os aspectos éticos em pesquisas envolvendo seres humanos.

O instrumento de coleta de dados foi constituído por questões norteadoras a respeito da escolha profissional dos colaboradores, suas expectativas, motivações em relação à profissão da enfermagem, facilidades e dificuldades na escolha e no exercício profissional.

A exploração do material consistiu essencialmente de operações de codificação, pois de acordo com Bardin, nessa etapa são realizados os reajustamentos necessários ao processo de organização da análise, sendo feita a denominação das categorias (BARDIN, 1977).

Na fase da interpretação dos dados obtidos, percorremos a análise do conteúdo com a discussão das categorias que foram sendo construídas, fazendo uma interligação dos dados encontrados com o referencial teórico existente sobre os assun-

tos, transformando-os em conteúdos significativos e válidos. Foram desveladas as seguintes tematizações: fatores que propiciaram a escolha e o exercício profissional, dificuldades enfrentadas durante a atuação profissional.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A sistematização dos achados possibilitou a construção de unidades de significados seguintes concernentes ao objeto da presente investigação:

Fatores que propiciaram a escolha e o exercício profissional

Ao escolherem a profissão de enfermagem, os sujeitos participantes do presente estudo também revelaram algumas facilidades no exercício da mesma, sendo um importante fator de estímulo para o cumprimento de suas atividades profissionais, conforme podemos perceber nos discursos.

O fato de trabalhar em mais de um emprego, ter várias áreas de atuação profissional e ter autonomia profissional foram facilidades pontuadas pelos colaboradores.

“...a enfermeira tem a opção de trabalhar 12 por 36, coisa que eu já fiz mudando de emprego, assim, de levar...” (C.T.K.)

“Tem muitos lugares que uma enfermeira pode trabalhar, e eu acho que o enfermeiro dedicou e se empenhou na escola e que continua estudando, continua se atualizando ele... ele tem muito a dar, não é? Ele tem muito a contribuir para a sociedade, pra situação da escola, pra uma empresa, não é? Que tem enfermeiros do trabalho, não é? Eu vejo muito a importância do enfermeiro para o hospital”. (H.S.R)

“Tem que estudar! Pra ser respeitada, tem que estudar, não é?” (I.F.R)

“Graças a licenciatura eu consegui entrar numa vaga caracterizada, pra trabalhar no desenvolvimento de recursos humanos”. (H.M.F)

Nesse sentido, estudo realizado sobre facilidades para a formação e atualização de enfermeiros destacou os seguintes fatores: disponibilidade de recursos para a atuação profissional, oferta de cursos de atualização ou aprimoramento na área da enfermagem (inclusive aos finais de semana) e ajuda financeira para consecução dos cursos mencionados. Tais facilidades contribuíram para a

satisfação e realização do profissional na carreira de enfermagem (SOUZA, ALENCASTRE, SAEKI, 2000).

Em estudo com graduados e docentes da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo foram identificados outros elementos facilitadores da práxis profissional: estrutura organizacional e desenvolvimento pessoal (DOMENICO, IDE, 2006).

Quanto à estrutura organizacional, as autoras pontuaram a importância da qualidade e quantidade dos recursos humanos, materiais e físicos, a fim de assegurar o cumprimento das tarefas diárias e otimização do tempo. Elas ressaltaram, ainda, que os graduados verbalizaram que, em unidades críticas, a proximidade da equipe médica lhes garantia uma maior tranquilidade, o que revelou uma responsabilidade compartilhada no tocante ao cuidado e o gerenciamento do cuidado. Quanto ao desenvolvimento pessoal, foram elencadas situações que facilitaram a práxis profissional, a importância da competência e o desenvolvimento da comunicação e do relacionamento interpessoais.

Alguns depoimentos revelaram facilidades no exercício da profissão relativas à autonomia profissional e às condições de trabalho. O discurso que segue retrata essa experiência:

“Ah! Em tal hospital sei lá o que particular, as enfermeiras tem boa condições de trabalho, elas podem ter todo o material necessário, tem todo o tempo de ficar com aquele paciente, de fazer uma consulta...” (H.S.R)

Outro sujeito participante ressaltou a satisfação pessoal com a conquista de autonomia profissional, como podemos observar na fala seguinte:

“Eu acho que a Enfermagem já galgou algumas facilidades em termos de autonomia. Tem autonomia pra certas coisas, pra certas decisões... E eu sempre achei que ela era muito dependente nas decisões que ela tinha que tomar; sempre dependendo do aval de alguém.” (S.N.S.)

Em relação à autonomia profissional, autores afirmam que esta se refere à autodeterminação, no sentido do profissional ser independente ou tomar decisões por conta, de autogovernar-se. Nessa direção, há estudos que enfatizam que a autonomia profissional é a capacidade de controlar por si mesmo os aspectos técnicos de seu próprio trabalho

(SADALA, 1996; MACHADO, 1995).

Nesse sentido, cabe ressaltar que o enfermeiro se sente mais satisfeito com os aspectos intrínsecos de seu trabalho e quando ele é valorizado nos seguintes elementos: reconhecimento, responsabilidade e autonomia (RODRIGUES, SCATENA, LABATE, 1997).

Alguns autores questionam a falta de autonomia do enfermeiro no cumprimento de suas atividades profissionais e pontuam que este profissional não se sentirá satisfeito enquanto não puder praticar sua profissão com conhecimentos e julgamentos independentes para benefício dos pacientes (KELLY, 1999).

Nos fragmentos abaixo, os sujeitos da presente pesquisa relataram experiências que revelam facilidades no exercício da enfermagem:

“A Enfermagem é uma profissão holística, que pode atuar em áreas que a gente nem imaginava. Já existe até Enfermagem espacial hoje em dia. Nós estamos descobrindo novas opções a cada dia.” (A.C.S)

“...eu acho que hoje em dia, ainda mais, é uma profissão que tem muito futuro, ela tem um campo muito grande, eu acho até que hoje mais, do que, por exemplo, quando me formei, hoje existe uma série de outras vertentes que você pode se envolver, que foram aparecendo ao longo do tempo...” (E.S.)

A existência e a atuação de entidades de classe, como o Conselho Regional de Enfermagem, constituíram-se em elemento facilitador para o exercício da enfermagem, de acordo com os seguintes discursos:

“Além disso, nós temos um Conselho, coisa que algumas profissões da área da saúde ainda não têm, nós temos o nosso COREN, que foi luta de vários enfermeiros do passado pra gente chegar aí, nós temos que agradecer a eles, temos a Associação Brasileira de Enfermagem e temos o nosso sindicato.” (A. C. S)”

A atuação do profissional encontra-se regulamentada na própria legislação de criação do Conselho Federal de Enfermagem e dos Conselhos Regionais de Enfermagem (BRASIL, 2001), pois essa legislação especifica as atribuições e responsabilidades desses órgãos na regulamentação do exercício da enfermagem, no Brasil.

Os colaboradores pontuaram que dificuldades podem provocar desânimo e propiciar distanciamento das expectativas do profissional em relação à escolha profissional e gerando sentimentos de decepção e frustração.

Dificuldades enfrentadas durante a atuação profissional

Nos depoimentos seguintes pontuaram-se dificuldades que foram vivenciadas por estes colaboradores no tocante à própria atuação profissional:

“... uma coisa é você juntar uma turma de enfermeiras e oferecer o serviço e vocês impõem as condições, outra coisa é hospitais, clínicas, laboratórios impor pra vocês se associarem a cooperativas ou terceirizar o serviço, só lucra o empregador.” (C.T.K.)

“E... mas em nenhum momento pensei em desistir da enfermagem, eu sempre, apesar das dificuldades, principalmente relacionada a conteúdo e segurança dos professores, tinham muitos professores que eram... que não tinham experiência profissional. Eles se formaram e em seguida foram professores e isto me irritava muito, não é? Por que a gente via que na prática eles não passavam uma experiência prática, queria mesmo a vivência do enfermeiro, eu não queria teoria, teoria a gente vê em livros, não é? Então essa foi uma... o principal problema que eu ...eu enfrentei naquela época foi esse, não é? E... eu pensava eu nunca vou ser uma enfermeira” (H.S.R)

“A enfermeira, ela tem uma série de dificuldades perante outros profissionais, principalmente o médico, que a gente tem atuando na área. Na realidade, eu acho que até hoje, nós temos como se o paciente fosse do médico, na realidade é da equipe. Eu acho que há um bom tempo que a gente vem tendo as equipes multiprofissionais que são muito importantes, ninguém é dono do paciente. Existe sim, uma equipe, que cada um com a sua função é...desempenhar o seu papel no cuidado do paciente. É...eu sempre fui bastante espirituosa e bastante crítica, é...aprendi muito.” (I.F.R)

Nessa perspectiva, estudo realizado acerca da motivação para a evasão de enfermeiros da profissão concluiu que o excessivo contingente de profissionais de enfermagem representa importante fator no fenômeno investigado, sobretudo em

determinadas regiões do país, como é o caso da região sudeste, especialmente no Município de São Paulo¹³. Ademais, os autores mencionados destacam as carências ou falta de remuneração adequada, falta de prestígio ou reconhecimento social, falta de autonomia para desenvolver o seu trabalho, falta de espírito de equipe/união da classe, deficientes condições de trabalho (infra-estrutura de pessoal e recursos materiais), carência de perspectivas futuras, bem como falta de estímulos ao aperfeiçoamento/crescimento, dentre outros aspectos.

As dificuldades elencadas decorreram, muitas vezes, da organização social do trabalho do enfermeiro e extrapolam sua vontade e os interesses políticos da categoria profissional¹³.

Algumas falas dos participantes expressaram sentimentos vivenciados por eles no que tange às dificuldades ao longo de suas trajetórias profissionais, destacando-se os problemas relativos à remuneração, ao prestígio / reconhecimento, às condições e horários de trabalho, além do estresse.

“Olha, ainda na época, o salário não era tão ruim como é agora, né.” (C.T.K.)

Quanto ao prestígio e reconhecimento social, alguns sujeitos manifestaram em suas falas como perceberam esse sentimento e lidaram com ele:

“Era uma coisa de a gente lutar de unhas e dentes, porque não era uma profissão reconhecida. (...) Quando você ia para o mercado de trabalho, pra você mostrar o seu valor como profissional, e tirar aquele estigma de que enfermeira era ajudante de médico, era muito difícil”. (M.C.P.S.)

“E é uma pena, porque, não é?... é uma profissão... mas, assim, saúde e educação são as áreas que o profissional tem que investir muito e sempre e é pouco reconhecido, é um retorno... não tem reconhecimento, por conta disso não é valorizado, o profissional não é valorizado, porque o que, o que é valorizado é o que reverte em dinheiro”. (C.T.K.)

“No exercício de minha profissão, eu tive, assim, veja bem, você nunca, nunca, espere reconhecimento de nada, porque se não você vai viver frustrada”. (E.S)

Em relação às condições de trabalho, destaca-se a seguinte fala:

“Às vezes a gente não tem nem tempo, a gente não faz uma consulta, faz uma orientação, faz

alguma outra coisa para o paciente, mas não consulta não é? Ou não tem estrutura, não tem uma sala, não tem ... às vezes o aparelho de pressão está quebrado e não tem outro e assim por diante.” (H.S.R.)

Outra dificuldade na atuação do enfermeiro era concernente à jornada de trabalho, conforme ressalta trecho do discurso seguinte:

“... você não tem... é... sábado, domingo e feriado...” (C.T.K.)

Já em relação às situações de estresse, dois sujeitos revelaram que:

“(...) Tinha muita coisa para fazer, e a gente trabalha dando murro em ponta de faca, não é?!” (M.C.P.S.)

“(...) é uma vida dura, principalmente para quem trabalha na área hospitalar, a questão de horário, lidar com o paciente. (...) É um trabalho estressante, você fica muito tempo em pé...” (S.N.S.)

Estudo realizado sobre a satisfação ou insatisfação dos enfermeiros com o que fazem destacou os seguintes aspectos como mais importante: a remuneração incompatível com as responsabilidades que assumem e o desgaste pelo exercício de suas funções, além do sentimento de desvalorização do valor do seu trabalho. Essas dificuldades também foram citadas nos relatos dos participantes da presente investigação, além da jornada de trabalho, muitas vezes, extenuante, além da falta de tempo para a realização de outras atividades, da falta de recursos para o adequado desempenho das atividades profissionais, dos altos níveis de estresse e de dificuldades para lidar com os pacientes (SECAF, RODRIGUES, 1998).

A falta de vagas no mercado de trabalho e a dificuldade para o desempenho de atividades específicas do enfermeiro expressas em lei foram também lembrados como elementos que dificultaram sua prática e reconhecimento. Esses problemas foram apontados nas seguintes frases:

“Hoje, eu tenho alunos excelentes que estão ficando de seis meses a um ano desempregados. O mercado já não está fácil. Você quer ter emprego? Vá pra fora de São Paulo (...)” (A. C. S.)

“Por outro lado, existe muita gente entrando no nosso campo. Muitos profissionais da área da saúde não estão muito bem localizados (...). Então,

essa invasão no objeto da Enfermagem, eu tenho visto como perigosa.” (A. C. S.)

CONCLUSÃO

Os estudos históricos podem corroborar para a compreensão da trajetória profissional, além da memória e da identidade da profissão da enfermagem, bem como as representações e significados que têm sido socialmente atribuídos ao enfermeiro e ao que ele faz. Assim, a história da enfermagem permite-nos desvelar transformações da profissão e compreender movimentos da construção / desconstrução e reconstrução do passado, na perspectiva do resgate e da preservação da memória coletiva.

A noção de que a história é algo velho, pronto e acabado está sendo superada por uma visão mais dinâmica do seu mister na tecitura do passado e das ações humanas, pois o próprio ser humano faz a história como agente de transformações. Ademais, a história pode ser vista como um instrumento de legitimação, sendo, portanto, importante conhecê-la e analisar criticamente como se constrói a representação social de um determinado grupo social, (como é o caso da enfermagem), desvelando-se significados atribuídos à atuação e papel social desses agentes.

Os resultados dessa investigação contribuíram para o resgate da memória da história da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, identificando fatores que facilitaram ou dificultaram o processo da formação e atuação profissionais os desafios que os colaboradores vivenciaram em suas trajetórias acadêmica e profissional.

Os fatores facilitadores no exercício profissional citados pelos sujeitos desta pesquisa estão relacionados aos cenários de prática profissional, à promoção da educação continuada, à existência e à atuação das entidades de classe em prol das prerrogativas de regulamentação do exercício dos profissionais dessa área.

Quanto às dificuldades vivenciadas pelos sujeitos da pesquisa, destacaram-se os problemas relativos à remuneração, ao prestígio/reconhecimento, às condições e horários de trabalho, estresse, realidade em campo muito diferente dos estágios proporcionados durante a formação e falta de trabalho em equipe.

Entendemos que novos horizontes acerca desta temática poderão ser explorados, a fim de descorinar a identidade e memória coletivas das instituições de ensino em enfermagem, a partir das reminiscências invocadas pelos profissionais egressos da profissão. Nessa direção, as dificuldades e facilidades enfrentadas pelos egressos da enfermagem encontram-se pontuadas, como possibilidades para avançar na construção do passado e da identidade profissional da enfermagem.

Ao ampliarmos o conhecimento sobre as dificuldades e facilidades dos egressos da Escola de Enfermagem da USP, percebemos a importância da memória histórica dos sujeitos que escolheram essa profissão, as transformações e conquistas importantes por eles vivenciadas.

REFERÊNCIAS

- BARDIN, L. (1977) Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70.
- BRASIL. (2001) Lei nº 5.905, 12 de julho de 1973. Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências. Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo. Documentos básicos de enfermagem: enfermeiros, técnicos e auxiliares. Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo.
- CARVALHO, AC. (1980) Resumo histórico – 1942 –1980. Rev Esc Enferm USP; 14 (supl. P. 1-271).
- DOMENICO, EBL; IDE, CAC. (2006) As competências do graduado em enfermagem: percepções de enfermeiros e docentes. Acta Paul Enferm; 19(4):394-401.
- KELLY BO. (1999) Satisfied with your job? Nurs. Manage, Ohio; 160(26): 56-8.
- MACHADO MH. (1995) Sociologia das Profissões: Uma Contribuição ao Debate Teórico. In: Machado MH. Profissões De Saúde: Uma Abordagem Sociológica. Rio de Janeiro; Fiocruz.
- OGUISSO, T. (2007) Trajetória Histórica e Legal da Enfermagem. São Paulo: Manole.
- RODRIGUES ARR, SCATENA MCM, LABATE RCO. (1997) O aluno ingressante de enfermagem – abordagem compreensiva. Revista de enfermagem UERJ. Rio de Janeiro; 5 (1).
- SADALA, MLA. (1996) Autonomia/mutualidade na assistência de enfermagem. Rev.Latino-am.enfermagem; 4 (1): 111-17.
- SAUTHIER, J; CARVALHO, V. (1999) A Missão Parsons: documentos históricos da EEN / UFRJ – 1922 a 1931. Rio de Janeiro: Anna Nery/UFRJ.
- SAUTHIER, J; BARREIRA, IA. (1999) As enfermeiras norte-americanas e o ensino de enfermagem na Capital do Brasil: 1921 - 1931. Rio de Janeiro: Anna Nery/UFRJ.
- SECAF, V; RODRIGUES, A. (1998) Enfermeiros que deixaram de exercer a enfermagem: Por que? Rev.latioam. Enfermagem; 6(2): 5-11.
- SOUZA, MCBM; ALENCASTRE, MB; SAEKI, T. (2000) Enfermeiros assistenciais das instituições psiquiátricas de Ribeirão Preto: caracterização, formação e atuação. Rev.latio-am.enfermagem; 8(5): 71-80.



ANTROPOLOGÍA

ACTITUDES DE GÉNERO Y ESTEREOTIPOS EN ENFERMERÍA

M^a Dolores Burguete Ramos¹, José Ramón Martínez Riera²,
Germán Martín González³

¹ Enfermera. Lic. Antropología. Profesora Universidad Católica de Valencia

² Enfermero. Doctor Enfermería. Profesor Departamento Enfermería Comunitaria, Med. Preventiva y salud Pública e H^a de la Ciencia. Universidad de Alicante

³ Doctor en Matemáticas. Profesor Universidad Católica de Valencia



GENDER ATTITUDES AND STEREOTYPES IN NURSING

SUMMARY

Introduction: In 1993, Annette M. Links, conducted the study on gender attitudes and stereotypes in nursing.

Objectives: To describe attitudes of nursing students to stereotypes of the nurse. To evaluate the evolution of perception of gender stereotypes of nursing students.

Subjects and methods: Observational, descriptive and diachronic. Structured survey was conducted 440 freshmen. At the end of third year, she passed the same questionnaire to 307 students.

The data were entered into a database in Xbase format and used the program SPSS 15.0. It has been used t test. For the means for schools, ANOVA test was used. Significance level > 0.05.

Results: Agreement in which women are more affectionate than men. Women are seen as more caring (P = 0.011), less independent (P = 0.000), less intelligent (P = 0.011), less leadership (P = 0.000) and less possibility of promotion (P =

0.015). The men consider sex objects young nurses (P = 0.029) and bossy older (P = 0.018).

Conclusions: The results suggest evidence of the persistence of images of nurses in accordance with female stereotypes: Gender makes a difference in the surveyed population.

Key words: gender stereotypes, nursing students.

ATITUDES DE GÊNERO E ESTEREÓTIPOS EM ENFERMAGEM

RESUMO

Introdução: Em 1993, Annette M. Links realizou um estudo sobre atitudes de gênero e estereótipos em enfermagem.

Objetivos: Descrever atitudes de estudantes de Enfermagem frente a estereótipos da enfermeira. Valorar a evolução de estereótipos de gênero de enfermagem dos estudantes.

Sujetos e método: Estudo observacional, descritivo e diacrônico. Realizou-se entrevista estruturada com 440 alunos do primeiro curso. Ao finalizar o terceiro curso, foi realizado outro questionário igual com 307 alunos. Os achados foram lançados em uma base de dados em formato X base e foi utilizado o programa SPSS 15.0. Utilizou-se a teste t. Para as médias por escolas, se utilizou o teste ANOVA e o nível de significação > 0.05.

Resultados: Os dados mostram que as mulheres são mais carinhosas que os homens. Elas se consideram mais carinhosas (P=0,011), menos indepen-

dentes ($P=0,000$), menos inteligentes ($P=0,011$), com menor liderança ($P=0,000$) e menor possibilidade de promoção ($P=0,015$). Os homens consideram que as enfermeiras jovens representam objetos sexuais ($P=0,029$) e as idosas são autoritárias ($P=0,018$).

Conclusões: Os resultados evidenciam a persistência de imagens de enfermeiras de acordo com os estereótipos femininos: o sexo marca diferenças na população entrevistada.

Palavras chave: gênero, estereótipos, enfermagem, estudantes.

RESUMEN

Introducción: En 1993 Annette M. Links, realizó estudio sobre actitudes de género y estereotipos en enfermería.

Objetivos: Describir actitudes de estudiantes Enfermería ante estereotipos de la enfermera. Valorar la evolución de percepción de estereotipos de género de enfermería de los estudiantes.

Sujetos y método: Estudio observacional, descriptivo y diacrónico. Se realizó encuesta estructurada 440 alumnos de primer curso. Al finalizar tercer curso se volvió a pasar igual cuestionario a 307 alumnos.

Los datos se introdujeron en una base de datos en formato Xbase y se utilizó el programa SPSS 15.0. Se ha usado la prueba t. Para las medias por escuelas, se ha usado la prueba ANOVA. Nivel de significación $> 0,05$.

Resultados: Acuerdo en que las mujeres son más cariñosas que los hombres. Las mujeres se consideran más cariñosas ($P=0,011$), menos independientes ($P=0,000$), menos inteligentes ($P=0,011$), menor liderazgo ($P=0,000$) y menor posibilidad de promoción ($P=0,015$). Los varones consideran a las enfermeras jóvenes objetos sexuales ($P=0,029$) y a las mayores mandonas ($P=0,018$).

Conclusiones: Los resultados sugieren evidencia de la persistencia de imágenes de enfermeras de acuerdo con los estereotipos femeninos: El sexo marca diferencias en la población encuestada.

Palabras Clave: género, estereotipos, enfermería, estudiantes.

INTRODUCCIÓN

El género es la construcción cultural que asigna, jerárquicamente, en las esferas públicas y privadas, diferentes formas de comportamiento y roles a las mujeres y a los hombres sobre la base de su diferenciación sexual. Son por lo tanto una serie de atributos y funciones, que van más allá de lo biológico reproductivo, que han sido construidos social y culturalmente y que son adjudicados a los sexos para justificar diferencias y relaciones entre los mismos. El género es flexible y varía con los factores culturales, sociales, políticos y económicos.

En ocasiones sexo y género son confundidos con frecuencia. Se entiende sexo, la condición biológica con la que se nace, es decir nacemos hombre o mujer dependiendo de nuestra anatomía, por el contrario el género como decíamos anteriormente es un producto cultural, ya que se definen por comportamientos atribuibles a los hombres o a las mujeres construidos socialmente y que carecen de una base biológica

Según el Diccionario de la Real Academia Española (RAE) un estereotipo es una Imagen o idea aceptada comúnmente por un grupo o sociedad con carácter inmutable. Es una imagen mental muy simplificada y con pocos detalles acerca de un grupo de gente que comparte ciertas cualidades características (o estereotípicas) y habilidades. El término se usa a menudo en un sentido negativo, considerándose que los estereotipos son creencias ilógicas que sólo se pueden cambiar mediante la educación. Es una representación repetida frecuentemente que convierte algo complejo en algo simple. Es un modo de categorizar el mundo real, de darle significado a un aspecto específico de ese mundo en vez de otro.

El estereotipo nos permite organizar información sobre el mundo.

Estos se convierten en un modo “natural” de pensar, de hablar y de bromear acerca de grupos sociales reales como las mujeres, los aborígenes, los inmigrantes, etc.

El estereotipo es un concepto de “grupo”. Es algo que comparte un grupo y hay mucha uniformidad sobre su contenido. No existen los estereotipos “privados” y suelen estar basados en lo subjetivo. Su fuerza reside con el grado que es percibido por quienes los creen como una representa-

ción válida de lo real.

Los estereotipos de género son propios de cada sociedad y cada cultura establece lo que se supone “natural” para cada sexo, definiendo lo que es “femenino” y “masculino”.

Los estereotipos de género, son transmitidos y perpetuados en la familia, la escuela, los medios de comunicación, etc. Esta socialización se encarga de crear una identidad de género, de fomentar determinadas y diferentes formas de pensar, sentir y actuar entre los sexos, que sienta las bases para el desequilibrio del poder que se plantea y se transmite a la esfera privada.

El rol es el conjunto de comportamientos y actitudes esperadas de una determinada persona o personas dentro de un esquema organizativo o un puesto específico dentro de una organización (Mompert 1994).

El rol de género masculino o femenino asigna funciones, actitudes, capacidades y limitaciones diferenciadas a mujeres y hombres, que la normativa de la cultura vigente establece como atributos “naturales” de ambos sexos. Son las tareas y actividades que una cultura asigna a los sexos. Los roles de género y la estratificación han variado muy ampliamente a través de la cultura y de la historia.

Todas las personas intentan ser congruentes con lo que el grupo social espera de ellas y los estereotipos de género se construyen a partir de esta premisa.

Levi-Strauss (1961), nos ha ayudado a comprender porque se asignan valores distintos a muchas de las acciones relacionadas con las mujeres y con los hombres y por lo tanto el enfoque de género nos permite conocer las razones por las cuales se adjudica una determinada imagen y se reproduce una y otra vez en la sociedad en algunas profesiones o roles profesionales.

Socialmente se acepta en mayor o menor medida que las mujeres están hechas para los cuidados en todas sus variantes, algo que pertenece a la esfera privada y que los hombres están más preparados para las actividades relacionadas con la esfera pública, aquellas que confieren más prestigio o poder.

Por lo tanto podríamos definir a grandes rasgos el estereotipo femenino que nos presentan las revistas y programas televisivos como la imagen de

una mujer buena, tierna, amable, comprensiva, atractiva físicamente, afectiva y preocupada siempre por los demás.

En cuanto al estereotipo masculino, como agresivo, triunfador, sustento de la familia, activo, independiente, profesional.

Estas creencias estereotipadas contribuyen o pueden hacerlo a definir que actividades se consideran más apropiadas para unos y para otras (CEP 2005).

Estereotipos y Enfermería

La Enfermería, ha estado influida por las consideraciones de género al ser una actividad eminentemente femenina. Esto ha condicionado su evolución y desarrollo, dando lugar a una profesión a la que le está costando mucho alcanzar las metas previstas. En la actualidad, en que teóricamente deberíamos haber superado los roles sexistas, vemos que de diversas formas se sigue marginando la profesión y dando una imagen devaluada de las actividades que realizan las enfermeras, a pesar de la importancia social que se le reconoce a su labor (García Banon, M. et al. 2004).

Florence Nightingale cambió el rol de las mujeres en la enfermería, al convertirlas de seguidoras del ejército en profesionales de la atención y del cuidado de enfermos y heridos, ya que antes de esa época, sólo a los hombres se les permitía brindar esos cuidados, ya que se suponía que cualquier mujer que adoptase esa profesión “innoble” sería, además prostituta (Cohen H.1988).

Se espera siempre que las enfermeras demuestren rasgos que se consideran “femeninos”, como la cordialidad, la generosidad y el servicio. Uno de los estereotipos de la imagen social de la enfermera es el de madre/monja/servidora dispuesta a prestar los cuidados que sean precisos.

De hecho estos rasgos están tan incorporados en la mentalidad popular, que en algunos países se pone en tela de juicio la masculinidad de cualquier enfermero varón (Harding T. 2007), ya que los hombres enfermeros que realizan una profesión de mujeres, tienen que ser necesariamente afeminados, aunque como es característico de los estereotipos evidentemente no sea cierto, es la misma circunstancia que persigue a los peluqueros y modistos, sobre todo si son de mujeres, a los que este estereotipo los persigue.

Los manuales para la enfermería española editados en nuestro país entre 1955 y 1976 contribuyeron a desarrollar estrategias de poder de carácter fundamentalmente disciplinario encaminados a modelar conductas de sumisión y dependencia que propició la constitución de una profesión centrada en la tarea y las virtudes morales y no en habilidades analíticas y conceptuales. En la actualidad a pesar de que han pasado treinta años algunos de estos elementos permanecen aún presentes en la base de las prácticas, relaciones profesionales, políticas sanitarias y las imágenes sociales (Miro Bonet et al. 2008) que se transmiten de la enfermería y las enfermeras. En la construcción de los estereotipos que hay acerca de la profesión enfermera han influido el sexo, femenino y su propia historia (Rubio Pilarte J. 2006).

La aprobación de la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias (LOPS) en 2003, confirmando la Enfermería, a todos los efectos legales, con un campo de actuación propio y con su propia metodología, tampoco nos ha quitado la imagen de subordinación total al colectivo médico, con poca autonomía profesional y con escasas o nulas posibilidades de progresar en los medios de comunicación.

Para resumir la visión que tiene la sociedad o una parte de ella sobre la enfermeras oscila entre una imagen idealizada considerándolas “ángeles al servicio de los hombres” como se denominaban en algunas Escuelas de la época, hasta como mujeres de “vida ligera” ya que no podemos olvidar que las enfermeras ocupan también un lugar preeminente en las películas pornográficas.

En nuestro entorno, los estudios sobre estereotipos de género y enfermería son escasos, aunque diversos autores han reflexionado sobre ello Colpo et al (2006), Siles González, 1998), Alberdi (1998) y Alberdi y Cuixart (2005) sin olvidar el brillante trabajo de Margalida Miró y Gloria Gallego, (2006).

Annette M. Links, (2004, 1993), realizó unos estudios sobre las actitudes de género y estereotipos en relación con enfermería entre los estudiantes recién ingresados en una Escuela. El trabajo estaba basado en un cuestionario, que era el resultado de un estudio anterior, en él se evaluaban las actitudes y estereotipos y su relación con las variables de edad, género y experiencia previa con la enfermería.



En nuestra búsqueda bibliográfica no encontramos estudios similares, realizados en nuestro entorno, o en el mundo de habla hispana, por lo que nos planteamos conocer posibles concordancias o diferencias entre nuestros resultados y los hallados del estudio original.

JUSTIFICACIÓN

Un estudio sobre las percepciones sobre la enfermería que presentan los estudiantes, puede contribuir a conocer los estereotipos sobre la profesión, y de manera muy especial los estereotipos de género que se proyectan en el ámbito de la enfermería, con el fin de facilitar el posicionamiento y las herramientas necesarias que los docentes de las escuelas de Enfermería deberán utilizar para intentar modificarlos.

HIPÓTESIS

La formación universitaria de las enfermeras no influye en el cambio de los estereotipos de género, que presentan los estudiantes de Enfermería al inicio de su formación.

OBJETIVOS GENERALES

Describir las actitudes de los estudiantes de Enfermería ante una imagen estereotipada del profesional enfermero.

Valorar si hay evolución en la percepción de los estereotipos de género de enfermería de los estudiantes, a lo largo de su formación universitaria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las actitudes y percepción de los estudiantes de primer curso, recién ingresados en los estudios en función de:

- Sexo (masculino y femenino)
 - Elección de estudios (primera opción o segundas opciones)
 - Procedencia (estudios previos)
 - Escuela
- Describir las actitudes y percepción de los estudiantes al finalizar el tercer curso en función de:
 - Sexo (masculino y femenino)
 - Elección de estudios (primera opción o segundas opciones)
 - Procedencia (estudios previos)
 - Escuela

SUJETOS Y MÉTODO

Nuestro trabajo lo planteamos desde dos mediciones: la primera, la realizaríamos al ingresar los estudiantes en la Escuela, y compararíamos nuestros resultados con los del trabajo original de Links y una segunda que efectuaríamos al acabar estos mismos alumnos los estudios antes de dejar la Escuela, y en el que compararíamos los resultados con los obtenidos en la primera medición y veríamos si se habían producido modificaciones en cuanto a su percepción sobre estereotipos de género.

Se trata de un estudio observacional y diacrónico.

Se realizó una encuesta. (Ver anexo I) estructurada a una población compuesta por un total de 440 sujetos, formada por todos los alumnos de primer curso en tres escuelas de enfermería, pertenecientes a dos Universidades privadas y una pública, en los primeros días de su ingreso en la Escuela y antes de que tuvieran contacto directo con el medio sanitario como estudiantes de Enfermería durante el curso 2006/07.

Al finalizar el tercer curso 2008/09 se volvió a pasar el mismo cuestionario a un total de 307 alumnos de las tres Escuelas de Enfermería antes mencionadas.

Los datos de la tabla 1 muestran los tamaños muestrales de las encuestas realizadas en cada escuela, en los momentos antes (primer curso), y después (tercer curso). Se observa una diferencia importante en el número de alumnos encuestados en la escuela primera (una de las privadas). Esto puede suponer un cierto sesgo en los resultados

obtenidos, aunque teniendo en cuenta los tamaños muestrales grandes, podemos considerar que los resultados arrojan indicios importantes sobre la manera de pensar de los estudiantes de enfermería.

El cuestionario fue traducido del trabajo original del inglés por un traductor cualificado. Su grado de comprensibilidad se evaluó mediante un estudio piloto en el que participaron 20 sujetos de forma voluntaria. Se trata de un cuestionario con 12 ítems que sigue un esquema tipo Likert, con respuestas que van del 1 al 5, siendo la puntuación 1 el completo desacuerdo y el 5 el máximo acuerdo. La puntuación 3 indica indiferencia.

El cuestionario incluía:

- Cuatro ítems sobre estereotipos de género.
- Dos ítems sobre enfermería como profesión femenina.
- Tres ítems sobre estereotipos de enfermería femeninos.
- Un ítem sobre estereotipos de la enfermería masculina.
- Un ítem sobre el uniforme de las enfermeras y su influencia en los estereotipos.
- Un ítem sobre discriminación de género en la enfermería.

Además se recogieron las variables demográficas: edad y género, la procedencia del alumno: selectividad, Formación profesional u otra diplomatura; si Enfermería era su primera o segunda opción y por último si había tenido o no experiencia previa con Enfermería.

El cuestionario empleado difirió del original en inglés, en el que la pregunta relacionada con el uniforme que llevan los enfermeros y las enfermeras, que es diferente en Inglaterra, se tuvo que obviar dado que en nuestro país, el uniforme es igual para ambos sexos (bata y/o pijama) en casi todos los casos; esta pregunta fue sustituida por otra con la que los autores pensamos que pudiera sustituirla y relacionada con el uniforme que durante años han llevado las enfermeras españolas.

Asimismo se incluyó la procedencia de los estudiantes, en cuanto a su ingreso en la Universidad, ya que en nuestro país puede darse por varias vías y nos parecía interesante conocer si estas experiencias previas influían en la percepción de los estereotipos

Los datos recogidos se introdujeron en una base de datos en formato Xbase y para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS 15.0. Las pruebas estadísticas utilizadas han sido las correspondientes al tipo de variables que se han estudiado en la muestra. En concreto, se han comparado las medias de las respuestas en los casos antes-después, sexo, y escuela. Para las primeras se ha usado la prueba t. En este caso la hipótesis de normalidad no es crítica, ya que los tamaños muestrales son suficientemente grandes. Para las medias por escuelas, se ha usado la prueba ANOVA, cuya hipótesis nula, es que por escuelas, los alumnos puntúan igual en promedio. En caso de rechazo pasa a analizar los motivos de ello y se usa el test de HSD de Tukey, que permite agrupar las escuelas según la similitud de respuestas (en promedio). Se elige como nivel de significación global para todas las pruebas a ≥ 0.05 .

Puesto que la muestra no es aleatoria, la extrapolación de los datos obtenidos a la población debe ser tomada con mucha cautela. Pero dados los tamaños muestrales, el hecho de que hay suficiente pluralidad en los tipos de escuela (privada, pública), los resultados obtenidos pueden ser considerados como indicio de lo que pasa en la población de estudiantes de enfermería de nuestra comunidad, pudiendo ser extrapolables al resto de población estudiantil del resto del Estado.

RESULTADOS

El análisis exploratorio de datos dio los siguientes resultados:

Las características demográficas de la población son:

Mujeres 615 y hombres 124, concordando con la población de estudiantes de enfermería en general.

En cuanto al número de encuestados por Escuela se muestra en la tabla 2 siguiente:

En cuanto a su procedencia el 68% habían accedido a la Escuela por selectividad, el 23% procedía de la Formación Profesional (FP) y 49% de otra diplomatura o licenciatura.

El grupo de edad más frecuente fue el comprendido entre los 18 y 23 (71%) años, seguido por el de 25-30 años con un 12%, siendo el mayor de 31 años un 11%. Dado que la mayoría de los encuestados esta entre los 18-25 años, no conside-

ramos interesante introducir la variable edad como variante discriminadora en las opiniones de los estudiantes.

La elección de estudios fue fundamentalmente primaria ya que el 69% procedían de la selectividad, el resto de los grupos se distribuían entre los procedentes de FP 24.2% y el 6.7% que habían accedido por tener otra diplomatura o licenciatura

La tabla 3 resume las respuestas globales de los encuestados frente a los 12 ítems del cuestionario.

Hay un mayoritario acuerdo en considerar a las mujeres “más cariñosas que los hombres”, en el resto de los ítems hay indiferencia o tendencia al desacuerdo

En la 2ª medición se considera a los hombres más independientes (p-valor: ,000) y más inteligentes (p-valor: ,000), además de opinar que se identifica a las enfermeras con la cofia y la minifalda (p-valor: ,009)

En relación al sexo, observamos que las mujeres se consideran a sí mismas más cariñosas (p-valor: ,000), mejores enfermeras (p-valor: ,000), con menor capacidad de liderazgo (p-valor: ,000), menos independientes (p-valor: ,000) y menos inteligentes (p-valor: ,000) y con menores posibilidades de promoción (p-valor: ,002). Por el contrario los hombres se consideran a si mismos más líderes (p-valor: ,002), más independientes (p-valor: ,000), más inteligentes (p-valor: ,000) y con mayores posibilidades de promoción (p-valor: ,000) además de considerar que se identifica a las enfermeras por la cofia y minifalda (p-valor: ,019). Que las mujeres son más cariñosas que los hombres (p-valor: ,000) y que son mejores enfermeras (p: ,000).

Cuando comparamos las tres Escuelas mediante ANOVA, alcanzan niveles de significación estadística los ítems siguientes:

Enfermeras mayores duras y mandonas (p-valor: ,002), siendo la Escuela 3 la que esta más en desacuerdo; “las enfermeras jóvenes se ven como objetos sexuales” (p-valor:,000,)también es la Escuela 3 la que más bajo puntúa. Enfermeras secretarias de los médicos (p-valor: ,003), asimismo escuela 3 junto con el ítem mujeres mejores enfermeras (p-valor: ,031 que la escuela 3 puntúa más bajo.

En cuanto al ítem “enfermería profesión femenina” (p-valor: ,000), es la Escuela 2 la que está

más de acuerdo con esa afirmación; por el contrario en el ítem “hombres más inteligentes” (p-valor: ,000), es la escuela 1 la que está más de acuerdo, por el contrario esta misma escuela en el ítem “los hombres son más independientes” (p-valor: ,000) está más en desacuerdo que las otras dos escuelas. Puntúan de manera similar; “mujeres más cariñosas” (p-valor:,000). Siendo la escuela 3 la que está más en desacuerdo; “las enfermeras se asocian con la cofia y minifalda” (p-valor: ,000) son las escuelas 1 y 3 las que puntúan más bajo y la 2 más alto. Las tres escuelas arrojan una puntuación similar al ítem “los enfermeros tienen más posibilidades de promoción”, no alcanzando el nivel de significación estadística

ANÁLISIS DE CONGLOMERADOS (análisis conjunto de todas las variables)

El objetivo de esta técnica es agrupar las variables en conglomerados o clusters, de manera que las variables semejantes estén en el mismo grupo, y éstos sean entre sí lo más diferentes posibles. La distancia entre variables es la distancia euclídea al cuadrado, y la forma de agrupar variables en clusters es la vinculación intra-grupos. El gráfico que representa la relación entre variables se llama dendograma, y visualiza la relación entre las variables de manera aquellas más cercanas quedan en el mismo grupo.

Esta técnica tiene en este caso, el objetivo de comprobar la coherencia de las respuestas de los encuestados. Cabe esperar que aquellas preguntas que están relacionadas por su respuesta, están en el mismo grupo. En caso de no ser así, cabría pensar que los encuestados no han respondido coherentemente a la encuesta. En este caso usamos esta técnica como método de validación de la encuesta.

Se observan los siguientes clústers (cuatro en total) agrupados en: 1^{er} grupo (1 y 9), 2^o (7, 8 y 11), 3^o (3, 4, 5, 6, 10 y 12), 4^o (2) (Figura 1).

El 1^o aunque parezca contradictorio o antagónico puede estar condicionado por la potencia de los dos estereotipos identificados (cariñosas y enfermeras mayores duras y mandonas respectivamente) que están muy arraigados en el ámbito cultural y social de nuestro medio.

El 2^o agrupa los estereotipos de género/profesión que aún hoy en día se mantienen vigentes y que tienen una importante carga de relación con

aspectos como la obediencia, la sumisión o la docilidad.

El 3^o agrupa todos los estereotipos que se pueden dar en relación con la enfermería en el ámbito laboral.

Por último el ítem 2 queda aislado no pudiéndose establecer relación alguna con el resto de ítems, lo que puede ser interpretado como un estereotipo universal e independiente de cualquier otro.

Conclusión: la agrupación de variables se realiza según lo esperado. Se observa que las semejanzas entre las variables, según su respuesta, conducen a agrupar las variables en el mismo cluster. Debemos concluir que los encuestados responden coherentemente a la encuesta.

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio aportan perspectivas interesantes sobre las percepciones de los estereotipos de género y enfermería, sostenidas por los estudiantes recién ingresados en las Escuelas donde se realizaron el estudio. Estereotipos que persisten y no se eliminan durante el proceso de formación de las futuras enfermeras, por lo que la hipótesis del presente trabajo se confirma

En líneas generales los resultados sugieren evidencia en la persistencia de imágenes de enfermeras de acuerdo con los estereotipos femeninos más obsoletos: ángeles, vírgenes, objetos sexuales, putillas o autoritarias, coincidiendo con los estereotipos comunes a las mujeres, independientemente de su profesión, tal como se recoge en los estudios de Muff, J. (1988) Kalisch, BJ et al. (1982) y Salvage, J. (1985 y 1987).

El grupo de edad más numeroso fue el de 19 - 24 años (71%), que es el coincidente con el final de la educación secundaria y el acceso a la universidad en nuestro país y similar a la primera medición de Links realizado por Jinks, A. (1993).

Existe un mayoritario acuerdo en todas las respuestas con respecto al ítem “las mujeres son más cariñosas que los hombres” coincidente con el estudio de Jinks, A. (2004) además de estar asociada la idea al cuidado, estereotipo que se asigna a la mujer en las sociedades tradicionales y que supone además dedicación y entrega como elementos de mayor importancia que la preparación profesional, lo que coincide con los estudios de Cunningham, A. (1999), Berry, L. (2004), Martínez Riera, JR. (2003).

Los resultados de nuestro estudio en relación a los ítems que hacen referencia a que “los hombres son más independientes y más inteligentes que las mujeres” coinciden con los obtenidos en el estudio de Jinks, A. (2004).

En cuanto a la asociación de la enfermera con la cofia y minifalda, no podemos establecer ningún tipo de asociación con el estudio de Jinks, A. (1993) u otros similares dado que este ítem es específico de este cuestionario y no se recoge de igual manera en los estudios consultados a nivel internacional. Sin embargo sí que coincide con los resultados de estudios en nuestro ámbito, como el de Burguete, MD. et al (2005) y Martínez Riera, JR. (2006).

La valoración de que las mujeres son más cariñosas que los hombres en nuestro estudio alcanza una mayor puntuación que en el de Jinks, A. (2004).

En cuanto al liderazgo, independencia e inteligencia de los hombres en relación con las mujeres nuestros resultados coinciden globalmente con los del estudio de Jinks, A. (2004), aunque en nuestro estudio al estar separados por sexo encontramos diferencias en los hallazgos obtenidos en función de esta variable. Siendo los hombres quienes tienen hacia sí mismos una mayor consideración y las mujeres menor hacia ellas mismas.

En el estudio de referencia de Jinks, A. (2004), las oportunidades de promoción entre los enfermeros muestra una media superior que en nuestro estudio.

La asociación entre ser enfermero y ser afeminado tiene una clara diferencia entre el estudio de Jinks, A. (2004), en el que sí que establecen dicha asociación en mucha mayor proporción que en nuestro estudio. Además cabe destacar que no existen diferencias en esta valoración en función del sexo.

CONCLUSIONES

El principal objetivo de este estudio ha sido el no prejuzgar las imágenes que los estudiantes de enfermería tienen de la enfermería en general y de las enfermeras en particular.

En sentido identificamos como principales conclusiones:

A pesar del evidente avance en la profesionalización y desarrollo disciplinar enfermero, se sigue manteniendo la evidencia de lo innato de los comportamientos asociados al género. Persistiendo las

imágenes más reaccionarias comunes a los estereotipos asociados a las mujeres y por extensión a las enfermeras.

Los estereotipos de género se identifican tanto en alumnos de Escuelas adscritas a Universidades públicas como privadas, lo que pone manifiesto que dichos estereotipos no obedecen a una cuestión de pertenencia a unas u otras.

Los hombres tienen mayor valoración de sí mismos con relación a los valores culturalmente asociados al género masculino y las mujeres refuerzan esta apreciación.

Las valoraciones no sufren cambios sustanciales en función del tiempo transcurrido desde el principio de la formación a la finalización de la misma.

Los currículos docentes de enfermería no facilitan los cambios necesarios en la identificación y fijación de estereotipos ligados al género y a la enfermería.

Existe la necesidad, de que los actuales programas educativos de enfermería incluyan de forma transversal apartados relacionados con estereotipos de género, la discriminación por género y el desarrollo de estereotipos de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

- Alberdi Castell, RM. (1998). La influencia del género en la evolución de la profesión enfermera en España *Metas Enferm* II(11):20-26
- Alberdi Castell, RM; Cuxart Ainaud, N. (2005). Cuidados, enfermeras y desarrollo profesional: Una reflexión sobre las bases del ejercicio profesional *Rev. Presencia*.
- Berry, L. (2004). Is image important? *Nursing standard*;18(23):14-6.
- Burguete Ramos MD, Ávila Olivares JA, Velasco Laiseca J. (2005). La imagen pública de las enfermeras. Cómo ven la profesión los estudiantes de enfermería. *Educare* 21; 17[En línea] [fecha de acceso: 28 de abril de 2009]. URL disponible en: <http://www.enfermeria21.com/educare/educare17/ensenando/ensenando1.htm>
- CEP. (2005). La socialización diferencial y la autoeficacia capítulo 3. En *Discriminación de género e igualdad de oportunidades*. Manual. Madrid; p: 4.
- Cohen H. (1988). La enfermera y su identidad profesional. *Barcelona Grijalbo*. p 178.
- Colpo JC, Camargo, V. Simey A. (2006). La imagen de la enfermera como objeto sexual en las medias: un molesto a la profesión *Enfermería*. 11(1):67-72
- Cunningham, A. (1999). Nursing stereotypes. *Nursing standard*, 13(45):46-7.
- García Banon, AM. Sainz Otero, A. Botella Rodríguez, M. (2004). La enfermería vista desde el género. *Index Enferm*. [online]. vol. 13, no. 46 [citado 2009-01-09], pp. 45-48.

- Harding T. (2007). The construction of men who are nurses s gay. *Journal of Avanced Nursing*, 60(6): 636-44
- http://www.enfermeria21.com/educare/Generalitats/componentes/articulos/enlace_articulo.php?Mg=&&MjU=&MTc1Ng
- Jinks AM. (1993). Study of attitudes to gender and nursing stereotypes in newly recruited student nurses. *Nurse Educ Today*. 13(4):287-94.
- Jinks AM. (2004). Angel, handmaiden, battleaxe or whore? A study which examines changes in newly recruited student nurses' attitudes to gender and nursing stereotypes. *Nurse Educ Today*. 24(2):121-7.
- Kalisch BJ, Kalisch PA, Mchugh ML. (1982). The nurse as a sex object in motion pictures, 1930 to 1980. *Res Nurs Health*. 5(3):147-54.
- Levi-Strauss C. (1961). *Antropología estructural. Capitulo X, la eficacia simbólica* Endebo. Buenos Aires.
- Martínez Riera, JR. (2003). Cuidados informales en España. Problemas de desigualdad. *Revista Administración Sanitaria (RAS)*, 1 (2): 275 – 288
- Martínez Riera, JR. Cibanal Juan, L. (2006). Enfermería: ¿qué imagen tienen de ella los alumnos? *Educare 21*; 26 [En línea] [fecha de acceso: 28 de abril de 2009]. URL disponible en:
- Miro Bonet, M. Gastaldo, D. Gallego-Camillero, G. (2006). El discurso feminista en la construcción de la identidad profesio-
- nal de las enfermeras en España (1956-1976). En *Los feminismos como herramientas de cambio social / coord. Por Esperanza Bosch Fiol, Victoria Aurora Ferrer Pérez, Capilla Navarro Guzmán, Vol. 1, (Mujeres tejiendo redes históricas, desarrollos en el espacio público y estudios de las mujeres)*, Págs. 247-261. Universidad de la Rioja
- Miro Bonet, M. Gastaldo, D. Gallego-Camillero, G. (2008). ¿Por qué somos como somos? Discursos y relaciones de poder en la constitución de la identidad profesional de las enfermeras en España (1956- 1976). *Enfermería Clínica*; 18(1) pp.24-32.
- Mompert, MP. (1994) *Administración de los servicios de Enfermería Masson-Salvat* p 98
- Muff J (1988). Meeting the goddesses: exploring the positive feminine in nursing stereotypes. *Imprint*. 35(4):42-
- Rubio Pilarte J. (2006). ¡Por favor, una enfermera! *Emferm Clin*.16(4):169-71
- Salvage J. (1987). *Nurses, gender and sexuality*. Heinemann, Oxford.
- Salvage J.: (1985). *The politics of nursing*. Heinemann, Oxford.
- Siles González, J. et al. (1998). La enfermería en el cine: imagen durante la guerra civil española *Rev ROL Enferm XXI*(244):25-31

Tabla 1 Contingencia Momento * Escuela

		Escuela			Total
		1ª escuela	2ª escuela	3ª escuela	
Momento	Antes	234	131	73	438
	Después	118	129	60	307
Total		352	260	133	745

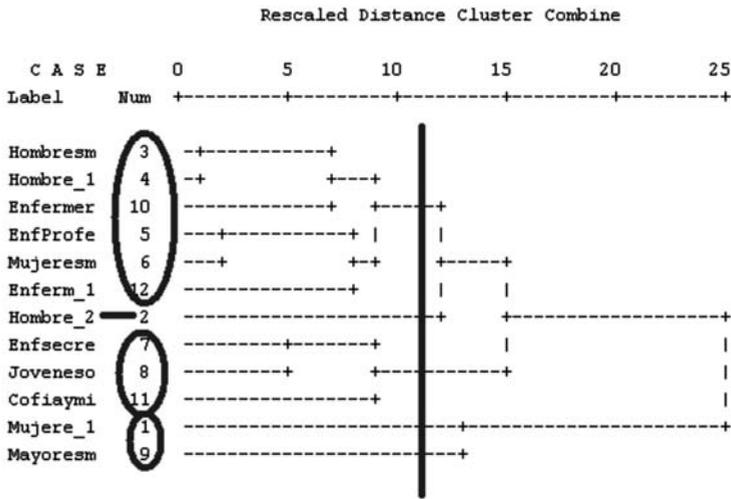
Tabla 2. Procedencia de Escuela

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1º	352	47,1	47,2	47,2
	2º	260	34,8	34,9	82,1
	3º	133	17,8	17,9	100,0
	Total	745	99,7	100,0	
Perdidos	Sistema	2	3		
Total		747	100,0		

Tabla 3. Respuestas globales del cuestionario

Ítems	N	Media	Desv. típ.
Mujeres más cariñosas	746	3,36	1,133
Hombres más independientes	743	2,27	1,082
Hombres más inteligentes	743	2,04	1,053
Hombres más líderes	741	1,96	0,970
Enf Profesión femenina	739	2,34	1,214
Mujeres mejor enfermeras	744	2,15	0,967
Enf secretarias médicos	741	2,30	1,251
Jóvenes objetos sexuales	744	2,12	1,143
Mayores mandonas	741	2,86	1,098
Enfermeros afeminados	741	1,58	0,791
Cofia y minifalda	744	2,35	1,225
Enfermeros promoción	743	2,25	1,012

Dendrogram using Average Linkage (Between Groups)



Anexo I. Cuestionario Enfermería						
<p>Por favor, lea atentamente estas instrucciones antes de contestar . No le llevará más de 10 minutos contestar al cuestionario, no omita ningún ítem. Lea cuidadosamente cada uno de ellos y seleccione una de las 5 respuestas atendiendo a la escala siguiente. Responda a su primera reacción. Trace un círculo en la respuesta elegida, y solo en una.</p> <p>1 - Muy en desacuerdo 2 - En desacuerdo 3 - Neutral - Indiferente 4 - De acuerdo 5 - Muy de acuerdo</p>						
1	Las mujeres son más cariñosas que los hombres	1	2	3	4	5
2	Los hombres son más independientes que las mujeres	1	2	3	4	5
3	Los hombres son más inteligentes que las mujeres.	1	2	3	4	5
4	Los hombres son mejores líderes que las mujeres	1	2	3	4	5
5	La enfermería es una profesión fundamentalmente femenina	1	2	3	4	5
6	Las mujeres son mejores enfermeras	1	2	3	4	5
7	Las enfermeras se ven como secretarias de los médicos	1	2	3	4	5
8	Las enfermeras jóvenes se ven como objetos sexuales	1	2	3	4	5
9	Las enfermeras mayores son mandonas y duras	1	2	3	4	5
10	Los enfermeros son afeminados.	1	2	3	4	5
11	Las enfermeras siguen asociándose con el uso de la cofia y la minifalda	1	2	3	4	5
12	Los enfermeros tienen más oportunidades de promoción.	1	2	3	4	5
DATOS DEMOGRÁFICOS						
Edad :		18-23 años	24-29 años	> de 30		
Sexo :		Mujer <input type="checkbox"/>	Hombre <input type="checkbox"/>			
Procedencia :		Selectividad <input type="checkbox"/>	FP <input type="checkbox"/>	Otra <input type="checkbox"/>	Diplomatura <input type="checkbox"/>	
Elección de los estudios de enfermería:		1ª opción <input type="checkbox"/>		2ª o sucesivas <input type="checkbox"/>		
Experiencia previa con enfermería:		SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>		
Gracias por contestar a este cuestionario						

NECESIDAD SENTIDA DE LAS MUJERES SORDAS DURANTE EL PARTO Y EL PUERPERIO INMEDIATO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

Flavia Polanco Teijo *, Salvador García-Ruise **

*Enfermera, Residente de Enfermería Obstétrico-Ginecológica.

**Residente de Medicina Preventiva y Salud Pública.



postpartum period in the area of University Hospital of Santiago de Compostela.

Results: Deaf patients use health services differently than the listeners; they usually have problems such as fear, distrust and frustration. They showed difficulties in communicating with health personnel during their hospital admission, both verbal and nonverbal language. The lack of information was also common in all of them, mostly during the procedures and techniques which were performed.

Conclusions: Deaf women and health personnel have communication difficulties involving the establishment of links that are required in health care and that may adversely affect the diagnosis and treatment.

Key words: Deaf woman, health care, childbirth, puerperium.

ENFERMAGEM, TERAPIAS COMPLEMENTARES E ALTERNATIVAS. JUSTIFICAÇÃO ANTROPOLÓGICA DO ESTUDO.

RESUMO

Introdução: Segundo estimativas do Instituto Nacional de Estatística (INE), na Espanha, 40.000 mulheres são surdas em idade fértil (16 a 44 anos).

A maternidade nas mulheres com incapacidade tem um custo de oportunidade extra em relação a outras mulheres. Ademais, essa situação pode favorecer para que estejam desempregadas ou tenham trabalhos de menor qualificação.

Objetivo: Conhecer e compreender a necessidade

FELT NEED OF DEAF WOMEN DURING CHILDBIRTH AND IMMEDIATE POSTPARTUM IN THE HOSPITAL

SUMMARY

Introduction: Estimates by the National Statistics Institute (INE), as data referring to 2008, in Spain there are 40,000 Deaf women on fertile age (16-44 years).

The maternity in the women with disability has a cost extra in relation to the rest of women. Also tend to be unemployed or have works of minor qualification.

Objective: To know and understand the perceived need for both Deaf women in childbirth and in the puerperium.

Methods: Qualitative study from semi-structured interviews with Deaf women in the immediate

sentida pelas mulheres surdas no parto e puerperio imediato.

Material e métodos: Estudo qualitativo realizado a partir de entrevistas semiestruturadas com mulheres surdas durante o puerperio imediato no âmbito do Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (CHUS).

Resultados: As pacientes surdas utilizam os serviços de saúde de forma distinta daquelas que ouvem; manifestam dificuldades como medo, desconfiança e frustrações. Mostraram problemas na comunicação com o pessoal de saúde durante seu ingresso no hospital, tanto na linguagem verbal como na não verbal. A falta de informação foi também uma dificuldade comum em todas elas, principalmente durante os procedimentos e técnicas realizadas.

Conclusões: Os resultados deste estudo mostram que as mulheres surdas e o pessoal de saúde têm dificuldade de comunicação que comprometem o estabelecimento de vínculos necessários na atenção à saúde e que podem afetar negativamente o diagnóstico e o tratamento.

Palavras chave: Mulher Surda, atenção à saúde, parto, puerpério.

RESUMEN

Introducción: Según estimaciones del Instituto Nacional de Estadística (INE), según datos referidos al año 2008, en España hay 40.000 mujeres Sordas en edad fértil (16-44 años).

La maternidad en las mujeres con discapacidad tiene un coste extra en relación al resto de mujeres. Además suelen estar desempleadas o tener trabajos de menor cualificación.

Objetivo: Conocer y comprender la necesidad sentida de las mujeres Sordas en el parto y puerperio inmediato.

Material y método: Estudio cualitativo etnográfico a partir de entrevistas semiestruturadas a mujeres Sordas durante el puerperio inmediato en el

ámbito del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (CHUS).

Resultados: Las pacientes Sordas utilizan los servicios sanitarios de forma distinta que los oyentes; manifiestan dificultades como miedo, desconfianza y frustraciones. Mostraron problemas en la comunicación con el personal sanitario durante su ingreso hospitalario, tanto en el lenguaje verbal como en el no verbal. La falta de información fue también una dificultad común en todas ellas, principalmente durante los procedimientos y técnicas que se les realizaron.

Conclusiones: Los resultados de este estudio muestran que las mujeres Sordas y el personal sanitario tienen dificultades de comunicación que comprometen el establecimiento de vínculos necesarios en la atención sanitaria y que pueden afectar negativamente al diagnóstico y tratamiento.

Palabras clave: Mujer Sorda, atención sanitaria, parto, puerperio.

INTRODUCCIÓN

La World Federation of the Deaf (WFD) define a la persona Sorda como “aquella que usa la lengua de signos como modo de comunicación primario, se identifica a sí misma con otras personas Sordas y usualmente no oye” (Xunta de Galicia, 2003).

Según las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2005 presentaban una pérdida de audición severa en ambos oídos 278 millones de personas en todo el mundo, y se estima que la prevalencia de hipoacusia severa o profunda en el neonato es del 1 por mil, que se eleva al 5 por mil cuando incluimos todos los grados de hipoacusia (Jokinen, 2010).

En España, cada año nacen alrededor de 2.000 niños con problemas auditivos, de los cuales la mitad presentan una sordera neurosensorial bilateral profunda. El 80% de las sorderas infantiles están presentes en el momento del nacimiento (Confederación Española de padres y amigos de los Sordos, 2004).

En España hay más de un millón de personas Sordas (Instituto Nacional de Estadística, 2008) de



la cuales 40.000 son mujeres en edad fértil (16-44 años). (Tabla 1)

En Galicia existen 84.900 personas de 6 y más años, de ambos sexos, con discapacidad auditiva (Instituto Nacional de Estadística, 2008) de las cuales 3.200 son mujeres entre 6 y 44 años. (Tabla 2)

Según la Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía personal y situaciones de Dependencia realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en el año 2008, sólo un 31% del total de la población Sorda tenía Certificado de Minusvalía por deficiencias del oído (Instituto Nacional de Estadística, 2008). Algunas posibles causas de esta discordancia pueden ser la falta de aceptación de la sordera por parte de muchas personas y la negativa a obtener un certificado que estigmatiza como "minusválido", el desconocimiento de su utilidad y de las ventajas legales que comporta, el temor a la dificultad de encontrar un trabajo, etc. (Esteban, 2004).

Modelo socio-cultural de la sordera

Desde el punto de vista cultural, la sordera es un fenómeno socio-cultural y se considera a las personas Sordas como un grupo social minoritario con una lengua, una historia y una cultura propias (Minguet, 2000). El uso de la palabra 'sordo' en minúsculas hace referencia a una característica física (incapacidad física para oír), mientras que el término 'Sordo' en mayúsculas se usa habitualmente para referirse a los aspectos culturales y lingüísticos ligados a la condición de ser sordo (Minguet, 2000).

Dentro de la discapacidad auditiva existen distintos grados (según la intensidad o el comienzo de la sordera) que pueden dar lugar a diferentes nece-

sidades sociales e influyen en la identidad que asumen las personas afectadas (Minguet, 2000; Muñoz & Ruiz, 2000).

La sordera sigue ocupando actualmente el segundo puesto a nivel cuantitativo entre los déficits sensoriales. Suele darse con alta incidencia en la primera infancia, pasando desapercibida en los casos de sorderas leves y moderadas, lo que provoca retrasos cognitivos-lingüísticos graves en muchos casos (Losada, 1999).

Hay una enorme desigualdad educativa que afecta a las personas Sordas respecto al resto de la población. Esto condiciona que las personas Sordas tengan unos niveles de desarrollo social y educativo inferiores a los niveles medios que alcanza el resto de la población, lo que da lugar a numerosas y graves situaciones de exclusión social (Esteban, 2004).

Muchas de las personas Sordas que han terminado los estudios primarios sufren analfabetismo funcional o tienen serias dificultades para comprender textos y para expresarse correctamente por escrito. Se observa también que la desigualdad educativa la sufren en mayor medida las mujeres Sordas respecto a los varones (Esteban, 2004). (Tabla 3)

En el caso de las mujeres Sordas, el 67,2% de ellas están en situación de inactividad económica, y la tasa de paro afecta a casi el 30% de la población activa femenina (Esteban, 2004). (Tabla 4)

El 60% de las mujeres Sordas que se encuentran en esta situación se dedican a labores del hogar, lo que confirma que es el colectivo que se encuentra socialmente más excluido (Esteban, 2004).

Maternidad y discapacidad

Existen tres factores que influyen en el gasto extraordinario que una mujer con discapacidad auditiva debe realizar para mantener el mismo nivel de vida que otra sin discapacidad en las mismas circunstancias para el desarrollo de su maternidad. Estos son (Iniesta, 2004):

El nivel de necesidad extraordinaria como resultado de su discapacidad (adquisición de avisadores visuales, fax, etc.).

La dependencia del nivel de provisión de servicios sociales, beneficios de la seguridad social,

prestaciones económicas, y exenciones fiscales existentes para cubrir esta necesidad específica derivada de la confluencia de la discapacidad y la maternidad.

El efecto de la discapacidad y la maternidad en los ingresos (coste de oportunidad).

La maternidad en las mujeres con discapacidad tiene un coste extra con respecto a otras mujeres. Las madres con discapacidad suelen tener ingresos inferiores a los de otras mujeres o personas sin discapacidad, y además cuando tienen un hijo la conciliación de la vida familiar y laboral se hace más difícil. Además, las madres con discapacidad suelen estar desempleadas o tener trabajos de menor cualificación (Pélaez, Martínez & Leonhardt, 2009).

Numerosos estudios evidencian la existencia de barreras de comunicación entre el paciente Sordo y los profesionales de la salud (Chaveiro, Celeno & Alves, 2009; Harmer, 1999). Debido a esto las personas Sordas o hipoacúsicas reciben una atención médica a menudo inadecuada e inapropiada.

Desde la perspectiva de la integración en la sociedad oyente a través de la igualdad, de la normalización de los servicios, en este trabajo se analizan e interpretan los problemas de las mujeres Sordas durante el parto y el puerperio inmediato en el ámbito hospitalario. El objetivo de este trabajo es conocer y comprender la necesidad sentida de las mujeres Sordas tanto en el parto como en el puerperio inmediato.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado un estudio cualitativo etnográfico a partir de entrevistas semiestructuradas a mujeres Sordas en el puerperio inmediato en el ámbito del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (CHUS).

El período de estudio fue el comprendido entre Enero y Mayo de 2010.

Las participantes debían ser mujeres Sordas que ingresaran por parto y/o permanecieran en el hospital durante el puerperio inmediato y emplearan el lenguaje de signos como medio principal de comunicación. Como criterio de exclusión se estableció la negativa de la paciente a participar en este estudio.

Se adoptó la forma del consentimiento verbal para la participación en el estudio, garantizando la

confidencialidad de la información obtenida y protegiendo su intimidad.

Las entrevistas se realizaron durante el puerperio inmediato en las habitaciones de las pacientes en la planta de Obstetricia el día posterior al parto, con una duración media de 30 minutos.

El grupo de investigación estaba integrado por una residente de enfermería obstétrico-ginecológica y un intérprete de LSE.

La entrevista constaba de varios apartados que incluían preguntas sobre variables sociodemográficas (edad, nivel de estudios, profesión), datos obstétricos (nº gestaciones, semanas amenorrea, empleo de analgesia epidural y realización o no de episiotomía) y su experiencia/opinión personal sobre las revisiones del embarazo en la matrona y el ginecólogo, las clases de preparación al parto, ingresos hospitalarios previos, el momento del parto y el puerperio. A sus familiares se les preguntaba sobre su experiencia y visión del nacimiento.

RESULTADOS

Se entrevistaron tres mujeres Sordas puérperas y sus familiares.

La edad media fue de $30 \pm 2,66$ años y los partos fueron a término con una media de $39 \pm 0,75$ semanas de amenorrea. Las tres mujeres solicitaron analgesia epidural y a dos de ellas se les realizó episiotomía.

Con respecto al nivel de estudios, todas ellas tenían estudios básicos o primarios, pero sólo una trabajaba (de limpiadora), dedicándose el resto a las labores del hogar. Con respecto a sus parejas, uno tenía estudios secundarios y los otros dos estudios primarios, trabajando en el sector servicios. Dos de ellos eran Sordos y uno oyente.

A la pregunta ¿Acudía a las revisiones de la matrona y el ginecólogo acompañada de alguien? ¿De quién?, las respuestas de las tres mujeres coincidían:

“...Para las revisiones, siempre tengo que ir acompañada de mi madre o de un familiar, porque no me gusta que un intérprete esté presente en la consulta. Pero es mi madre,... y no quiero que sepa algunas cosas, y además no sabe muchas palabras en lengua de signos y no se expresa bien...”. La madre de esta puérpera es oyente.

Cuando se les pregunta si habían acudido a clases de preparación al parto, contestan que no, explicando sus motivos:

“...No tuve una preparación para el parto, porque iba a las clases con una intérprete y mi esposo, y nos resultaban tan aburridas que los tres nos poníamos a charlar y no me enteraba de lo que se decía. Era tan aburrido que dejamos de ir tras una o dos clases”. “...Si hubiera tenido una matrona con la que comunicarme directamente, a la que preguntarle mis dudas, y que me diera instrucciones que yo pudiera entender, claro que hubiera asistido a todas las clases...”

Cuando se les preguntaba por su experiencia personal en ingresos hospitalarios anteriores, sólo dos de ellas habían estado ingresadas:

“...He tenido otros ingresos (hospitalarios) previos, y tuve algunos problemas por confusiones en la medicación. Por ello ahora, cuando ingreso en el hospital, tengo mucho miedo a las equivocaciones, porque no puedo entenderme con nadie cuando preguntan mi nombre...”

“...Una vez cuando estuve ingresada me pusieron la morfina de una compañera de habitación, y estuve durmiendo horas y horas...”

“...Recién operada de una apendicitis, en la sala de recuperación, me dieron una comida normal porque no les pude decir mi nombre ni explicarles que estaba recién operada, yo creía que era la costumbre, comer normal tras una operación. Ahora procuro tener a algún familiar oyente siempre conmigo...”

“...Cuando ingreso en el hospital, no quiero quedarme sola de noche por miedo a que me confundan con otro paciente, o de tener que llamar a la enfermera y no poder explicarle lo que me ha ocurrido, o de que vengan a preguntarme algo y no pueda explicarlo...”

“...Cuando estuve ingresada los médicos pasan visita, echan a la familia, y yo me quedo incomunicada. Algunas veces mi madre conseguía quedarse, pero por lo general no tengo forma de comunicarme con el médico que me está tratando, ni de saber cómo voy o lo que está pasando, ni entender las explicaciones del personal sobre lo el curso de mi enfermedad...”

Al preguntarles cuál ha sido su experiencia con el personal sanitario durante el ingreso hospitala-

rio, responden:

“...No puedo entenderme con nadie, ni explicarles lo que me duele o lo que tengo, ni entender el tratamiento o lo que tengo que hacer. No hay forma de entenderme con nadie cuando estoy enferma...”

“...Todo el mundo me habla a gritos, yo no puedo oír nada, pero en lugar de hacerme algún gesto o lo que sea, me gritan, y no me entero absolutamente de nada...”

En el momento del parto, todas ellas señalan lo importante que era para ellas el contacto visual:

“...Durante el parto, me sentía muy angustiada porque a ratos no veía la cara de la matrona y sentía que no podía comunicarme con ella, ni recibir sus instrucciones ni comunicarle cuándo tenía contracciones. Intentaba que me mirase a la cara todo el tiempo y cuando eso no era posible lo pasaba fatal...”

“...Durante todo el parto, aunque las matronas se han portado muy bien conmigo y me han explicado lo que han podido a través de la lectura labial, necesitaba saber lo que estaba pasando, lo que tenía que hacer, si empujar o no con las contracciones, o lo que me iban a hacer...”

Sin embargo, todas ellas señalan como una necesidad común la falta de información durante todo su embarazo:

“...Lo que más eché en falta fue la falta de información...”

Respecto a sus familiares, los acompañantes Sordos coincidían en señalar la falta de medios visuales de aviso en el hospital:

“...Durante las esperas en el paritorio, mi esposo (que también es Sordo) lo pasó muy mal porque llamaban a los familiares para entrar al paritorio mediante un teléfono que hay en la sala de espera, y él le iba diciendo a todo el que había cerca que por favor lo avisasen si llamaban a alguien que no estuviese, porque él no podía oír cuando lo llamaran...”

DISCUSIÓN

Las mujeres Sordas entrevistadas usan los servicios sanitarios de forma distinta que las mujeres oyentes; manifiestan dificultades como miedo, desconfianza y frustraciones (Barnett, 2002).

La comunicación efectiva con los pacientes

Sordos es importante en el cuidado de la salud, ya que una comunicación inadecuada puede llevar a diagnósticos erróneos y tratamientos equivocados (Meador & Zazove, 2005); esta comunicación sigue siendo descuidada en los sistemas de salud (McAleer, 2005), a lo que se suma la falta de capacidad de comunicación no verbal por parte del personal sanitario (McAleer, 2005). El lenguaje no verbal es una forma de comunicación que necesita ser entendido y validado en los servicios de salud. Es esencial para poder interpretar aspectos tales como gestos o expresiones faciales y/o corporales (Chaveiro, Barbosa & Porto, 2008; Lezzoni, O'Day, Killeen & Harker, 2004).

En la prestación de la asistencia sanitaria, las mujeres Sordas entrevistadas manifestaron que no se tuvieron en cuenta aspectos culturales, lingüísticos, sociológicos, psicológicos y educativos de su discapacidad auditiva (Muñoz & Ruiz, 2000).

Una necesidad común en todas las entrevistas era la información, que es uno de los principales obstáculos a los que se enfrentan diariamente las personas Sordas (Steinberg, Barnett, Meador, Wiggins & Zazove, 2006).

Son frecuentes las dificultades que estas pacientes tienen para entender regímenes terapéuticos, dosis de medicación o sus efectos secundarios (Meador & Zazove, 2005).

Sin intérpretes de LSE o acompañantes oyentes, las pacientes no son conscientes de información crucial, precipitando emociones desde la frustración al terror (Barnett, 2002).

La ausencia de intimidad en las consultas es un hecho reconocido por las entrevistadas, y viven con resignación la falta de independencia y autonomía, ya que deben de ir acompañadas de otros familiares o intérpretes (Lezzoni, O'Day, Killeen & Harker, 2004).

Las mujeres entrevistadas ponen de manifiesto la existencia de barreras de comunicación al no disponer en servicios sanitarios de video-teléfonos, teléfonos de texto, timbres con señales luminosas,... (Steinberg, Barnett, Meador, Wiggins & Zazove, 2006). El hecho de que la sordera sea una minusvalía invisible ha derivado en que la sensibilización hacia las barreras de comunicación pase desapercibida como tal.

CONCLUSIONES:

Este estudio muestra que las mujeres Sordas durante el parto y el puerperio inmediato en el ámbito hospitalario y el personal sanitario presentan dificultades de comunicación. Estas dificultades comprometen el establecimiento de vínculos necesarios en la atención sanitaria que pueden afectar negativamente al diagnóstico y al tratamiento.

Hay una necesidad innegable de mejorar la comunicación entre el personal sanitario y los pacientes Sordos. Para solventar las barreras de comunicación estructurales es preciso intentar que la información y la comunicación social sean difundidas por medios visuales como imágenes, iconos o lenguaje escrito.

El problema que se plantea para las personas Sordas en el acceso a servicios sanitarios, ya sean públicos o privados, tiene difícil solución, y pueden necesitar la ayuda de un intérprete de LSE para eliminar las barreras de comunicación interpersonales. El acceso a este recurso puede ser complejo por diversos motivos:

- El escaso número de intérpretes de LSE hace que puedan aparecer dificultades para solicitar sus servicios.
- En situaciones de urgencia, como es un ingreso hospitalario, puede ser difícil localizar a un intérprete de LSE.
- La distorsión en la emisión y recepción de los mensajes.
- En la traducción de un mensaje de una persona Sorda por un intérprete, se pierde parte del mismo porque no se tiene en cuenta la comunicación no verbal, los sentimientos,... Además, las estructuras sintácticas de la lengua de signos son completamente diferentes de la expresión verbal, lo que añade dificultad al acto de la interpretación o traducción.
- La falta de intimidad.
- Esta falta de intimidad se ve incrementada porque los intérpretes de LSE pertenecen con frecuencia al ámbito de la comunidad de Sordos.

En cuanto a los aspectos antropológicos de los cuidados, uno de los factores más importantes que afecta a la calidad y la adecuación de la atención

prestada a los pacientes Sordos es la falta de sensibilización de los trabajadores de la salud acerca de las personas Sordas.

Es necesario conocer las características de la identidad y la cultura Sordas a fin de facilitar habilidades de comunicación y mejorar la relación entre el paciente Sordo y el personal sanitario.

Comprender los problemas que rodean la asistencia sanitaria de las personas Sordas facilitará la interacción entre estos pacientes y el personal sanitario. Se debe tener en cuenta que las personas Sordas están capacitadas para decidir por sí mismas en temas de salud y participar en su asistencia sanitaria.

Los derechos de acceso al sistema sanitario de las personas Sordas deben ser garantizados impartiendo una formación adecuada al personal sanitario para atender a este segmento de la población, destruyendo las barreras de comunicación que nacen de la incomprensión e incluso de la negación de la realidad del otro.

BIBLIOGRAFÍA

- Barnett S. (2002). Communication with deaf and hard-of-hearing people: A guide for medical education. *Academic Medicine*, 77, 694-700.
- Chan M. (2010). Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 20 de Mayo de 2010, de <http://www.who.int/es/>
- Chaveiro N, Barbosa MA, Porto CC. (2008). Literature revision about the attendance of deaf patient by health professionals. *Revista da Escola de Enfermagem*, 42, 578-83.
- Chaveiro N, Celeno C, Alves M. (2009). The relation between deaf patients and the doctor. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 75, 147-50.
- Confederación Española de padres y amigos de los Sordos. (2004). Manual básico de formación especializada sobre discapacidad auditiva. Madrid: FIAPAS.

- Esteban Saiz ML. Coordinador. (2004). Libro blanco de la Lengua de Signos Española en el Sistema Educativo. Madrid: Confederación Estatal de Personas Sordas.
- Harmer L. (1999). Health care delivery and deaf people: practice, problems, and recommendations for change. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 4, 73-110.
- Iniesta Martínez A. (2004). La mujer sorda en la vida privada y pública. Alicante: Universidad de Alicante.
- Instituto Nacional de Estadística. (2008). Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía personal y situaciones de Dependencia. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- Jokinen M. (2010). World Federation of the Deaf. Recuperado el 10 de Abril de 2010, de <http://www.wfdeaf.org/default.aspx>
- Lezzoni L, O'Day B, Killeen M, Harker H. (2004). Communicating about health care: observations from persons who are deaf or hard of hearing. *American College of Physicians*, 140, 356-63.
- Losada Martínez B. (1999). Modelos actuales en educación de sordos: lengua de signos, bilingüismo e integración. Tesis no publicada, Departamento de Psicología evolutiva y de la educación, Universidad de Santiago de Compostela.
- McAleer M. (2005). Communicating effectively with deaf patients. *Nursing Standard*, 20, 51-54.
- Meador HE, Zazove P. (2005). Health care interactions with deaf culture. *Journal of the American Board of Family Practice*, 18, 218-22.
- Minguet Soto A. coordinador. (2000). Rasgos sociológicos y culturales de las personas Sordas. Valencia: Federación de Sordos de la Comunidad Valenciana.
- Muñoz I, Ruiz M T. (2000). Empowering the deaf: let the deaf be deaf. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54, 40-4.
- Pélaez A, Martínez B, Leonhardt M. (2009). Maternidad y discapacidad. Madrid: Cinca.
- Steinberg AG, Barnett S, Meador HE, Wiggins EA, Zazove P. (2006). Health care system accessibility. Experiences and perceptions of deaf people. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 260-6.
- Xunta de Galicia. (2003). Guía para la eliminación de las barreras de comunicación para personas Sordas y con discapacidad auditiva. Santiago de Compostela: Consellería Sanidade.

Tabla 1

España	De 16 a 24 años	De 25 a 34 años	De 35 a 44 años
Mujeres	4,4	10,7	24,3

Tabla 1. Mujeres Sordas por grupos de edad (por mil habitantes). España.

Fuente: INE. Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2008

Tabla 2

Galicia	De 6 a 44 años	De 45 a 64 años	De 65 a 79 años	De 80 y más años
Mujeres	3,2	5,7	17,2	24,9

Tabla 2. Mujeres Sordas por grupos de edad (por mil habitantes). Galicia.

Fuente: INE. Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2008

Tabla 3

Nivel de estudios	Mujeres 10 y más años	Varones 10 y más años
Analfabetos	15,45	7
Sin estudios	36,7	33,31
Estudios Primarios y ESO	42,15	48,68
Enseñanza Secundaria y Enseñanza Profesional de Primer y Segundo Grado	3,18	5,48
Enseñanzas profesionales superiores	0,43	1,63
Estudios universitarios y equivalentes	2,05	3,86
	100	100

Tabla 3. Distribución porcentual de personas sordas de 10 y más años por nivel de estudios terminados y sexo.

Fuente: Libro blanco de la Lengua de Signos Española en el Sistema Educativo. 2004

Tabla 4

	Tasa de actividad	Tasa de inactividad	Tasa de desempleo
Ambos sexos	45,41	54,58	19,75
Varones	57,19	42,80	14,99
Mujeres	32,80	67,19	28,65

Tabla 4. Porcentaje de personas sordas por sexos según relación con la actividad económica

Fuente: Libro blanco de la Lengua de Signos Española en el Sistema Educativo. 2004

TEORÍA Y MÉTODO

CONCEITOS DE CULTURA E ENFERMAGEM: UMA ANÁLISE SOCIOSEMIÓTICA DE PRODUÇÕES CIENTÍFICAS

Luiz Henrique Chad Pellon¹, Daniella Barros Oliveira César²

¹Mestre em Enfermagem; Professor Assistente do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto/ UNIRIO.

²Acadêmica do 9º período do curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro- UNIRIO.



sumption of meaning on the social life. Under this viewpoint, we conclude the professional of Nursery and so the client / user are charaters who perceive and organize symbols and meanings together and get in touch and interact themselves for changing and creating condition for the facing the situations which involve intercultural care on health.

Key words: Nursery, culture and cultural diversity.

CONCEPTOS DE CULTURA Y ENFERMERÍA: UN ANÁLISIS SOCIOSEMIÓTICO DE PRODUCCIONES CIENTÍFICAS

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivos, identificar los conceptos de cultura utilizados en producciones científicas de Enfermería y analizarlos según la perspectiva sociosemiótica de la cultura. Se trata de una pesquisa bibliográfica que utilizó el método de análisis de contenido. Los resultados apuntan que el estrechamiento de las relaciones sociales en el mundo globalizado sugieren una reconceptualización de la cultura, no más como un sistema preexistente y compacto que distingue una sociedad de otra, pero como el conjunto de procesos sociales de producción, circulación y consumo de los significados en la vida social. Sobre este prisma, concluimos que el profesional de Enfermería y el cliente/usuario son agentes que perciben y elaboran símbolos y significados con-

CONCEPTION OF CULTURE AND NURSERY: A SOCIAL-SEMIOTIC ANALYSIS OF SCIENTIFIC PRODUCTIONS

SUMMARY

This study aims to identify the concepts of culture exploited in scientific production on Nursery and analyzes them according to the social-semiotic perspective of the culture. This focuses on the bibliographic research which has made use of the content analysis. The results endorse that the way social relationships get closer to one another in the globalized world suggests a re-conception of culture not as a pre-existential and compact system which differs one society from the other one, but as a set of production social processes, flow and con-

juntamente y se comunican e interactúan para modificar y crear condiciones para el enfrentamiento de las situaciones que envuelven el cuidado intercultural en salud.

Palabras clave: Enfermería, Cultura, Diversidad Cultural

RESUMO

Este estudo tem como objetivos, identificar os conceitos de cultura utilizados em produções científicas de Enfermagem e analisá-los segundo a perspectiva sociosemiótica da cultura. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica que utilizou o método de análise de conteúdo. Os resultados apontam que o estreitamento das relações sociais no mundo globalizado sugere uma re-conceituação da cultura não mais como um sistema pré-existente e compacto que diferencia uma sociedade da outra, mas como o conjunto de processos sociais de produção, circulação e consumo da significação na vida social. Sob este prisma, concluímos que o profissional de Enfermagem e o cliente/usuário são agentes que percebem e elaboram símbolos e significados conjuntamente e comunicam e interagem para modificar e criar condições para o enfrentamento das situações que envolvem o cuidado intercultural em saúde.

Palavras chave: Enfermagem, Cultura, Diversidade Cultural.

INTRODUÇÃO

Torna-se praticamente impossível visualizar o panorama mundial contemporâneo sem associá-lo às mudanças advindas do processo de Globalização. Além de evidenciar um efeito avassalador sobre as questões de distribuição de renda entre os povos, a Globalização desencadeou uma dinamização nas formas de comunicação, interconectando simultaneamente quase todas as culturas ao consagrar a criação de meios sociais heterogêneos onde ocorrem, não sem conflitos, o intercâmbio de idéias, bens e significados.

Neste contexto, extremamente vivo e plural, é necessário destacar, que saúde e doença não são questões unicamente pessoais, mas sócio-culturais.

O processo saúde-doença, aspecto importante para o qual estão vinculadas as atividades de Enfermagem, implica compreender os conceitos que norteiam a construção do conhecimento pela profissão e que exercem influências diretas e/ou indiretas em sua dimensão prática. Assim, a cultura assume fundamental importância para expressar o sentido conferido à saúde e à doença, seus significados, seus comprometimentos sociais e os modos de entender as necessidades de assistência e redimensionar os saberes que a integram.

Muito embora a cultura venha sendo abordada nas produções científicas de Enfermagem para definir diferenças comportamentais que demandam uma adaptação dos métodos utilizados para o desenvolvimento da instância praticada da profissão, os conceitos reportam-se a determinadas áreas disciplinares e aos respectivos períodos históricos - temporais que lhes deram origem.

Canclini (2007) adverte, no entanto, “que a própria pluralidade de culturas contribui para a diversidade de paradigmas científicos, ao condicionar a produção do saber e apresentar objetos de conhecimento com configurações muito variadas”. O autor sugere que o conceito de cultura seja abordado a partir de uma visão sociosemiótica que configura “várias tendências, vários modos de definir ou sublinhar aspectos particulares da função social e do sentido que a cultura adquire dentro da sociedade” (Ibid).

Diante de tal abordagem, definimos como questão norteadora do estudo: quais os conceitos de cultura utilizados pela Enfermagem em suas produções científicas? Com vistas a buscar esclarecimentos sobre a dimensão conceitual que norteia a prática de Enfermagem, foram, então, formulados os seguintes objetivos: identificar os conceitos de cultura utilizados nas produções científicas de Enfermagem e analisá-los segundo a perspectiva sociosemiótica da cultura.

Qualquer prática social, no trabalho e no consumo, segundo Canclini (2007), “contém uma dimensão significativa que lhe dá seu sentido, que a constitui e constitui nossa interação na sociedade”. Dessa forma, após a saúde tomar uma dimensão política, o profissional de Enfermagem passou a expressar um comprometimento para com as populações assistidas, conferindo a sua atividade um caráter de prática social, apoiado em princí-

pios éticos e ideológicos (Ornellas,1998). Acreditamos, portanto, que este estudo reveste-se de fundamental importância para subsidiar reflexões acerca dos conceitos utilizados pela Enfermagem em suas produções científicas que, de alguma forma, refletem o nível do compromisso social na construção do conhecimento e da prática profissional.

METODOLOGIA

Metodologicamente, este estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica que utiliza o método de análise de conteúdo postulado por Bardin (2004). Sua amostragem foi composta por publicações científicas de Enfermagem disponíveis na íntegra em periódicos de Enfermagem publicados em português e indexados no Scielo Brasil entre os anos 2005 a 2009. A escolha por esta fonte de dados se embasou na abrangência da produtividade e na qualidade dos periódicos publicados e a opção pelo recorte temporal justificou-se pela possibilidade de evidenciar concepções mais atualizadas e revisadas sobre o tema.

Como filtros para seleção do material que integra o corpus da análise, foram utilizados os termos “Cultura” e “Enfermagem” na modalidade de pesquisa por assunto, em função de permitirem identificar os artigos que se destacam por apresentar a descrição conceitual da cultura em publicações restritas à área de conhecimento desejada. Como guia para a análise dos conceitos identificados foi utilizado o referencial teórico de Canclini (2007) que oferece os subsídios para uma avaliação sociosemiótica da cultura, ao articular os conhecimentos oriundos das áreas da Sociologia, Antropologia e Comunicação.

O resultado das buscas totalizou vinte e um artigos, sendo que no ano de 2005 foram encontrados quatro artigos, em 2006 um total de dez publicações, dois em 2007, três no ano de 2008 e dois em 2009. Deste total, dezessete se encontravam na íntegra e em português e quatro apresentavam somente o resumo e em línguas estrangeiras, sendo três em inglês e um em espanhol, o que justificou a exclusão dos mesmos.

Assim, dos dezessete artigos encontrados, nove abordaram o termo cultura conceitualmente e oito não se referiram ao conceito pesquisado, o que jus-

tificou sua exclusão do corpus da análise. Um fato importante a ser frisado, trata-se do maior número de artigos publicados em um dos periódicos, ou seja, sete dos nove artigos analisados. Destes, cinco eram referentes ao ano de 2006 quando foi publicado um número temático sobre cultura, um de 2007 e outro de 2005. Os outros dois artigos foram publicados em periódicos distintos, um no ano de 2007 e outro em 2005.

Uma vez reconhecida a unidade de registro, ou seja, o conceito de cultura, buscamos a enumeração das expressões que justificaram a construção sistemática dos indicadores precisos e seguros. Dessa forma, os dados foram agrupados em dois tópicos de análise, utilizando-se os critérios de frequência de aparecimento dos índices nas unidades de registro e as relações de semelhança e aproximação que evidenciaram o aparecimento de sinônimos equivalentes.

ANÁLISE

A Cultura como Sistemas de Símbolos e Signos Interpretáveis: Perspectiva Transcultural da Prática da Enfermagem.

O primeiro tópico de análise surgiu a partir de um recorte de expressões que notadamente se repetiram em oitenta e nove por cento das unidades de registro encontradas, possibilitando categorizá-las como unidades de valor semântico que se aproximam por denotar especificidades com o conceito de cultura postulado pelos representantes da antropologia moderna americana, florescida em meados do século XX.

Entre os oito artigos que compõem este tópico (Budó & Saúpe, 2005; Prochnow, Leite & Erdmann, 2005; Prochnow, Leite & Trevisan, 2006; Monticelli & Elsen, 2006; Benetti & Lenardt, 2006; Teixeira et al, 2006; Prochnow, Leite, Erdmann & Trevisan, 2007; Boehs et al, 2008) apenas um não faz referência ao conceito de cultura defendido por Clifford Geertz (1926-2006), fundador da Antropologia Simbólica / Interpretativa. Muito embora os autores (Teixeira et al, 2006) do artigo tenham se baseado na Teoria do Interacionismo Simbólico postulada por George Hebert Mead (1863-1931) para o desenvolvimento do estudo, tomaram como referência o conceito de cultura defendido pela teórica Madeleine M.

Leininger, criadora da Teoria Transcultural de Enfermagem e da Etnoenfermagem. Três dos sete artigos fazem menção, também, aos fundamentos da perspectiva transcultural de Enfermagem desenvolvida por Leininger, associados, no entanto, ao conceito de cultura da Antropologia Simbólica/Interpretativa. (Boehs et al, 2007; Budó & Saúpe, 2005; Monticelli & Elsen, 2006). Um deles (Monticelli & Elsen, 2006) não apenas faz alusões pontuais à perspectiva transcultural, mas utiliza a Etnoenfermagem como referencial teórico-metodológico do estudo.

Sob o prisma deste conjunto de teorias, a cultura é vista como um sistema de símbolos e signos interpretáveis, valores, práticas e modos de vida apreendidos, compartilhados e transmitidos de forma padronizada entre os membros de um grupo particular, teias de significados que o próprio homem teceu e na qual se encontra amarrado (Geertz, 1989).

Enquanto a Antropologia Simbólica / Interpretativa oferece subsídios teóricos para a interpretação dos símbolos e significados culturais, a Teoria do Interacionismo Simbólico busca explicar a dinamicidade implícita à construção dos sistemas de símbolos e significados a partir das interações estipuladas entre os membros dos grupos sociais aos quais se encontram atrelados.

A Enfermagem Transcultural, por sua vez, constitui uma ferramenta teórico-metodológica utilizada para a pesquisa e adaptação dos cuidados de Enfermagem à diversidade de crenças e valores atribuídos às práticas culturais do cuidar (Leininger & Farland, 2006).

O aparecimento de mais de uma referência teórica em algumas produções é facilmente justificado pelo fato de que ambas as teorias fazem parte de uma mesma corrente antropológica denominada culturalismo, que segundo Cuche (2002), mantém acesa a idéia de que é possível se identificar uma cultura particular, fixar seus limites e analisá-las como uma entidade autônoma e irreduzível a outras culturas.

Cultura e Globalização: A Reconstrução de Paradigmas

O segundo tópico de análise foi formulado a partir da relevância e destaque que mereceu o con-

ceito de cultura identificado em uma das publicações como, o conjunto das representações e dos comportamentos adquiridos pelo homem enquanto ser social. O caráter fluido, dinâmico e heterogêneo das relações sociais no mundo globalizado é mencionado para discutir a formação da identidade profissional de enfermeiros (as) que exerciam a profissão nos campos da saúde pública, hospitalar e docência. O elo entre globalização, construção da identidade e transformação das culturas é abordado em referência ao avanço das expressões de identidade coletiva nos últimos vinte anos, apresentando-se como um processo dinâmico de construção, desconstrução e reconstrução que se contrapõe à singularidade das culturas e ao controle das pessoas sobre as próprias vidas e ambientes. Segundo a autora, a construção da identidade da enfermeira se dá em constante movimento de troca social num contexto marcado pela dinamicidade, auto-identificação e intersubjetividade da ação humana, em função da saúde e do bem estar social, da liberdade de expressão e da preservação do equilíbrio ecológico (Oliveira, 2006).

DISCUSSÃO

A ausência de órgãos específicos para defesa ou fuga, de instintos seguros e agudeza sensorial obrigou os homens a compensarem suas carências construindo uma natureza artificial, a cultura, através da elaboração de instrumentos, utensílios e regras sociais que possibilitam regular a vida e enfrentar os flagelos da natureza. Por isso o homem é, como se costuma dizer, cultural por natureza (Torrallba i Roselló, 2009).

O conceito de cultura como um sistema de símbolos e signos interpretáveis, por sua vez, constitui o sustentáculo original de um conjunto de teorias que se opuseram ao evolucionismo cultural defendido pelos representantes da antropologia européia para justificar o imperialismo nas sociedades africanas até meados do século XX. Contudo, a expansão política, ideológica e econômica americana aos países asiáticos e mais tardiamente à América Latina também foi determinante para o florescimento e fortalecimento dessas teorias. A Guerra do Vietnã seria o marco da impotência do poderio bélico americano diante de um novo tipo de conflito que exacerbava a divisão das socie-

dades em grupos organizados de formas distintas, que resistiam também de diferentes maneiras à dominação. Assim, a partir da segunda metade do século XX, o Pentágono começou, pela primeira vez, a valorizar os investimentos em pesquisas antropológicas, com o objetivo de analisar as particularidades próprias às organizações sociais de seus potenciais inimigos e dismantelar seus focos de resistência ideológica (Matterlard, 2005).

Próprios da época de seu surgimento, os conceitos e métodos utilizados pelos representantes do culturalismo americano buscavam o conhecimento das culturas a partir de seus referenciais simbólicos e significantes construídos nas relações entre os atores pertencentes ao mesmo sistema social analisado, sem focar a influência das relações entre as alteridades no dinâmico e permanente processo de construção/desconstrução/reconstrução das identidades culturais particulares.

Ao darmos um salto histórico, no entanto, torna-se possível perceber que o panorama mundial contemporâneo tem consagrado meios cada vez mais heterogêneos, que demarcam o caráter dinâmico e aberto das culturas influenciado pelo cenário global de constantes deslocamentos e resignificações, interconectando simultaneamente quase todos os povos e sociedades. Dessa forma, observa-se que há um deslocamento paradigmático passando de um mundo multicultural, onde coexistem diferentes culturas sob a força de doutrinas e políticas de tolerância e onde a perspectiva transcultural da Enfermagem adquire relevância para assegurar o respeito e adequação da prática profis-

sional às outras formas de cuidado, para um novo e dinâmico com características interculturais, marcado pelas influências abertas das interlocuções, entrecruzamentos e confrontos entre as culturas.

Logo, para responder a esta nova configuração, Canclini (2007) sugere que o sistema de signos e significados à moda de Geertz não deve mais ser avaliado em sua dimensão fechada e particularista, mas sim, como a confrontação dos significados nas fronteiras dos relacionamentos culturais, ou seja, como o conjunto de processos através dos quais dois ou mais grupos representam e intuem imaginariamente o social, concebem e geram relações com os outros, apreendem objetos de outras sociedades, os esvaziam de sua significação social e os recolocam em novos contextos para responder as necessidades econômicas, culturais, políticas e ideológicas de seus membros. Segundo o autor, as mudanças globalizadoras sugerem uma re-conceitualização da cultura sob uma perspectiva interdisciplinar, com ênfase em abordagens antropológicas, sociológicas e comunicacionais, possibilitando desta forma, uma definição do termo não mais como uma entidade ou pacote de características ou como sistemas preexistentes e compactos que diferenciam uma sociedade de outra.

Assim, conjugando os saberes que integram a perspectiva sociosemiótica, Canclini (Ibid) chegou a uma definição operacional que abarca a cultura como o “conjunto de processos sociais de produção, circulação e consumo da significação na vida social”. Dessa forma, clarifica a idéia de que as culturas se desenvolvem nas imprecisões características da construção, desconstrução e reconstrução dos símbolos e signos nos espaços fronteiriços dos encontros entre os agentes envolvidos no processo saúde-doença-cuidado, que, para adquirir legitimação social deve reconhecer e integrar a complexa rede de saberes, recursos e protagonistas envolvidos.

Logo, as culturas devem ser vistas a partir da consagração das inúmeras particularidades e possibilidades que as compõem, as influenciam e por elas são influenciadas e o enfermeiro e o cliente/usuário são, no mundo globalizado, agentes que se percebem, elaboram símbolos e significados conjuntamente e comunicam e interagem para criar condições de enfrentamento para as con-





dições que envolvem o cuidado intercultural em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos paradigmas atuais nos quais se encontram imersas as correntes que fundamentam as práticas de Enfermagem, consideramos necessário identificar os conceitos de cultura utilizados nas produções científicas desta área de conhecimento e analisá-los segundo a perspectiva sociosemiótica.

Percebemos que avançar na compreensão da relação da cultura com o trabalho de Enfermagem insere a concepção de que este patrimônio público não é resultado de influências fetichistas do imaginário social que ameaçam o êxito da abordagem científica do cuidar, ensinar e pesquisar em saúde, pois, os componentes culturais não se colocam como fronteiras ao diálogo com outras culturas, mas, constituem ferramentas com as quais dialogamos com os outros para nos apropriarmos do passado, pensarmos o presente e planejarmos o futuro.

A análise dos dados evidenciou que apesar das culturas possuírem sua própria coerência textual, seus símbolos e significados não são construídos unicamente nos relacionamentos entre os membros de um mesmo sistema social, mas também e inclusive, nos espaços fronteiriços dos encontros entre as múltiplas identidades culturais em contato no mundo contemporâneo globalizado.

Concluimos, portanto, que a prática da Enfermagem influencia e é influenciada pelas diversas visões de mundo e de cuidado existentes

no universo intercultural e heterogêneo atual, marcado pelo diálogo aberto e dinâmico da pluralidade social por onde circulam diferentes discursos, amparados em diferentes concepções sobre saúde, doença e cuidado.

REFERÊNCIAS

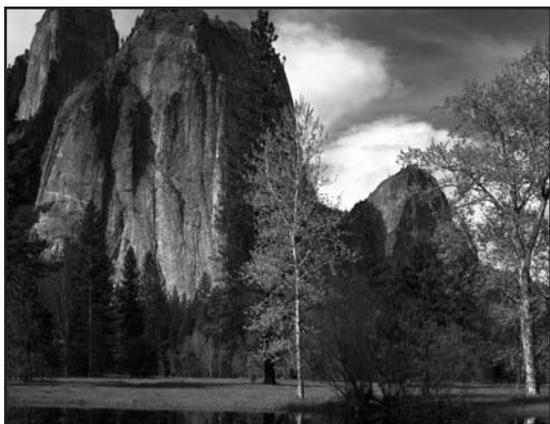
- Bardin, L. (2004). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Benetti, S. R. D & Lenardt, M.H. (2006) Significado atribuído ao sangue pelos doadores e receptores. *Texto contexto* v. 15 n.1 Florianópolis jan./mar.
- Boehs, A.E; Monticelli, M; Wosny, A.M; Heidemann, I. B.S & Grisotti, M.(2007). A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. *Texto contexto* v. 16 n.2 Florianópolis abr./jun.
- Budó, M.L.D & Saupé, R. (2005). Modos de cuidar em comunidades rurais: a cultura permeando o cuidado de enfermagem. *Texto contexto* v.14 n.2 Florianópolis abr./jun.
- Canclini, Néstor Garcia. (2007). *Diferentes, desiguais e desconectados: mapas da interculturalidade*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2ª Ed.
- Cuche, Denys. (2002). *A noção da cultura nas ciências sociais*. Tradução de Viviane Ribeiro. Bauru, SP: EDUSC.
- Geertz, Clifford. (1989). *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos.
- Leininger, Madeleine M.; MC Farland & Marilyn, R. (2006). *Culture Care Diversity and Universality: a worldwide nursing theory*. Jones and Bartlett Publishers. Sudbury, Massachusetts.
- Matterlard, Armand, 1936. (2005). *Diversidade cultural e mundialização*. Tradução Marcos Marciolino. São Paulo: Parábola.
- Monticelli. M & Elsen, I. (2006). A cultura como obstáculo: percepções da enfermagem no cuidado às famílias em alojamento conjunto. *Texto contexto* v. 5 n.1 Florianópolis jan./mar.
- Oliveira, B.G.R.B. A passagem pelos espelhos: a construção da identidade profissional da enfermeira. *Texto contexto* v. 15 n.1 Florianópolis jan./mar. 2006.
- Ornellas, Cleuza Panisset. (1998). *A Enfermagem e suas bases de sustentação teórica: a construção de um marco conceitual*. Caderno de Pesquisa: cuidado é fundamental. N.º 2. P. 50-55.
- Prochnow, A.G; Leite, J.L; Erdmann, A.L & Trevizan, M. A. (2007). O conflito como realidade e desafio cultural no exercício da gerência do enfermeiro. *Rev. esc. enferm. USP* v. 41 n. 4 São Paulo dez.
- Prochnow, A.G; Leite, J.L & Trevizan, M. A. (2006). Manifestações culturais e corpóreas do enfermeiro na sua prática gerencial. *Texto contexto* v.15 n.3 Florianópolis ju./set.
- Prochnow, A.G; Leite, L.J & Erdmann, A.L.(2005). Teoria interpretativa de Geertz e a gerência do cuidado: visualizando a prática social do enfermeiro. *Ver. Latino-Am. Enfermagem* v.13 n.4 Ribeirão Preto jul.ago.
- Teixeira, M. A; Nitschke, R. G; Gasperi, P & Siedler, M.J. (2006). Significados de avós sobre a prática do aleitamento materno no cotidiano familiar: a cultura do querer-poder amamentar. *Texto contexto* v. 15 n.1 Florianópolis jan./mar.
- Torralba i Roselló, F. (2009). *Antropologia do Cuidar*. Organização literária e apresentação de Vera Regina Waldow; Tradução de Guilherme Laurito Summa. Petrópoli, RJ: Vozes.

LA EXPOSICION CORPORAL Y EL CUIDADO DE ENFERMERÍA

Floralba Arcos O*, Solanye Galindo Huertas**

*Enfermera Hospital San Rafael de Tunja-Colombia

**Enfermera, Estudiante de Maestría en Salud Sexual y Reproductiva Universidad el Bosque. Investigadora Instituto Index Latinoamericano de Investigación en Cuidados de la Salud -IILICS-. Colaboradora Fundación Index Estudiante de Maestría en Salud Pública-Escuela Andaluza de Salud Pública.



THE CORPORAL EXHIBITION AND THE CARE OF NURSING

SUMMARY

This study investigated about the thinks and feels of the patients when their body is exposed naked in front of the therapeutic team at the Hospital San Rafael de Tunja. 16 interviews were conducted, 10 women and 6 men hospitalized, mostly from the rural area. This study used the perspective qualitative; its method was collective case study. The coding and analysis of the interviews emerged the following issues: Nudity and shame for women, nakedness and shame for men, ideas from the upbringing related with the body, clinical situation and its relationship to nakedness. The most evident in the study was the answers about bad feelings and upset perceptions related from the experience of exposure of the naked body in front of strangers in the hospital environment, this situation is related with deteriorating the quality of nursing care because the privacy is considered a right of the patient.

This research would give benefits for institution and patient for the implementations of the policies and measures that seek to ensure protection and respect the privacy of the patients.

Key words: Nudity, privacy, shame, body, care

A EXPOSIÇÃO CORPORAL E O CUIDADO DE ENFERMAGEM

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo principal indagar sobre o que pensam e sentem os pacientes da Empresa Social do Estado Hospital San Rafael de Tunja (Boyacá-Colômbia), quando seu corpo é exposto nu frente à equipe de saúde. Foram realizadas 16 entrevistas estruturadas com 10 mulheres e 6 homens hospitalizados, procedentes da zona rural, em sua maioria. Este estudo se pautou na perspectiva qualitativa e para tanto, utilizou-se o método de estudo de caso coletivo. Da codificação e da análise das entrevistas emergiram as seguintes temáticas: a nudez e a “pena” para as mulheres; a nudez e a vergonha para os homens; concepções do corpo para a criança; situação clínica e sua relação com a nudez. Os achados evidenciaram que as sensações e percepções de mal estar, produto da experiência da exposição do corpo nu frente a pessoas desconhecidas no ambiente hospitalar. Essas sensações referidas podem estar prejudicando um aspecto importante da qualidade do cuidado de enfermagem, na medida em que a intimidade é um direito do usuário, que deve ser respeitado. A importância dessa investigação para instituição e seus pacientes estaria demonstrado na

medida em que sejam implementadas políticas e medidas eficazes que busquem garantir a proteção e o respeito à intimidade de seus usuários.

Palavras chave: Nudez, intimidade, vergonha, corpo, cuidado.

RESUMEN

Este trabajo tuvo como objetivo principal indagar sobre que piensan y sienten los pacientes de la Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de Tunja (Boyacá-Colombia) cuando su cuerpo es expuesto desnudo frente al equipo terapéutico. Se realizaron 16 entrevistas estructuradas a 10 mujeres y 6 hombres hospitalizados, procedentes del área rural en su mayoría. Este estudio se abordó desde la perspectiva cualitativa. Se utilizó el método de estudio de caso colectivo. De la codificación y el análisis de las entrevistas emergieron las siguientes temáticas: La desnudez y la “pena” para las mujeres, la desnudez y la vergüenza para los hombres, concepciones frente al cuerpo desde la crianza, situación clínica y su relación con la desnudez. Lo que se evidenció en este estudio fueron las sensaciones y percepciones de malestar, producto de la experiencia de la exposición del cuerpo desnudo frente a desconocidos en el ambiente hospitalario. Estas sensaciones referidas pueden estar deteriorando un aspecto importante de la calidad del cuidado de enfermería, en la medida en que la intimidad se considera un derecho del paciente y es nuestro compromiso como profesionales velar por que este derecho se respete. El beneficio de esta investigación para la institución y sus pacientes estaría dado en la medida en que se implementen políticas y medidas eficaces que busquen garantizar la protección y el respeto de la intimidad de sus usuarios.

Palabras clave: Desnudez, intimidad, vergüenza, cuerpo, cuidado.

INTRODUCCIÓN

La mecanización y rutinización de las tareas diarias de los profesionales y del personal asistencial en salud convierte la desnudez en una situa-

ción “normal”, a la que se ven expuestos los pacientes en algunos momentos de su estancia hospitalaria. Si bien la exposición corporal es evitable, en ocasiones cuando se trata de atender algunas de las necesidades básicas de los pacientes como el baño, eliminación vesical e intestinal, arreglo de la unidad (habitación), curaciones, es muy difícil garantizar la total intimidad del cuerpo del paciente, incluso hoy cuando los profesionales de enfermería coincidimos en que la intimidad no solo es un derecho de los pacientes sino también una necesidad que atender. (Arévalo Rubert y cols, 2009).

Tradicionalmente la medicina y la enfermería han tenido una concepción biologicista del cuerpo, lo que determina una visión fragmentada del ser humano que permeó la historia y vivencia del cuerpo de manera determinante y que ha enmarcado las prácticas del cuidado, en donde el cuerpo de los sujetos no es más que "la presencia suprimida, ignorada u olvidada demasiado a menudo" (Vidal, 2004)

Pese al desarrollo de diversas disciplinas frente a la comprensión de cuerpo como un elemento simbólico inscrito en los procesos históricos, sociales y culturales, donde según Marcel (2008), “la representación que la persona tiene de su propio cuerpo está determinada por un contexto social-cultural que le es dado por sus vivencias personales que hacen del sujeto una persona única”, la idea del cuerpo sigue teniendo una mirada muy biológica en la atención en salud. Pera (2003) afirma que "el cuerpo, considerado como simple objeto visual, termina convertido en cuerpo «medicalizado»" pues tradicionalmente es este cuerpo biológico, se puede reparar y coaccionar (Foucault, 1980)

En la experiencia como enfermera clínica se ve diariamente cómo los pacientes son transportados de su habitación al baño, semicubiertos, al parecer es más cómodo, más práctico y ahorra tiempo a los cuidadores el llevar “listos” (sin ropa) a los pacientes para ser bañados. Igualmente, son expuestos cuando son examinados por cualquier miembro del equipo de salud. Ante estas situaciones siempre se nota la incomodidad en los gestos de los pacientes de sonrojarse y voltear la cara lejos de la mirada de quienes lo observan, y en el afán por quererse cubrir, ya sea con sus manos o con sábanas. Esta

vivencia en la rutina profesional se han convertido en una fuente de indagación de cómo se está percibiendo y aplicando el cuidado integral de enfermería a los pacientes durante su hospitalización.

Está claro que la rutina de los cuidados no justifica que prioricemos lo biológico del cuidado y excluyamos el sentir y pensar de los pacientes frente a las situaciones que afectan directamente su intimidad. Populin, et al. (2005) afirman que “los aspectos que garantizan la calidad de la atención son protección de la intimidad del cliente, respeto, confianza y orientación, y que la desprotección de la intimidad del cliente perjudica la calidad de la atención”, razón por la cual la intimidad se convierte, si bien no en el único, en un aspecto importante para la percepción de la calidad del cuidado.

Existen escasas evidencias científicas en nuestro contexto que describan experiencias de los pacientes frente a la exposición del cuerpo desnudo durante la hospitalización; en Brasil se reportan dos experiencias investigativas que trabajan directamente las percepciones de los pacientes frente a la exposición corporal (Populin, 2005, 2010), la escasa literatura científica frente a la temática nos conlleva a realizar un estudio cualitativo que nos permita comprender qué piensan y sienten los pacientes de la Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de Tunja frente a este fenómeno, con el fin de tomar medidas que permitan elevar favorablemente la percepción de la calidad del cuidado de enfermería en lo referente al respeto al derecho de intimidad de los pacientes.

MÉTODO

El fenómeno de la exposición corporal en pacientes hospitalizados se aborda desde la perspectiva cualitativa porque este enfoque metodológico reivindica el valor de lo subjetivo y de las experiencias del otro y la otra, como datos que toman un valor vital en la comprensión de la realidad (Morse, 2003). Se utilizó el método de estudio de caso colectivo cuyo propósito “no es representar al mundo, sino representar el caso [...] Un caso no puede representar al mundo, pero sí [...] un mundo en el cual muchos casos se sienten reflejados” (Stake, 2004), este método permite estudiar un conjunto de casos con la intención de comprender un fenómeno. Los casos “se seleccionan porque se piensa que su estudio conducirá a una mejor



comprensión o teorización acerca del conjunto de casos analizados” (Galeano, 2004) y por lo que se puede aprender de cada caso (Stake, 2004).

La búsqueda y selección de los participantes se hizo de manera intencional, escogiendo los casos representativos para caracterizar el fenómeno del sentir y pensar de los pacientes frente a la exposición de su cuerpo desnudo. Para seleccionar a los participantes se tuvieron en cuenta criterios estado de conciencia del paciente, haber pasado por la experiencia de exposición de su cuerpo desnudo y estar hospitalizado por 24 horas o más.

El estudio contó con la autorización del Comité de Ética Institucional, y la aceptación de participar en el estudio de los pacientes, previa lectura y firma del consentimiento informado en el que se solicitó autorización para la grabación de la entrevista y el uso de los datos con fines investigativos y además se garantizó el anonimato de los participantes, por esta razón a cada entrevista se le asignó un código de identificación.

Se realizaron 16 entrevistas a personas hospitalizadas en los servicios de Medicina Interna, Ortopedia, Cirugía y Ginecoobstetricia de la Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de Tunja (Boyacá, Colombia); procedentes de la ciudad de Tunja y de poblaciones aledañas como: Villa de Leyva, Garagoa, Siachoque, Toca, Turmequé, Chiquinquirá, San Pedro de Iguaque, y de Bogotá, Ibagué y Armenia, ciudades capitales de departamentos distintos a Boyacá. Sus edades oscilan entre los 18 y 88 años de vida; 10 mujeres y 6 hombres. El máximo grado de escolaridad que refirieron los entrevistados fue II semestre de universidad y el menor fue la educación básica primaria incompleta.

Para el análisis de datos se usó la codificación sustantiva que consiste en utilizar etiquetas o memores basados en nuestros conceptos para convertir los textos de las entrevistas en unidades analizables que ayudan a la recuperación, organización e interpretación de los datos (Morse, 2003), es decir, cada entrevista fue transcrita y codificada; estos códigos fueron organizados y comparados entre sí para hacer posible el análisis e interpretación de toda la gama de opciones en las que el fenómeno de la desnudez se manifestó y se indagó.

RESULTADOS

La recolección de datos cualitativos en los ambientes hospitalarios tuvo en este estudio particularidades que dificultaron la búsqueda de los casos para la entrevista ya que para muchos de los pacientes el periodo de hospitalización trae consigo momentos de estrés, temor y ansiedad que se evidencian por respuestas a modo de reacciones defensivas innatas en el repertorio de conductas en general de todas las personas, tal como lo exponen Cerdan y cols (2003).

Los resultados presentan la descripción del sentir y pensar de los pacientes frente al fenómeno de la exposición corporal, se presenta de manera narrativa siguiendo una línea interpretativa como resultado de la organización conceptual de los códigos sustantivos.

CONCEPCIONES FEMENINAS Y MASCULINAS FRENTE A LA DESNUDEZ

La desnudez y la pena para las mujeres.

La enfermería durante años ha retomado un modelo de atención biologicista, circunstancia que conduce a que sus actos de cuidado, desplacen la relación inter-subjetiva por cuidados meramente técnico-instrumentales; por lo tanto, desde esa postura, a los trabajadores de la salud, nos parece normal ver a nuestros pacientes desnudos y en raras ocasiones nos detenemos a reflexionar, sobre qué está pensando o sintiendo la persona en ese momento.

Para las mujeres adultas mayores que ingresan al Hospital San Rafael, los momentos de desnudez les generan sentimientos de gran dolor lo expresan como, *“un dolor en el corazón, una pena moral que permanecerá con el tiempo, que no se puede olvidar”*(E1) estas palabras acompañadas con ges-

tos de tristeza como colocarse la mano al lado izquierdo del pecho nos permiten entender que *“la desnudez es algo que va más allá de la simple realidad del cuerpo despojado de vestimentas”* (Velasco, 2000), para las mujeres el desnudo trasciende el dolor físico al dolor del alma.

Esta pena manifestada por las entrevistadas se relaciona con la concepción y manejo del cuerpo de las mujeres de la zona cundiboyacense, que se ve altamente influenciada por la cultura y el credo religioso, en la cual es norma social ocultar el cuerpo. El cuerpo oculto para la mujer ha sido manifestado históricamente ya que los códigos morales establecidos por la iglesia han sido transversales, a este respecto Buitrago (2008) afirma que *“el Cuerpo femenino queda moldeado y dominado por la norma social de raza y de género impartida por la Iglesia Católica a través del Santo Oficio de la Inquisición. El cuerpo femenino fue enclaustrado...”*

En Boyacá por lo general, las mujeres guardan mucho recelo con el manejo de su cuerpo, el grado de ocultamiento es tal que manifiestan que, *“Sumerce, a mí sí me da pena que me vean, que me vean así, desnuda, desde mis años de muchacha, me ha gustado ser muy oculta”* (E3) Tal ocultamiento del cuerpo implica incluso no dejarse ver una de las entrevistadas expresa que: *“ni siquiera de mi esposo me dejaba tocar o bañarme porque yo misma lo hacía”*. (E2) El recelo por el cuerpo oculto es una forma de salvaguardar su intimidad, respeto y autonomía (Orellana-Peña, 2008) cualquier violación al pudor de las mujeres implica una pérdida de estos derechos, pérdida que las entrevistadas refieren así: *“una tristeza de ver que uno tenía todo para poderse bañar que nadie lo estuviera mirando su cuerpo”*(E4), *“Me ha gustado ser así, que nadie me toque, que nadie me irrespete y casi que no me miren, como le dijera yo, me da un pesar”* (E1).

Generalmente cuando los pacientes ingresan al hospital desconocemos que estos sentimientos de pudor y vergüenza están presentes en las personas que atendemos, aunque los pacientes no suelen poner queja alguna frente a la violación a su derecho a la intimidad y al pudor, el desconocerlas implica una de las primeras arbitrariedades contra el cuerpo de las mujeres: *“que cojan y me bañen*

cualquier personas, a veces, no sé, me da pena porque yo nunca había estado descubierta el cuerpo”. (E4)

En el estudio de Soldevilla-Cantueso et. al (2008) se evidencia como la calidad de atención desde la perspectiva de los pacientes se reduce cuando se indaga sobre el manejo de su intimidad en la institución hospitalaria, de igual manera en el hospital san Rafael las percepciones dadas desde las vivencias de las mujeres en su experiencia hospitalaria denotan como el cuerpo desnudo para ellas es una pérdida a sus derechos a la intimidad y la autonomía, razón por la cual la vergüenza y la pena moral se convierten en un asunto de vital importancia en la atención de enfermería.

La desnudez y la vergüenza para los hombres

Los patrones culturales y de roles sociales han construido imaginarios distintos frente a la representación del cuerpo entre mujeres y hombres. Esta situación se manifiesta cuando, en un primer acercamiento, los hombres entrevistados refieren no sentir “nada” frente al tema del desnudo en el ambiente hospitalario, para ellos, la exposición hace parte de la interacción terapéutica, y se considera necesaria, ya que: *“todo el que quiera, que necesita mirar, me puede mirar...yo tranquilo, y es “normal, porque yo se que es por mi bien”* (E5). A los hombres entrevistados aparentemente no les importa que los miren desnudos, según ellos les da igual, pero a lo largo de cada entrevista se hace evidente que no es tan fácil para ellos exponer su cuerpo frente a otras miradas, máxime cuando dicen: *“En 60 años de vida que tengo es la primera vez que me ve una mujer desnudo”*(E8), *“Me sonrojo cuando me ven desnudo”* (E6), *“me sentiría mejor si al examinarme me cubrieran”* (E5).

Cada comunidad humana ha elaborado dentro de su producción cultural, una forma de lenguaje, de comunicación, y de relación entre sus miembros; consecuente con este contexto, al parecer en nuestra cultura el cuerpo, el sexo, la desnudez, el vestido y el lenguaje corporal masculino es visto, interpretado y valorado con una concepción distinta a estos mismos aspectos que en la mujer. Por lo tanto esas diferencias de concepción por géneros pueden estar influyendo en las respuestas masculinas de no incomodidad e indiferencia frente a la exposición de su cuerpo desnudo en el contexto

hospitalario y durante los procedimientos médicos, de enfermería y los terapéuticos.

La negación inicial de los hombres a expresar incomodidad frente al desnudo se encuentra en las representaciones sociales del cuerpo de hombre, para ellos, *“La invisibilización del plano personal o negación simbólica de la subjetividad-emocionalidad masculina genera los campos discursivos de superioridad”* (Lizana-Muñoz, 2008). Esta superioridad ha generado un imagen social y cultural del ser hombre como el poseedor de poder en los distintos ámbitos sociales, cualquier conducta de representación femenina, entre ellas la sensibilidad, emocionalidad y para este caso la importancia relacionada al cuerpo y el pudor es mal vista en la cultura patriarcal.

No es que los hombres no tengan pudor, es que históricamente el pudor ha sido relacionado a símbolos femeninos que no responden a la representación del estereotipo masculino, comportamientos y actitudes llamadas varoniles tales como: la fuerza, el arrojo, la temeridad, la agresividad, el dominio, la intrepidez, la aventura, la racionalidad, la objetividad, la visibilidad en lo público, sin mayores miramientos de un cuidado del pudor corporal ni sexual.

La experiencia del cuerpo desnudo para el hombre es en cierta forma más liberada de *“penas morales”*, ya que según ellos su desnudez en el ámbito hospitalario no tiene un sentido malsano: *“yo no soy de esas personas de pronto depravadas, o morbosas, no para nada”* (E7) *“porque uno va a hacer es algo para el cuerpo, no va hacer algo de maldad”* (E7).

CONCEPCIONES FRENTE AL CUERPO DESDE LA CRIANZA

Cuando se indaga por los sentimientos y percepciones de las personas al ser expuestos sus cuerpos en ambientes hospitalarios, inevitablemente se hace un acercamiento al significado y representación del cuerpo desnudo desde lo social y lo cultural. Los relatos de los entrevistados reflejan las enseñanzas frente al cuerpo que desde su nicho familiar han aprendido y hacen referencia a la necesidad de mantener el cuerpo cubierto ante la mirada de otros: *“Cuando uno era pequeño, le acostumbraban a uno a taparse su cuerpo”* (E7), *“desde muy pequeños nosotros estamos acostum-*

brados a respetar nuestro cuerpo, a nosotros mismos, no estar mostrando el cuerpo a nadie”(E6), “[en la familia me enseñaron] que me tapara, que no me dejara ver las cosas (genitales) de las demás personas” (E6), “porque le daba a uno de pronto vergüenza o que la gente le miraba a uno sus necesidades (E6) (palabra que hace referencia a los genitales)”.

Las expresiones de nuestros entrevistados dejan ver la necesidad de mantenerse cubiertos como parte del respeto hacia los demás y hacia sí mismo. Por esta razón, la desnudez corporal transciende aspectos del no estar vestidos, ya que “En la cultura Occidental, el cuerpo desnudo usualmente tiene, entre otras, cierta connotación de pudor, lo que nos hace adentrarnos en los terrenos del sentido y, por tanto, de la semiosfera de la cultura”(Velasco-Gutiérrez, 2006). Hacer referencia al nacimiento del pudor y la vergüenza como sentimientos socialmente construidos implica que cada región y persona construye el significado y sentido de estos desde sus vivencias personales y colectivas.

Paul Ableman, citado por Velasco (2000) explica como el sentido de desnudez puede ser diferente según la cultura:

“Incluso los individuos de civilizaciones donde se vive prácticamente todo el tiempo sin vestimenta alguna poseen un cierto concepto de “desnudez” y un margen de pudor. Así, las mujeres de ciertas tribus que no utilizan ningún tipo de taparrabo o cubresexo tienen, sin embargo, la costumbre de sentarse con las piernas cerradas, de forma que la vulva no quede expuesta a la mirada de los demás. Encontramos esto entre culturas bastante alejadas en el espacio, tanto en el África como en el Amazonas”.

En nuestro contexto cundi-boyacense, las construcciones de los imaginarios culturales frente al cuerpo desnudo se relacionan con aspectos transmitidos por la familia durante los procesos de socialización o crianza, que a su vez, puede estar relacionado con la herencia sexofóbica, judeo-cristiana que considera, desde los antiguos santos de la iglesia, como San Agustín y San Buenaventura, que el alma esta encerrada en un cuerpo que es materia y por tanto corrupto y proclive al pecado, generándose así la necesidad, en esa concepción,



un rechazo al cuerpo, especialmente, el femenino, que fue visto como la tentación para el hombre por encarnar ella, como Eva, el pecado, el mundo y la carne. El rol socializador de la familia es fundamental para “interiorizar los elementos básicos de la cultura”(Rodríguez-Pérez, 2007).

Es en el seno familiar donde aprendemos ciertas maneras de ver, ser y actuar en el mundo que pueden determinar nuestros comportamientos sociales (Lahire, 2007). Por esta razón la enseñanza del cubrir el cuerpo desnudo desde pequeños en los entrevistados, es un referente de vital importancia en los sentimiento de vergüenza y pena moral cuando son expuestos en la institución de salud “Yo lo único que se es que desde pequeño nosotros, todos, nos enseñaron así, [a no dejarnos ver el cuerpo] y hasta el momento que tengo 60 años es primera vez que le muestro el cuerpo a una mujer” (E8).

El sentido oculto del cuerpo en nuestra cultura ha trascendido hasta el punto de disfrazar en el lenguaje los órganos genitales, esto se evidencia en como la mayoría de las personas entrevistadas evaden la palabra genitales, para referirse a estos dicen: “las cosas”, “por allá”, “lo oculto”, “las necesidades”; en ningún momento se habla del pene o la vagina, evidenciando la concepción de prohibición, pecado y culpa que recae sobre el cuerpo de hombres y mujeres.

Son precisamente la crianza y el rol socializador de la familia-cultura-sociedad los que determinan las concepciones frente al cuerpo, la desnudez, la intimidad, el pudor y la vergüenza en cada uno de nosotros y las diferencias entre géneros. De ahí que las vivencias frente a la exposición corporal en

los ambientes hospitalarios se expresen desde la cultura, situación que invita a los profesionales de enfermería a tener en cuenta el contexto de los sujetos de cuidado en los diferentes momentos de la atención en salud.

SITUACIÓN CLÍNICA Y SU RELACIÓN CON LA DESNUDEZ

La situación clínica del paciente definitivamente hace que se minimice o, en algunas ocasiones, no se atienda el problema de la exposición del cuerpo desnudo y de la invasión de la intimidad. Las personas que ingresan a la institución de salud están enfermas, con dolor, o su vida está en peligro entonces toda su energía se centra en recibir un alivio, una cura o en que salven su vida. Se podría afirmar que el pudor y la vergüenza del desnudo quedan en un segundo plano en este momento crítico de su vida. Por ejemplo las mujeres que han dado a luz manifiestan que: *“la urgencia es que el bebe nazca pronto y sano”* (E10), la incomodidad de la desnudez y de tener las miradas de muchos desconocidos en ese momento no existe. En este sentido, cabe preguntarse cómo se sienten estas mujeres cuando van a tener un control de su embarazo o simplemente a una toma de citología ¿será diferente ese sentir?. Al respecto Blanca-Gutiérrez y cols.(2007) refiere: *“En el momento en que una persona (acompañada de unos familiares o allegados) ingresa o es atendida en un Hospital, el concepto de intimidad es relativizado a favor de otras necesidades consideradas como más básicas por el sistema sanitario y que giran todas ellas alrededor de la enfermedad más que alrededor del propio enfermo.”*

La experiencia de uno de los entrevistados muestra como se relativiza la situación clínica frente al temor a la invasión de la intimidad y al pudor, en su relato describe como en su ingreso al servicio de urgencias, a pesar del su situación de dolor y de angustia, recuerda la manera brusca como lo desnudaron *“me quitaron la ropa muy feito, me la rompieron”*, aunque *“yo sabia que era un bien para mi”* (E5).

La confianza que ponen los pacientes en las instituciones de salud contribuye a que ellos acepten de manera silenciosa, mediada por el estatus social del medico, el desnudo en el ámbito hospitalario como parte de las intervenciones requeridas

para su cuidado y recuperación: *“Pues ahí si toca dejarse porque ya es un médico, pues ni modos, no podemos hacer nada”* (E4), *“[Cuando me desnudaron] Me sentí mal, pero tranquila por lo que uno sabe que son médicos”* (E10). Sin embargo, la pena moral, la vergüenza y otras expresiones relacionadas con las concepciones femeninas y masculinas frente a la desnudez, contrastan con esta supuesta *“aceptación”* de la desnudez inherente a las intervenciones clínicas.

El silencio y la pasividad de los pacientes nos hacen cómplices del irrespeto a la intimidad del paciente como un derecho fundamental y por el cual el personal de enfermería debe abogar, no solo como un principio ético, sino como un acto que garantiza la calidad del cuidado humanizado.

CONCLUSIONES

La intimidad, concepto único para cada individuo, y definida como el conjunto de sentimientos y pensamientos de cada persona, se ve infringida, cuando prevalece la patología del paciente por encima de la integridad del ser, mucho se ha dicho sobre los derechos de los pacientes, pero aun nos queda una larga tarea en el que la intimidad trascienda a los cuidados sanitarios. Respetar y mantener la privacidad del paciente, sin duda, redundan en la percepción de los sujetos frente a la calidad del cuidado de enfermería y debe ser una lucha continua de los enfermeros y enfermeras que en el trabajo del día a día cuidan a seres humanos.

La persona hospitalizada está inmersa en un contexto social, cultural, histórico y emocional, lo que determina su sentir y pensar, si dejamos de lado este argumento, la relación enfermero-paciente se ve coartada y los cuidados desfavorecidos, pues de la confianza y dialogo con los pacientes se enriquece el cuidado humanizado.

Gracias a este estudio se pudo evidenciar que la mayoría de los pacientes entrevistados manifestaron sentimientos de nostalgia, pena, dolor en el corazón, molestia, pesar, vergüenza, incomodidad, irrespeto, cuando su cuerpo fue expuesto desnudo frente a otras miradas. Por esta razón comprender los fenómenos del sentir y del pensar de los seres humanos enfermos, frente al desnudo, señala un camino alternativo que podemos seguir las enfermeras y enfermeros siempre teniendo como horizonte, brindar un cuidado de calidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

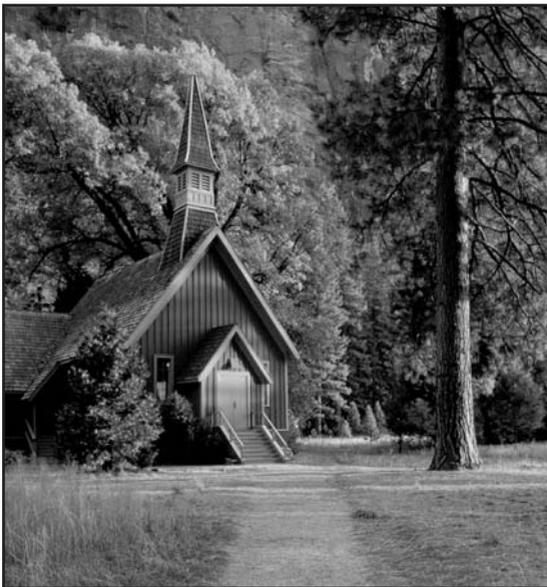
- Arévalo-Rubert MJ, Maqueda-Palau M, Pérez J, Amorós-Cerdá SM (2009). La intimidad en la Unidad de Cuidados Intensivos: Perspectiva enfermera categorizada desde los sentidos. *Ética de los Cuidados*, ene-jun;2(3). Disponible en <<http://www.index-f.com/eticuidado/n3/et6827.php>>
- Buitrago-Leal R, Cuerpos Enclaustrados: Construcción del cuerpo femenino en el Caribe colombiano 1610-1660. *Memorias*, Año 5, N° 9. Uninorte. 2008 Disponible en: http://www.uninorte.edu.co/publicaciones/memorias/memorias_9/articulos/buitrago.pdf
- Blanca-Gutiérrez JJ, Sáez-Naranjo R, Fernández-Díaz ME, Muñoz-Segura R, Caraballo-Núñez MA, Hervas-Padilla J (2007). La intimidad del paciente y su familia en el hospital en función de la diversidad cultural: análisis de esta necesidad sentida. *Biblioteca Lascasas*, 2007; 3(3). Disponible en <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0262.php>
- Cerdan AM, Araújo-Chávez LM, Castañeda-Chang AM (2003). Ansiedad estado-rasgo en niños y adolescentes durante la hospitalización Psicocentro. 2003. Disponible en http://www.psicocentro.com/cgi-bin/art_cron.asp
- Galeano, M E (2004). Herramientas de investigación cualitativa: el giro en la mirada. Capítulo 2: Estudio cualitativo de casos: el interés por la singularidad. Editorial Carreta Editores. Medellín. Pág:63-82
- Lahire B (2007). Infancia y adolescencia: de los tiempos de socialización sometidos a constricciones múltiples. *Revista de Antropología Social* ISSN: 1131-558X 2007, 16 21-38. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=83811585002>
- Lizana-Muñoz, VA (2008). Representaciones sociales sobre masculinidad de los/las estudiantes de pedagogía, en los contextos de formación docente inicial. *Reice Volumen 6 número 1* disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2521695>
- Marcel G. Citado por: Carrasco Acosta, M C (2008). El cuerpo y sus significados: sociedades tradicionales versus sociedades modernas. *Index Enferm [online]* vol.17, n.1 [citado 2009-06-10], pp. 5-6. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000100001&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1132-1296.
- Morse M, J (2003). Asuntos críticos de los métodos de investigación cualitativa. Capítulo 1: Introducción. Editorial Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería.
- Orellana-Peña, C. (2008). Intimidad del paciente, pudor y educación médica. *Persona y Bioética*, Vol 12, No 30. <http://biblioteca.unisabana.edu.co/revistas/index.php/personaybioetica/article/viewArticle/1618/3730>
- Pera C (2003). El Cuerpo Bajo La Mirada Médica Humanitas, Humanidades Médicas - Volumen 1 - Número 4 - Octubre-Diciembre. <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Numero4/Articulos/articulo2.pdf>
- Populin, J S; Namie, O S (2005). Exposição Corporal Do Cliente No Atendimento Das Necessidades Básicas Em Uti: Incidentes Críticos Relatados Por Enfermeiras. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* vol.13 no.3 Ribeirão Preto May/June.
- Rodríguez-Pérez, A (2007). Principales modelos de socialización familiar. *Foro de Educación*, n.o 9, pp. 91-97 disponible en: <http://www.forodeeducacion.com/numero9/007.pdf>
- Soldevilla-Cantueso, MA; Solano-Corrales, D; Luna-Medina, E (2008). La intimidad desde una perspectiva global: pacientes y profesionales. *Rev Calidad Asistencial* 23(2):52-6. Disponible en: <http://www.carloshaya.net/biblioteca/enfer2008/intimidad.pdf>.
- Stake, RE (2004). Citado por Maria Eumelia Galeano. Herramientas de investigación cualitativa el giro en la mirada. Editorial Carreta Editores. Medellín Pág: 68
- Velasco, AE (2000) *Sincronía Verano*. Disponible en: <http://sincronia.cucsh.udg.mx/desnudez.htm>
- Velasco-Gutiérrez, P (2006). El cuerpo desnudo y la semiosfera de la protesta en México. *Entretextos*. N° 7 Granada, Mayo. Disponible en: <http://www.ugr.es/~mccaceres/Entretextos/entre7/velasco.htm>
- Vidal, R. (2004) *El Poder en el Cuerpo. Subjetivación, Sexualidad y Mercado en la «Sociedad del Espectáculo»* Revista Razon y palabra. Junio - Julio. Disponible en <http://www.razonypalabra.org.mx/antiores/n39/rvidal.html>.

TEORIZAR LA PRÁCTICA CLÍNICA ASISTENCIAL DE ENFERMERÍA: UN RETO COMO PROFESIÓN Y DISCIPLINA

Fernando Talens Belén*, Isabel Casabona Martínez**

*Diplomado Universitario en Enfermería. Título Superior Propio en Enfermería. Master Universitario en Ciencias de la Enfermería. Doctorando Universidad de Alicante: Enfermería y Cultura de los Cuidados.

**Enfermera. Licenciada Antropología Social y Cultural. Doctora por la Universidad de Alicante. Profesora Asociada, Departamento de Enfermería. UA Gestora Clínica Vistahermosa. Alicante



THEORISING CLINICAL NURSING HEALTHCARE PRACTICE: A PROFESSIONAL AND DISCIPLINARY CHALLENGE

SUMMARY

The principal authorities on nursing claim that the present and future challenge for the discipline and the profession is the use of theory, linked to scientific research, in order to improve healthcare practice. Such an assertion invites reflection on both the clinical practice of nursing professionals and the theory behind the care they provide.

In order to understand the key to generating a body of solid scientific knowledge as the vital link between theory and practice in clinical nursing healthcare, it is useful to contextualise the care pro-

vided and the functions performed by the discipline of nursing as a science and a profession within society.

Methods for developing the knowledge which guides clinical nursing practice, and patient-centred use of such knowledge, are currently the subject of debate.

Key words: nursing theory, scientific method, clinical practice.

TEORIZAR A PRÁCTICA CLÍNICA ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM: UM DESAFIO PARA A PROFISSÃO DA ENFERMAGEM.

RESUMO

Os principais fundamentos da enfermagem apontam como desafio presente e para o futuro da disciplina e da profissão da enfermagem, o uso da teoria vinculada à investigação científica, com o intuito de melhorar a prática assistencial. Tal afirmação suscita a reflexão acerca da prática clínica que desenvolvem os profissionais de enfermagem e os fundamentos sobre os quais se sustentam os cuidados prestados. Para compreender as chaves de como construir um corpo de conhecimento científico sólido como nexo de união teórico-prático na clínica assistencial da enfermagem, cabe contextualizar os cuidados e a função desempenhada pela disciplina da enfermagem como ciência e profissão dentro da sociedade. O debate atual reside na forma de elaborar o conhecimento que guie a prática clínica de

enfermagem e no uso deste conhecimento focado no paciente.

Palavras chave: teoria em enfermagem, método científico, prática clínica.

RESUMEN

Los principales referentes de enfermería abogan como reto presente y futuro de la disciplina y profesión el uso de la teoría, vinculada a la investigación científica, con el fin de mejorar la práctica asistencial. Tal afirmación suscita la reflexión acerca de la práctica clínica que desarrollan los profesionales de enfermería y los fundamentos sobre los que se sustentan los cuidados que dispensan.

Para comprender las claves de como generar un cuerpo de conocimiento científico sólido como nexo de unión teórico-práctico en la clínica asistencial de enfermería, cabe contextualizar los cuidados y la función desempeñada por la disciplina de enfermería como ciencia y profesión dentro de la sociedad.

El debate actual reside en la forma de elaborar el conocimiento que guíe la práctica clínica de enfermería y en el uso de este conocimiento centrado en el paciente.

Palabras clave: teoría en enfermería, método científico, práctica clínica.

INTRODUCCIÓN

Los principales referentes de la enfermería mundial abogan como reto presente y futuro de la disciplina y profesión el uso de la teoría, vinculada a la investigación científica, con el fin de mejorar la práctica asistencial (Marriner y Alligood, 2003; Fawcett, 2000). Tal afirmación suscita la reflexión acerca de la práctica clínica que desarrollan los profesionales de enfermería y los fundamentos sobre los que se sustentan los cuidados que dispensan.

Siles (1999), señala como uno de los problemas en el desarrollo de la enfermería la separación existente entre teoría y práctica. “La indefinición epistemológica que sufre Enfermería propicia la

disociación teórico-práctica que adolece la práctica de la enfermería actual. Actúa como coadyuvante en la adopción de errores en el proceso de métodos y modelos para la disciplina de Enfermería como ciencia.”.

En aras de una mayor comprensión, convendría contextualizar el fenómeno de la práctica clínica actual, que marca las coordenadas del futuro más inminente, como profesión y disciplina.

Analizar, comprender, dimensionar los cuidados y la función desempeñada por la disciplina de enfermería como ciencia y profesión dentro de la sociedad actual de nuestros días, sin contemplar los antecedentes históricos en que se enmarcan, esto es, quienes desarrollaron los cuidados, en que escenario socio-político se produjeron, que efectos han tenido en su posteridad, entre otros, podría conducir a una percepción distorsionada, incompleta y falaz de la enfermería contemporánea, cuyos resultados y conclusiones serían estériles, a la vez de erróneos.

LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL TIEMPO

Dos sucesos relevantes han marcado el discorrir de Enfermería. De una parte la profesionalización de los cuidados, Florence Nightingale (1820-1910), quien sostuvo que la práctica y los conocimientos de Enfermería eran distintos a la práctica médica, pero que, sin embargo durante más de un siglo la enfermería ha dependido de la medicina y de sus avances. Por otra, como segundo acontecimiento, la entrada de Enfermería en el seno de la universidad. Camino tortuoso dependiendo en que escenario político, social, aconteciese, así, mientras en España se inició en 1977, en Estados Unidos fue en 1909 (Minnesota), Francia en 1965, mientras en otros países europeos como Alemania no estaba incluida como formación universitaria, hasta la reciente reforma educativa europea de Bolonia, todavía en proceso de desarrollo y ejecución. Por tanto se puede afirmar que nos encontramos ante un proceso no consolidado que no mantiene la correspondencia que cabría esperar entre la formación universitaria y la repercusión profesional en la práctica de los cuidados.

Cabe reseñar, por tanto, el carácter emergente como disciplina, cuya historia como tal tiene su

origen en la segunda mitad del siglo XIX, con los primeros estudios sobre el fenómeno de los cuidados como consecuencia de la transformación social, cultural e ideológica responsable de resolver los fenómenos a estudio (Siles, 1999).

No es extraña la discusión mantenida por enmarcar la disciplina enfermera dentro de las ciencias sociales, en cuanto al estudio del ser humano, o naturales, centrada en el modelo biomédico (Hernández Conesa, 2003). Con el consiguiente desasosiego en cuanto al paradigma a asumir con el que elaborar la práctica enfermera.

Los cuidados de enfermería se basaron en principios y tradiciones transmitidas por el aprendizaje y el juicio del sentido común, hasta aproximadamente y como punto de inflexión en 1950 con la confirmación de enfermería como ciencia (Marriner y Alligood 2003). Como apunta Hernández Conesa (2003) “El cuidado ha sido una actividad que durante siglos ha carecido de sistematización conceptual, de interés en la búsqueda de fenómenos a los que dar una explicación propia.”

LOS CUIDADOS: PIEDRA ANGULAR DE LA DISCIPLINA ENFERMERA

Donde sí está conforme toda la literatura enfermera es en señalar a los cuidados como objeto de estudio de la disciplina científica enfermera, piedra angular de la enfermería y de su metaparadigma.

La consideración aceptada hoy día, es la de entender los cuidados tanto en la enfermedad como en la salud y el fomento de la misma, que contemplan al sujeto (individual o colectivamente) de forma holista dentro de un contexto socio-antropológico cuyos factores determinan las necesidades del ser humano. Entender dichas necesidades como fuente de conocimiento de los cuidados de enfermería. “Necesidades”, por otra parte, dinámicas con interpretaciones heterogéneas en función de los diferentes contextos culturales y sociales.

El significado del término “cuidados” presenta distintas aristas, transcultural, antropológica, histórica, etc. (Siles 2008). Cuidar es una actividad humana con un componente no profesional. El cuidado formal e informal comparten definirse como una interacción y un proceso. Cuidado formal conlleva más allá de la mera ejecución de tareas prescritas desde la medicina. El cuidado conecta al

que cuida con el que es cuidado, el análisis de la literatura sugiere que la naturaleza de tal relación es lo que diferencia el cuidado formal del informal (De la Cuesta, 2004). Desde el paradigma biomédico, presente todavía en el pensamiento político y profesional, se han interpretado los cuidados desde la vertiente más técnica, dirigidos a aspectos biológicos centrados en la enfermedad, acrítico con un importante déficit de los cuidados emocionales, culturales y sociales (Ibarra 2008).

EL MÉTODO CIENTÍFICO COMO NEXO DE UNIÓN TEÓRICO-PRÁCTICO

Desde finales del siglo XIX a principios del XX, se tuvo la creencia que la práctica de la enfermería podría mejorarse con la formación de enfermeras cualificadas y no mediante la investigación (Cabrero y Richart 2000).

En el siglo pasado las principales líderes de enfermería comprendieron la necesidad de desarrollar un conocimiento científico enfermero que guiese la práctica, con el objetivo de construir una profesión dentro de una disciplina reconocida que ofreciese unos cuidados profesionales que gozasen de la mejor evidencia científica. Brown (1999); Omery y Williams (1999), tomado de Burns y Groves (2004). Estos últimos señalan, “La investigación es una de las principales fuerzas de la enfermería, y el conocimiento que se genera a partir de ella provoca cambios en la praxis y en la educación, así como en la política sanitaria”

Fawcett (1980), Moody et al (1988); Lorentzon (1993), Cabrero y Richart (2000), advierten en sus estudios que en la investigación clínica, la mayoría de autores no son clínicos, sino profesores, académicos e investigadores.

Surge una nueva controversia, el modo de generar conocimiento científico en enfermería, concretamente respecto al método y paradigma a asumir.

Bunge (1970) señala, “El Método Científico es un rasgo característico de la ciencia, tanto de la pura como de la aplicada: donde no hay Método Científico no hay ciencia. Un método es un procedimiento para tratar un conjunto de problemas. Cada clase de problemas requiere un conjunto de métodos o técnicas especiales.”

El método científico en enfermería lo constituye el Proceso de Enfermería. Como resultado de la reflexión de distintas “teóricas” en la década de

1950 (Hernández Conesa 2003). Marriner y Alligood (2003) puntualizan, que el proceso de enfermería, ya no es el objetivo principal, la relevancia es saber qué conocimientos poseen los profesionales de enfermería y cómo los utilizan para tomar decisiones pensando en el paciente. Lo que importa del método es su relación con la ciencia y la adquisición de conocimientos útiles y provisionales que poco a poco vayan engrosando el bagaje científico de la enfermería (Calvache 1989, en Siles 1999).

En cuanto a la disyuntiva de desarrollar una única teoría para enfermería, Polit y Hungler (1997), en contra posición a autores como Reid(1993) y Mulhall(1995), quienes abogan por desarrollar numerosas investigaciones de calidad que den respuestas a los problemas relevantes para la práctica profesional (cit. Cabrero y Richart, 2000). Autoras como Meleis (1997), suscriben tal consideración con la argumentación que una disciplina cuyos cuidados se centran en los seres humanos con toda la complejidad que conlleva, resulta inviable que una teoría unitaria pueda explicar, describir, predecir y cambiar todos los fenómenos de una disciplina (Marriner y Alligood, 2003).

La cuestión no es tanto su origen, sino el uso de las distintas teorías para la práctica enfermera. Obres,1995, (cit. Cabrero y Richart, 2000.) Continúa Obres, “las teorías no tienen propietarios, la teoría es teoría al margen de su origen. El conocimiento es conocimiento al margen de su origen”. No se trata, de aspirar a una única teoría de enfermería, sino de disponer de teorías para la enfermería, para la mejora de la práctica clínica.

Cabría rescatar la diferencia entre profesión y oficio de Carr y Kemins, 1988 (cit. Cabrero y Richart, 2000). “Una profesión lo es y se diferencia de un oficio si sus métodos y procedimientos derivan de conocimientos teóricos y de un fondo de investigación que permitan desarrollar juicios autónomos. Distingue tres perspectivas: una técnica, que concierne con las destrezas y la acumulación de la experiencia personal, básicamente un oficio; una práctica, en donde cabe la experiencia y el aprendizaje, y se pueden reconocer los fundamentos teóricos; y una teórica y estratégica, que supone un examen sistemático de los problemas que plantea la disciplina”.

CONCLUSIONES

- La disciplina enfermera es reciente, tanto como profesión como disciplina científica. No es de extrañar, por tanto, que se suscite un debate reflexivo, sobre su fundamentación, propio de disciplinas en periodos de crecimiento y consolidación, que no adolecen otras disciplinas ya consolidadas cuyos debates serán otros.
- La disociación teórico-práctica, es un hecho constatado en la literatura, que comparten gran parte de los profesionales de la enfermería (Siles, 1999; Marriner y Alligood, 2003)
- Lo relevante, es poner el conocimiento científico por parte de los profesionales de enfermería al servicio del cliente-paciente, más allá de donde provenga ese conocimiento, “teorías” o metodología científica.
- Cabe reflexionar, si con los conocimientos que dirigen la práctica clínica asistencial actual, se pueden configurar y dispensar unos cuidados de enfermería que satisfagan las necesidades, dentro del binomio salud-enfermedad, de individuos y sociedades más complejas, así como cumplir el objetivo de conseguir el mayor bienestar humano y social de la población. El camino de conducir la práctica asistencial de enfermería en el conocimiento que proporcionan las bases teóricas, resultado de su integración al método científico, es sin duda, el camino más seguro y corto para conseguir el objetivo de la disciplina científica enfermera.
- De no mantener una correspondencia atendiendo a los conocimientos disponibles ¿se incurriría en una mala praxis?, se proyecta un segundo interrogante, ¿es ética la actitud de no hacer uso de los instrumentos disponibles para mejorar la praxis?
- Convendría continuar con investigaciones sobre la conformación de los cuidados y su aplicabilidad en la clínica asistencial de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

- Alfaro-Lefreve R.(2009) Pensamiento Crítico y Juicio Clínico en Enfermería. Un Enfoque Práctico para un Pensamiento Centrado en los Resultados.(4ª ed.) Elsevier Masson, Barcelona.
- Alfaro-Lefreve R. (1996) Aplicación del Proceso de Enfermería. 3ªed.) Mosby /Doyma Libros, Madrid.
- Burns N, Grove S.K.,(2004) Investigación en Enfermería.(3ª ed.) Elsevier Masson, Madrid.

- Cabrero J, Richart M.(2000) Investigar en Enfermería. Concepto y Estado Actual de la Investigación en Enfermería. Universidad de Alicante Alicante.
- Colliere M. F.,(1993) Promover la Vida. De la práctica de las Mujeres Cuidadoras a los Cuidados de Enfermería. Interamericana McGraw-Hill, Madrid.
- De la Cuesta C.(2003) El Investigador como Instrumento Flexible de la Indagación. Internacional Journal of Qualitative Methods,2(4). Article3.
- De la Cuesta C.(2004). Cuidado Artesanal: la Invención ante la Adversidad. Universidad de Antioquia. Medellín.
- De la Cuesta C.(2006)Estrategias Cualitativas Más usadas en el Campo de la Salud. Nure Investigación, nº 25, noviembre-diciembre
- Donahue P.(1988) Historia de la Enfermería. Doyma. Barcelona.
- Fawcett J.(2000) Contemporary nursing knowledge: Conceptual models of nursing and nursing theories. Philadelphia: F.A. Davis.
- German, C. (2003) La Enfermería en el Espacio Europeo de Convergencia Superior. Index de Enfermería,12,43,67,69.
- Gordon M.(1996) Diagnóstico Enfermero. Proceso y Aplicación(3ª ed) Mosby/Doyma Libros, Madrid.
- Hernández Conesa J.M. (2001), Historia de la Enfermería (3ª ed).. Interamericana McGraw-Hill, Madrid.
- Hernández Conesa J.M., Moral de Calatraba P., Esteban-Albert M. (2003) Fundamentos de la Enfermería. Teoría y Método (2ª ed.) Interamericana McGraw-Hill, Madrid.
- Ibarra T.X. (2008) El Interaccionismo Simbólico y los Cuidados de Enfermos Crónicos en el Ámbito Comunitario. Cultura de los Cuidados.,2º semestre. Año XII, Nº 24:94-105
- Iyer P.W., Taptich B.J., Bernocchi- Losey D.(1997) Proceso y Diagnóstico de Enfermería.(3ª ed.). McGraw-Hill, México, D.F.
- Keroucas S. (1996) El Pensamiento Enfermero. Barcelona. Masson.
- Lipson J. (2000) Cultura y Cuidados de Enfermería. Index de Enfermería. Granada. Año 9, Nº28-29
- Luis Rodrigo M.T., (2008) Los Diagnósticos Enfermeros.(8ª ed.). Elsevier Masson,Barcelona.
- Marriner-Tomey A., Alligood M.R.(2003) Modelos y Teorías en Enfermería (5ª ed) Mosby, Madrid. .
- Nightingale F. (2002) Notas Sobre Enfermería: Qué es y Qué no es. Masson. Barcelona.
- Polit D., HUNGLER,B.(2003) Investigación Científica en Ciencias de la Salud (6ª ed.), Interamericana McGraw-Hill, Madrid.
- Siles J.(1999) Historia de la Enfermería, Aguacalera, Alicante.
- Siles J. (2000) Antropología Narrativa de los Cuidados, Consejo de Enfermería de la comunidad Valenciana. Alicante.
- Siles J.(2008) Historia de la Enfermería: Una Aportación Epistemológica desde la Perspectiva Cultural de los Cuidados. Cultura de los Cuidados. Año XII, 2º semestre, nº 24:5-6.

Fuentes impresas. Diarios.

- Mundo Sanitario (2010), ¿Qué es Bolonia?, nº297, febrero 2010.



ENFERMERÍA, CUIDADO Y CIENCIA

Juan Ignacio Rico Becerra

*Enfermero, Licenciado en Antropología, Licenciado en Geografía e Historia,
Doctor en Antropología.*

*Profesor del Departamento de Antropología Social y Cultural de la Universidad
Católica de Murcia (UCAM).*



NURSING, CARE AND SCIENCE

SUMMARY

Nursing has always trusted in the significance of the human approach within health care. This is a deeply rooted fact that, becomes more evident in the face of the 'biologicistic' approach of western, scientific medicine, which at times, can even seem somewhat insulting. In this paper we propose reflection on the theme of health care which we hope will lead to further debate on the whole question. With this in mind we shall cover various issues such as: paradigm, science reflexive modernisation, Eastern, scientific medicine, quantum physics, etc

Key words: Nursing, Cure/care (caring), paradigm, science, science reflexive modernisation, scientific medicine.

ENFERMAGEM, CUIDADO E CIENCIA

RESUMO

A enfermagem sempre confiou na importância do cuidado humanizado. E isto no é utopia, sobretudo, nos momentos em que o enfoque biologicista da medicina científico ocidental chegou a ser quase insultante. Nessas linhas proponho uma reflexão na perspectiva do cuidado e que nos leve a abrir um debate mais amplo em que considero que essa questão está inserida. Assim sendo, transitaremos por diversos conceitos, tais como: paradigma, ciência, modernização reflexiva, medicina científica ocidental, física quântica, etc.

Palavras chave: Enfermagem, cuidado, paradigma, ciência, modernização reflexiva, medicina científica ocidental.

RESUMEN

La enfermería siempre ha confiado en la importancia del cuidado humanizado. Y ello no es baladí, sobre todo, en los momentos donde el enfoque biologicista de la medicina científico-occidental ha llegado a ser casi insultante. En estas líneas propongo una reflexión que, desde el cuidado, nos lleve a abrir un debate más amplio donde, considero, se inserta de lleno la cuestión. Es así que, para tal fin, transitaremos por diversos conceptos, tales como: paradigma, ciencia, modernización reflexiva, medicina científico-occidental, física cuántica, etc.

Palabras clave: Enfermería, cuidado, paradigma, ciencia, modernización reflexiva, medicina científico-occidental.

INTRODUCCIÓN

La enfermería siempre ha confiado en la importancia del cuidado humanizado. Y ello no es baladí, sobre todo, en los momentos donde el enfoque biologicista de la medicina científico-occidental ha llegado a ser casi insultante. En estas líneas propongo una reflexión que, desde el cuidado, nos lleve a abrir un debate más amplio donde, considerado, se inserta de lleno la cuestión. Es así que, para tal fin, transitaremos por diversos conceptos, tales como: paradigma, ciencia, modernización reflexiva, medicina científico-occidental, física cuántica, etc.

Desde el cuidado hasta el paradigma y la ciencia

En la breve presentación de este texto, ya apostillé, la influencia que la Medicina convencional ejerce en la Enfermería. Siguiendo a Francine Saillant (2009) considerar que la medicina moderna -o mejor, científico-occidental (Perdiguero, 2009)- está caracterizada por una dicotomía entre dos espacios: el tratamiento técnico (cure) y los cuidados y los aspectos relacionales (care). Las peticiones, tanto desde dentro como desde fuera del espacio médico, hacia la humanización de la medicina, nos ponen en la pista de cómo, actualmente, en nuestro medio, la balanza está meridianamente posicionada hacia el cure y mucho menos hacia el care. Siendo así, también indiqué, supra, la sempiterna apuesta de la Enfermería por el cuidado humanizado -care con caring (ver abajo)-. De hecho -y de la mano, ahora también, de la revisión que Saillant (Ibíd.) hace de la temática en la bibliografía norteamericana- desde el otro lado del Atlántico, por ejemplo, tiempo atrás ya se sugiere trincar la relación, a saber, privilegiar el care frente al cure-; y todavía más, incluso se plantea la disociación absoluta entre ambas, lo que supondría separar la medicina de los cuidados. Asimismo, para trascender tal dicotomía y centrándose en el care, se propone el concepto de caring. Término tan complejo -aunque fundamentalmente sugiere proporcionar un reconocimiento positivo de care como su objeto -dar a la humanización una encarnación; la espiritualidad, la trascendencia y la estética...-. A la vez esta expresión, sugiere, la importancia que alcanza el vínculo social en el espacio terapéutico. Será pues el caring, el alma del care. Su carencia conduciría al cure, de ahí la importan-

cia de visibilizarlo. En definitiva, tal como se aprecia, la Enfermería no elude el debate y muestra sin ambages y de manera comprometida, su posicionamiento y dirección al respecto.

Así las cosas, me interesa echar una mirada en nuestra "reciente" historia -y tal bisoñez es subrayable-, para que se pueda entender un poco mejor -al menos esa es la intención-, el porqué plantearnos, cada vez más abiertamente, el profundo calado del papel del cuidado -el care con caring- en el continuum salud/enfermedad. Creo acertado empezar por rastrear cuál es el paradigma que sustenta la ciencia en Occidente (Rico, 2009); para después, otear cómo ha mirado la medicina científico-occidental la enfermedad; y acercarnos, finalmente, a la moderna teoría de la física cuántica y su vinculación con el caring. Lo primero, nos lleva a recordar la propuesta que Thomas Kuhn (2004) - en su obra de 1962 «La estructura de las revoluciones científicas»- hace de paradigma. Para él, es un modelo o patrón aceptado por una comunidad de científicos que raramente concurren en desacuerdo con su manera específica de hacer ciencia. Este modelo o patrón regirá la ciencia normal en un determinado periodo histórico, hasta su crisis y revolución. Las crisis y rupturas implicarían cambios radicales en la concepción de mundo, a las que este autor denomina «revoluciones científicas». En este sentido, como sugiere Stanislav Grof (2006), la influencia de los paradigmas no es sólo cognoscitiva, sino normativa, además de definir la naturaleza y la realidad, determina también el campo problemático permisible, los métodos de enfoque aceptables y establece los niveles de soluciones, hasta el punto que ciertos problemas hasta entonces cruciales pueden considerarse desatinados o acientíficos y algunos quedar relegados a otra disciplina. La ciencia normal basada en un nuevo paradigma no es sólo incompatible, sino inconmensurable con relación a la práctica regida por el anterior. Un buen ejemplo de la guía/limitación que describen los paradigmas, me parece, la reflexión hecha por Roger Bartra (2001), cuando analizó cómo las ciencias médicas del Renacimiento y los albores de la modernidad intentaban comprender el funcionamiento del cerebro humano: Los médicos de aquella época, dice Bartra, creían firmemente en las teorías humorales hipocráticas y galénicas, y por ello transitaban con

facilidad del micromundo corporal al macrocosmos astronómico, atravesando ágilmente los mundos de la geografía, las costumbres, las estaciones, la alimentación y las edades. Entiendo, como Bartra, que rastrear el pasado nos ayuda a posicionar nuestro presente.

Definido el concepto y visto el calado de su expresión, aproximémonos a las bases del paradigma de la ciencia occidental. Desde aquí, se puede entender mejor el *modus operandi* de nuestra medicina. Dos son las figuras que construyen, con su pensamiento, la plataforma del modelo de la ciencia en nuestro medio, a saber: el filósofo, científico y matemático francés, René Descartes (1596-1650); y el matemático y físico británico, Isaac Newton (1642-1727). El primero aporta al paradigma, el conocido como dualismo cartesiano. En su obra de 1641, «Meditaciones metafísicas», presenta la mente y el cuerpo como dos sustancias diferentes, señalando la oposición irreconciliable entre sustancia pensante (inteligencia) y sustancia extensa (materia). Sea suficiente lo que recoge en la sexta meditación, para entender su planteamiento: como un reloj compuesto por ruedas y contrapesos (...) considero el cuerpo del hombre. A partir de aquí se deduce que la parte mecánica (cuerpo), puede ser separada, estudiada y reparada aisladamente. En realidad este posicionamiento deriva de las especulaciones filosóficas expuestas en su trabajo más conocido, «El discurso del Método» de 1637, donde abandonó los enfoques de la escolástica medieval. Desde el *cógito, ergo sunt* (pienso, luego existo) busca un nuevo método para, a través de la duda, hallar la única verdad cierta. Es entonces cuando plantea la visión mecanicista de la naturaleza, y propone la física y las matemáticas como medios de conocimiento del mundo material. La escisión mente/cuerpo también supone el origen del reduccionismo en Medicina, que, como explica Javier Granero (2003), se trata de la tendencia a explicar los fenómenos complejos en términos de componentes más simples.

Planteadas por Descartes las nuevas claves para interpretar el universo, Newton, por su parte, describe su funcionamiento mecánico. Defiende la teoría de la gravitación universal, basada en una fuerza que afecta a todos los cuerpos terrestres y espaciales. Además, describe el universo formado por materia sólida, cuyos elementos esenciales

los átomos- son indestructibles e inmutables. En el universo newtoniano las masas se atraen recíprocamente con una fuerza -la gravedad- que varía inversamente al cuadrado de la distancia existente entre ambas. Otro aspecto fundamental de su planteamiento es, desde la influencia de la geometría de Euclides, la concepción de un espacio tridimensional donde el tiempo actúa como un absoluto independiente, en relación a la materia. Como apunta Grof (Ibíd.), a propósito de este enfoque, la imagen resultante del universo es la de un gigantesco y perfectamente determinista mecanismo de relojería. El movimiento de la naturaleza obedece a leyes eternas e inmutables, y tanto los sucesos como los procesos en el mundo material consisten en cadenas interdependientes de causas y efectos.

La brillantez teórica de lo que se ha venido a denominar el paradigma newtoniano-cartesiano, ha hecho que su influjo llegue hasta hoy. Como hemos visto es a través del desarrollo de la física y las matemáticas, cuando se defiende que los fenómenos de la naturaleza están regulados por leyes mecánicas de la física y la química, y no por una inteligencia divina o supranatural. Por ello, este paradigma, también se conoce como modelo mecanicista. Y es que, como apunta David Le Bretón (1995), la inteligibilidad mecanicista convierte a las matemáticas en la clave única de comprensión de la naturaleza (...) el universo que se vive y que se siente tal y como aparece, gracias a las actividades perceptivas, cae en desgracia a favor de un mundo inteligible, puramente conceptual. Del mismo modo que la imaginación, los sentidos son engañosos, no podríamos basar en ellos la menor certeza racional. Las verdades de la naturaleza dejan de ser accesibles a la evidencia sensorial, hay que distanciarlas, purificarlas, someterlas a un cálculo racional. Entonces, la intensa adscripción al paradigma tiene sentido. Sobre todo, por su aplicabilidad a distintos planos de lo cotidiano. Ello es, en buena parte, lo que le ha conferido el marchamo de científico. Y éste, trasciende el campo de la física, ya que se ha hecho extensible a otras disciplinas como la Biología, o la propia Medicina, sin descartar a otras materias que se encuentran fuera de la órbita de las Ciencias Naturales, como la Sociología o la Antropología. En resumidas cuentas, cualquier disciplina que opera fuera del paradigma newtoniano-cartesiano, tiene un alto riesgo

de no ser considerada científica.

En este punto conviene preguntarnos por la ciencia, es decir, hacer un esfuerzo de ejercicio epistemológico. Sin duda, la anterior puesta en escena de la conceptualización de paradigma, nos va ser de gran ayuda. Tomemos de partida, por ejemplo, la reflexión que sobre la ciencia hace Gregory Bateson (2002): la ciencia, como el arte, la religión, el comercio, la guerra y hasta el dormir, se basa en presupuestos. (...) en este empeño, es a todas luces deseable (pero no absolutamente necesario) que el científico conozca a conciencia sus propios presupuestos y sea capaz de enunciarlos. Es también conveniente y necesario para el discernimiento científico conocer los presupuestos de los colegas que trabajan en el mismo campo. Y sobre todo, es necesario que el lector de artículos científicos conozca los presupuestos de su autor. Siguiendo a Bateson, lo que me parece más interesante en este momento, es sondear la conciencia de los supuestos previos -pre-supuestos- que a la ciencia son de suyo. Y más en concreto, en la medicina científico-occidental. Me valgo para ello, ahora, del análisis de la Antropología Médica, fundamentalmente de un reciente trabajo de Ángel Martínez Hernáez (2008). Este autor, cuando sondea el tratamiento que la Antropología ha realizado sobre los temas de enfermedad y de los distintos sistemas médicos, lo hace a partir de la dialéctica entre lo racional y lo creencial. Por lo que aquí interesa, destacar que los antropólogos ocupados en este particular han sufrido una manifiesta evolución. De tal manera que, si inicialmente -Modelo Clásico- el abordaje de la enfermedad es marginal en la disciplina, y después -Modelo Pragmático- se evidencia una clara dependencia del paradigma de la medicina Occidental, en la actualidad -Modelo Crítico- se produce una difuminación de las fronteras entre ciencia y creencia, entre medicina y cultura. Y es aquí donde quería llegar, porque en este tercer estadio, la Antropología Médica, centra su interés en visualizar qué hay de creencial en la ciencia médica, y por extensión, cómo ésta construye sus objetos, desarrolla sus biotecnologías, genera sus identidades y representaciones culturales..., en conclusión, cómo la enfermedad no puede escapar de pre-supuestos que se construyen en un marco social, cultural, económico y político determinado. Lo destacable es que -Mishler citado por

Martínez Hernáez, *Ibíd.*- se considere a la biomedicina como una subcultura con sus creencias institucionalizadas, valores y prácticas y, por tanto, susceptible de ser estudiada como otras instituciones culturales y sociales.

El ejercicio que la Antropología Médica está haciendo en este particular, me parece crucial cuando, como es aquí el caso, vamos buscando sondear lo científico/creencial en nuestra medicina. Pero cuidado, tal cometido, no supone caer en cierto grado de relativismo. Pues si bien, la intención es la contraria. Coincido, de hecho, con Alan Chalmers (1999) en que una cosa es impedir los usos ilícitos de las categorías de ciencia y método científico, y otra, apostar por las reacciones individualistas o relativistas de la ciencia. En este sentido, no se trata de que un punto de vista sea tan bueno como cualquier otro, porque si se quiere cambiar una situación de forma controlada, como mejor se logrará será comprendiendo la situación y dominando los medios disponibles para cambiarla. Entonces, la clave parece estar en poner todo el peso en la validación del conocimiento científico, sin perder de vista -como subrayamos atrás- la influencia de las circunstancias históricas, psicológicas y socio-culturales dadas. De hecho, como apostilla Beltrán Villalva (1999), que se cuestione el privilegio epistemológico atribuido al conocimiento científico no ha de llevar a considerarlo como una mera extensión del sentido común. Llegados aquí, entiendo de utilidad para establecer un marco de referencia que nos ubique respecto a la situación por la que está transitando la ciencia, revisar el distingo que expone Ulrich Beck (1998) entre la científicización simple y la científicización reflexiva. La primera hace referencia a la conceptualización, bajo criterios científicos, de amplios aspectos de la existencia humana; mientras que la segunda, es una fase de la científicización, en la cual, ya no es sólo la naturaleza, el hombre y la sociedad lo que se somete a criterios científicos sino también la propia ciencia, sus productos, consecuencias y defectos. En esta etapa se produce una desmonopolización del conocimiento, donde no es el fracaso de las ciencias, sino su éxito, lo que las ha destronado, provocando una relativización de sus originarias pretensiones de validez. Para Ulrich Beck (2008) la científicización reflexiva se inscribe como parte de lo que acontece en la

radicalización de la modernidad, que trasciende la simple modernidad. Es lo que llama teoría de la modernización reflexiva.

La medicina occidental y su relación con la ciencia

En este momento no escapa al lector que, de esta “novedosa” realidad, no se libra nuestra medicina. Recuérdate -aunque sea de forma sucinta-, cómo, ésta, describe un particular modelo biológico (Martínez Hernández, *Ibíd.*), cuando, tras abandonar a lo largo del siglo XIX la nosotaxia more botanico, abraza el método anatomoclínico, es decir, apuesta por la incursión en el espacio de los órganos. Después, a fines de del XIX y principios del XX, se consolida el paradigma bacteriológico o teoría microbiana por el que, a una enfermedad concreta, le corresponde un determinado microorganismo patógeno y viceversa. Se demuestra así, la correspondencia entre el germen externo monomórfico y la enfermedad. Siguiendo su decurso, es durante el siglo XX hasta la actualidad, cuando se irá imponiendo la biología molecular. En esta nueva mirada el modelo biomédico pone en el punto de mira del origen de las enfermedades, la codificación celular; y de su tratamiento, la ingeniería genética. Atrás se anotó que, la medicina científico-occidental, se sustenta sobre el paradigma newtoniano-cartesiano. Un paradigma científico que como sabemos superó -o como diría Popper, falsó- a la física aristotélica. La teoría de Newton, como subraya Chalmers (*Ibíd.*), podía explicar la caída de los objetos y el funcionamiento de los sifones y bombas de extracción y podía también explicar los fenómenos que resultaban problemáticos para los aristotélicos. Además, la teoría de Newton podía explicar fenómenos a los que la teoría de Aristóteles no aludía, tales como las correlaciones entre las mareas y la posición de la luna, y la variación en la fuerza de la gravedad con la altura por encima del nivel del mar. Es por todo esto, que su poder explicativo la dote de gran éxito, y la medicina, como otras disciplinas científicas, se apoyen en ella. Pero, así las cosas, no se puede obviar que la propia ciencia en Occidente está descollando dicho arquetipo. Me refiero a que los físicos actuales explican la realidad desde la física cuántica, es decir, se trasciende la realidad entendida como lineal -mecanicista-, para llegar a otra llena de campos energéticos. Somos materia y

energía, o mejor, como demostró Einstein en su famosa ecuación (la Energía es igual a la Materia, multiplicada por la velocidad de la luz al cuadrado), ambas son la misma cosa. Lo que hace que esta ciencia de las posibilidades -cuántica- no describa el universo forjado por materia sólida, ni considere a los átomos -“elementos esenciales”- indestructibles e inmutables. Como sugiere Beltrán Villalva (*Ibíd.*), la mecánica cuántica introduce en la física un componente explosivamente no canónico. De tal manera que, si la teoría de Newton falsó la física aristotélica, la teoría de la relatividad de Einstein -como también apostilla Chalmers (*Ibíd.*)- fue capaz de explicar los fenómenos que falsaron la teoría de Newton, al tiempo que era capaz de competir con la teoría newtoniana en las áreas en las que ésta había triunfado. Siendo así, podemos decir que Newton queda superado por Einstein, o dicho de otro modo, si realmente nos posicionamos del lado de la ciencia, los referentes teóricos que sustentan nuestra medicina necesitan de una profunda revisión. Por cierto, hemos de añadir en relación a la debilidad científica del paradigma newtoniano-cartesiano, que desde que Benoit Mandelbrot propuso en 1975 la geometría fractal, su teoría permite aplicarse mucho mejor a una naturaleza compleja, irregular..., que era tarea imposible para la geometría tridimensional euclidiana de cubos, esferas y conos.

Sé que el asunto es controvertido y que son muchos los que reniegan de aplicar los conceptos de la física microscópica en el mundo macroscópico. Si bien, el error no es tanto negar el valor de cada física en su marco de acción, como su falta de integración. Bruce Lipton (2010) lo ilustra con el siguiente ejemplo: una enfermedad como el cáncer puede manifestarse a nivel superior cuando se siente o se ve el tumor. No obstante, el proceso que provocó el cáncer se inició a nivel molecular, dentro de las células progenitoras afectadas. De hecho, la mayor parte de las disfunciones biológicas (salvo las heridas causadas por traumatismos físicos) comienzan a nivel iónico y molecular en el interior de las células. Y éste es el quid de la cuestión de este texto, la física cuántica -o mundo cuántico invisible einsteiniano- puede ser una buena piedra de toque para indagar aspectos -antes insondables desde la óptica del mundo físico de Newton-, como la poderosa relación cuerpo-



mente. Como apunta también el mismo autor (Ibíd.), la ciencia médica no deja de avanzar, pero los organismos vivos se niegan testarudamente a dejarse cuantificar. Las curaciones espontáneas, los fenómenos psíquicos, las asombrosas demostraciones de fuerza y resistencia, la habilidad para caminar sobre las brasas de un fuego sin quemarse, la capacidad de la acupuntura para disminuir el dolor mediante la canalización del chi a lo largo del cuerpo y otros muchos fenómenos paranormales desafían la biología newtoniana. Por cierto, quepa aquí inscribir los resultados expuestos en la tesis doctoral defendida recientemente por la enfermera María Teresa Pinedo -de la que se hace eco esta revista: *Cultura de los Cuidados*, II semestre 2009, n° 26-, donde se destacan los beneficios de las romerías ilicitanas para confrontar las enfermedades, concluyendo que: la fe tiene un efecto energético en las personas creyentes que les infunde fuerza para luchar contra un problema de salud; que, las convicciones religiosas son utilizadas como herramienta para una descarga emocional; o que, en los momentos de un diagnóstico nefasto, frente al dolor y la confusión inicial sentida, la persona actúa refugiándose en sus creencias como herramienta de consuelo y de esperanza que le anime a encontrar una salida.

Teresa Versyp (2005), en la presentación de la tercera edición de su conocido trabajo «La dimensión cuántica. De la física cuántica a la conciencia», señala que el mundo cuántico representa el campo de interconexión entre la energía y la materia, y es donde la complementariedad de la materia y de la conciencia, del cuerpo y de la mente, se

vuelve más tangible. En tales dominios, la frontera entre ambas polaridades se vuelve difusa. Con la inmersión en la dimensión cuántica nuestra perspectiva se ensancha y abarcamos un poquito más. Los muros de nuestra lógica habitual se derrumban, el espacio tridimensional da paso a una realidad multidimensional. Entonces, como suscribe Larry Dossey (2006), la nueva perspectiva sobre la conciencia afirma sin ambages que la actividad mental consciente es capaz de producir efectos mensurables en el mundo físico, mundo en el que se incluyen el cuerpo, los órganos, los tejidos y las células del ser humano. La mente se ha convertido en un factor legítimo, real, del desarrollo de la salud y de la enfermedad. En la misma línea argumentativa Lipton (Ibíd.) espeta que, saber que son unos mecanismos tan distintos los que controlan la estructura y el funcionamiento de la materia debería haber ofrecido a la biomedicina nuevas expectativas de lo que son la salud y la enfermedad. Sin embargo, aún después de los descubrimientos de la física cuántica, a los estudiantes de medicina y de biología se les sigue enseñando a ver el cuerpo como una máquina física que opera según los principios de Newton. Debido a los prejuicios materialistas newtonianos, los investigadores convencionales han ignorado por completo el papel que juega la energía en la salud y en la enfermedad -señalar algunas excepciones, ya sea en pro de la mejora del diagnóstico (Tomografía Axial Computerizada o TAC, Imagen por Resonancia Magnética o RNM, Tomografía por Emisión de Positrones o TEP) o del tratamiento (litiasis renal tratada por ondas vibratorias)-. Y no pensemos que la cuestión en exceso novedosa, ya en 1974, McClare -citado en Lipton (Ibíd)-, un biofísico de la universidad de Oxford publicó un trabajo denominado «La resonancia en bioenergética». Allí revelaba que los mecanismos de las señales energéticas tales como las frecuencias electromagnéticas son cien veces más eficaces a la hora de transmitir información del entorno que las señales físicas como las hormonas, los neurotransmisores, los factores de crecimiento, etc. Desgraciadamente, tal como recogí del trabajo de Martínez Hernández (Ibíd.), actualmente el modelo biomédico tiene puesta su mirada en la codificación celular y la ingeniería genética, despreciando totalmente el enfoque de las novedosas aportaciones de la física cuántica.

CONCLUSIÓN

Aunque la cuestión no es nimia, de ahí que haya reservado la apostilla para la parte final del texto, no ha sido la intención de estas líneas sondear los frentes de resistencia a la integración -en pos de la ciencia-, del paradigma cuántico en la medicina occidental. Lo que interesa es subrayar que estamos en un momento de puesta en juicio del paradigma que nos ha servido, como expresaría Kuhn, de modelo o patrón aceptado por la comunidad de científicos que raramente concurren en desacuerdo con su manera específica de hacer ciencia. Como he señalado, el paradigma newtoniano-cartesiano, deja muchas lagunas sin resolver cuyo abordaje es factible desde los nuevos modelos físico-matemáticos, o dicho con otras palabras, desde la ciencia más actual. Y llegados a este punto, recojo el testigo de lo que expuse en la primera parte del artículo. Ya que, el salto cualitativo, se produce cuando estamos en el camino de la “demostración” científica del valor del *caring* en los procesos de curación y mantenimiento de la salud. Es así que cuando Saillant (Ibíd.) trataba -con tino- su compleja implementación -en concreto, lo refería como idealización y utopía terapéutica- en la era de la reorganización de los sistemas sanitarios, no considerara el potencial futuro que puede ofrecernos el nuevo paradigma. Hasta ahora sólo hemos podido medir el *cure*, lo que explica el desequilibrio a su favor respecto al *care*. Las cosas pueden empezar a cambiar cuando las ciencias acreditadas den cabida, paradójicamente -siendo ciencia actualizada-, a las que están por acreditar. En ese camino, cada vez será menos esotérico afirmar que tu mente cambia tu biología, si como demuestra la nueva biología -Lipton (Ibíd.)- la energía de los pensamientos puede activar la producción de proteínas en la célula, es decir, impulsar la llave de la vida. De esta manera, el efecto placebo, la acción positiva de muchas de las terapias alternativas, el recurso a la fe, y por supuesto -por lo que aquí nos interesa-, el *care* con *caring* irán dejando el camino de la excepcionalidad en una ciencia que no puede explicar su papel sanativo-curativo. Será entonces, cuando empiecen a ocupar el rol que merecen. Aunque aún hemos de tener paciencia para llegar al escenario descrito -pero sin marcha atrás, en un tiempo donde se

impone la cientificación reflexiva-, me atrevo a afirmar que, Enfermería, desde siempre y sin dudarlo, ha apostado -sin ser nada fácil- por el caballo ganador: humanizar la atención sanitaria que presta.

BIBLIOGRAFÍA

- Bartra, R. (2001) *Cultura y melancolía. Las enfermedades del alma en la España del Siglo de Oro*. Anagrama, Barcelona.
- Bateson, G. (2002) *Espíritu y naturaleza*. Amorrortu, Buenos Aires.
- Beck, U. (1998) *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Paidós, Barcelona.
- Beck, U. (2008). *La sociedad de riesgo mundial. En busca de la seguridad perdida*. Paidós, Barcelona.
- Beltrán Villalva, M. (1999) *Sobre la confianza en una ciencia secularizada*. En *Globalización, riesgo y reflexividad; tres temas de la teoría social contemporánea* (García, F. y Ramos, R. ed.), CIS, Madrid.
- Chalmer, A. (1999) *¿Qué es esa cosa llamada ciencia? Una valoración de la naturaleza y el estatuto de la ciencia y sus métodos*. Siglo XXI, Madrid pp. 123-141.
- Dossey, L. (2006) *Tiempo espacio y medicina*. Kairós, Barcelona.
- Grof, S. (2006) *Psicología transpersonal. Nacimiento, muerte y trascendencia en psicoterapia*. Kairós, Barcelona.
- Granero Liberta, J. (2003) *Diferencias en los conceptos de salud y enfermedad en la medicina oficial y en las no convencionales*, HUMANITAS. Humanidades Médicas, vol 1, nº 2, pp. 21-30.
- Kuhn, T. (2004) *La estructura de las revoluciones científicas*. Fondo de Cultura Económico, Buenos Aires.
- Le Bretón, D. (1995) *Antropología del cuerpo y modernidad. Nueva Visión*, Buenos Aires.
- Lipton, B.H. (2010) *La biología de la creencia. La liberación del poder de la conciencia, la materia y los milagros*. Palmyra, Madrid.
- Martínez Hernández, A. (2008) *Antropología Médica. Teorías de la cultura, el poder y la enfermedad*. Anthropos, Barcelona.
- Perdiguer, E. (2009) *Sobre el pluralismo asistencial*. En *Enfermería y Antropología. Padeceres, cuidadores y cuidados* (Comelles, J.M et al ed). Icaria, Barcelona pp 113-137.
- Rico Becerra, J.I. (2009) *El inmigrante “enfermo”*. Apuntes y reflexiones desde un trabajo antropológico. Isabor, Murcia.
- Saillant, F. (2009) *Cuidados, deseos vinculares y utopías terapéuticas: un análisis del concepto de caring*. En *Enfermería y Antropología. Padeceres, cuidadores y cuidados* (Comelles, J.M et al ed), Icaria, Barcelona pp 189-218.
- Versyp, T. (2005) *La dimensión cuántica. De la física cuántica a la conciencia*. Plaza. Barcelona.

MISCELÁNEA

BIBLIOTECA COMENTADA

OXITOCINA

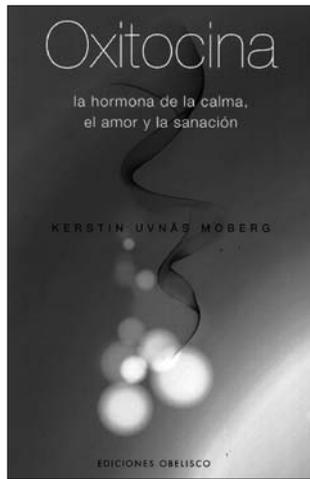
LA HORMONA DE LA CALMA, EL AMOR Y LA SANACIÓN

Kerstin Uvnäs Moberg

Colección Salud y Vida. Ediciones Obelisco (Barcelona). 1ª edición en castellano: febrero de 2009.

El libro consta de cinco partes que a su vez se entrelazan entre sí, pues la autora procura todo el tiempo retomar y relacionar temas que se han tratado previamente en otros capítulos anteriores, añadiendo elementos nuevos. Cada una de las partes está subdividida en capítulos, hasta 18 capítulos en todo el libro. La publicación cuenta con 190 páginas en total, incluyendo referencia del libro, agradecimientos, introducción, desarrollo de la temática y bibliografía empleada en cada uno de los capítulos al final. Esto último, me ha resultado muy interesante y lo considero de gran utilidad, de cara a poder localizar de manera rápida, artículos que puedan servirnos para trabajos o búsqueda de información en torno a este tema en otra ocasión.

La autora del libro incide en que desde hace décadas, la investigación científica, se ha centrado mucho en el sistema de reacción de “lucha-huida”, por el que somos capaces de reconocer los peligros que nos acechan e instintivamente, de manera refleja, desarrollar una serie de reacciones químicas que predisponen nuestro cuerpo para defendernos o escapar en situaciones que estimamos amenazantes. Sin embargo, tradicionalmente se ha desestimado la capacidad del organismo de relajarse y establecer relaciones afectivas a través del sistema bioquímico de “calma-contacto”, es este sistema el centro de la investigación de la autora del libro. A lo largo del texto se realiza una compilación de reflexiones, conclusiones e hipótesis extraídas de investigaciones propias o ajenas, en torno a este tema.



Como ideas fundamentales que se extraen de la lectura de este libro, encontramos, la identificación de la oxitocina como la hormona principal del sistema calma-contacto, el mecanismo de funcionamiento de la oxitocina en el organismo y la descripción e inclusión de diferentes resultados de estudios que muestran los variados y beneficiosos efectos de esta hormona para el organismo. Podemos destacar que el conocimiento y manejo del sistema de calma-contacto, se precisa para vivir una vida en armonía. Tal como explica la autora, tanto el sistema de

“lucha-huida” como el de “calma-contacto” son necesarios para el pleno desarrollo del organismo.

La autora describe los inicios del descubrimiento de la oxitocina como sustancia que aceleraba el parto, descubierta en 1906 y cuyo nombre precisamente tiene ese significado “rápido” y “trabajo de parto” (Pág. 19). Asimismo, se comenta en el libro que la participación de la oxitocina en el parto y la lactancia son los efectos más conocidos de esta hormona, sin embargo actualmente se conoce que posee un papel relevante en otros procesos tan diferentes e importantes para el organismo, como pueden ser la cicatrización, el establecimiento de vínculos afectivos, la calma, el aumento de la sociabilidad, etc.

Este libro puede hacernos plantearnos algunas cuestiones que nos invitan a reflexionar e informarnos ¿tiene relación el uso elevado de anestesia epidural con el número de depresiones postparto? ¿en qué manera estamos frenando la secreción natural de la hormona con la excesiva medicaliza-

ción que estamos haciendo del parto y qué efectos tiene esto sobre la madre y el bebé? ¿por qué no aprovechamos esa fuente de oxitocina natural que tenemos en las salas de parto en lugar de administrarla de forma externa en muchas ocasiones de manera generalizada? ¿es efectiva la oxitocina en tratamientos de fertilidad?

Resulta un libro interesante para la profesión enfermera, pues nos explica gran cantidad de acciones y conductas que favorecen la secreción de oxitocina. Esto es relevante tanto para nuestra vida personal y social, como en nuestro trabajo con los pacientes. Este libro nos aporta bosquejos que nos permitan desarrollar pautas y prácticas que fomenten la secreción de oxitocina y que nos permitan aumentar el umbral del dolor, promover la calma en personas nerviosas, desorientadas, con miedo, mejorar la cicatrización, la digestión, etc. En este sentido, los capítulos que relacionan oxitocina y tacto, oxitocina y otros sentidos (fundamentalmente en los beneficios en relación con el dolor), el masaje, también el llamado Comer: un masaje interno y el de Medicamentos inductores del efecto de “calma-contacto”, resultan a mi modo de ver los más útiles por la posibilidad de aplicación en nuestra labor profesional. Estos capítulos, desarrollan desde un punto de vista que hasta el momento no es muy conocido entre la mayoría de los profesionales sanitarios de nuestro sistema, ciertos beneficios que sí que han sido estudiados desde otras perspectivas.

Por ejemplo, podemos asegurar que es sabido por las enfermeras/os que el tacto es algo favorable para los pacientes, se puede decir que es un tema conocido por experiencia propia en nuestro trabajo diario y que además, de un tiempo a esta parte, empieza a haber cada vez más estudios que profundizan y describen los beneficios del tacto, siendo ya considerado un aspecto del cuidado basado en la evidencia científica (2, 3, 4, 5). Algo quizás más novedoso para nosotros, pero que tiene una eficacia demostrada y que se nombra en este libro, es el método de las madres-canguro (6), esta y otras prácticas beneficiosas para la salud y bienestar propios y de las personas que nos rodean se incluyen en este libro.

De modo que, ante todo es un libro recomendable para profesionales sanitarios, pero también para madres, padres, educadores y población en

general, pues la oxitocina tiene responsabilidad en ámbitos que a todos nos atañen como la relación con los demás, nuestra vida sexual y otras que todos conocemos como el nacimiento y la lactancia. Es un libro que resulta fácil de leer para las personas familiarizadas con el lenguaje y contenido médico y fisiológico, sin embargo, es un libro que puede ser asequible para personas no familiarizadas con este campo también, pues aporta numerosas ilustraciones, esquematiza continuamente lo que se explica resaltando lo más importante de los capítulos en recuadros y retoma y redonda en las mismas ideas durante todo el libro, lo cual puede ser útil para las personas que no están habituadas a este vocabulario o tipo de libros. Además, el hecho de que esté dividido en capítulos cortos puede facilitar la lectura a aquellas personas que quieran consultar únicamente temas puntuales relacionados con la oxitocina.

Reseña: Isabel Huércanos Esparza
Diplomada en enfermería por la Universidad Pública de Navarra. Licenciada en Enfermería Europea por la University of Brighton.

BIBLIOGRAFÍA

1. García Rojas, I (2006) ¿Está justificada la administración de oxitocina de forma rutinaria a todas las mujeres en trabajo de parto? Evidentia [Online] 3 (7). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/183articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. Consultado el 3 de Diciembre de 2009.
2. De la Torre Fdez-Trujillo, Julio; Arriaga Piñero, Esperanza; Gil Sacaluga, Rosario; Marchal Escabias, Miguel; Sebastián Iglesias, María Jesús; García Bañón, Ana. (2001) El empleo del tacto como forma de comunicación del profesional de enfermería. *Metas*, 33: 26-32.
3. Carbel, Begoña. (2000) El tacto: una forma de comunicación con el paciente. *Enfermería Clínica*, 10(1): 29-32.
4. Bermejo, J.C. (1996) Relación de Ayuda. En el misterio del dolor. San Pablo, Madrid
5. Márquez Doren, Francisca; Poupin Bertoni, Lauren; Lucchini Raies, Camila. (2007) Efectos del masaje en el recién nacido y el lactante. *Index de Enfermería [Online]*, 16(57): 42-46. [citado 2009 Dic 04] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000200009&lng=es.
6. Anderson, GC; Moore, E Hepworth, J; Bergman, N. (2003) Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 2. [Online] [citado 2009 Dic 04]

O EXERCÍCIO DA ENFERMAGEM. UMA ABORDAGEM ÉTICO-LEGAL*Oguisso, Taka y Schmidt, M^a José (2010)**Guanabara-Koogan, Río de Janeiro: 344 páginas.*

Aparece la tercera y renovada edición de este clásico de la enfermería ético legal escrito por dos eminentes profesoras que dominan tanto la ciencia de la enfermería como el derecho (ambas son enfermeras y abogadas) y en el que también colaboran los profesores Genival Fernandes de Freitas y Paulo Fernando de Souza Campos. Se trata, como señala la contraportada del texto, de un libro práctico escrito en lenguaje sencillo y accesible, por lo que es muy accesible y útil para enfermeras de hospitales, servicios de salud, clínicas de reposo, centros de atención primaria y asistencia domiciliaria, etc. Pero también la temática que se desarrolla a lo largo de sus 28 capítulos, culminados con cuatro excelentes apéndices y un orientativo índice alfabético, resulta extremadamente pertinente para los docentes interesados en las implicaciones ético legales del amplísimo y variado repertorio que conlleva el ejercicio de la enfermería. Temas que se relacionan de forma tan sugerente

como la familia, su tipología y su incidencia en la práctica de los cuidados considerando los aspectos éticos y jurídicos; las funciones de la enfermería: las características de la enfermería en el contexto laboral del trabajador autónomo; los derechos tanto de las enfermeras como de los pacientes; un recorrido histórico por los códigos de ética en Brasil; la normativa penal y ética en el contexto de la práctica profesional de enfermería; la relación de la bioética con la ética y la enfermería; las comisiones éticas en las instituciones sanitarias (estructura, funciones); las implicaciones éticas de la enfermería en el ejercicio de los cuidados de salud mental; las organizaciones internacionales de salud y las de enfermería, etcétera. En resumen, una obra clarificadora y ejemplar con un gran potencial didáctico para todo aquel enfermero interesado en los aspectos éticos y legales de su profesión.

*José Siles González.***DILEMAS ÉTICOS EN ANTROPOLOGÍA.****LAS ENTRETRELAS DEL TRABAJO DE CAMPO ETNOGRÁFICO***Del Olmo, Margarita Ed. (2010)**Trotta, Madrid: 358 páginas.*

Las implicaciones éticas del trabajo de campo etnográfico forman parte de la naturaleza propia de la interacción personal entre individuos y grupos culturales independientemente del rol desempeñado en el transcurso de dichas relaciones. Este destacable texto se ocupa de tan delicado y complejo asunto a lo largo de diecisiete capítulos de escritos por dieciséis especialistas en el campo etnográfico, dado que, además de la editora, colaboran en esta obra: Caridad Hernández, Jesús Adánez, Ángel Díaz, Diana Marre, Fernando Monge, Elisabeth Lorenzi, Alicia Re, Virtudes Téllez, Nancy Scheper, Carmen Osuna, Pilar López, Waltraud Müllauer, Matilde Fernández, Manuel Moreno, Pilar Cucalón. En sus dieciséis capítulos, los autores abordan el tema de las implicaciones éticas desde diferentes perspectivas y también atendiendo

a la particularidad de los contextos en los que han ido desarrollando su labor antropológica. Particularmente interesantes para enfermería resultan los capítulos del doctor Moreno Preciado sobre la ética en antropología de los cuidados el que se ocupa de la dialéctica entre el sujeto-objeto como ejemplar que protagoniza el foco de la investigación antropológica. A pesar de esta heterogeneidad en perspectiva y temática, el contexto antropológico y una declarada y firme postura autocrítica confiere una visión múltiple y, a la vez homogénea, dada su voluntad por marcar los límites, dificultades y errores que, desde la visión ética de los fenómenos, se pueden cometer en el casi siempre arriesgado trabajo etnográfico.

José Siles González.

PREMIOS VIDA Y SALUD DE NARRATIVA

El jurado del premio Vida y Salud de Narrativa, en su X Edición **Modalidad Absoluta**, organizado por la Escuela de Enfermería de la Universidad de Alicante y el grupo de investigación Cultura de los Cuidados, ha estado compuesto por las siguientes personas:

- **Presidenta:** Dña. Ana Laguna Pérez.
Directora de la E.U. de Enfermería de la Universidad de Alicante
- **Vocal 1:** Luis Cibanal Juárez
- **Vocal 2:** Carmen Solano Ruiz.
- **Vocal 3:** Elena Ferrer Hernández
- **Vocal 4:** Rafael Pascual Martínez
- **Secretario:** José Siles González

Tras la pertinente deliberación sobre los 253 relatos recibidos, ha fallado a favor de la mayor calidad literaria del cuento titulado “**Vías**” del que es autor **D. Jose M^a Bernet Granado**.

En esta edición han participado un total de 253 relatos, 72% procedentes de España; 26,5% procedentes de Iberoamérica y el 1,5% de otros países.

El premio está dotado con 600 Euros otorgados por la Escuela de Enfermería de la Universidad de Alicante y la próxima publicación del relato en la revista “Cultura de los Cuidados”.

El jurado del premio Vida y Salud de Narrativa, en su X Edición **Modalidad Profesionales y Estudiantes** organizado por el Colegio de Enfermería de Alicante y el grupo de investigación Cultura de los Cuidados (de la E.U. enfermería de la Universidad de Alicante), ha estado compuesto por los siguientes miembros

- **Presidente:** D. Jose Antonio Avila Olivares,
Presidente del Consejo Valenciano de Enfermería
- **Vocal 1:** Luis Cibanal Juárez
- **Vocal 2:** Carmen Solano Ruiz.
- **Vocal 3:** Elena Ferrer Hernández
- **Vocal 4:** Rafael Pascual Martínez
- **Secretario:** José Siles González

Tras la pertinente deliberación sobre los 177 relatos recibidos, ha fallado a favor de la mayor calidad literaria del cuento titulado “**Te lo mereces**” del que es autora **Dña. Raquel Hernández Blas**.

En esta edición han participado un total de 177 relatos, de ellos el 97% son procedentes de España; y el 3% de Iberoamérica. La dotación de este premio es de un total de 300 Euros otorgado por el Colegio de Enfermería de Alicante y la próxima publicación del relato en la revista “Cultura de los Cuidados”.

<http://web.ua.es/es/cultura-cuidados/>

The screenshot shows a web browser displaying the website of the 'Asociación de Historia y Antropología de los Cuidados de Enfermería, Cultura de los Cuidados'. The page features a navigation menu with options like 'REVISTA', 'JORNADAS', 'PREMIOS', and 'LINEAS DE INVESTIGACIÓN'. A main section titled 'Asociación de Historia y Antropología de los Cuidados de Enfermería' contains a sub-section for 'PREMIOS VIDA Y SALUD DE NARRATIVA' (Publicación 03/12/2010). The text in this section describes the 10th edition of the award, mentioning the 'Modalidad Absoluta' and 'Modalidad Profesionales y Estudiantes' categories, and lists the winners: D. Jose M^a Bernet Granado for 'Vías' and Dña. Raquel Hernández Blas for 'Te lo mereces'.

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidenta: José Siles González
 Secretarías: Carmen Sobano Ruiz
 Vicepresidenta sección española: Francisca Hernández Martín.
 Universidad Complutense, Madrid.
 Vicepresidenta sección Iberoamericana: Julia Oguiso.
 Universidad de Sao Paulo, Brasil

Vocales:

Manuel Amezcua Martínez, *Fundación Index.*
 Magdalena Santa Tomás Pérez, *Universidad de Valladolid.*
 Luis Chabal Juan, *Universidad de Alicante.*
 José Ramón Martínez Kera, *Universidad de Alicante.*
 Amparo Nogales Espert, *Universidad Juan Carlos I.*
 Antonio C. García Martínez, *Universidad de Alcalá.*
 Manuel J. Corrao Martínez, *Universidad de Sevilla.*
 César Russo Moreira, *Universidad de Granada / Fundación Index.*
 Encarnación García Hernández, *Grupo Investigación Cultura de los Cuidados.*
 Flores Yizcaya Moreno, *Universidad de Alicante.*
 Rosa Mª Pérez Cabezas, *Universidad de Alicante.*
 Eva Caballón Bravo, *Universidad de Alicante.*
 Joan Mario Domínguez Santamaría, *Universidad de Alicante.*
 Carmen Chausson Vega, *Grupo Investigación Cultura de los Cuidados, Gijón.*
 Mercedes Núñez del Castillo, *Universidad de Alicante.*
 Miguel Castells Molina, *Universidad de Alicante.*
 Miguel Ángel Fernández Molins, *Universidad de Alicante.*
 Mercedes Rico Baeza, *Universidad de Alicante.*
 Julia Ripaquán Silva, Chile, *Grupo de Investigación Cultura de los Cuidados.*
 Mitzí Lavieles Valderrín, Chile, *Grupo de Investigación Cultura de los Cuidados.*
 Noemi Mozo Alvarez, México, *Grupo de Investigación Cultura de los Cuidados.*
 Mª Teresa Pinedo Viquez, *Grupo de Investigación Cultura de los Cuidados.*
 Genival Fernandes de Freitas, *Grupo de Investigación Cultura de los Cuidados, Brasil.*
 Alfredo Bermúdez, México.
 Fernando Porto Ramos, Brasil.
 Luciana Borichon Luchesi, Brasil.
 Paulo Souza Campos, Brasil.
 Alessandra Corrêa, Brasil.
 Alire Carada, Portugal.
 Oscar M. Ramos Ferreira, Portugal.
 Isabel Soares, Portugal.
 Teresa Galvão, Portugal.
 Ana B. Pires, Portugal.
 Marilisa Pires Viebo de Freitas, Portugal.
 Joel Maricio, Brasil.
 Almerinda Moreira, Brasil.
 Wellington Amorim, Brasil.
 Miriam Borandim, Brasil.

- Reconocido de Interés Profesional por el CECOVA
- Solicitado Reconocimiento Gréfitos Libre Elección
- Solicitado Gréfitos para la Formación

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente: José Antonio Avila Olivares
 Secretarías: Ricardo Martín Penabaz

Vocales:

Antonio Hernández Ontano
 Fernando Fernández Canóla
 Belén Poyá Pérez Manuel Llilo Cresco
 Isabel Cabanero Martínez
 Ana Lucía Moreno Martínez
 Antonio Páez Rodríguez
 José M. Peces Moreno
 Antonia Verdú Rico
 Remedios Yáñez Matos
 Mª Angeles Gómez Valiente
 Ascension Marrasqui Rodríguez
 Mª José Flores López

Elena Ferrer Hernández
 Mª Pilar Benito Ribig
 Monserrat Argallo Perro
 César Rico Beltrán
 Belén Estevan Fernández
 E. Javier Fernández Martínez
 Mª Dolores Mateo Corra
 Alberto Ruiz Gómez
 Soledad García Sanjuán
 Salvador Lacana Costas
 Belén Coves Vidal
 Ana Delgado García

ORGANIZA



Universitat d'Alicant
 Departament de Enfermeria

COLABORA

Federación Iberoamericana de Historia de Enfermería
 Asociación Nacional de Historia de la Enfermería
 Colegios de Enfermería de Alicante, Castellón y Valencia
 Escuela de Enfermería (Universidad de Alicante)
 Fundación Index

INFORMACIÓN E INSCRIPCIONES

www.npmundo.com/congreso

SECRETARÍA TÉCNICA

Dpto. Congresos Viajes Nuestro Pequeño Mundo
 Avenida de la estación, nº 5 - 03003 Alicante
 Teléfono: 965130228 • Fax: 965229907
www.npmundo.com/congreso
 e-mail: congreso@npmundo.com

LA HISTORIA INTEGRADORA DE CULTURAS Y SABERES



III SIMPOSIO IBEROAMERICANO DE HISTORIA DE LA ENFERMERIA

XII CONGRESO NACIONAL

VII INTERNACIONAL DE HISTORIA DE LA ENFERMERIA Y

VII JORNADAS INTERNACIONALES DE CULTURA DE LOS CUIDADOS

Universidad de Alicante (España),

24, 25 y 26 de noviembre de 2011

LA HISTORIA INTEGRADORA DE CULTURAS Y SABERES

OBJETIVOS

Con la celebración de este evento científico, nos hemos propuesto:

- Servir de plataforma de interacción y comunicación entre los historiadores de la enfermería del ámbito iberoamericano.
- Identificar el potencial de la historia como facilitadora de la integración de culturas y saberes en enfermería.
- Desarrollar una metodología cualitativa para la dialéctica salud-enfermedad, y establecer su relación con la dimensión holística de los cuidados enfermeros, desde el punto de vista de la historia, a través de la investigación fenomenológica, teórica, histórica y antropológica de los cuidados enfermeros. Así como servir de plataforma para el intercambio de estudios, y paradigmas en enfermería.
- Analizar el aspecto humanista de la enfermería mediante el estudio histórico y cultural de los cuidados.
- Promover la reflexión y el debate entre las diferentes concepciones de cuidado a través del tiempo, y sobre todo, poner en marcha una interacción pragmática entre pasado y presente, capaz de situar la enfermería en el espacio social y profesional mediante la reflexión historiográfica enfermera.
- Contribuir a la organización periódica de eventos (jornadas, congresos) en donde se expongan los trabajos relativos a los campos anteriormente expresados.
- Reflexionar sobre la dimensión histórica de las vivencias que transcurren durante los procesos de salud-enfermedad.
- Clarificar las raíces culturales históricas que determinan los estilos de vida.

Dirigido a: **profesionales de la salud y personas vinculadas con las Ciencias Sociales y Humanidades.**

PROGRAMA CIENTÍFICO PRELIMINAR

JUEVES 24 NOVIEMBRE

▶ MAÑANA

- 8:30 h. Entrega de documentación.
- 9:00 h. Colocación de Póster (Hall Edificio de Enfermería).
- 9:30 h. Acto de apertura.
- 10:00 - 11:00 h. **Conferencia inaugural: La incidencia del CIE en la historia y socialización de la Enfermería.**

Dra. Taka Oguiso (Universidad Sao Paulo).

11:00 h. Pausa - Café.

11:30 - 12:30 h. **Mesa Redonda N° 1:**

Historia y Cultura de los cuidados.

- Dr. Francisco Herrera Rodríguez (Universidad de Cádiz)
- Dr. Alfredo Bermúdez González (UNAM México)
- Dr. Manuel J. García Martínez (Universidad de Sevilla)

12:30 h. Presentación de Comunicaciones.

12:30 h. Presentación libros

Fallo Premio VIDA Y SALUD

14:00 h. **Almuerzo de trabajo**

▶ TARDE

16:00 h. **Mesa Redonda N° 2:**

"Historia y Fenomenología: la vivencia de los cuidados a través del tiempo"

- Dr. Genival Fernández de Freitas (Universidad de Sao Paulo)
- Dra. Amparo Nogales Espert (Universidad Juan Carlos I, Madrid)
- Dr. Fernando Porto Ramos (Escuela de Enfermería Alfredo Pinto UNIRIO)

17:30 h. Presentación de Comunicaciones.

18:00 - 20:00 h. **Taller Investigación cualitativa: El trabajo con narrativas (Fundación Index)**

20:00 h. Acto lúdico

VIERNES 25 NOVIEMBRE

▶ MAÑANA

9:00 - 10:00 h. **Mesa redonda N° 3:**

Historia y Antropología: historia cultural de los cuidados.

- Dra Teresa Miralles Sangro (Universidad de Alcalá de Henares)
- Dr. Antonio García Martínez (Universidad de Huelva)
- D^o Julia Huariqueán Silva (Universidad de Concepción, Chile)

10:45 h. Pausa Café.

11:00 h. Defensa Posters.

11:15 h. Presentación de Comunicaciones.

14:00 h. Almuerzo de trabajo

▶ TARDE

16:30 - 18:00 h. **Mesa redonda N° 4:**

La teoría de la historia de los cuidados.

- D^o María Alilde Dos Santos (E.S.E. Lisboa)
- D. José Antonio Ávila Olivares (CECOVA)
- D. Manuel Amezcua Martínez (Fundación Index)

18:00 - 20:00 h. Presentación de Comunicaciones.

18:00 - 20:00 h. Reunión Constitución Federación Iberoamericana de Enfermería.

SABADO 26 NOVIEMBRE

▶ MAÑANA

10:00 h. **Conferencia de Clausura:**

La historia como integradora de culturas y saberes.

- Dra. Francisco Hernández Martín (Universidad Complutense de Madrid)
- 11:00 h. Comunicaciones libres
- 13:00 h. Conclusiones y clausura

NOTA: Se podrán enviar comunicaciones digitales a través de parámetro digital organizado por la Fundación Index.



REVISTA DE ENFERMERÍA Y HUMANIDADES

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos

Domicilio

Población Cód. Postal Provincia

Teléfono Actividad profesional

BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN

Deseo suscribirme por un año (dos números) al precio de 12 euros que abonaré mediante:

- Cheque bancario nominativo adjunto n.º _____
- Transferencia a BANCAJA, cuenta N.º 2077 0482 16 3100 518783
- Domiciliación bancaria

*Departamento de suscripción: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)
C/. Xàbia, 4 - 3º Pta. 10 - 46010 Valencia*

Cultura de los Cuidados

ORDEN DE PAGO POR DOMICILIACIÓN BANCARIA

Banco o Caja de Ahorros

Domicilio de la Sucursal

Población Cód. Postal Provincia

Cuenta Corriente. Libreta de Ahorros N.º

Clave del Banco Clave y n.º de control de la sucursal N.º de Cuenta Corriente

Ruego a ustedes se sirvan tomar nota del recibo que deberé abonar anualmente en mi cuenta con esta cantidad cuyo recibo será presentado para su cobro por el Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA).

Nombre del titular de la cuenta o libreta

Fdo.:

