

CULTURA DE LOS CUIDADOS

REVISTA DE ENFERMERIA Y HUMANIDADES

2.º Semestre 2003 • Año VII - N.º 14

FENOMENOLOGÍA

- *Impresiones de mi pasantía en la Universidad de Antioquia*

HISTORIA

- *Situación del Preventorio de Tuberculosos de Aguas de Busot; experiencia personal*
- *La Beneficencia Onubense en el sello durante la Guerra Civil Española. Parte II*

ANTROPOLOGÍA

- *Saberes de mujeres. La legitimación del conocimiento masculino*
- *Perspectiva Antropológica y Psicosocial de la muerte y el duelo*
- *Inmigración y necesidades formativas de los cuidadores*
- *Homogenización de la cultura alimentaria entre niños y adolescentes*
- *¿Qué experiencias, actitudes y comportamientos tienen los adolescentes españoles ante la contracepción?*

TEORÍA Y MÉTODO

- *El estatus científico de la Enfermería: paradigma, método y naturaleza de su objeto de estudio*
- *La Enfermería ante el enfoque del caos y la complejidad*
- *Análisis de las vivencias de un paciente en cuidados intensivos desde la perspectiva de la complejidad*

MISCELÁNEA

- *Biblioteca comentada*
- *III JORNADAS INTERNACIONALES DE CULTURA DE LOS CUIDADOS Y 30th ANNUAL CONFERENCE OF THE TRANSCULTURAL NURSING SOCIETY. VI Reunión sobre Investigación Cualitativa en Salud*
- *Programa de Doctorado 2003-2005*
- *VIII EDICIÓN DEL PREMIO "VIDA Y SALUD DE RELATOS"*
- *II PREMIO DE VÍDEO "VIDA Y SALUD"*



CONSEJO DE
ENFERMERÍA
DE LA COMUNIDAD
VALENCIANA

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



ASOCIACIÓN NACIONAL DE
HISTORIA Y ANTROPOLOGÍA
DE LOS CUIDADOS

SUMARIO

DIRECCIÓN

José Síles González

SUBDIRECCIÓN

Luis Cibanal Juan

DIRECCIÓN TÉCNICA Y FINANCIERA

José A. Ávila Olivares

Antonio Verdú Rico

Mercedes Núñez del Castillo

Juan José Tirado Dauder

Francisco Mulet Falcó

Francisco J. Pareja Lloréns

COMITÉ ASESOR NACIONAL

Manuel Amezcua (Granada)

Carmen Chamizo Vega (Gijón)

Alberto Gálvez Toro (Jaén)

Manuel J. García Martínez (Sevilla)

Antonio C. García Martínez (Sevilla)

Esperanza de la Peña Tejeiro (Mérida)

Cecilio Eserverri Cháverri (Palencia)

Francisca Hernández Martín (Madrid)

Francisco Herrera Rodríguez (Cádiz)

Amparo Nogales Espert (Valencia)

Natividad Sánchez González (Albacete)

Francisco Ventosa Esquilardo (Salamanca)

COMITÉ ASESOR INTERNACIONAL

Carmen de la Cuesta Benjumea

Marilyn Douglas (EE.UU.)

Ximena Isla Lund (Chile)

Carmen Luz Muñoz Mendoza (Chile)

Cecilia Rohrbach (Suiza)

Raquel Spector (EE.UU.)

M^a Teresa Torres (Ecuador)

Rick Zoucha (EE.UU.)

Asesor Enfermería Militar: Capitan J. Fco.

Montes Jiménez

CONSEJO DE REDACCIÓN

SECRETARÍA

Elena Ferrer Hernández *ferrer_ele@gva.es*

REDACTOR ELECTRÓNICO

Pablo Martínez Cánovas

Miguel Castell Molina

Isabel Casabona Martínez

Juan Mario Domínguez Santamaría

Belén Estebán Fernández

Pilar Fernández Sánchez

Eva M^a Gabaldón Bravo

Roberto Galao Malo

Yolanda Gallardo Frías

Pedro Hernández Vidal

David Molero Tolino

Asunción Ors Montenegro

Rosa Pérez-Cañaveras

M^a Mercedes Rizo Baeza

Carmen Solano Ruiz

Flores Vizcaya Moreno

M^a Teresa Ruiz Royo

José Ramón Martínez Riera

RELACIONES INTERNACIONALES

Maribel Sanz Quintero

M^a José Muñoz Reig

Adrián S. Morse

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

SUSCRIPCIONES: Consejo de Enfermería de

la Comunidad Valenciana (CECOVA)

C/. Xàvia, 4 - 3^a Pta. 10 - 46010 Valencia

Tarifas 2 números (1 año)

España y Portugal: 12,02 euros

Alumnos Enfermería: 7,21 euros

Extranjero: 18,03 euros

Revista «on line»: <http://enfte.ua.es>

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

Título clave: Cultura de los Cuidados

Título abreviado: Cul.Cuid.

Edita: Consejo de Enfermería Comunidad

Valenciana (CECOVA)

Imprime: Gráficas Estilo, S.C. Alicante

LA DIRECCIÓN DE LA REVISTA NO SE HACE RESPON-

SABLE DE LOS CONTENIDOS DE LOS ARTÍCULOS

NORMAS DE PUBLICACIÓN 4

FENOMENOLOGÍA

Impresiones de mi pasantía en la Universidad de Antioquia 5

CIBANAL JUAN, L.

HISTORIA

Situación del Preventorio de Tuberculosos de Aguas de Busot; experiencia personal. 9

RUBIO LÓPEZ, S.; CANDELA FERRI, J.; MIRÓ BATLLE, S.;

POZO CISNEROS, L. GABALDÓN BRAVO, E. M.

La Beneficencia Onubense en el sello durante la Guerra Civil Española. Parte II 16

GUERRA GONZÁLEZ, J.E.

ANTROPOLOGÍA

Saberes de mujeres. La legitimación del conocimiento masculino 21

RIGOL CUADRA, A.

Perspectiva Antropológica y Psicosocial de la muerte y el duelo 27

PACHECO BORRELLA, G.

Inmigración y necesidades formativas de los cuidadores 44

MORENO PRECIADO, M., MARTÍN HERNÁNDEZ, T.

Homogenización de la cultura alimentaria entre niños y adolescentes 49

REIG MF, RIZO MM, ALARCÓN N, CORTES E.

¿Qué experiencias, actitudes y comportamientos tienen los adolescentes españoles ante la contracepción? 59

OLTRA RODRÍGUEZ, ENRIQUE; RIESTRA RODRÍGUEZ, ROSARIO; CHAMIZO VEGA,

CARMEN; GONZÁLEZ PISANO, ANA COVADONGA; GONZÁLEZ PISANO, MARTA;

MIRÓN ORTEGA, M^a DOLORES; MENDIOLAGOITIA CORTINA, LUIS.

TEORÍA Y MÉTODO

El estatus científico de la Enfermería: paradigma, método y naturaleza de su objeto de estudio 71

SALAS IGLESIAS, M.J.

La Enfermería ante el enfoque del caos y la complejidad 79

RODRÍGUEZ, J., PEÑA, K.

Análisis de las vivencias de un paciente en cuidados intensivos desde la perspectiva de la complejidad 83

SOLANO RUIZ, C., SILES GONZÁLEZ, J.

MISCELÁNEA

Biblioteca comentada 92

III JORNADAS INTERNACIONALES DE CULTURA DE LOS CUIDADOS Y 30th ANNUAL CONFERENCE OF THE TRANSCULTURAL NURSING SOCIETY.

VI Reunión sobre Investigación Cualitativa en Salud 96

Programa de Doctorado 2003-2005 98

VIII EDICIÓN DEL PREMIO "VIDA Y SALUD DE RELATOS" 101

II PREMIO DE VÍDEO "VIDA Y SALUD" 102

ESTRUCTURA DE LA REVISTA Y NORMAS DE PUBLICACIÓN



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

1.- Editorial.

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

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

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

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

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

7.- Cartas al Director.

PRESENTACIÓN DE LOS TRABAJOS

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

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

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

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

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

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

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

- Estructura del manuscrito: En la primera página figurará el título del artículo seguido del nombre de los autores, su categoría profesional y la dirección del primer autor; en la segunda página, un resumen del trabajo no superior a 200 palabras, con 3 ó 4 palabras clave; las siguientes páginas incluirán el contenido del artículo, con una extensión no superior a los diez folios; la última página estará dedicada a la bibliografía.

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

- Dirección donde deben remitirse los manuscritos:

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

FENOMENOLOGÍA

IMPRESIONES DE MI PASANTIA EN LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

Luis Cibanal Juan

Catedrático de Escuela Departamento de Enfermería E.U.E.
Universidad de Alicante



Estimados colegas y amigos de Medellín –Antioquia– Colombia, les envío el saludo franciscano de Paz y Bien. Sí, creo que este mensaje es lo que yo he percibido, como una necesidad imperante durante mis recientes 15 días pasados con vosotros. Algunos de ustedes así como de mis colegas me han pedido que les diga cuáles han sido mis impresiones y vivencias. Voy a intentar hacerlo, no sin antes dejar claro, que estas letras son una transcripción pobre de cómo yo he captado una parte de la realidad, que no la realidad misma, ya que todo lo que uno ve, oye, toca... lo pasa por el filtro de su propia interpretación, el cual es siempre subjetivo, resultando una vez más que lo que está claro para mí, solo lo está para mí.

Voy a presentar ciertas vivencias personales a modo de flash.

PRIMER FLASH

En primer lugar me llamó la atención la calorosa y exquisita acogida. Al principio pensé: es normal, son personas que ya me conocen, y en cierto modo son como amigos; pero no, pude observar y experimentar que la hospitalidad y la acogida con cariño, son valores que pude saborear en esta parte de Colombia, en concreto en Medellín. Estos valores me hacían sentirme a gusto, de forma comfortable y al mismo tiempo me servían para tranquilizar a mi familia la cual estaba muy preocupada por todo lo que se comenta respecto a la inseguridad de ese país; sin embargo dentro de mí había otro sentimiento no menos importante, el de sentirme interpelado o en cierto modo avergonzado porque mi acogida del otro, del de fuera, ya sea extranjero o no, deja mucho que desear en empatía, delicadeza, calidez, humanidad, etc. En más de una ocasión les manifesté lo cómodo que me hacían sentirme con su entrañable acogida, y que creo poder decir en términos generales, que nuestra acogida es más fría, distante, pienso que estamos perdiendo estos valores, y yo suelo tener este eslogan al hablar de la relación de ayuda: “si no hay acogida no hay relación, en la acogida se juega uno la relación”.

SEGUNDO FLASH

Está relacionado con la parte negativa que me dieron del país en el que aparecen: altas tasas de homicidio, un marcado deterioro de la salud mental, la inseguridad ciudadana, cantidad de personas secuestradas y desaparecidas, el fenómeno creciente del desplazamiento forzoso, altos niveles de violencia intrafamiliar y violaciones de los derechos humanos como una realidad inmanente. La viven-

cia de la violencia estaba continuamente aflorando en toda conversación, ya fuera esta social o de la vida cotidiana, ya sea en las clases impartidas a alumnos y profesores, e incluso en los diversos discursos políticos y académicos escuchados tanto al Presidente de Colombia como al Rector de la Universidad y otros políticos y profesores con motivo de celebrarse esos días los 200 años de la Universidad de Antioquia -Medellín- Colombia. Con toda sinceridad he de decir, que debido a la acogida y protección con la que me mimaron yo no sentí miedo en ningún momento, a parte que tampoco percibí nada de violencia; pero sí he de decir que este sentimiento estaba por doquier, como el aire que uno respiraba. Creo que este sentimiento de inseguridad y violencia se iba apoderando de mí contagiándome lentamente y sentir lo absurdo de la existencia humana en un mundo tan impregnado de angustia, miedo y casi desesperanza. Estas ideas y sentimientos estaban dando vueltas continuamente en mí como un carrusel, hasta el punto que me quitaban el sueño y cierta paz sintiendo la existencia como la ausencia del paraíso perdido. Ante esta realidad, sacudí mi mente y me dije: ¡Luis para el carrusel!, escucha a la gente cómo hace ella para no caer en la desesperanza, para no terminar en una depresión colectiva o incluso en el suicidio. Ante esto tuve dos respuestas: una, la que me decía la gente, colegas profesores, alumnos y otras personas entrañables que conocí: “Vivimos el día a día, haciendo nuestro trabajo, ocupándonos de la familia, disfrutando de lo que tenemos, de los lugares para pasear y hacer deporte, ver cine, conversar... y siempre con la esperanza de que algo se vaya avanzando en ir ganando espacio físico de tierra que podamos disfrutar con nuestras salidas los fines de semana, y también con la esperanza de que políticamente sea menor el miedo a la guerrilla”.

Reflexionando sobre la violencia, me vino a la memoria un curso que recibí sobre cómo gestionar la violencia del psicólogo americano Kholrieser. Este autor relacionaba la violencia con el duelo o duelos no resueltos, y desde aquí se me hace más comprensible entender la violencia entendida como un sentimiento no expresado ni canalizado, de forma que se evacue sin que haga daño a uno mismo ni a los demás, ni sobre todo a la persona que lo ha provocado.

También aparece esta idea del duelo en la autora Alice Miller que en su libro “por tu propio bien” citado en el libro *La cosecha de la ira* de Constanza Ardilla Galvis, quién sostiene que, en la literatura pedagógica de los últimos doscientos años, se pueden descubrir los métodos empleados sistemáticamente para que los niños no recuerden la manera en que fueron tratados por sus padres. Esto, acompañado de la compulsión a la repetición del ejercicio del poder, explica cómo los antiguos métodos se siguen aplicando con mucho éxito en nuestros días.

Ella se pregunta: ¿cómo es posible el perdón si a duras penas sabemos lo que realmente nos hicieron y cómo nos lo hicieron, si todo lo que podemos recordar es que nos castigaban “amorosamente” por nuestro propio bien? Pero el odio infantil no se borra sino que se desplaza hacia otras personas o hacia el propio yo. El auténtico perdón no bordea la rabia sin tocarla, sino que pasa a través de ella. “sólo cuando pueda indignarme por la injusticia que cometieron conmigo, cuando advierta el acoso como tal y pueda reconocer y odiar a mi perseguidor como tal, sólo entonces se me abrirá la vía del perdón”. Sostiene que sólo se pueden transformar en duelo los hechos reconocidos, de manera que el dolor, ante su carácter inevitable, dé cabida a la comprensión del adulto, quién después de mirar su propia infancia se libera finalmente de su propio odio y es capaz de vivir una empatía auténtica y madura.

Plantea que todo perseguidor ha sido, en algún momento, una víctima, y que poder verlo de esa manera ilumina un hecho trágico pero ofrece la posibilidad de cambio, pues se abandonan los sentimientos de culpa y se elabora el duelo para reavivar los sentimientos y aceptarlos. Surgirá entonces el niño sano que tendrá la posibilidad de experimentar sus necesidades. Esto no significa volverse una persona resentida, sino todo lo contrario: “sólo el odio que se siente por personas sustitutivas es infinito e insaciable –como lo hemos visto en el caso de Adolfo Hitler– porque en el plano consciente el sentimiento ha sido separado de la persona a la que originalmente iba dirigido”.

Al reavivarse estos sentimientos, se posibilita el duelo y, en muchos casos, la reconciliación que forma parte de un proceso de curación psíquica.

ca. Sin embargo, los adultos tendemos a ocultar lo que nos han y hemos hecho, propugnando una rápida reconciliación de los hijos con los padres, sin caer en cuenta de que se trata de una ilusión, pues esa “reconciliación” cubrirá el odio inconsciente acumulado o desviado hacia otras personas y apuntalará el falso yo de los padres a costa de sus hijos... Pensamos que trabajando los duelos con los padres y los hijos es posible comenzar a salir de esa guerra de la violencia familiar y social en la que viven y por extensión en la que vivimos.

TERCER FLASH

Desde la perspectiva que acabamos de señalar, creo que cambia el concepto de salud que ellos tienen al que tenemos nosotros. La salud no se reduce solamente a la prevención y atención médica de las enfermedades y al consiguiente suministro de medicamentos y servicios hospitalarios, –que en estos aspectos deja muchísimo que desear y que sería largo de expresar al escuchar a la gente a este respecto–, sino que el concepto de salud se asume en un sentido más holístico como es el de bienestar, de vida digna, de seguridad y paz, de adecuada calidad de vida para las personas, sobre todo los mayores y los pobres. En otras palabras, la salud entendida como una disminución de: el alcohol y las drogas, los homicidios y suicidios, las lesiones personales, la gran cantidad de violencia intrafamiliar bien sea esta conyugal o de pareja, o bien del maltrato a menores de edad o de violencia sexual, etc., que como bien podemos suponer todo esto engendra numerosas enfermedades físicas y psíquicas de dimensiones inimaginables.

CUARTO FLASH

Con motivo de la VII conferencia iberoamericana de educación en enfermería, pude comprobar el alto grado de formación en enfermería de la mayor parte de las Facultades de Enfermería de los diversos países de América Latina. Comprendí cómo sus problemas y deseos de seguir avanzando en una Enfermería más holística y de calidad es parte también de su preocupación, si bien el hecho de que la mayoría de ellos tengan la licenciatura, la maestría y el doctorado les da una calidad que nosotros todavía no tenemos, aunque vamos ya dando este salto. Puedo decir que globalmente

estamos con las mismas inquietudes y preocupaciones, hablando más o menos el mismo lenguaje. Asistí, dentro de estas jornadas, al simposio sobre Salud Mental, y por unos momentos me parecía encontrarme en el Congreso de Enfermería en Salud Mental celebrado en Gerona en abril del 2001 donde abordábamos la misma problemática, como si fuera un mismo calco, lo cual me llevó a pensar que en ciertas materias “estamos en el mismo barco”.

QUINTO FLASH

La Universidad de Antioquia celebró el día 9 de octubre sus 200 años. Transcribo unas notas sobre esta Universidad aparecidas en el Programa de conmemoración del bicentenario.

Durante dos siglos la Universidad de Antioquia se ha erigido como el Alma Mater de este Departamento, y su historia también en la historia de la región y de Colombia.

“Desde su origen, que se remonta a la época colonial con el nombre de Real Colegio de Franciscanos, se constituyó en la alternativa de formación para los habitantes de la pequeña Villa de la Candelaria, como respuesta a los ideales de formación cultural, política y científica.

La Universidad de Antioquia, nombre que recibió en 1901, en sus inicios impartió programas de gramática, filosofía y teología. En la actualidad, atiende cerca de veintiocho mil estudiantes en ochenta y siete programas de pregrado y en ciento veinte programas de postgrado en diferentes áreas del saber, en Medellín y en cinco regiones del Departamento. Realiza actividades de extensión y de proyección a la comunidad regional y nacional, y desarrolla ambiciosos proyectos de investigación e innovación tecnológica. Los altos estándares de calidad y el compromiso con la proyección social de se quehacer la han hecho digna del certificado de Acreditación Institucional.

Doscientos años después y heredera de una historia majestuosa, la Universidad de Antioquia sigue fiel a sus postulados iniciales. Es, ahora más que nunca, uno de los proyectos culturales colectivos más importantes de Antioquia, y se ha convertido en un referente investigativo y académico de Colombia y de Latinoamérica, gracias a la mística y a la labor abnegada de cientos de hombres y

mujeres que han hecho de la Institución una Casa del Conocimiento respetuosa de la diferencia, amante de la diversidad y defensora de la libertad”.

Con este motivo hubo una gran fiesta y muchos discursos de la Academia y de los políticos, así como una exposición de parte de lo que hace la Universidad en sus diversas facultades. Esta exposición se celebró durante varios días en un gran pabellón de Feria de Muestras, llevaba por título: “Tierra, conocimiento y cultura, EXPO Universidad 2003”, la cual permitía a nativos y extranjeros darnos una pequeña idea de la gran labor llevada a cabo por la Universidad. La Facultad de Enfermería exponía varios trabajos de investiga-

ción de gran calidad que se estaban llevando a cabo en varias áreas de Enfermería.

Termino este breve recorrido dando las gracias a la familia que me acogió –Agustín, María del Carmen e Isabel– la cual con su gran bondad y paciencia me acompañaron y me explicaron la realidad que vivían. Tengo un pensamiento especial para Isabel una niña de ocho años de esta familia que me sorprendía cada día con los mensajes de ternura y esperanza que de vez en cuando donde menos lo esperaban le dejaba cariñosamente a sus padres, su inocencia, amor y alegría me hacían comprender que cada día es posible la esperanza.



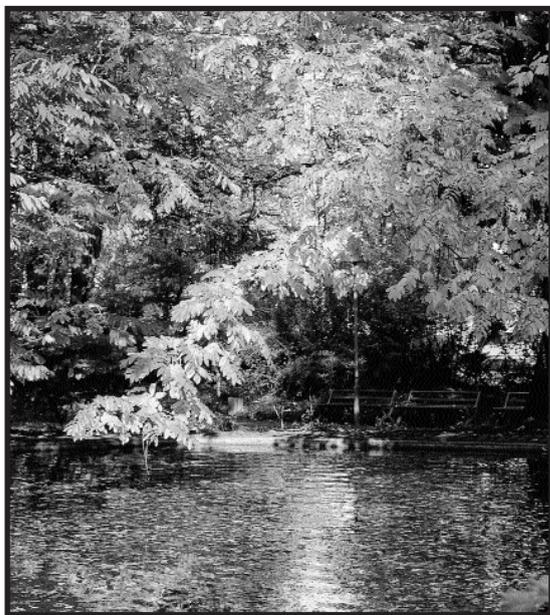
HISTORIA

SITUACIÓN DEL PREVENTORIO DE TUBERCULOSOS DE AGUAS DE BUSOT; EXPERIENCIA PERSONAL

Rubio López, S*.; Candela Ferri, J*.; Miró Batlle, S*.; Pozo Cisneros, L*.

*Alumnos E.U.Enfermería, Alicante.

Gabaldón Bravo, E. M., Profesora Titular E.U.E. Alicante



TUBERCULOSIS HOSPITAL IN AGUAS DE BUSOT: A PERSONAL EXPERIENCE

ABSTRACT

A special site with an important historical background is analysed, considered here as a reflection of the evolution of the nursing profession with the aim of studying and caring for our past, to improve our present and to create a better future.

Key words:

Historical background, tuberculosis hospital, nursing, tuberculosis, nursing records evolution.

RESUMEN

El artículo trata tanto de un análisis sobre un lugar concreto, con gran bagaje histórico, como una reflexión sobre la evolución de la profesión enfermera. Un ánimo al estudio y cuidado de nuestro pasado, para mejorar el presente y crear un futuro mejor.

Palabras clave:

Estudio histórico, sanatorio tuberculoso, enfermería, tuberculosis, evolución de registros enfermeros.

INTRODUCCIÓN

Sin duda la tuberculosis es una enfermedad que acompaña al hombre desde la prehistoria, de hecho, existen referencias escritas desde Egipto, Babilonia y China.

Durante la Revolución Industrial se produjo una exacerbación de esta enfermedad, que fue considerada endémica durante la Edad Media, siendo la productora del 30% de las muertes del momento.

Pero, centrémonos más en la atención que se prestaba en España al problema de la gran proliferación de casos ya entrado el siglo XIX y principios del XX.

La principal medida (tomada tras la instauración de la II República) fue construir en varios puntos del territorio español Dispensarios y Preventorios antituberculosos y Sanatorios Especializados (también para niños), que en total eran cinco.

Adentrándonos aún más en el tema de los Preventorios, encontramos en Aiguës (Municipio

de la provincia de Alicante), unas instalaciones que sirvieron con este fin hasta hace unos 20 años.

Su ubicación es perfecta para el fin que sirvió, ya que se encuentra en la falda del monte Cabeçó d'Or, a 501 m. sobre el nivel del mar y a solo 5 km. de la costa, ofreciendo un clima saludable.

En la documentación estudiada, no se encuentran datos sobre cuando empezó la actividad como baños de este establecimiento, pero se podría remontar a la época árabe e incluso al Imperio Romano.

Encontramos que en 1816 la Marquesa de Bosch, Condesa de Torrellano, adquirió estos baños para convertirlos en un Balneario Aristocrático al que llamó Hotel Miramar. Este hotel estaba acondicionado para albergar con gran lujo a 250 personas. En 1844, los Baños Viejos, como pasaron a llamarse, fueron adquiridos por el Conde de Casas Rojas, el cual amplió el recinto en torno al edificio principal con 33 casitas para el alojamiento de familias adineradas.

La fama que adquirieron los balos y sus aguas hicieron que en 1936 fuera habilitado para que se trasladase allí el Preventorio Infantil de Tuberculosos del Estado, con el tiempo pasó a especializarse en enfermedades pulmonares y siguió utilizándose con fin sanitario hasta su cierre que podemos situar entre 1970 y 1980.

Por otra parte, y siguiendo a J. Siles, sabemos que el papel de las enfermeras en la lucha antituberculosa, se dividía en dos ramas:

- Las enfermeras dedicadas a la visita domiciliaria, educación, información a pacientes y familiares e investigación, junto con los practicantes que se dedicaban a técnicas concretas (como cirugías menores) y

- Las enfermeras que trabajaban en los sanatorios especializados, en los que se dedicaban a atender las necesidades básicas, la alimentación, la higiene y la seguridad. Utilización de registros y fichas de ingreso, para identificar mejor a los pacientes y la marcación de la ropa y los enseres de cada grupo en los que se dividían los Sanatorios/ Preventorios.

Partiendo de nuestro interés por conocer un poco más de la historia de nuestra profesión y conociendo la existencia de este edificio, nos planteamos su visita.

En la actualidad, las instalaciones pertenecen a una empresa privada, pero están accesibles a la visita y recogida de documentos y archivos médicos supuestamente confidenciales pero abandonados por el recinto.

En definitiva, lo que pretendemos con este trabajo es comprobar las siguientes hipótesis:

- Los hospitales desde una perspectiva histórica, son una fuente de datos primario excelente para el estudio de la historia de la enfermería, y

- Existe una continuidad no proclive a los cambios en la realización de la labor del profesional de enfermería, que se ve reflejada en la evolución de la calidad y tipo de registros.

MATERIAL Y MÉTODOS

En cuanto al material, éste se obtuvo a partir de la visita realizada al antiguo sanatorio tuberculoso de Aigües, y previamente a esta visita fuimos al ayuntamiento de este municipio. En dicho ayuntamiento se nos informó de la situación actual privada del Preventorio; nos comunicaron que la información podía ser obtenida en la Diputación de Alicante. Por ello al día siguiente nos desplazamos allí para lograr obtener datos necesarios para continuar con nuestro estudio. También nos sirvió de gran ayuda en la recopilación de la información, la Biblioteca de la Fundación Juan Gil-Albert, próxima a la Diputación de Alicante.

Se decidió realizar la recopilación de dos tipos de material:

Las anotaciones de campo realizadas durante la visita al preventorio de cada uno de los miembros del grupo.

La documentación obtenida tanto de gestión como propia de las historias de los pacientes que se pudo encontrar durante la visita y que resultará de interés histórico-social.

El método empleado en ambos casos fue durante la visita al centro donde se realizaron varias fotografías complementarias a los dos tipos de material. Se recopilaron numerosos papeles esparcidos por el edificio, entre ellos había gráficas de constantes y valoraciones. La mayoría de los documentos se encontraban en la farmacia, aunque no podemos verificar que ese fuera el lugar donde estaban situados cuando funcionaba el Hospital.

Con posterioridad a la visita todos estos documentos fueron catalogados mediante un orden nominal, describiendo su estado actual y la cantidad de documentos utilizados con el mismo fin (documentos de gestión: administración de medicación, pedidos y avisos de enfermedades de carácter obligatorio; documentos de historia del paciente: registros, gráficas y administración de medicación; y finalmente otros) y las fotografías también se clasificaron en un catálogo del local y adyacentes con una breve descripción. Tanto de los documentos como de las fotografías se ha realizado una selección de las más relevantes para la presentación de este trabajo.

En cuanto a las anotaciones de campo estas se sometieron a un análisis comparativo partiendo de las indicaciones de Manuel Amezcua para la realización del diario de campo.

RESULTADOS

En cuanto al análisis comparativo de las anotaciones se producen grandes coincidencias en cuanto a las emociones experimentadas durante la visita por parte de los miembros del grupo:

1- De temor, ya que el edificio en la actualidad presenta un aspecto misterioso hasta el punto de ser utilizado para el ocultismo y la parapsicología: “...Puedo entender, por otra parte, la curiosidad que despierta a la gente que estudia sucesos paranormales el balneario, porque estando allí, todos los sonidos te inspiran algo tenebroso o simplemente les intentas buscar un origen oscuro que no es el real...”, “...Otra cosa que también es fácil imaginarse es el sufrimiento de los pacientes mas graves, y las toses profundas y amargas; yo creo que esa idea es la que empuja a los ocultistas a elegirlo como lugar de sus ritos”...

2- De curiosidad, coincidiendo en el hecho de que este trabajo incita a profundizar en el mejor conocimiento de la historia de la profesión: “...No es difícil mirar hacia el fondo de un pasillo y tratar de imaginar como sería una mañana o un día normal con las enfermeras vestidas de uniforme y con la cofia...”. “... A medida que íbamos descubriendo nuevas casas, cuartos y dormitorios, las preguntas surgían solas:¿ qué dieta seguían?, ¿como se organizaban el trabajo las enfermeras?, ¿qué procedimientos se seguían cuando fallecía un

paciente?...”. ...Era un bombardeo continuo de preguntas que me hacia a mi misma, porque para mi era como si fuera parte de mi propio pasado.

Ya basándonos en el catálogo elaborado se obtuvieron los siguientes resultados en las categorías que se señalan a continuación:

1- GESTIÓN: 1.1-DIETAS:

Consta de 5 documentos encontrados en la farmacia, tres de los cuales datan en los años 1966 y 67, dos escritos a máquina y uno a mano. Indican el menú de un determinado día y el número de plazas. El cuarto y quinto documentos son más antiguos y su estado de deterioro es mayor. Datán en 1938, indicando el numero de dieta y el piso, en total habiendo tres pisos, y aproximadamente 231 plazas.

1.2- MEDICACIÓN:

Hemos obtenido dos envases de fármacos diferentes, uno en envase de cartón muy deteriorado y llamado ISONIACIDA, y el otro en envase de cristal muy bien conservado y llamado UROMIL. Además tenemos un prospecto de un producto llamado BABEURRE PAIDO, que parece ser de leche en polvo, indicado para trastornos gastrointestinales. También una ficha de un pedido a farmacia sin cumplimentar; por supuesto se encontraban en la farmacia. Añadimos dos pedidos cumplimentados.

1.3- ESTADÍSTICA DE MORBILIDAD:

En ellas se indica la provincia y el ayuntamiento y la relación de los enfermos entrados durante un determinado mes. Un solo documento, sin rellenar y en un estado aceptable de deterioro.

1.4-PEDIDOS:

Se trata de un solo documento (pedido de medicamentos) encontrado en la farmacia. Data de mayo de 1965 e indica el género, la cantidad y el precio. En la parte inferior de la hoja firma el Jefe Administrativo y El Peticionario.

1.5-AVISOS DE CONTAGIOS ENTRE LA POBLACIÓN INFANTIL:

2 documentos encontrados en la farmacia, con estado avanzado de deterioro, escritos a máquina

en los cuales firma el director del preventorio. Los dos van dirigidos al Ilmo. Sr. Jefe Provincial de Sanidad de Alicante. En uno de ellos se comunica la aparición de cinco casos de varicela entre la población infantil y el otro informa de los niños vacunados contra la poliomielitis.

2- HISTORIA DEL PACIENTE

2.1- PLAN DE CUIDADOS:

Se trata de una hoja de valoración de enfermería, recogida en la farmacia del Preventorio, se encuentra en buen estado, sin deteriorar; sin embargo está sin cumplimentar. Desgraciadamente no hemos conseguido una rellenada con datos de un posible paciente; solo tenemos dos documentos del mismo tipo. Sigue una estructura similar a la actual, con valoración de antecedentes y actuales, condiciones higiénicas de la vivienda y posición social de la familia, además de seguimiento, exploración y valoración al alta.

2.2-INGRESOS:

Es un documento en el cual reclaman el ingreso de un paciente, encontrado nuevamente en la farmacia y en un estado relativamente bueno. Tenemos 6 documentos del mismo tipo datados en distintas fechas, que van del 1937 al 1966. Recoge un reclamo con el nombre del paciente, plazo para ingresar, condición de cama gratuita o pagando, el sello del preventorio y las firmas del secretario general y del director del preventorio.

2.3- GRÁFICAS:

Documento en el cual se recogen las constantes vitales de los pacientes, encontrado en la farmacia y con un muy mal estado, encontrándose muy deteriorado. Poseemos dos documentos del mismo tipo y en este caso están rellenos los dos. Primero tiene un registro a modo de gráfico del pulso, respiración y temperatura, en el cual observamos que sólo se registraba el pulso y la temperatura. Luego se registraban: tos expectoración, deposiciones, el régimen de cura y otras observaciones.

2.4- ALTAS:

Documento en el que se informa a la familia de que su hijo puede ser recogido al dársele el alta, y en caso contrario sería recogido por la Junta de

Protección de la infancia de Alicante. Se encontró nuevamente en la farmacia en un estado aceptable, poco deteriorado. Figura la firma del director y en este caso no hay sello.

2.5- PARTES DE INFORMACIÓN:

En ellos se explicaba a los padres o familiares el estado de salud del niño y la imposibilidad de visitarles. Añade otras normas a seguir, entre las cuales prohíben mandarles comida. Encontrados en la farmacia, el estado es variable, algunos están en muy buen estado y otros se encuentran muy deteriorados. Poseemos cuatro diferentes.

2.6-PETICIONES:

En ellas se pide alargar la instancia del paciente por parte del director y dirigido a la familia. Hay dos diferentes y en muy mal estado, muy deteriorados.

2.7-REGISTROS

2.7.1-ODONTOLOGÍA:

Se trata de una ficha en la que aparecen los datos personales del paciente en la parte superior, un esquema de las piezas dentales, indicándose las piezas que faltan; y una valoración compuesta por el estado de los dientes con tres respuestas predefinidas, al igual que el uso del cepillo, estado de la encía, número de caries y número de abscesos y raíces. Encontrado en la farmacia en buen estado, y tres de los siete están cumplimentados con el nombre del paciente y la edad, faltando la fecha.

2.7.2- FICHAS PERSONALES:

14 tarjetas encontradas en la farmacia en buen estado, la mayoría. En ellas se indica el diagnóstico, la edad, la fecha de ingreso, el nombre, el número de historia clínica y la fecha del alta en este orden. El color azul era para el sexo femenino y el azul para el masculino.

2.7.3-HOJA DE RADIOSCOPIA

Documento en el cual se observa el nombre de la paciente (ya que está debidamente cumplimentado), el número de historia, el estado del tórax y por último la fecha (no puesta en este caso). La encontramos en la farmacia y se observan en ella los bordes superiores quemados recientemente.

2.8-VALORACIONES:

2 valoraciones del tórax, una cumplimentada y la otra sin cumplimentar, explicando la sintomatología general en años seguidos del mismo paciente. También hay una hoja de neumotórax de valoración mensual. Todo ello en buen estado, excepto la cumplimentada y encontrados en la farmacia.

2.9-LABORATORIO:

2 hojas de laboratorio en las que figuran análisis de sangre, esputos orina y reacción a la tuberculina, con posibilidad de realizarse otras pruebas. Ambas sin cumplimentar y con un grado medio de deterioro.

3-OTROS**3.1-CONTRATOS:**

Se trata de tres documentos rellenos totalmente. En ellos se observa el nombre y demás datos del contratado, a cargo del patronato nacional de tuberculosos, en el que consta como cocinero. También se indican las personas en ese momento a su cargo. Los tres contratos son del mismo año y distinto mes. Estos papeles a diferencia de los otros los encontramos en la casa situada al lado de la capilla, en frente de la puerta principal del hospital. Son unos de los impresos que en mejor estado están.

3.2-CERTIFICADOS:

Documento del cual no conocemos mucho, indica la relación de certificados que se cursan por conducto de la cartería rural en la localidad de Aguas de Busot en agosto de 1957. Fue encontrado en la farmacia, lleva impresos dos sellos, uno del ayuntamiento y otro del sanatorio. En muy buen estado de conservación.

3.3-PARTITURA:

Partitura encontrada en los alrededores de la capilla. Alto grado de deterioro. Parece ser que está impreso por la Casa Editorial de Música "BOILE-AU" en Barcelona.

3.4-LIBRO DE INDICACIONES MÉDICAS:

Encontrado en la casa de enfermeras, con un estado medio de deterioro. Contiene consejos en

administración de medicación y demás tareas. La revista es de 1961.

3.5-CARTA PERSONAL:

Está muy deteriorada, parece ser del año 1956, creemos que iba dirigida al sacerdote por lo poco que se puede leer en ella.

3.6-PÁGINAS PERTENECIENTES A UN LIBRO DE QUÍMICA Y FÍSICA:

Sólo se puede observar las páginas parcialmente, por lo tanto también están muy demacradas.

3.7-B.O.E:

Página perteneciente al boletín oficial del estado. Es del 19 de octubre de 1941. Buen estado de conservación.

3.8-PERIÓDICO:

Data del 24 de julio de 1971. Es el diario del municipio de Benidorm. Encontrado en la puerta de la casa de los médicos.

CONCLUSIONES:

La visita al sanatorio resulta ser de gran riqueza como fuente primaria, a pesar de su estado de deterioro y espolio, tanto en sí mismo como por la documentación hallada en él. Ésta documentación nos habla de cómo se desarrollaba la gestión del centro, a través de ver las hojas de pedido, las hojas de dietas, donde se reflejan los menús, y la cantidad de camas ocupadas. También podemos ver, referente a la historia del paciente, la semejanza de los registros que contienen con los que en la actualidad se manejan en los hospitales, sobre todo en las gráficas de constantes, la valoración,... En ningún momento se ha podido constatar que estos documentos fueran cumplimentados por profesionales de enfermería, aunque sabemos que entre las funciones que desarrollaban estos profesionales en éste hospital, se encontraba ésta, la cumplimentación de determinados documentos dentro de la historia del paciente, igual que en la actualidad.

En cuanto a otros documentos empleados, destacamos por su interés, ya que nos habla de la vida cotidiana del centro, el libro de indicaciones médicas, encontrado en la casa de las enfermeras con un estado medio de deterioro; que contiene consejos

en administración y medicación y demás tareas, los contratos, las partituras del coro, cartas personales de recomendación para el ingreso del paciente.

Encontramos todos los documentos catalogados de tanta valía para la historia de nuestra profesión que no comprendemos que su situación, en el momento de su hallazgo fuera tan deplorable y planificamos su donación al fondo de archivos de la Fundación JUAN GIL-ALBERT en próximas fechas.

A través del análisis de las anotaciones de campo podemos concluir la importancia que esta visita ha tenido para nuestra formación como profesionales, ya que supone un enriquecimiento de la visión histórica de la enfermería.

Nos ayudó a comprender de donde venimos y cuales eran nuestros predecesores en la profesión, donde se desarrollaba su trabajo,... La falta de identificación de los profesionales independientemente de su profesión en todos los documentos, es destacable como dato histórico porque nos hace invisibles y nos hace cuestionarnos si en la actualidad ocurre lo mismo.

Concluimos así la importancia de identificarnos en todo lo que escribimos como profesionales de enfermería para hacernos visibles.

Como grupo, tenemos la intención de profundizar en el estudio del material recopilado, ya que como hemos dicho con anterioridad lo consideramos una fuente primaria excelente para el estudio de la historia de nuestra profesión.



Vista del edificio principal y anexos

BIBLIOGRAFÍA

- AMEZCUA,M.: El Trabajo de Campo Etnográfico en Salud. Una aproximación a la observación participante.
- CASAS MARTÍNEZ,MF; RUIZ UREÑA,T; CARBELO BAQUERO,B; MIRALLES SANGRO,T; ROMERO LLORT,M.: (1998) Los cuidados de la enfermería en la infancia: El hospital del “Niño Jesús”. Cultura de los cuidados, año II, nºIII. Artículo de revista.
- DIPUTACIÓN DE ALICANTE.: Monumentos históricos-artísticos de Aigües.
www.dip-alicante.es/bonaigua/monumenai.htm.
- GABALDÓN BRAVO, EM; GÓMEZ ROBLES, FJ; FERNÁNDEZ MOLINA, MA; DOMINGO, M; TORRES FIGUEIRAS, M; TERRES RIUZ, C; GOMIS GARCÍA, L.: (2002) Análisis de las causas del bajo nivel de cumplimiento de la hoja de valoración del paciente al ingreso: una aproximación desde la perspectiva cualitativa. Cultura de los cuidados, año VI, nº XI, pag. 53-60. artículo de revista.
- JANSÁ LÓPEZ DEL VALLADO, JM; CAYLÁ IBUGUERAS, JA.: (2003) La tuberculosis, enfermedad clásica y emergente. Jano, 14-20 febrero 2003, nºLXIV, pag.48-53. Artículo de revista.
- SILES GONZÁLEZ, J.: Epistemología y enfermería: por una fundamentación científica y profesional de la enfermería. Enfermería Clínica ,vol. VII, nº IV, pag 188-194. artículo especial.
- SILES GONZÁLEZ, J.: (2000) Antropología narrativa de los cuidados. Ed.: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana.
- SILES GONZÁLEZ, J.: (1999) Historia de la enfermería. Ed.: Aguaclara.
- SILES GONZÁLEZ, J.: (2001) Los textos como fuente de conocimientos en ciencias sociales y enfermería. Una aplicación de la metodología cualitativa. Index de Enfermería, X/34, pag.28-33.



Situación de deterioro de las salas del sanatorio



Tadavía se conserva, a la entrada de uno de los edificios anejos, el cartel que hace referencia a su uso por las enfermeras

MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL
SANATORIO ANTITUBERCULOSO INFANTIL DE AGUAS DE BUSOT
HOJA DE COMIDAS

Coma N.º	Hígidos: puré, tortilla con cebolla y arroz con leche.	
Coma N.º	Tortilla al ajonjolí, N.º especial, C. Coma, puré y leche.	1
Coma N.º	Hígidos, Victoria, N.º grave.	1
Coma N.º	Piso 15. Hígidos: Comedor especial, N.º 2, tortilla de calabaza y lechuga; Hígidos: Comedor especial, N.º 2, tortilla de calabaza y lechuga.	9
Coma N.º	Comida ordinaria.	25
Total		32
Coma N.º	Hígidos: Comedor especial, N.º 2, tortilla de calabaza y lechuga.	
Coma N.º	Hígidos en cama: tortilla de calabaza y lechuga.	2
Coma N.º	Hígidos: Comedor especial, N.º 2, tortilla de calabaza y lechuga.	3
Coma N.º	Comida ordinaria.	69
Total		78
Coma N.º	Hígidos: Comedor especial, N.º 2, tortilla de calabaza y lechuga.	
Coma N.º	Hígidos: Comedor especial, N.º 2, tortilla de calabaza y lechuga.	2
Coma N.º	Hígidos en cama: tortilla de calabaza y lechuga.	3
Coma N.º	Comedor especial, N.º 2, tortilla de calabaza y lechuga.	9
Coma N.º	Comida ordinaria.	46
Total		61
Coma N.º	Hígidos: Comedor especial, N.º 2, tortilla de calabaza y lechuga.	
Coma N.º	Hígidos en cama: tortilla de calabaza y lechuga.	5
Coma N.º	Comedor especial, N.º 2, tortilla de calabaza y lechuga.	4
Coma N.º	Comida ordinaria.	52
Total		101

Sanatorio Antituberculoso Infantil de Aguas de Busot
HOJA CLINICA MENSUAL

MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL

Nombre: *Antonio Torres* Sexo: *M* Edad: *12 años* Ingreso el día: *15 de Agosto* de *1935* en la cama n.º: *15*

DIAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Temperatura	38.0	38.0	38.0	38.0	38.0	38.0	38.0	38.0	38.0	38.0	38.0	38.0	38.0	38.0	38.0	38.0	38.0	38.0	38.0	38.0	38.0	38.0	38.0	38.0	38.0	38.0	38.0	38.0	38.0	38.0	
Expectoración																															
Respiración																															
Batidos de Corazón																															
Vida general																															
Presión arterial																															
Peso																															
Regimen de cura																															

Distintos documentos rescatados

LA BENEFICENCIA ONUBENSE EN EL SELLO DURANTE LA GUERRA CIVIL ESPAÑOLA. PARTE II

José Eugenio Guerra González

Licenciado en Enfermería. Doctorando 1er. Año Enfermería y Cultura de los Cuidados. Hospital Juan Ramón Jiménez



CHARITY AND STAMPS IN HUELVA DURING THE SPANISH CIVIL WAR. PART II

This work continues the course of investigation started years ago with Postal History and stamps being considered a rich and interesting source for the study of the configuration of Nursing History. Given the fact that there are few studies at a national level, it is necessary to identify, describe and contextualise care and nursing phenomena in philatelic issues, in this case charity ones.

From the study of these local charity-aimed stamps issued during the Spanish Civil War, using qualitative research techniques –particularly document observation in Huelva local archives, we verified that 34 towns in Huelva issued charity stamps during this period, with 95 varieties (coats of arms, monuments, motherhood, etc.). Of the 17 towns studied in the current Part II, there is no documental proof of connection between the stamps issue and the use of money collected for

charities, whilst in Part I connection was found for 5 towns (Ayamonte, Cartaya, Cortegana, Isla Cristina and Trigueros).

These “charity stamps” contributed to finance and maintenance of dining places and other charities, where poor people, women or children in need and prisoners were given food, clothing and sheltering.

Key words: stamps, philately, care, nursing, postal history and charity.

RESUMEN

Este trabajo continúa la línea de investigación iniciada hace años donde se considera a la Historia Postal, al sello como una amplia e interesante fuente de estudio para la construcción de la Historia de la Enfermería. Ante los escasos estudios a nivel nacional se hace necesario identificar, describir y contextualizar fenómenos cuidadores o enfermeros en las emisiones filatélicas, en este caso las denominadas “de beneficencia”.

Del estudio de estos sellos de ámbito local y carácter benéfico emitidos durante la Guerra Civil Española y utilizando técnicas de investigación cualitativa, en especial la observación documental en Archivos Municipales onubenses se constata: 34 localidades onubenses emitieron sellos benéficos en este periodo, 95 variedades (escudos, monumentos, motivos maternales etc.). De las 17 localidades estudiadas en esta Parte II no existe constancia documental expresa de la relación entre la emisión de estos y el destino de su recaudación para el sufragio de distintas obras de beneficencia, no habiendo ocurrido esto en la Parte I, en donde en 5 localidades se encontró vínculos (Ayamonte, Cartaya, Cortegana, Isla Cristina y Trigueros).

Estos sellos “de beneficencia” contribuyeron al sufragio y mantenimiento entre otras obras de las denominadas cocinas económicas, comedores

benéficos etc., donde se atendían a las gentes más necesitadas de toda sociedad en conflicto, mujeres, niños, ancianos y prisioneros en sus más básicas necesidades, alimentación, vestimenta y cobijo.

Palabras clave: sellos, filatelia, cuidados, enfermería, historia postal y beneficencia.

PRESENTACIÓN

El presente trabajo, La Beneficencia Onubense en el sello durante la Guerra Civil Española, Parte II, es continuación de una línea de investigación comenzada hace varios años (Historia de la Enfermería: Reflejo en la Filatelia Mundial, 1.999), que presenta como objetivo primordial el dejar constancia de cómo la Historia Postal, la Filatelia y en definitiva el mundo del sello de correos en sus distintas manifestaciones (cartas, postales etc...), se erige en una original, valiosa y aun por explorar fuente de información para el estudio y construcción de nuestra propia Historia de Enfermería. En esta ocasión, es la Beneficencia Onubense durante la Guerra Civil Española el fenómeno que pretendo describir en la medida que los ejemplares filatélicos y la documentación existente en las distintas fuentes de información a las que he asistido al respecto lo han permitido.

INTRODUCCIÓN

El sello de correos presenta en primera instancia la utilidad de pagar de forma previa el franqueo y derechos de certificación de la correspondencia, siendo la Filatelia además de una afición por coleccionar sellos un “arte”, arte de recorrer la Historia de la Humanidad, de las distintas culturas, pueblos y legados socioculturales. La primera emisión en el mundo de un sello fue en Gran Bretaña (1-5-1.840), en España tuvo lugar el 1 de Enero de 1.850, desde entonces más de 4.000 sellos han sido emitidos solo en nuestro país, ofreciendo una idea del volumen de ejemplares filatélicos que existen, ofreciendo el primer fenómeno enfermero en la emisión A favor de la Cruz Roja Española (16-9-1.926), cuyo motivo del sello o ilustración era la Reina Victoria Eugenia de Battemberg con uniforme de enfermera. La última referencia a nuestra profesión hace escasamente un año (8-5-2002), en

el que se conmemoró el 175º Aniversario del nacimiento del Dr. Federico Rubio y Galli, fundador de la primera Escuela de Enfermería, Sta. Isabel de Hungría, y en donde el motivo del sello o ilustración es su busto y el de dos enfermeras en plena actividad cuidadora.

Ante la necesidad de ir construyendo nuestra Historia de la Enfermería resulta imprescindible comenzar a explorar nuevas fuentes de investigación histórica, existiendo en la prolifera Historia Postal Española con más de 161 años de vigencia una emisiones denominadas “de beneficencia”, de cuyo estudio histórico y filatélico surgirán a buen seguro relevantes aportaciones de lo que supusieron para la sociedad y el colectivo asistencial de la época. Escasos son los trabajos realizados en este sentido, destacando la labor de la Sr. M^a. Teresa Miralles Sangro (enfermera y docente en la Escuela de Enfermería de Alcalá de Henares, Madrid), cuyos trabajos han versado en la descripción de ejemplares filatélicos y su nexa con los cuidados, así como la difusión de la relación entre cuidados, enfermería y filatelia.

OBJETIVOS

- Mostrar como la Historia Postal, la Filatelia, el mundo del sello y las emisiones locales benéficas se erige en una amplia e interesante fuente de estudio para la construcción de la Historia de la Enfermería, respecto al fenómeno de la Beneficencia en Huelva durante la Guerra Civil Española.

- Identificar y describir filatélicamente los sellos locales y de carácter benéfico emitidos en Huelva y provincia durante la Guerra Civil Española.

- Identificar las aportaciones de estas emisiones al contexto socio-sanitario de la época en Huelva y provincia.

METODOLOGÍA

Fuentes de Investigación

La Historia Postal Filatélica, la Filatelia es la fuente de investigación utilizada, que según los criterios taxonómicos de clasificación de fuente de investigación histórica de Julio Aróstegui –posición, intención e información cualitativa y cuantitativa–, nos llevaría a contemplarla como fuente de

de índole Cultural (no verbal, audiovisual capaz de transmitir una información), Intencional, testimonial (al servir de franqueo a la correspondencia para fines recaudatorios), Seriada (susceptible de ser clasificados atendiendo a diversos criterios) y Directa (vinculada directamente con el objeto de estudio de la investigación, el sello de ámbito local y carácter benéfico).

Técnicas de Investigación.

Se han utilizado técnicas de índole cualitativa, primando la Observación Documental efectuada en 17 Archivos Municipales de localidades onubenses, el Archivo de la Diputación Provincial de Huelva, el Fondo Municipal Díaz Hierro, así como publicaciones y establecimientos especializados en Filatelia, prensa local de la época y la relevante producción surgida de entrevistas con gentes de edad que vivieron padeciendo in situ el conflicto bélico y sus consecuencias, amparándose en el fenómeno de la Beneficencia.

RESULTADOS.

En la Zona Republicana el origen de estos sellos benéficos está determinado por el Decreto de la Presidencia del Consejo de Ministros (23-12-1936), por el que se crean en las provincias españolas los Consejos provinciales, en cuyo articulado sobre "Competencias de los Consejos provinciales" aunque no se menciona expresamente que el Gobierno otorga capacidad a estos Consejos para emitir sellos, los mismos se amparan en esta omisión para hacerse con esta función, quedando reflejado en su articulado cuarto, punto E. A su vez, como tampoco se menciona explícitamente la capacidad de emitir sellos entre las funciones que el Gobierno no puede delegar entre sus Consejos provinciales –artículo ocho–, entienden que se está autorizando. Las emisiones benéficas en esta zona republicana adquieren el nombre de Pro-Infancia, Pro-Hospitales, Socorro Rojo etc.

En Zona Nacional, estos sellos aparecen en Andalucía, propiciado por la situación de escasez económica, la situación bélica y la labor del General Queipo de Llano con su política social en su vertiente asistencial y laboral (creación de comedores, reacio a implantar el racionamiento, iniciativa del Plato Único y Día sin Postre etc.), y

como no a la emisión de sellos municipales obligatorios en la correspondencia de Sevilla de 5 cts., que mitigara la difícil y extrema situación por la que se encontraba la Hacienda Municipal en sus atenciones a la Beneficencia (19-8-1936, ptos. 4, 5). La denominación de las emisiones de carácter benéfico y local en este bando Nacional se denominaban Auxilio de Invierno, Frente y Hospitales, Cruzada contra el frío...

Las emisiones de estos sellos locales y benéficos se efectuaron en 51 provincias, en total 690 localidades españolas de las que se tiene constancia.

En Huelva fueron 34 localidades las que emitieron este tipo de sellos a falta de nuevos hallazgos, representando un total de 95 tipos de ejemplares filatélicos en base al motivo de emisión (escudos locales, monumentos, composiciones tipográficas, escenas familiares y cotidianas etc.). En este trabajo sólo se abordan 17 de estas localidades (Aracena, Bonares, Cala, Cerro de Andevalo, Cumbres Mayores, Encinasola, Escacena del Campo, Galaroza, Gibraleón, Hinojos, Jabugo, Paterna del Campo, Riotinto, Rosal de la Frontera, Sta. Ana la Real, Valverde del Camino y Villalba del Alcor), configurando un total de 49 sellos. En todas ellas no se ha encontrado expresamente vínculo alguno entre las recaudaciones hechas por la venta de estos ejemplares filatélicos y el empleo de las mismas en obras asistenciales, no así en las localidades onubenses estudiadas en la Parte I, donde en cinco de ellas (Ayamonte, Cortegana, Cartaya, Isla Cristina y Trigueros), ha sido posible encontrado constatación, referencia expresa a la relación entre estas emisiones filatélicas benéficas y el fin de la recaudación obtenida, aspecto este que paso a detallar:

1. AYAMONTE. El Ayuntamiento solicita al Gobierno Central (18-7-1937), autorización para la emisión de sellos de 5 cts. en la correspondencia para sufragar el abastecimiento de la Cocina Económica de la localidad, siéndole concedido (9-8-1937).

2. CORTEGANA. El Ayuntamiento reconoce la labor y éxito de las Cocinas Económicas, pero también su imposibilidad para sufragar los gastos que genera, efectuando petición a instancias superiores (10-11-1936), para la implantación de unos sellos de entre 0.10 cts. y 1.5 ptas., de carácter

obligatorio con el único objetivo de destinarlos a fines benéficos y humanitarios.

3. **CARTAYA.** El Estado de cuentas de las Cocinas Económicas de Cartaya (1937), ofrece un total de 21.500 raciones de comida servidas y por otro lado en los apartados Ingresos y Gastos en metálico y especies, ofrece por el concepto venta de sellos un total de 4.909 ptas., aproximadamente el 30% de la recaudación de estos establecimientos.

4. **ISLA CRISTINA.** La Junta del Sello hace entrega a la Junta de Auxilio Alimenticio a los Necesitados (14-9-1937), de un total de 5.200 sellos (5, 10, 50 cts. y 1 ptas.), por valor de 1.289 ptas. El Delegado Provincial de Auxilio Social en Huelva afirma (30-8-1937), que el sello Pro-Isla Cristina fue creado con el objeto de facilitar alimentos a todas aquellas personas que, por cualquier causa justificada se encontraran imposibilitadas para atender a su sustento y al de su familia por carecer de recursos a causa de paro forzoso, imposibilidad física etc.

5. **TRIGUEROS.** El Ayuntamiento comunica al Excmo. Sr. Gobernador General (28-10-1937), que por acuerdo se acepta la propuesta del Presidente de la Junta de Auxilio a los Necesitados de Huelva para establecer desde el 1º de Enero un timbre de 5 cts. cuyos ingresos se destinarían al “Comedor Infantil” de la localidad. El 15 de Noviembre de 1.937 el Gobierno Civil de la Provincia de Huelva comunica al Alcalde de Trigueros que su solicitud ha sido denegada.

CONCLUSIONES.

La Historia Postal, la Filatelia, el mundo del sello y en particular estas emisiones filatélicas denominadas “de beneficencia” se comportan como una fuente más de estudio, aún por descubrir en su totalidad, para la construcción de la Historia de la Enfermería, de la Historia de los Cuidados, en este caso en el ámbito de la Beneficencia y en el periodo de la Guerra Civil Española, convirtiéndose la emisión de estos en uno de los ejes fundamentales de la política social y sanitaria de la España en plena Guerra Civil, con fines además del propagandístico a la creación, sufragio y mantenimiento de establecimientos benéficos y programas de índole asistencial.

Surgen ante el vacío normativo existente en cuanto a que de forma expresa no se menciona quienes tienen la obligación de emitir estos sellos (Gobierno, Consejos provinciales, etc.), por lo que estos últimos aprovechan la oportunidad para obtener más fondos para la reconstrucción de su localidad, demostrando la sensibilidad para con los más desfavorecidos de la sociedad.

El estudio pormenorizado de estas emisiones benéficas ofrece una panorámica bastante acertada de la situación social y asistencial que existía en la época en esas localidades onubenses (desastrosa, calamitosa), a quienes iban dirigidas estas medidas (niños, huérfanos, mujeres, ancianos, heridos, prisioneros y excombatientes), por quienes eran llevadas a cabo (mujeres jóvenes y de mediana edad sin relevancia social, ya fuera por iniciativa propia o en base a ideales y motivaciones políticas y religiosas), que se ofrecía (alimentación, cobijo y asistencia socio-sanitaria), en donde se realizaban (establecimientos benéficos, comedores, cocinas, asilos, casas de acogida, casas cuna etc.), ya fueran dirigidas por el propio Régimen o derivadas de congregaciones religiosas.

No debemos de olvidar al contemplar la correspondencia en donde se insertaban estos ejemplares filatélicos benéficos que aunque en su mayoría circulaban por territorio nacional, aquellos que se enviaban más allá de nuestras fronteras (ex-colonias, países extranjeros), se convertían en representantes y vehículos fidedignos de una realidad penosa que acontecía con todas sus consecuencias en nuestro país.

Es evidente que estamos ante una amplia, interesante y porqué no original fuente de estudio para la construcción de la Historia de los Cuidados, pero también hay que admitir que aún están por descubrir todas aquellas aportaciones que para el colectivo enfermero pueden emanar de su estudio, de ahí que se haga necesario el que surjan grupos de investigación que en esta línea vayan identificando las distintas vertientes a abordar. Somos pocos los profesionales atraídos en esta línea y trabajamos de forma individual y a un nivel básico, es decir contemplando tan solo la identificación y descripción somera de los ejemplares filatélicos que representaban fenómenos cuidadores y/o enfermeros ya fuera en la filatelia española o a

nivel mundial. Un siguiente nivel sería la contextualización no ya de ejemplares filatélicos aislados, sino de emisiones como las que este estudio ofrece, en donde se exploren nexos entre estas emisiones y la repercusión tenida en la sociedad, en las gentes.

Desde este trabajo invito a todos los compañeros que estén interesados en trabajar en esta línea de investigación que considera a la Historia Postal, a la Filatelia como fuente de estudio para la construcción de la Historia de la Enfermería, la Historia de los Cuidados, se pongan en contacto con el que esto suscribe.

BIBLIOGRAFÍA

- ARÓSTEGUI, J. (1995) La investigación histórica: teoría y método. Crítica, Barcelona.
- Catálogo de los sellos "locales" emitidos durante la Guerra Civil Española (1936-39). Correos y Telégrafos. Edita FESOFI (Federación Española de Sociedades Filatélicas). 1995.
- COLÁS, M. Censures, marques e correspondances de la Guerra Civile d'Espagne.
- ESPINOSA MAESTRE, FCO. (1996) La Guerra Civil en Huelva. Diputación Provincial de Huelva.
- GALVEZ, M. (1960) Catálogo Especializado de España de Centenario.

- GÓMEZ GUILLAMON (1977) The Republican Local War Tax Stamps (1.936-39).
- GÓMEZ MORENO, J. (1992). Nerva. Historia de un pueblo. SAND, Artes Gráficas. Sevilla.
- GUERRA GONZÁLEZ, J.E. (2001), - La Beneficencia -. En: Historia de la Enfermería. Reflejo en la Filatelia Mundial. Actas del V Congreso Nacional de Historia de la Enfermería. Sevilla.
- Híades. Revista de Historia de la Enfermería, n.º 7. Septiembre – 2000.
- MONTSENY, A. Los sellos benéficos y locales de España. 1959-63. Revista "Madrid Filatélica".
- RODRIGUEZ GUILLEN, A. (2001). La Guerra Civil en Aroche. Centro de Investigación Sancho IV.
- SHELLEY, R. The Postal Historie of the Spanish Civil War.
- SILES, J. (1999) Historia de la Enfermería. Aguacilar, Alicante.
- SUGRAÑES GÓMEZ, E.J., (1998), La Milagrosa y las Hijas de la Caridad en Huelva. Huelva.

Localización y adquisición de ejemplares.

- Filatelia Marina (Huelva).
- Filatelia San José (Huelva).
- Mercado del Coleccionismo "El Cabildo" (Sevilla).
- Estudio Filatélico "Mario Mirmán" (Sevilla).
- Filatelia Hernando Colón (Sevilla).
- Filatelia Costa Blanca (Alicante).

EJEMPLARES FILATÉLICOS BENÉFICOS DE HUELVA Y PROVINCIA EMITIDOS DURANTE LA GUERRA CIVIL ESPAÑOLA.



Bollullus del Condado.
Cocinas Benéficas.



Bollullus del Condado.
Auxilio Social.



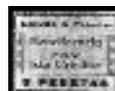
El Campillo.
Cocinas benéficas.



Cartaya.
Pro-Charidad.



Huelva.
Asociación de Caridad.



Isla Cristina.
Beneficencia

ANTROPOLOGÍA

SABERES DE MUJERES. LA LEGITIMACION DEL CONOCIMIENTO MASCULINO

Assumpta Rigol Cuadra

Enfermera. Especialidad en Psiquiatría. Antropóloga
Profesora Titular. Escuela d'Infermeria. Universitat de Barcelona



FEMALE KNOWHOW. LEGITIMATION OF MALE KNOWLEDGE.

ABSTRACT

The assigning of devaluating categories towards certain professions related to caring, due to the reproduction of tasks traditionally carried out within domestic and private areas, has to do with the configuration of a masculine social order which needed a throughout history process of devaluating and silencing the contribution made by women, and the creation of arbitrary assumptions based on biology, in order to justify their exclusion.

The monopoly of the health field and its control by Medicine through the creation of Institutions entitled to legitimate and pass the knowledge on,

has permitted to leave certain healing practices out of Science, such as the ones carried out by nurses and midwives.

It is therefore necessary to rewrite history, to recall from oblivion those women and professions that made important contributions but do not appear in the official history and have been relegated from knowledge for control and power interests.

Given the Science is not neutral, it is necessary to point out the strategies used for the reproduction and survival of the assumptions on which the system of social classification is based.

Key words: medicalisation, healing practices, male domination, women biologisation.

RESUMEN

La asignación de unas categorías de desvalorización hacia profesiones relacionadas con el cuidar debido a la reproducción de tareas tradicionalmente desarrolladas en el ámbito privado y doméstico, tiene que ver con la configuración de un orden social masculino, que ha necesitado de un proceso de deslegitimización y silenciamiento a lo largo de la historia de las aportaciones realizadas por las mujeres y que ha necesitado configurar unos supuestos arbitrarios basados en la biología, para justificar su exclusión.

La monopolización del mercado sanitario y su control por la medicina a través de la creación de instituciones con capacidad para legitimar los saberes y transmitirlos, ha permitido dejar fuera del conocimiento científico ciertas prácticas de curación, como las de las enfermeras y comadronas.

Se hace por tanto necesario rescribir la historia para recuperar del olvido mujeres y profesiones

que a pesar de haber hecho contribuciones destacables, no aparecen en la historia oficial y que han estado relegadas del conocimiento debido a intereses de poder y control.

Dado que la ciencia no es neutral, es necesario visibilizar las estrategias que utiliza para la reproducción y supervivencia de los supuestos en que se apoya el sistema de clasificación social.

Palabras clave: medicalización, prácticas sanadoras, dominación masculina, biologización de las mujeres.

“La eficacia de la propuesta pedagógica se apoya en su legitimidad y esta se obtiene dejando fuera del campo de análisis el contexto social (...)” D. Juliano

INTRODUCCIÓN

La configuración de un orden masculino en la sociedad, abarca a todas las estructuras sociales y por tanto a las profesiones en que la población femenina es mayoritaria. Generalmente estas se caracterizan por tener una asignación de categoría mas baja y una desvalorización social, debido a que la mayoría de estas profesiones reproducen tareas femeninas que tradicionalmente se habían desarrollado en el ámbito privado y doméstico, como es el caso de la enfermería. Las consecuencias de esta adscripción arbitraria se proyecta tanto en lo económico, como en lo social y en lo político, con una discriminación de género debido a los prejuicios ocasionados en función de la actividad laboral.

En el caso de las actividades sanitarias, la supervivencia y reproducción de unos conocimientos en detrimento de otros, como el saber médico, ha precisado y precisa para su legitimización, no cuestionarse los supuestos en los que se asienta, por lo que necesita de estrategias de invisibilización y justificación científica. Prueba de ello, es que en los discursos sobre la ciencia y en concreto en relación a la medicina, existe una invisibilidad de las mujeres y de profesiones como la enfermería. La consideración del papel que han tenido en el desarrollo de saberes respecto a la salud y la enfermedad, necesita que se describa la historia para recuperar del olvido mujeres y/o profesiones típicamente femeninas que, pese a haber hecho contri-

buciones destacables, han sido silenciadas por la historia oficial y relegadas del ámbito del conocimiento, a través de estrategias deslegitimadoras que respondían a intereses de poder y control.

La medicalización y patologización del cuerpo femenino y de los procesos naturales que afectan a las mujeres, como el parto, la menstruación, la menopausia, etc., tal como las conocemos hoy en la sociedad occidental, son arbitrarios culturales, que responden a unas estrategias de control sobre el mundo y se basan en unos conocimientos legitimados, a través de una violencia real y/o simbólica ejercida contra las mujeres.

La hegemonía de la cultura médica occidental, se asienta en unas relaciones asimétricas de poder, tanto en lo relativo a su cuerpo de conocimientos, como a las profesiones sanitarias que intervienen en el proceso de cuidar y a los sujetos receptores de estos cuidados.

El arbitrario cultural que supone el cuerpo de conocimientos médicos, ha necesitado apoyarse en criterios de biologización de las mujeres, asignándoles una naturalidad culturalmente determinada, que ha permitido justificar la asignación de tareas que las relacionaran mejor con la naturaleza, y decidir en base a ello, la normalidad o anormalidad de sus conductas y establecer así unas relaciones de dominación justificadas a partir del conocimiento legitimado científicamente, verdad “objetiva” y por tanto incuestionable, como si la racionalidad científica no tuviera un claro sesgo de género, reflejando primariamente una manera masculina de mirar y entender el mundo.

La historia de la medicina ha proyectado por tanto una imagen universal de las profesiones sanitarias, totalmente androcéntrica (Cabré. M; Ortiz, T 2001) que le ha permitido el control efectivo del mundo, desde una función instrumental e ideológica, separando la medicina del resto de actividades sanadoras, dejándolas fuera del conocimiento científico, a tenor de considerar a las mujeres como sujetos pasivos del quehacer médico.

Una de las estrategias utilizadas para legitimar su saber, ha sido la invisibilidad de las aportaciones de las mujeres a la salud, sus prácticas y sus saberes, para ello ha necesitado marcar la línea divisoria entre lo que es profesional y lo que no, es decir lo que es científico, incuestionable y lo que

es superchería, relacionado con el saber de las mujeres, construyendo un saber “objetivo” desde una perspectiva ideológica de dominación y control.

Instrumento principal para ello, fue la creación e institucionalización de las escuelas de medicina y de los hospitales, como elemento de transmisión y reproducción del conocimiento y de un orden social masculino. Las escuelas de medicina legitimaron los discursos médicos, convirtiéndolos en una fuerza de control, marcando diferencias de clase o género y legitimando a través del simbolismo de los títulos unos conocimientos y sancionando otros.

EL SABER DE LAS MUJERES

Las prácticas de sanación, de atención a los enfermos y a la salud de las mujeres dentro y fuera del ámbito doméstico fue practicada de forma informal por mujeres curanderas (enfermeras), comadronas o monjas en los conventos hasta la institucionalización de la medicina a partir del siglo XIII, siendo reconocidas en sus comunidades cuando el sistema institucional era aun débil.

La asistencia a las mujeres en el parto, era una actividad realizada exclusivamente por mujeres, llamadas comunmente comadres, madrina o mujer (C. Montserrat, Ortiz, T 2001), convirtiéndose mas tarde en una práctica médica ejercida principalmente por los hombres, que buscaron ocupar su espacio a través de distintas estrategias, como el uso de instrumentos como el fórceps y con intereses diversos (Donnison, 1977; Ehrenreich y English, 1976).

El conocimiento que poseían estas mujeres, sanadoras médicas o comadronas, era amplio y diverso. En general basado en la experiencia y la observación, era aprendido de manera informal, como desarrollo de sus roles tradicionales de sanadoras en el ámbito doméstico a través de los conocimientos transmitidos de madres a hijas o por otras mujeres (Klaimont Lingo, A 2001). Existe por tanto una diferencia respecto a los conocimientos transmitidos por la institución médica, ya que las mujeres transmitían prácticas culturales habituales, sin necesidad de discursos explícitos, de manera informal, a través de las estrategias de la convivencia.

También las formas de relación que establecían con las personas a las que atienden, no se caracterizaban por el uso del poder que ejercerá la medicina. Sino por el uso de la autoridad, entendida esta “como la capacidad de acuerdos que revalúan, potencia de relación (...) que se impone por la necesidad de la mediación” (Murano, I-1994). Concepto mas humanista y cercano al modelo de relación enfermera-paciente, en el que se basa en la actualidad la enfermería.

Estas mujeres en la alta edad media, eran sanadoras no profesionales al servicio de la población campesina, y su represión marca una de las primeras etapas en la lucha de los hombres para eliminar a las mujeres de la práctica de la medicina, dejando sin asistencia a una parte importante de la población, ya que a partir de la baja edad media la situación de la mujer se deteriora apareciendo un pensamiento misógino y ligado a la iglesia.

LA MARGINALIZACIÓN DEL SABER FEMENINO. ESTRATEGIAS DE EXCLUSIÓN

Las actividades de sanación cambian y pasan a manos masculinas en la edad media, a través del discurso legitimado de la iglesia, con el Papa Nicolas II y la publicación del *Malleus Malleficarum* en 1484, guía utilizada por los inquisidores para llevar a cabo la caza de brujas.

Entre las acusaciones a las mujeres que realizan prácticas de curación, destacan la de brujas y de “ayudar y sanar al prójimo” (Ehrenreich-Deirdre English 1984), pero sobre todo se acusa a las comadronas “nadie causa mayor daño a la iglesia católica que las comadronas” escriben los inquisidores Kramer y Sprenger” (Ehrenreich-Deirdre English, 1984).

Para la Iglesia y el Estado las “brujas” representaban una amenaza política, religiosa y sexual, Dos de las teorías más conocidas sobre la caza de las brujas son esencialmente interpretaciones médicas que atribuyen esta locura a una inexplicable explosión de la histeria colectiva. Una versión sostiene que los campesinos enloquecieron y presenta la caza de brujas como una epidemia de odio y pánico colectivo. La otra interpretación psiquiátrica afirma que las locas eran las brujas. Pero en realidad la caza de brujas fueron campañas organi-

zadas, iniciadas, financiadas y ejecutadas por la Iglesia y el Estado.

En la persecución de las brujas confluyen la misoginia, el antiempirismo y la sexofobia de la Iglesia (“una mujer por el solo hecho de pensar ya peca” Nicolas II. “Malleus Malleficarum”). con un claro objetivo de poder y control sobre la población.

Desde sus inicios en Alemania hasta su introducción en Inglaterra, el periodo de la caza de brujas abarcó más de cuatro siglos (XIV-XVII), desde el feudalismo hasta bien entrada la edad de la razón.

A finales del siglo XIV, la campaña de los médicos profesionales contra las sanadoras urbanas instruidas había conseguido su propósito en Europa: los médicos varones habían conquistado un absoluto monopolio sobre la práctica de la medicina entre las clases altas, a excepción de la obstetricia, que seguía siendo labor de las comadronas. Así fue como se creó una alianza entre la Iglesia, el Estado y los médicos en contra de "las brujas", es decir, las sanadoras.

La implantación de la medicina como profesión para cuyo ejercicio se exigía una formación universitaria facilitó que la práctica de las mujeres fuera excluida legalmente, ya que el acceso a las universidades estaba vetado a las mujeres.

La monopolización del mercado sanitario y su control por parte de la medicina universitaria se asienta sobre la base del peligro que supondría la actividad sanitaria no regulada. Se acompaña de la creación de instituciones que tuvieran la capacidad de legitimar o sancionar los saberes legítimos y de transmitirlos (Cabre, M Salmón F, 2001) S. La universidad de medicina europea basa los estudios en una configuración, a partir del pensamiento escolástico que articula un discurso misógino de la diferencias sexual, excluye a las mujeres del acceso a estas instituciones y elabora un marco teórico que permite naturalizar esta exclusión y decidir quienes pueden ejercer la curación.

De las primeras formas de conducta que sujetan a normas es el lenguaje a utilizar, por lo que imponen el lenguaje de la burguesía en ascenso que también está ganando control sobre las herramientas de producción “el lenguaje sirve para separar a los médicos del lenguaje profano, que cualquiera puede tener” (I. Illich, 1975) y por tanto excluye a

las mujeres, que utilizan el lenguaje popular (como Hildegarda de Bingen o Jacoba Felicié).

Es por ello, que el arbitrario cultural del discurso médico, se proyecta en la definición de la naturaleza femenina, desde unas supuestas características biológicas como frágil, emotiva, dependiente, sexualmente pasiva y con necesidad de protección masculina y destinada a la procreación .

No tan solo crea unas diferencias sino que le otorga una jerarquía considerando inferior lo femenino, desde una perspectiva científicas y por tanto incuestionable ya que “la ciencia es reflejo de una construcción del mundo que se expresa y se piensa en términos de dominio, control, etc.” (Sánchez, A. 1993).

LA TOLERANCIA HACIA LAS PRÁCTICAS SANADORAS DE LAS MUJERES

La estrategia de invisibilizar a las mujeres, pasa por apartarlas del ámbito público y por tanto han dejado menos documentación escrita, a pesar de que ejercieron tanto de sanadoras, comadronas, medicas, cirujanas o barberas y desarrollaron tareas idénticas (son silenciadas excepto cuando se enfrentaron a batallas legales como Jacoba Felicié) (Cabré, M; Salmón, F 2001).

No constan como profesionales sanitarios en los documentos oficiales a pesar de que en el S. XVI precisan a las mujeres en los hospitales, debido a las pestes, a la pobreza, la sífilis, y por tanto ejercen de médicos, sanadoras o comadronas, colaborando con cirujanos y barberos, pero al no pertenecer al sistema gremial, ni poseer identidad profesional, su incapacidad jurídica hace que no aparezcan en la historia o en los archivos de los hospitales.

En el S. XVIII se empieza a utilizar el nombre de matrona, para denominar a las mujeres legalmente reconocidas, para distinguirlas de las partaras sin cualificación (M. Cabre, 2001) y su reconocimiento viene mediado por médicos y cirujanos, que a mas a mas de legitimar su práctica, competían con ellas en un espacio aun no suficientemente delimitado.

CONCLUSIÓN

Desde comienzos del siglo XIX hasta la actualidad asistimos a un proceso de medicalización y

patologización del cuerpo femenino con la creación de la obstetricia como especialidad y con un aumento de la dependencia médica. Cuidados que antes se practicaban entre mujeres, han pasado a depender de la industria médica, creando personas dependientes. El aumento de enfermedades “femeninas”, interpretadas como derivadas de su propia fisiología (síndrome premenstrual, depresión post-parto, histeria, entre otras) supone cada vez una mayor etiquetación de problemas que seguramente se derivan de la posición en la estructura social, de las cargas de trabajo invisibles, del “techo de cristal” al que están sometidas, pero que al ser formuladas desde lo “científico” impiden una interpretación distinta.

En la actualidad el cuerpo médico detenta el poder de definir la salud y determinar que métodos de asistencia merecen. “La gente de las sociedades modernas cree que depende de la industria médica pero no sabe con que finalidad” (Illich, I; 1975) .

El saber médico estructurado en una jerarquía social ha legitimado en el nuevo orden mundial aquello que se debe saber y quien es el encargado de saberlo y de transmitirlo. Las mujeres han aceptado como propio, arbitrarios culturales sobre ellas, impuestos a través de una violencia tanto real como simbólica, aunque vayan en su contra, dejando en manos ajenas su propio cuidado, ya que “toda clase de dependencia se convierte en obstáculo para la asistencia autónoma mutua” (Illich, I;1975).

El proceso de profesionalización de enfermeras y matronas ha corrido parejo a las concepciones sociales sobre género y poder (Rhodes, M; 2001) y por tanto no han sido consideradas profesionales, por no poseer el control de sus propios programas de formación ni de las normativas que regulaban su actividad laboral. La formación legitimada de comadronas y enfermeras, impartida por los médicos cumplía una doble función, “llevar la regeneración moral y brindar a los médicos personal auxiliar “suficientemente formado en la lógica y el lenguaje médico” (Canals, J , 1992).

La asunción de la propia formación y el desarrollo de marcos de referencia propios por parte de las enfermeras, supone un primer paso en el desarrollo de la propia autonomía, pero también un mecanismo de supervivencia del sistema médico,

que precisa apoyarse en una estructura de cuidados que le legitime, ya que a través de la aceptación de un rol dentro de la estructura médica, contribuyen a la consolidación de este poder. Se acepta a partir de lo arbitrario, un modelo social jerarquizado con una explicación de este modelo social, “diríase elaborado para ordenarla” (Bonilla, A-1993) Y tal como dice Amparo Bonilla, “El sistema imaginario de clasificación social, en tanto en cuanto pensamiento vinculado al ejercicio de poder, opera como pensamiento (...) que se materializa mediante la ordenación coercitiva de las relaciones sociales y de la persuasión de que tales relaciones no pueden ser sino tal como quedaron formuladas en tal sistema por tanto la disuasión de que pueda actuarse de otra forma (Bonilla, A.1997).

Lo que parecería una aceptación de autonomía de la enfermería a partir de la consecución de títulos propios, no supone más que otro mecanismo más de reproducción del propio sistema, como forma de promoción simbólica de acceso al poder, ya que “la mejor dominación, la más eficiente es la que se apoya en miembros del propio grupo subyugado”.

Podemos pues afirmar que la ciencia no es neutral y por tanto las investigaciones y los conocimientos científicos, han subordinado la experiencia a los del varón y las mujeres no han figurado como agentes de cambio histórico, por lo que es preciso cuestionar y reelaborar tanto el propio conocimiento como el objeto y sujeto de estudio y los modelos de investigación que se utilizan. Tal como dice Bordieu: “Es preciso reconstruir la historia del trabajo histórico de deshistorización o, si se prefiere la historia de la (re)creación continuada de las estructuras objetivas y subjetivas de la dominación masculina que se está realizando permanentemente, desde que existen hombres y mujeres, y a través de la cual el orden masculino se va reproduciendo de época en época”.

BIBLIOGRAFÍA

- BEL, A. (2000) La historia de las mujeres desde los textos. Ariel, Practicum Barcelona
- BORDIEU, P. (2000) La dominación masculina. Anagrama, Barcelona.
- CABRÉ, M; ORTIZ, T. (2001) Sanadoras, matronas y médicas en Europa. S.XII-XX. Icaria , Barcelona.

- CANALS, J. (1992) La imagen femenina de la enfermería. Condiciones socioculturales de la profesión del cuidar. Revista Rol de Enfermería. Año XV, n° 172, 29-33.

- CAMPILLO, N. BARBERÀ, E. (1993) Reflexión multidisciplinar sobre la discriminación sexual. Nau Llibres, Valencia.

- CASTELLANOS, G. (1998) Genere, poder i postmodernitat. Vers un feminisme de la solidaritat (2) (I) Via fora, n° 50, vol. VI.

- COLLIÈRE, MF. (1999) Encontrar el sentido original de los cuidados enfermeros. Revista Rol de Enfermería 22 (1): 28.

- DURAN, M.A. ; SERRA, L; TORADA, R.(2001) Mujer y Trabajo. Problemática actual. Alemania. Valencia.

- EHRENREICH, B; DEIRDRE, E (1981) Brujas, comadronas y enfermeras Historia de las sanadoras. Dolencias y trastornos política sexual de la enfermedad

- La sal, Barcelona 1973 traducción

- ILLICH, I (1975) Némesis médica. La expropiación de la salud. Barral, Barcelona

- JULIANO, D. (2002) El juego de las astucias Mujer y construcción de modelos sociales alternativos Horas y Horas, Madrid.

- JULIANO, D. (1999) La educación intercultural, Eudema, Barcelona.

- JULIANO, D. (1995) Marginados y marginadores. Pp-15 a 33 XVI Sesiones de trabajo de la asociación española de enfermería docente 11.12.13 Grafibalmé 1995 NTE los problemas de marginación las enfermas responden. Diciembre 11 13.

- KNIBIEHLER, Y. (2001) Historia de las madres y la maternidad en Occidente Nueva Visión, Buenos Aires.

- SANZ BUENAVENTURA, M. (1988) Sobre mujer y salud mental. La Sal, Barcelona .

- MURANO, L. (1994) El orden simbólico de la madre. Horas y horas. Madrid.

- RIVERA, M. (1997) El fraude de la igualdad. Planeta, Barcelona.



PERSPECTIVA ANTROPOLÓGICA Y PSICOSOCIAL DE LA MUERTE Y EL DUELO

Germán Pacheco Borrella

Enfermero especialista en Enfermería de Salud Mental. Antropólogo



ANTHROPOLOGICAL AND PSYCHOSOCIAL PERSPECTIVE OF DEATH AND BEREAVEMENT PROCESSES

ABSTRACT

The present crisis of values which industrialized societies are suffering from, leads us to avoid any thought related to death or bereavement. Instead, the desire for consumer goods, immediate enjoyment and non-limit pleasure is the general aim. In this study, an anthropological reflection about the evolution of the rituals and beliefs accompanying the death phenomenon is made. Later, this study deals with the idea of fear to the dead as a belief which determines the ritual ceremonies and the bereavement process. From the concept of bereavement, as a universal reaction to loss, the social functions of bereavement rituals as an external expression of feelings are explored.

Besides, death and bereavement produce psychosocial transitions which in the health context become risk situations when coping with feelings of loss. An attempt will be made to get a closer view of the psychosocial factors which are present in this situations. Finally, the changes in values and cultural beliefs which influence the experience of death and bereavement in western societies will be approached.

KEY WORDS: Death, bereavement, ritual, mourning, feeling of loss, psychosocial transition.

“La muerte es algo que no debemos temer porque, mientras nosotros somos, la muerte no es, y cuando la muerte es nosotros no somos”.

A. Machado

RESUMEN

La crisis de valores en las sociedades industrializadas conlleva eludir el sufrimiento y la muerte y, por el contrario, hace anhelar bienes materiales, el disfrute inmediato y el goce sin límites. Considerando que esto no siempre ha sido así, se propone una reflexión antropológica acerca del fenómeno de la muerte y cómo han ido evolucionando las creencias alrededor de la misma y los ritos que la acompañan; para luego adentrarnos en el temor a los muertos, como creencia que determina culturalmente las ceremonias rituales y los duelos. Y a partir del concepto de duelo, como respuesta universal al sentimiento de pérdida, nos adentramos en las funciones sociales que cumplen los rituales de duelo, como expresión externa de las emociones. Además, la muerte y el duelo generan transiciones psicosociales que, en el ámbito sanitario, implican situaciones de riesgo frente a los sentimientos de pérdida. Tratamos de aproximarnos a los factores psicosociales que están presentes en estas situaciones humanas y concluimos

con los cambios de valores y creencias culturales que inciden en las vivencias de la muerte y el duelo en las sociedades occidentales contemporáneas.

PALABRAS CLAVES: Muerte, duelo, ritual, luto, sentimiento de pérdida, transición psicosocial.

INTRODUCCIÓN

La muerte ha estado presente a lo largo del devenir del ser humano y, sin embargo, en nuestra sociedad contemporánea, la muerte se ha convertido en un tema tabú. No queremos sentirnos próximos a la muerte. Nos angustia el sentimiento de pérdida de la vida, por muy conscientes que seamos de que nacemos, crecemos y morimos. Con la muerte la vida se desvanece. Morir es despedirse, es cortar las ataduras, es desligarse de los vínculos que uno ha ido tejiendo a lo largo de su psicobiografía. ¿Será porque nos aferramos a los bienes materiales? Quizás, sea que la crisis de valores que padecemos actualmente la que nos impide darle la consideración necesaria en nuestras vidas; porque, a pesar de todo, la muerte forma parte de nuestra existencia, o mejor dicho, es el último acto de nuestra existencia. Morir no es un cambio accidental en la vida humana, sino un cambio sustancial, un proceso irreversible. Nacemos, llegamos a ser... Morimos, dejamos de ser.

Hoy la muerte, entendemos, es una cuestión silenciada y casi nos atrevemos a decir que escondida en el seno de nuestra sociedad moderna e industrializada. No damos cabida al sufrimiento, parece que permanentemente anhelamos el disfrute inmediato y el goce sin límites. Pero el sufrimiento, el dolor y la muerte están presentes entre nosotros, por más que pretendamos negarlos.

En este sentido, sostiene Ariès, citado por Torralba, que el hombre occidental vive de espaldas a la muerte, se acerca lentamente a ella, pero elude pensarla. Esta tabuización de la muerte subsiste simultáneamente con una auténtica banalización del hecho de morir, con la presencia cotidiana de la muerte a través de la pantalla de la televisión. El bombardeo de noticias y de imágenes de muerte, sin embargo, no activa la reflexión sobre el morir.

EL FENÓMENO DE LA MUERTE

Desde la época prehistórica, el ser humano ha venido prestando especial atención a sus muertos, tanto en lo que se refiere a la forma en que había de tratar sus cuerpos, como al lugar donde depositarlos y muy especialmente, a los ritos que se habrían de celebrar. La necesidad de una conducta específica alrededor de los muertos fue debida a la aparición de determinadas creencias en relación con la muerte y especialmente con la posibilidad de supervivencia más allá de la misma.

Para corroborar lo complicado de las creencias que se mueven alrededor del fenómeno de la muerte y de los muertos, tenemos como ejemplo que en el antiguo Egipto se diferenciaba entre el cuerpo vivo o "Khat", la parte espiritual divina o "Ka", el espíritu o "Akh" y el principio vital o segunda alma llamada "Ba". Los egipcios creían que el cuerpo debía cuidarse porque el espíritu lo dejaría temporalmente reencarnándose en ave, pero que algún día, terminado su peregrinar, volvería al cuerpo y si no lo encontraba el "Ka" se extinguiría. De ahí las complicadas ceremonias de embalsamamiento y conservación de los cadáveres en las que este pueblo era un verdadero genio.

Por contra, hasta en una cultura donde se practica la cremación o desaparición del cadáver, como es en la India, entre los "Kapale-Kriya", cuando el fallecido pertenece a una orden ascética, quiebran



su cráneo antes de la incineración para que el espíritu salga por la décima abertura, esto es la sutura sagital o hendidura de Brahmna.

Y en nuestra propia cultura, los celtas e íberos de la Península, incineraban sus muertos y guardaban las cenizas en una urna cineraria que se enterraba con el ajuar correspondiente, con sus armas y utensilios habituales. Además se dejaba un agujero, denominado "agujero del alma", para que el espíritu del fallecido saliese o entrase de su tumba.

De estos ejemplos, podemos deducir que los pueblos han cuidado especialmente, desde siempre, el cuerpo del familiar fallecido, porque creían en la continuidad de la existencia en otra dimensión. Esto, que comenzó en etapas muy tempranas de la humanidad, como consecuencia de la vigencia preponderante de un pensamiento mágico, sigue presente hoy en nuestros días con gran intensidad, pese a la evolución del pensamiento científico.

La explicación que Frazer apunta, en su conocido libro "La rama dorada", sobre la existencia del alma, sería consecuencia de la imposibilidad del hombre "primitivo" para comprender el principio vital. Para éste, si un animal se mueve, está vivo, es porque un "animalito" habita en su interior y le mueve, y lo mismo le sucede al ser humano. Un "hombrecillo" habita en su interior y le anima. A esto es a lo que el hombre "primitivo" denominará alma o espíritu.

La incapacidad para las grandes abstracciones del modo de pensamiento mágico, hace que en el mundo "primitivo" se dote a este alma de las mismas propiedades que el hombre conoce para su mundo, y así el alma puede ser gorda o flaca, pequeña o grande y, por supuesto, se puede mover y, de hecho, el trance y el sueño no serían sino abandonos transitorios del alma, mientras que la muerte sería una pérdida definitiva de ésta. Por la misma explicación, el alma puede marcharse voluntariamente abandonando el cuerpo por los orificios naturales, preferentemente boca y nariz, en forma de ave, pero también puede ser extraída y raptada por otros espíritus, sobre todo de los recientemente muertos, demonios o brujas.

La explicación de Freud a la creencia en la supervivencia más allá de la muerte es un tanto distinta. Se apoya en aspectos afectivos y cognitivos

más evolucionados. Así, decía que llegado a un determinado punto del desarrollo de la humanidad, el hombre no podía seguir negando la muerte, puesto que tenía la experiencia del dolor por la pérdida de sus seres queridos, pero tampoco le era fácil imaginarla para sí mismo. Es por ello por lo que este autor pensaba, que el camino intermedio fue la aceptación del hecho físico de la muerte pero la negación de que ésta supusiera el fin de la existencia para uno mismo.

Freud pensaba que el hombre "primitivo" había inventado los espíritus al confrontarse con el cadáver del ser querido. Para este autor, la deducción de la existencia de una o varias almas era la consecuencia del recuerdo perdurable de sus muertos, y así llegó a la conclusión de que él mismo sobreviviría después de la aparente muerte. Decía que "ante el cadáver de la persona amada nacieron no sólo la teoría del alma, la creencia en la inmortalidad y una poderosa raíz del sentimiento de culpabilidad de los hombres, sino también los primeros mandamientos éticos".

Bowlby llama la atención sobre que, en casi todas las sociedades, se comparte la creencia de que a pesar de la muerte física, la persona no sólo sigue viviendo sino que además continúa su relación con los vivos, al menos durante un tiempo. Sin embargo, este autor no da ninguna explicación a por qué esta experiencia es tan generalizada. Simplemente, se limita a aceptarla como un hecho normal.

Otros aspectos que se cuestionaba Freud eran por qué un hecho no contrastable de ninguna manera, como es la existencia de los espíritus de los muertos, es tan frecuente como creencia humana y, además, por qué muchos de esos espíritus son vivenciados como dañinos y potencialmente peligrosos, dando lugar a rituales de purificación de los vivos y apaciguamiento del fallecido, aun cuando nunca hubiera sido temido ni peligroso en vida, sino todo lo contrario.

Si bien en nuestra cultura no es tan frecuente como en las culturas "primitivas", o por lo menos no están tan activas, las creencias cotidianas sobre los espíritus de los muertos, lo que sí es cierto es que cuando una persona vivencia en su presente el fallecimiento de alguien muy cercano, el característico estado emocional y, sobre todo, la emergen-

cia de las percepciones específicas sobre el difunto, favorecerán la reaparición de todas esas creencias culturales arrastradas desde los albores de nuestra historia de la humanidad, asentadas y fomentadas por la activación del pensamiento mágico.

Todo ello se podría entender como una explicación mágica individual de los procesos del duelo, que será apoyada y transmitida culturalmente. Es decir, que las percepciones de presencia del fallecido junto a la brusca activación del pensamiento desiderativo, llevarán a la persona a confundir estas percepciones y sus profundos deseos de reunión con el difunto, con la realidad de la existencia de éste. Esto se verá favorecido, además, por la presión del pensamiento colectivo, es decir, que muchas personas previamente habrán sufrido idénticas experiencias de pérdidas, llegando a las mismas conclusiones, lo que ha podido originar unas creencias colectivas de la realidad de un mundo de los espíritus.

Es esencialmente humano tener percepciones de fantasmas y responder a estímulos familiares con maneras que sólo serían apropiadas en el caso de que el difunto estuviera todavía vivo. Es decir, que podemos pensar que será la suma de distorsiones perceptivas, activación del pensamiento mágico, temor a la propia aniquilación y la transmisión cultural, lo que nos permite entender el por qué de la creación de ese mundo de los fantasmas de los muertos.

Se puede suponer que, el que tantos y tantos pueblos como los egipcios pusieran comida en las tumbas o los romanos pusieran una moneda debajo de la lengua del difunto, etc., se basaba en un sistema creencial cognitivo, pero lo que intentamos decir es justo lo contrario. Que hoy en día nos pueda hacer sonreír el hecho de que el muerto necesite comida o sus armas para alcanzar la otra vida, no tiene sentido. Pues en la sociedad occidental, se dedica un día al año al culto a los muertos y, en ese día, la sociedad entera se moviliza, se gasta importantes sumas de dinero en flores (aunque sepa que al día siguiente serán más baratas), porque en realidad lo que desea es apaciguar y contentar a sus muertos "vivientes". Es decir, que "animamos" a nuestros muertos y les creemos capaces de sentir, ofenderse y desear, lo mismo que ha

hecho el hombre "primitivo" desde la época de las cavernas.

Por lo mismo, la conducta y actitud del hombre "primitivo" es totalmente congruente con la interpretación creencial que hace de sus experiencias afectivas y perceptivas, y depende de un pensamiento mágico que supone la presencia real del fallecido "en otro mundo", pero es que esa es también la tendencia "natural" de la persona occidental ante unas vivencias de realidad tan fuertes. Por eso, muchas personas que acaban de sufrir una pérdida hablarán con el fallecido estando absolutamente convencidas de que les escucha, notarán su presencia a su lado y la interpretarán o bien como peligro (en cuyo caso se asustarán), o bien como guía, en cuyo caso la fomentarán. Por eso sentirán que es preciso seguir unos ritos funerarios y de duelo, acudir a visitar la tumba del fallecido y seguir manteniendo vivo su recuerdo, porque creen realmente en su existencia en otro mundo. Es frecuente que callen por vergüenza la mayoría de sus creencias, pues si bien, es aceptable en términos de religión creer en la existencia del alma, lo que ya no es tan aceptable socialmente es hablar con el fallecido y, sin embargo, eso sería totalmente congruente con la creencia religiosa.

Para Torralba, desde un punto de vista sociológico, la muerte es una cuestión trascendental. La muerte es universal, pero los modos de morir en el seno de cada sociedad difieren sustancialmente. Es distinto morir en Occidente que en Oriente, en el África negra o en Europa. Los procesos sociales que acompañan el morir son radicalmente distintos y también la consideración social del hecho de morir. Desde el discurso sociológico, se analiza el sentido del morir y sus procesos rituales y simbólicos en el seno de una determinada sociedad. A lo largo de la historia de la civilización, la caracterización de la muerte ha adquirido formas distintas y se ha concretado en procesos y formas muy variadas.

EL TEMOR A LOS MUERTOS

Una característica del pensamiento primitivo, como es investir a los supuestos espíritus de los muertos de una potencialidad maligna, es frecuente observarla también en nuestra sociedad, y eso debe tener alguna explicación.

Decía Frazer que el alma podría ser extraída del cuerpo en contra de su deseo. Por eso, cuando está pasando un funeral ante la casa, los karenes atan a sus hijos con unos cordones especiales a un lugar determinado, temerosos de que las almas de los niños abandonen sus cuerpos y entren en el cadáver que conducen. Así los dejan atados hasta que el funeral se halla fuera del alcance de la vista. Después, cuando el cadáver ha sido depositado en la fosa y antes de cubrirlo de tierra, los familiares y amigos se alinean alrededor de la tumba, cada uno de ellos con un palo de bambú hendido en una mano y con un palo pequeño en la otra. Cada uno introduce su media caña en la fosa y, arrastrando el palo por la acanaladura del bambú, señalan a su alma que por aquel camino puede fácilmente saltar fuera de la tumba. Mientras van echando la tierra, sacan gradualmente los bambúes, temerosos de que las almas que ya estaban subiendo por el canal pudieran ser inadvertidamente arrastradas por la tierra que van arrojando a la fosa. Cuando la gente abandona el lugar, se llevan los bambúes y ruegan a las almas que vayan con ellos. Además, a la vuelta del entierro, cada karen se provee de tres pequeños ganchos hechos de ramas de árbol y llamando a su espíritu para que le siga, se va volviendo a cortos trechos y hace un movimiento como si le enganchase, e hinca después el gancho en el suelo. Así impide que el alma del vivo se quede con el alma del muerto. Cuando han enterrado a algún karobatako y los demás están cubriendo la fosa, una bruja corre alrededor pegando al aire con una vara, para alejar las almas de los acompañantes, pues alguna podría escurrirse y caer en la fosa, quedando cubierta de tierra y muriendo entonces su dueño.

La existencia de los muertos como espíritus malignos no es sólo cosa de culturas "primitivas", y así algo que nos llama la atención en cualquier funeral y que, probablemente, tenga relación con el temor a "molestar" a los muertos y por consiguiente atraernos sus desgracias, es la costumbre generalizada de recordar y verbalizar exclusivamente todo lo que de bueno tuvieron en vida, incluso exagerando sus bondades, mientras que hacer comentarios reales pero negativos del difunto, crea fuerte incomodidad, malestar y rechazo entre los que escuchan.

Hay estudios antropológicos en los que se comenta este temor a los muertos; así, se consideran como los más peligrosos, los espíritus errantes de los muertos recientes, sobre todo cuando han desempeñado un papel importante en la vida. Se supone que quieren llevar a los vivos a la muerte. Para apaciguarlos se colocan en la tumba sus pertenencias, ante todo armas y herramientas. Para que no retornen se acumulan piedras sobre la tumba y se borran las huellas con hojas de palmeras para que el muerto no encuentre el camino de vuelta. Los parientes se embadurnan de colores, se cortan el pelo y tratan de desfigurarse para que el muerto correspondiente no les reconozca.

Para evitar ese reconocimiento, por si el recientemente fallecido volviera, en África del Sur, existe una tribu donde los parientes se ponen durante un cierto tiempo un saco en la cabeza, luego, se hacen atar a un prado y simulan ser vacas para no ser reconocidos por su familiar, si diera el caso de que volviera por allí a buscarlos.

Otra tribu de indios sudamericanos tiene por costumbre cortar los tendones de los pies al difunto, y atar el cuerpo al "árbol de los cadáveres", comprobando de vez en cuando que sigue allí.

Según las costumbres, pero siempre en relación con el temor a la potencialidad maligna del muerto, unas tribus abandonan su lugar de residencia por temor a que éste vuelva y les dañe, mientras que otras, cortan la cabeza del difunto y la ponen en su casa, haciéndole ofrendas para contentarlo y así evitar el daño.

Un hecho común a todos los rituales, en las distintas culturas, es que sirven para dar distintas ubicaciones a los muertos y sus recuerdos respecto a los vivos y, en general, se los coloca en un único lugar, sea este el domicilio familiar, el cementerio, un lugar sagrado, etc., probablemente con la función de delimitar el peligro dejando el resto del medio libre y, por tanto, seguro. Es posible que el hecho de que tanto el cadáver, como sus posesiones más preciadas permanezcan en un único lugar, pueda tener como consecuencia el que las percepciones que producía el difunto queden delimitadas, y así puedan ser evitadas. Pero no sólo eso, sino que en muchos pueblos, se observa el tabú de pronunciar el nombre del difunto durante un período variable de tiempo tras la muerte de éste, o incluso

para siempre. El temor a atraer la atención del espíritu, si se le llama por su nombre, y que ello acarree todo tipo de males, es llevado al extremo de cambiar el nombre a todas las personas u objetos de fonética similar al nombre del muerto. La explicación a este curioso tabú quizá sea el hecho de que pronunciar en voz alta el nombre del difunto, no es simplemente un hecho verbal, sino que evoca una importantísima cantidad de información simbólica y subjetiva sobre la persona nombrada, y probablemente dé lugar a muchas percepciones sobre la misma. La imposibilidad del pensamiento mágico en diferenciar lo objetivo de lo subjetivo hará el resto.

En cierta forma, relacionado con el miedo a atraer la desgracia provocada por el difunto, en muchos funerales se encuentran incorporadas ceremonias de autocastigo. Éstas permitirían disminuir, en la conciencia de los vivos, los temores a los deseos de venganza del muerto, permitiéndoles que una vez pasados los funerales, pudieran incorporarse sin sentimientos de culpa ni de temor al daño del desaparecido, a la nueva situación del vivo.

Entre nosotros, algo nada infrecuente que podemos observar a menudo, es como tras el fallecimiento de alguien, los familiares cercanos que, en muchos casos, le han cuidado durante largas enfermedades y con múltiples sacrificios, tienen miedo a dormir en la misma cama en que falleció el difunto, utilizar sus ropas, entrar en su habitación o en su casa, etc. Antecedentes de estos temores los encontramos en muchas culturas, y así, por ejemplo en la isla de Arú existe la costumbre de no dormir en una casa en la que acaba de morir alguien, por temor de que la propia alma, al proyectarse fuera, en el sueño, pueda encontrarse al espíritu del muerto y sea raptada por él.

En culturas muy culpabilizantes, donde la noción del pecado y la culpa está muy presente, durante los duelos se suelen presentar estos sentimientos en el superviviente; mientras que, en otras culturas, se desarrolla el temor a la venganza del fallecido. Por estos motivos, algunos pueblos “primitivos”, inventaron ritos que les permitían romper con determinados estímulos del difunto y “apaciguarle o ayudarlo a encontrar el camino al otro mundo”, así como simultáneamente, mediante una

ceremonia colectiva, admitir una realidad nueva como era la adaptación del grupo, y especialmente de los más allegados, a sus nuevos roles sociales.

Para Reverte Coma, todas las ceremonias, sea el pueblo que sea, tendrían las siguientes finalidades:

- Asegurar el reposo del alma o almas.
- Llevar a cabo los rituales de agregación y separación de Van Gennep.
- Preparar el camino del alma, asegurando y facilitando su viaje al más allá.
- Vengar al muerto de sus enemigos.
- Impedir que el alma sea un peligro para la familia o el grupo, mediante ofrendas, sacrificios, comidas funerarias, duelo, ayuno, abstinencia, mutilaciones, ceremonias de purificación, pues el muerto es frecuentemente considerado fuente de contaminación, etc.

Es decir, que todos los ritos de las diferentes culturas “primitivas”, tendrían como finalidad apaciguar al difunto, contentarle de diversas formas y, sobre todo, favorecer su marcha definitiva del mundo de los vivos, para de esa forma evitar el daño. Sin embargo, también en culturas donde este mundo creencial de los espíritus de los muertos no está tan activo, siguen existiendo rituales alrededor del hecho de la muerte.

CONCEPTO DE DUELO

Etimológicamente, el término duelo significa “dolor” (*dolus*) y, también, “desafío o combate entre dos”.

Según Johnson, el duelo fue explorado por primera vez por Freud en 1917, quien describió la emoción normal del duelo y su expresión en el luto. La resolución del duelo, tal como la describió Freud, es un proceso doloroso que no concluye con facilidad.

El concepto de duelo implica todo un proceso dinámico complejo que involucra a la personalidad total del individuo y abarca, de un modo consciente o inconsciente, todas las funciones del “yo”, sus actitudes, defensas y, en particular, las relaciones con los demás.

Carpenito (1987) define el duelo como “estado en el que un individuo o familia experimenta una pérdida real o percibida (persona, objeto, función, estatus, relaciones), o estado en el que un individuo

o familia responden al convencimiento de una futura pérdida (duelo anticipado)".

"El duelo puede considerarse como un proceso social, ya que puede manejarse mejor cuando es compartido y asistido por los demás" (Burgess, 1985; citado por Novel y Lluch). En el caso de la muerte —ejemplo paradigmático de las causas posibles de duelo—, todas las culturas y religiones reconocen el duelo como tal y proporcionan normas de comportamiento social que incluyen las conductas adecuadas antes, durante y después de un entierro, así como el tiempo que el duelo debe durar.

El duelo es una respuesta universal a una pérdida (o a una separación) a la que se enfrentan los seres humanos de todas las edades y de todas las culturas. Es una respuesta normal y natural; quizá no sería natural la ausencia de respuesta. Es algo personal y único y cada persona lo experimenta a su modo y manera. Sin embargo, produce reacciones humanas comunes. El duelo es una experiencia global, que afecta a la persona en su totalidad: en sus aspectos psicológicos, emotivos, mentales, sociales, físicos y espirituales.

El duelo es, asimismo, una experiencia ambivalente: se presenta como posibilidad y riesgo. Posibilidad de maduración, que hace que el ser humano emerja del proceso como persona diferente: consigue, de manera consciente o inconsciente, deshacer los lazos que le unían al ser querido, adaptarse a la pérdida y volver a vivir de manera "sana" en un mundo en el que ese ser querido nunca más estará. Sale fortalecido psíquica y espiritualmente. Y riesgo de cronificación, al hacer un duelo incompleto o mal elaborado, que puede llegar a requerir tratamiento psicológico o psiquiátrico.

El duelo surge como reacción ante el sentimiento de pérdida. Así, por ejemplo, la pérdida de un ser querido se experimenta no sólo a través de la muerte, sino también a través de una larga enfermedad, un divorcio o una separación. También se experimenta, en mayor o menor medida, ante la pérdida de objetos materiales en los que hemos depositado importantes vínculos afectivos y ante la pérdida de roles y/o estatus: posición económica y social, pérdida del puesto de trabajo, etc. Cada nueva pérdida requiere la adaptación a esa circunstancia vital específica. Todas las pérdidas, incluida

la de un ser querido por la muerte, suponen una pérdida por parte de la persona; por esto, la experiencia es única en cada persona.

FUNCIONES DE LOS RITUALES

Los rituales representan la afirmación simbólica de los valores del grupo por medio de acciones y declaraciones culturalmente estandarizadas.

Podemos decir que existen dos tipos de rituales: aquellos que se repiten anualmente o "ritos calendáricos", que tendrían como finalidad garantizar el éxito y la prosperidad en el futuro, o la protección contra peligros que pudieran dañar las cosechas y los animales; y los llamados "rituales de tránsito o pasajes", entre los que se incluirían los "rituales de duelo". Estos, igual que otros como los de "iniciación", señalan un cambio social, a partir del cual, se espera una transformación del individuo. Suelen tener que ver con etapas del ciclo de la vida, a diferencia de los calendáricos que tratan con fenómenos de la naturaleza.

Van Gennep, en un intento de encontrar puntos comunes y un único simbolismo en los rituales de diversas culturas, afirmaba que en todo rito de transición encontraríamos tres etapas, que él denominaba: "de separación", durante la cual el individuo perdería su estado inicial; "la marginal o liminal", donde el sujeto queda en un estado intermedio, en el que no se está dentro ni fuera, y que se caracterizará por la ambigüedad y el peligro, y que se simbolizará por tener que soportar una serie de pruebas desagradables; y por último, "la de integración o agregación", donde el individuo adquiere su nueva condición dentro del grupo. El rito serviría no sólo para conducir a la persona de forma reglada de un estado a otro, sino que también sería un fenómeno purificador.

Dentro del rito en sí, y admitiendo que esas fases son comunes, sin embargo, los actos rituales pueden presentar diferencias interculturales, aunque presenten muchos rasgos similares, y así, hechos como el enterramiento de objetos, lavarse, rasurarse, determinadas mutilaciones corporales, cruces de corrientes de agua y de otros obstáculos, podrían ser entendidos como actos simbólicos de separación, mientras que ungir, comer y vestir ropas nuevas, simbolizarían acciones de integra-

ción comunes. La extensión sistematizada del funeral lo constituirían las reacciones de aniversario.

Otro aspecto interesante es que, además de determinados actos ritualizados, en las sociedades “primitivas”, se da mucha importancia a la expresión externa y marcada de las emociones, entre las que no sólo se manifiesta el dolor, sino también la rabia. Ello indicaría un reconocimiento, por parte de esas culturas, de ese afecto como algo normal dentro del sentir del duelo y tendría una función canalizadora de esa rabia hacia actos socialmente admisibles y temporalmente delimitados.

Para Durkheim, citado por Harris, que estudió los ritos funerarios de los aborígenes australianos, la expresión ritual de los sentimientos, particularmente en forma de obligaciones de duelo de los parientes, tendría además la función de comprometer la solidaridad del grupo.

La Fontaine señala que los actos rituales son simbólicos y expresan ideas sociales significativas, asociando lo físico con lo social. Esto mismo decía Van Gennep cuando afirmaba que lo que era central en los ritos era el cambio de estatus social antes que una preocupación por los cambios físicos. Para él, todos los cambios de los ciclos vitales suponen perturbaciones en la vida de la sociedad y del individuo, por lo que, lo que intentan los rituales es regular la relación de los acontecimientos individuales y, con ello, mantener el orden social y reducir sus efectos dañinos.

Aunque, teóricamente, este autor suponía que lo predominante en los ritos funerarios sería la fase de separación. Sin embargo, en la práctica se encontró que generalmente, era la fase de transición la que dominaba el simbolismo del ritual. Los ritos de separación eran pocos, mientras que los de transición eran muy complejos y tenían una larga duración. Para Van Gennep, estos actos no servirían para facilitar la transición de un estado a otro, sino que facilitarían la comprensión de la ambigüedad del estado. Mientras que los ritos de separación serían simples, puesto que su única función sería la de dar a conocer al grupo el que una persona del mismo ha muerto, los ritos de transición implicarían la aceptación personal y social del significado de la muerte. Son mucho más complejos porque suponen el pacto y la aceptación de que alguien significativo ha muerto.

Tylor, igualmente citado por Harris, señalaba, en el mismo sentido, tres funciones de los rituales de tránsito que, perfectamente, encajan con el duelo. Estas serían:

- Validación y refuerzo de los valores del grupo en un momento de disturbio psicológico.
- Refuerzo de los lazos dentro del grupo.
- Reconocimiento del nuevo estatus dando a conocer al grupo dicho cambio.

En todas las sociedades existen ritos y reglas para eliminar a los muertos y para regular el comportamiento adecuado de los supervivientes. En general, los detalles rituales en una u otra cultura varían, pero lo común a todas esas prácticas es la prescripción de una experiencia de grupo en la cual la sociedad completa, y no sólo el allegado al difunto, espera ejecutar un acto colectivo alrededor de la muerte y del fallecido.

Hoy en día, se puede pensar, que algunas funciones de los funerales serían: ayudar a la persona que sufre de cerca una pérdida, registrar dicha pérdida, intercambiar bienes y servicios, proporcionar a los vivos una oportunidad para expresar su gratitud al difunto y realizar actos que se creen provechosos para el fallecido. Las ceremonias fúnebres sirven como rito de paso del muerto hacia el otro mundo y, para el superviviente, estas ceremonias, facilitarían la transición desde una posición y un papel social previos, y que ya no son apropiados después de la pérdida, hacia un nuevo papel y posición social. Además se dicta un tiempo de duelo permisible.

Concluimos este apartado, con el relato de un ritual fúnebre de nuestros días: Una mañana de primavera del pasado año, falleció un joven de 19 años, tras sufrir un accidente traumático. Al día siguiente, el cadáver fue incinerado. Al tercer día del fallecimiento, los padres, hermanos, familia cercana y amigos, se trasladaron a la playa de Bolonia, en el litoral gaditano, lugar predilecto del difunto, para esparcir sus cenizas en el mar. Al llegar a la playa, se encontraron con amigos del fallecido, quienes desconocían lo sucedido. Se produjeron escenas emotivas: abrazos y llantos como muestra de solidaridad por el dolor sentido. Luego, se unen al cortejo. Eran veinticinco o treinta personas. Al acercarse a la orilla del mar, el padre del finado ofrece el cofre, que contenía las cenizas, al

amigo íntimo de su hijo y le cedió el honor de esparcirlas en el agua. El amigo titubeó en principio, pero aceptó el ofrecimiento. Formaron un semicírculo frente al mar y alrededor de los padres y del amigo que tenía el cofre en sus manos. Uno de los amigos comenzó a tocar una caja de madera, instrumento de percusión que habitualmente tocaba el joven fallecido. La bruma con la que amaneció el día fue desapareciendo y empezó a lucir un sol radiante primaveral. Soplaban una leve brisa. Se oía el ritmo ronco de golpear de las manos en la caja. Al mismo tiempo, el joven amigo, lentamente, con lágrimas en los ojos, se introdujo en el mar; luego se giró y comenzó a esparcir las cenizas en el agua, mirando a los allí presentes, quienes estaban entrelazados, cogidos de la mano. Cuando terminó, el sonido de la caja cesó. A continuación los amigos se introdujeron en el agua y se bañaron mezclándose entre las cenizas. Al salir, tras haberse diluido las cenizas, el amigo se dirigió a los padres y les dijo: “hemos querido dar el último abrazo a nuestro amigo”. El padre y la madre rompieron a llorar. Unos y otros se abrazaron. Poco a poco abandonaron la playa, hasta el lugar donde estaban los vehículos en los que regresaron a la ciudad.

PERSPECTIVA PSICOSOCIAL Y ANTROPOLÓGICA DEL DUELO

La forma de elaborar los duelos y transiciones psicosociales es un componente fundamental de nuestra adaptación al entorno. También de nuestras adaptaciones y dificultades en la relación social. De ahí que los procesos de duelo posean una tan importante repercusión en la vida social del individuo. La forma de expresar el duelo, sin embargo, está estrechamente relacionada con la cultura a la que pertenezcamos (por ejemplo vestirse de negro), a las situaciones que rodean a la pérdida, a la edad de la persona que fallece, la situación vital, si se trata de una muerte anticipada o repentina.

Si bien lo que desencadena un duelo en una persona es siempre idiosincrásico de la misma, existen situaciones que prácticamente en todos los seres humanos desencadenan duelos de cierta importancia. Son las situaciones que denominamos transiciones o crisis psicosociales y que, en el ámbito sanitario, implican factores de riesgo situa-

cionales y pueden entenderse como situaciones de riesgo. En tal sentido, un elemento básico de cada cultura son una serie de costumbres y normas sociales con respecto a esas transiciones psicosociales características de la misma: Orfandad, separaciones, entrada en la edad adulta, etc. La mayoría de las culturas incluirán entre sus elementos más indelebles y centrales los ritos con respecto a la enfermedad, la pérdida, la muerte, el luto...

Transiciones psicosociales fundamentales:

1. En la infancia

- a) Pérdida o separación de los padres.
- b) Pérdida del contacto con el medio del hogar familiar por acontecimientos como es el ingreso en un hospital, en un internado o en una escuela.

2. En la adolescencia

Separación de los padres, del hogar y de la escuela.

3. En los adultos jóvenes

- a) Ruptura matrimonial.
- b) Embarazo (especialmente el primero).
- c) Aborto (más si es repetido).
- d) Nacimiento de un niño disminuido.
- e) Pérdida del trabajo.
- f) Pérdida de un progenitor.
- g) Emigración.

4. En los adultos y ancianos

- a) Jubilación.
- b) Pérdida de las funciones físicas.
- c) Duelo por familiares o allegados.
- d) Pérdida del ambiente familiar, por ejemplo, al ingresar en residencia de ancianos.
- e) Enfermedad o incapacidad en miembros próximos de la familia.

Aunque la pérdida que precipita el pesar suele ser la pérdida de otra persona, las pérdidas varían considerablemente en cuanto al grado en que suponen una pérdida de rol o cambian las propias pautas de vida. Por ejemplo, la pérdida del marido altera considerablemente el rol social de la viuda y puede incluir la pérdida de un compañero, una pareja sexual, un chofer, etc., papeles que pueden requerir una reposición independiente. Aunque

uno puede condolerse sinceramente por la muerte de un héroe nacional o de un político, la pérdida rara vez supone la pérdida de rol, y es probable que un sustituto ocupe pronto las funciones del finado. La disponibilidad de restitución influye considerablemente en la respuesta de uno a la pérdida; de hecho, algunas culturas proporcionan un compañero a la viuda poco después de la muerte del marido.

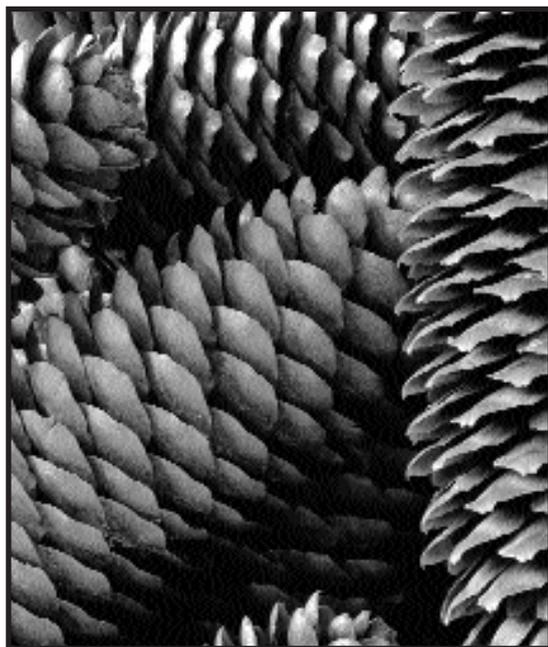
El duelo ocurre o se inicia inmediatamente después, o en los meses siguientes a la muerte de un ser querido y está limitado a un período de tiempo que varía de persona en persona (no se extiende a lo largo de toda la vida). El trabajo de duelo es un proceso psicológico complejo de deshacer los lazos contraídos y enfrentarse al dolor de la pérdida. Al hablar de duelo no podemos dejar de citar a Freud, quien ha hecho importantes aportes en lo que a este tema respecta. Freud compara la melancolía con el duelo en sus escritos de "duelo y melancolía". Ambas son reacciones ante la pérdida de un ser amado. En el duelo, la pérdida, trae grandes desviaciones en la conducta normal. Pero no se considera una conducta patológica. Esto es muy importante porque todas las personas que sufren pérdidas afectivas atraviesan un proceso de duelo y es inevitable sentir tristeza ante semejante acontecimiento. En el duelo la pérdida es real, o sea que se pierde un objeto del mundo externo y se sabe cual es, la persona comienza con conductas anormales (pero no es patológico), se supera con el paso del tiempo. Hay una menor productividad y el mundo queda pobre y vacío.

La melancolía sería equivalente a un duelo patológico. En este caso el duelo se produce ante una pérdida que puede o no ser real, se provoca un estado de ánimo deprimido, desinterés por el mundo externo, autorreproches, autodenigración, insomnio, productividad inhibida. La persona siente un vacío interno. En el duelo, el objeto amado ya no existe más.

La elaboración normal del duelo conduce, pues, a la reconstrucción del mundo interno, enriquecido por esta nueva experiencia y por una confianza básica acrecentada. Es la situación que el luto ritualiza con la obligada permanencia del deudo en casa, estándole "socialmente prohibidas" diversiones, vestidos vistosos, etc.; así podrá con-

centrarse en el "trabajo interno" del duelo. Sólo progresivamente, desde el negro (el color del luto en nuestra cultura), se va a pasar a otros colores, lo que quiere indicar a los ojos de los demás que la pérdida se va alejando en el tiempo (e interiorizando en el espíritu) y que la persona ya está autorizada por la sociedad y por sí misma para restablecer sus emociones sociales o establecer otras nuevas.

En realidad, pues, las manifestaciones sociales y antropológicas del duelo y los procesos de duelo poseen una triple vertiente: por un lado, son la expresión al nivel de sociedad, instituciones y microgrupos de esos procesos, que de alguna forma son vividos en algún momento por casi todos los miembros de esa comunidad. A otro nivel, la ritualización y las costumbres que implican, en una cultura lo suficientemente integrada, tienden a ayudar en el trabajo psicológico del duelo; de ahí la importancia de determinados ritos, como, por ejemplo, los funerales. Por último, esos ritos y costumbres poseen una vertiente antropológica y social: facilitan la comunicación del hecho a la comunidad, dan pie al intercambio de bienes y servicios, proporcionan a los vivos ocasión de congradarse con el muerto y sus familiares y allegados, preparan para nuevas relaciones a través de los actos sociales...



En tal sentido, esos ritos funerarios poseen un cuádruple valor: si no son excesivamente rígidos y ritualistas, ayudan en los procesos emocionales de los individuos en duelo, es decir, poseen un valor emocional. En segundo lugar, tienen consecuencias en la redistribución de bienes y servicios de una sociedad, cuentan con un valor económico y de intercambio. Pero, además, poseen también un valor simbólico y comunicacional: son formas de comunicarse entre sus miembros y, con ello, son medios de cohesión social. Más adelante, en el último apartado, se profundiza en estos elementos.

Sostiene Ripoll que son cuatro los factores que afectan, de manera importante, al duelo:

a) Los factores psicológicos

La pérdida y el sentido de la pérdida es único. Una misma pérdida tiene un significado diferente para diferentes personas, porque cada uno la percibe de manera distinta, dependiendo del:

- Sentido, calidad e inversión emocional de esa relación para el doliente.

- Dependencia o independencia que ha generado.

- Cantidad y calidad de los “asuntos” sin resolver entre el doliente y el fallecido, características del fallecido, (edad, sexo, personalidad).

- Percepción del doliente sobre la “realización, satisfacción y cumplimiento” que la vida ha depa-
rado al fallecido.

- Rol y funciones del fallecido para el doliente, su familia y el sistema social en que se movía, que van a dar lugar a determinado número de pérdidas secundarias.

Si las relaciones con el ser querido han sido conflictivas, el dolor no solo es por la pérdida; el doliente también se culpa de no haber tenido mejores relaciones con el fallecido; no le queda ni la esperanza de poder mejorarlas algún día. En este caso, la muerte del ser querido resucita viejos conflictos, no resueltos con anterioridad: miedos, ansiedades, sentimientos de abandono infantiles; y conflictos de ambivalencia, dependencia, seguridad en las relaciones padres-hijo. El doliente tiene que enfrentarse a la pérdida actual y a viejas pérdidas.

El impacto que una pérdida produce en una persona no se puede “normalizar”, de manera que

se pueda asumir a priori qué pérdida va a afectarle más. Pero la pena es mayor cuando muere un hijo pequeño o adolescente, y el esposo/la esposa.

b) Los recursos personales

La respuesta a la pérdida y la manera de afrontar el duelo es análoga a otras respuestas vitales de la persona. Dependen de:

- Sus comportamientos adaptativos, personalidad, carácter y salud mental.

- El grado de confianza en sí mismo.

- El nivel de madurez e inteligencia, relacionados de manera positiva con una buena resolución del duelo, al dar más posibilidades de entender el sentido e implicaciones de esa muerte.

- El haber o no sufrido otros duelos, que pueden afectarle de manera positiva –sabe que “sobrevive” a la pérdida– o negativa.

- La posibilidad de expresar el duelo.

- La concurrencia de otras crisis personales, que complican el duelo. Cada una de ellas demanda energía y atención, en momentos en que se está “vacío”.

La comprensión, implicaciones, manera de afrontar y expresar la pérdida, están influidos siempre por el propio sentido de la existencia y la fundamentación religioso-filosófica, cultural y social del doliente.

c) Circunstancias específicas de la muerte

El modo y momento de morir influye en los supervivientes. No es lo mismo:

- La muerte de un anciano que la de un niño. Los padres experimentan ésta como antinatural e injusta.

- La muerte por una enfermedad terminal, que la súbita e imprevista.

- La muerte por suicidio o actos violentos.

La muerte anunciada por una enfermedad terminal da a los allegados la oportunidad de prepararse al desenlace. Un accidente de tráfico o laboral, un infarto, origina muertes muy difíciles de aceptar. Todavía más dramática resulta la muerte por suicidio, que deja sentimientos de culpa profundos o la que resulta de actos violentos (asesinatos, violaciones). Los dolientes pueden obsesionarse con el pensamiento de cómo habrá vivido su ser querido aquellos últimos momentos.

d) Los apoyos externos

Los dolientes viven su duelo en una determinada realidad social, que influye en el proceso de recuperación. La familia es el contexto fundamental y puede ayudar o entorpecer la elaboración de un duelo, permitiendo, por ejemplo, exteriorizar la pena o por el contrario, premiando “la fortaleza” y “entereza” del que “se controla”. Toda “cultura familiar” implica comportamientos, tradiciones, valores sociales y expectativas. Los amigos, los profesionales, los “grupos de pertenencia”, la Iglesia, los “grupos de ayuda mutua” –formados por personas que han sufrido experiencias similares– pueden ser otras tantas posibilidades de apoyo y consuelo.

El ser humano vive apoyado psicoemocionalmente en relaciones con los demás, suponiendo los otros soportes, en muchos casos, fundamentales para nuestro íntimo equilibrio psíquico. Cuando uno de estos soportes externos muere, se produce temporalmente un cataclismo interior, cuya intensidad dependerá del tipo de relación establecida con la persona muerta y de la profundidad de su significación en nuestra existencia. Una columna de nuestro edificio interior se rompe, viéndose amenazado el mismo de distintas maneras, según la trascendencia de la misma. Todas estas circunstancias implican el tipo de duelo que cada uno va a realizar y, en el que se verán comprometidos igualmente los recursos con que se cuente para enfrentar la pérdida y su restitución en un mundo diferente, en el que el muerto se encuentre ya diluido e incluido, constituyendo la parte íntima de los vivos.

Sólo cuando uno se ha confrontado con la muerte de un ser querido y próximo, en el que se apoyaba una parte importante de su proyecto vital, se es capaz de entender de duelo. Sólo cuando con el tiempo y, habiendo tenido la valentía de la confrontación con el dolor de la pérdida, pagado el coste correspondiente, aparece su superación, lentamente, sin estridencias, discretamente. Tal y como se hace con todo lo importante de la vida. Finalizado el proceso, es entonces cuando uno toma conciencia y se sorprende de haber sufrido una transformación interna e íntima, una metamorfosis y un aprendizaje que marca un hito en su existencia, en la que fácilmente se puede distinguir

un antes y un después del acontecimiento vivido. Muchos de los planteamientos cotidianos que regían la vida, aparecen ante sus ojos como absurdos, vacíos de sentido y falsos.

TRANSICIONES Y VALORES: EL “ANTES” Y EL “AHORA”

El hombre nace, crece, se reproduce y muere. Este es un axioma tan natural como la vida misma. Tarde o temprano completamos esta última etapa. Somos nosotros quienes llevamos las riendas de nuestra vida y con nuestra forma de vivir, vamos enmarcando nuestra forma de morir. Si bien, por una parte esto es así, por otra, en el “libro de la vida” ya está escrita nuestra última página y podemos “ser llamados” o simplemente “dejar de existir”, antes de completar nuestro proceso biológico, sin que podamos hacer nada por evitarlo.

Las formas de morir no han cambiado mucho a lo largo de la historia, se pueden resumir en dos: de forma brusca, aguda, sorpresiva, o de forma prevista, esperada y no por ello menos angustiante. El impacto que produce en los vivos, cualquiera de estas dos clases de muerte, presenta diferentes grados de fuerza, que dependerán de todo aquello que el difunto haya sembrado, de cómo haya guiado su propia existencia.

Lo que el tiempo nos ha quitado –o nos está quitando– es el contacto con la muerte. Los progresos científico-médicos, por un lado, y el complejo mundo político, social económico y cultural, por otro, han “abolido” el derecho a morir en casa, rodeado de los seres queridos y, por diversas razones, se nos esconde la muerte.

Antes, un buen día llegaba el padre a casa y, si eras lo bastante mayor para entenderlo, te decía: “abuelo ha muerto”. Quizás el más pequeño de la familia no lograba entender el por qué de los llantos, la tristeza reinante. Sus sentidos se impregnaban de esos sentimientos, esas sensaciones que flotaban en el aire y que le llevaban a una sola conclusión: miedo. Miedo a eso que ahora sería su compañera invisible y desconocida y de lo que más tarde descubriría que es irremediable.

A excepción de la muerte, cada rito de paso en el ciclo de la vida representa una transición para el individuo que marca el comienzo de una nueva forma de comportamiento. En cada escalón se

espera que el individuo conforme nuevos valores, para que actúe de una nueva forma. Las mismas ceremonias no sirven tan sólo como puntos de transición para el individuo, sino que también anuncian formalmente a la sociedad que debe juzgar al individuo por medio de una serie de normas. En este sentido marcan los diferentes niveles de desarrollo en el sistema de conciencia y normativa de la cultura de nuestra sociedad occidental.

La muerte es el último rito importante del ciclo de la vida que debe pasar obligatoriamente una persona. A diferencia de los otros rituales, el funeral comienza con un rito orientado hacia la familia, el velatorio y termina con un rito de la comunidad, el entierro. Aunque el estado actual después de muerto es muy distinto, la importancia de ser enterrado dentro de los muros del campo santo es reconocida por todos. El entierro como un ritual de la comunidad reconoce y da fin al cambio de estado de uno de sus miembros. Antes, por ejemplo, la mayoría de los hombres del pueblo aunque no tuvieran mucha relación con el muerto acuden a los entierros. El velatorio es el rito más importante en lo que se refiere a la personalidad y posición de la persona y de la familia. Empíricamente, el cambio de estatus involucra a los parientes más cercanos del muerto.

La calidad del funeral y la duración del entierro son los elementos tradicionales que han relacionado —y posiblemente todavía relacionan— el estado material del muerto. En el pasado había varias clases de funerales. Así por ejemplo, para un funeral de tercera clase, que era el más barato, el cuerpo era trasladado hasta la iglesia pero simplemente llevado hasta sus puertas. El cura lucía sus vestimentas más raídas. Se procuraba no dar este tipo de funerales siempre que fuera posible. Las prácticas eclesíásticas habían sido liberalizadas y los funerales de tercera dejaron de practicarse. Ahora todos los funerales son iguales, tan sólo varían en la asistencia y en algunos elementos.

En contraste, el entierro actual todavía comprende diferentes clases. Más caros si es en el nicho permanente. En muchos pueblos de España, el cementerio está limitado por un muro muy alto y en él hay filas de nichos, como casilleros en una oficina de correos. Estos nichos se pueden alquilar o comprar. Si se alquila y el alquiler deja de pagar-

se, se sacan los restos y el nicho está preparado para un nuevo ocupante. Los restos del desalojado son tirados a una fosa común. Menos caros que los nichos son los fosos en el suelo dentro del cementerio. También estos pueden ser permanentes o alquilados. Como en el pasado, el criterio utilizado para decidir qué tipo de funeral y entierro recibiría el muerto depende de la cantidad de dinero que los parientes pudieran pagar.

Antes, en pueblos y ciudades pequeñas los féretros eran llevados a hombros por los hombres hasta el cementerio, que solía estar a poca distancia del núcleo de la población. Ahora, el traslado de los restos mortales se hace en un coche fúnebre: se recoge al féretro en la casa del difunto, se le lleva a la iglesia y luego al cementerio; o bien, desde el hospital al tanatorio y de aquí al cementerio. Antes cuando moría alguien, en algunos pueblos, se llevaba el féretro en una mula. No es la comodidad del coche fúnebre lo que aprecia la gente, sino el "estilo".

Como el nacimiento, la muerte está siempre presente en la atmósfera de la comunidad. En estos pequeños lugares la mayoría de la gente que muere son ancianos. De éstos, la mayoría mueren lentamente en sus camas. Sus mejores amigos y sus parientes que no se habían hablado durante años escogen estos días para reiniciar sus relaciones.

El velatorio, que comienza cuando alguien muere, era un momento para hablar bajo, no para



muestras catárticas de dolor. Después de la muerte, el cuerpo era lavado y vestido y colocado en una cama. Los miembros más cercanos de la familia pasaban el día preparando la casa para la noche, cuando el resto de los acompañantes comenzarían a llegar para el velatorio. Algunas personas estaban en el velatorio durante toda la noche, los miembros adultos de la familia y unos cuantos amigos íntimos que les acompañaban. A no ser que el difunto fuera una persona muy especial, la mayoría de la gente iba al velatorio para acompañar a un amigo en su pena por la muerte de un pariente.

En el velatorio, los hombres y las mujeres se sentaban en sitios diferentes, las mujeres hablaban en el salón de la casa y los hombres, normalmente, sentados de una manera más informal enfrente del fuego de la cocina, o en cualquier otra dependencia de la casa. El anfitrión, que es normalmente un pariente íntimo, ofrecía cigarrillos a los hombres. En ocasiones, también se ofrecía café y licores a los acompañantes. El cuerpo del difunto yacía en su cama, a veces completamente solo, sin compañía. Los parientes más cercanos hacían turnos para permanecer sentados con el difunto, y a veces, otros parientes echarán un vistazo durante un instante, pero nada más. No era un tema tabú discutir sobre el difunto. De vez en cuando se hacían referencias al mismo, pero normalmente la conversación era similar a una conversación diaria de agricultores y hombres del pueblo. Estaban prohibidos los chistes en voz alta, pero entre los hombres se los contaban unos a otros. Mientras tanto, las mujeres solían rezar por el alma del difunto, guiadas por una especialista: “la rezandera”, que acudía a todos los velatorios para dirigir los rezos.

Cuanto más importante o más querido fuera el difunto o sus parientes, más número de personas iban al velatorio. Las mujeres dejaban a los niños pequeños al cuidado de las abuelas o vecinas y estaban más inclinadas a ir por razones de parentesco o amistad que por otro tipo de relaciones sociales.

La muerte tiene efectos duraderos sobre los vivos, sobre todo, sobre los parientes del difunto. Aparte de los cambios obvios de la composición de la familia, están las obligaciones progresivas y prescripciones del luto. Éstas incluyen vestir de negro, abstenerse de llevar joyas y colores fuertes y

de cantar y bailar. Además, la asistencia a festejos y entretenimientos también estaba prohibida durante el tiempo del luto. El plazo exacto del luto era dictado por la Iglesia Católica, otros dicen que por la tradición y por la regla de la formalidad. En cualquier caso, había –no sabemos si sigue tal prescripción– un plazo específico para cada posible pariente: cuanto más próxima fuera la relación con el difunto, mayor era el tiempo del luto. La mayoría de los adultos de más de 35 ó 40 años, pasaban gran parte de su vida en períodos intermitentes de luto de hasta varios años de duración. Esto es debido a las muertes de personas de su misma generación y de la de sus padres. Estas mismas muertes causan cortos períodos de luto para la gente más joven, para los que el difunto era su tía, tío o abuelo.

Mientras el aniversario de una muerte puede conmemorarse por la familia durante varios años a través de misas y servicios religiosos, la práctica más frecuente es conmemorar todas las muertes de familiares un día al año. El día de Todos los Santos, el uno de noviembre, es el día oficial para homenajear a los muertos en nuestra sociedad. El cementerio es preparado con esmero para esta ocasión, tanto por los responsables del mismo como por las familias. Candelabros, flores, imágenes, al igual que medios conmemorativos modernos tales como linternas con batería, crucifijos de plástico decoran las sepulturas individuales. Se celebra una misa de Todos los Santos en la capilla del cementerio y el pueblo viste sus mejores galas. Durante todo el día, la gente visita el cementerio para presentar sus respetos a sus parientes cercanos y lejanos.

Dentro de las características del ritual funerario, que comparte con otros rituales, se encuentra el que suele ser inevitable, es decir, no deseado por el sujeto; doloroso, y con una serie de comportamientos regulados culturalmente.

En el duelo, durante los primeros momentos, las marcadas expresiones externas y públicas de dolor, consistentes en llanto profundo, lamentos, gritos, desvanecimientos, etc., suelen ser muy bien toleradas y, en muchas culturas, esperadas. Tanto es así que, en determinadas épocas y grupos, se contrataban profesionales que iban a llorar ante el difunto (las conocidas *plañideras*).

Pero no sólo las expresiones de tristeza son esperables, sino también la expresión de la cólera

está incluida dentro del ritual. Y para canalizar esta cólera dentro de límites admisibles, las diversas culturas han incluido restricciones rituales con períodos forzosos de aislamiento, automutilaciones, desgarros en la ropa, etc., proyectando la responsabilidad de la muerte en un objeto o espíritu.

Sin embargo asistimos, en nuestra cultura occidental, a una negación de las manifestaciones externas de dolor y más aún de la rabia, por lo que esa primera función catártica y de llamada de atención, primariamente dirigida hacia el fallecido y en segundo lugar al grupo social, es impedida. En este sentido, no es infrecuente oír desde los medios de comunicación, ante las muertes súbitas por acciones terroristas, comentarios como "la viuda se encontraba muy entera" o "soportaba el dolor con una gran dignidad", lo que equivale a decir que la expresión externa de la rabia y la pena son indignas y rebajan a la persona que las manifiesta, siendo únicamente comprensibles para grupos de bajo nivel cultural y, aún así, se reprobaban.

Estos aspectos y funciones del duelo son mejor tratados en las sociedades simples, donde desde el principio se favorece la libre expresión de sentimientos y conductas relacionadas con la pérdida que, además, sirven para fomentar la ayuda y soporte del grupo. Pero no sólo eso, sino otro factor, que tiene que ver con el "progreso", ha inducido un importante cambio respecto a esas sociedades; éste es la disminución de la mortalidad, especialmente en la infancia, y el tratamiento de los enfermos y moribundos en los hospitales.

En el mundo desarrollado, nos encontramos con un distanciamiento respecto al hecho físico de la muerte, lo que permite llegar al estado adulto sin haber sufrido ninguna pérdida cercana. Además, es frecuente la ausencia de contacto de los familiares con el moribundo mientras se produce el deceso, debido a que éste suele producirse fuera del domicilio familiar. Y, posteriormente, en muchos casos, médicos y familiares recomiendan la no-visualización del cadáver, suponiendo que eso podrá afectar a la persona o personas más allegadas. Todo ello hace suponer que, desde el principio, los allegados al difunto tendrán más dificultades en la aceptación de la realidad del fallecimiento, que la persona del mundo "primitivo", donde la muerte era una realidad cotidiana que se vivía como normal desde niños.

Además, hemos visto que dentro de los rituales de duelo existen una serie de fases, en muchas culturas reguladas temporalmente, donde habría una progresiva integración de la persona a su nuevo estatus social, hasta producirse la integración completa. Sin embargo, entre nosotros nos encontramos con que apenas existen rituales, y que los pocos que aún existen no contemplan un tiempo social de duelo, o éste es ridículo (de uno a tres días de permiso laboral), y mucho menos se tiene en cuenta el tiempo individual de duelo. En la modernidad se suele pretender que a los pocos días de la muerte de una persona muy significativa, el trabajador, ama de casa, etc., se encuentre en pleno rendimiento, y si eso no sucede así, se tiene por enfermizo, siendo muy mal tolerado y peor aún, muy mal soportado, en el sentido de ayuda por parte del grupo familiar próximo. E incluso llevar luto: el vestirse de negro "no está bien visto", ya que se considera un vestigio del pasado, que no está en consonancia con los "nuevos tiempos que corren" y se sanciona negativamente a quien así obra.

Los ritos funerarios se han modificado ostensiblemente en el mundo occidental. Estos ritos implican siempre a tres elementos: el cadáver, el alma y el allegado al difunto; mientras que los actos rituales implican las relaciones entre estos elementos. Pero ello sólo tiene significado como parte de un grupo de creencias dentro del contexto de un grupo social específico. El cambio de las creencias culturales, por tanto, afectará a las relaciones entre cadáver, alma y allegado, lo que supondrá un cambio en los ritos funerarios.

La presunta y creciente secularización de las sociedades de occidente, como consecuencia del auge del pensamiento científico-racional, trae consigo este cambio en los rituales que, generalmente, quedan muy reducidos con relación a las culturas más religiosas. Esto tiene implicaciones claras en el cambio de los actos del ritual. Por ejemplo, en occidente, se está instaurando progresivamente la incineración sobre el enterramiento, que nos es más próximo culturalmente, en relación con una mayor secularización y fomentado con supuestas afirmaciones científicas sobre su mayor racionalidad.

Por otro lado, en la época actual, el féretro es llevado al tanatorio. Éste ha venido a sustituir el espacio tradicional donde tenía lugar el rito del duelo: el domicilio del finado. En este nuevo espacio se reproducen los esquemas tradicionales pero con ciertas variantes. Así, podemos decir que han desaparecido las “rezanderas” y las “plañideras” pero siguen llorando más las mujeres que los hombres (en nuestra sociedad: el llorar “no es cosa de hombres”). Con otros matices, sigue poniéndose de manifiesto la división de géneros: las mujeres acompañan a la familia y no es frecuente que acudan al bar; el café y la copa que se tomaban los hombres en la cocina, ahora lo toman en el bar del tanatorio. Sigue siendo un momento adecuado para las relaciones sociales: reencuentro entre personas que tenían algún tipo de relación con el finado o con la familia de éste; y también se establecen primeros contactos entre personas presentadas por un tercero. Antes, se daba un apretón de manos o un abrazo, hoy se deja una firma en un portafolios o se deja una tarjeta de visita. Antes, el carpintero y el enterrador ejercían su oficio; hoy, han sido sustituidos por la Funeraria y el crematorio.

El mercado también ha invadido este ámbito de la vida cotidiana, ya que nos ofrece distintos tipos de compañías de “seguros”, distintos tipos de entierros: con cajas de diversos acabados y valor, con más o menos flores, recordatorios, esquelas en la prensa local y la “posibilidad de elegir” entre entierro en el cementerio o la cremación. Y todo ello, dependiendo del poder adquisitivo de la familia implicada. El problema surge cuando uno “no tiene donde caerse muerto”.

En las sociedades capitalistas, donde se pretende dotar al ciudadano de derechos y deberes, también en el ámbito que nos ocupa surge el reclamo de los derechos de las personas en duelo. Así por ejemplo podemos citar, entre otros, el derecho:

-A ver el cuerpo y a afligirse junto al lecho de muerte inmediatamente después del desenlace, si esta es su voluntad.

-A esperar para sí una asistencia profesional adecuada y respetuosa, tanto física como emocional, en el momento de la muerte de su ser querido.

-A una explicación adecuada de la causa de la muerte del ser querido, así como a obtener respuestas relativas a la enfermedad, las intervenciones de tratamiento y los fracasos del mismo.

-A elegir el tipo de funeral más acorde con sus deseos y medios económicos, y a no verse obligado a acceder a rituales que no comparta.

-A observar el ritual religioso y social acorde con sus deseos y costumbres.

-A expresar abiertamente su pesar independientemente de la causa de la muerte del ser querido.

Frente a la diversidad que implica la “libertad de culto” existente en nuestra sociedad, el tanatorio sólo posee una capilla de la Iglesia Católica en donde se hace “el responso” antes de proceder al traslado del féretro al cementerio o al crematorio.

Por tanto, la disminución de los rituales religiosos; el alejamiento de la experiencia de la muerte dentro de lo cotidiano; la vivencia de ésta como fracaso de la medicina y del progreso, lo que lleva a que sea vivida como vergonzante y como consecuencia negada; la creciente mitificación de la salud como derecho de la persona, y la exaltación de la mente científico-racional con descalificación de aquellas conductas que son supuestamente irracionales y de aquellas manifestaciones que son catalogadas como más propias de culturas inferiores, ha llevado a la desaparición de la mayoría de los ritos de duelo y de las funciones de éste, por lo que la persona queda abandonada y sola a la experiencia más intensa de su vida y que, posiblemente, la marque para siempre. En nuestra cultura, los allegados al difunto parten en desventaja respecto a los de sociedades “primitivas”, puesto que tendrán mayores dificultades en reconocer el hecho de la realidad de la muerte, al no compartir la experiencia con el fallecido y, además, van a presentar conductas de apego que no van a poder expresarse adecuadamente, por lo que no van a conseguir mitigar en parte el dolor de la pérdida de la figura amada, ni la respuesta del resto del grupo que calme su angustia. Y cuando esto así, desde el punto de vista de los “especialistas” (médicos) de hoy se les sanciona, se les etiqueta como que padecen un “trastorno adaptativo”, por no responder socialmente como se espera que deben hacerlo.

En la mayoría de las culturas, los niños y adultos se preparan para la muerte a través de formas elaboradas de rituales y ceremonias, que son acompañadas de explicaciones populares sobre el significado de la vida y la muerte. En nuestra cultura, la secularización, urbanización y el énfasis en la racionalidad, han hecho perder los rituales y, en la

actualidad, los abreviados ceremoniales occidentales, a menudo, prohibidos a los niños, ni sirven para la comprensión empática, ni sirven como catarsis de la experiencia.

BIBLIOGRAFÍA

- AGUILERA, F. E. (1995) "La gente de Santa Eulalia. Almonaster la Real". Editorial Diputación Provincial de Huelva. Huelva.
- BOWLBY, J. (1993) "La pérdida afectiva". Editorial Paidós. Barcelona.
- CALVO, F. (1972) "Emigración y elaboración del duelo" (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Barcelona. Departamento de Psiquiatría. Barcelona.
- CARPENITO, J.L. (1987) "Diagnóstico de Enfermería". México. Interamericana.
- CLARK, E.J. (1989), en Tratado de Psiquiatría, de H.I. Kaplan y B.J. Sadock. Salvat Editores. Barcelona.
- FAZER, J.G. (1995) "La rama dorada". Editorial Fondo de Cultura Económica. Madrid.
- FREUD, S. (1981) "Duelo y Melancolía". En Freud, Obras Completas, Editorial Biblioteca Nueva. Madrid.
- GRINBERG, L. (1983) "Culpa y depresión". Alianza Editorial. Madrid.
- HARRIS, M. (1979) "El desarrollo de la teoría antropológica. Una historia de las teorías de la cultura". Siglo Veintiuno Editores. Madrid.
- JONSON, B. (2000) "Enfermería psiquiátrica y de salud mental". Editorial Interamericana McGraw-Hill. Madrid.

- LA FONTAINE, J.S. (1987) "Drama ritual y conocimiento secreto". Editorial Lerna. Barcelona.
- MITSCHERLICH, A. Y MITSCHERLICH, M. (1973) "Fundamentos del comportamiento colectivo. La incapacidad de sentir duelo". Alianza Editorial. Madrid.
- NOVEL, G. Y LLUCH, M.T. (1991) "Las pérdidas y el proceso de duelo", en "Enfermería Psicosocial". Salvat Editores. Barcelona.
- REVERTE COMA, J.M. (1981) "Antropología Médica I". Editorial Rueda. Madrid.
- TIZÓN, J.L. y cols. (1993) "Migraciones y salud mental: Un análisis psicopatológico tomando como punto de partida la inmigración asalariada a Catalunya". P.P.U. Barcelona.
- TIZÓN, J.L. (1995) "Apuntes para una psicología basada en la relación". 4ª edición. Bibliària. Barcelona.
- TORRALBA ROSELLO, F. (1998) "Antropología del cuidar". Editorial Mapfre Medicina. Barcelona.
- VAN GENNEP, A. (1986) "Los ritos de paso". Madrid. Taurus. 1986.

Documentos de Internet:

- Ripoll Espiau.: "El duelo". http://donacion.organos.ua.es/info_sanitaria/proceso/el_duelo.htm
- Documento consultado en la red Internet y extraído el 14.03.03.
- Ayerra Balduz, J.M^a.: "La muerte y la cultura". Avances en Salud Mental Relacional. Revista Internacional On-line. Vol. 1, núm. 2. Julio, 2002. Consultado el 05.09.02 en la siguiente dirección: <http://www.bibliopsiquis.com/asmr/0102/0102lml2.htm>



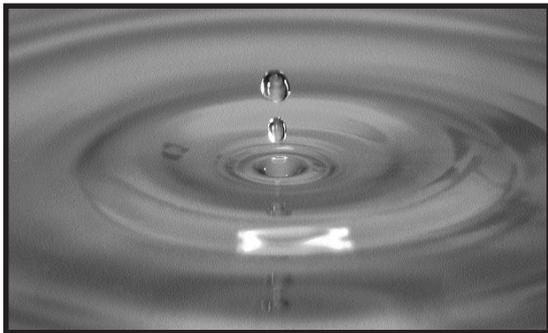
INMIGRACIÓN Y NECESIDADES FORMATIVAS DE LOS CUIDADORES

Manuel Moreno Preciado

Enfermero y antropólogo. Profesor del Departamento de Enfermería
de la Universidad Europea de Madrid

Teresa Martín Hernández

Enfermera y psicóloga. Subdirectora de Enfermería del Hospital Virgen
de la Torre de Madrid



INMIGRATION AND TRAINING NEEDS FOR CARERS

ABSTRACT

Recent studies show a lack of knowledge about the cultures of different ethnic groups in the Spanish setting. It has been largely recognized that several cultural issues such as beliefs, myths, religion, taboos, habits etc, have an effect in the health-disease-care process.

This article shows the need for education programmes in cultural diversity as an essential tool for this new situation, which nowadays has become a challenge for health professionals and particularly for the nursing profession. Studies related to the provision of care to different ethnic groups are identified and analyzed in this article. A study of the present knowledge of nursing professionals with respect to cultural diversity, through the different educational programmes offered in various institutions, shows the lack of preparation in these professionals to cope with present needs and expectations.

Key words: Training, integration, migration, transcultural care

RESUMEN

Recientes estudios muestran un gran desconocimiento de los españoles sobre las culturas de origen de los inmigrantes. Los elementos de la cultura, como los mitos, la religión, los tabúes, los usos y costumbres, etc, inciden en el proceso salud/enfermedad/atención. Por otro lado el inmigrante es una persona especialmente vulnerable debido a las condiciones de precariedad y desarraigo que acompañan al hecho migratorio, sobretodo en su primera fase.

Este artículo plantea la necesidad de la formación en diversidad cultural como herramienta imprescindible para que los cuidadores puedan abordar con éxito esta nueva situación, que supone un reto para todos los profesionales de la salud y particularmente para los enfermeros. Se exponen y analizan varios estudios en relación al contexto de la atención sanitaria a la población inmigrada. Se presenta y analiza un estudio sobre el estado actual de la formación de los profesionales de enfermería en diversidad cultural, a través de los diferentes programas de formación continua ofertados desde los centros asistenciales y desde otras instituciones y se llega a la conclusión de que la formación transcultural de los profesionales de enfermería es insuficiente para las necesidades y expectativas actuales.

Palabras clave: formación, integración, migración, cuidado transcultural.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los inmigrantes se sitúan en estos momentos en el centro del debate político, social y cultural en España. Los españoles muestran perplejidad y sorpresa ante esta inmigración, ante un hecho que se

vive con preocupación (Izquierdo, 1996) Esta sorpresa que revelan recientes estudios, tiene su fundamento en lo inesperado del fenómeno. No hace muchos años éramos un país de emigrantes y ahora son otros los que vienen a España a buscar una nueva vida. Y esta sorpresa se traduce en perplejidad y en interrogantes: ¿esto qué significa?, ¿hasta donde puede llegar?, ¿Qué consecuencias tendrá para las formas de vida colectivas?, etc. Los medios de comunicación reflejan a diario los problemas y dilemas que representa la convivencia intercultural (Moreno Preciado, 2002).

Recientes estudios muestran un gran desconocimiento de los españoles sobre las culturas de origen de los inmigrantes. Los inmigrantes refieren importantes dificultades de adaptación a nuestro entorno (Criado, 2001) Todo parece indicar que estas dificultades tienen también su continuidad en el marco de la asistencia sanitaria. Es indudable que los elementos de la cultura, como los mitos, la religión, los tabúes, los usos y costumbres, etc, inciden en el proceso salud/enfermedad/atención (Roca i Capara, 2001).

La enfermedad y la hospitalización son momentos trascendentales marcados por la fragilidad física y psíquica de las personas y por la presencia de un entorno distinto que obligará al paciente a un importante esfuerzo de adaptación. En el caso de los inmigrantes estos cambios son aún mayores, por lo que tendrán que hacer uso con mayor profusión de sus mecanismos de adaptación.

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

Este trabajo tiene como objetivo plantear la situación de la formación de los profesionales de enfermería en relación a los cuidados de salud a la población inmigrada y la repercusión de la misma en la práctica cuidadora, considerando la formación transcultural como una herramienta imprescindible para que los cuidadores puedan abordar

con éxito esta nueva situación, que supone un reto para todos los profesionales de la salud y particularmente para los enfermeros.

MATERIAL Y MÉTODOS

Vamos a exponer brevemente los principales elementos de este trabajo, a través de una mirada enfermera enfocada en dos planos:

1. Una visión de conjunto sobre la situación actual de la atención sanitaria y de enfermería a los inmigrantes, en base al estado de investigaciones actuales.

2. La situación actual de los programas de formación en diversidad cultural ofertados a los profesionales de enfermería en la Comunidad de Madrid.

RESULTADOS

1. Una visión de conjunto

En la bibliografía española hay poca evidencia sobre las migraciones y el proceso salud/enfermedad/atención (Mascarella, Comelles, Allué) que quizás obedezca a la relativa novedad del fenómeno. No obstante en el colectivo enfermero es sujeto de interés y gran actualidad. En el III Congreso sobre inmigración en España, celebrado el mes de Noviembre de 2002 en Granada se presentaron numerosos trabajos sobre el tema presentados por enfermeras/os, y lo mismo puede decirse de las II Jornadas sobre Cultura de los Cuidados celebradas también en Noviembre de 2002 en Alicante. En Junio de 2003 se ha celebrado en Zaragoza la I Reunión de Enfermeras y Enfermeros Antropólogos, con el lema de "Cuidados de enfermería en una sociedad multicultural" donde el eje principal ha sido la atención a la población inmigrada. Las revistas científicas de enfermería dedican cada día más espacios al tema, no sólo las de carácter más generalista, sino también las especializadas.

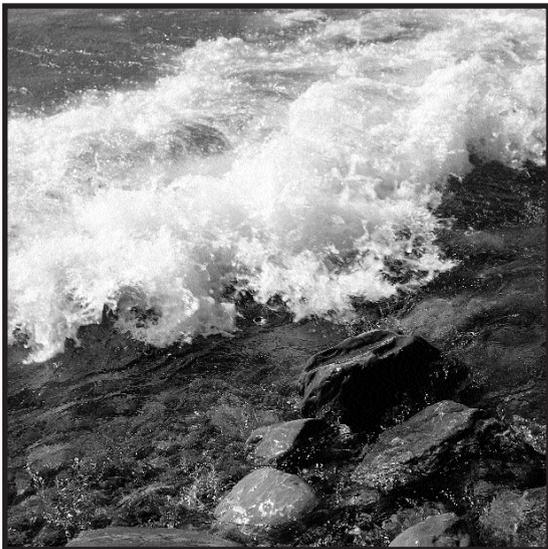
¿Cuáles son los centros de interés sobre los inmigrantes para nuestro colectivo profesional? Las áreas donde hay mayor interés por el fenómeno de la inmigración se sitúa en primer lugar en aquellos profesionales relacionados con programas de Cooperación Internacional, Redes de Solidaridad, Ayuda Mutua e Intervenciones de Urgencia, y también en los/as enfermeros/as que desarrollan su actividad en zonas con abundante

presencia de inmigrantes. De forma general en los procesos asistenciales la preocupación del profesional de enfermería está en cómo adaptar el cuidado a los patrones culturales de los inmigrantes. En los trabajos aludidos se destaca que el inmigrante requiere de los cuidadores mayor atención a aspectos que también son referidos por el conjunto de usuarios, como el trato, la información, etc. Los aspectos donde los inmigrantes encuentran mayor dificultad de adaptación, o que producen mayor insatisfacción y rechazo son aquellos relacionados con la higiene, la alimentación, la intimidad y la comunicación.

Hemos querido, también, en este trabajo hacer una aproximación al estado del cuidado transcultural (Leininger, 1999) en el marco de la formación universitaria. ¿Cuál es el estado actual de la formación universitaria de los futuros enfermeros en relación al cuidado transcultural? ¿Qué piensan los estudiantes en relación a este problema?

En un estudio realizado entre alumnos de enfermería en la Universidad Europea de Madrid sobre la percepción del cuidado a los pacientes inmigrantes se obtienen los siguientes resultados:

1. Para los estudiantes el estado de salud de los inmigrantes es peor que el de los autóctonos.
2. Su cuidado es más complejo y problemático.
3. Se desconocen en gran medida sus hábitos y costumbres, pero sin embargo éstos se valoran como negativos para el mantenimiento de la salud.



4. Es necesaria la formación transcultural de los estudiantes y profesionales, pero más aún la educación sanitaria a los inmigrantes.

Del análisis de este estudio destacaremos que la opinión de los estudiantes, a veces contradictoria, es similar en sus apreciaciones a la reflejada en los estudios de percepción del personal sanitario, que a su vez no difiere en mucho del estado de opinión general existente en la población española sobre la inmigración.

El interés que actualmente despierta entre los enfermeros y enfermeras el cuidado hacia los inmigrantes no parece estar acompañado de la misma intensidad en la formación universitaria, pues son pocos los programas específicos dirigidos a los futuros profesionales. Una revisión a través de las páginas Web de las diferentes universidades españolas donde se cursan estudios de enfermería muestra que en la mitad de ellas no se contempla ninguna asignatura específica sobre diversidad cultural. Entre las que si lo tienen, en la gran mayoría son asignaturas optativas (40%), de entre 4 y 5 créditos. Una minoría tienen asignaturas obligatorias (7%) y/o de libre elección (3%).

Muchas de estas asignaturas son de reciente creación, lo que hace pensar que también la universidad va incorporando esta preocupación a los planes de estudios.

2. Los programas de formación para profesionales en la Comunidad de Madrid

Para conocer los programas formativos sobre diversidad cultural a los cuales pueden acceder los enfermeros y las enfermeras de la Comunidad de Madrid, hemos realizado una revisión de los programas de formación realizados y/o programados en los años 2002/2003 en los siguientes ámbitos:

- Programas de formación continua en las diferentes Áreas de Salud, tanto en Primaria, como en Especializada.
- Programas de Formación impartido por instituciones como Consejería de Salud, Escuela Nacional de Sanidad, Consejo General de Enfermería, Colegio de Enfermería de Madrid y sindicatos.

De esta revisión hemos obtenido los siguientes resultados:

2.1. Atención Primaria:

- Área 1: Una Jornada: “Inmigración y Salud”.
- Área 2: Una Jornada: “Cuidando en la diversidad”. Un Curso sobre “Inmigración”.
- Área 5: Dos cursos sobre “Atención al niño inmigrante” (20 horas).
- Área 6: Dos cursos sobre “Inmigración y salud”.
- Área 8: Un curso sobre “Atención sociosanitaria al paciente inmigrante” (20 horas).
- Área 9: Dos cursos sobre “Atención al inmigrante” (30 horas). Una Jornada sobre “Inmigración” (realizada en 3 Centros de Salud).
- Área 10: Un curso sobre “Salud e inmigración”. (10 horas).
- Área 11: Dos cursos sobre “La inmigración y sus repercusiones sobre los sistemas de salud”

2.2. *Atención Especializada:* sobre 15 hospitales públicos estudiados no se ha encontrado ningún curso realizado o programado, y se han realizado dos Jornadas sobre diversidad cultural (hospitales Santa Cristina y Severo Ochoa). Hay que reseñar que algunos de los cursos organizados desde las Áreas de Atención Primaria, se han hecho en colaboración con Atención Especializada, por lo que han podido asistir enfermeras/os de los hospitales de referencia.

2.3. Otras instituciones:

Organización colegial: El Colegio de Enfermería de Madrid tiene programados 3 cursos relacionados con la inmigración:

- a) Curso superior sobre el entorno jurídico del extranjero en España. (300 horas)
- b) Curso sobre promoción de la salud en la población inmigrante subsahariana. (18 horas)
- c) Curso sobre las representaciones sociales y culturales de la salud y la enfermedad en las sociedades en desarrollo. (18 horas)

Administración regional: ningún programa ofertado.

Escuela Nacional de Sanidad: Un curso sobre “Promoción de la salud de la población inmigrante”. (30 horas).

Organizaciones sindicales: Un curso sobre “Atención intercultural de salud para profesionales de enfermería. (12 horas) Fuden/Satse.

Los contenidos de los diferentes programas son de índole diverso, donde en algunos se trata direc-



tamente el cuidado a la población inmigrante y en otros se refieren a aspectos más generales, cómo el estudio de la marginalidad, la pobreza, la diversidad cultural, etc. Se trata, con una sola excepción de cursos de corta duración.

Podemos decir que los programas sobre diversidad cultural a los cuales tienen acceso los enfermeros en la Comunidad de Madrid, son escasos en cualquiera de los ámbitos estudiados, pero muy especialmente en Atención Especializada. De aquí que nos interroguemos por las causas: ¿por qué este desfase entre el interés creciente en el colectivo enfermero y la escasa repercusión en el ámbito de la formación? No tenemos respuesta para esta pregunta. Quizás podamos barajar la hipótesis de que el interés concretado en congresos, jornadas y artículos científicos obedezca al número importante de enfermeras y enfermeros que han cursado estudios de Antropología Social y Cultural en los últimos años. Y también que el tema no se considere una prioridad, por el momento, entre quienes promueven y organizan la formación continua de los profesionales de enfermería. No obstante de los contactos establecidos con los responsables de formación cabe destacar que muchos de ellos tienen in mente poner en marcha algún programa de este tipo, pues consideran que hay una demanda formativa, y que están trabajando sobre la forma más idónea de plantear estos programas.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

La creciente llegada de personas de diferentes culturas supone para los cuidadores un reto importante. Se requiere de nosotros la atención a nuevas demandas en contextos más complejos, donde se hace necesario conocer otras formas de entender el proceso salud/enfermedad/atención, así como entender las repercusiones del hecho migratorio en la salud de los inmigrantes. Es preciso entender la migración como un proceso liminal (Van Gennep, 1986) con sus ritos de paso, y con problemas de salud asociados a cada una de sus fases. Hacer frente a esta complejidad requiere asumir una práctica profesional centrada en la aplicación de unos cuidados integrales y holísticos, desmarcada del modelo biomédico. A este fin se hace necesaria la profundización en la formación transcultural de los cuidadores de la salud, que debe concretarse en la puesta en marcha de programas formativos específicos, como los anteriormente descritos en relación a la problemática de la inmigración, pero también se requiere que la filosofía del cuidado transcultural impregne los contenidos de los programas de formación general.

BIBLIOGRAFÍA

- CRIADO, M.J. (2001) La línea quebrada. Historias de vida de migrantes. Cees, Madrid.
- IZQUIERDO, A. (1996) La inmigración inesperada: la población extranjera en España (1991-1995). Trotta, Barcelona.
- LEININGER M. (1999) Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural. Cultura de los Cuidados 6, 5-8.
- MASCARELLA L, COMELLES JM, ALLUÉ X, (2002) La percepción en los colectivos inmigrantes no comunitarios de los dispositivos de salud en España, [Documento en línea]. <http://www.salutepertutti.org/inglese/immi_say/spa/2.4.2%20sp.%20II%20caso%20spagnolo.pdf> [consulta: 19-11-2002].
- MORENO PRECIADO, M. (2002) Fronteras culturales de ayer y de hoy: aprendamos del pasado. Gazeta de Antropología, nº 18.
- ROCA I CAPARÀ, N. (2001) Inmigración y salud. Situación actual en España, Rol de Enfermería, volumen 24 (11), 56-62.
- VAN GENNEP, A. (1986) Los ritos de paso. Taurus, Madrid.



HOMOGENIZACIÓN DE LA CULTURA ALIMENTARIA ENTRE NIÑOS Y ADOLESCENTES

Reig MF*, Rizo MM**, Alarcón N*, Cortes E***

* Diplomados en Nutrición Humana y Dietética

** Profesora Enfermería. Universidad de Alicante

*** Profesor departamento pediatría. Universidad Miguel Hernández

TOWARDS COMMON EATING HABITS IN CHILDREN AND TEENAGERS

ABSTRACT

A study was made about the eating habits of 104 children (12 and 18 years old), in different primary and secondary schools in the urban area of Alicante and the rural area of Murcia.

The study took place during the months of March, April and May, taking into consideration there was not exam periods. None of the children studied suffered from an illness which may had influenced their eating habits.

For the purpose of the study a weekly survey in which the children wrote their daily food intake was used. Only the surveys with full data were included in the study.

Low intake of fish, fruits and vegetables among the subjects was detected. It was also remarkable the low intake of carbohydrates, an increase in the intake of proteins and a decrease in the energy intake recommendable for their age. A change in the eating habits was common for both of the studied groups (rural and urban), becoming equal as an effect of cultural homogeneity, whose extends involves children and teenagers. Despite the fact that weekly surveys are not useful for evaluating the exact quantity of food intake, such as added fat, its use is recommended for detecting deviations more accurately rather than 24 hour surveys.

RESUMEN

Se han estudiado los hábitos de alimentación de 104 niños de 12 años y adolescentes de 18 años, entre colegios e institutos de un entorno urbano de la provincia de Alicante, y un entorno rural de la provincia de Murcia.

El período de tiempo en que se realizó el estudio oscila entre marzo, abril y mayo. Ninguno de los niños manifestaba patología que influyera en los hábitos de alimentación, ni se encontraban en el período de exámenes.

Para este estudio se utilizó el carnet alimentario (Moreiras O.1990, Rizo M.1990) que es una encuesta abierta de siete días donde el niño y el adolescente anotan cada uno de los alimentos que ingieren de forma diaria, aclarando cualquier duda posible del día anterior por medio de los observadores. Se seleccionaron sólo los que tenía cumplimentados todos los parámetros de los carnet.

La totalidad de los datos de cada individuo se introdujeron en una base de datos del programa informático "SPSS" versión 11.5. Y por último, la utilización del programa "Alimentación y Salud" (Mataix.1995.Versión 0698.046) donde se ha valorado la ingesta de los alimentos y se ha obtenido una relación de ingesta de alimentos ricos en proteínas, grasas e hidratos de carbono.

Como resultados del estudio destacar el bajo consumo de pescado, frutas y verduras; dentro de los grupos de alimentos, se destaca el bajo consumo de los alimentos ricos en hidratos de carbono (patata, pan blanco, fruta...), el aumento de alimentos ricos en proteínas (Moreiras O.1989, Rizo M.2001) y la disminución de energía recomendable para su edad. Las modificaciones de los hábitos alimentarios fueron comunes a las dos poblaciones rural y urbana, igualándose éstos entre ambas poblaciones como efecto de la uniformidad cultural, efectos extensibles a los niños y adolescentes. Y por último, a pesar de que los carnet alimentarios de una semana no valoran las cantidades de los alimentos, como las ingesta de grasas añadidas, pueden servir para detectar desviaciones poblacionales con una mayor exactitud que los estudios de 24 horas (Hetzler AA.1993, Jhonson RK.1991).

INTRODUCCIÓN

La mejora en la salud y en la esperanza de vida que se ha dado en el último siglo en los países más industrializados se inició antes de la aparición de muchos de los avances médicos con los que se cuenta actualmente, dato que indica que dicha mejora en la salud fue debida principalmente a una mejora en las condiciones de vida. En la última década se ha puesto de manifiesto el hecho de que en muchas enfermedades no infecciosas intervienen también factores ambientales y que estas enfermedades pueden ser potencialmente prevenidas mediante cambios en las condiciones y/o hábitos de vida. De todos los factores ambientales que pueden influir en el estado de salud, la dieta es quizá el más importante, y esto explica que en las últimas décadas se haya despertado una preocupación creciente por la nutrición y los hábitos alimentarios de la población (Tojo R 2001). La alimentación no es sólo una respuesta fisiológica sino más o menos forma parte de los hábitos tradicionales modulados: moda, religión, prestigio... (Castells M. 1995).

En España, disfrutamos de una esperanza de vida relativamente alta en comparación con otros países. Esto se interpreta de modo que puede ser debido, al menos en parte, a la existencia de un perfil dietético particularmente saludable (Martí-Henneberg 1995). Sin embargo, la población española ha cambiado sus hábitos de conducta en las últimas décadas, adquiriendo hábitos alimentarios y nutricionales que han sustituido a ciertas características culturales propias (Castell M 1995, Martí-Henneberg C 1987, Moreiras o 1990, Serra L 1993, Rizo MM 2001, Rodríguez F 1996, Sabate F 1984). Dichas modificaciones no tanto en cuanto a consumo energético total, sino en cuanto a porcentajes de proteína de origen animal (Barrabriga A.1998, Rizo M.1990, Rizo M.2001, Rizo M. 2002). Han controlado que se esta disminuyendo la ingesta de los hidratos de carbono de cadena larga, de proteínas vegetales, de pescado y de fibra alimentaria. Así, en las décadas de los 60 a los 90, el consumo de carne de cerdo en España se ha multiplicado por tres, mientras que el aceite de oliva se consume la mitad (Barrabriga A 1998, Rizo MM 1988, Rizo MM 2002).

Estas variaciones han podido ser las causas de estos cambios en la alimentación, así según

Contreras (Contreras J.1993), pueden aplicarse las mismas que las descritas por Brewster y Jacobson (Brewster L 1978) para EEUU: nuevas tecnologías de conservación, aumento de poder adquisitivo, programas gubernamentales de subvención, trabajo de los dos miembros de la pareja, final del "baby boom" con un aumento de la edad media de la población, recomendaciones sanitarias, restaurantes de comida rápida y grandes campañas publicitarias. Sobre estas causas ahonda Gracia (Gracia M.1996) que indica que los cambios de los hábitos de alimentación pueden estar producidos por las variaciones en la transmisión oral madre a hija, mediante los medios de comunicación con sus mensajes que conforman el triángulo salud, estética y gastronomía.

Si además se tiene en cuenta que en España, cerca de la mitad de la población muere por enfermedades cardiovasculares, y que lesiones ateroscleróticas en adulto son el estado final de lesiones que se iniciaron en la infancia (Alonso de Armiño V. 1991), se hace necesaria una actuación sobre los niños y las familias, desde la escuela y centros de salud principalmente, que sea coherente y en una línea uniforme (Maldonado P 1996). En el presente estudio se persigue verificar las similitudes o diferencias entre los hábitos de alimentación de niños y adolescentes en una población urbana y rural; adquiriendo los máximos conocimientos sobre los hábitos actuales de alimentación en adolescentes con la implantación de la "comida rápida".

MATERIAL Y MÉTODO

Población de estudio:

Se han estudiado los hábitos de alimentación de 104 niños y adolescentes, entre ellos niños y adolescentes de colegios e institutos de un entorno urbano de la provincia de Alicante (Villena), y un entorno rural de la provincia de Murcia (Llano de Brujas). En los niños de edades de 12 a 13 años se utilizó uno de los colegios del entorno urbano y el único colegio existente en el entorno rural; y en los adolescentes de 14 a 18 años se realizó en los institutos del entorno urbano y en el instituto del entorno rural, con la diferencia de que se escogió dos clases en este último para comparar en igualdad de condiciones por la selección del total de dos clases en otro entorno (tabla 1).

El período de tiempo en que se realizó el estudio oscila entre marzo, abril y mayo. Ninguno de los niños manifestaba patología que influyera en los hábitos de alimentación y los adolescentes no se encontraban en el período de exámenes.

El estudio se efectuó en una población urbana de la provincia de Alicante de 32.282 habitantes y en una población rural de la Región de Murcia con 4.632 habitantes.

Metodología empleada

Se seleccionaron los centros con el permiso pertinente, impartiendo un taller donde se les explicó unas pequeñas nociones básicas de nutrición y cómo se rellenaba el carnet alimentario. Los conocimientos de nutrición fueron valorados mediante el método “Plenufar”, con preguntas como “¿sabes lo que son las pastas, los cereales ...?”.

Se valoraron de las nociones de nutrición sobre la conducta alimentaria de la anorexia y bulimia nerviosa tanto en niños y adolescentes. Para esta valoración se utilizó un test sobre la posible consideración como alumnos de riesgo sobre el tema en cuestión. Se diseñó un test con algunas preguntas que se dirigen a pacientes con anorexia o bulimia nerviosa por adaptarlo al público al que se refería (Alarcón N 2001).

Para este estudio se utilizó el carnet alimentario (Moreiras O.1990, Rizo M.1990) durante siete días abierta donde el niño y el adolescente anotan cada uno de los alimentos que ingieren de forma diaria, aclarando cualquier duda posible del día anterior por medio de los observadores. Los dos observadores han hecho el trabajo de campo juntos con los mismos criterios de evaluación.

Se seleccionaron sólo los que tenía cumplimentados todos los parámetros de los carnets alimentarios.

La totalidad de los datos de cada individuo se introdujeron en una base de datos del programa informático “SPSS” Versión 11.5, y se obtuvo el estudio estadístico. Las variables que se utilizaron a la hora de la comparación son la edad, el ambiente rural o urbano, peso, altura, IMC, número de comidas y los distintos alimentos como: lácteos, huevos, jamón serrano, jamón de york, carne, pescado, pan, legumbres, patata, arroz, pasta, dulces,

bollería, chocolate, embutido, fruta, verdura, zumos, refrescos, aceites vegetales, mantequillas, cereales y frutos secos. También se aplicó este programa estadístico para tratar los resultados de la calidad de las distintas comidas (tabla 4) y para visualizar con quién y donde comen los individuos (tabla 5).

Los estadísticos utilizados han sido la media, la desviación estándar(SD) y la comparación entre los grupos mediante el test para muestras no paramétricas de Mann-Whitney, considerando diferencias significativas para una $p < 0.05$.

Por último, los datos obtenidos por el tratamiento estadístico fueron introducidos en el programa “Alimentación y Salud” (Mataix. versión 0698.046), donde se ha valorado la ingesta de los alimentos y se ha obtenido una relación de ingesta de alimentos ricos en proteínas, grasas e hidratos de carbono.

RESULTADOS

Lo primero que se realizó una comparación por edades, y segundo una comparación por entornos. En la exposición de los resultados se consideró muy interesante resaltar la misma línea con que se contrastaron los datos a la hora de su valoración.

En los hábitos de alimentación de los niños de 12 años se observó la existencia de una alimentación inadecuada, donde se puede manejar la posi-



bilidad de que se buscara la comodidad y la rapidez de los padres en contraposición de unas buenas costumbres para los niños en crecimiento. Se observa que los desayunos rápidos con la ingesta de un solo lácteo o derivado e inclusive un zumo en ocasiones combinados con galletas o cereales; los almuerzos con bocadillos; las meriendas y las meriendas-cenas con bocadillos; las cenas con combinación de platos; y las colaciones con un lácteo sumado en ocasiones a galletas o cereales (tabla 4). Estas comidas se realizaron como norma general en casa con las siguientes compañías como preferencia: la familia al completo (padre, madre y hermanos), la madre, sólo, el padre y los hermanos (tabla 5). En las comidas fuera de casa las preferencias de compañías son: amigos, familiares (tíos/as) y abuelos, claro está, en lugares como el colegio, parques, casa de familiares y casa de los abuelos (tabla 5).

Las costumbres alimentarias de los niños estudiados en el entorno rural parecen ser más adecuadas por diversos motivos: 1) la relación de macronutrientes, solo se altera por una mayor ingesta de alimentos ricos en proteínas, un 20 % cuando la normalidad en la ingesta es de 10-15 % (tabla 3), cuestión que es propia de la mejora económica de un país desarrollado (Medina FX 1996). 2) Las recomendaciones de hidratos de carbono en parte por el mayor consumo de patata y de pan, todo englobado en un marco de comidas en casa donde se justificaría el consumo de patata en comidas de olla y de desayunos recomendados por los padres, que les indicarían las mejores actuaciones; y 3) las comidas se han distribuido en 4 sesiones al día. Se aprecia también la sin justificación aparente el mayor consumo de refrescos. También se destaca la ingesta de colesterol en su alimentación es elevada. Y por último, la relación de peso y altura dará un IMC de P90, o sea, que estos niños superan la normalidad.

La alimentación de los niños en el entorno urbano se podría observar como valoración de mayor comodidad y rapidez en las comidas, ligado a un efecto de socialización más potenciado, con el mayor consumo de comida rápida tipo pizzas, hamburguesas y otras (3), que provoca un aumento en el consumo de grasas saturadas (tabla 3). Por último, hay que resaltar la mayor presencia de indivi-

duos del sexo femenino, a pesar de que en el entorno rural también impera el mismo sexo (tabla 1).

Los adolescentes no plasman unas costumbres en la alimentación excesivamente deformadas como popularmente se comenta (tabla 2), aunque cabe la posibilidad de que estén afectados por la globalización y la publicidad (Castells M 1995) puesto que ambos grupos se aprecia una tendencia a la baja de los alimentos ricos en hidratos de carbono, 43-47 % siendo los valores recomendados 50-55 %, un exceso de alimentos ricos en proteínas, 25 % siendo los valores recomendados 10-15 %, y unos porcentajes normales de grasas totales (30-35 %), aunque con porcentajes de ácidos grasos saturados demasiados elevados (tabla 3) por la ingesta de comidas rápidas. Este tipo de comidas podría indicar una socialización por imitación entre sus iguales. En general, predominan las comidas en casa con la familia o sólo (1:1), hecho relevante que se compagina comidas fuera de casa con amigos (tabla 5) y que justificó el menor consumo de patata e inmediatamente el menor consumo de los alimentos ricos en hidratos de carbono en la dieta. Porque el adolescente no cocina hervidos o platos de olla para comer sólo o con amigos.

Referente a los hábitos de alimentación de los adolescentes, en el entorno rural cabe destacar el aumento de comidas en casa con la familia, en ocasiones con los amigos y limitando las salidas a comer (tabla 5). Las comidas rápidas se suele apreciar en el individuo sólo o acompañado por amigos, en casa propia o en casa de estos. El consumo de hidratos de carbono es proporcionado por una mayor ingesta de patata y dulces aunque en el caso de los dulces son hidratos de carbono simples que son peligrosos en exceso (las recomendaciones son un máximo de un 10% del 50-55% de la totalidad de la ingesta de hidratos de carbono); el consumo de grasas está aumentado por la mayor ingesta de mantequillas y frutos secos, el exceso de grasas saturadas esta conseguido por la mantequilla; y como bebidas los zumos son seleccionados con más asiduidad.

En los hábitos de alimentación del entorno urbano, se observa como predominan menos las costumbres propias de la zona porque las comidas en casa se hacen con la familia o sólo (1:1), a parte de que el efecto de socialización es mayor por las

comidas con amigos (tabla 5). El porcentaje de alimentos ricos en proteínas es mayor en parte por el consumo mayor de jamón serrano, 25 % cuando la normalidad se establece entorno a 10-15 %, el porcentaje de hidratos de carbono y grasas se verá aumentado con la ingesta de bollería. La ingesta de colesterol es elevada, el mayor consumo de jamón serrano y grasas aumentará este valor. Y por último, se supone que las costumbres menos arraigadas se le sumaría una mayor edad, dieciocho años exactamente, que podría valorarse como consecuencia de una disminución de comidas de olla por menor uso de patatas y una mayor utilización de comidas rápidas.

Referente a la alimentación de los niños y los adolescentes, los niños manifiestan un mejor cumplimiento de las recomendaciones de macronutrientes (hidratos de carbono, grasas y proteínas) (tabla 3), siendo los padres responsables de esta selección de alimentos, aunque su desayuno y merienda-cena no son adecuados hacen mayor número de comidas en su casa. Los adolescentes reflejarían una mayor calidad en la alimentación en cuanto al número de comidas si no fuera por las que en casa de amigos o fuera tipo, todas ellas tipo comidas rápidas.

Se destaca una trasgresión de los hábitos de alimentación de los adolescentes porque realizan una mejor calidad en las comidas (tabla 4), alterando este equilibrio los fines de semana. Dónde se come parece que está menos claro que en los niños de 12 años (tabla 5).

En general, se plantea un déficit de verduras, de frutas, pan y pescados puesto que se consumió aproximadamente _ parte de lo que se consume de carnes; y excesos de productos de bollería de chocolate, de zumos y carnes (tabla 2). Respecto a la valoración general de la calidad de las comidas, destacar que en la población urbana (comparación entre niños y adolescentes) los hábitos de alimentación son más heterogéneos que en la población rural. Por otro lado, se da mayor homogeneidad entre los adolescentes como comparación de los niños por un lado y los adolescentes por otro. Respecto a donde y con quién comen, las diferencias generales existen con "donde comen", ya que los adolescentes reflejan mayores diferencias de alimentación que los niños y la misma situación en

el entorno rural con respecto al entorno urbano.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En primer lugar, en relación con el método utilizado para registrar los hábitos de alimentación, la cumplimentación de los carnets alimentarios directamente por los encuestados, se ha mostrado eficaz, aunque puede tener errores en cuando a la cantidad de alimentos, no así en cuanto a las veces que los ingieren, válido por tanto para estudios semi-cuantitativos y cualitativos de los hábitos alimentarios (plenifar). También cabe destacar el error de cuantificación de aceite o grasas añadidas en las comidas, puesto que es un ingrediente no visible, que es únicamente valorable por la que cocine y que puede esta relacionado directamente con los resultados de déficit de energía en la dieta.

El número de comidas indica que en todos los casos del entorno rural prácticamente se realizaron las tradicionales comidas como: desayuno, almuerzo, merienda y cena (alrededor de 27 comidas semanales), a diferencia de la población urbana (alrededor de 25-26 comidas semanales) en la que se merienda-cena y por lo tanto la pérdida de una comida, la cena (tabla 4).

Referente a la comparación de los niños y los adolescentes en cuanto a la norma de frutas y verduras, son porcentajes encontrados en el análisis de datos de Krebs-Smith y cols se refiere a 3.140 niños y adolescentes de edades entre 2 y 18 años, en los que el aporte de frutas y de vegetales era muy bajo en relación con las recomendaciones. Un 56% de los varones y un 63% de las muchachas entre 12 y 18 años tomaban menos de una porción de fruta por día y en cuanto a los vegetales los porcentajes de menos de una vez por día eran del 8.6 y 13.2%, respectivamente. El bajo consumo de frutas y verduras, como fuente esencial de fibras y vitaminas, y factor diferencial de forma primordial de la "dieta mediterránea" y de sus ventajas (Fiol C.1996, Fischler.1996, Maldonado P.1991). En la evolución del consumo de la alimentación del ministerio de agricultura, pesca y alimentación destaca una disminución de la ingesta de los hidratos de carbono, entorno a un 8-13% en niños y 11-15% en adolescentes; y un aumento en las proteínas, 12-13% en niños y 10-11% en adolescentes según la recomendaciones de la O.M.S. El aumen-

to de la ingesta de hidratos de carbono de cadena larga significaría las veces que los niños y adolescentes toman una comida de “cuchara” o “comida caliente”. (Barrabriga A 1998).

Referente a la comparación de los adolescentes, las muchachas adolescentes sólo consumían diariamente un 80% de la cantidad de energía recomendable para su edad (Barrabriga A 1998).

Las modificaciones de los hábitos alimentarios fueron comunes a las dos poblaciones, rural y urbana, igualándose éstos entre ambas poblaciones como efecto de la uniformidad cultural, efectos extensibles a los niños y adolescentes.

En los niños fue latente la búsqueda de rapidez y comodidad en su alimentación para los padres con los desayunos rápidos y las meriendas-cenas. Característica potenciada por el entorno urbano, al igual que la descompensación de los macronutrientes. Se ha encontrado en ambos entornos una similitud de dónde y con quién comen.

En los adolescentes se destaca una mayor calidad en las comidas entre semana, cuestión que es modificada los fines de semana por la ingesta de comidas rápidas en casa de amigos.

Se muestra un consumo bajo de pescado, frutas y verduras, lo que puede presentar problemas de salud a medio y largo plazo, factor diferencial de forma primordial de la “dieta mediterránea” y de sus ventajas (Fiol C. 1996, Fischler. 1996, Maldonado P. 1991). La disminución de la ingesta de alimentos ricos en hidratos de carbono de cadena larga y el aumento de alimentos ricos en proteínas es una realidad hoy en día (Moreiras O. 1989, Rizo M. 2001).

Y por último, a pesar de que los carnets alimentarios de una semana puede tener de valoración de las cantidades de los alimentos como las ingesta de grasas añadidas, pueden servir para detectar desviaciones poblacionales con una mayor exactitud que los estudios de 24 horas (Hetzler AA. 1993, Jhonson RK. 1991).

BIBLIOGRAFÍA

- ALARCÓN N, ACOSTA JA (2001). Trabajo fin de carrera: Trastornos de la alimentación: bulimia nerviosa. Universidad Católica San Antonio de Murcia. Murcia.

- ALONSO V, MORALES MM Y CANDENAS MA (1991). Comparación de dos tipos de encuestas dietéticas. *Enfermería Científica* 132: 17-24.

- BALLABRIGA A, CARRASCOSA A (1998). *Nutrición en la infancia y adolescencia*. Ergon. Madrid.

- BREWSTER L AND JACOBSON HF (1978). *The changing american diet*. Washington Center for Science in the Public Interest.

- CASTELLS M (1995). *La ciudad informacional: tecnología de la información, reestructuración económica y el proceso urbano regional*. Editorial Alianza Editorial. Madrid.

- CONTRERAS J (1993). *Antropología de la alimentación*. Ediciones de la Universidad Complutense. Madrid.

- Consejo general de colegios oficiales de farmacéuticos. *Educación del farmacéutico: Plenufar 2*. Edufar.

- FIOLE C (1996). Los alimentos en la dieta mediterránea. En: “La alimentación mediterránea: Historia, cultura, nutrición”. Institut CATALA de la Mediterrània. Barcelona. Icaria.

- FISCHLER (1996). El modelo alimentario mediterráneo: mito y/o realidad. En: “La alimentación mediterránea”. Barcelona. Icaria.

- GRACIA M. (1996) *Paradojas de la alimentación contemporánea*. Icaria. Institut CATALA d'Antropologia. Barcelona.

- GRACIA M (1996) *Antropología de la alimentación*. En: *Ensayos de Antropología Cultural*. J Prat y A Martínéz Eds. Editorial Ariel. Barcelona.

- HETZLER AA, BOWENS J, HULL S (1993). Preschoolers` reporting of food habits. *J Am Diet Assoc*; 93: 1159-61.

- JHONSON RK, DRISCOL P, GORAN MI (1996): Comparison of multiple-pass 24-hour-recall estimates of energy intake total energy expenditure determined by the doubly labeled water method in young children. *J Am Diet Assoc*; 96: 1140-4.

- MALDONADO P, TÓRTOLA V, MARTÍNEZ J, et al (1991). Proyecto de intervención comunitaria a partir de un análisis de dietas escolares. *Enfermería Científica* 172-173: 39-41.

- MARTÍ-HENNEBERG C, CAPDEVILA F. *Tratado de Nutrición Pediátrica*. Ediciones Doyma S.L. Barcelona. 5: 57-64. Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación (1996). *La alimentación en España 1995*.

- MARTI-HENNEBERG C, SALAS J (1987). Evolución del consumo nutricional en España durante los últimos 25 años. *Med Clin* 88: 369-371. Barcelona

- MATAIX J, MARTINEZ E, MAÑAS MARIANO (Versión 0698.046). Programa de Alimentación y Salud. Instituto de Nutrición y tecnologías de alimentos. Universidad de Granada.

- MEDINA FX (1996). Alimentación, dieta y comportamientos alimentarios en el contexto mediterráneo. En: “La alimentación mediterránea”. Barcelona. Icaria.

- MOREIRAS O, VARELA G (1989). The mediterranean diet in Spain. *Eur J Clin Nutr*. 43: 83-87.

- MOREIRAS O, CARBAJAR A, PEREA I. Evolución de los hábitos alimentarios en España (1990). Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.

- RIZO M, CORTES E, HERNÁNDEZ C, MOYA M (1990). "Análisis preliminar para la puesta en marcha de un programa de salud de nutrición infantil". Atención primaria, 7, 4; 278-282.

- RIZO M, CORTES E (1990). "Resultados obtenidos por enfermería pediátrica en un programa de atención primaria en nutrición". Enfermería científica 96: 32-35.

- RIZO M, CORTÉS E, RUÍZ MT (1988). "Diferencias entre la dieta infantil según el estado nutricional en la población urbana". Enfermería científica, 190-191; 47-51.

- RIZO M, INFANTES MJ, JUSTAMANTE (2001). "Uniformidad de la cultura mediterránea entre la población urbana y rural". Revista 50. Vol. 5. Pág. 6-11. Noviembre 2002.

- RIZO M, INFANTES MJ, JUSTAMENTE J (2001). "Dieta mediterránea en poblaciones urbanas y rurales". IV Congreso Nacional de Enfermería de la infancia, XIII Jornadas Nacionales de Enfermería de la infancia. Sevilla 2001. (globalización comentado en la introducción)

- RODRÍGUEZ P (2001). Tendencia del consumo de alimentos en Murcia y relación con la dieta mediterránea. Editado por A.G. Novograf. (Consejería de Sanidad y Consumo. Dirección general de Salud Pública). Murcia.

- RODRÍGUEZ F, BANEGAS JR, GRACIANI MA, HERNÁNDEZ R, REY CALERO J (1996). El consumo de alimentos y nutrientes en España en el período 1940-1988. Análisis de su consistencia con la dieta mediterránea. Med Clin 106: 161-168. Barcelona.

- RODRÍGUEZ ARTALEJO F, GRACIANI MA, BANEGAS JR, MARTÍN-MORENO JM, SABATÉ J, RESY CALERO J (1996). El consumo de alimentos y nutrientes en España en el período 1940-1988 (y II). Un estudio comparativo de las principales fuentes de información sobre el consumo alimentario. Med Clin 107: 446-452. Barcelona.

- SABATÉ F (1984). Las encuestas de alimentación y nutrición en España. Bibliografía 1939-1970. San Hig Pub 58: 1.117-1.132.

- SERRA L, RIBAS L, LLOVERAS G, SALLERAS L (1993). Changing patterns of fat consumption in Spain. Eur J Clin Nutr 47 (Supl 1): 13-20.

- TOJO R, MATAIX J, ROS L, TORMO R, MOYA M, GIOVANNINI M, LEIS R, POMBO M, VICTORIA J.C (2001). Tratado de Nutrición Pediátrica. Ediciones Doyma S.L. Barcelona.

- VILLABÍ JR, MALDONADO R (1988). La alimentación en España desde la postguerra hasta los años ochenta. Revisión de encuestas. Med Clin. Barcelona. 90: 127-130.

- WILLET MC, SAMPSON L, STAMPSON L, SATAMPFER MJ, et al (1985). Reproducibility and validity of a semiquantitative food frequency questionnaire. Am J Epidemiol 124: 17-27.

Tabla N°1: Descripción de dos grupos: en edades y entornos

	Rural			Urbano		
	Niños (n=25)	p	Adolescentes (n=26)	Niños (n=25)	p	Adolescentes (n = 28)
	Media (SD)		Media (SD)	Media (SD)		Media (SD)
Edad	12.1 (0.4)	0	17.9 (0.9)	12.0 (0.2)	0	18 (0)
Sexo	1.6 (0.5)	0	1.8 (0.4)	1.8 (0.4)	ns	1.8 (0.4)
Talla	153.4 (7.5)	ns	170.7 (7.7)	149.0 (8)	ns	169.2 (7.2)
Peso	47.2 (9.4)	ns	61.0 (9.9)	42.0 (7.2)	ns	59.6 (9.9)
IMC	20.1 (3.8)	ns	21.0 (3.2)	18.8 (2.6)	ns	20.7 (2.5)

* ns. : no significativo

Tabla N°2: Descripción de dos entornos: Comidas y distintos alimentos ingeridos

	Rural			Urbano		
	Niños	p	Adolescentes	Niños	p	Adolescentes
	Media (SD)		Media (SD)	Media (SD)		Media (SD)
Comidas	27.1 (2.7)	0	27.2 (4)	26.2 (4.6)	ns	25.4 (4.3)
Lácteos/Deriv.	8.7 (3.5)	ns	8.6 (4.39)	11.0 (3.9)	ns	10.0 (3.2)
Verduras	5.9 (5.0)	ns	7.8 (5.4)	2.92 (4.3)	ns	7.4 (5.1)
Frutas	4.0 (4.0)	ns	1.3 (2.2)	2.6 (2.9)	ns	2.5 (3)
Pan/Cer./Ar/P/	11.0 (4.0)	ns	12.0 (5.0)	13.0 (5)	ns	14.0 (5)
Car/Pesc/Leg/huev/	11.0 (3.0)	ns	9.0 (3)	7.0 (3)	ns	12.0 (3)
Gras/Ac/Dulces	7.0 (5.0)	ns	9.0 (6)	6.0 (4)	ns	6.0 (5)

Tabla N° 3: Macronutrientes de los distintos entornos y edades

% Macronutrientes	RURAL		URBANO	
	niños	adolescentes	niños	adolescentes
% H.C.:	50 %	47 %	45 %	43 %
% Proteínas:	21 %	22 %	24 %	25 %
% Grasas:	29 %	31 %	30 %	32 %
% Grasas Monoinsat.:	50 %	46 %	44 %	44 %
% Grasas Poliinsat.:	21 %	14 %	14 %	15 %
% Grasas Saturada:	29 %	40 %	41 %	41 %
Colesterol	304 mg	289 mg	248 mg	327 mg

Tabla N°4: Calidad de Comidas de los distintos entornos y edades

Rural/ Urbano	Comidas: Niños			Comidas: Adolescentes		
	Media	SD	p	Media	SD	p
P.fritras	0.7 1.3	0.8 1.0	ns.	0.9 1.0	1.0 1.2	ns
Papas	0.0 0.1	0.0 0.3	0.00	1.1 0.2	1.7 0.8	0.07
D.óptimo	0.5 1.5	0.7 2.0	0.00	1.4 1.6	2.1 2.0	ns
Desayuno	6.0 5.2	1.4 2.0	ns	4.4 4.4	2.7 2.2	ns
Almuerzo	1.6 1.0	2.0 1.5	0.05	1.2 1.5	1.7 1.5	ns
A.Rápido	0.5 0.3	1.0 0.8	ns	0.0 1.8	0.0 8.0	0.02
Merienda	1.6 5.2	2.4 2.2	ns	2.9 2.7	2.4 2.3	ns
Mer.cena	4.0 0.3	2.8 0.7	0.00	0.4 0.7	0.6 1.6	0.01
Cena	2.1 6.5	2.9 0.8	0.00	6.0 6.0	0.9 2.0	0.01
Cena.col	6.5 3.0	0.8 3.1	0.00	0.1 0.4	0.3 0.8	0.00

Tabla N°5: Con quién y Donde comen de los distintos entornos y edades

Con Quién Dónde	Comidas: Niños			Comidas: Adolescentes		
	Media	SD	p	Media	SD	p
Familia	5.8 12.9	6.6 7.8	<u>ns</u>	6.7 9.3	4.68 5.527	<u>ns</u>
Padres	3.3 1.6	4.5 2.9	0.04	2.3 0.9	3.672 1.69	0.0
Madres	4.9 1.9	6.3 3.2	0.01	1.3 2.0	2.637 2.799	<u>ns</u>
Hermanos	4.6 2.1	10.4 2.4	<u>ns</u>	0.6 0.7	1.372 1.069	0.05
Abuela	0.4 0.3	1.2 1.0	<u>ns</u>	0.3 0.0	1.013 0	<u>ns</u>
Familiares	0.4 0.8	0.9 1.4	<u>ns</u>	0.0 0.1	0.189 0.400	<u>ns</u>
Amigos	2.2 0.6	2.4 1.0	0.00	4.4 2.7	2.818 2.116	<u>ns</u>
Solo	4.6 3.5	4.2 4.4	<u>ns</u>	6.5 5.8	2.715 3.912	0.03
Casa	21.4 21.7	4.0 4.6	<u>ns</u>	17.7 19.0	2.667 5.492	0.00
Casa abuela	0.8 0.9	1.3 1.4	<u>ns</u>	0.4 1.2	1.367 4.628	<u>ns</u>
Casa fuera	0.2 0.5	0.5 0.9	0.00	0.0 0.0	0 0.2	0.03
Casa amigo	0.2 0.2	0.4 0.5	<u>ns</u>	0.2 0.5	0.68 1.005	0.03
Fuera F	0.4 0.6	1.4 2.2	<u>ns</u>	0.5 0.2	1.26 0.374	0.01
Fast. F	0.4 0.1	0.7 0.4	<u>ns</u>	0.3 0.2	0.659 0.436	<u>ns</u>
Colegio	1.4 0.3	2.2 1.0	0.00	3.0 1.3	2.457 1.547	0.03
Parque	0.8 0.7	1.9 1.3	<u>ns</u>	1.0 0.9	1.503 1.424	<u>ns</u>

ns: no significativo

¿QUÉ EXPERIENCIAS, ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS TIENEN LOS ADOLESCENTES ESPAÑOLES ANTE LA CONTRACEPCIÓN?

Oltra Rodríguez, Enrique*; Riestra Rodríguez, Rosario**
 Chamizo Vega, Carmen*; González Pisano, Ana Covadonga***
 González Pisano, Marta*; Mirón Ortega, M^a Dolores*
 Mendiolagoitia Cortina, Luis*

* Enfermeras/os Atención Primaria, Asturias

** Enfermera Hospital Universitario Central de Asturias. Área Materno Infantil

*** Enfermera Atención Primaria, Villablino (León)

WHAT EXPERIENCES, ATTITUDES AND BEHAVIOURS DO SPANISH TEENAGERS HAVE TOWARDS BIRTH-CONTROL?

ABSTRACT

It is known that teenagers have a low rate of birth-control methods use in their sexual intercourse which places them in a situation of risk in regard to unwanted pregnancy and sexually transmitted diseases. Although the information they have usually comes from non-formal sources –other peers– this does not seem to explain the rejection –when it comes to intimacy– and the non use of these methods. Facing all this because of the importance that a deep knowledge of this question has for the planning of effective corrective measures, in this article we propose a bibliographic research that should find the hidden factors relating to the real attitudes of teenagers towards birth-control, as well as the cultural environment concerning teenage sexuality, since it may be explicative of the phenomenon described.

KEY WORDS: Birth-control, teenagers, attitudes, culture, anthropology

RESUMEN

Según varios autores los adolescentes tienen un bajo índice de uso de anticonceptivos en sus relaciones coitales, lo que les coloca en situación de riesgo tanto cara a los embarazos no deseados como a las enfermedades de transmisión sexual. Aunque su información sobre anticonceptivos suele provenir de fuentes no formales, princi-

palmente de otros pares, no parece que esto explique la no aceptación –en la intimidad– y el no uso de los mismos. Ante ello y por la importancia que el conocimiento profundo de la cuestión tiene para el planteamiento de medidas correctoras eficaces, en el presente trabajo se plantea una revisión bibliográfica sobre las actitudes de los adolescentes españoles ante la anticoncepción, así como el entorno cultural que envuelve la sexualidad adolescente y que puede ser explicativo del fenómeno descrito.

PALABRAS CLAVE: Anticoncepción, adolescentes, actitudes, cultura, antropología.

MATERIAL Y MÉTODO

Entre los meses de Noviembre de 2001 y enero de 2002 se ha realizado una revisión bibliográfica del tema señalado en los archivos de diversas instituciones dedicados a la atención específica a jóvenes, en páginas Web y en las bases de datos que a continuación se detallan: IME, Cuidatge, Cuiden, Medline, BIREME (Adolec), CINAHL, ISBN, Centro de documentación de Madrid, SARES (Servicio aragonés de educación para la salud), Escuela Andaluza de Salud Pública, INDEX y CSIC (ISOC – Ciencias sociales y humanidades). Debido al objetivo del trabajo se desecharon los artículos que no se referían a la realidad española, con una excepción por interés específico y que se reseña en el texto.

Los descriptores utilizados fueron: Adolescentes, contracepción (y/o anticoncepción), antropología (y/o cultura) y actitudes.

Se obtuvieron 47 artículos publicados entre los años 1994 y 2001, de los cuales 33 se han referenciado explícitamente en el texto.

INTRODUCCIÓN

Adolescencia

La adolescencia es un proceso, no un estado, una etapa difícil en el camino hacia la madurez, un continuum transicional, en el que se suceden importantes descubrimientos y transformaciones físicas, emocionales y comportamentales de gran impacto en el propio adolescente, en su familia y en todo su entorno. Uno de cada seis españoles es adolescente, es decir, en España hay unos siete millones de adolescentes.

Definir la adolescencia no es una tarea sencilla y aunque ha sido emprendida por múltiples autores y organismos, en la actualidad aún no está concluida y probablemente nunca llegue a estarlo. La adolescencia es una cuestión poliédrica y por tanto el enfoque del que se parta también lo debe ser. Dentro de las diversas definiciones de adolescencia, se pueden destacar a modo de ejemplos las siguientes:

La Real Academia Española de la Lengua, define la adolescencia como la edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo.

El catedrático de sexología Felix López en su libro "Para comprender la sexualidad" dice que la adolescencia es un periodo de la vida en el que se

producen una serie de cambios biofisiológicos, psicológicos, intelectuales y sociales que sitúan al individuo ante una nueva forma de vivenciarse a sí mismo y a todo lo que le rodea".

Tampoco faltan los escritores y poetas que desde su perspectiva han tratado de definir esta etapa, entre ellos Antonio Gala, quien dice "La adolescencia es una edad que no inspira ternura, porque es incomprensible y tiene sin embargo mucho que comprender; porque es incomprensiva y ha de comprender todo, incluida a ella misma. Es una edad tácitamente maldita que no se echa de menos, y suele sonreírse al hablar de ella. La edad del pavo la llamamos".

También la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través de su Comité de Expertos en Necesidades de Salud de la Adolescencia, considera adolescencia al grupo de edad de 10 a 19 años, aunque hoy, hasta estos límites están siendo cuestionados y no cabe duda de que existe una amplia variación según analicemos el fenómeno en diversos entornos históricos, étnicos, culturales, geográficos o sociales, además de todos los factores individuales.

Incluso en nuestro entorno sociocultural los límites de este periodo no son estáticos y por ejemplo la actual crisis económica, el desempleo juvenil y otras características de la llamada sociedad del bienestar prolongan mucho la dependencia económica de los jóvenes respecto de sus familias de origen y esto retrasa la ruptura funcional de los adolescentes. Paradójicamente la maduración biológica e intelectual y el distanciamiento afectivo respecto a la familia es cada vez más precoz. Así pues se ven obligados a vivir prolongadamente un estado de adolescencia forzosa, en ocasiones social y personalmente patológico por su excesiva dilatación en el tiempo.

El adolescente trata de desarrollar la confianza en si mismo, los propios límites y valores, la auto-disciplina, sus señas de identidad... en resumen trata de alcanzar la individualidad y la madurez personal. Para todo ello y para "cortar con el cordón umbilical" que le viene uniendo a su familia durante la infancia, el adolescente se sirve, entre otros recursos, del conflicto; que en cantidad moderada y dentro de unos límites aceptables que no pongan en peligro elementos fundamentales de



su vida (tanto físicos como emocionales o sociales), se puede interpretar como una forma correcta de realizar el proceso.

Dentro del contexto del desarrollo psicosocial del adolescente, la maduración de la sexualidad juega un rol decisivo. La vivencia de la sexualidad en esta etapa dependerá de factores psicológicos, de desarrollo físico individual y de cómo el adolescente interiorice el marco sociocultural en el que se encuentra.

El inicio de esta etapa (la pubertad) con todos sus cambios fisiológico-hormonales implica el comienzo de una intensa vivencia de la sexualidad con múltiples aspectos y sentimientos relacionados, que según su desarrollo, manifestación y adaptación, influyen en todo el ámbito personal y social del adolescente, cuya repercusión se prolonga incluso hasta su vida adulta.

La adolescencia es un periodo decisivo de la evolución sexual, donde el hombre y la mujer a medida que transcurren esos años tienden a cuestionar y alejarse de las normas familiares, para establecer una actitud personal en base a un razonamiento propio.

La actitud de rebeldía independizante, de desafío hacia sí mismos, hacia los demás y la exploración de los límites hace que los adolescentes presenten una atracción por el riesgo difícilmente evitable, siendo todo ello utilizado como estrategia de autoafirmación. Este aspecto está especialmente marcado en lo referente a la sexualidad. Dicha tendencia, junto con su connatural inexperiencia que les hace desconocer muchas variables que influyen en dicho riesgo, provoca que los más jóvenes constituyan un grupo especialmente expuesto, poniendo en peligro en no pocas ocasiones el propio desarrollo y hasta la integridad física, esta realidad se observa, incluso aumentada, en los más desfavorecidos socialmente.

En cuanto a las vivencias de su sexualidad y respecto a la exposición de riesgos también habrá que considerar: la edad de inicio de las relaciones sexuales, que estas son más esporádicas y generalmente no con una pareja estable, y que tienen más dificultades para acceder a métodos anticonceptivos y de protección. A éstas circunstancias, se suman otras de índole social y cultural como pueden ser la oposición de sus padres y de la sociedad en general que no aceptan su activa sexualidad y le

dan categoría de tabú, la asunción por parte de los jóvenes de los roles asimétricos asignados a cada sexo, su dificultad para manejarse con habilidades psicosociales del tipo de la asertividad, la negociación, la búsqueda de recursos, etc.

El hecho de que los jóvenes, por reflejo de su entorno adulto, no se reconozcan como sexualmente activos hace que no busquen ni la atención necesaria ni la educación adecuada.

Actitudes

Según la Real Academia Española de la Lengua "actitud" es la disposición de ánimo manifestada exteriormente, postura que se adopta frente a una idea o acción.

Las actitudes del adolescente frente a la sexualidad al estar determinadas en su mayoría por criterios sociales y antropológicos, tienen gran variabilidad de tipo local (según el país o la región), temporal (según la época o momento histórico) y también personal que dependerá de cómo la persona interiorice los anteriores y estará condicionada a la edad, al nivel económico y cultural, y a los conceptos particulares de orden filosófico, ético, moral, religioso...

En cuanto a criterios morales que condicionan las actitudes sexuales de los adolescentes se observa variabilidad según la etapa que viven: adolescencia temprana (10 a 13 años), etapa media (14 a 17 años) y tardía (superior a 18 años); en base a ello el Dr. Kohlberg describió su Desarrollo Moral dividido en 3 periodos:

- Pre-Convencional: Característico del pre-adolescente donde las interpretaciones son en base a lo inculcado por su familia (concepto de bueno-malo reforzado con premio-castigo).

- Convencional: Se observa en el adolescente temprano y medio, todavía mantiene un respeto a las reglas familiares, como expresión de acatar el orden social.

- Post-Convencional: Se presenta al final de la adolescencia, la persona tiene ya conceptos propios y toma decisiones independientes.

Anticoncepción y adolescentes

La planificación familiar es el derecho de las personas a regular su fertilidad, tiene tres fundamentos principales que son: los derechos humanos,

los aspectos relacionados con la salud y la demografía. Experimenta un avance crucial con la contracepción hormonal, denominada “revolución contraceptiva”, que en España no se legaliza hasta 1978. Para la OMS, la planificación familiar es una forma de pensar y vivir, adoptada voluntariamente por individuos y parejas, basada en conocimiento y actitudes de cara a promover la salud y el bienestar de la familia y de la comunidad.

Métodos anticonceptivos: son aquellos instrumentos, fármacos o procedimientos que evitan que las relaciones sexuales vayan ligadas a la reproducción, impidiendo que un óvulo sea fecundado por un espermatozoide. No existe ningún método perfecto que vaya bien a todas las personas y en todas edades y situaciones.

En relación con la adolescencia, la FIGO (Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras) clasifica los métodos anticonceptivos para este grupo de edad en:

Preferentes: preservativo y contracepción hormonal oral.

Aceptables: diafragma, esponja, espermicidas e inyectables.

Menos aceptables: DIU, abstinencia periódica y contracepción quirúrgica.

De emergencia: contracepción postcoital.

Bajo el punto de vista de la joven usuaria, los métodos anticonceptivos han de: 1- ser seguros para su privacidad (además del embarazo, han de evitar que sus relaciones sexuales sean descubiertas por quienes se oponen a ellas). 2- ser eficaces y aceptables (que encajen en el clima romántico y sean compatibles con el rol que la joven desarrolla en la relación; no pueden amenazar la identidad ni la magia del encuentro sexual). 3- se han de presentar como relevantes para la situación de noviazgo y no solo para evitar la procreación o la infección.

EL ESTADO DE LA CUESTIÓN: (DATOS SOCIOLÓGICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS)

¿Qué conocen sobre sexualidad y anticoncepción los adolescentes?

Los adolescentes creen en un alto porcentaje (47%) tener suficiente información sobre los aspectos relacionados con la sexualidad. Otros estudios encuentran que hasta el 73 % de los jóvenes se considera bien informado en temas relacio-

nados con la sexualidad, sin embargo se objetiva una diferencia entre lo que creen saber y lo que realmente saben, lo que provoca una baja percepción de riesgo y una errónea actitud preventiva.

A pesar del punto en el que podamos creer que estamos, los adolescentes ni tan siquiera reciben información (no se habla ya de formación) ni de la familia ni de la escuela, las chicas reciben información fundamentalmente de las amigas/os, mientras que los chicos la obtienen de los amigos y también de libros, revistas y medios de comunicación. El contexto social influye determinadamente en el nivel de conocimiento.

El origen de la información sexual recibida es: En los chicos, la televisión 47,5%, los amigos y amigas 44,2%, las revistas 25,2% y madre 11,9%. En las chicas, las amigas y amigos 43,8%, las revistas 31,4%, la televisión 26,5% y la madre 19,3%. En otro estudio realizado por la junta de Andalucía las fuentes informativas eran por orden de importancia: amigos (27,8%), el cine y la televisión (22,9%), las madres (17,7%), revistas o libros (16,4%) y el profesorado (15,2%). El estudio CIS 1992 concluye que la información sexual que reciben los jóvenes es escasa, aunque como es lógico pensar, también se encontró que con la edad disminuye la desinformación.

Sobre qué información demandan los adolescentes al ser preguntados, hay diversidad de opciones según las publicaciones consultadas, pudiendo deberse, entre otras causas, al método utilizado (quién hace la pregunta, en qué contexto, tras qué intervención...), además las respuestas son en general muy tópicas y genéricas. En un estudio realizado a 276 adolescentes (entre 14 y 18 años) en el I.B. “La Baseta de Beniguasil, se observa un claro predominio del interés por los temas relacionados con la sexualidad (91,55%) frente a otros temas como drogas, alcohol, tabaco, cáncer e higiene personal. De entre los temas de sexualidad interesaba en primer lugar la sexualidad humana (29,7%), seguido de las I.T.S (31,15%) y el embarazo (30,7%). En un cuestionario realizado a los alumnos de 4º ESO en Sevilla en 1994 los principales temas de interés eran: los embarazos no deseados, los anticonceptivos, anatomía, masturbación, la primera vez y ciclo de respuesta sexual.

Es interesante destacar que el interés que suscitan los temas de sexualidad se desplazan según la edad: los más jóvenes prefieren contenidos de sexualidad humana (un reflejo del comienzo de su actividad sexual) frente a los grupos de más edad que optan por temas de prevención del embarazo e infecciones de transmisión sexual (I.T.S.).

Hasta el momento sólo se está abordando la cuestión del conocimiento, de la información, conscientes de que conocer los métodos anticonceptivos no evita los embarazos entre adolescentes como asegura el experto en educación para la salud sexual José Cáceres, que cree más en la necesidad de que los jóvenes sepan comunicarse y negociar estos temas sexuales, de cara a eludir sus consecuencias negativas.

¿Qué usos sexuales tienen los adolescentes?

La coitarca o edad de la primera relación sexual con penetración varía mucho según los estudios consultados y se encuentra como media estadística entre los 16 años y los 17,9. Aunque es un dato significativo que sobre un 25% de los adolescentes ya han practicado coito a los 15 años, elevándose a los 18 años entre un 56,9% y un 76,96%. Siempre se aprecia un ligero retraso en la edad de las chicas respecto a los chicos.

En cuanto a la razón más importante para decidir mantener la primera relación sexual, las chicas refieren “porque estaba enamorada” en un 76,5%, mientras que los chicos refieren esta respuesta en un 47,3%. En los chicos también es significativo que un 20,9% responden “me gustaba aquella persona aunque no estaba enamorado de ella” y otro 20,9% indican como razón “tenía ganas de tener una relación sexual con penetración”. Es decir, las adolescentes en sus relaciones de pareja muestran una clara preferencia por los aspectos afectivos mientras que ellos valoran más la genitalidad y el sexo en sí mismo.

Carmen de la Cuesta, en una de las pocas investigaciones cualitativas que hemos encontrado en la bibliografía, aunque realizado en Colombia, refiere: Parece que la joven toma la decisión de iniciar relaciones sexuales de manera privada y aislada del mundo social. Para la joven, el experto es “el novio en serio” que hace de maestro en la relación. Aunque este estudio fue realizado entre jóvenes de

Colombia, es muy posible, aunque no lo podemos confirmar, que lo encontrado sea trasladable a la realidad española.

Además los adolescentes, al igual que los adultos, pueden iniciar o mantener sus relaciones sexuales por motivaciones ajenas a sus necesidades físicas o emocionales. Algunas de estas motivaciones pueden ser:

- Desafiar la norma social, por la existencia de la doble moral que por un lado favorece la liberación de las costumbres y por otro lado lo critica.

- Ser aceptado por el grupo y que no le marginen, la presión negativa de las amistades puede fomentar conductas tendentes al inicio de la actividad sexual completa.

- Enfrentar los sentimientos de soledad, baja autoestima o el rechazo de otra pareja.

- Huir de la familia (sobre todo los que tienen un ambiente familiar conflictivo), suelen buscar en la relación de pareja la protección y el afecto que no encuentran en otro ámbito. Para reforzar sus lazos, acceden a mantener relaciones sexuales, aunque no sea una necesidad sentida.

- Confirmar y reafirmar su femineidad o masculinidad, el adolescente cree que practicar el sexo lo hará más hombre o más mujer.

Respecto al cómo, hay que destacar una gran improvisación. El grado de anticipación de la primera relación es escaso (el 70% de los chicos y el 60% de las chicas no lo anticiparon), pues dicen que sus relaciones “ocurren espontáneamente”, este hecho hace más difícil el uso de anticonceptivos. En éste mismo estudio, los adolescentes comunican que el hecho de no haber mantenido relaciones coitales aún, se debe a “no haber encontrado a la persona adecuada” y a “no haber tenido ocasión”. En un grado mucho menor (6%) al miedo al embarazo y a las enfermedades de transmisión sexual.

Y respecto al dónde mantienen sus relaciones sexuales los jóvenes, según el estudio del sexólogo J.L. García son: Casa ajena (64,3%), coche (13,3%), pensión u hotel (0,9%), parque o portal (0,8%) y otros (20,7%).

¿Qué uso de anticonceptivos hacen los adolescentes?

Entre la primera caricia (inicio de relaciones

sexuales) y el primer coito transcurren entre 12 meses y 24 meses y entre el primer coito y el uso de forma más o menos regular de algún método anticonceptivo pasan también entre 12 y 24 meses. Entre los adolescentes que consultaron en un centro de planificación familiar, se encontró que tardaron en acudir más de un año desde su primer coito.

Según algunos estudios, entre un 22% y un porcentaje superior al 50% de los adolescentes no usaron ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual.

Todas estas secuencias son de gran trascendencia a la hora de programar intervenciones preventivas de riesgos, pues aproximadamente la mitad de los embarazos no deseados en adolescentes ocurren en los primeros meses de relaciones sexuales.

Entre un 19% y un 45,41% no los usan habitualmente o utilizan uno de los considerados no seguros.

En un grupo de adolescentes embarazadas solo habían utilizado algún método anticonceptivo el 11,9%, a pesar de lo cual éstas también quedaron embarazadas por utilizar alguno de baja fiabilidad (coitus interruptus o métodos del ritmo) o bien por no utilizarlo adecuadamente (preservativo), observándose sobre todo una falta de constancia en el uso del mismo. También en un grupo de mujeres menores de 21 años que realizaron una IVE, el 45,41% no estaban usando ningún método anticonceptivo o usaban métodos considerados muy poco seguros (Ogino, coitus interruptus...), el 5,34% usaban AHO y el 49,98% utilizaba el preservativo (el 13,37% no lo usaba correctamente y el 35,55% sufrió una rotura).

Sin que se establezcan diferencias en función del sexo, los jóvenes afirman que utilizarían el preservativo en un 95% de los casos. Pero estas "buenas intenciones" no parecen guardar relación con la mayor parte de los datos encontrados.

Entre la percepción que los jóvenes tienen de estar usando un método eficaz y el que este realmente lo sea, existe una notable diferencia, de los jóvenes que creían utilizar un método seguro (76%), sólo la mitad lo hacía realmente, pues un 38% practicaba el coitus interruptus y otro 12% tenían errores en la técnica o no eran constantes en el uso.

En lo referente el uso de Centros de

Planificación familiar, el perfil de adolescente que lo utiliza es el de una chica de 17,6 años de edad, soltera, estudiante, con menarquia a los 12,5 años, sin infecciones ni gestaciones previas que acude al CPF sobre el primer año de mantener relaciones sexuales. No descubrimos nada nuevo si decimos que en nuestra sociedad la responsabilidad contraceptiva se ha delegado siempre en la mujer; y con ésta el riesgo de embarazo y las consecuencias transcendentales que se derivan del mismo.

Respecto a la contracepción postcoital, las mujeres jóvenes son las que solicitan mayoritariamente, en concreto el 39% de las demandantes de intercepción postcoital son adolescentes menores de 20 años y de estas el 29% reinciden. Los motivos de solicitud de la píldora postcoital declarados por las usuarias son: 62,93% rotura de preservativo, 17,76% retención de preservativo en vagina y 19,30% no uso de anticonceptivo, esto contradice la realidad reflejada en múltiples estudios y está más en relación con lo esperado como correcto que con lo real.

Los adolescentes tienen poco acceso a la atención contraceptiva (recursos) y a la información/orientación/tratamiento psico-sexual. Esto se debe en los servicios privados a la baja capacidad adquisitiva de los adolescentes y en el caso de los servicios públicos a su escasez y saturación, así como a su difícil accesibilidad para los jóvenes por su estructura (burocracia, horarios...) orientada hacia los adultos. En los últimos años, los centros de salud están adoptando medidas que aumentan la accesibilidad de los adolescentes, organizando servicios, como las llamadas "consultas joven". Estas experiencias son todavía escasas y cubren las necesidades de muy pocos adolescentes.

ACTITUDES DE LOS ADOLESCENTES ESPAÑOLES ANTE LOS ANTICONCEPTIVOS:

Las actitudes de los jóvenes hacia los anticonceptivos están íntimamente ligadas a las actitudes y creencias con que viven su sexualidad en general y esta se configura sobre tres elementos: el modelo socio-cultural, la historia afectivo-familiar y los procesos de identidad específicos de esta etapa de la vida.

Los jóvenes desarrollan guiones de comporta-

miento desde lo escuchado a otros, especialmente su familia y su grupo de iguales, de absorber la cultura de su medio inmediato, pero los medios de comunicación y las nuevas tecnologías también cobran relevancia, como referentes, en la construcción de guiones de vida. La influencia de cada referente en el constructo de la sexualidad de los jóvenes es algo que indudablemente merecería ser explorado.

Actitudes desde la individualidad del adolescente

Las relaciones sexuales entre adolescentes no suelen estar previstas o no se ajustan a las expectativas creadas. A esta falta de premeditación y programación consustancial a su edad, hay que sumar que en ocasiones las relaciones sexuales se producen bajo los efectos del alcohol u otras sustancias tóxicas, suponiendo la alteración de la conciencia que producen, una dificultad sobreañadida para el uso de medios anticonceptivos. También debido a su edad, también pueden presentar dificultades en su capacidad asertiva (dificultad para decir “no”) y de negociación.

Las razones para la no utilización de métodos anticonceptivos por parte de los adolescentes es muy variable, entre ellas cabe destacar que el 50% de ellas no lo hicieron porque no esperaban tener relaciones sexuales, e incluso el 21,8% no lo usaban por creer peligroso o desacertado el propio método. Entre las causas para no acudir a un centro sanitario para solicitar información o métodos, el 40% argumentaron no conocer la existencia de los mismos y el 35% manifestaron temor a verse descubiertos por sus progenitores.

Aunque no hemos encontrado estudios al respecto con adolescentes españoles, en el realizado por Carmen de la Cuesta Benjumea en Colombia, encontró que el embarazo (entendamos este como la situación de no anticoncepción) se produce en un contexto de interacción que podemos denominar de “noviazgo en serio” en el que las ideas de amor romántico y las reglas de género (aceptación e interiorización de un convencimiento sobre el rol femenino o masculino, que corresponde asumir en las relaciones sociales) guían su comportamiento. Se puede decir que el amor romántico es la cultura de los jóvenes en su relación con un novio en serio. Las relaciones sexuales se van a utilizar para demostrar confianza y por otra parte para dar esta-

bilidad a la relación.

Existe una influencia de la interiorización de los roles masculino y femenino, y existe una diatriba entre los chicos que tratan de convencer a las chicas para “que lo hagan” y éstas que por una parte tienen curiosidad y ganas y por otra tratan de “resistirse” por miedo, inseguridad (“quizás no sepa hacerlo y quede en ridículo”, “no te puedes fiar de ellos”), vergüenza (falta de identificación con la propia imagen corporal), prejuicios sociales (“luego te consideran una chica fácil”) y morales e incluso asco por desconocimiento de la genitalidad y del proceso costal.

En algunas chicas también se observa una cierta identificación entre sexo y maternidad idílicamente concebida, pudiendo encontrarse en ello la causa de algunos embarazos que en principio pudieran parecer no deseados y que aunque “oportunos”, son buscados.

Los adolescentes, dentro de su concepción de invulnerabilidad e incluso de inmortalidad, están convencidos de estar protegidos por una especie de magia, sólo posible en su mundo particular de relaciones. No debemos esperar que el miedo al “castigo” del embarazo no deseado o incluso a las I.T.S., vayan a intimidar a los jóvenes que deciden aventurarse en el encuentro genital. Infravaloran su potencialidad reproductiva e incluso tienen déficits informativos. Un estudio clásico de Shah, F. y col. pone de manifiesto, que el 70% de las chicas entre 15 y 19 años no creían poder quedarse embarazadas.

También aparece un alto grado de coherencia en las respuestas cuando se correlacionan las actitudes, medidas con diferentes escalas, hacia la sexualidad y sus comportamientos sexuales. En este sentido un 68,9% de los chicos y un 37,4% de las chicas muestran una actitud negativa o muy negativa hacia la sexualidad, y entre este grupo de jóvenes es más frecuente encontrar a quienes reconocen no haber utilizado ningún medio anticonceptivo en la primera relación, no utilizarlos en las relaciones actuales, no consultar a profesionales de la salud cuestiones relacionadas con la sexualidad o la anticoncepción, no percibir el riesgo de contraer I.T.S. y tener un bajo control emocional.

Actitudes ancladas en la realidad familiar

Se encuentran muy pocas referencias a la influencia de las familias sobre las cuestiones a



estudio, parece que los actuales hijos e hijas adolescentes tienen problemas similares a los que sus madres y padres tuvieron en su momento, las emociones y sentimientos no cambian tanto aunque hayan pasado los años y las generaciones. Los noviazgos suelen tener la aprobación de los padres que legitiman la relación sentimental, no sucediendo lo mismo con las relaciones sexuales en general. La actitud familiar respecto a la sexualidad adolescente evoluciona mucho más lentamente que la que se percibe en las estructuras sociales y que transmiten los medios de comunicación.

En cuanto a la relación existente entre la estructura del grupo familiar y las relaciones sexuales encontramos los siguientes datos:

Hijos de familia donde falta el padre o la madre (solteros o viudos) han tenido relaciones sexuales el 66,7% de la muestra, con padres separados o divorciados las han tenido el 53,8% y con padres casados el 41,9%. Esto se observa igualmente ajustando los datos por sexos o por edades. Sin embargo, el nivel de protección anticonceptiva es casi un 15% mayor en el primer grupo que en el segundo y en el tercero.

Los adolescentes con problemas familiares y/o de integración social tienen relaciones sexuales antes y en muchas ocasiones buscan el embarazo como salida a situaciones personales negativas, ven a su futuro hijo como una posibilidad de huir

de su situación y crear una nueva familia a la que entregar y de la que recibir afecto.

Actitudes ancladas en la realidad social

Los jóvenes reciben de su entorno mensajes contradictorios, por una parte un estímulo cuando no una incitación a una liberación sexual y por otra el planteamiento de gran número de dificultades y obstáculos para el desarrollo y práctica de una sexualidad satisfactoria.

El entorno cultural y educacional de la joven va a influir en su conducta sexual de forma importante, así en un estudio estadísticamente significativo entre 2.151 mujeres menores de 20 años que parieron en el Hospital 1º. de Octubre de Madrid, el subgrupo de mujeres escolarizadas utilizaban anticonceptivos el 96,1%, mientras que en las que se confesaron analfabetas el porcentaje era del 3,98%. La utilización de anticonceptivos también era superior en las mujeres integradas en el mundo laboral que en aquellas desocupadas o dedicadas a sus labores. El 15% de las adolescentes embarazadas estudiadas, habían tenido ya otros embarazos anteriores (reincidían) lo cual puede apoyar la idea de que al no verse modificado, o verse modificado negativamente, su estatus socioeconómico el factor de riesgo continúa presente. En otra muestra se ha encontrado que el 81% de las adolescentes embarazadas no estaban escolarizadas ni tenían trabajo.

Aunque se producen embarazos adolescentes en todo tipo de clase social y nivel cultural, las malas y bajas condiciones socio-económicas y culturales son destacados factores que favorecen el inicio precoz de las relaciones sexuales y de los embarazos adolescentes.

UNICEF en su informe de agosto de 2001 refiere que una situación de pobreza, sumada a no ir bien en los estudios incrementa el riesgo de embarazo adolescente y a su vez un embarazo adolescente incrementa el riesgo de caer en la pobreza y de no finalizar los estudios.

Hay una construcción social que considera al embarazo en la adolescencia como una desviación, pues viola normas relativas al embarazo y a la adolescencia. La adolescencia (en nuestra sociedad) es una etapa a medio camino entre la infancia y la madurez y claramente no se considera el momento para la reproducción. El embarazo adolescente es

estigmatizado socialmente bien sea por la repercusión económica que tiene para el estado (en aquellos países con un estado del bienestar) o bien por una preocupación sobre la moralidad sexual. El rechazo social se hace sentir en la interacción cotidiana de la joven con los otros, ya que la conducta desviada se crea también cuando las personas la perciben e interpretan de esta manera.

Cabría aquí la reflexión de si el rechazo social al fracaso de los anticonceptivos, embarazo adolescente no deseado, es debido a la inoportunidad del mismo o es consecuencia al rechazo moral de la sexualidad adolescente (prematura, precoz, inmoral, inmadura...) que queda evidenciada en la realidad del embarazo. ¿Soporta un análisis histórico, transcultural y/o étnico la tan mencionada “inmadurez psicológica” o la “prematuridad genital” de los adolescentes?

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

A la luz de la bibliografía revisada creemos que aunque sea obvio, es necesario destacar que los adolescentes españoles mantienen, de hecho, relaciones coitales, siendo una característica frecuente el que las realicen sin una adecuada protección contra el embarazo no deseado y las I.T.S., cuestiones que no perciben como un riesgo real y para cuya prevención tienen baja capacitación. La sexualidad adolescente continúa siendo socialmente rechazada en nuestro entorno, lo que hace que en muchas ocasiones se ejercite clandestinamente y ni tan siquiera el joven se la autorreconozca. Dichas relaciones no son anticipadas ni mucho menos programadas.

Aunque el riesgo existe en todo estrato socio-cultural, parece establecido un claro incremento del mismo relacionado con el nivel y las condiciones sociales, culturales, económicas y de escolaridad.

Además de los déficits de conocimientos y baja integración de los mismos, y de la dificultad de acceso a los medios necesarios, se atisba, aunque no se confirma por no haber sido estudiado explícitamente en ninguno de los trabajos revisados, que la etiología podría estar también en relación con factores tales como: habilidades personales relacionales, aprendizaje de conductas (heredadas de su familia y entorno) y actitudes hacia la sexualidad y todo aquello que la rodea.

La separación entre ejercicio sexual y procreación puede no estar perfectamente clara en la adolescencia, donde en un intento de indagar en los límites y las posibilidades de su nuevo estatus de relación, pero también reproductivo, puede llevarles de una forma más o menos consciente, a pretender explorar su, también nueva, capacidad reproductiva. Además en la conceptualización idílica y bucólica de la relación amorosa entre adolescentes, estos pueden contemplar la posibilidad de una maternidad que complete el cuadro. Así mismo la adolescente –el adolescente también– inmersa en las dificultades de encontrar en la familia el ámbito donde cubrir sus necesidades afectivas, puede derivar estos afectos a su pareja con quien desea asegurar y estrechar vínculos, o incluso con el espejismo de su potencial hijo.

Su falta de análisis objetivo –adulto– y la inexperiencia propia de su corto recorrido vital pueden no permitirles percibir las complicaciones consiguientes a una maternidad en ese momento de la vida.

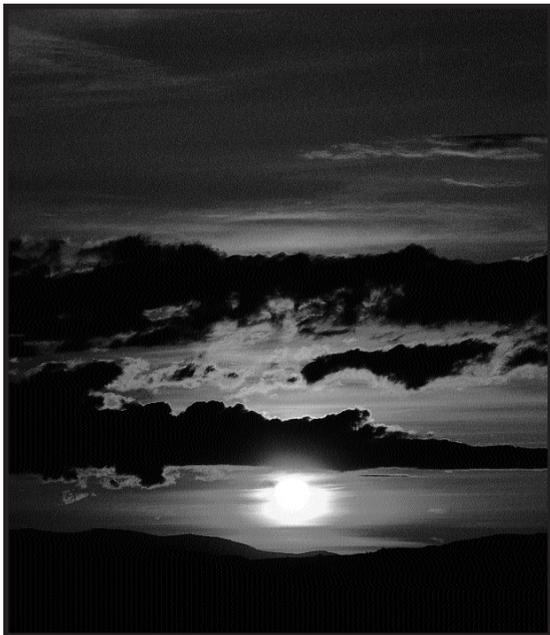
Para comprender las actitudes que presentan los adolescentes actuales ante la sexualidad y la contracepción, hay que tener muy presente el ámbito en que se forjaron las de la generación de sus progenitores, y en el caso español no se debe perder de vista la gran influencia moral que la religión imperante en la época tuvo en el anterior régimen político y que se infiltró en el subconsciente tanto individual como colectivo.

Por otra parte, en poco tiempo se ha producido un gran salto en las aportaciones que la ciencia ha realizado para poder separar actividad sexual de procreación y los anticonceptivos han visto mejorada su eficacia y técnicamente se adaptan cada vez mejor a la edad adolescente, sin embargo estas adaptaciones técnicas no han venido acompañadas por otro tipo de adaptaciones como pueden ser las logísticas para su implementación en dicho grupo, es decir, no se han adaptado a sus características psicológicas, sociales, de madurez, de accesibilidad a los ámbitos donde los pueden conseguir, incluso de aceptabilidad en el entorno del adolescente. La medicalización de la vida íntima y cotidiana a la que está condicionado el acceso a buena parte de los anticonceptivos (venta en farmacias, revisiones y controles, burocracia sanitaria...), dificulta para los adolescentes el acceso a los mis-

mos, pues la adolescencia es una edad donde la construcción de la imagen corporal aun no está completa ni integrada, con un sentido del pudor sobredimensionado, gran inseguridad en sí mismos y en sus comportamientos..., lo que junto a la rebeldía y la negación de cualquier autoridad, y en este caso no se debe perder de vista que la sanitaria también es reconocida como tal, hacen que los jóvenes, en un alto porcentaje, renuncien a los posibles medios de protección.

La realidad de los adolescentes respecto al uso de los anticonceptivos ha sido profusamente estudiada, pero solo con métodos epidemiológicos y cuantitativos, y desde la perspectiva sanitarista, esto es necesario para empezar a conocer el fenómeno y sobre todo su magnitud, pero no es suficiente.

La interpretación que las jóvenes hacen de sus condiciones o circunstancias y su construcción social, no ha sido prácticamente explorada. La compleja estructura que compone la realidad de comportamientos tan íntimos, como todo lo referente a la sexualidad, y además en poblaciones como la adolescente, es difícilmente accesible para los "investigadores adultos", sin embargo este conocimiento es fundamental para elaborar sobre él estrategias efectivas de abordaje del fenómeno estudiado.



La adecuada utilización de los anticonceptivos por parte de los adolescentes no depende sólo de campañas de divulgación informativa ni tan siquiera de consultas específicas, sino de una compleja serie de factores, en ocasiones no del todo conocidos.

Si como hemos visto las relaciones sexuales suelen estar mayoritariamente ligadas a los afectos y condicionadas por los recursos relacionales individuales, la educación sexual para ser efectiva, también ha de estar unida a la afectividad, fomentando que los jóvenes analicen influencias y actitudes, y que entrenen habilidades.

Los profesionales de la salud, además de otros, debemos asumir el compromiso que nos corresponde en nuestro papel como educadores y facilitadores de dichos procesos. La eficacia de nuestras intervenciones va a estar mediatizada por el grado de comprensión que tengamos del proceso y de las circunstancias condicionantes que lo rodean y para ello es determinante el profundizar con una "mirada antropológica".

Nuestro agradecimiento a Cristina González Aller y a Guillermo Oltra Rodríguez por su apoyo en aspectos de estilo y traducción.

BIBLIOGRAFÍA:

- Educación para la salud: sexualidad en la adolescencia. Experiencia en el I.B. "La Baseta" de Beniguasil. Revista Enfermería Integral. Junio-Agosto 1.996; 37: XXXII-XXXVI
- BARRAGÁN MEDERO F. (1999) Programa de educación Afectivo Sexual. Educación secundaria. Edita junta de Andalucía. Consejería de Educación y Ciencia. 5A Instituto Nacional de Estadística.
- BARRERA G. KERDEL V. (1980) El adolescente y sus problemas en la práctica. Monte Ávila Editores. Segunda edición. Caracas.
- CABRERA DEL CASTILLO, MA. MARTÍN DÍAZ, J. LUQUÍN AJURIA, A. ORUETA SÁNCHEZ, R. LÓPEZ DE CASTRO, F. (1996) Conocimientos, actitudes y comportamientos sobre sexualidad en dos colectivos de jóvenes-adolescentes. Centro de Salud, Mayo; 297-302.
- CAMACHO GARRIDO, J. DUARTE MERETO, C. DE TENA SERENO T. (1999) Planificación familiar en adolescentes: Objeto de enfermería. Revista Profesión, boletín informativo del Colegio de Enfermería de Sevilla, Julio.
- CARPINTERO, E. (1996) Comportamiento heterosexual y anticonceptivo en adolescentes. Relación con

riesgo de embarazo no deseado, ETS y VIH. Diálogos. Universidad de Salamanca. Diciembre, 25-28

- CONFORT, A. (1990) Adolescente, sexualidad, vida y crecimiento. Editorial Blume. Barcelona. España.

- DE LA CUESTA BENJUMEA C. (2000) Significado del embarazo en la adolescencia: la dimensión sentimental. Enfermería Clínica. Vol. 10, nº 5. 200-206.

- DE LA CUESTA BENJUMEA C. (2001) Contexto del embarazo en la adolescencia. Revista Rol; 24(9): 584-590.

- DICCIONARIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA (1992). Vigésima primera edición.

- EL PAÍS (1994) Conocer los métodos anticonceptivos no evita los embarazos entre adolescentes. Lunes 24 de Octubre de 1994.

- FABREGAS RUESGAS, J.J. ROS I RAHOLA, R. (2001) Estudio del comportamiento de jóvenes estudiantes en Barcelona. Diálogos, Revista de la Federación de Planificación Familiar de España. Nº 46, Enero-Marzo.

- Federación de planificación Familiar de España. (2001) Estudio sobre mujeres menores de 25 años que abortaron en la clínica Dator en 1999. Revista de la Federación de Planificación Familiar de España. Nº 46, Enero-Marzo.

- GALA, A. (1989) Los adolescentes. El País Semanal.

- GARCÍA-CERVERA J., et als. (1997) Comportamiento sexual, contraceptivo y reproductivo de las adolescentes. La primera visita en un CPF de 1986 a 1996. Diálogos. Universidad de Salamanca. Septiembre; 25-29.

- GARCÍA FERNÁNDEZ, J. L. (1991) Embarazo no deseado en adolescentes: una propuesta de intervención. Revista Rol de Enfermería, Octubre; 158: 36-42.

- GONZÁLEZ ANTÓN, G. (2000) La FPFE (Federación de planificación familiar de España) y la salud sexual reproductiva de los adolescentes. Revista Diálogos nº 43, Junio.

- GUTIÉRREZ LEÓN M^a., MARTÍN ARMAS M^aJ. (1999) Sexualidad y Juventud. Embarazo no deseado y Métodos anticonceptivos. Marzo. Plan canario de educación y atención a la sexualidad juvenil. Página: <http://www.gobcan.es/psc/syjcal.htm>

- JIMÉNEZ, JS. HERNÁNDEZ GARCÍA, JM. SÁNCHEZ, D. MONTELIU, P. ESPANTALEÓN, MG. DE LA FUENTE, P. Contracepción en la adolescencia: dificultades, eficacia y resultados. Acta ginecológica, 1994; LI: 139-144.

- LÓPEZ, F. Y FUERTES, A. (1998) Para comprender la sexualidad. Ed. verbo divino. Navarra

- MARCELINO PÉREZ, SS. SÁNCHEZ DE SAN LORENZO, A. MARCELINO PÉREZ, DA. (1997) Embarazo adolescente: una propuesta de intervención.

Revista Rol de Enfermería, Septiembre; 229.

- MARTÍNEZ CABANES, M. (2001) Preservativos y educación sexual. Revista Diálogos. Nº 48, sept.

- PORTELLA, E. CASTILLO, A. (1998) Aspectos sociales del embarazo en adolescentes. Gaceta Sanitaria; 2:150-153.

- Povedano, N. et al. (2001) Educación sexual para padres y madres. Prevención de embarazos en la adolescencia. Revista Diálogos, nº 48, sept.

- ROZAS GARCÍA, M. R. (1996) Contracepción postcoital: una opción de emergencia. Rol de Enfermería. Septiembre.; 229: 74-77.

- ROZAS, MR. COSTA, J. OLLÉ, A. HERNÁNDEZ, I. LÓPEZ, F. GRAUC, M. CONDEC, M. NICOL, E. (2000) Intercepción postcoital. Análisis de 200 casos consecutivos. Enfermería clínica, 3; 10: 106-113.

- RUIZ JIMÉNEZ, MA et al. (1997) Adolescencia y anticoncepción. Revista Rol de Enfermería, Junio; 226: 61-64.

- RUIZ JIMÉNEZ, MA. MARTÍNEZ NIETO, JM. FERNÁNDEZ GARCÍA, JR. PAVÓN LEBRERO, R. CANO FERNÁNDEZ, MC. (1997) Anticoncepción en adolescentes incluidas en un programa de planificación familiar. Atención Primaria, 9; 19: 455-458.

- SÁEZ I. (1992) Sexualidad en la adolescencia. Publicación Dirección Materno Infantil MSAS, UNICEF, OPS / OMS. Litobrit. Octubre, Caracas.

- SÁEZ DÍAZ I. (1994) Adolescencia y sexualidad, actitudes y angustias. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Fundasalud LARA. Editorial Boscan C.A. Venezuela.

- TENORIO CAMPANARIO, P. (1997) Médico de familia y diplomado en sexualidad. Consulta Joven de Orientación Sexual en Centros Educativos. Página: <http://www.arconet.es/med/avg/consultajoven.htm>

- UNICEF. Noticias de (2001). Madres adolescentes en países ricos. Nº 176. Agosto.

- YAGO SIMÓN, T. (2001) Educadores y adolescentes en grupo operativo. Revista Diálogos. Nº 48, septiembre.

Otra bibliografía de interés consultada pero no reseñada en el texto

- Autor (1991) Embarazo no deseado en adolescentes: una propuesta de intervención. Revista Rol de Enfermería, Octubre; 158: 36-42.

- AGUTZANE ESCALERA URGUAGA ET ALS. (1993) Planificación familiar. Valoración de un programa. Revista Rol de enfermería. Abril; 176: 25-30.

- BOXÓ CIFUENTES, JR ET AL. (1995) Conducta sexual y contracepción en adolescentes escolarizados de la zona básica de salud de Alora, Málaga. Revista Medifam. Marzo-abril; 5(2):75-79.

- CAMACHO RÍOS, CRISTINA ET ALS. (1996) Embarazo en la adolescencia. Albacete, 1994-1995. Revista de Enfermería. Universidad Albacete, Septiembre; 6: 6 -19

- Comunidad de Madrid (1997) Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid. 5(8): 3-17.

- GARCÍA J. PEREIRO I. PÉREZ E. (1997) Diferencias existentes entre las adolescentes atendidas en primera visita en un centro de planificación familiar en dos periodos de tiempo. Atención Primaria. Vol. 20, nº5 septiembre; 237-241.

- IBARS PRUNÉS, J. OLLÉ RAMOS, N. PEIRÓ FORNAS, N. PERALTA PUIG, MC. (1998) Adolescentes y centros de planificación familiar. Enfermería clínica, 1; 8.

- JIMÉNEZ LLORENTE Y COLS. (2000) Embarazo en adolescentes y conocimientos sobre sexualidad en la Zona Básica Bajo Andarax. Centro de Salud, marzo; 164-169.

- JIMENO, C. (2001) Llega el “día después”. Salud entre todos (Consejería Andaluza de Salud). Invierno; 86: 14-19.

- LERTXUNDI R. La Adolescencia en el 2000. Clínica Euskaldura Bilbao.

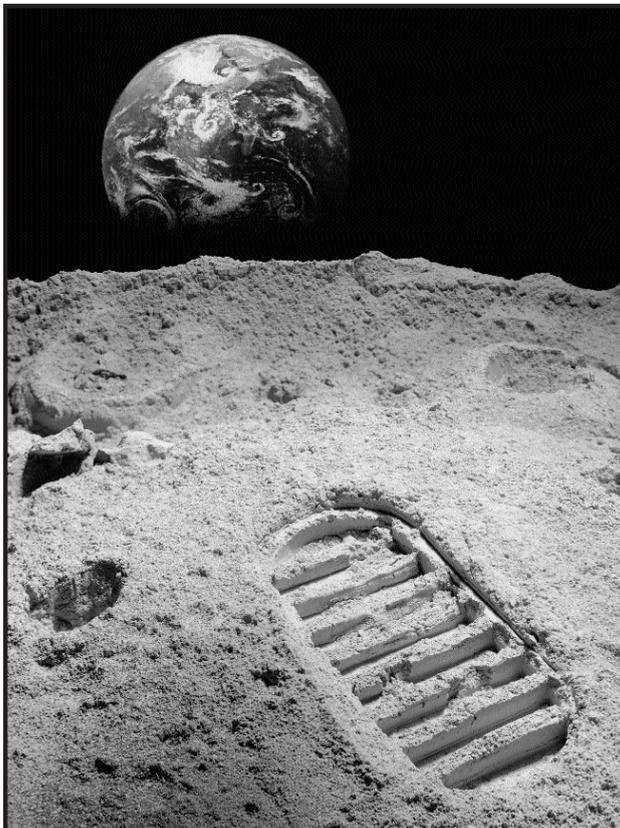
- MUÑOZ GALLIGO, E. MATTOS GUILLÉN, I. PERAMO MOYA, B. (1999) Anticoncepción y sexualidad en la adolescencia. Toco-ginecología práctica, 635; 58: 81-87.

- OLTRA RODRÍGUEZ E., GONZÁLEZ ALLER C., CORTÉS PINTO R. (1994) “Trabajo con jóvenes en atención primaria de salud” 1ª Reunión asturiana (monografía). Octubre 94.

- PELÁEZ MENDOZA, J. RODRÍGUEZ PONS, O. BERMÚDEZ SÁNCHEZ, R. (2000) Adolescente varón y anticoncepción. Toco-ginecología práctica, 645; 59: 189-193.

- RODRÍGUEZ DE LA PARRA, S. CARBELO BAQUERO, B. (1999) Autocuidado en el adolescente. Revista Rol de enfermería. 1999; 22: 7-8.

- SÁNCHEZ A. (1999) “Sexo, adolescentes y cifras”, una responsabilidad en salud pública. Jano, 29 de octubre – 4 de noviembre. Vol. LVII nº 1317.

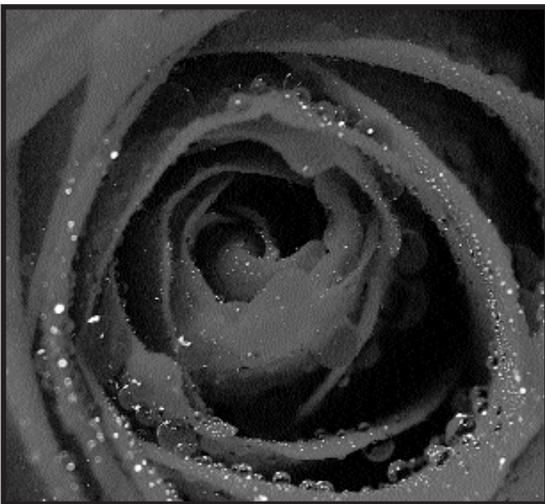


TEORÍA Y MÉTODO

EL ESTATUS CIENTÍFICO DE LA ENFERMERÍA: PARADIGMA, MÉTODO Y NATURALEZA DE SU OBJETO DE ESTUDIO

Manuel Jesús Salas Iglesias

Diplomado y Titulado Superior en Enfermería. Licenciado en Antropología Social y Cultural. Doctorando Universidad de Alicante: Enfermería y Cultura de los Cuidados.



NURSING SCIENTIFIC STATUS: PARADIGM, METHOD AND NATURE OF ITS STUDY SUBJECT

ABSTRACT

The aim of the present document is to define the current situation of nursing scientific status, as well as to identify the main problems that are preventing it from consolidating in the general science context. We go through the meaning and state of the terms paradigm, disciplinary body, theory, model, scientific method and nursing process, as well as their adequacy to the characteristics of science and to the nature of the nursing study subject.

Key words: Paradigm, theory, scientific method, nursing process, nature of nursing study subject.

RESUMEN

El presente documento trata de definir cuál es la situación actual del estatus científico de la enfermería, así como definir los principales problemas que impiden su situación de consolidación en el contexto general de la ciencia. Hacemos un recorrido por la significación y estado de los términos de paradigma, matriz disciplinaria, teoría, modelo, método científico y proceso de enfermería, así como su adecuación a las características de la ciencia y a la naturaleza del objeto de estudio enfermero.

Palabras Clave: paradigma, teoría, método científico, proceso de enfermería, naturaleza objeto estudio enfermero.

INTRODUCCIÓN

Si de alguna manera pudiésemos definir, dentro del contexto de la ciencia, la situación en la que se encuentra actualmente la Enfermería, casi con toda probabilidad existiría un consenso en torno a la noción de “revolución” para designarla.

Las evidencias relativas al actual e inconcluso debate respecto a la definición misma de la Enfermería; la ausencia de una definición precisa de su objeto de estudio y la indeterminación de su naturaleza; las reificantes consecuencias del uso indistinto e indiscriminado de las nociones de Enfermería, cuidado y rol profesional; la falta de consenso en la perspectiva ideológica desde la que resolver los problemas de investigación; la incertidumbre respecto al método científico apropiado conforme a las características y naturaleza, indefi-

nida e inconclusa, del objeto de estudio; así como la vaguedad en los planteamientos respecto a si la Enfermería está más cerca de las ciencias sociales y humanas que de las fácticas o naturales, constituyen algunos signos diacríticos de la primera afirmación.

Esta situación estructural define, por sí misma, el estatus científico en el que nos encontramos que, si algo evidencia, es precisamente la ausencia de una ciencia consolidada.

De hecho, en los términos que, en el contexto de la teoría y el método, se suele utilizar y, refiriéndonos al análisis de la obra *La Estructura de las Revoluciones Científicas*, de Thomas Samuel Kuhn, nos encontramos en condiciones de afirmar que ésta situación es coincidente con la fase de preciencia, inmadura, respecto a un supuesto esquema evolutivo en base al grado de desarrollo científico.

Efectivamente, la comunidad científica enfermera ha sido incapaz de ponerse de acuerdo en lo fundamental y, en aras a la concreción metodológica, que no al constreñimiento, diremos que las alusiones a lo fundamental refieren a lo que por paradigma debe entenderse respecto al contexto general de la ciencia. Concretamente, el desacuerdo al respecto, ha traído como consecuencia la ausencia de un paradigma consolidado.

Esto no hace más que confirmar nuestro estatus de preciencia, inmadura, por cuanto, como Kuhn explicita, carecer de paradigma implica no poseer el estatus de ciencia. La ausencia de un paradigma

propio afianzado, hace que resulte imposible la ampliación del conocimiento de los fenómenos enfermeros que éste deberá mostrar como particularmente reveladores.

En ese sentido, no parece que el barco pudiera llegar a buen puerto si, por otra parte, además, la comunidad científica enfermera ha insistido en concluir, con estériles resultados, los debates, tan necesarios, para el desarrollo disciplinar.

Estos, han versado, de manera tradicional, sobre si el centro de los esfuerzos intelectuales debe ser ocupado por la definición de la naturaleza de su objeto de estudio, o bien por la imposición del método científico, o quizás por la recopilación de hechos o por su historia, la historia de la formación de sus conceptos y teorías.

Sin embargo, la ausencia de posicionamiento epistemológico, en la mayoría de los casos, ha dado lugar, como resultado de tales esfuerzos, a un objeto de estudio ausente de definición propia, es decir, una definición mutada por los obstáculos epistemológicos que no hemos sabido solventar y/o rebatir a otras ciencias. O bien hemos venido a confundir y reducir el método científico con un método de organización del trabajo, donde la perspectiva metodológica experimenta un considerable impulso en detrimento de la teórica, diluyéndose entre otras, las posibilidades de contribución al área de aplicabilidad práctica de nuestros modelos potenciales. Y, en último lugar, quizás hayamos permitido una historia de la enfermería cuya forma y contenido están más próximas a las narraciones épicas que a una especialidad al servicio de nuestro desarrollo, haciendo uso, más bien, de un continuismo precursista que de un discontinuismo a favor de la heterogeneidad científica.

QUÉ ES UN PARADIGMA Y CUÁL ES SU SIGNIFICADO EN EL CONTEXTO GENERAL DE LA CIENCIA: LA SITUACIÓN DE LA ENFERMERÍA

Las apelaciones al concepto de paradigma hacen una referencia obligada a la obra que hemos mencionado con anterioridad “*La estructura de las revoluciones científicas*”, donde se pretende refutar la perspectiva positivista de evolución de la ciencia. En términos del mismo Kuhn, un paradigma debe ser entendido como una constelación de



creencias, valores, técnicas, etc... que comparten los miembros de una comunidad científica dada. Son las concretas soluciones de problemas que, empleadas como modelos, pueden reemplazar reglas explícitas como base de la solución de los restantes problemas de la ciencia normal.

Este concepto de ciencia normal refiere a una actividad, cuya finalidad es la de resolver problemas y que está gobernada por unas reglas muy concretas de intervención, que son las que el paradigma instituye. En ese sentido, decimos que una ciencia es madura cuando se rige por un solo paradigma, quien a su vez, establece las normas que dan legitimidad al trabajo que se realiza dentro de la ciencia particular que tutela, incluyendo la resolución de problemas específicos o propios que se presentan, así como los medios para ello.

Para Kuhn, será justamente la existencia de un paradigma que pueda apoyar una tradición de ciencia normal lo que establecerá la diferencia entre lo que es Ciencia y lo que no lo es.

Como habíamos mencionado con anterioridad, carecer de paradigma ha venido a suponer, de manera tradicional, el no poseer el estatus de ciencia, siendo la falta de acuerdo en lo fundamental lo que diferencia a la ciencia normal, madura, de la preciencia, inmadura. En el estado de controversia y divergencia que caracteriza al estado de preciencia, se llegan a establecer casi tantas teorías como teóricos haya trabajando. Siendo este estadio perfectamente reconocible en la situación actual de la enfermería, donde uno de los principales síntomas de los que adolecen sus profesionales, es la casi generalizada necesidad de definir un teoría propia a la hora de establecer su marco de intervención, más allá de los modelos teóricos existentes. Lo que, por otra parte, evidencia la ausencia de modelos efectivos en nuestro ámbito.

Volviendo a la búsqueda de la concreción metodológica en su significación, un paradigma, entendido como un conjunto de ideas fundamentales sobre el mundo y sobre la realidad, se articula y da origen a ciertos conceptos que, desde la perspectiva de ese propio paradigma, adquieren un significado específico. Estos conceptos, a su vez, se articulan entre sí de manera que permiten formular una serie de proposiciones, las cuales, organizadas en cierta manera, dan respuesta a una serie de inte-

rrogantes concretos sobre el universo específico que se está estudiando y, en consecuencia, se formulan teorías que siguen los dictados de una visión paradigmática particular. No nos encontraríamos lejos de hallar, en esta exposición, la explicación de lo que por metaparadigma entendemos respecto a nuestra disciplina, por cuanto éste viene a suponer una serie de conceptos (cuidado, persona, salud, entorno) que se articulan constituyendo proposiciones que le atribuyen su propia especificidad y, a raíz de las cuales se originan teorías aunque en nuestro caso es mejor hablar, como venimos participando, de modelos potenciales.

Ahora bien, la realidad de la situación de la enfermería es que, en primer lugar, sus conceptos carecen del nivel de abstracción suficiente, sobre todo el de cuidado, como para desvincularse de las limitaciones características del reduccionismo de la ideología científica racional-tecnológica. Por consiguiente, las proposiciones que de sus relaciones se deriven, lo que vienen a demostrar, es una gran incapacidad para responder a los interrogantes de nuestro universo de estudio. Es decir, se padece de una insuficiente perspectiva global como para asumir la complejidad de la propia naturaleza de nuestro objeto de estudio. Luego, todo lo que de aquí se derive no va a contribuir en grado alguno al desarrollo disciplinar, sino a todo lo contrario.

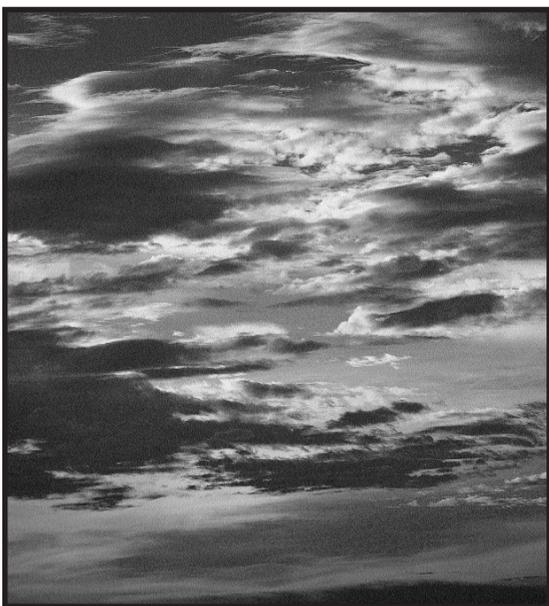
Podríamos decir que el ámbito ideológico o paradigmático desde el que se ha pretendido responder a las cuestiones fundamentales de la enfermería, no ha sido el más adecuado a la naturaleza de su objeto. El cual ha intentado ser definido desde el posicionamiento que legitima su ubicación dentro de las ciencias naturales o fácticas, cuya ideología científica dominante y hegemónica a lo largo de la historia de la filosofía de la ciencia, ha sido el positivismo.

¿Significa esto que por la naturaleza del objeto de estudio de la enfermería debemos y/o podemos posicionarnos respecto a otras dimensiones posibles de resolución de problemas de la realidad, en el ámbito ideológico de la ciencia, distinto del positivismo y su método, entendido de manera arraigada como el Método de la Ciencia?

¿El hecho de hacer compatibles varias perspectivas ideológicas o paradigmáticas, como así lo

parece evidenciar las necesidades del actual estado de la situación de construcción disciplinar de nuestra ciencia, implica que, como argüía Kuhn, la enfermería no pueda llegar a adquirir el estatus de “ciencia madura”, por cuanto no se rige por un solo paradigma?

Por ahora, lo que si debemos entender es que, respecto a la primera cuestión, el Método Científico refiere a la metodología de la Ciencia, es decir, la Ciencia, en tanto actividad humana, está dedicada a identificar, definir y resolver problemas de la realidad y, para ello, dispone y utiliza un conjunto de principios teóricos, de reglas de conducta y operaciones mentales y manuales que, en suma, constituyen lo que conocemos como Método General de la Ciencia. Quizás hubo un tiempo en el que, debido al gran desarrollo de las ciencias físicas respecto a otras ciencias naturales, en particular, y en lo que al conjunto de la Ciencia respecta, fuera posible hablar de un método científico entendido como el Método(inductivo-deductivo). No obstante, el campo total de la Ciencia es tan complejo y heterogéneo que ya no es posible identificar un método común o hegemónico a todas ellas, sino que, más bien, éste, está condicionado y viene definido por la naturaleza del objeto de estudio, es decir, el método, para conocer o aproximarse a algo, lo define las características de aquello que queremos estudiar.



En un segundo nivel de concreción, la definición y delimitación de la naturaleza del objeto de estudio de la enfermería, en la actualidad, lo que pone de manifiesto es que no se corresponde con su complejidad, luego será necesario aproximarnos a su conocimiento amplio desde aquellas ideologías científicas que permitan, al menos, contemplar la posibilidad de tal abstracción.

En ese sentido, hemos de argumentar que, si bien las ciencias naturales, a cuyo marco se ha adscrito de manera tradicional el contexto académico enfermero, sobre todo el anglosajón, se caracterizan por ser monoparadigmáticas, en cuanto existe un consenso acerca de un único paradigma o, mejor dicho, ideología científica, no ocurre de igual manera en las ciencias sociales, cuya naturaleza es multiparadigmática.

Lo que sí nos encontramos en condiciones de afirmar es que no podemos negar el carácter de ciencia normal a la enfermería arguyendo que no se rige por un único paradigma o ideología científica, toda vez que queda demostrado su naturaleza compleja.

¿Es por tanto la enfermería una ciencia social más que natural?

Llegados a este punto, lo que podemos concluir, por el momento, es que el marco ideológico de las ciencias naturales no es válido, en exclusiva, para responder a las preguntas que como ciencia nos planteamos. Y, por otra parte, existe una necesidad de recurrir, también, a los métodos de las ciencias sociales para completar la complejidad abstracta de su naturaleza.

Pero ¿qué es entonces un paradigma y cómo se articula ante la realidad expuesta para la enfermería?

Sería conveniente, antes de seguir en la profundización del término, traer a colación una de las principales características del concepto y, a la vez, particularidad más criticada, que se hace coincidente con su condición polisémica. De hecho, Margaret Masterman, llega a identificar hasta veintidós usos diferentes de la expresión, que el mismo Kuhn efectúa en su legendaria obra. ¿Es posible, por tanto, llegar a un consenso respecto a lo que por paradigma debemos entender?

Masterman arguye cómo esos veintidós significados pueden agruparse en tres formas elementales

de representar su uso. Así, cuando por paradigma queremos referirnos a un conjunto de creencias, como un marco de referencia, estamos haciendo un uso del concepto de paradigma en su dimensión metafísica o metaparadigmática. Cuando se utiliza como un logro universal científicamente reconocido, estamos apelando a una significación sociológica. Y, en tercer lugar, cuando se emplea de una forma más concreta, como una instrumentación o conjunto de artefactos, o como una gramática o juego del lenguaje, hablamos de paradigma de constructos.

En cualquier caso, cada una de estas concepciones pertenecen al ámbito de influencia de cada una de las perspectivas ideológicas desde las que acceder al conocimiento, es decir, al positivismo, a la perspectiva crítica y a la hermenéutica, respectivamente.

Por consiguiente, cuando desde la enfermería hablamos del “metaparadigma” como el marco de referencia que encierra las respuestas a las cuestiones fundamentales de la disciplina, se evidencia que su contenido responde a los criterios de creación y desarrollo científico de la ideología racional-tecnológica que, como venimos introduciendo, resulta inadecuada a su naturaleza.

En esta situación de polisemia parece difícil acceder a un mayor grado de concreción, respecto a su definición, sin traer a colación el riesgo de la mutilación. No obstante, en aras a la comprensión metodológica y al ideológico uso neutral de los términos, resulta apropiado introducir un nuevo concepto: la matriz disciplinaria.

Kuhn, en respuesta a las críticas recibidas, aclara que se vale del término para identificar básicamente las dos realidades con las que iniciamos en este texto su definición, esto es, por una parte, una constelación de creencias, valores y técnicas compartidas y, en segundo lugar, referir a las concretas soluciones de problemas.

La primera acepción hace referencia a cosmología, esto es, a los supuestos fundamentales que tienen los investigadores sobre el mundo que están estudiando y que comparten en tanto comunidad científica. Refiere a un cierto sentido de comunidad o sociológico. El segundo significado apela a un sentido filosófico, refiriendo a lo que hemos llamado como matriz disciplinaria, es decir, un con-

junto de supuestos epistemológicos fundamentales, a partir de los cuales una comunidad científica determinada (comunidad epistémica) explica el mundo, o la parte del universo que le interesa. (en nuestro caso, el que concierne al Cuidado).

La matriz de la disciplina viene a comprender la totalidad de los objetos del consenso científico y destaca como sus elementos: las generalizaciones simbólicas (aceptación, por parte de la comunidad científica, de la forma e interpretación lógica de las leyes o ecuaciones fundamentales de teorías) los modelos (identificación de problemas no resueltos), los valores (valores científicos de las teorías, tales como exactitud, consistencia, simplicidad y beneficio) y las soluciones de problemas típicos que sirven como ejemplo (problemas ejemplares), que es la denominación de paradigma en sentido estricto.

En ese sentido, cabría señalar la existencia de autores que entienden como exento de ese carácter polisémico al término matriz disciplinaria, por lo que resultaría prioritario frente al uso de la noción de paradigma cuya polisemia inhibía el uso neutral del término. No obstante, hay que tener en cuenta que dicha neutralidad se construye a consta de obviar parte de la totalidad abstracta del concepto, representando a una realidad parcelaria en su designación.

En resumen, mediante el concepto de paradigma se pretende dar a conocer una cierta unidad científica, metodológica y sociológica que tiene lugar en un momento histórico concreto, donde la matriz disciplinaria debe verse como una entidad, libre del resto de significaciones que se le atribuyen a dicho concepto, refiriendo a los contenidos mismos de la filosofía de la ciencia.

¿CUÁL ES LA SITUACIÓN DE LA MATRIZ DISCIPLINARIA DE LA ENFERMERÍA?

En primer lugar cabría hacer la distinción entre paradigma y teoría, por cuanto de entre los diversos usos que de paradigma se ha venido a hacer, la comunidad científica enfermera ha participado de una de sus acepciones en tanto “uno de los niveles de desarrollo de la teoría”. Efectivamente, una comunidad científica diría que comparte una teoría, sin embargo esta afirmación resultaría limitar

en exceso la naturaleza del concepto, resultando más integrador suplir tal afirmación por la de poseer una matriz disciplinaria común, siempre y cuando ésta supone dotar a la disciplina de un conjunto de elementos, que deben orientar el proyecto de construcción científico respecto a la filosofía de la ciencia. Y, en ese sentido, las teorías refieren al área lógica del citado contexto.

Por otra parte, la realidad de la situación teórica de la enfermería exige, en primera instancia, hacer la distinción entre teoría y modelo, por cuanto tal diferenciación responde a exigencias de tipo lógico, siendo ésta quien estudia la estructura interna y la dinámica de las teorías científicas.

La explicitación de la estructura interna de un cuerpo organizado de conocimientos constituye un requisito ineludible de su científicidad.

Mediante el método lógico y el de la teoría de conjuntos se analiza la estructura matemática de toda teoría científica. Desde el estructuralismo de Sneed y Stegmuller, se postula que la teoría general de una ciencia particular está constituida por un núcleo y por sus aplicaciones o área de aplicabilidad (aplicación intencional). Del mismo modo, este núcleo está constituido por una serie de componentes, entre los que destacamos los modelos teóricos. Estos pueden ser Efectivos (engloba todos los ámbitos empíricos en los que la teoría resulta ser verdadera), Potenciales (aquellos que podrían ser modelo de la teoría o que, aún siendo, todavía no han sido contrastados como efectivos) o Parciales. Las ligaduras (de dimensión intrateórica, conecta los múltiples modelos de una teoría) y sus vínculos (dimensión interteórica, define interconexiones entre los modelos de teorías diversas). Se puede afirmar que la ciencia es una red. Tras esta estructura matemática del núcleo se encuentra la parte pragmática, entendida como la comprobación de su efectividad. Es decir, en toda teoría hay una componente pragmática, que nos lleva a distinguir quién, en qué momento y en qué condiciones consideró su modelo potencial y comprobó si era efectivo o no. Constituye, pues, un condicionante de toda teoría científica.

Por consiguiente, bajo la concepción metodológica estructuralista de análisis de la Teoría Científica y conforme a los componentes que se proponen para la misma, nos encontraríamos en

condiciones de afirmar que la producción teórica enfermera, más que a la definición de “teorías de enfermería”, refiere básicamente al concepto de “modelos potenciales”.

No obstante, cabría señalar los esfuerzos que la comunidad científica enfermera está realizando por consolidar la parte pragmática de toda teoría científica. Sin embargo, la situación actual, más allá del concepto kuhniano de revolución, se caracteriza por confundir, con mayor frecuencia de lo deseable, la forma con el fondo, constituyendo el eje o foco de dicho desgaste científico, el instrumento de intervención en vez de la meta en sí misma. Como resultado, se ha obtenido que la práctica enfermera sea, más bien, consecuencia de un proceso de trabajo (con implicaciones taxonómicas), que de una teoría científica. Sería acertado afirmar que, en ocasiones, los árboles no nos dejan ver el bosque.

EL MÉTODO CIENTÍFICO Y EL PROCESO DE ENFERMERÍA (P.E.)

El P.E. es un método de organización del trabajo enfermero, que difiere de la concepción de “Método Científico”, el cual refiere a la metodología de la ciencia. El P.E. es una herramienta para gestionar los cuidados. Es un recurso para tratar de normalizar y sistematizar las intervenciones, la actividad de la enfermería, más allá del objeto de dotación de leyes y teorías propias. Sin embargo, esto último, que si es objeto del método científico, está estrechamente vinculado a nuestra intervención, pues en ésta se ponen de manifiesto los resultados respaldados por la investigación científica enfermera, que ha utilizado una metodología concreta y definida.

Al respecto, y como se ha argumentado con anterioridad, ante la complejidad y heterogeneidad del campo total de la ciencia y la imposibilidad de identificar un método hegemónico a todas ellas, la pregunta que convendría traer a colación refiere a cuál sería el método más idóneo para la elaboración del corpus de conocimiento de la disciplina enfermera.

A continuación se pueden observar las cuatro categorías en las que pueden clasificarse, grosso modo, los principales esquemas propuestos sobre el método científico a través de la historia:

1) Método inductivo-deductivo. La ciencia se inicia con observaciones individuales, a partir de las cuales se plantean generalizaciones, que son reforzadas si se confirman o debilitadas si se fracasa. Pertenecen a este grupo Aristóteles, Bacon, Galileo, Newton, Locke, Herschel, Mill, los empiristas, los positivistas lógicos, los operacionistas y los científicos contemporáneos en general.

2) Método a priori-deductivo. El conocimiento científico se adquiere por medio de la captura mental de una serie de principios generales, invariables y eternos, a partir de los cuales se deducen sus instancias particulares, que pueden o no ser demostradas objetivamente. Pertenecen a este grupo Pitágoras, Platón, Arquímedes, Descartes, Leibniz, Berkeley, Kant (con reservas) y Eddington, los idealistas y la mayor parte de los racionalistas.

3) Método hipotético-deductivo. Postula la participación inicial de elementos teóricos o hipótesis en la investigación científica, que anteceden y determinan a las observaciones. Además de generar tales conjeturas sobre la realidad, el científico las confronta con la naturaleza por medio de observaciones y/o experimentos. La inducción es evitada conscientemente. Aquí se encuentran Hume, Whewell, Kant (con reservas), Popper, Medawar, Eccles.

4) No hay tal método. Dentro del grupo de pensadores que niegan la existencia de un método científico podemos distinguir dos tendencias: por un lado, están los que afirman que nunca se ha revelado un grupo de reglas teóricas o prácticas seguidas por la mayoría de los investigadores en sus trabajos, sino todo lo contrario (Feyerabend); por el otro lado, se encuentran los que señalan que si bien en el pasado pudo haber un método científico, su ausencia actual se debe al crecimiento progresivo y a la variedad de las ciencias, lo que ha determinado que hoy existan, no uno sino, muchos métodos científicos (Ayala, Dobshansky y Mayr).

A raíz de lo expuesto, hemos de decir, también, que el contexto académico de la enfermería se ha decantado, actualmente, por establecer el método hipotético-deductivo como el más adecuado a la naturaleza de su objeto de estudio. Sin embargo, hemos de explicitar, igualmente, que tal posicionamiento se ha venido a realizar desde una ideología tradicional de la ciencia, caracterizada por el hegemotismo positivista.

Por otra parte, sin negar la obviedad de la necesidad de recurrencia que la enfermería tiene respecto a éste método para responder a las preguntas de una de las partes de su objeto de estudio, la inadecuada definición de su naturaleza, pone de manifiesto que no es el único método al que precisamos recurrir para desvelar la compleja totalidad del Cuidado.

En ese sentido, estamos en condiciones de posicionarnos conforme a una perspectiva anarquista respecto al método científico, en el sentido de la cuarta proposición expuesta. No en tanto ausencia de tal método, sino en lo que a la diversidad de la ciencia respecta y en lo que a de complementariedad exige.

Por consiguiente, podemos llegar a establecer las siguientes conclusiones:

CONCLUSIONES

El término paradigma tiene un marcado carácter polisémico, por lo que en aras a la concreción metodológica se opta por recurrir a la noción de matriz disciplinaria en cuanto uso neutral de su significación. Dicha opción es preferible siempre y cuando reiframos al conjunto de supuestos epistemológicos fundamentales, a partir de los cuales una comunidad científica determinada explica la parte del universo que le interesa. En esta situación epistémica, la enfermería manifiesta una considerable falta de acuerdo en lo fundamental, consecuencia, entre otras cosas, del reduccionismo desde el que se ha contestado a sus preguntas elementales. La falta de correspondencia entre su área epistemológica y las evidencias cada vez más notables de la complejidad de su objeto de estudio, constituye un signo diacrítico de la inadecuación de la perspectiva ideológica desde la que se ha abordado su naturaleza. Cuya necesidad de abstracción pone de manifiesto la complejidad y diversificación misma de la ciencia, obligando a recurrir a perspectivas diferentes que contribuyan a la visión global requerida. No podemos por tanto explicar nuestra "parcela" de conocimiento desde las ideas preconcebidas respecto a la existencia de un único método a cuya doctrina se rinde la observación y la imaginación, sino que buscamos en la complementariedad, en la articulación científica, el fundamento a los argumentos explicativos de la complejidad del Cuidado. La comunidad científica

enfermera precisa consolidar su acuerdo en lo sociológico y en lo filosófico siempre que su carencia contribuye más a su distorsión que al desarrollo disciplinar.

BIBLIOGRAFÍA.

- AGUILERA GARCÍA, L.O. Tesis para una iniciación epistemológica.2000. [Documento www] URL: www.monografias.com

- ARCE, E.D. El estudio de la Ciencia y los paradigmas de Thomas S. Kuhn. [Documento www] URL: <http://www.monografias.com/trabajos7/parad/parad.shtm>

- ARROYO ABAD, L. Economía. La evolución de la ciencia sin esperanza. Boletín de lecturas sociales y económicas. UCA. FCSE. Año7. N°33 (77-96). [Documento www] URL: <http://www.uca.edu.ar/facultades/economicas/boletin/boledigi/num033/ecbol3306.pdf>

- FINKEL, L. (1994) La organización social del trabajo. Pirámide, Madrid.

- GALLO, V.; ORFILA, M.A. THOMAS KUHN: en busca de una ciencia abierta y en evolución. [Documento www] URL: <http://www.monografias.com>

- GUBA, E.G.(1990) The Paradigm Dialog.Sage Publications,Newbury Park, California.

- HERNÁNDEZ CONESA, J.; MORAL DE CALATRAVA P. Y ESTEBAN ALBERT, M. (2003) Fundamentos de la Enfermería. McGraw-Hill Interamericana, Madrid.

- KUHN, T.S. (1991) La Estructura de las Revoluciones Científicas, México, FCE, Col. Breviarios Núm. 213.

- KUHN, T.S. (1992) La estructura de las revolucio-

nes científicas. Fondo de Cultura Económica, Madrid.

- LLOBERA, J.R. (1980) Hacia una historia de las ciencias sociales. Anagrama, Barcelona.

- MASTERMAN, M. (1970) The Nature of a Paradigm. En Lakatos, J.; Musgrave, A. Criticism and the Growth of Knowledge, Cambridge, Cambridge University Press, pp59-89.

- MINTZBERG, H. (1984). La estructuración de la organizaciones. Ariel S.A., Barcelona

- NOSNIK, A. (1991) El desarrollo de la comunicación social. Un enfoque metodológico. Trillas, México.

- PÉREZ TAMAYO, R. (1998) ¿Existe el Método Científico?. F.C.E., México D.F.

- RAMÓN ORTIZ, J. El Triángulo paradigmático (Paradigmas de la Investigación Educativa). [Documento www] URL: <http://www.geocities.com/Athens/4081/tri.html>

- SALAS IGLESIAS, M.J. (2002) Cuestiones de Ciencia: La situación de la Historia de la Enfermería. Index de Enfermería.39,64-65.

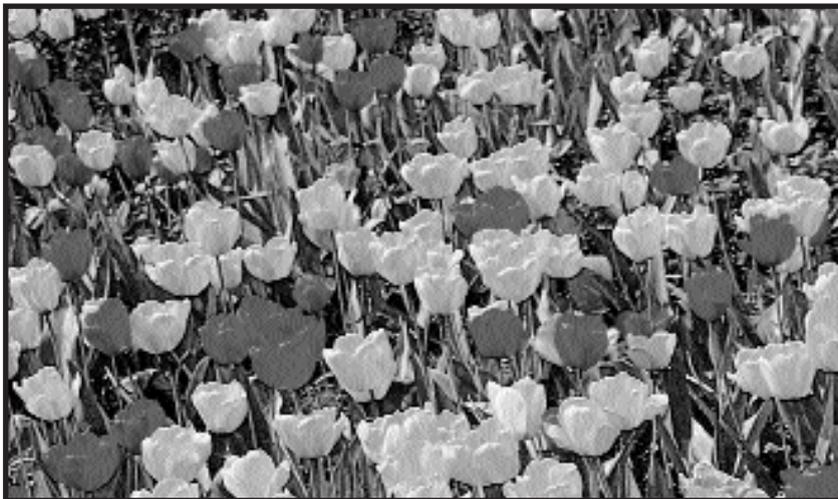
- SILES, J.; GARCÍA, E. (1995) Las características de los paradigmas y su adecuación a la investigación en enfermería. Enfermería Científica.160-161,10-14.

- SILES, J. (1997) Epistemología y enfermería: por una fundamentación científica y profesional de la disciplina. Enfermería Clínica.7/4,188-194.

- SUÁREZ TRUJILLO, M. Introducción a la Epistemología. [Documento www] URL: <http://www.uniovi.es/~filesp>

- VASQUEZ, J. (1991) El Poder de la Política del Poder. Gernika, Madrid.

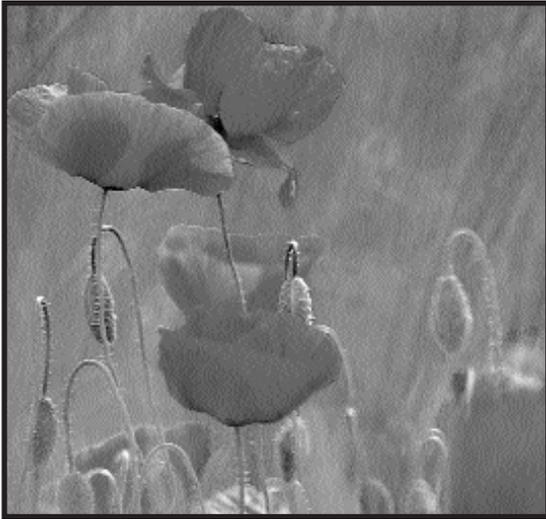
- WESLEY, R.L. (1997) Teorías y modelos de enfermería. McGraw-Hill Interamericana, México.



LA ENFERMERÍA ANTE EL ENFOQUE DEL CAOS Y LA COMPLEJIDAD

Karem Peña*, Jesús Rodríguez**

* Estudiante de segundo año. Escuela de Enfermería. Universidad de Carabobo. Valencia, Venezuela. ** Profesor agregado. Coordinador de Fisiología. Dpto de Ciencias Fisiológicas. Escuela de Enfermería. Universidad de Carabobo



NURSING AND THE APPROACH OF CHAOS AND COMPLEXITY

ABSTRACT

The new perspectives on medical sciences and the relationship health-disease, under the light of advanced sciences that perceive the worlds as a complex and chaotic phenomenon, demand a change of thought and attitudes for health professionals, particularly nurses. In this work, some concepts such as chaos, complexity and fractality are defined, and the nursing role is separated from euclidian geometry where everything is structurally shaped, to be modified towards a more complex perception where all the parts make the whole that eventually conforms health; health should be understood as a multifactorial system, in order to cope with the challenges that new technologies offer and modify nurses' future behaviour.

Key words: complexity, chaos, multifactorial system, fractality.

RESUMEN

La nueva visión de las ciencias médicas y de la relación salud-enfermedad vista a la luz de las ciencias avanzadas que perciben al mundo como un fenómeno complejo y caótico, demanda al trabajador de salud y en particular a la enfermera, un cambio en la forma de pensar y actuar. En este trabajo, se definen algunos de los conceptos de caos, complejidad, fractalidad y se involucra el papel de la enfermera ante esta forma de ver la ciencia, separándose de la geometría euclidiana, donde todo es de formas estructuradas para modificarlo por una percepción más compleja, donde cada una de las partes hacen el todo que finalmente conforma la salud, entendiendo ésta por un sistema multifactorial que debe ser comprendido de esta manera para poder afrontar los retos que las nuevas tecnologías le plantean al personal de enfermería modificando así, su conducta futura.

Palabras clave: complejidad, caos, sistema multifactorial, fractalidad.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el personal que atiende de manera directa al enfermo y que se encuentra vinculado estrechamente a su salud y a su enfermedad, está plagado, por no decir pleetórico o inundado del pensamiento filosófico que ha regido a las ciencias físicas durante los últimos siglos, es decir, un pensamiento mecanicista y positivista. El binomio causa – efecto, ha predominado en el quehacer médico diario. La medicina que para unos es una ciencia, para otros es un arte (Ierodiakonou, 1993), sin embargo, lo que tiene que estar claro independientemente de esta polémica es que las ciencias médicas deben asumir un nuevo papel bajo la óptica de las nuevas concepciones teóricas alrededor del comportamiento de la naturaleza y la biología.

¿Cuáles son estas nuevas tendencias? El primer pensamiento que nos viene a la mente cuando analizamos fenómenos tan simples, pero a la vez tan complejos, como el clima, es el siguiente: ¿Por qué no podemos predecir cómo estará el clima dentro de una hora? Si bien es cierto, que algunos de los fenómenos climáticos son de fácil predicción, como las mareas, debido a que se relacionan directamente con el movimiento lunar, la mayoría de ellos, como el hecho de que si va a llover o no, en un período corto de tiempo, es mucho más difícil de predecir. La explicación es sencilla, son tantos y tan disímiles los factores que influyen sobre el clima, factores que pueden cambiar las condiciones climatológicas en un instante como velocidad de los vientos, temperatura, humedad, etc, que resulta prácticamente imposible predecir lo que sucederá a corto plazo, por lo que podemos decir que los fenómenos de la naturaleza, no se presentan bajo el esquema de causa – efecto, sino bajo el fenómeno de multicausalidad.

De la misma manera, podemos aplicar eso a la patogenia de la enfermedad, ya que diversos factores van a determinar la aparición de una enfermedad. En el hombre, podríamos citar a la alimentación, el nivel socio – cultural, los estados emocionales, la atención de la familia, la visión que sobre la vida y la enfermedad tiene el paciente por sólo nombrar algunos. El hombre, visto bajo la óptica de un sistema vivo, entendiéndose por sistema, como el conjunto de estructuras que forman un todo de manera dinámica, se encuentra influenciado por factores internos y externos, presentando un comportamiento complejo y dinámico, difícil de predecir. Para explicar la complejidad del sistema, Maturana y Varela en 1984, propusieron el término de autopoiesis que aborda la organización de los sistemas vivos desde el punto de vista biológico. Posteriormente, el propio Maturana en 1997 precisa más en el término y lo define como la organización particular que identifica, caracteriza, manifiesta y determina la existencia de los sistemas vivos, así como sus interacciones e interrelaciones. Esta organización se conforma por una red cerrada de producciones moleculares en las cuales las moléculas producidas al interactuar generan o producen la misma red de producción molecular que les dió origen y así sucesivamente, esto determina que el sis-

tema se produzca por la interacción de sus componentes moleculares y no por una clase particular de moléculas, por tanto, los sistemas vivos tienen un flujo continuo de moléculas que intervienen en la red de producción que las origina, y a la vez son componentes dinámicos de esa misma red; es decir, que las operaciones del sistema se autoproducen permanentemente y actúan como una unidad en el espacio en que existen (Maturana, 1995).

Por tanto, el ser vivo, en este caso el hombre, es un sistema caótico, entendiéndose por caos el desorden y la interacción no azarosa de cada uno de los factores que forman un complejo. Los resultados que en ocasiones pudieran ser predecibles, en la mayoría de los casos entrañan un resultado impredecible. Este hecho, visto en el ámbito de salud – enfermedad, nos debe alertar en nuestro enfoque como agente activo en el equilibrio de este binomio salud – enfermedad, es decir, romper la tríada enfermedad – terapéutica farmacológica – salud, para convertirlo en una forma de pensar donde la multicausalidad esté asociada tanto a la patogenia de la enfermedad como en la terapéutica a emplear, formando entonces dos binomios que forman la base de un nuevo enfoque, más próximo al pensamiento filosófico moderno de la salud, multicausalidad – salud, multicausalidad – enfermedad (Passi, 1999).

Un ejemplo de cómo un nuevo enfoque rompe los esquemas establecidos en la praxis de la enfermería es la comprensión de un fenómeno que hoy se reconoce como caótico y que es el pulso radial, que desde tiempos inmemoriales se realiza tanto por el componente afectivo que involucra el tomar la mano del paciente o por lo que clínicamente significa su cuantificación (Trilla, 1998). Bajo la óptica de la computación y del tratamiento de los datos con programas matemáticos complejos, se ha demostrado que el latido cardíaco rítmico y periódico no lo es tanto y que estas variaciones de frecuencia que a la vez se traducen en un gasto cardíaco irregular incluso con el sujeto en reposo, están vinculadas a la aparición de muerte súbita u otras lesiones cardiovasculares. Esto plantea un nuevo reto a la concepción de lo que se conocía anteriormente. Hoy tenemos que, al hacer un estudio matemático de la periodicidad del ruido cardíaco, estos latidos se desfazan en el tiempo. Si todos los siste-

mas biológicos del hombre son complejos y tienen un comportamiento caótico, ¿es aplicable este estudio matemático a otros procesos fisiológicos y fisiopatológicos? La respuesta es sí, puesto que estudios realizados al comportamiento del flujo de sangre en los vasos sanguíneos y a la ramificación del árbol bronquial, demuestran que estos siguen un comportamiento caótico, y para su análisis se necesita del estudio fractal (Goldberger, Ringey, West, 1991).

Estudios fractales. Geometría Fractal

Como los objetos naturales tienen en común poseer formas irregulares interrumpidas, no uniformes y de carácter no lineal, no se pueden acomodar a las formas que normalmente se derivan de la Geometría Euclidiana, es por eso que Mandelbrot ha propuesto un hilo que conduce a la comprensión de la irregularidad de los objetos, que se ha designado con el nombre de Fractal o Fractales, que se refiere a dimensión fraccionaria. (Mandelbrot, 1997). El fractal se expresa como una fracción, no como un número complejo. Se ha dicho que la geometría fractal es la propia geometría de la naturaleza, como ha señalado James Gleick (Patiño, 2000).

Esto se debe entender como que los patrones típicos que conforman el conjunto se encuentran en escala descendente y sus partes son similares en cualquier escala al conjunto total. Para hacerlo más comprensible, como se ha señalado por algunos autores, se asemeja a un coliflor o a un brócoli, donde al cortar una de sus ramificaciones, esta es exactamente igual al (objeto) brócoli en su conjunto, esto es lo que significa fractal (Mandelbrot, 1996).

De todo lo anterior podemos concluir, que todos los hechos de la naturaleza, entre los cuales se encuentran eventos fisiológicos y fisiopatológicos, están formados por elementos que al unirse forman el todo y aplicar geometría fractal significa encontrar cada uno de los componentes del todo, analizarlos, estudiarlos y sacar conclusiones que permitan comprender mejor el fenómeno en estudio.

Predicción en la cama del paciente

Pacientes, familiares, personalidades del mundo, e incluso los medios de comunicación,

intentan que el personal de salud dé pronósticos con relación al futuro de la salud del paciente, este reclamo se basa en los cada vez más vertiginosos avances de la tecnología médica y en los estudios de la genética humana, pero a pesar del evidente desarrollo logrado por la ciencia actual y la tecnología, estamos aún lejos de satisfacer las demandas que nos impone la sociedad (Trilla, 1998).

Nos enfrentamos día a día a una forma de pensar reduccionista, donde creemos que la biología molecular explica cada uno de los fenómenos que le sucede al paciente. Si pensamos en hipertensión arterial, podemos basar su terapéutica en el eje de la línea de la angiotensina y aldosterona, suministrándole al paciente inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o bloqueadores de los receptores de la angiotensina II, el verlo de este modo, reduce la hipertensión a un solo fenómeno, ¿y es que la hipertensión arterial es producida únicamente por la acción de la angiotensina II? No, la hipertensión es una enfermedad multicausal; encontrar cada una de sus causas, entenderlas y ejercer acciones dirigidas a suprimirlas es ver a esa patología, no como una línea recta, sino como un fenómeno con entrantes y salientes; es decir, un fenómeno fractal (Lema, 2000).

La enfermera ante el nuevo paradigma

Como la ciencia desarrolló leyes y ecuaciones exactas, por regla general determinista, nos han enseñado a pensar que los fenómenos biológicos y en el caso que nos ocupa, las enfermedades, se van a regir por los lineamientos que marcan estas ecuaciones haciendo entender los fenómenos de la relación salud-enfermedad como lineales. De esta manera, hemos estructurado una forma de pensar donde la complejidad del cuerpo humano en su conjunto se llega a comprender conociendo el funcionamiento celular y molecular, de la misma manera como se explican los fenómenos en la física y la química clásica, pero se desecha el hecho de que en un sistema viviente; en este caso, el hombre, sus propiedades esenciales son las de un todo y no las de una parte, más aún, cuando esta última, aunque cumpla algunas propiedades fisiológicas iguales que el todo, no interactúa de manera tan compleja como lo hace el ser humano, ya que este está influenciado por los múltiples factores que

determinan el equilibrio de la salud, equilibrio que al romperse nos lleva a la enfermedad (Walsh, 2000).

Estamos entonces ante los umbrales de una nueva forma de pensar, donde la enfermera como personal de salud, debe tomar en cuenta la concepción del paciente bajo la óptica de la complejidad (Horgan, 1996), asumiendo el uso de la computación, no sólo como instrumento facilitador de su vida cotidiana o como parte de un equipamiento médico, sino más bien como una herramienta, que permita analizar cada uno de los factores complejos que engloba la frontera entre la salud y la enfermedad.

La definición propuesta por el Vicepresidente de la Academia Nacional de Medicina de Colombia considera la salud como un fractal y la define como un estado vital, dinámico y complejo, caracterizado por el adecuado funcionamiento interno y la relación armónica con un medio externo igualmente saludable (Mendoza, 1998).

Entender la salud como un sistema de alta complejidad, donde la salud de cada uno de sus sistemas, hace la salud del hombre, de la familia y por ende, de la sociedad, trae como consecuencia un cambio en la conducta del personal de enfermería en su rol como promotores de la salud, ya que no se limitarían al trato del paciente en su aspecto biológico sino que estarían conscientes de los múltiples factores que afectan el bienestar del paciente y buscarán aliviar no sólo los síntomas del enfermo, sino mejorar su entendimiento del proceso salud-enfermedad, respondiendo a la necesidad que se plantea en la actualidad, lo que contribuiría en gran manera a ampliar la perspectiva del personal de enfermería y mejoraría los servicios que presta a la población en general.

De todo lo dicho anteriormente, se desprende la alta complejidad que rodea la práctica asistencial del trabajador de salud y en particular de la enfermera, por los múltiples factores que influyen en las respuestas humanas en el proceso salud-enfermedad. Poner los conocimientos científicos actuales, en función de analizar cada uno de los fenómenos que conforman esta complejidad, colocan a la enfermera en condiciones de dar respuestas aplicadas que contribuyan a la toma de decisiones acertadas ante estos problemas.

BIBLIOGRAFÍA

- GOLDBERGER D, RINGEY, WEST B (1991). "Caos y fractales en la fisiología humana". Scientific American, Primera edición, 109-116, 1991.
- HORGAN J (1996). The End of Science. Broadway Books. New York.
- IERODIAKONOU K, VANDERBROUCKE JP (1993). Medicine as an stochastic art. Lancet, 341: 542-543.
- LEMA, FERNANDO. Editor (2000). Pensar la Ciencia. Los Desafíos éticos y políticos del conocimiento en la posmodernidad. Caracas. Colección Respuestas. Ediciones IESALC/UNESCO.
- MANDELBROT BB (1997). La Geometría Fractal de la Naturaleza. Tusquets Editores SA. Barcelona.
- MANDELBROT BB (1996). Los Objetos Fractales. Forma, azar y dimensión. Tusquets Editores SA. Barcelona.
- MENDOZA-VEGA J (1998). La Salud, un "fractal" abstracto. Bases para una propuesta de definición. Academia Nacional de Medicina de Colombia, (en proceso de publicación).
- PATIÑO JF (2000). Caos y complejidad: las ciencias del siglo XXI. Lecturas de Nutrición; 6 (3):35-42.
- PASSI G (1999). The chaos theory and medicine. Natl Med J India; 12 (3): 93-96.
- TRILLA, ANTONI (1998). The chaos and the medical prediction. Med Clin (Barc); 110: 619-620.
- WALSH M (2000). Chaos, complexity and nursing. Nurs Stand 2; 14 (32): 39-42.



ANÁLISIS DE LAS VIVENCIAS DE UN PACIENTE EN CUIDADOS INTENSIVOS DESDE LA PERSPECTIVA DE LA COMPLEJIDAD

M^a. del Carmen Solano Ruiz

D.U.E. Licenciada en Antropología Social y Cultural
Titular de Escuela Universitaria. Universidad de Alicante

José Siles González

DUE. Doctor en Historia. Licenciado en Pedagogía
Catedrático de Escuela Universitaria. Universidad de Alicante



ANALYSIS OF THE PATIENT'S EXPERIENCES WHILST IN AN INTENSIVE CARE UNIT FROM THE PERSPECTIVE OF COMPLEXITY

ABSTRACT

Multidimensionality makes human beings hypercomplex, dynamic and polyvalent. The current health professionals' perspective on the patient facilitates loss of his/her life experiences. Quality nursing care requires global knowledge of the patient. Knowing about the patient's experiences, memories and opinions becomes essential when he/she is admitted in an intensive care unit. The aim of this work is to demonstrate the pertinence of assumptions regarding the paradigm of complexity in holistic assess-

ment processes and analysis of life experiences of a patient whilst in intensive care.

Key words: chaos, complexity paradigm, care and complexity, intensive care, experiences

RESUMEN

La multidimensionalidad del ser humano hace de éste un ser hipercomplejo, dinámico y polivalente. La visión actual del sujeto por parte de los profesionales sanitarios, como objeto de conocimiento, favorece la pérdida de las experiencias vividas. La aplicación de unos cuidados de enfermería dotados de calidad requiere de un conocimiento global del paciente. El conocimiento de sus vivencias, memorias y opiniones se convierte en algo esencial cuando el paciente ingresa en una unidad de cuidados intensivos.

El objetivo de este trabajo consiste en demostrar la pertinencia de los presupuestos del paradigma de la complejidad en los procesos de valoración holística y análisis de las experiencias vividas por un paciente durante su estancia en la unidad de cuidados intensivos.

Palabras claves: caos, paradigma complejidad, cuidados y complejidad, cuidados intensivos, vivencias.

INTRODUCCIÓN

La multidimensionalidad del ser humano hace de éste un ser hipercomplejo, generalista, dinámico y polivalente. Diferentes autores (Morin 1990, Vilar 1997) han tratado de poner de manifiesto la necesidad de un paradigma que contemple la uni-

dad, la totalidad, la no divisibilidad del individuo evitando así las fragmentaciones culturales y microespecializaciones que van a dificultar el conocimiento del mismo y que a su vez sea flexible a los pequeños cambios.

Diferentes autores han tratado de definir el concepto de complejidad (Morin, 1990) de entre éstas, Sergio Vilar entiende por complejidad: " un fenómeno es el compuesto por una gran variedad de elementos que mantienen entre sí una gran variedad de relaciones, con interacciones lineales y no lineales, sincrónicas y diacrónicas, la evolución de cuyo conjunto es imprevisible, incluso cuando su auto-organización se orienta por acciones teleológicas, finalitarias".

De acuerdo con la definición propuesta por Vilar, se puede afirmar que el ser humano responde a los patrones de este paradigma. La gran variedad de elementos que lo componen, las interacciones tanto internas (a nivel celular) como externas (clima, alimentación, esfuerzo físico) a las que se ve sometido se mantienen de forma general a lo largo de los años. A pesar de que su evolución es imprevisible (como ocurre en el caso de la enfermedad) y que provocará la ruptura de la unidad produciendo el caos y el desorden (Cortés, 1997).

Sin embargo, la visión actual del sujeto dentro



del campo sanitario, como consecuencia de los avances tecnológicos en la medicina está cargada de un gran reduccionismo. El sujeto es visto como objeto de conocimiento, la experiencia vivida se convierte en objeto, descontextualizándola y vaciándola de subjetividad y sentido (Medina, 2003) Así mismo, los instrumentos utilizados para la obtención de datos mantienen ese reduccionismo.

La utilización de un instrumento adecuado como es la historia oral, permite el conocimiento global del paciente, la posibilidad de conocer el carácter subjetivo, personal e íntimo de sus memorias y opiniones, captando todas sus dimensiones, así como el significado y la interpretación que éste tiene con respecto a un acontecimiento (Siles, 1999).

Según Prigogine (Vilar, 1997) "no se puede comprender un sistema complejo más que refiriéndose a su historia y su transcurso". Así mismo Bohr afirma que: "Sólo la totalidad conduce a la claridad". El principio de globalidad propuesto por Vilar, señala: "El todo es inexplicable sin referirlo a las partes, del mismo modo que las partes son incompresibles sin relacionarlas en el todo".

Partiendo de los principios anteriormente enunciados para poder comprender el proceso actual por el que está atravesando la persona a estudio es imprescindible conocer su historia así como el desarrollo de la misma.

Desde el punto de vista de los cuidados de enfermería, el paradigma de la complejidad favorece una visión global y holística del individuo, evitando la relación lineal de causa efecto, el reduccionismo y la fragmentación y contemplando la influencia de factores psicosociales y culturales que pueden favorecer los desordenes. El conocimiento de este paradigma por parte de la enfermera puede ayudar al desarrollo de estrategias de adaptación para crear de nuevo el orden en el individuo. (Coppa, 1993).

Si el proceso de enfermar por sí sólo produce una ruptura del sistema, el ingreso en una institución hospitalaria y más en una unidad de cuidados intensivos produce en el sujeto una serie de desórdenes que han sido causa de estudios de numerosos trabajos (Allué, 1997; Cornock, 1998; Piera, 2002; Bernat, 2000; Malvárez, 2002; Siles, 2003)

El objetivo de este trabajo consiste en demos-

trar la pertinencia de los presupuestos del paradigma de la complejidad en los procesos de valoración holística y análisis de las experiencias vividas por un paciente durante su estancia en la unidad de cuidados intensivos.

Se parte de las siguientes hipótesis:

- La dinámica experiencial del ser humano se contempla de forma más global partiendo del paradigma de la complejidad.
- La historia de vida es un instrumento pertinente para la clarificación holística de las experiencias en el paradigma de la complejidad.

MATERIAL Y METODO

La metodología utilizada la podemos dividir en dos partes, fundamentalmente, por un lado la recopilación de información y por otro la elaboración del instrumento:

- Para recopilar información sobre la temática del trabajo se han revisado diferentes bases de datos (MEDLINE, CUIDEN, CUIDATGE Y CINAHL) que han proporcionado una visión generalizada y global acerca del paradigma de la complejidad.

- Para la elaboración del instrumento propuesto (historia de vida), en primer lugar se realizó la selección del posible candidato a estudio en función de la reciente estancia en una unidad de cuidados intensivos. Contactando posteriormente con él para obtener tanto su colaboración como su consentimiento en la utilización de los datos. En segundo lugar, se elaboró un diseño de acuerdo con el objetivo a estudio, confeccionado así un esquema claro y orientativo para no dejar olvidada ninguna cuestión relevante. Posteriormente se le facilitó de una copia del cuestionario para que le diera tiempo a reflexionar.

- Por último la entrevista se llevó a cabo en el domicilio de la persona a estudio, utilizando cintas de audio para la grabación de la misma. Se realizó durante dos días diferentes con la finalidad de no dilatar demasiado las sesiones y evitar el cansancio intelectual. Durante la primera sesión se obtuvo información acerca de los datos biográficos, socio-familiares y laborales. En la segunda sesión la información estuvo centrada sobre el proceso de la enfermedad, su estancia hospitalaria así como las

diferentes pruebas a las que se había sometido.

- Posteriormente y para la codificación de la información, se ha optado por elegir el sistema de agrupación de datos según necesidades humanas (Maslow, 1992) debido a su mayor flexibilidad y por ser una forma de categorización mucho más abierta que la mayoría de los sistemas de agrupación y organización de datos aportados por las teóricas de enfermería. La flexibilidad y el carácter abierto en el proceso de agrupación de datos es un requisito extremadamente pertinente si de lo que se trata es de considerar la interrelación —a veces caótica— de todos ellos en una realidad tan compleja como la del ser humano.

DESARROLLO DEL TEMA

1) AGRUPACIÓN DE DATOS RELATIVOS A NECESIDADES FISIOLÓGICAS

- La higiene es una de las necesidades que más ha repercutido en el resto de necesidades demostrándose de esta forma el carácter abierto del sistema de necesidades del ser humano: autoestima, autorrealización, seguridad protección.

- Autoestima: El paciente se siente vejado cuando le lavan sus partes íntimas mujeres desconocidas.

- Autorrealización: El paciente experimenta una dependencia extrema cuando algo que ha realizado de forma autónoma durante toda su vida y que constituye la frontera más meridiana de su intimidad es traspasada por mujeres, lo que constituye una ceremonia prácticamente tabú si se considera su bagaje experiencial en todo lo concerniente a la relación hombre-mujer.

La interrelación entre las diferentes necesidades está sujeta a un dinamismo que repercute, a su vez, en una continua reinterpretación de la importancia que tiene cada una de las necesidades según el momento y la situación. Así, se refiere al paciente a su problema con la higiene cuando se produce una variación fisiológica tal como la disminución del dolor y cómo esta alteración repercute en una nueva jerarquización de su proceso:

- (...) No te dejan ni asearte a ti solo, tus partes te las lavan como si fueras un bebé (---)

“(...) Al principio como estaba tan molesto con el dolor no le di demasiada importancia, pero los días siguientes, que me encontraba mejor, me daba

mucha vergüenza que las enfermeras me lavasen porque todo eran mujeres, sabes (...)"

• La alimentación es sin duda una de las necesidades fisiológicas más determinadas culturalmente y, por tanto, por el contexto experiencial del paciente, pero, aunque el sujeto esté acostumbrado a los más sofisticados platos y bebidas, también en la satisfacción de esta necesidad se podrá comprobar la influencia de su capacidad de adaptación. El paciente objeto sujeto de estudio ha vivido diferentes situaciones a lo largo de su vida que le han hecho pasar de situaciones de cierto esplendor culinario (la riqueza de la huerta) a momentos realmente difíciles plagados de estrecheces (guerra civil, emigración y cambios de ocupaciones). Lo más normal es que estas "pruebas" a las que le ha sometido la vida, le ayuden a adaptarse en cualquier contexto, incluido el hospitalario.... como efectivamente se puede comprobar por sus propias palabras:

"(---)la comida era muy suave y apenas casi sin sabor, parece que está todo deslavado, pero yo no soy remilgado, me como lo que me pongan(...)"

• La eliminación es otra de las necesidades colmada de influencias culturales y punto de encuentro o encrucijada de un vasto pliegue de interrelaciones entre las diferentes necesidades que constituyen el sistema del ser humano. Tal vez la intimidad y la autoestima sean dos de las necesidades más relacionadas con la eliminación, aunque, por supuesto, vinculadas también a otra necesidad de índole fisiológica como la capacidad de deambulación.

"(...) No te puedes levantar de la cama en ningún momento, tienes que hacerlo acostado en la cama, en la cuña y eso es muy difícil... la enfermera entra y te pregunta... oyes hablar a la gente que está en el pasillo (...)"

2) AGRUPACIÓN DE DATOS CONCERNIENTES CON LA SEGURIDAD-PROTECCIÓN

• Dolor, es interesante remarcar la importancia del dolor que el paciente le da a lo largo de su estancia en la unidad así como la relación que guarda este problema con el resto de necesidades como la higiene y la movilidad.

"(...) me dio el dolor fuerte fuerte y seguido me

dio dos o tres veces cuando me daban la pastilla se me aliviaba (...)"

"(...) Me acuerdo mucho de ese dolor tan fuerte, un dolor...(...)"

"(...) Al principio como estaba tan molesto con el dolor no le di demasiada importancia, pero los días siguientes, que me encontraba mejor, me daba mucha vergüenza que las enfermeras me lavasen porque todo eran mujeres, sabes (...)"

El dolor en el paciente produce un estado de entropía, de caos y desorden, produciendo un desequilibrio (Morin, 1999 Vilar, 1997) la aplicación de la medicación, la realización de determinadas pruebas como el electrocardiograma y el cateterismo van a producir una situación de neguentropía tratando la reorganización de la energía y la materia y estableciendo así ese lazo fundamental entre la vida y la muerte.

Según Prigogine, (Vilar, 1997) el sujeto durante el proceso del dolor se encuentra en una "bifurcación" que es definida como el punto crítico a partir del cual el nuevo estado llega a ser posible. Los puntos de inestabilidad en torno a los cuales una perturbación infinitesimal basta para determinar el régimen de funcionamiento macroscópico de un sistema, son puntos de bifurcación...en la proximidad de los puntos de bifurcación donde el sistema puede optar entre dos formas de funcionamiento y no se encuentra ni en una ni en la otra.

El desorden ocasionado por el dolor, si la enfermera comprende el proceso complejo puede ayudar al paciente a crear estrategias de adaptación para afrontar el proceso (Coppa, 1993).

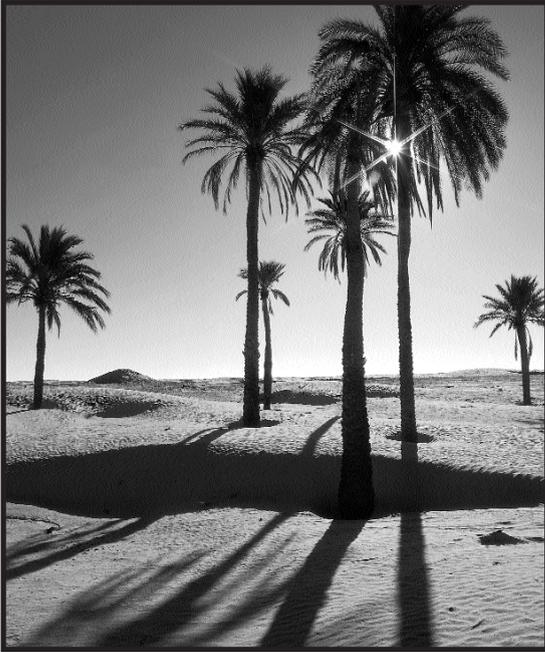
• Miedo y la confusión: aparece durante los momentos en los que el paciente es sometido a las diferentes pruebas, así como durante la etapa de bienestar y estabilidad

"(...)Yo tenía muchas ganas de que me hicieran la prueba pero no tenía miedo por que no sabía a lo que iba. (...)"

Morin establece una relación directa entre información y neguentropía; la falta de información al paciente que no sabe a lo que se va a someter hace que establezca un lazo de unión entre organización e información.

"(...) miedo parece que cuando uno está bien tiene más miedo que cuando está enfermo (...)"

Según Cortés, cuando el paciente se encuentra



en estabilidad tiene miedo al desorden a la inestabilidad, a la oscuridad y a lo desconocido.

- Sensación de muerte: Durante su infancia tuvo el primer contacto con la muerte que le supuso un trauma y posteriormente durante su estancia en la unidad aunque directamente no habla del concepto muerte si manifiesta la percepción de peligro.

“(…) Un día por la mañana cogí la bicicleta y me fui al campo y vi un grupo de gente, al acercarme había un hombre allí tirado en el suelo con sangre en la cabeza, me impresionó tanto que no quise ni mirar, yo nunca había visto un muerto en mi vida (...)”.

“(…) Cuando yo vi a tanto personal allí pensé que eso sería peligroso (...)”.

“(…) un cateterismo, ¿cómo? pues hay muchos que se han quedado allí (...)”.

Foucault habla del riesgo médico y lo define como el vínculo difícil de resolver entre los efectos positivos y negativos de la medicina. Concernía al individuo que podía morir en el momento que iba a ser curado.

El sujeto de estudio percibe riesgo médico cuando ve a su alrededor personal sanitario durante la técnica del cateterismo y además luego es confirmado por el compañero de la habitación.

- Inseguridad ante las pruebas médicas:

A pesar del progreso de la medicina y de los avances tecnológicos, el proceso individual acerca de la subjetividad de la enfermedad debe ser contemplado por encima de los instrumentos diagnósticos. Foucault afirma que la manera que siempre ha funcionado la medicina es a base de sus propios fracasos e inconveniencias y de que no existe un gran progreso médico de que no haya pagado el precio de las diversas consecuencias negativas. En el entorno de una institución cerrada el paciente es objeto de múltiples intervenciones donde el significado y la finalidad de las mismas no tienen una explicación puntual, aunque el paciente intuye la necesidad de todas y cada una de las pruebas que se le realizan, nadie le aclara los motivos -tal vez porque la acción es prioritaria respecto a la comunicación- de las pruebas que se le están realizando..

“(…) Me hizo un electro y no salía na (...)”.

“(…) Me dijo que no salía nada, yo le dije a mí me da fatiga yo tengo que tener algo (...)”.

“(…) Entre cuatro enfermeras me cogieron en volandas y me pusieron bajo el troquel, y entonces me pusieron unas lonas tapado tapado hasta la cabeza (...)”.

- Sensación de control: el paciente cuando ingresa en la unidad tiene un sentimiento contradictorio, descrito por Cortés, de rechazo aceptación, podría compararse tanto la unidad de cuidados intensivos como la hospitalización como algo "monstruoso". Lo monstruoso es rechazado socialmente pero a la vez, fascina, atrae e inquieta y es aceptado.

“(…) Está lleno de máquinas y cables que al principio te asustan un poco pero que después comprendes que todo eso es para que tú estés vigilado(...)”.

“(…) A los tres días de estar en la planta me dieron el alta y me fui a casa con una medicación, yo estaba contento pero a la vez preocupado pues el hecho de abandonar el hospital hace que parece que ya no lo van a tener controlado a uno (...)”.

El concepto de medicina terapéutica definido Foucault como aquella que se aplica para disminuir la sintomatología que producen las enfermedades, se evidencia en la siguiente frase: Durante el internamiento del paciente en la institución cerrada se produce una gran paradoja: el paciente

pasa del recelo y/o miedo a los aparatos y técnicas que le provocan dolor a experimentar cierta dependencia, de forma que cuando llega el momento de volver a la vida cotidiana renace el sentimiento de recelo (pero esta vez la causa está invertida). Tal vez porque el dispositivo tecnológico tiene también cierto poder de seducción debido al poder curativo que se le puede llegar a atribuir

“(...) cuando me daban la pastilla se me aliviaba (...)”.

Asimismo siguiendo con este autor, podríamos incluir el concepto de antimedicina como proceso de desmedicalización de la salud cuando el paciente percibe la atención por parte del personal sanitario.

“(...) Cuando llegué allí se "tiraron" todos a atenderme (...)”.

- Aislamiento:

“(...) me veían a través de un cristal (...)”.

“(...) Parecía que estaba dentro de una pecera (...)”.

“(...) Cuando salí de la uci y me fui a la planta tenía más compañía (...)”.

Incluso sin salir de la institución cerrada, el paciente llega a experimentar diferencias notables en su nivel de aislamiento, comunicación y, en suma, en toda la serie de interrelaciones que tienen que ver con su vida cotidiana: el paso de uno de los servicios más oclusivos dentro de la institución cerrada -UCI- a otro -una unidad de hospitalización- que le permite una mayor autonomía y capacidad de comunicación.

3) AGRUPACIÓN DE DATOS RELATIVOS A NECESIDADES AFECTIVAS-POSESIVAS

- Estructura familiar: importancia de la unidad familiar, el paciente hace referencia a la infancia donde se ha desarrollado con una estructura familiar que se mantiene a lo largo de los años, cuando era niño vivía con sus padres y hermanos, ahora vive con su esposa pero comparte la vivienda su hija, yerno y nietos. Remarca la importancia de la familia y los sentimientos hacia su mujer cuando se encuentra en estado crítico.

“(...) me fui con ganas de despedirme de mi mujer, de darle un beso, pero no lo hice por que yo me aflijo enseguida y hecho a llorar(...)”.

“(...) Allí fueron los vecinos a verme y mi fami-

lia, que me veían a través de un cristal, sólo pasaba mi mujer o mi hija un ratito (...)”.

- Sentimientos contradictorios: de nuevo se puede aplicar la paradoja de Cortés de rechazo-aceptación que aparece durante la estancia del paciente,

“(...) Cuando uno está ingresado no piensa uno en "na"(...)”.

“(...) Cuando estás allí ingresado como tienes tanto tiempo para pensar, los días se te hacen muy largos, las horas no pasan, a veces no sabes si es de día o de noche se te pasa por la cabeza de todo(...)”

El rechazo por parte del paciente, de la muerte le hace que no se despidiera de su mujer, pero por otro lado es consciente de la gravedad de la situación y quiere despedirse sin llegar a hacerlo.

“(...) me fui con ganas de despedirme de mi mujer, de darle un beso, pero no lo hice por que yo me aflijo enseguida y hecho a llorar (...)”.

- Relaciones personal sanitario, compañeros:

La teoría de interacción social de Maturana pone de manifiesto: " los seres vivientes conservan su correspondencia estructural con el medio mediante interacciones recurrentes (la conexión con los dominios del otro) que ocurren en el dominio de coordinaciones de acciones consensuales.

“(...) Había buena relación con las enfermeras, se portaban bien (...)”.

El compañero de la habitación puede ser visto como un ser "monstruoso", ya que según Cortés lo define como todos los individuos que amenazan la unidad de grupo social, la integridad del sistema individual o que se oponen a las estructuras que conforman la vida y estos seres son la antítesis de lo "normal"

“(...) Cuando llegué a Elche el compañero de la habitación me dice, que le han hecho a usted, y yo le digo un cateterismo, ¿cómo? pues hay muchos que se han quedado allí (...)”.

4) AGRUPACIÓN DE DATOS RELACIONADOS CON LA NECESIDAD DE AUTOESTIMA

- Intimidad en general y particularmente en la realización de determinadas pruebas, especialmente en la higiene.

“(...) Allí en la uci y en casi todos los sitios a los a los que vas, estás desnudo, como uno ya es

mayor todas estas cosas le dan mucho reparo. Para hacerte el electro te quitan la sábana de un repelón y ¡jala, como uno cuando llego al mundo!

(...) No te dejan ni asearte a ti solo, tus partes te las lavan como si fueras un bebé me daba mucha vergüenza que las enfermeras me lavasen porque todo eran mujeres, sabes(...)”.

• Pérdida de la identidad: la separación de elementos que, siendo materiales, constituyen el universo del paciente sobre todo cuando tienen un carácter marcadamente instrumental con respecto a la fisiología del mismo (dentaduras, gafas, prótesis auditivas, etc.). Esta separación, que en el caso del paciente objeto de estudio la constituyen las gafas, supone en el paciente una barrera cuyas consecuencias orbitan en torno a varias necesidades: puramente fisiológicas (visión), comunicación (no ver el entorno y las personas que se acercan a él), afectivas (no ve a la familia), seguridad (vive en la incertidumbre del puro presentimiento: no conoce quien le toca, le habla, se acerca o aleja de su cama)

“(---) Al segundo día de estar allí me dejaron ponerme las lentes, ya que uno sin las gafas no es nadie (...)”.

Para Freud y Caillois, (citado por Cortés, 1997) la angustia del hombre frente a un mundo determinado, se centra en cuatro elementos, del que podríamos destacar el siguiente en relación al tema: "la duplicidad del ser humano, la aparición del doble, la pérdida de la identidad y la despersonalización donde se diluye el control racional y emergen los instintos destructivos, metafóricamente vinculados a la forma animal".

5) AGRUPACIÓN DE DATOS RELATIVOS A LA AUTORREALIZACIÓN

• Trabajo: los diferentes trabajos a lo largo de su vida que el sujeto a estudio ha realizado

“(...) Mis padres tenían un bodegón (...)”.

“(...) trabajo en el campo (...)”.

“(...) vine con ellos a tirar barrenos. (...)”.

“(...) Encontré un trabajo en la RENFE al cuidado de las vías del tren. (...)”.

• Las situaciones socioeconómicas que ha atravesado pasando de un buen estado de bienestar a una situación muy precaria han hecho que el paciente tenga una gran capacidad de adaptación

que haya sido capaz de organizar los desordenes y volver a una situación de normalidad.

“(...) Se podía decir que vivíamos bien (...)”.

“(...) nos quedamos sin ni una peseta (...)”.

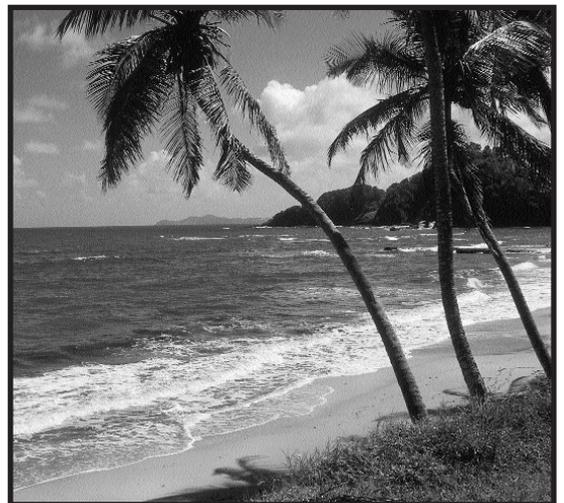
• Esperanza de curación

“(...)pero nada más que estás pendiente de que te vas a poner bien, la esperanza es que te vas a curar (...)”.

Según Morin, y partiendo de la Teoría de Sistemas, podemos entender al individuo como un sistema abierto, donde hay un desequilibrio, retomado o compensado de dinamismo estabilizado y que el sistema debe encontrarse su relación con el ambiente no sólo de dependencia, si no además constitutiva del sistema.

Algunos autores como Varela (citado por Vilar) y Maturana hablan de la capacidad de autopoiesis de cualquier ser vivo, como una totalidad que se auto produce o mejor se autocrea. Según Maturana, podríamos decir que el paciente experimente una autopoiesis de primer orden relacionado con su enfermedad y la regeneración celular que se produce durante este proceso, de segundo orden y de tercer orden relacionado con los acontecimientos sociolaborales vividos por el sujeto.

Así mismo, Chomsky (Morin, 1999) habla acerca de la creatividad como el fenómeno que marca todas las evoluciones biológicas de manera aún más novedosa que la evolución histórica, la cual está aún lejos de haber redescubierto todas las invenciones de la vida.



DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Después de analizar y desmenuzar el relato de las vivencias del paciente tanto en su vida como durante su hospitalización y estancia en la unidad de cuidados críticos se puede afirmar que el principal sentimiento que insiste durante toda la entrevista es el dolor.

El sentimiento de dolor le ocasiona un sufrimiento que es recordado continuamente por el paciente. Autores como Allué, han manifestado en su texto la importancia del mismo y el escaso interés por parte de los profesionales sanitarios con respecto al mismo.

La sensación de miedo en determinados momentos coincide con (Bengoechea 2001, Russell, Cornock 1998) siendo descrita por los diferentes autores como uno de los principales estresores percibidos por el paciente durante la estancia en la unidad.

Los sentimientos de asilamiento, incomunicación así como la falta de compañía han coincidido con los descritos por (Allue 1997, Bengoechea 2001, Rico 2002, Piera 2002).

En cuanto a la satisfacción de necesidades fisiológicas, el tema de la alimentación es tratado por Allué 1997, a diferencia del sujeto a estudio, la autora refiere que la alimentación era excesiva para sus demandas.

Russell 1999, Cornock 1998, Rubio 2002, coincide en afirmar en la incomodidad que ocasiona al paciente la inmovilidad física durante el proceso de su enfermedad.

La falta de intimidad, ha sido manifestada en los estudios de Russell, 1999; Allué, 1997 y Rico, 2002; manifestando como una sensación de retorno a la infancia y de humillación.

La seguridad producida por las máquinas y aparatos durante la estancia en la unidad, también ha sido descrita en la literatura, a la vez que se manifiesta el malestar por los ruidos ocasionados por los mismos. (Allué, 1997; Russell, 1999; Piera, 2002)

Una de las principales aportaciones de este trabajo estriba en la selección de un método biográfico -la historia de vida- que contribuye a valorar holísticamente el sistema de necesidades del paciente considerando la complejidad del ser humano al contemplar en todo momento el carácter subjetivo.

Otra de las aportaciones a considerar, ha radicado en la adopción de los presupuestos propios del paradigma de la complejidad, factor éste que ha resultado determinante en la valoración global de los fenómenos relacionados con las situaciones vida-salud.

CONCLUSIONES

- Prácticamente todas las necesidades se encuentran estrechamente interrelacionadas: autoestima con seguridad y autorrealización. A su vez todas las anteriores no pueden alcanzarse plenamente si no se hallan adecuadamente satisfechas las fisiológicas, etc.

- En consecuencia el proceso de categorización, versus parcelación, del sistema de necesidades del ser humano adolece de una artificiosidad que siendo necesaria repercute, sin embargo, en una visión reduccionista de ese complejo sistema que es el ser humano.

- El conocimiento del paciente necesita de la transdisciplinaridad con la finalidad de crear puentes de conocimiento que favorezcan una integración ampliada del saber, hacia el todo, aunque si tenemos en cuenta el teorema de la incompletud godelina cualquiera que sea el conjunto de datos, siempre nos faltará n informaciones sobre el fenómeno correspondiente y por tanto nuestras conclusiones serán incompletas.

- Si de lo que se trata es de valorar las situaciones vida-salud de los pacientes de forma holística –es decir, superando el reduccionismo propio de la microespecialización– es preciso desarrollar métodos y técnicas transdisciplinarias.

BIBLIOGRAFÍA

- ALLUÉ, M. (1997). Sobrevivir en la UCI. *Enfermería Intensiva*, 1 (8): 29-34.
- BENGOCHEA, M.B. (2001) Estudios sobre la comunicación paciente enfermera en cuidados intensivos. El estudio de las líneas de investigación predominantes y otras relevantes. *Enfermería Clínica*, 11 (6): 34-42.
- BERNAT, R; LÓPEZ, J; FONTSECA, J. (2000) Vivencias de los familiares del enfermo ingresado en la unidad de cuidados intensivos. Un estudio cualitativo. *En Enfermería Clínica*, 10 (1): 19-28.
- COPPA, D. (1993) Chaos Theory suggest a new paradigm for nursing science. *Journal of Advance Nursing*, 18: 985-991.

- CORNOCK, M. (1998) Stress and intensive care patient: perceptions of patients and nurses. *Journal Advances Nurses*, 27: 518-527.

- CORTÉS, J.M. (1997). *Orden y Caos*. Barcelona. Anagrama

- FOUCAULT, M. (1990) *La vida de los hombres infames*. Madrid: La piqueta ediciones,.

- GISBERT, J; CORREA, B. *La teoría de la auto-poesis y su aplicación en las ciencias sociales. El caso de la interacción social*. En <http://rehue.csociales.uchile.cl/publicaciones/moebio/12/frames02.htm>

- MALVÁREZ, S. (2002) Contexto de la practica centrada en los cuidados. *Mukltideterminación, crisis y complejidad*. *Enfermería Global*, 1: 2-5.

- MATURANA, H. R. (1990), "Science and Daily Life: The Ontology of Scientific Explanation", en W. Krohn, G. Koppers y H. Nowotny (eds.), *Selforganization: Portrait of a Scientific Revolution*, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, pp. 12-35.

- MATURANA, H. R. Y J. MPODOZIS (1992), "Origen de las especies por medio de la deriva natural", *Publicación ocasional*, núm. 46, 1992, Santiago de Chile, Museo Natural de Historia Natural.

- MATURANA, H. R. Y G. VERDEN-ZOLLER (1993), *Amor y juego, fundamentos olvidados de lo humano*, Santiago de Chile, Instituto de Terapia Cognitiva.

- MATURANA, H. R. (1995), "Biology of Self Consciousness", en G. Tranteur (ed.), *Consciousness: Distinction and Reflection*, Nápoles, Bibliopolis.

- MASLOW A.H. (1999) *El hombre autorrealizado*. Kairós. Barcelona

- MEDINA, J.L. (2003) ¿Qué formación para qué enfermería: del reduccionismo simplificante a los saberes complejos. *Complejidad y Enfermería*. Barcelona Alertes., introducción bloque tercero.

- MORIN, E. (1981). "Disorden and order" en *Ciencia con conciencia*. *Anthropos*. Editorial del hombre (dossier Internet)

- MORIN, E. (1990) *Epistemología de la complejidad*. "Introducción al pensamiento complejo". Barcelona: Gedisa.

- MURCIA, N; JARAMILLO L.J. (2001). *La complementariedad como posibilidad*. En la estructuración de diseños cualitativos. *Index Enfermería*.; X (35) 29-33.

- NEWMAN, M.A. (2002). *The Pattern that connects*. En *Complexity and context*. *Advances in Nursing Science*. 24 (3):1-7.

- PIERA, A. (2002). *La percepción de la soledad en la uci*. *Cultura de los cuidados*, VI (11): 12-17.

- PUJADAS, J.J. (1992). *El método biográfico, las historias de vida en ciencias sociales*. C.I.S. Madrid.

- RUBIO, L; AGUARÓN M.J; FERRATER, M; TODA, D. (2002) *Vivir la UCI: diferentes perspectives*.

Cultura de los Cuidados, VI (12): 55-66.

- RUSSELL, S. (1999). *An exploratory study of patients memories and experiences o fan intensive care unit*. *J. Advance Nursing* 27: 783-791.

- SANTAMARINA, C Y MARINAS, J.M (1994). *Historias de vida e historia oral*. En: Delgado, J.M y Gutierrez Jm. *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Síntesis. Madrid: 259-295.

- SILES, J. ET AL (2003) *Las diferencias culturales implicadas en el proceso de prácticas clínicas. Una aportación desde la antropología de la complejidad y el pensamiento crítico*. En: *Antropología Educativa aplicada a las Prácticas Clínicas de Enfermería*. Proyecto Redes, Instituto Ciencias de la Educación. Universidad de Alicante.

- SILES, J. (1999). *Historia de Enfermería*. Editorial Aguacilara.

- SKULTANS, V. (2000). *Narrative illness and the body*. *Anthropology and Medicine*, 7 (1): 5-13.

- STOCKDALE, M. & WARELOW, P. (2000) *Is the complexity of care a paradox?* *Journal of Advanced Nursing*, 31/5: 1258-1264.

- WATSON, S. (1991) *An analysis of concept of experience*. *Jornal of Advanced Nursing*. 16: 1117-1121.

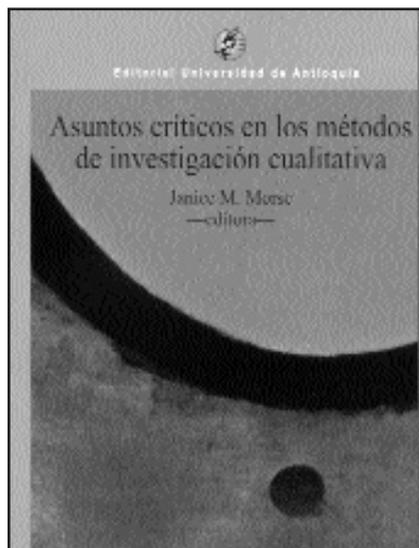
- SONEGO, B. (2003). *Los espacios curativos*. *Medicina Intensiva*, 19 (1): 26-32.

- VILAR. S. (1997) *La nueva racionalidad. Comprender la complejidad con métodos transdisciplinarios*. Barcelona: Kairós.



MISCELÁNEA

BIBLIOTECA COMENTADA



ASUNTOS CRÍTICOS EN LOS MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

Janice M. Morse, editora.

Ed. Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia

Universidad de Antioquia, Medellín (Colombia).

Reseña bibliográfica

Este libro ha sido realizado por 24 Enfermeras doctoras de varias Universidades de Estados Unidos, entre ellas la más conocida para todos es Madeleine Leininger.

Con el fin de que se puedan hacer una idea de la riqueza de este libro les voy a hacer un breve recorrido de los capítulos que aborda:

- Diálogo: sobre los orígenes: 1. La investigación cualitativa: ¿realidad o fantasía?

- Diálogo: sobre el aprendizaje de los métodos cualitativos. 2. Conocimiento abstracto: un caso a favor de la magia del método.

- Diálogo: más acerca de la teoría. 3. “Emerger de los datos”: los procesos cognitivos del análisis en la investigación cualitativa.

- Diálogo: la democracia de la interpretación. 4. La prueba está en la alfarería: hacia una poética de la investigación cualitativa.

- Diálogo: sobre la intervención derivada cualitativamente. 5. Dentro de la caja negra: asuntos teóricos y metodológicos en la realización de una investigación evaluativo con enfoque cualitativo.

- Diálogo: etnografía básica versus aplicada. 6. Criterios de evaluación y crítica de los estudios de investigación cualitativa.

- Diálogo: la buena fenomenología es... 7. La riqueza de la fenomenología: preocupaciones filosóficas, teóricas y metodológicas.

- Diálogo: aclaraciones sobre los métodos fenomenológicos. 8. Escuela de fenomenología: implicaciones para la investigación.

- Diálogo: sobre emic y etic. 9. Estilos de etnografía.

- Diálogo: ordenar los estilos. 10. Sobre la evaluación de las etnografías.

- Diálogo: más sobre resolver métodos. 11. Erosionar la teoría fundamentada.

- Diálogo: cuestiones sobre grupos focales. 12. El efecto del grupo en los grupos focales: planear, ejecutar e interpretar la investigación con grupos focales.

- Diálogo: el uso de datos grabados en vídeo. 13. El uso de grabaciones de vídeo en la investigación cualitativa.

- Diálogo: sobre la asesoría de tesis. 14. El análisis secundario en la investigación cualitativa: asuntos e implicaciones

- Diálogo: sobre la escritura. 15. Los métodos de investigación cualitativa desde el punto de vista del revisor.

- Diálogo: relaciones del investigador con el cliente. 16. La investigación y las entrevistas terapéuticas: una perspectiva postestructuralista.

- Diálogo: ser un extraño en el campo. 17. Equipos de investigación: posibilidades y defectos de la investigación cualitativa colaborativa.

- Diálogo: las políticas de escribir. 18. Asuntos éticos en la etnografía.

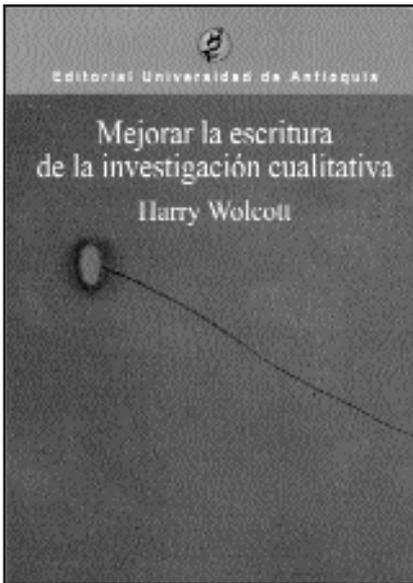
- Diálogo: ciencia desaliñada. 19. Promover la integridad académica en la investigación cualitativa.

Como acabamos de ver por el resumen de la tabla de materias, este libro nos aparece muy rico y estimulante tocando temas inherentes a la calidad de la investigación cualitativa. Los capítulos se inician con un diálogo común en el que los autores hacen preguntas y comentan el concepto que se presenta, de esta manera dan una sensación de la siempre presente controversia que estas opiniones suscitan.

Kit Chesla de la Universidad de S. Francisco nos dice “Creo que este libro es interesante, variado de gran calidad... Es un hecho que cada vez más enfermeras/os están haciendo investigación cualitativa y, mientras que el número y la calidad de las publicaciones de este tipo de investigación aumenta, hay escasez de discusiones de alto nivel en la bibliografía sobre temas relativos al proceso y los resultados de la investigación.

Reseñó: Luis Cibanal Juan

Profesor Titular E.U.E. Universidad de Alicante



MEJORAR LA ESCRITURA DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

Harry Wolcott. Ed. Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia
Universidad de Antioquia, Medellín (Colombia).

Reseña bibliográfica

El autor de este libro Harry Wolcott es profesor emérito del Departamento de Antropología en la Universidad de Oregon, en cuya Facultad de Educación también ha colaborado. Ha sido editor

invitado y editor en jefe de revistas profesionales de antropología, sociología y educación.

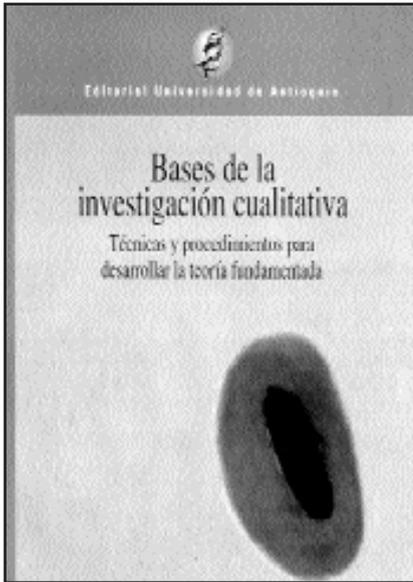
Harry Wolcott comienza la exploración de la investigación cualitativa en un punto donde la mayoría de los textos finalizan con el propio proceso de escritura.

La importancia de Mejorar la escritura de la investigación cualitativa reside en el tratamiento directo y cándido de los problemas de escritura que enfrentan los investigadores sociales, ya sean novatos o veteranos. Estos problemas, independientemente de su naturaleza, implican elecciones, ayudar a los autores a hacer buenas elecciones es de lo que trata este libro.

Este libro nos muestra cómo empezar, cuándo, dónde empezar cómo analizar e interpretar, cómo escoger y organizar los datos, la revisión de la literatura, las maneras de representar gráficamente los enfoques cualitativos. Cómo conceptuar los enfoques cualitativos como un árbol. Nos muestra también los métodos de recolección de datos así como el método o la teoría como narrativa. Así mismo cómo finalizar: el título, las páginas preliminares, el cuerpo del texto, las páginas finales, cómo lograr que te publiquen, etc. Pensamos que este manual es de suma utilidad para todos aquellos que nos dedicamos a la investigación cualitativa ya que nos ayuda a presentar de forma bien estructurada todo el trabajo llevado a cabo.

Reseñó: Luis Cibanal Juan

Profesor Titular E.U.E. Universidad de Alicante



BASES DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA DESARROLLAR LA TEORÍA FUNDAMENTADA

Anselm Strauss y Juliet Corbin
Editorial Universidad de Antioquia.

Reseña bibliográfica

Este libro está dirigido a investigadores de diversas disciplinas de las ciencias sociales y a profesionales interesados en construir teorías por medio del análisis de datos cualitativos.

Consigue dar respuesta a una serie de interrogantes relacionados con el análisis cualitativo, proporcionando el conocimiento y los procedimientos básicos necesarios para aquellas personas que están a punto de iniciar sus proyectos en investigación cualitativa.

Aquellos investigadores que buscan un tratamiento más a fondo de la manera de hacer y de enseñar análisis cualitativo también encontrarán este libro muy útil. El contenido del texto muestra un conjunto de herramientas para analizar datos cualitativos y está estructurado en tres partes principales que unen un total de diecisiete capítulos.

La parte I (capítulos del 1 al 4)) proporciona la información básica necesaria para embarcarse en este tipo de proyecto de investigación basado en la teoría fundamentada.

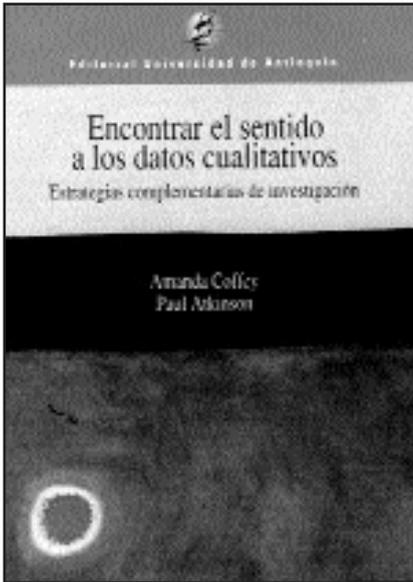
La parte II (capítulos del 5 al 14) presenta las técnicas y procedimientos analíticos específicos diseñados para la construcción de la teoría. Entre otros aspectos contempla: los recursos que los teóricos pueden usar para facilitar el análisis y mejorar el descubrimiento; técnicas de codificación abierta, procedimiento de muestreo.

La parte III (capítulos del 15 al 17) explora asuntos tales como, qué sigue una vez finalizado el análisis, como redactar las tesis y las monografías, qué criterios usar para evaluar el proceso de investigación. El capítulo 17 presenta las preguntas que más a menudo plantean los estudiantes con sus respectivas respuestas.

En definitiva constituye una guía que ilustra todos los pasos a seguir en la ejecución de la investigación, desde la pregunta de investigación, pasando por las diferentes maneras de codificación y análisis, hasta la forma de preparar el informe de investigación.

Presentando un poco la trayectoria de los autores, Juliet Corbin es doctora en Enfermería, instructora clínica en Enfermería de la Universidad Estatal de San José. Sus intereses docentes y de investigación, así como sus presentaciones y publicaciones se centran en las áreas de la metodología cualitativa, las enfermedades crónicas y la sociología del trabajo y de las profesiones. El autor Strauss, junto con Barney Glaser fue cofundador del método que se conoce como teoría fundamentada, ha escrito numerosos artículos y libros relacionados con la sociología de la salud y la enfermedad, el trabajo y las profesiones.

*Reseñó: Elena Ferrer Hernández
Profesora Asociada E.U.E.
Universidad de Alicante*



Sus autores Amanda y Atkinson son profesores de sociología en la School of Social and Administrative Studies, Universidad de Gales, Cardiff.

Amanda ha realizado investigaciones relacionadas con el género y educación para los profesores, la sociología del conocimiento de los expertos y la metodología cualitativa. Atkinson ha escrito varios libros sobre antropología social.

*Reseñó: Elena Ferrer Hernández
Profesora Asociada E.U.E.
Universidad de Alicante*

ENCONTRAR EL SENTIDO A LOS DATOS CUALITATIVOS. ESTRATEGIAS COMPLEMENTARIAS DE INVESTIGACIÓN

Amanda Coffey

Paul Atkinson

Editorial Universidad de Antioquia

Reseña bibliográfica

Los autores aportan al investigador cualitativo los diversos enfoques clave y complementarios del análisis de los datos cualitativos y algunos consejos sobre las maneras de analizarlos, animando al lector a explorarlos y disfrutarlos.

Un libro cercano a los problemas de los estudiantes que inician su andadura en la investigación.

Los autores resaltan la importancia de la diversidad analítica y señalan la variedad de estrategias analíticas.

El libro pretende a través de sus 8 capítulos explorar los datos a partir de una variedad de perspectivas, ya que es importante tomar decisiones informadas sobre la estrategia analítica que debe adoptarse en un proyecto particular.

El libro va dirigido a estudiantes de todas las disciplinas, que enfrentan el reto de encontrar el sentido a los datos derivados de los métodos cualitativos.

III JORNADAS INTERNACIONALES DE CULTURA DE LOS CUIDADOS

Y

30 th ANNUAL CONFERENCE OF THE TRANSCULTURAL NURSING SOCIETY

Alicante, ESPAÑA, 14, 15 y 16 de junio de 2004

“La influencia del género, la política y la economía en la Enfermería Transcultural y los cuidados a inmigrantes y grupos desfavorecidos”

OBJETIVOS

1. Debatir la incidencia del género en la educación, la investigación y la práctica en Enfermería Transcultural en el mundo.
2. Analizar la influencia de la política en los cuidados a inmigrantes y grupos desfavorecidos
3. Valorar la implicación de factores económicos en los cuidados a inmigrantes y grupos desfavorecidos.
4. Evaluar las repercusiones de las relaciones entre género, política y economía en Enfermería Transcultural y Cuidados de Salud.
5. Incorporar modelos y abordajes de Enfermería Transcultural que incluyan aspectos de género, política y economía respecto a los cuidados.

LUNES, 14 DE JUNIO DE 2004

10:00- 13:00 h. Recepción de asistentes, recogida de documentación y entrega de credenciales. Nuevas inscripciones.

17:00 h. Acto de Apertura.

18:00 h. Conferencia inaugural:

Dra. Dula Pacquiao. *Presidenta de la Sociedad de Enfermería Transcultural. Dra. en Enfermería.*

19:00 h. Actividades de la Sociedad de Enfermería Transcultural.

20:45 h. Salida de los autobuses desde el Hotel Meliá hacia el Castillo de Santa Bárbara.

21:00 h. Recepción a cargo del Excelentísimo Ayuntamiento de Alicante en el Castillo de Santa Bárbara.

MARTES, 15 DE JUNIO DE 2004

9:00 h. Mesa Redonda 1: “Incidencia del género en la educación, la investigación y la práctica en Enfermería Transcultural en el mundo”

Ponentes: Manuel Amezcua. *Presidente de la Fundación Index; Director de la Revista Index.*

Marilyn Douglas. *Editora en la Sociedad de Enfermería Transcultural.*

10:15 h. Pausa Café.

10:45 h. Comunicaciones.

12:00 h. Mesa Redonda 2: “Influencia de la política en los cuidados a inmigrantes y grupos desfavorecidos”.

Ponentes: M.^a Isabel Blázquez. *Investigadora Instituto Salud Carlos III.*

Rachel Spector. *Profesora Emérita Boston College; Dra. en Enfermería.*

13:30 h. Almuerzo de trabajo.

16:30 h. Mesa Redonda 3: “Implicación de factores económicos en los cuidados a inmigrantes y grupos desfavorecidos”.

Ponentes: Alberto Gálvez Toro. *Profesor de la Escuela Universitaria de Enfermería de Jaén.*

Larry Purnell. *Dr. en Enfermería.*

17:45 h. Pausa Café.

18:15 h. Comunicaciones.

20:00 h. Salida de autobuses hacia Elche.

20:30 h. Recepción a cargo del Excelentísimo Ayuntamiento de Elche. Ciudad declarada Patrimonio de la Humanidad por la UNESCO.

21:00 h. Presentación de próximas jornadas y entrega de premios Vida y Salud vídeo-narrativa.

MIÉRCOLES 16 DE JUNIO DE 2004

9:30 h. Mesa Redonda 4: “Repercusiones de las relaciones entre género, política y economía en Enfermería Transcultural y Cuidados de Salud”.

Ponentes: Antonio Galindo. *Profesor de la Escuela Universitaria de Enfermería de Extremadura; Doctor en Historia.*

Rich Zoucha. *Profesor Universidad Duquesne. Doctor en Enfermería.*

10:45 h. Pausa Café.

11:15 h. Comunicaciones.

12:30 h. Mesa Redonda 5: “Incorporación de modelos y abordajes de Enfermería Transcultural que incluyan aspectos de género, política y economía respecto a los cuidados”.

Ponentes: Carmen Chamizo Vega. *Licenciada en Enfermería; Pta. de la Asociación Asturiana de Historia de Enfermería.*

Ana Velandia. *Profesora Emérita Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería.*

13:30 Almuerzo de trabajo.

16:30 Conferencia -Clausura. A cargo de Madeleine Leininger.

Fundadora de la Sociedad de Enfermería Transcultural. Dra. en Enfermería.

17:45 Clausura y conclusiones.

INSCRIPCIONES

	ANTES DE 31/03/04	DESPUÉS DE 31/03/04
• Cuota de Inscripción	390 Euros	426 Euros
• Cuota miembros TCNS*:	294 Euros	330 Euros
• Cuota enfermeros/as colegiados/as españoles*:	210 Euros	246 Euros
• Cuota estudiante*:	90 Euros	126 Euros

**Se requiere acreditación.*

- La cuota de inscripción incluye:
- Entrega de documentación (carpeta congresista, identificadores, diplomas, etc...).
- Derecho de asistencia a todas las sesiones de las Jornadas.
- Pausas-café, almuerzos de trabajo, recepciones a cargo de los Ayuntamientos de Alicante y de Elche.
- Actividades post-encuentro (del 20 al 22 de junio):
 - Visita al Hospital General Universitario de Alicante (Asistencia Pública).
 - Visita a la Clínica Vistahermosa (Asistencia Privada).
 - Visita a un Centro de Salud con asistencia en Salud Mental (Asistencia Pública).

- Forma de pago:
- Transferencia bancaria a favor de Colegio Oficial de Enfermería - Encuentro Internacional. BANCA-JA: 2077 0482 1531 0055 2533
Enviar el justificante de pago por fax: 965 22 84 07.
- Pago mediante Tarjeta de Crédito. (Visa, Mastercard, American Express....)
A través de nuestra Web: www.enferalicante.org

**LUGAR DE CELEBRACIÓN: Hotel Meliá.
Playa de El Postiguet s/n. Alicante**

SECRETARÍA TÉCNICA

Colegio Oficial Enfermería de Alicante
Avda. Eusebio Sempere, 11-2ª Esc. 1º-1ª Pta.
Teléfonos: 965 12 36 22 - 965 12 13 72
Web: www.enferalicante.org
E- mail: formacion_alicante@cecova.org

MARTES, 15 DE JUNIO DE 2004

16:30 h. VI Reunión de Investigación Cualitativa en Salud.

Organizada por la Fundación Index.

Lema: Enfermería e Historia Oral

Esta reunión, convocada anualmente por la Fundación Index, pretende este año abordar un aspecto de la investigación cualitativa poco explorado hasta ahora en el ámbito de las ciencias de la salud: la importancia de la historia oral como generadora de conocimiento útil para profundizar en dimensiones socio-culturales e históricas de los cuidados.

La reunión constará de un seminario para abordar aspectos metodológicos sobre la historia oral y sus utilidades en el campo de la Enfermería, que se verá ilustrado con la presentación de diversas investigaciones donde la oralidad se contempla como eje del diseño metodológico. Finalmente, se realizará la presentación del proyecto "Archivo de la Memoria", patrocinado por la Fundación Index que tiene como objetivo el desarrollo de un fondo de relatos biográficos en torno a la Enfermería y a la práctica de los cuidados.

DATOS DE INTERÉS

PRESIDENTA DE HONOR: S. M. La Reina Dña. Sofía

Presidenta del Encuentro: Dula Pacquiao.
Presidenta de la Sociedad de Enfermería Transcultural.

Presidente del Comité Científico: José Siles González.
Presidente de la Asociación de Historia y Antropología de los Cuidados

Presidente del Comité Organizador: José Antonio Ávila Olivares.
Presidente del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana.



ENFERMERÍA
Y
CULTURA DE LOS CUIDADOS

Código de programa: 0102
 Dpto. coordinador: Enfermería
 Dptos. Responsables: Enfermería
 Director del programa: José Siles González
 Nº mínimo de alumnos: 10
 Nº máximo de alumnos: 25
 Áreas de conocimiento: Enfermería

Tribunal de suficiencia investigadora:

Presidente: Joaquín de Juan Herrero
 Suplente: Juan B. Martí Lloret

Vocal 1: Luis Cibanal Juan
 Suplente: Rosa Ferrer Diego

Vocal 2: José Siles González
 Suplente: Emilia Tonda Monllort

Criterios de admisión:

- A) Expediente académico: 45%
- B) Calificación en asignaturas de licenciatura correspondientes al área o perfil del programa: 25%
- C) Trabajos y seminarios realizados en relación al área o perfil del programa: 15%
- D) Universidad de la licenciatura: 15%

Presentación de solicitudes de admisión e información de horarios: Dpto. Enfermería
 Tfno: 965903518
 E-mail: MCarmen.Lancis@ua.es

PERIODO DE DOCENCIA

Código
Nombre del curso
Créditos
Op/Ob

Fundamentales -- MÍNIMO 15 CRÉDITOS

61568
CULTURA DE LOS CUIDADOS
 Prof. José Siles González
 3
 OB

61569
ENFERMERÍA TRANSCULTURAL Y EDUCACIÓN PARA EL DESARROLLO
 Prof. José Siles González
 Prof. Rachel Spector
 3
 OB

61570
ENFERMERÍA EN EL MARCO DE LA RELACIÓN DE AYUDA Y LA TEORÍA SISTÉMICA DE LOS CUIDADOS
 Prof. Luis Cibanal Juan
 3
 OB

61571
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL
 Prof. Luis Cibanal Juan
 Prof. Emilio Pol Yangües
 3
 OB

61572

LA ENFERMERÍA A TRAVES DE FUENTES ESCRITAS ORALES E ICONOGRÁFICAS; LOS CUIDADOS EN LA PRENSA ESCRITA, LA LITERATURA Y EL CINE

Prof. José Siles González

Prof. Francisco Herrera Rodríguez

Prof. Antonio García Martínez

3

OB

61575

LA ENFERMERÍA VALENCIANA EN LA EDAD MEDIA

Prof. Amparo Nogales Espert

3

OP

61581

ENVEJECIMIENTO BIOPSIICOSOCIAL Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Prof. Rosa Ferrer Diego

Prof. Joaquín de Juan Herrero

3

OP

Metodológicos

61574

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA Y METODOLÓGICA EN ENFERMERÍA

Prof. Miriam Boresteim

Prof. José Siles González

3

OP

61576

INVESTIGACIÓN CUALITATIVA E INNOVACIÓN EN EL CONTEXTO DE LA ENFERMERÍA COMUNITARIA

Prof. Carmen de la Cuesta Benjumea

3

OP

61577

FUENTES PARA LA APLICACIÓN CLÍNICA DE LOS DIAGNÓSTICOS DE**ENFERMERÍA**

Prof. José Siles González

Prof. Miriam S. Boresteim

Prof. Denisse Pires Pires

3

OP

61579

LOS CUIDADOS COMO INSTRUMENTO PARA ENVEJECER CON ÉXITO Y CALIDAD DE VIDA

Prof. Emilia Tonda Monllor

Prof. Alfonso Soler Gomis

3

OP

61425

TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN ANTROPOLÓGICA APLICADAS A ENFERMERÍA

Prof. Luis Cibanal Juan

3

OP

61423

ANTROPOLOGÍA EDUCATIVA DE LOS CUIDADOS

Prof. José Siles González

3

OP

Afines

61578

AVANCES Y REPRODUCCIÓN EN DESARROLLO HUMANO

Prof. Joaquín de Juan Herrero

Prof. M^a José Gómez Torres

Prof. Pedro Fernández Colom

Prof. Alberto Romeo Sarrió

3

OP

61582

CUIDADOS Y CULTURA PENITENCIARIA

Prof. Luis Cibanal Juan

Prof. Cristina Iñigo Barrio

3

OP

PERIODO DE INVESTIGACIÓN

Código

Nombre del curso

Créditos

Op/Ob

61573

**ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN Y
CUIDADOS BIOPSIICOSOCIALES**

Prof. Rosa Ferrer Diego

12

OP

61580

**CULTURA DE LOS CUIDADOS: CONTEX-
TUALIZADOS
HISTÓRICANTROPOLÓGICA, TEÓRICA,
METODOLÓGICA Y CLÍNICA DE LA
ENFERMERÍA**

Prof. José Siles González

Prof. Luis Cibanal Juan

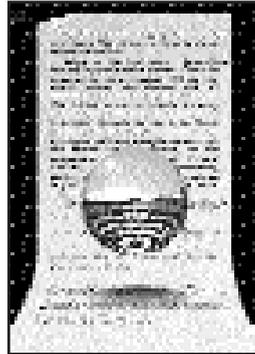
12

OP

XXI CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL
“El saber enfermero: un marco de acción”

1, 2, 3 Abril 2004

Palacio Euskalduna. Bilbao



VIII EDICIÓN DEL PREMIO "VIDA Y SALUD DE RELATOS"

BASES

1.-Podrán concurrir cuantos escritores lo deseen, aunque se reserva un premio especial para estudiantes y profesionales de enfermería.

2.-Los relatos deberán ser inéditos y escritos en castellano con una extensión mínima de tres folios y máxima de 10 mecanografiados a doble espacio en Din-A4 y por una sola cara.

3.-La temática deberá estar relacionada con aspectos que se deriven de estilos de vida saludable, relativa a situaciones reales o ficticias de salud-enfermedad o vinculadas con el mantenimiento y cuidado del medio ambiente.

4.-Se presentarán sin firma, original y tres copias, bajo sistema de plica. En el exterior del sobre que contenga los datos del autor (nombre teléfono y un breve currículum), se escribirá únicamente el título del relato y, en su caso, si el autor es profesional o estudiante de enfermería.

5.- La admisión de originales estará abierta hasta el 7 de Mayo de 2004

6.-El Jurado estará integrado por personalidades relevantes en los campos de los cuidados de salud y la narrativa y se dará a conocer durante el mes de Junio de 2004

7.-Se establecen las siguientes modalidades de galardones:

a) Premio Vida y salud (categoría absoluta): 750 Euros y placa acreditativa.

b) Premio Vida y salud (para estudiantes y profesionales de enfermería): 300 Euros y placa acreditativa.

8.-El fallo tendrá carácter inapelable y se dará a conocer en el transcurso de un acto que se celebrará a tal fin durante el mes de

Junio de 2004. El Jurado podrá declarar desierto el premio previa justificación de tal decisión.

9.-La propiedad de los relatos premiados queda reservada para la E.U. de Enfermería de la Universidad de Alicante, así como el derecho de publicación de los mismos.

10.-El Jurado se reserva derecho de declarar desierto el certamen si interpretara que las obras no alcanzan niveles de calidad requeridos.

11.-Los originales deberán remitirse a la siguiente dirección: VIII Premio Vida y Salud de Relatos, Universidad de Alicante. Escuela Universitaria de Enfermería, Campus de San Vicente del Raspeig, A.C. 99.E-03080. Alicante.

INFORMACIÓN
UNIVERSIDAD DE ALICANTE
E.U. DE ENFERMERÍA
San Vicente del Raspeig
Apartado correos, 99
03080 Alicante
Teléfono: 96-5903517



II PREMIO DE VIDEO “VIDA Y SALUD”

BASES

1. Podrán concurrir todos los autores que lo deseen, aunque se reserva un premio especial para estudiantes y profesionales de enfermería.

2. Los vídeos deberán ser inéditos y filmados en soporte “video” (VHS) con una duración mínima de 15 minutos y máxima de 55.

3. La temática deberá estar relacionada con aspectos que se deriven de estilos de vida saludable, relativa a situaciones reales o ficticias de salud-enfermedad o vinculadas con el mantenimiento y cuidado del medio ambiente.

4. Se presentarán firmados por el director en un documento que figuren, junto con sus datos (nombre, teléfono y un breve currículum), el título del corto, y si opta a la modalidad “absoluta” o a la profesional/estudiante de enfermería.

5. La admisión de vídeos estará abierta hasta el 7 de Mayo de 2004.

6. El jurado estará integrado por personalidades relevantes en los campos de los cuidados de salud y el cine.

7. Se establecen las siguientes modalidades de galardones:

a) Premio Vida y Salud de videos (categoría absoluta): 600 Euros y placa acreditativa.

b) Premio Vida y Salud de videos (para estudiantes y profesionales de enfermería): 300 Euros y placa acreditativa.

A las dos modalidades se podrán presentar tanto los videos que entren dentro del género ficción como los que tengan carácter documental

8. El fallo tendrá carácter inapelable y se dará a conocer en el transcurso de un acto que, en el marco de las III Jornadas Internacionales de Cultura de los Cuidados, se celebrará en Alicante durante el mes de Junio de 2004.

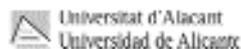
9. Los videos premiados quedarán en copropiedad del Departamento de Enfermería de la Universidad de Alicante (Seminario de Historia y Antropología de los Cuidados) y del Consejo Valenciano de Enfermería (CECOVA)-una copia para cada institución convocante) para su uso pedagógico y divulgativo de la imagen de todo lo concerniente a los cuidados de salud.

10. El Jurado se reserva el derecho de declarar desierto el certamen si interpretara que las obras no alcanzan niveles de calidad requeridos.

11. Los videos premiados y los finalistas serán exhibidos en los actos organizados por el Cine Club Florencia Nightingale.

12. Los videos deberán remitirse a la siguiente dirección:

II Premio de Videos “Vida y Salud”
Cine Club Florencia Nightingale
Universidad de Alicante.
E.U. de Enfermería.
Campus de San Vicente del Raspeig.
A.C. 99. E-03080 Alicante.



*E.U DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD DE ALICANTE
INFORMACIÓN:
ASOCIACIÓN DE HISTORIA Y ANTRPO-
LOGÍA DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS.
UNIVERSIDAD DE ALICANTE.
E.U. DE ENFERMERÍA
CAMPUS DE SAN VICENTE DEL RASPEIG
AP. CORREOS 99
E-03080 ALICANTE
TELF.:96-5903512*

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 subcripción: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)
C/ Xàvia, 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.: