

CULTURA DE LOS CUIDADOS

REVISTA DE ENFERMERIA Y HUMANIDADES

2.º Semestre 2004 • Año VIII - N.º 16

EDITORIAL

- Carta de Leininger

FENOMENOLOGÍA

- Magoamor y la farmacopea de Dios
- Soñar con agua

HISTORIA

- Tras las huellas de nuestros orígenes cuidadores
- Cuatro siglos de cuidados transculturales

ANTROPOLOGÍA

- ¿Es la psiquiatría reflejo social de la diversidad cultural?
- Sentirse mal "Así les tocó vivir": Las mujeres y su percepción de salud en México
- Influencia de la política en los cuidados a inmigrantes y grupos desfavorecidos
- Atención a la población en desplazamiento forzado interno en Colombia

TEORÍA Y MÉTODO

- Luces y sombras de la profesión Enfermería. Aportaciones de género
- Influencia de los factores transculturales en las necesidades y diagnósticos de enfermería de la población inmigrante. Estudio de casos

MISCELÁNEA

- Conclusiones "III Jornadas Internacionales de Cultura de los Cuidados y la 30th Annual Conference of the Transcultural Nursing Society"
- Biblioteca comentada



CONSEJO DE
ENFERMERÍA
DE LA COMUNIDAD
VALENCIANA

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



ASOCIACIÓN NACIONAL DE
HISTORIA Y ANTROPOLOGÍA
DE LOS CUIDADOS

SUMARIO

DIRECCIÓN	
José Siles 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 Esquimaldo (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 <i>ferrer_ele@gva.es</i>	
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	
Manuel Lillo Crespo	
David Molero Tolino	
Asunción Ors Montenegro	
Rosa Pérez-Cañaveras	
M ^a Mercedes Rizo Baeza	
Carmen Solano Ruiz	
Flores Vizcaya Moreno	
M ^a Teresa Ruiz Royo	
José Ramón Martínez Riera	
RELACIONES INTERNACIONALES	
Maribel Sanz Quintero	
M ^a José Muñoz Reig	
Adrián S. Morse	
<i>Cultura de los Cuidados. Revista socio-fundadora del Consejo de Editores de Revistas de Enfermería Iberoamericanas.</i>	
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://enfe.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	
<i>LA DIRECCIÓN DE LA REVISTA NO SE HACE RESPONSABLE DE LOS CONTENIDOS DE LOS ARTÍCULOS</i>	

NORMAS DE PUBLICACIÓN	4
EDITORIAL	
Carta de Leininger	5
LEININGER, MADELEINE	
FENOMENOLOGÍA	
Magoamor y la farmacopea de Dios	7
LOZANO QUIJADA, CARLOS	
Sñar con agua	12
CÁNOVAS ORTEGA, JUAN	
HISTORIA	
Tras las huellas de nuestros orígenes cuidadores	14
NUÑEZ DEL CASTILLO, MERCEDES; SILES GONZÁLEZ, JOSÉ	
Cuatro siglos de cuidados transculturales	20
RODRÍGUEZ PERALES, ROSA MARÍA; ARRIBAS MARÍN, JUAN MANUEL; GANTES SOTO, JOSÉ CARLOS	
ANTROPOLOGÍA	
¿Es la psiquiatría reflejo social de la diversidad cultural?	27
MOLINA ALEN, EVA	
Sentirse mal "Así les tocó vivir": Las mujeres y su percepción de salud en México	37
HERNÁNDEZ TEZOQUIPA, ISABEL; ARENAS MONREAL, L; VALDEZ SANTIAGO, R.	
Influencia de la política en los cuidados a inmigrantes y grupos desfavorecidos	41
BLÁZQUEZ RODRÍGUEZ, M ^a ISABEL	
Atención a la población en desplazamiento forzado interno en Colombia ..	47
VELANDIA MORA, ANA LUISA	
TEORÍA Y MÉTODO	
Luces y sombras de la profesión Enfermería. Aportaciones de género	52
NOGALES ESPERT, AMPARO; HERNÁNDEZ MARTÍN, FRANCISCA	
Influencia de los factores transculturales en las necesidades y diagnósticos de enfermería de la población inmigrante Estudio de casos	62
PALLARES MARTÍ, ÁNGELA; RIFA ROS, ROSA	
MISCELÁNEA	
Conclusiones "III jornadas Internacionales de Cultura de los Cuidados y la 30th Annual Conference of the Transcultural Nursing Society"	68
Biblioteca comentada	70

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.

EDITORIAL

*“That the cultural needs of the people
in the world may be met by nurses
prepared in transcultural nursing”
-Leininger*

Omaha, Nebraska
USA
June 13, 2004

Dear Transcultural Nursing Society Members and Friends,

I deeply regret that I am unable to be with you for the 30th Annual Transcultural Nursing Society Conference in Alicante, Spain on June 14-16, 2004. Please, be assured that I am truly with you in spirit and wish you a successful conference.

This is the first conference of the Transcultural Nursing Society that I have missed since launching it in 1974. So you must sense my deep regret not to be with all of you. Each year the meetings are great and a big means to be renewed in Transcultural Nursing. Everyone generally has a good time and the experiences tie them over until the next conference.

The historic, multicultural and beautiful town of Alicante is a wonderful place for the Transcultural Nursing Conference. Spain is known for its warmth and hospitality as shown by the special cultural events and places featured at this conference. I have no doubt that this will be long remembered by the participants. The theme of the conference fits Spain's sociocultural context and surely, there will be excellent papers and discussion. The Annual Conferences are always of great interest, an opportunity to renew old friendships and meet new nurses from diverse countries.

The discipline of Transcultural Nursing continues to grow worldwide with more nurses becoming proudly involved. What a blessing to have Transcultural Nursing firmly established as a field of study, research and practice. It is wonderful to

see changes occur in nursing and other health disciplines since the field was started in the early 1960s. Most of all, the consumers of Transcultural Nursing are at last benefiting from receiving culturally competent care and respect for who they are, and for what they do and value.

The discipline of Transcultural Nursing and its practice contribute greatly to today's health care.

Keep the spirit and the goals of Transcultural Nursing alive. Enjoy the convention and the kind hospitality of the nurses and people of Alicante as well as the beautiful country and city. My thoughts and good wishes are with you all. My hope and prayers for a very successful event.

*Most sincerely,
Madeleine Leininger
Founder, Transcultural Nursing Society*

Queridos compañeros,

Lamento profundamente no poder compartir con vosotros este acontecimiento en Alicante. Tened por seguro que os acompaño en espíritu y os deseo lo mejor para estos días.

Esta es la primera conferencia de la Transcultural Nursing Society a la que no asisto desde 1974; podéis imaginar mi pesar por no estar ahí. Cada vez la calidad de los encuentros ha ido a más, y la grata experiencia ha hecho que volviéramos a reunirnos año tras año.

La hermosa ciudad de Alicante, con su historia y multiculturalidad, es el lugar ideal para la celebración de este evento. España es famosa por su hospitalidad y calor humano, y no me cabe la menor duda de que estos días permanecerán en la memoria de todos. El tema de la conferencia se adapta perfectamente al contexto sociocultural español actual, y estoy segura de que las exposiciones y debates serán sumamente enriquecedores, además de proporcionar una oportunidad para retomar viejas amistades e iniciar otras nuevas con profesionales de todo el mundo.

La Enfermería Transcultural como disciplina continúa creciendo y cada vez son más las enfermeras implicadas en ella como campo de estudio, investigación y práctica asistencial. Es maravilloso apreciar los cambios acontecidos desde sus inicios en los años 60. Y lo más importante, los beneficiarios de la Enfermería Transcultural continúan recibiendo cuidados culturalmente competentes en respeto a su individualidad y a sus valores. Es la gran aportación de la Enfermería Transcultural al cuidado de la salud.

Es mi deseo que mantengáis vivo el espíritu de la Enfermería Transcultural, y que disfrutéis de este acontecimiento y de la hospitalidad de esta bella ciudad. Mi pensamiento y mis oraciones están con vosotros.

*Un saludo,
Madeleine Leininger
Fundadora de la Transcultural Nursing
Society*

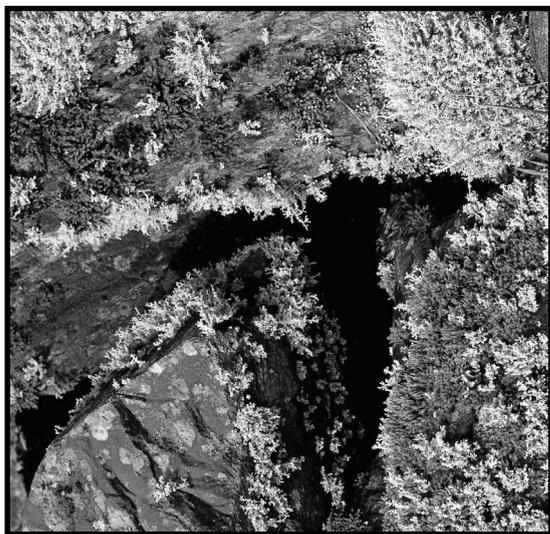
FENOMENOLOGÍA

“MAGOAMOR” Y LA FARMACOPEA DE DIOS

Carlos Lozano Quijada

*Ganador VIII edición Premios Vida-Salud modalidad
Profesionales-estudiantes de Enfermería*

LOVEWIZARD AND GOD'S PHARMACOPEIA



Los ojos grises de José, con unos párpados algo caídos, y las arrugas que el tiempo no le perdona, no consiguen apagar una mirada atenta y entusiasmada que dirige a su confidente. Los años de enfermero vividos le hacen disfrutar de una capacidad de implicación asombrosa en la escucha. Quizá sea ese el motivo de su posición corporal: sentado sobre una vieja silla acolchada, y echado hacia adelante apoyando sus antebrazos en sus enjutas piernas. Vestido de blanco, con unas cómodas zapatillas del mismo color, y gafas de metal plateado, José da la impresión de una persona seria y razonable. Su pelo algo largo pero bien peinado hacia atrás y al lado, se quedó en esa transición entre el negro y el blanco que la edad encarga. El bigote, característica suya desde antes que nadie lo conociese, muestra ahora las imperfecciones típicas de llevar un tiempo sin ser arreglado.

Son muchos los años escuchando y acompañando a personas encerradas en estas paredes, y todos los compañeros le identifican como un referente dentro de la institución. Trabajar en un Centro Psiquiátrico normalmente curte el alma transparente de cualquier persona, convirtiéndola en traslúcida, y a veces incluso en una opacidad propia de un muro. José sin embargo siempre ha superado esa barrera, y nunca ha impedido que lo hagan los demás.

José mira con la cabeza agachada sus manos fuertes y pálidas, que frota con ansiedad. La impaciencia por seguir escuchando a su paciente y confidente le delata. Sobre la cama, sentado en el mullido colchón se encuentra el que José denomina como “Magoamor”. Su nombre es Carlos y el mismo José le describe como una persona joven y fuerte. El pelo negro, bien cortado y peinado, refleja a una persona convenientemente preocupada por su aspecto. El rostro bien afeitado, una mandíbula marcada y una nariz recta y fuerte, acompañan a unos ojos negros que con su limpio brillo obligan a ser mirados fijamente. La seguridad que muestra contando sus experiencias, borran en el veterano enfermero cualquier atisbo de indiferencia ante unas historias que para él no son como ninguna de las anteriores. El aspecto elegante y pulcro de Carlos es lo que más sorprende a José; se pregunta cómo una persona como él ha podido caer en las confusiones del amor loco. Carlos apareció en el Centro hace tres días de manera inesperada. José es el único que habla con él y desde que llegó se ha sentado a diario durante horas en esa silla frente a la cama para escucharle. Este experimentado enfermero relata luego a sus compañeros que Carlos ha creado en su mente un amor tan perfecto

como irreal. Aún así, él mismo no ha sido capaz de intentar sacar del engaño a su paciente. José, dentro de su ética profesional se plantea dejar dentro de ese utópico mundo a una persona de la cual tiene serias dudas sobre su capacidad de ser feliz extrayéndolo de su maravilloso sueño. Las cuestiones que le abordan son cada vez más enfrentadas con el verdadero motivo de su presencia en esa sala tal y como él sabe: las conductas patológicas en este lugar deben ser tratadas, y finalmente arrolladas por la realidad. Parece ser que Carlos ha podido leer y reflexionar sobre pensamientos más allá de la filosofía convencional, y refiere que el enfrentamiento entre lo real y lo irreal hay que abordarlo desde su inicio. Pensando sobre algunos comentarios que sutilmente Carlos ha sabido dejar en el aire, José se da cuenta de que algunos de sus planteamientos más firmes pueden ser derrocados si nos abstraemos de la vida cotidiana y cómoda en la que nos sumimos. Tal vez haya que plantearse en que lado de la separación ilusoria de esos dos mundos de realidad nos encontramos. José leyó en una ocasión que Descartes planteaba la posibilidad de la existencia de un pequeño ser, un duende, que dirige toda su atención al engaño de nuestros sentidos. Ese duende travieso nos hace creer que todo aquello captado por nosotros es real, y sin embargo, él mismo pequeño ser se encarga de distorsionarlo. La confusión a la que nos puede llevar, solo es posible evitarla, según Descartes, elevándonos a un nivel superior a los sentidos, donde ellos no influyan, y donde la realidad se mostraría imperturbable. José reflexiona en silencio sobre todo ello en un paréntesis de la conversación recientemente comenzada. Por un instante siente agobio, todas estas cuestiones por momentos le desbordan. Decide alejarse temporalmente de esa meditación y con la voz rasgada por el tabaco que durante años ha fumado, pregunta a Carlos sobre aquello que más le gusta escuchar:

- ¿Puedes contarme de nuevo cómo es ella?

Las miradas fijas de ambos, los ojos grises sobre los brillantes negros, descubren que la importancia de todo ello se basa simplemente en la existencia de un dulce amor: María. José no es ajeno a que todo lo que su paciente cuenta sobre ella sólo existe en su mente. La psicosis esquizofrénica es una enfermedad que diluye la línea de

los sueños. La terapia dialéctica debe ir acompañada de un tratamiento farmacológico para que se pueda retornar a esa "realidad". Cuando las sustancias que rigen nuestro organismo (a las que este enfermero se refiere como "la farmacopea de Dios") se alteran inexplicablemente, tienen lugar estos trastornos mentales tan frecuentes entre esas paredes. Escapando por momentos de las normas en este tipo de actuaciones, José no puede evitar incentivar esa irreal verdad de sentimientos, dejando que la curiosidad dirija sus pretensiones en este diálogo. Carlos alza la vista hacia la ventana de la habitación deteniéndose antes ligeramente en el ilusionado rostro de José. Las rejas no son suficientes para retener una mirada libre al cielo inusitadamente gris en esta localidad. Su voz se funde con la mirada infinita y comienza a hablar:

- El primer día que la vi, el cielo estaba igual de gris. Yo me había sentado en un banco de un parque de las afueras y me mantenía ajeno a todo mí alrededor. La gente paseaba tranquilamente hasta que comenzaron a caer algunas gotas. En breves segundos no quedaba nadie andando por allí. Yo sin embargo me mantuve inmóvil, dejando caer las gotas sobre mi cara y deteniéndome en esa cosquilleante sensación. Cerré los ojos y me evadí de todo lo que superara aquel banco y aquella lluvia. En ese intenso momento de soledad fue cuando note al otro lado del asiento su presencia. Creo que antes de abrir los ojos ya sabía lo que iba a encontrar. Volví mi rostro y con la mirada alcancé en el otro extremo, sentada, a una chica que con los ojos cerrados se dejaba llevar por el suave recorrer de las gotas por su rostro. Su tez morena parecía tener una textura de terciopelo húmedo que me hubiera encantado acariciar, pero por supuesto me mantuve inmóvil contemplándola. No recuerdo bien cuanto tiempo pasamos allí mojándonos, pero me pareció algo maravilloso. Al rato abrió los preciosos ojos negros y me miró. Una dulce sonrisa esbozada con esos bien definidos labios rosados fue su único gesto de despedida antes de marcharse. Allí me quedé yo de nuevo solo, pero ya desde ese momento con la seguridad de haber encontrado el motivo de mí vida. Las tardes que siguieron regresé sin falta al mismo lugar y siempre que cerraba los ojos durante unos segundos, al abrirlos la encontraba allí. Desde el segundo día comenzamos

a hablar, sobre todo yo. Ella escuchaba atentamente todo lo que yo le contaba. La gente pasaba y nos miraba. Yo creo que era ella la que más llamaba la atención. Es difícil explicar que hay en ella que me fascine tanto. Su cuerpo parece estar hecho con todos los detalles que todo escultor hubiese querido atribuir a su obra. Su carácter siempre calmado me transmite una serenidad de la que nunca antes había gozado. Sus consejos son siempre a modo de pequeñas opiniones que siempre desvelan el lado razonable de las cosas. Una sonrisa suya es la muestra de la felicidad extrema que es capaz de contagiar a todo aquel que comparta un momento con ella. María es así de dulce y real y ahora os empeñáis en decirme que solo es obra de mi imaginación- finalizó con cierto ímpetu.

- Entiéndeme Carlos, yo solo quiero encontrar una explicación a esto que te ocurre y que nosotros no somos capaces de captar - dice José con voz de pena mirando el rostro de incompreensión de Carlos. Él sabe que el amor que relata su paciente no tiene los límites que el resto nos empeñamos en tener. Siente envidia de no haber podido él también, alcanzar ese estatus maravilloso de amor compartido. La soledad en la que vive fue trunca da en una ocasión por el amor, pero aquello acabó destrozando también su vida. El regocijo en la tristeza creada, es la única sensación que a diario le demuestra estar vivo. Ahora intenta apartar de él esa agotadora sensación.

- Todo el mundo busca en la vida lo que yo he encontrado -comienza explicando Carlos de nuevo- , cualquiera que como yo lo hubiese encontrado no dudaría que los sentimientos son la verdadera expresión de la vida. No me cuentes historias de qué debo hacer para ser feliz. Dime que seré más feliz sin ella, y tú mismo te darás cuenta de la incongruencia de tus palabras. Si pretendéis hacer el bien a las personas, no deberíais retener a alguien como yo. Si mi vida fuese una farsa no latiría mi corazón como lo hace cuando me encuentro a su lado. Ella lo es todo para mí, porque sin ella no siento, y siendo así, mi cuerpo, mi vida, no es nada. No me hables de lo que tú y tus colegas no veis, pues ni mis emociones, ni las de nadie, estarán nunca al alcance de vuestra vista. Tal vez haya en este mundo un hueco interno para cada uno, donde los sentimientos aborden la realidad de una

manera diferente. Es posible que tengamos un lugar donde podamos combinar el amor con la magia de los sueños. No me engañes, si lo piensas hay miles de cosas que todos vemos y sentimos y los demás no. ¿Cómo es posible que cada noche sueñes algo que inconscientemente tienes en tu cuerpo?; al día siguiente por mucho que quieras no podrás narrar con toda exactitud ese sueño, y además nadie lo habrá compartido contigo. ¿Cómo podrías demostrarme que has soñado lo que dices? ¿Cómo narrarías las magníficas sensaciones que produce la lluvia sobre tu rostro?; tal vez todo ello sea falso y tú sin embargo estés convencido de ello. ¿Quién marca en este mundo los límites de la realidad?, ¿los marcas tú, o te los marcan los demás?

José se queda callado durante unos segundos, apoya su espalda sobre el respaldo y alza la cabeza mirando el techo. Mil dudas le abordan, y no sabe como encontrar respuesta. Vuelve la cabeza hacia un lado y observa el falso cristal opaco de la puerta desde donde se suele vigilar a los enfermos. ¿Estará alguien observando ahora? José tiene la tentación de comenzar a contar a su paciente-confidente detalles de su propia vida. Las dudas que le abarcan van más allá de lo que nunca antes hubiera imaginado. Las explicaciones que inteligentemente estos días Carlos le da para explicar su situación siempre van directas hacia el foco de sus dudas más íntimas. Su paciente parece ir en el mismo sentido que sus pensamientos antes de comenzar esta conversación. José vuelve a recordar el duende que Descartes que tan ingeniosamente ideó. Quizá el mismo Carlos sea el antídoto para ese duende en forma de mago del amor. Al fin y al cabo -piensa- no son tan descabelladas las ideas que le cuenta. La habitación donde se encuentra con esa ventana al exterior, pudiera ser el verdadero margen actual de los íntimos sentimientos, y tras la puerta sólo se hallarían los límites impuestos por un pensamiento comunitario incapaz de superar las barreras.

La vista de José vuelve a detenerse en Carlos. Nunca antes había tenido un paciente con el que se implicara tanto. Un paciente que habla del amor como único fundamento de su vida, está siendo capaz de romper los cuadrículados sistemas de la ciencia que José, como todos, aprendió de pequeño. Los términos de la ciencia actual sobre la cual

asentamos nuestras vidas podrían ser tan irreales que solo la idea de pensarlo asuste. José mira el informe que sostiene en sus manos como un amara a su realidad. El historial de Carlos aparentemente repleto de anotaciones relata que alguien llamó a la policía contando que todos los días se sentaba en el mismo banco por las tardes y se pasaba horas hablando solo. Él en ningún momento mostró resistencia el día de su apresamiento y simplemente se limitó a decir a los policías que lo trajeron, que sabía que el amor que sentía no podía ser entendido por los demás. Cuando llegó, José fue el primero que fue a conversar con él. Una de las primeras cosas que Carlos le dijo fue “no te dejes engañar por tus ojos y tus oídos, déjate llevar por tus sentimientos”. La cascada de sensaciones que provocó esa simple frase le introdujo inconscientemente en un estado de reflexión constante sobre todo su alrededor. Luego en posteriores conversaciones como la de hoy, Carlos retoma las individuales elucubraciones de su terapeuta que él sabiamente ha propiciado en jornadas anteriores.

Los múltiples silencios evitan que cualquier frase sea dicha de manera impulsiva e irreflexiva. Por ello Carlos definitivamente decide lanzar sutilmente una escueta y arriesgada pregunta a José, sabedor de alcanzar directamente el fondo de sus pensamientos:

- ¿Hay algo que te gustaría contarme?

Con cualquier otro paciente, esta iniciativa por parte de él hubiera sido motivo para acabar la conversación por ese día. No hay que involucrar la vida del profesional sobre ningún paciente, pero en esta ocasión José está deseando contarle algo sobre si mismo. Vuelve la cabeza de nuevo hacia el cristal de la puerta y confía en que no haya nadie detrás.

- Bueno, yo la verdad es que vivo solo. Hace no mucho tiempo conocí a una mujer de la que me enamoré y la relación fue maravillosa hasta que ella un día decidió dejarme para no volver. Creo que sentí algo parecido a lo que tú me cuentas, pero en mi caso todo acabó mal, y mi corazón se resiente en cada latido. Yo ya no tengo edad para enamorarme y luego soportar el dolor del abandono. Cada noche al acostarme comienzo a imaginarla. Si cierro los ojos creo volverla a sentir y es entonces cuando el reflejo de la felicidad me ilu-

mina. Vivo de un destello en una vida anterior, un reflejo tan intenso que me confunde por momentos. Cuando estaba a mi lado, no había nada que no quisiese compartir con ella.

Las tardes de paseo a su lado fueron los momentos más fascinantes de mi austera vida. Cogerla de la mano y acariciarla, suponía sentirme amo y señor del mundo. Nunca antes me había sentido tan vivo como entonces. Nadie estuvo a mi lado para explicarme que aquello podía acabarse. Yo no podía imaginar que podía perderla; en mi cabeza no existía esa posibilidad pues algo tan intenso y bonito no dejaba espacio a la duda. Sin embargo, un día me encontré con el dolor de su abandono. Me dijo que no podía continuar conmigo porque no era capaz de corresponderme de la misma manera que yo. Yo no me lo creo, no puedo imaginar que el amor que yo sentí fuese inútil. No se pueden crear unos sentimientos tan perfectos en mi cuerpo si la perfección no existe también al otro lado. ¿De qué manera ilusoria pude yo crear en mí semejantes sensaciones? ¿Qué o quién puso en mi cabeza esa idea de amor platónico para luego robármela? Aún hoy no puedo creer que me sucediese aquello. No tengo familia, nunca he conservado a mis amigos, y la soledad ha sido lo único que cada día me ha esperado en casa. El trabajo siempre ha sido mi escapatoria, mi oasis de realidad, donde consigo relacionarme con la gente. Aquí consigo ayudar a mis pacientes, y me siento útil.

Otro silencio llena la habitación. José se ha dado cuenta que inconscientemente cuando él ayuda a sus pacientes, realmente se está tendiendo la mano a sí mismo. Carlos mira fijamente a su confidente, sonriendo pues él también se ha dado cuenta de ese detalle. - Todos somos pacientes pues todos necesitamos ayuda, y todos la buscamos en los demás- piensan ambos.

José comienza ahora a descansar de un íntimo peso, a pesar de que todas las estipuladas directrices hubieran rechazado liberarlo dentro de esas paredes. Ahora puede continuar hablando con Carlos a un mismo nivel. Las barreras se rompen para que en esta conversación los dos interlocutores obtengan beneficio. José decide seguir hablando de aquello que tanto le gusta relatar: su amor no correspondido pero ilimitadamente sentido. Carlos

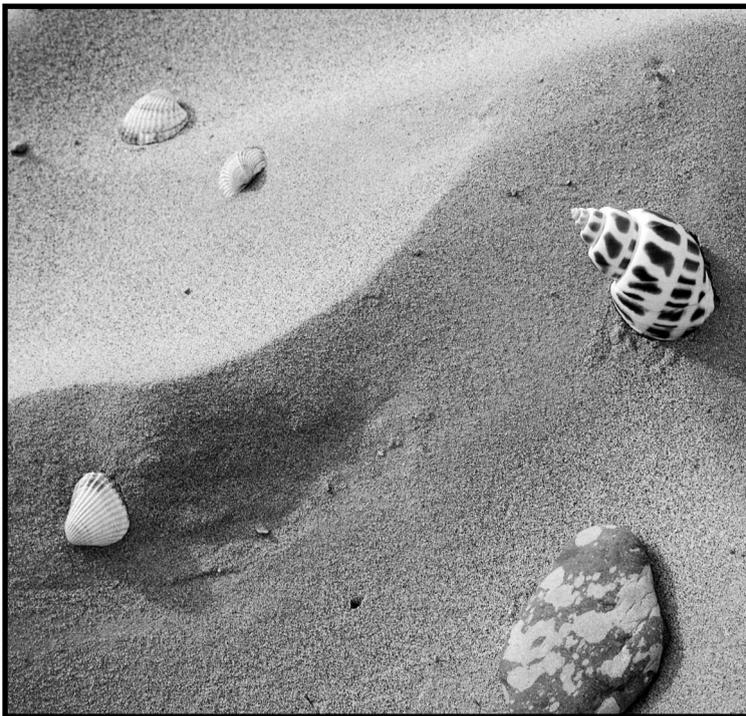
le escucha al tiempo que se gira para mirar por la ventana hacia un infinito lleno de posibilidades y José dirige su vista también hacia ese horizonte que trabado hasta el momento, parece finalmente abrirse ante él. Los comentarios sobre sentimientos de amor puros se confunden entre dos personas encontradas en un mundo real de sueños. La felicidad por la reciente liberación comienza a adueñarse del gris cuarto. José aprieta con sus manos el informe de Carlos, y finalmente lo deja caer sobre el viejo suelo de baldosa marrón.

Tras la puerta dos compañeros de José dialogan mientras observan el interior del cuarto por el velo de cristal.

- Dicen que lleva así varios días. Habla solo y no se da cuenta de que todo es fruto de su imaginación. Su casa está llena de libros que parece haber leído. Libros de amor, filosofía, ciencia... - dice uno de ellos.

- Parece ser que todo comenzó cuando le ocurrió aquello con esa chica -comenta el otro con una mirada triste al interior-, y yo la verdad es que todavía no puedo creérmelo; ha creado en su mente un ser a su medida sobre el que refleja la explicación y respuesta a todos sus temores y pasiones. Un ser que siente tal y como a él le hubiese gustado sentir.

Los folios blancos e inmaculados que yacen sobre el suelo muestran la realidad de una habitación que sólo acoge dentro de sí a un veterano enfermero que cruzando todos los límites, ha pasado sin saberlo a ser paciente. El amor y la soledad se funden en él para crear un mundo adecuado a su verdad, un mundo donde el amigo que los demás no ven, el "Magoamor", le guía desde la amistad.



“SOÑAR CON AGUA”

Juan Cánovas Ortega

Ganador del VIII Premio Vida-Salud modalidad Absoluta

DREAMING ABOUT WATER

"A mi madre, Carmen, todavía con VIDA y SALUD suficientes para seguir soñando con agua"

Mi madre dice que sueña con agua y a mí se me añica el alma y se me hiela el hálito cuando me lo cuenta, o cuando se sumerge en el inquieto y servil duermevela que le proporcionan los sedantes y me la imagino transitando por ese sueño líquido de manantiales privados y recónditos.

Supongo que algún freudiano trasnochado deduciría del húmedo simbolismo de esos sueños indicios subyacentes de una libido maltrecha. Los oráculos decodificadores de lo onírico proclamarían sus supercheros desatinos. Toda esa recua marrullera de apollillados nostradamus y mercachifles esotéricos de nuevo cuño entraría en telecir-cense trance y arriesgaría las más peregrinas interpretaciones al respecto. Pero ninguno acertaría.

Mi madre sueña con agua no porque le sobrevenga una suerte de inspiración poética en fase rem, ni porque sea publicista creativa de alguna marca de agua mineromedicinal pongamos por caso, ni porque le desvaríe el magín y se crea Noé redivivo y le haya dado ahora por tener visiones proféticas y apocalípticas de diluvios u otros desastres tan acuosos como universales.

La explicación es mucho más terrible y sencilla.

Mi madre sueña con agua por la misma razón que otros soñamos con Angelina Jolie o con Brad Pitt según las preferencias anatómicas de cada cual o con un millón de euros en el banco o un chalecito en la playa o un pleno al quince en la próxima quiniela. Mi madre sueña con agua porque el agua es algo que le ha sido vetado para siempre por el infortunio.

Hace siete meses que ingresó en una unidad de cuidados intensivos aquejada de una gravísima neumonía, con los pulmones encharcados y el estertor de la muerte pugnando por hacerse audible

en su postrero fragor. Hace ya siete meses que anda flirteando con Caronte y arrastrando su mala salud de hierro por los diferentes pabellones del hospital. Hace siete meses que mi madre no puede beber agua y sueña con ella.

Aseguran los médicos que, a causa de un cuadro patológico cuyos entresijos diagnósticos e intrincados pronósticos se me escapan, no podrá ingerir nunca más alimento ni bebida por la boca porque tiene la glotis en huelga indefinida de válvulas caídas y pasan por allí las degluciones como Pedro por su tráquea hacia el pulmón sin ningún tipo de cortapisa o control de aduana.

Así que, para nutrirla e hidratarla como es debido sin naufragarle de forma irremisible los pulmones, no ha habido más remedio que hacerle una prospección en el estómago e instalarle en el centro del abdomen una garganta artificial muy fina, muy aséptica y muy plastificada, rematada en taponcito rojo para su profiláctica oclusión, a través de la cual las enfermeras le jeringan las papillas dietéticas, los medicamentos, los protectores gástricos y los líquidos que precisa. A esta intervención quirúrgica la llaman gastrostomía, pero no es verdad que lo sea. Quiero decir que no es cierto que sea “mía”, ni nuestra, ni de nadie más que de ella esta “grastrostosuya” que ni tan siquiera es suya sino prestada e impuesta. Nosotros, los demás, seguimos trasegando el agua, la cerveza, el vino con gaseosa y hasta los actimeles de por la mañana como si tal cosa, y atiborrándonos de fabada y de embutidos y de arroces como solíamos y es del todo habitual en los humanos: engulléndolos garganta abajo.

Pero a mi madre se le ha instalado una sequía pertinaz en el gáznate que no tiene solución, una sed perenne que también es de justicia pero que no lleva asociada bienaventuranza alguna. Así que va con su minúsculo sahara cuello adentro y se conforma con hacer enjuagues en la boca como pobrísimo remedo de los tragos que añora.

Le han propuesto ir variando las texturas y sabores de los colutorios para estimular la devastada memoria de sus papilas gustativas y así hace centrifugados bucales con manzanilla, leche, zumos y por supuesto con agua, aderezada a veces con un líquido color fucsia que según dicen protege las encías. Y a ella que sus encías le traen al paio, que se daría con un canto en los pocos dientes que aún le sobreviven en la boca por un simple sorbo de agua y cuando digo de agua quiero decir de agua y no de bebida isotónica, ni de dry martini, ni de mate argentino, café colombiano o vodka ruso, no un lingotazo de güisqui o un sorbito del champán que cantábamos en los guateques de los años setenta; qué no daría mi madre por un simple sorbo de agua, de simple y llana agua, de ese fecundo líquido que preña cirros, cúmulos y nimbos como nos enseñaron que se llamaban las nubes en el colegio y que habita la lluvia y las lágrimas y los mares y las fuentes y el sudor y los ríos y las gotas de rocío y la nieve y la escarcha y la saliva que mi madre a duras penas consigue ahora engullir, un sorbo lento y agónico de ese agua incolora, inodora e insípida que para ella sería agua bendita y le sabría a maná caído del cielo y a ambrosía.

Mi madre sueña con agua y para su cumpleaños expresó su deseo de que le regaláramos cualquier tipo de material gráfico donde ella pudiera visionar al líquido elemento metamorfoseado en sus más variopintas facetas y prodigios. Así que le obsequiamos con un libro sobre el agua y ella lo hojea en el hospital de tanto en tanto y se le hace la boca precisamente agua cuando contempla ávida esas instantáneas de cataratas imposibles, de lagos y manantiales de ensueño, de riachuelos plácidos y esteparios que no parecen envidiar la suerte de caudales de mayor enjundia, de arroyos y aguaceros, de deshielos primaverales y de líquidas y acrobáticas piruetas fluviales sorteando páramos y guijarros, de lluvias a mares y de mares de lluvias, y se queda absorta y muy pensativa y al final, de tanta agua como le entra por la vista siempre acaba por asomársele a los ojos en un reguero de mineral nostalgia que le busca la boca.

Dice mi madre que está hasta el gollete de tenerlo tan yermo y que no le importaría trasegar un litro entero de agua de un tirón y abandonarse a ese suicida, postrimero y largo trago mientras se le sumergen los pulmones como atlántidas y esa riada

fresca le alivia la aridez de la garganta, una eutanasia líquida, una apnea sin retorno, hidroterapia terminal, el mejor plan de regadío para irse a criar malvas, el agua como ponzoña sin antídoto, como inyección letal irreversible. Y yo la entiendo, porque está con el agua al cuello por no poder estarlo. Y entiendo que cuando damos un paseo por los jardines del hospital se le vayan los ojos y la silla de ruedas hacia las fuentes de agua clorada que los demás solemos desdeñar y hasta que quiera zambullirse en el pequeño estanque y quedarse allí flotando el resto de su muerte como nenúfar sempiterno y bellissimo.

Agua que no has de beber déjala correr, aconseja el refranero. Y eso hace mi madre con el agua que ya no ha de beber, la deja correr por otras bocas que nunca son la suya, otras gargantas, por grifos y caños, por surtidores, litros y litros de agua corriendo por subterráneos e insondables acufferos, por torrenteras, por marismas y profundidades abisales, por las calles en tropel los días de lluvia, cielo abajo, mar arriba, y la deja correr hacia sí misma a través de la sonda que le cuelga del estómago como una sofisticada pajita de sorber granizados y horchatas, deja correr hacia su cuerpo esa agua de borrajas, invasora y bastarda que a pesar de todo la hidrata y la mantiene viva, como si no fuera con ella, la absorbe pero no la bebe, se la inyectan pero no la paladea, se la administran pero ya nunca más le sacia, y deja correr también por mi memoria toda la tristeza empantanada de estos siete largos meses de hospital tan poco hospitalarios, tan ferozmente inhóspitos, el agua roja de las transfusiones, el agua de los sueros y antibióticos, del orín empapado en los pañales, el chirimirí de los nebulizadores bronquiales, el sudor perlado y doliente de mi madre febril y sedienta, de mi madre hambrienta de agua, de esa misma agua cuya voz aprendemos a balbucear al poco tiempo de nacer, de esa pócima primigenia donde cuentan que se fraguó la alquimia de esto que llamamos vida, de ese fluido que amenaza ahora con arrebatarle la suya al mínimo descuido.

Y la deja correr a través de sus sueños.

HISTORIA

TRAS LAS HUELLAS DE NUESTROS ORÍGENES CUIDADORES

Mercedes Núñez del Castillo*

Dr. José Siles González**

**Enfermera, Antropóloga, Profesora del Departamento de Enfermería de la Universidad de Alicante.*

***Catedrático del Departamento de Enfermería de la Universidad de Alicante.*



AFTER THE PRINTS OF OUR CARING ORIGINS

ABSTRACT

The aim of this work is to demonstrate that iconography becomes a source for nursing history. A descriptive, retrospective, comparative, ethnographic historical study was carried out.

The iconographic material used corresponds to cave paintings from the Valencian County, declared world's heritage.

In order to potentiate the hermeneutical process from a nursing perspective, the Henderson's needs system categorisation has been used.

The main conclusion of this study is the demonstration of the pertinence of iconography when it comes to developing historical knowledge of nursing.

Key words: Nursing history, nursing care, anthropology of care, iconography, Henderson needs.

RESUMEN

El objetivo de este estudio, es demostrar que la iconografía constituye una fuente para la historia de la enfermería. Se ha pretendido alcanzar este objetivo realizando un estudio descriptivo, retrospectivo, comparativo, histórico etnográfico.

El material iconográfico utilizado corresponde a las pinturas rupestres que se encuentran en los abrigo y cuevas de la Comunidad Valenciana, declarados patrimonio de la humanidad.

Para potenciar el proceso hermenéutico desde la perspectiva de enfermería se ha empleado la categorización del sistema de necesidades de Henderson.

La conclusión principal de este estudio, es demostrar la pertinencia de la iconografía para desarrollar el conocimiento histórico de la enfermería.

Palabras clave: Historia de la enfermería, cuidados enfermeros, antropología de los cuidados, iconografía, necesidades de Henderson.

INTRODUCCIÓN

Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo histórico-etnográfico de los cuidados de enfermería, analizado desde la perspectiva de las necesidades básicas de Virginia Henderson, utilizando como fuente la iconografía.

Alberdi (1983) define la enfermería como: "... una disciplina tan antigua como el propio hombre, dado que tiene que ver con todos aquellos elementos y factores materiales y humanos que convergen en una actividad innata y esencial en el ser humano. Y Siles (1999), la define como el cuidado del individuo, el grupo y la comunidad...".

Henderson, en su definición sobre Enfermería hace hincapié en el cuidado, tanto de los individuos enfermos como sanos, al paciente con actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o lograr una muerte tranquila.

La independencia del paciente es un criterio importante para la salud, hasta el punto que en sus escritos equipara salud con independencia, e identifica 14 necesidades básicas que son los componentes del cuidado enfermero.

También Collier (1997), estudiosa de la materia dice que "los cuidados son un conjunto de actos de vida, habituales y cotidianos, que tienen por objeto permitir que esta continúe y se desarrolle".

En las comunidades prehistóricas las responsabilidades femeninas estaban relacionadas con la fecundidad, Hernández (1999), y Siles (1998), afirman que las principales responsabilidades femeninas eran satisfacer los recursos cruciales como el mantenimiento de la salud, atención a los partos y cuidado de la prole, siendo todos ellos cuidados de supervivencia, "... la mujer cuidadora se va a ocupar de los cuidados desde la cotidianeidad.." Siles (1998). Asegurando través de la conservación y el aprendizaje la continuidad de la especie y de la vida. De este modo, Hernández (1999), "... el saber empírico se va configurando mediante la praxis de las "tareas asignadas", se establece "el valor social" de los cuidados de supervivencia proporcionados por las mujeres en las primeras comunidades prehistóricas...", pero además "... los ritos pueden ser considerados antecedentes de los actuales procedimientos en cuidados en salud, estructurando actos ceremoniales" como se puede interpretar en el conjunto iconográfico.

El área de estudio se centra en la Comunidad Valenciana, ya que ha sido fundamental en nuestra cultura y en nuestra historia, el arte rupestre levantino es una manifestación única que corresponde a una sociedad prehistórica que habitó las principales sierras y paisajes montañosos del arco Mediterráneo de la Península Ibérica, es un arte al aire libre, ubicado en abrigos rocosos y acantilados, se da en un paisaje escasamente alterado donde se complementa la creación de la naturaleza y la creación del hombre, de esta forma se reflejan los modos tradicionales de utilización de este territorio, evidenciándose las relaciones sociales desde hace milenios y que se mantienen casi un millón de kilómetros de longitud.

El arte macroesquemático, contestano o lineal figurativo, se descubrió en Pla de Petracos, de cronología prelevantina, neolítico antiguo, y se relaciona con las primeras comunidades agrícolas y ganaderas de la comunidad, las figuras suelen ser de gran tamaño y generalmente gruesos los elementos que lo forman. El tema central, es la figura humana, con los brazos elevados, en posición de orante, que adquiere carácter de ídolo, parece ser exclusivo de la provincia de Alicante.

El arte macroesquemático es la prueba más evidente de la nueva religiosidad neolítica ligada a preocupaciones de tipo agrícola, adquiriendo los yacimientos el carácter de santuarios.

El arte Levantino, que según Fortea y Jordá, se extiende desde neolítico hasta edad de los metales, se caracteriza por el naturalismo de sus escenas, en las que predomina la caza, la recolección y las de carácter religioso, como danzas rituales u ofrendas, se ubica sobre todo en abrigos de escasa profundidad y paredes rocosas protegidas por una pequeña cornisa, en la parte media y alta de los barrancos. La escena aparece como elemento esencial y los objetos se sitúan ocupando un lugar previamente determinado por el artista en relación con otros objetos que determinan la escena.

Objetivo general

Demostrar que el material iconográfico constituye una fuente para la historia de la enfermería.

Objetivos específicos.

Describir y analizar los cuidados de enfer-

mería desde la perspectiva de V. Henderson en el arte rupestre de la Comunidad Valenciana.

Demostrar que los conocimientos empíricos e intuitivos adquiridos por las cuidadoras de forma oral, se transmiten a través de la iconografía.

Demostrar mediante análisis iconográfico, que la iconografía refleja de forma holística las realidades de los cuidados de la salud.

Hipótesis nuclear

La iconografía constituye una fuente de estudios para la historia de la enfermería.

Otros puntos de partida

La iconografía constituye una fuente para analizar los cuidados de enfermería desde la perspectiva de Virginia Henderson

Los conocimientos empíricos e intuitivos adquiridos por las cuidadoras de forma oral están presentes en la iconografía.

La iconografía refleja de forma holística las realidades de los cuidados de la salud.

METODOLOGÍA

El material iconográfico que se va a utilizar para verificar o refutar las hipótesis son las pinturas rupestres que se encuentran en los 300 abrigos y cuevas de la Comunidad Valenciana, declaradas Patrimonio de la Humanidad, en la categoría de paisajes culturales, el 2 de diciembre de 1998, en el plenario de la UNESCO, celebrado en Kioto (Japón).

La muestra analizada se ha obtenido mediante búsqueda iconográfica, analizando las pinturas de arte levantino y macroesquemático.

Las variables, están distribuidas por categorías y corresponden a las 14 necesidades básicas de Henderson.

Análisis de los datos

Los datos cualitativos se han recogido a través de la observación de las iconografías seleccionadas, y para analizar las iconografías, se llevan a cabo dos tipos de análisis, el iconográfico propiamente dicho y el antropológico.

Para las iconografías, se va a utilizar la interpretación iconográfica propuesta por Panofsky, (1995).

Para realizar los análisis iconográficos, se va a utilizar los esquemas propuestos por Siles (1999).

RESULTADOS

Todas las necesidades observadas son de independencia, y siendo la de actuar según sus creencias y valores, comer y beber, mantener una buena postura y la de aprendizaje las más representadas.

La caza y la recolección de miel en LA ARAÑA, el vareado de los almendros en LA SARGA o el amamantamiento en SORELLETS, son actividades que se realizan para satisfacer la necesidad de BEBER Y COMER.

En la escena de amamantamiento de SORELLETS, se observan manifestaciones y actividades relacionadas con la inmediatez del mismo, también por los brazos en jarra y los pechos al descubierto de la figura femenina de gran tamaño. La caza es una actividad física, que influye como factor biológico en esta misma necesidad. De forma indirecta el clima, las creencias o su propia cultura son factores sociológicos presentes y tenidos en cuenta en la independencia de esta necesidad, estando el clima, representado por el sol en uno de los abrigos, teniendo éste además otras connotaciones religiosas.

En la necesidad de MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA, como factores sociológicos observamos que las figuras en posición de caza, o la del orador en TOURRADES, pueden estar marcadas por costumbres adquiridas. Se observan manifestaciones de independencia representadas por la cabeza recta, sin flexionar, pies en ángulo recto con las piernas, caderas y piernas derechas. En SORELLETS estas posturas podrían estar relacionadas con las plegarias.

En cuanto a las figuras en movimiento, se ven movimientos de baile, ejecución, como estirarse, coger objetos o caminar o correr siendo todas ellas manifestaciones de independencia.

Dentro de las manifestaciones de independencia propuestas por Henderson en la necesidad de VESTIRSE, tendríamos en cuenta la calidad de los vestidos relacionados con el clima, y el significado de los mismos como apariencia o pertenencia, observándose faldas y posiblemente pantalones ajustados y pantalones bombachos.

La representación de los pantalones bombachos ajustados, se puede entender como un factor biológico.

gico ya que el cazador lleva ropa diferente al orante.

Los adornos que portan, pueden ser considerados como manifestaciones de independencia, aunque también podría ser determinante el status social, en el que llevarían objetos diferenciadores.

Se observan manifestaciones de independencia en la necesidad de EVITAR LOS PELIGROS en TOURRADES, en forma de seguridad física, manifestada por una cerca o una trampa, en la figura que porta el arco y las flechas o las escenas de caza, en LA SARGA y REMIGIA, dado que conoce el entorno donde se mueve y como consecuencia toma medidas para su protección. O como seguridad psicológica, la figura del orante

A través de la evolución, el hombre ha desarrollado diferentes símbolos para expresarse, siendo muy importantes los relacionados con la comunicación no verbal o sea con el lenguaje del cuerpo, constituyendo una forma arcaica de transmisión de nuestro significado interior, en PLA DE PETRACOS se observa por la posición, movimientos corporales o por los gestos, enviando un mensaje de su forma de estar o de sus intenciones, siendo la posición de las manos de las figuras factores biológicos, además el conjunto de las figuras también podrían expresar emociones o deseo o incluso una búsqueda de atención, constituyendo estos los factores psicológicos de la manifestación de independencia de la necesidad de comunicación,

La danza en sí, las cintas y brazaletes que llevan las mujeres, en el ABRIGO DE LUCIO, los abalorios, o incluso los estuches fálicos de LA SARGA como signo de poder o fertilidad, o la posición orante de los antropomorfos TOURRADES son manifestaciones de independencia de la necesidad ACTUAR SEGÚN SUS CREENCIAS. Los gestos y las actitudes corporales de las mujeres danzantes son considerados como factor biológico o como manifestaciones de independencia.

Se observan acciones como en Cueva REMIGIA la actividad del baile, pues parecen que son danzas rituales o incluso ofrecer o presentar a los niños a la “dea”.

Observamos la necesidad de OCUPARSE PARA REALIZARSE sólo mediante actividades como son las de la vida cotidiana, caza y agricultura.

La danza en sí, los abalorios, las cintas y bra-

zaletes que llevan las mujeres son manifestaciones de la necesidad de RECREACIÓN

Para desarrollar la personalidad de los niños, se realiza el juego del baile, actuando como factor psicológico, mientras que los factores sociológicos que van a actuar son la cultura, los roles sociales o incluso la organización social.

En la necesidad de APRENDIZAJE, la posición del orante, del ABRIC TOURRADES, o la escena del amamantamiento de SORELLETS, determinan un punto de referencia para las manifestaciones de independencia, además el gesto es considerado como un factor biológico que va a influir para satisfacer esta necesidad, también las escenas de caza o recolectoras pueden ser tenidas en cuenta en el proceso de aprendizaje.

DISCUSIÓN

En la Prehistoria todas las necesidades observadas son en forma de manifestación de independencia, siendo el aprendizaje, la actuación según sus creencias y valores y la necesidad de comer y beber, las más representadas; estas necesidades se manifiestan mediante valores indirectos o instrumentos, siendo los factores biológicos los que van a influir en la satisfacción de las necesidades relacionadas con roles sociales.

La representación de los carpidos haría pensar que es la base de su alimentación, pero Martín-Cano, (2001) afirma que en la prehistoria los productos de la caza no eran cruciales, lo que pone de manifiesto que la mayoría de los alimentos provenían de la recolección, tarea femenina.

El hombre adulto tiene conocimiento de su entorno y es consciente del peligro, y por tanto toma medidas, siendo este un factor biológico que va a influir en la satisfacción de la necesidad de evitar los peligros, curiosamente, esta necesidad aparece poco representada.

A través de la evolución, el hombre ha desarrollado diferentes símbolos para expresarse, siendo muy importantes los relacionados con la comunicación no verbal o sea con el lenguaje del cuerpo, constituyendo una forma arcaica de transmisión de nuestro significado interior.

El aprendizaje como valor sociológico, no es precisamente una necesidad ampliamente observada de forma objetiva, pero sí de forma implícita.

No se conoce el significado de cada uno de los elementos representados, pero afirma Harris (1999), que parece probable que las cuevas y abrigos sirvieran entre otras funciones para intensificar su sentido de identidad o para educar.

La iconografía se analiza dentro del contexto, ya que el arte rupestre se localiza en su mayor parte en cuevas y abrigos de difícil acceso, lo que según Siles, (1998), avala la teoría mágica de esta actividad.

CONCLUSIONES

Que la iconografía representa una fuente para estudiar los cuidados de enfermería y la historia de la profesión.

Que la profesión enfermera, en sus diferentes denominaciones como cuidadora intuitiva dedicada a los cuidados de supervivencia ha estado presente en las iconografías analizadas.

Que el origen de los cuidados debemos buscarlo en las actividades de la alimentación.

Que tanto el clima como la religión/creencias y la cultura son factores fundamentales y determinantes en esta etapa.

La iconografía es una fuente para analizar los cuidados desde la perspectiva de Virginia Henderson, siendo las pinturas rupestres las primeras manifestaciones donde se observan estas necesidades.

Que los conocimientos empíricos e intuitivos que han adquirido las cuidadoras de forma oral están presentes en las iconografías.

A pesar que la necesidad de aprendizaje no está muy presente en las iconografías analizadas, éstas suponen un medio directo de aprendizaje.

BIBLIOGRAFÍA

- Abrigo de Albocasser.
http://club.telepolis.com/meugenia1/s_pau_albocasser.htm
- ALBERDI, R.M^a. et al. (1983): Conceptos de enfermería. UNED, Madrid.
- Arte Levantino. www.arterupestre.net
- ANATI, E. (2001): Les premiers arts sur la terre. Capítulo de libro : De l'apparition de la vie à l'homme moderne Volumen I. Directores Yves Coppens y Pascal Picq. Anati, E; Barriel, E; Berthelet,A; DeBonis,L; Brunet, M; Chavaillon, J; Hublin,J.J.; Jaeger,J.J.; Picq,P; Senut,B; Thomas, H; Vandermeersch,B. Librairie Arthème Fayard.

BARANDIARAN,I. (1996): El arte prehistórico (1-39) en: Historia del Arte I. El mundo antiguo. Dirigida por Ramírez J:A. J. Alcina Franch, I Barandiaran, M. Bendala Galan, M.A. Elvira, C. García-Ormaechea, J. Jimenez, R. Olmos, J. Padró. Alianza Editorial S.A. Madrid

BÁRCENA, R. (2001): Arte rupestre del Levante español, monografía realizada en el marco del seminario de "sociedades Cazadoras-Recolectoras del Viejo Mundo", dictado por el autor en el transcurso del primer trimestre del año 2001.

<http://www.monografias.com/trabajos11mng/mng.shtml>

COLLIÈRE, M. (1989). Utilización de la antropología para abordar las situaciones de cuidados. Rol, 179-180,17-25.

(1997): Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. Editorial Mc. Graw-Hill Interamericana España.

DE MIGUEL, M^a P. (2004): Aproximación a las manifestaciones funerarias durante la edad del bronce en tierras alicantinas, a través de los restos humanos. Separata; La edad del Bronce, en tierras valencianas y zonas limítrofes, eds: Laura Hernández Alcaraz; Mauro S. Hernández Pérez. ISBN: 84-7784-440-2

CHUECA GOTILLA, F.(1987): Prólogo. Gran historia universal volumen I Prehistoria. Cano Herrea, M; Chapa Brunet, T; Delibes de Catro,G; Moure Romanillo,JA; Querol,MA; Santonja Gomez,M. Editorial Najera, Madrid .

El arte rupestre del arco Mediterráneo de la Península Ibérica. <http://www.carm.es/ctyc/patrimoniohistorico/arterupestre/unesco>

HARRIS, M. (1999): Introducción a la antropología general. Alianza Editorial. Madrid.

HENDERSON, V. A. (1994): La naturaleza de la enfermería. Una definición y sus repercusiones en la práctica, la investigación y la educación. Reflexiones 25 años después.. Mc Graw-Hill Interamericana de España S.A.

HERNÁNDEZ PÉREZ, M S; (et al). (1988): Arte rupestre en Alicante. Fundación Banco exterior, Banco de Alicante grupo Banco Exterior.

HERNÁNDEZ CONESA, J. (1999): Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de Enfermería. Mc. Graw-Hill Interamericana.

JOCHIM, MICHAEL.(1983): Paleolithic Cave Art in Ecological Perspective, en Hunter-Gatherers Economy in Prehistory: A european Perspective, G. Bailey (ed) pp 212 –219. Nueva York, Cambridge University Press

HENDERSON, V. A. (1994): La naturaleza de la enfermería. Una definición y sus repercusiones en la práctica, la investigación y la educación. Reflexiones 25

años después.. Mc Graw-Hill Interamericana de España S.A.

LAIN ENTRALGO, P. (1978). Historia de la medicina. Editorial Masson, Barcelona.

MARTÍNEZ, R. (2003): Apuntes sobre las pinturas rupestres del parque cultural de Bicorp. www.arterupes-tre.net

MARTÍN-CANO ABREU, F.B (2001) Falsas ideas sobre los papeles sexuales en la prehistoria, periódico electrónico SEIAAL,

<http://colciencias.gov.co/seiaal/documentos/fmca.htm>

<http://es.geocities.com/culturaarcaica/papeles.sexual.es.html>

(2001) Recolectoras, danzantes, cazadoras pintadas en escenas artísticas prehistóricas levantinas. Odissea, Rumbo al pasado

<http://www.odiseo.es/vg/>

MARTÍNEZ, R. (2003): Apuntes sobre las pinturas rupestres del parque cultural de Bicorp. www.arterupes-tre.net.

MELLARS, PAUL (1985). The ecological Basis of Social Complexity in the Upper Paleolithic of Southwestern France, en Prehistoric Hunter –Gatherers:

The emergence of Cultural Complexity, D.Price J. Brown (eds) pp271 –297.Nueva York, Academic Press.

MOURE ROMANILLO, J. A. (1987): Al arte paleolítico. Capítulo de libro: Gran historia universal volumen I Prehistoria. Cano Herrea, M; Chapa Brunet, T; Delibes de Catro, G; Moure Romanillo,JA; Querol, MA; Santonja Gomez,M. Editorial Najera, Madrid.

PANOFSKY,E (1995): El significado en las artes visuales. Alianza Editorial.

RADCLIFFE-BROWN, A.R. (1986), Estructura u función en la sociedad primitiva. Agostini, Barcelona.

RIOPELLE, L. (1993): Cuidados de enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona. Editorial Interamericana. Mc. Graw-Hill.

SALMERÓN, J: Arte rupestre.

<http://ayuntamiento.cieza.net/culturaypatrimonio/art erupestre/arte.html>.

SILES GONZÁLEZ, J. 1999: Historia de la Enfermería volumen I y II. Consejo de enfermería de la Comunidad Valenciana.

SUREDA, J. (1985): Tomo I, Las primeras civilizaciones.en: Historia universal del arte. Dirigida por Jose Milicua. Editorial Planeta S:A: Barcelona.

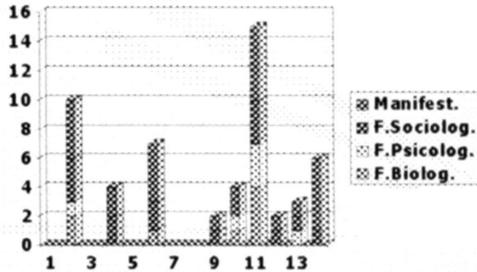


Gráfico I

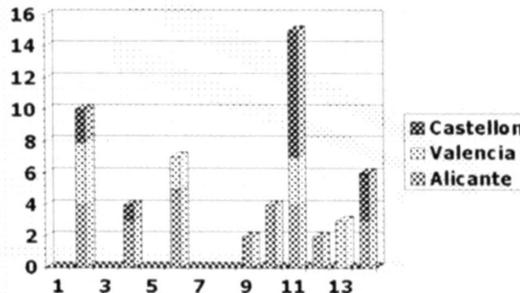


Gráfico 2

CUATRO SIGLOS DE CUIDADOS TRANSCULTURALES

Rosa María Rodríguez Perales. Profesora de Enfermería Comunitaria*

Juan Manuel Arribas Marín. Profesor de Fundamentos de Enfermería e Historia de la Enfermería*

José Carlos Gantes Soto. Profesor de Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental*

**Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia San Juan de Dios. Integrada en la Universidad Pontificia Comillas de Madrid.*



FOUR CENTURIES OF TRANSCULTURAL CARE

ABSTRACT

Founded in the XVIth century, since 1608 the Hospitalary Order of Saint John of God has spread its work to different countries with the aim of caring for patients without distinguishing race, nation, religion or disease. At the present time, it looks after people from different cultures with a particular style established by the founder of the institution.

In this article we analyze the principles that determine its own institutional culture: humanization, hospitality, solidarity, love, charity, justice, liberty, dignity, communication and listening. All of them are basic for working within cultural diversity and essential for the development of

transcultural care and for the practise of modern nursing. Nursing from a Saint John of God perspective implies a humanistic and transcultural care based on the welfare of people providing a great stream of solidarity that will allow a change of attitudes and of the present unfair establishment.

Key words: humanization, hospitality, transcultural care, Saint John of God culture, nursing.

RESUMEN

Fundada en el siglo XVI, desde 1608 la Orden Hospitalaria San Juan de Dios ha extendido su labor a diferentes países con el objetivo de dispensar asistencia sin distinguir raza, nación, religión ni enfermedad. En la actualidad cuida a personas de diferentes culturas, con una impronta y un estilo propio marcado por su fundador. A lo largo de estos casi cinco siglos ha estado al servicio del necesitado, determinando un modelo asistencial, de gestión y de formación enfermera que toma como base el humanismo y cuyo desarrollo se concreta en compaginar: Ciencia y Técnica con Humanización y Hospitalidad.

En este artículo se analizan los valores y principios que definen su cultura institucional: HUMANIZACIÓN, HOSPITALIDAD, SOLIDARIDAD, AMOR, CARIDAD, JUSTICIA, LIBERTAD, DIGNIDAD, COMUNICACIÓN, ESCUCHA, fundamentales para trabajar en la diversidad cultural e imprescindibles para el desarrollo de cuidados transculturales, para la práctica enfermera que nos exige el presente y el futuro de nuestra

sociedad multicultural. La atención de enfermería desde una perspectiva juandediana implica ofrecer un cuidado humanístico y transcultural, centrado en el bienestar de las personas que facilite una gran corriente de solidaridad entre los pueblos y permita caminar hacia un cambio de actitudes que transforme las estructuras actuales injustas.

Palabras clave: humanización, hospitalidad, cuidados transculturales, cultura juandediana, enfermería.

En el momento social actual, en un mundo cambiante y multicultural, pleno de transformaciones sociales, en el que cada vez aumenta el número de inmigrantes de diferentes culturas que viven en nuestro país, que precisan cuidados que valoren sus creencias, costumbres y prácticas, que exige convivencia plural y plantea dificultades de comunicación e interacción, y en el que la enfermería debe trabajar diagnosticando e interviniendo en estas múltiples realidades, es fundamental desarrollar líneas de trabajo que abran caminos a las nuevas generaciones, en la búsqueda de la excelencia y la calidad, desde una perspectiva juandediana.

Fundada en el siglo XVI, desde 1608 la Orden Hospitalaria San Juan de Dios ha extendido su labor a diferentes países con el objetivo de dispensar asistencia sin distinguir raza, nación, religión ni enfermedad. A partir del primer centro abierto en Granada en 1538 ha ido ampliándose y creciendo hasta hoy. En la actualidad cuida a personas de diferentes culturas en todo el mundo, está presente en 49 naciones, formando parte de la misma 1.215 hermanos, 40.000 trabajadores y voluntarios, y más de 300.000 colaboradores-bienhechores, en un total de 389 obras dedicadas fundamentalmente a la atención de enfermos, pobres y necesitados (Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, 2004), con una impronta y un estilo propio marcado por su fundador.

Juan Ciudad Duarte, (1495-1550), creaba enfermería, hablaba sobre los cuidados que se debían dar a los necesitados, trabajaba en respuesta a las necesidades de los individuos de forma paradigmática, marcaba el futuro de la enfermería profesional y transcultural (Castro, 1585). La Orden Hospitalaria que él fundó, ha aportado a esta disciplina líneas de trabajo y principios éticos que

han potenciado los cuidados profesionales enfermeros de calidad, y sigue desarrollando en la actualidad, en diferentes realidades, políticas, civiles y religiosas, un estilo propio de hacer enfermería, que tiene en cuenta la diversidad cultural de cada grupo social, no sólo en relación a los inmigrantes extranjeros sino también a los adolescentes, a los ancianos, y a diferentes grupos sociales, ya que cada uno de ellos tiene una imagen y concepción del mundo distinta, construye su realidad socialmente y de forma diferente al otro, tiene una parcela cultural propia que comparte con la comunidad a la que pertenece.

Desde una perspectiva social y antropológica una cultura se entiende, no como cúmulo de conocimientos sino, como define Rocher, un conjunto trabado de maneras de pensar, sentir y de obrar más o menos formalizadas, que aprendidas y compartidas por una pluralidad de personas sirven de un modo objetivo y simbólico a la vez, para constituir a esas personas en una colectividad particular y distinta (Rocher, 1979). Constituye un conjunto de imágenes o concepciones del mundo elaboradas y transmitidas socialmente que se comparten y utilizan en una sociedad específica en un determinado momento histórico, para hacer frente al ambiente.

La cultura entendida, por tanto, como la realidad vivida por las personas, sus concepciones del entorno, su código de leyes, sus reglas y normas sociales, sus símbolos compartidos, su lenguaje, en definitiva todo aquello que le permite la comunicación y la vida en sociedad y que adquiere mediante el aprendizaje. Ningún elemento cultural se hereda biológicamente, es todo lo que un individuo debe aprender para vivir en una sociedad particular. La cultura desempeña en el hombre la misma función de adaptación a sí mismo y al entorno, que el instinto desempeña en el animal. La supervivencia del individuo depende básicamente no de la vida de la naturaleza, sino de la sociedad (Kahn, 1975), de su socialización.

Mediante el proceso de socialización la persona aprende e interioriza en el transcurso de su vida los elementos socioculturales de su medio ambiente, los integra a la estructura de su personalidad bajo la influencia de experiencias y de agentes sociales significativos y se adapta al entorno social

en cuyo seno debe vivir, este proceso, como señalan Berger y Luckmann, implica la internalización de la sociedad en cuanto tal y de la realidad objetiva en ella establecida, y, al mismo tiempo, el establecimiento subjetivo de una identidad coherente y continua (Berger, 1978), y comprende lógicamente representaciones del cuerpo, de la salud, de la enfermedad y del cuidado.

Existen distintos modelos culturales aprendidos durante este proceso, que circulan por las distintas redes del tejido social, que establecen diferentes maneras de conocer, opinar, creer y comportarse en lo que respecta a la higiene, la alimentación, el sueño, la sexualidad, el trabajo, las drogas, el ejercicio, etc., y que originan reacciones emocionales distintas en relación a patologías específicas, valoración de síntomas, percepción del dolor, etc. que producen en definitiva diferentes riesgos, demandas y cuidados de salud, originando un complejo mosaico cultural.

La enfermedad es función de la cultura, evidentemente sobre una base biológica, pero no basta con que uno esté enfermo, es necesario que la sociedad lo sancione como tal (Ackernecht 1985), si es de otro modo, la enfermedad o el suceso pasaran inadvertidos o se interpretarían en otro contexto de referencia y no se trataría de buscar ni una etiología ni una terapia. La enfermedad, que siempre tiene un contenido biológico, es un modo de expresión cultural, un mensaje a descifrar. La salud y la enfermedad son conceptos socialmente contruidos, la cultura los define y tipifica, así como asigna un determinado significado al hecho de estar enfermo o sano y hace que se asocie a ello una determinada consideración social. Cada cultura, a su vez, crea su propio contexto terapéutico, es decir señala las alternativas y circunstancias más adecuadas para recuperar la salud, como también los procedimientos para conseguir esta recuperación (Durán 1983).

Los conceptos de cultura y cuidado están íntimamente relacionados. Cuidar es tan viejo como el mundo y tan cultural como la diversidad que caracteriza la humanidad, como refiere Rohrbach-Viadas (2004). La esencia del trabajo de enfermería es cuidar. Los cuidados relacionados con la salud que universalmente podemos denominar cuidados o atención de enfermería, son un aspecto

funcional de la sociedad y han variado con ella desde sus orígenes. La práctica del cuidado es un fenómeno universal, pero las expresiones, procesos y modelos de cuidados varían de una cultura a otra. Han existido como instinto de conservación de los pueblos desde que el ser humano existe y ha necesitado de cuidados para subsistir. Se han llevado a cabo en todas las comunidades y en todas las épocas, pero de forma diversa, ya que el proceso salud-enfermedad es un fenómeno social, y no se considera la misma enfermedad ni se tiene la misma visión de ella en todas las comunidades, ya sea entre sus distintos grupos, o entre dos momentos históricos de un mismo grupo. La teoría de los cuidados transculturales de Leininger trata de la importancia de prestar cuidados de enfermería según sea la cultura del paciente al que se le está brindando el cuidado (Manrique, 2004).

A lo largo de estos casi cinco siglos, la Orden ha ido adaptándose a los diferentes momentos históricos, a las innovaciones y demandas de la sociedad en cada período y lugar en el mundo. “y porq nuestro intéto es desear ampliar mas la dicha Hospitalidad, y cúplir con ella en la mejor forma, acomodandonos con los tiempos, y necesidades prefentes [sic]” (Quintanilla, 1650). Ha prestado cuidados, tanto a las personas enfermas o en situaciones especiales de su ciclo de vida, de diferentes grupos sociales, países y épocas, en función de sus demandas y situaciones de salud, de los criterios de causalidad atribuidos por cada pueblo a sus enfermedades, de los conocimientos científicos del momento, de la profesionalización y formación de los cuidadores y de su cultura.

Desde sus orígenes hasta hoy la organización juandediana ha contribuido al proceso de cambio enfermero de forma innegable, unificando la metodología de los cuidados en todos sus centros, consolidando un estilo propio, sin abandonar el carisma primigenio que infundió su fundador y que fue plasmado en las Constituciones primitivas, basadas en las primeras normas prácticas que éste planteó (Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, 1585). Siempre, y en todos los lugares del mundo, la Orden Hospitalaria San Juan de Dios ha estado al servicio del necesitado, determinando un modelo asistencial, de gestión y de formación enfermera que toma como base el humanismo Juandediano y

cuyo desarrollo se concreta en compaginar: Ciencia y Técnica con Humanización y Hospitalidad, y que a través de diferentes procesos de socialización, del currículum formal y del currículum oculto, han adquirido los profesionales de enfermería que se han formado en sus centros.

Estos principios y valores son imprescindibles para el desarrollo de los cuidados, para la práctica enfermera que nos exige el presente y el futuro de nuestra sociedad multicultural. En estos momentos en los que se habla de nuevas formas de entender nuestra disciplina, de la importancia de conocer la diversidad cultural y de incorporar valores humanistas al cuidado de las personas, la cultura institucional de la orden que define la práctica enfermera juandediana es cultura de humanización.

Los problemas de salud de la población de este siglo que acaba de comenzar necesitan cuidados integrales y transculturales, científicos y humanistas, precisan de profesionales que entiendan y respeten los valores culturales, las creencias y prácticas de los individuos, que hayan adquirido contenidos, procedimientos y actitudes para realizar una atención de enfermería de calidad y proporcionar cuidados culturalmente apropiados siguiendo el modelo hospitalario de San Juan de Dios. Los Hermanos han trabajado en todo el mundo en situaciones conflictivas de pobreza y violencia y ahora todas esas situaciones “están en casa”.

Los valores y principios que definen su cultura institucional se basan en conceptos como: HUMANIZACIÓN, HOSPITALIDAD, SOLIDARIDAD, AMOR, CARIDAD, JUSTICIA, LIBERTAD, DIGNIDAD, COMUNICACIÓN, ESCUCHA, fundamentales para trabajar en la diversidad cultural (Orden Hospitalaria de San Juan de Dios 2000).

La palabra humanización aplicada a la asistencia sanitaria nació en esta Orden Hospitalaria y considera esencial para su práctica la humanización de los profesionales, que deben tener un proyecto ético de asistencia, y de las instituciones, que deben ser transparentes, abiertas, creer en el trabajo en equipo, atender a la formación e información, y utilizar la comunicación como pilar fundamental en las relaciones laborales. Es humanizarse para humanizar, conseguir que desde el interior de cada uno de nosotros y de las organizaciones emerja hacia el exterior una manera de hacer que sitúe al

necesitado en el centro de toda atención.

La acción de humanizar es definida por el Calixto Plúmed Moreno, como la asunción de los constitutivos más débiles del hombre que son los que aproximan a la realidad del mismo, para descubrir de manera intermitente los elementos constitutivos de otros niveles humanos (Plumed 2002). Es lograr responder a las necesidades y expectativas de los otros, a su cultura, a su manera de entender la realidad, a partir del conocimiento de lo más profundo de nuestro ser, de nuestros valores, de nuestro equilibrio personal y de nuestra propia autorrealización.

Es tener conciencia de la complejidad humana, con lo cual no reduciremos a la persona a la mínima parte de sí mismo, ni al peor fragmento de su pasado, sino que descubriremos los múltiples aspectos que cada uno de nosotros trae en su condición de humano. Humanización como acercamiento al individuo. Olvidar el etnocentrismo que todos llevamos dentro (Lévi-Strauss, 1979), no creernos superiores e imponer nuestra cultura a los demás, sino ser sensible y apreciar los valores, creencias, estilos de vida, prácticas y estrategias de resolución de problemas de la cultura de los clientes.

Trabajar observando, dialogando y participando plenamente de la cultura de los otros y con los otros, lo que en antropología se denomina “observación participante” que implica convivencia y una cierta unión con el otro, como señalan García Ferrando y Sanmartín, es “nativizarse” sin perder la propia cultura, ampliando, por tanto, las variables capaces de manejar, los conceptos, categorías y valores desde los que se define y aprecia la experiencia, transformando o reelaborando la complejidad del código desde el que se interpreta el sentido de los hechos (García, 1989). Este proceso debe incluir el conocimiento de los propios valores, prejuicios que cada uno tiene hacia las otras culturas y una exploración profunda hacia la propia y es indispensable para la práctica de la enfermería transcultural.

La enfermera/o juandediana, respeta y esta alerta a todas las diferencias culturales, patrones de conducta y estilos de vida, que existen en su comunidad, conoce el ambiente social en dónde viven los individuos, sus costumbres locales, etc., relati-

viza y esta abierta al otro. Desarrolla esa mirada antropológica, necesaria para comprender en toda su complejidad todo aquello relacionado con la salud y la enfermedad, ya que estos conceptos varían en el espacio y en el tiempo y dependen de factores sociales, políticos, geográficos y económicos que caracterizan a cada grupo humano. La vida en una determinada sociedad nos hace enfermar de diferentes maneras, pero también cada grupo social decide de las cosas que le pasan cuál de ellas es enfermedad, y hay que conocerlas e investigarlas desde un perspectiva étic, estudiando hechos verificables, categorías de análisis cuantitativas válidas para la comparación intercultural, y desde el estudio emic que ayuda no sólo a entender la cultura o el lenguaje, sino a comprender a los actores, sus actitudes, motivaciones, intereses y respuestas ya que analiza el fundamento de la comunicación, sus significaciones y sentidos (Harris, 1981).

La humanización juanediana es un modo de hacer que coloca al necesitado, sea de la cultura que sea, en el primer lugar, en el centro la atención enfermera priorizando sus derechos y deberes, esté donde esté. Es fundamentalmente una actitud empática con el otro, es considerar como señala el Pierluigi Marchesi o.h. que ser con el enfermo es más importante que hacer por el enfermo, no pasar de largo junto al hombre, impedir la inhumana división entre persona y enfermedad (Marchesi, 1981), es identificarse a cualquier ser humano porque es humano, aunque sea de otra cultura, es preocuparse por prestarle cuidados integrales, aceptación y respeto, sensibilidad para entender las diferencias y habilidad para ofrecer estrategias acordes con las necesidades del otro.

Hospitalidad, emblema de la Orden, significa sentido de acogida y acompañamiento a la persona en las diferentes situaciones. Implica apertura y disponibilidad para recibir, compartir los momentos de angustia, la pérdida, el dolor. Se basa en tratar de comprender las tensiones y emociones, de ser sensible al sufrimiento. Implica algo más que dar comida y cama a aquel que lo necesita, incluye recibir con un aliento de afecto y de esperanza, proteger, ayudar, respetar, acompañar, dar nuestra presencia amistosa, dar seguridad y confianza, convertir en definitiva a todas las categorías de necesitados y sufrientes en objeto de cuidados.

Conlleva actuar solidariamente con todo enfermo o acogido. Tratar a toda persona con la misma atención independiente de su condición social, desde la construcción solidaria y espiritual de la sociedad, desde la comunión de bienes y la reconciliación entre diferentes ideologías, culturas y enemigos. Es respetar los principios de la justicia social (Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, 2000).

La hospitalidad de San Juan de Dios abrió nuevos caminos a la enfermería y a la sociedad. Creó un modelo alternativo de ser enfermero que en la actualidad sigue vigente y que avanza día a día. Se basa en la creatividad, en responder siempre de forma integral a las necesidades nuevas que no despiertan la sensibilidad de los demás (disminuidos físicos y psíquicos, inmigrantes, “sin techo”...) llevando a cabo acciones preventivas, curativas, de emergencia, rehabilitadoras y educadoras, desarrollando proyectos de atención, formación e inserción social, (huérfanos y prostitutas) adaptándose siempre a las circunstancias de lugar, tiempo y persona, (enfermos de SIDA, tóxicodependientes, terminales...), en definitiva a todo contexto cultural.

La humanización y la hospitalidad como acciones orientadas al bienestar de la persona a su felicidad, desde su libertad y dignidad. Cuidar con sabiduría, fuerza, prudencia, dar esperanza y ayuda material y espiritual. Tener humildad, paciencia, comprensión, respeto, responsabilidad y benevolencia. Establecer procesos de comunicación adecuados y esencialmente escuchar y comprender, mas que evaluar, establecer un proceso de reconocimiento de competencias y capacidades mutuas, un modelo abierto a la participación entendida como implicación en la adquisición de conocimientos y mutua confianza en la capacidad de resolver los problemas.

El profesional de enfermería juanediano desde sus orígenes, valora los diversos aspectos de la comunicación, y sabe que sus realidades no son las únicas existentes. Cuida la empatía, se esfuerza por especificar y clarificar los significados, manteniendo un escucha activa y participativa, una relación positiva con la comunidad que posibilite a ésta conocer sus problemas y necesidades de salud y decidir sobre ellas. Establece un modelo de reciprocidad en la relación, basado en la colaboración activa, y no en la autoridad y/o diferencia, en la

que no existan juicios prematuros, proyección de características propias, prejuicios y falta de atención. Intenta no oír lo que espera oír, ni ver lo que espera ver.

Una mirada desde esta perspectiva ofrece al profesional de enfermería, numerosas claves para entender mejor su labor y la forma en que ésta puede ser más eficaz. Le ayuda a conocer a la gente, a saber qué siente, cómo se relaciona, cómo define lo que le pasa, cómo aprende... y a valorar los factores culturales que influyen en los procesos de cuidado con el individuo. Para esto es imprescindible no creer que se sabe todo sobre lo que esta comunidad ignora, sino reconocer, como hace el antropólogo, que ignora todo sobre lo que la comunidad sabe.

El trabajo enfermero seguido por la Orden desarrolla tareas para, en y con la comunidad, con la participación de las personas interesadas. Se basa en el conocimiento y comprensión del otro, en la construcción en común de la intervención. La práctica enfermera juanediana, la que se centra en el hombre, comparte valores humanos con los no creyentes y credo con los creyentes, conforma un servicio integral de salud dirigido al hombre, familia o grupo centrado en el restablecimiento del equilibrio armónico que posibilita el adecuado crecimiento y desarrollo de la persona en su totalidad. Tiene predilección por los más necesitados, por los que viven en sí mismos la experiencia dolorosa de la enfermedad, la soledad, la pobreza, el desamor, situaciones todas que suelen darse en la población emigrante. Integra en el quehacer cotidiano enfermero valores que ayudan a favorecer las relaciones interpersonales y la amistad. Una cultura de humanización se mueve en la civilización del amor, afirma el hermano Calixto Plúmed (2002), y cuidar implica comprender y ello, necesariamente, incluye un proceso de empatía, identificación y proyección e intersubjetividad, precisa de apertura, simpatía, generosidad y amor.

Si la antropología nos ayuda a conocer a los distintos pueblos, estudia la forma en que los individuos de las diferentes culturas y grupos sociales se explican a sí mismos las causas de la enfermedad, los tipos de tratamientos en los que creen y los medios y cuidados a los que recurren cuando se sienten enfermos, si se considera labor fundamental

del antropólogo el trabajo de campo, es decir, la observación de grupos humanos desde la convivencia con ellos durante largo tiempo para intentar comprender a fondo los problemas que se propone estudiar, el profesional de enfermería juanediano incorpora a su trabajo estrategias de diálogo permanente con la población, que le ayudan a desarrollar su actividad educativa y asistencial. Valora la cultura y los procesos de comunicación que se dan en la comunidad, para poder realizar procesos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad eficaces.

Los cuidados enfermeros del siglo XXI deben integrar los avances científicos y tecnológicos con la ética profesional. Los valores y principios que definen la cultura institucional de esta Orden Hospitalaria, reflejada en su Carta de Identidad, basados en la búsqueda constante de asistencia integral científica, humanizada y bien realizada, se asientan en conceptos que deben ser referentes para el desarrollo de la enfermería del futuro. El carácter cambiante, pluralista y diverso de nuestra sociedad, hace necesario considerar en la dimensión transcultural de la atención de enfermería, la perspectiva juanediana, para ofrecer un cuidado humanístico, centrado en el bienestar de las personas que facilite una gran corriente de solidaridad entre los pueblos y permita caminar hacia un cambio de actitudes que transforme las estructuras actuales injustas.

Los problemas de salud de la población de este siglo que acaba de comenzar, necesitan cuidados integrales y transculturales, científicos y humanistas, precisan de profesionales que hayan adquirido conocimientos, habilidades y actitudes siguiendo el modelo que desde el siglo XVI hasta hoy ha desarrollado la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, respetando siempre las formas de cada cultura que tienen expresiones distintas de la misma realidad.

BIBLIOGRAFÍA

ACKERNECHT, E. H., (1985) Medicina y antropología social. Akal/Universitaria. Madrid, p.17.

BERGER, P. Y LUCKMANN, T., (1978) La construcción social de la realidad. Amorrortu. Buenos Aires, p.169.

CASTRO, F. DE, (1585) Historia de la vida y santas obras de Juan de Dios. Ed. En casa de Antonio de Librixa. Granada.

ANTROPOLOGÍA

“¿ES LA PSIQUIATRÍA REFLEJO SOCIAL DE LA DIVERSIDAD CULTURAL?”

Eva Molina Alén

Enfermera y Licenciada en Antropología Social y Cultural. Doctorando en el programa 2003-2005 sobre el “Dolor: aspectos básicos y clínicos” de la Universidad Rey Juan Carlos. Prof. Asociada de la Universidad Rey Juan Carlos (Madrid). Supervisora de la UHB de Psiquiatría del Hospital General de Móstoles (Madrid).



“IS PSYCHIATRY A MIRROR OF CULTURAL DIVERSITY?”

ABSTRACT

Nursing professionals nowadays deal with a wide variety of clients/customers/patients, and it is not the traditional patient anymore, since they come from various places, with different cultures and languages. Society is becoming more plural and Nursing must also do so, accepting the multiplicity of habits and ways of life at the workplace, recognising diversity and contributing to social interaction.

Multiculturality is a reality in our society, and must therefore reflect on the health system in our community, both at primary or specialised health

care levels. In June 1998, the Mostoles Hospital Psychiatry Unit was opened in Madrid.

Is cultural diversity reflected on Mental Health? How is this done? What is the most represented country? How old are the patients? Are they male or female? ... These were the questions which determined this descriptive retrospective study during the years 2001, 2002 and 2003, with patients admitted to this psychiatric unit.

RESUMEN

Los profesionales de enfermería tienen cada día una mayor variedad de usuarios/clientes/ pacientes a los que cuidar y precisamente ya no se trata del paciente tradicional pues proceden de muy diversos lugares, con culturas, idiomas y lenguas diferentes. La sociedad es cada vez más plural y la Enfermería por tanto también ha de serlo, aceptando la multiplicidad de costumbres y de forma de vida en el escenario laboral, reconociendo la diversidad y contribuyendo a la interacción social.

La multiculturalidad es una realidad en la sociedad y por tanto debe reflejarse de la misma manera en la red sanitaria de nuestra comunidad, tanto en la Atención Primaria como en la especializada. En Junio de 1998 se inauguró la UHB de psiquiatría en el hospital de Móstoles en la Comunidad Autónoma de Madrid.

¿Se refleja la diversidad cultural en Salud Mental? ¿Cómo lo hace? ¿Cuál es la incidencia? ¿Cuál es el país más representado? ¿Qué edades

tienen los pacientes? ¿Cuál es su sexo?... Éstas fueron las preguntas que determinaron este estudio descriptivo retrospectivo de los años 2001, 2002 y 2003 sobre los pacientes ingresados en la "UHB de psiquiatría del hospital de Móstoles".

INTRODUCCIÓN

Desde un punto de vista antropológico, podemos decir que el tercer milenio se inauguró con una polémica cultural compleja y muy diversa. La inmigración y la Ley de extranjería, la multiculturalidad, los problemas étnicos y xenófobos que generan dicha inmigración, los conflictos de escolarización, las relaciones de poder entre género, las supuestas tradiciones culturales que vulneran los derechos de la persona (venta y casamiento de menores, malos tratos, castigos físicos o lapidación, etc.) han sido los temas de actualidad y de debate en los medios de comunicación, en las tertulias y en las conversaciones particulares.

Revisando el artículo "Culturas urbanas de fin de siglo: la mirada antropológica" de Néstor GARCÍA CANCLINI la ciudad es considerada como protagonista social y espacial que genera y condiciona actitudes, interactúa, interpreta, simboliza y transmite cultura. Algunos autores de principio del siglo XX, definieron la ciudad como espacio, lugar o geografía urbana donde habitan gran número de personas, otros introducían las actividades no agrícolas y comerciales como elementos característicos originando la oposición entre campo/ciudad, o rural/urbano. A finales de siglo, la tecnología y las redes de comunicación, originan cambios en dichas definiciones y en sus significados, las ciudades reciben miles de emigrantes, crecen vertiginosamente, absorbiendo en su progresión las localidades cercanas.

Las grandes ciudades, desde una perspectiva antropológica permiten conjugar muchas disciplinas, entre ellas, la antropología, la filosofía, la sociología, la psicología, la lingüística, la arquitectura, etc., que comparten el objeto de estudio común, la ciudad, aunque con enfoques diferentes. La antropología estudia la ciudad como fenómeno social, generadora de relaciones sociales, como centro de confluencia de tradiciones que se intercambian y se reproducen otorgando una identidad colectiva.

Quiero detenerme un momento en este punto, para traer el análisis sociológico que Georg SIMMEL (1986) hiciera sobre la influencia de las grandes ciudades en la constitución del urbanita moderno. Simmel planteó que el acrecentamiento de la vida nerviosa constituye el fundamento psicológico sobre el que se levanta el nuevo tipo de individualidad urbana. El rápido e ininterrumpido intercambio de impresiones externas e internas, el flujo de mensajes, el desarrollo constante de la técnica, la aglomeración de imágenes cambiantes, son responsables del cambio de ritmo de la personalidad de los individuos. Para Simmel, el urbanita moderno tiene "un sentimiento de tensión y de nostalgia desorientada", las relaciones entre individuos dejan de ser relaciones afectivas para basarse en la objetividad dado que la ciudad es sede de la economía monetaria y el mercado impone las condiciones y transforma las formas de percepción, las relaciones son cuantificables sin vinculación afectiva, hay un predominio del individualismo y de la cultura de la indiferencia destacando "una muchedumbre solitaria" en la masa de la urbe. Un elemento irrenunciable de la modernidad para Simmel es que sólo en la ciudad, es posible la libertad y la autonomía del individuo: "el urbanita es libre en contraposición con las pequeñeces y prejuicios que comprimen al habitante de la pequeña ciudad", la gran ciudad es sede del cosmopolitanismo, desarrollándose en ella un individualismo cualitativo que acentúa lo común a todos los hombres por un lado y la diferencia del individuo por otro.

Este análisis de Simmel sobre la gran ciudad ha de hacernos reflexionar y considerar que también la ciudad y el proceso de aculturación que se lleva a cabo son las causas de los procesos psicopatológicos y psicosociales de los emigrantes.

El fenómeno migratorio es complejo, y los desplazamientos masivos de seres humanos se han convertido en un signo identitario del proceso de la globalización; así la globalización se describe "como el proceso donde el aumento de interconexiones se da lugar en la cultura, economía y vida social" (Barnarad, 1996). En España, la realidad social se traduce que en una década hemos pasado de exportar emigración a convertirnos en destinatarios de miles de inmigrantes. Los movimientos

migratorios nacionales e internacionales suponen una avalancha de individuos, que huyen de sus naciones de origen buscando una oportunidad en los países desarrollados provocando según Angélique TRACHANA (2001) dos fenómenos, el primero, que la ciudad se hace multicultural, hay mayor diversidad cultural, formas de vida específicas, y patrones de comportamiento diversos, que generan riqueza cultural por un lado pero también tensiones y conflictos; el segundo, que hay una mayor desigualdad social en el espacio urbano, permitiendo identificar en él, dos territorios, el de la exclusión que produce una segregación espacial de las minorías, tanto étnicas como culturales, fomentando la formación de tribus urbanas y de guetos y el de la integración. El proceso migratorio supone para el individuo dejar su país de origen para establecerse en otro país con un objetivo fundamental, provocar un cambio en su vida personal. Es romper con sus raíces, su familia y amigos, es partir hacia un lugar desconocido para mejorar sus condiciones de vida pidiéndole un desarraigo respecto a sus orígenes, confrontando el proceso inicial de culturización y exigiéndole un arraigo en un medio idealizado, desconocido y a menudo hostil, obligándole a llevar a cabo un proceso de aculturación trayendo consigo desequilibrios psicológicos y sociales.

Ignacio SÁNCHEZ CÁMARA Catedrático de la Universidad de La Coruña distingue en el proceso de aculturación que se lleva a cabo en las sociedades de acogida por los inmigrantes cinco actitudes dentro de este proceso:

- a) El rechazo y la expulsión de los inmigrantes o el impedimento de su entrada
 - b) La exclusión de la ciudadanía y la condena a la marginación y a la vida fuera de los muros de la ciudad, distanciándole, promoviendo la anomia y la segregación social.
 - c) La asimilación forzosa, es decir el abandono de la identidad de origen tomando como propia la identidad de la sociedad de acogida.
 - d) La integración dentro de la sociedad de acogida, conservando sus costumbres y creencias en la medida en que no atenten contra los principios y valores fundamentales de aquella.
 - e) La solución multiculturalista.
- Sánchez Cámara apuesta por la integración.

El aumento de los movimientos migratorios es provocado por la mundialización económica, las catástrofes naturales o las guerras, transformando los países, las ciudades y los pueblos de destino, pasando de una relativa homogeneidad a una creciente heterogeneidad, e ineludiblemente, la sociedad española también ha experimentado dichas transformaciones. Parafraseando a Jordi Borja y Manuel Castells, "nuestro mundo es étnica y culturalmente diverso y las ciudades concentran y expresan dicha diversidad".

La multiculturalidad es una realidad en la sociedad española y por ende, debe reflejarse de la misma manera en la red sanitaria de nuestra comunidad, tanto en la Atención Primaria como en la Especializada.

La Unidad de Hospitalización Breve (UHB) de Psiquiatría es una unidad de corta estancia con 20 camas de hospitalización, ubicada en la primera planta del Hospital general de Móstoles, en la Comunidad Autónoma de Madrid. Se inauguró el 22 de junio de 1998 conforme a la reforma psiquiátrica con el fin de no marginar al enfermo mental y de integrar la asistencia psiquiátrica dentro del Sistema Nacional de Salud.

¿Se refleja la diversidad cultural en Salud Mental? ¿Cómo lo hace? ¿Cuál es la incidencia? ¿Cuál es el país más representado? ¿Qué edades tienen los pacientes? ¿Cuál es su sexo?... Éstas son unas de las preguntas que determinaron este estudio.

¿Cómo trabajamos en el Hospital de Móstoles?

A finales de 1999, próximos al efecto 2000 y sus consecuencias en las redes informáticas, la Dirección del Hospital decide integrarse en el PLAN RENOVE TECNOLÓGICO del entonces Insalud, e implantar el aplicativo informático de Enfermería G.AC.E.L.A, siglas que corresponden a Gestión Asistencial de Cuidados Enfermeros Línea Abierta, en todas las unidades de hospitalización, incluida la de psiquiatría, eligiendo por Modelo enfermero el de Virginia Henderson y sus 14 necesidades que sirven de guía para la valoración del paciente.

Se produce el cambio filosófico y cultural en el hospital, y se comienza a trabajar con la metodología enfermera, el PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, creando grupos de expertos que

seleccionarían y validarían los diagnósticos de enfermería, taxonomía NANDA, los factores relacionados, los objetivos y las actividades de enfermería que posibilitarían el diseño de los planes estandarizados. Simultáneamente el servicio de formación continuada del hospital organiza cursos de formación sobre “Modelos de Enfermería, metodología, talleres de diagnósticos y planes de cuidados estandarizados”, conformando la base de conocimiento fundamental para que cada unidad de hospitalización diseñara sus propios planes de cuidados estandarizados que posteriormente serían validados por otro grupo de Enfermería.

Con el objetivo de dar unos cuidados de Enfermería integrales y continuados a los pacientes hospitalizados cuando se van de alta, la enfermera realiza UN INFORME DE ALTA que se remite por FAX al Centro de Atención Primaria de referencia del paciente o Centro de Salud Mental en el caso de la Unidad de Psiquiatría.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo de los años 2001, 2002 y 2003 de los pacientes ingresados en la UHB de Psiquiatría del hospital de Móstoles con otras nacionalidades y culturas.

Población diana: todos los pacientes ingresados en la UHB de Psiquiatría con nacionalidad diferente a la española. El número total de la muestra fue de 47 pacientes, que corresponden 15 al año 2001, 18 al 2002 y 16 al 2003.

Variables contempladas en el estudio

- Sexo, edad, tipo de ingreso, contención mecánica en el ingreso, diagnóstico médico según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, planes de cuidados, diagnóstico enfermero según taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association).

Fuentes utilizadas

- Historias y registros de enfermería de los 33 pacientes ingresados en los años 2001, 2002 y 2003, libros de registros de la UHB, datos del servicio de Admisión, informes de altas de enfermería.

En una primera fase consensuamos la elaboración del diseño de las hojas para la recogida de los

datos, posteriormente cotejamos y validamos los datos y procedemos al análisis de los mismos.

Programas informáticos utilizados

- Aplicaciones de Microsoft (Excel, Power Point, Word y Access).

OBJETIVOS

- Realizar un estudio socio sanitario de la multiculturalidad de los pacientes ingresados en los tres años.
- Comparar y cuantificar los tipos de ingresos.
- Cuantificar los ingresos involuntarios.
- Identificar el perfil cultural/nacional de los pacientes.
- Identificar los diagnósticos médicos más frecuentes.
- Cuantificar los Planes de Cuidados de los pacientes ingresados.
- Identificar los diagnósticos de enfermería, taxonomía NANDA más frecuentes

RESULTADOS

- El total de ingresos para los años 2001, 2002 y 2003, fue respectivamente de 15, 18 y 16 pacientes de otras nacionalidades, mientras que el total de ingresos involuntarios fue respectivamente de 7, 7 y 6 pacientes y de voluntarios de 8, 10 y 10 pacientes. (Fig.1 Ingresos totales e involuntarios, Periodo 2001-2003).

- La distribución por sexo de los pacientes estudiados (N = 49) fue de 5, 7 y 8 hombres y de 10, 11 y 8 mujeres respectivamente para 2001/2002/2003. El límite inferior de edad es 19 años mientras que el superior es de 69 años y el intervalo de edad que se presenta con mayor frecuencia es el 20-29 años para los tres años estudiados (Fig.2: Distribución por sexo y rango de edad, periodo 2001-2003).

- Se aplicó la contención mecánica a 5, 6 y 9 pacientes de un total de 49 para el trienio, correspondientes a 15, 18 y 16 pacientes respectivamente para los años 2001, 2002 y 2003, de los cuales - 3, 4 y 5 fueron mujeres y -2, 2 y 4 hombres el trienio (Fig. 3: Aplicación de contención mecánica, Periodo 2001-2003).

- Los 49 pacientes proceden de 22 países diferentes, constatándose la diversidad cultural en el

estudio. Se han agrupado en bloques continentales suramericano (3- 6- 5), norteamericano (0 en los tres años), europeo (7- 7- 5), africano (5- 5 -6) y asiático (0- 0- 0) Fig. 4: procedencia. Bloques continentales, Periodo 2001-2003.

- Los diagnósticos médicos según la CIE-10 más frecuentes fueron:

- Los trastornos mentales secundarios a sustancias (F10-19);

- La esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes (F20-29);

- Trastornos del humor (F30-39);

- Trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos (F40-49);

- Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos (F50-59);

- Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto (F60-69); Fig.5: Diagnósticos médicos según CIE-10, periodo 2001-2003

- El 100% de los pacientes ingresados en la UHB tuvieron planes de cuidados (directos (1-2-0), estandarizados (2-2-2) e individuales (12-11-14) en el periodo 2001-2003 y se elaboraron el 100 % de las altas de enfermería en los tres años (Fig. 6: Planes de cuidados, Altas y diagnósticos NANDA, Periodo 2001-2003).

- Los diagnósticos de enfermería taxonomía NANDA más frecuentes fueron:

Trastornos de la comunicación, Alteraciones Sensorceptivas, Alteración de los procesos familiares, Alteración del pensamiento, Déficit de autocuidado, Alteración del patrón del sueño, Ansiedad, Manejo ineficaz régimen terapéutico y Riesgo de violencia auto-heterodirigida (Fig. 7: Diagnósticos NANDA, Periodo 2001-2003).

CONCLUSIONES

• El perfil medio del paciente ingresado en la UHB de psiquiatría responde por tanto a un adulto joven entre 20 y 29 años, cuyo sexo predominante es mujer.

• La mujer es el género de mayor representación en la UHB de psiquiatría, representando el 67, 61 y 50% en los años 2001, 2002 y 2003 respectivamente frente a un 33, 39 y 50%, reforzando la tesis sobre el aumento de los movimientos migratorios protagonizado por las mujeres en Europa. El

tipo de ingreso involuntario es superior en la mujer en los tres años, siendo la aplicación de las contenciones mecánicas también protagonizada mayoritariamente por la mujer.

• Llama la atención que en el periodo 2001 y 2002, el continente europeo es el de mayor representación aumentando la procedencia del continente africano en el último año.

• La Tasa de Diversidad cultural en la UHB es de un 4% ambos años:

• $(\text{N}^\circ \text{ de pacientes Multicultural} / \text{N}^\circ \text{ total de ingresos en el año}) \times 100$)

• En sólo tres años, los profesionales de Enfermería de la UHB de Psiquiatría han desarrollado el trabajo sobre el Plan de Cuidados, fundamentado en los diagnósticos enfermeros consiguiendo que el 100% de los pacientes ingresados en la UHB tuvieran un Plan de Cuidados. A partir de ahora, es necesario mantener dicho estándar pero profundizando cada vez más en la calidad de los mismos, con el fin de que éstos no sólo cumplan con los objetivos asistenciales, sino que proporcionen una atención integral, personalizada y de calidad a los pacientes que reciben nuestros cuidados.

• El personal de enfermería realiza el 100% de los informes de alta de enfermería, reflejándose en ellos los diagnósticos de enfermería que se han detectado y los que se han resueltos, así como un informe de enfermería de la evolución del paciente durante su ingreso hospitalario. En él, se reflejan las recomendaciones al alta, enviándolo por FAX al Centro de Salud Mental correspondiente o al centro de Atención Primaria.

• En función de los diagnósticos médicos, el grupo F20-29 que designa a los pacientes con trastornos psicóticos es el más frecuente en el año 2001 con el diagnóstico de esquizofrenia paranoide, mientras que en los años 2002 y 2003 el grupo F30-39 que corresponde a los trastornos del humor (depresión y trastorno bipolar en fase maníaca y/o hipomaníaca).

• Es significativo el motivo de ingreso de estos pacientes ya que llama la atención la ideación auto-lítica, el estado de ánimo depresivo y los sentimientos de desesperanza y ansiedad que vienen a reforzar que el choque cultural, el desarraigo, las expectativas no cumplidas, el paro, las necesidades económicas, favorecen la enfermedad mental.

COMENTARIO

La población inmigrante es vulnerable y presenta un doble riesgo respecto a su salud mental. Por un lado, el proceso de inmigración implica la ruptura y la pérdida de lazos familiares, culturales, de lenguaje, de costumbres y de estatus, y por otro, el de pertenecer a un colectivo en riesgo de exclusión social, lo que significa problemas a la hora de insertarse social y laboral. Todo ello puede derivar en problemas psicosociales. El inmigrante está sometido a presiones de todo tipo:

- Duelo migratorio: ruptura afectiva con su país, familia, amigos; sentimientos de soledad, aislamiento social; sentimiento de culpa por dejar a sus hijos, familia, etc.; choque cultural: desconocimiento del idioma, de las normas sociales, de la simbología, del significado, etc.; estrés permanente por demostrar su capacitación y preparación, inseguridad ciudadana, económica y laboral; problemas en encontrar una vivienda, marginalidad; malos tratos, prostitución o violencia que sufren.

Una minoría de esta población se integra, otra se adapta, una mayoría se excluye y otra es excluida, porque las situaciones que vive el inmigrante provocan frecuentemente la pérdida del proyecto migratorio inicial, conduciendo a los más vulnerables a la desesperanza, al desequilibrio y desadaptación, e incluso al suicidio.

Los profesionales de enfermería tienen cada día una mayor variedad de usuarios/clientes/pacientes a los que cuidar y precisamente ya no se trata del paciente tradicional pues proceden de muy diversos lugares, con culturas, idiomas y lenguas diferentes. La sociedad es cada vez más plural y la Enfermería por tanto también ha de serlo, aceptando la multiplicidad de costumbres y de forma de vida en el escenario laboral, reconociendo la diversidad y contribuyendo a la interacción social.

La presencia de “la otredad” ha de aportar intercambios simbólicos enriquecedores y socialmente deseables y justos y la Enfermería, cuyo objeto de conocimiento es el cuidado, ha de adaptarse con el fin de apropiarse y adecuar éstos al “otro paciente”, contextualizando su cultura y comprendiendo desde su perspectiva la forma de entender la salud y la enfermedad.

Según José Manuel TORDERA ALBA, con el modelo de Interaccionismo simbólico (IS) de Joan

Riehl Sisca y sus tres principios fundamentales, las enfermeras/os en lo referente al proceso de cuidar, “hemos de ser conscientes de la intencionalidad que ha de guiar nuestro comportamiento con y para el paciente pues las personas asignarán un significado a cada una de nuestras palabras y acciones; la enfermería debe ser consciente del papel que le toca; la conciencia en la actuación, la intencionalidad de palabra y acción, también es un indicador de profesionalidad.”

En el mes de febrero del año 2002, ingresó un paciente marroquí con un trastorno psicótico imposible de abordar, más aun, aumentando su irritabilidad y agitación cuando, la mayoría de las enfermeras intentábamos acercarnos, y aquí digo bien enfermeras, por el género, pues su cultura trascendía dificultando su cuidado. Pedí ayuda a un médico libanés del hospital, que se mostró encantado de poder ayudarnos. Las personas presentes en aquella entrevista, tuvimos el privilegio de poder asistir a un encuentro caracterizado por la protección y la solidaridad, el respeto y la comprensión, pero por encima de todo, cargado de una inmensa humanidad. Dos personas que no se conocían, con status social y político distintos, provocándonos unas emociones profundas de admiración, de ternura, y por qué no decirlo, de amor.

Las siguientes líneas de Luis RACIONERO, plasman y ejemplifican cual ha de ser la naturaleza de la interacción social, en este mundo culturalmente diverso: “Cuando una sensación o emoción importante sucede en cierto lugar, la persona asocia un elemento físico de ese lugar con la vivencia



(...). Esos elementos físicos pasan a ser depositarios de un significado simbólico individual; cuando ese significado simbólico no es sólo personal, sino que es compartido, esos elementos pasan a ser símbolos sociales y a definir una cultura” (Racionero, 1986).

Para terminar, me gustaría agradecer a un profesor de la licenciatura de antropología social y cultural, “Modesto García” de la Universidad Católica de Murcia, por trasmitirme su interés en la etimología de las palabras y analizar desde ese punto de vista el significado de los “cuidados de enfermería”, para reflexionar y realizar una inferencia personal.

La etimología es la ciencia que busca e indaga en el origen de las palabras, asignándoles su verdadero sentido. Si los cuidados de enfermería son la esencia de nuestra profesión, hemos de remitirnos a su origen, descubriendo el significado de “cuidar y cuidado”.

1. El verbo “cuidar”, etimológicamente proviene del verbo latín cogitare que significa pensar, pasando a prestar atención en su acepción medieval y de ahí a asistir (a alguno) y poner solicitud (en algo).

2. El término “cuidado, deriva del latín cogitatum, que significa pensamiento, reflexión.

Estos dos puntos nos llevan pues a deducir que aplicando una perspectiva etimológica, la enfermera cuida y da cuidados, por tanto la enfermera presta atención, pensando y reflexionando para asistir con atención y esmero, tras una reflexión cuidadosa.

Apliquemos e interioricemos el significado de estas maravillosas palabras, convirtiéndolas en el sentido verdadero y esencia de nuestros cuidados.

BIBLIOGRAFÍA

- BECK-GERNSHEIM, E., BUTLER, J. y PUIGVERT, L. (2001): “Mujeres y Transformaciones sociales”, Colección Apertura, Ed. El Roure Editorial S.A., Barcelona

- COROMINAS, J. (2000): “Breve diccionario etimológico de la lengua castellana”, Ed. Gredos, S.A., 3ª edición, Madrid.

- Enciclopedia® Microsoft® Encarta 2001. © 1993-2000 Microsoft Corporation.

- GARCÍA, N.: “Culturas urbanas de fin de siglo: la mirada antropológica”. *Internacional Social Science Journal* (UNESCO).

- GELLNER, E. (1994): “Postmodernismo, razón y religión”, Ed. Paidós Ibérica, S.A., Barcelona

- MARTÍN, A. & LUNA J. D. (1995): “50 + 10 horas de bioestadísticas”. Ed. Norma S.L., Madrid.

- MOLINA, E. (2002): “Manejo de enfermería en pacientes con cuadro de agitación”, Ed. Glosa S.L., Barcelona.

- MOLINA, E. (2002): “Multiculturalismo, Inmigración e Integración”, IV Jornadas de Antropología, Universidad Católica San Antonio de Murcia.

- PARDO, G. & CEDEÑO, M. (1997): “Investigación en salud. Factores sociales”. Ed. Mc Graw - Hill- Interamericana, S.A., Santafé de Bogotá (Colombia).

- RACIONERO, L. (1986): “Sistemas de ciudades y ordenación del territorio”, Madrid.

- SIMMEL, G. (1986): “Las grandes urbes y la vida del espíritu” en *El individuo y la libertad*, Ed. Península, Barcelona 1986, pp. 247-261.

- TORDERA, José Manuel (2000): “Investigación cualitativa (IC) y enfermería”, *Enfermería clínica*, Ed. Doyma S.A., vol. 10, Nº1, pp43, Barcelona.

- TRACHANA, A.: “Megaciudades e hiperedificios. El impacto de la globalización sobre la estructura espacial y social”

- VALLE, T., J.M. APAOLAZA, F. ARBE, J. CUCÓ, C. DÍEZ, M.L. ESTEBAN, F. EXTEBERRÍA Y V. MAQUIERA (2002): “Modelos emergentes en los sistemas y las relaciones de género”, Ed. Narcea, S.A. de Diciones, Madrid

- VALLEJO, A. (2002): “Introducción a la psicopatología y la psiquiatría”, eª edición, Ed. MASSON, Barcelona.

- ARANGO, J.: “¿De qué hablamos cuando hablamos de multiculturalidad?” [en línea]. *El país digital*. http://www.elpais.es/articulo.html?d_date=20020323&xref=20020323elpepiopi_6&tv1 [consulta el 23 de marzo de 2002].

- BORJA, J & CASTELLS, M.: “La ciudad multicultural”, en <http://www.innovarium.com/CulturaUrbana/CiudadCGC.htm><http://www.innovarium.com/>

- MORIN, E. (2000): en “Antropología de la libertad” [en línea]. *Gaceta de Antropología*, Nº16-01, http://www.ugr.es/pwllac/G16_Edgar_Morin.html [consulta el 20 de abril de 2002].

- TARRÉS CHAMORRO, Sol: “Vejez y sociedad multicultural” [en línea]. *Gaceta de Antropología*, en http://www.ugr.es/pwllac/G18_05Sol_Tarres_Chamorro.html [consulta el 22 de marzo de 2002].

- TARRÉS CHAMORRO, Sol: “El cuidado del otro. Diversidad cultural y enfermería transcultural” [en línea]. *Gaceta de Antropología*. En http://www.ugr.es/pwllac/G17_15Sol_Tarres_Chamorro.html [consulta el 12 de abril de 2002]

- VILLANUEVA LÓPEZ, C. “ Los Modelos de aculturación e intervención psicosocial en la inmigración” [en línea]. Gaceta de Antropología, N° 17, en http://www.ugr.es/pw1ac/G17_06Claudio_Villanueva_López.html [consulta: 7 de mayo de 2002]
 - AZURMENDI, M (2000): “La invención del multiculturalismo”, diario ABC, Madrid 18/03/2002

- SÁNCHEZ, I (2002): “ Multiculturalismo contra integración ”, diario ABC, Madrid 27/02/2002
 - GRISOLÍA, S (2002): “Problemática de la Inmigración”, diario ABC, Madrid 27/02/2002
 - ALONSO, A (2002): “Hans-Georg GADAMER: Un siglo de Filosofía” en El Mundo, p. 14, Madrid 15/03/2002.

Ingresos 2001-2002-2003

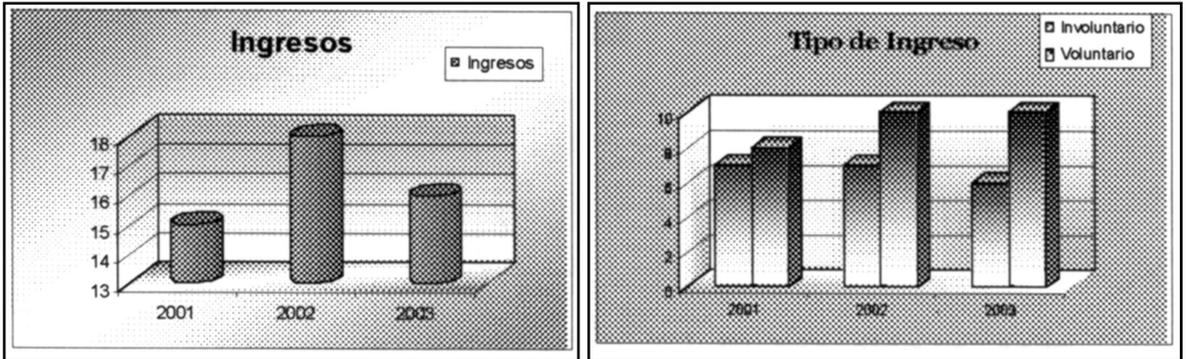


Fig.1: Ingresos totales e involuntarios, Periodo 2001-2003.

Aplicación de Contención Mecánica

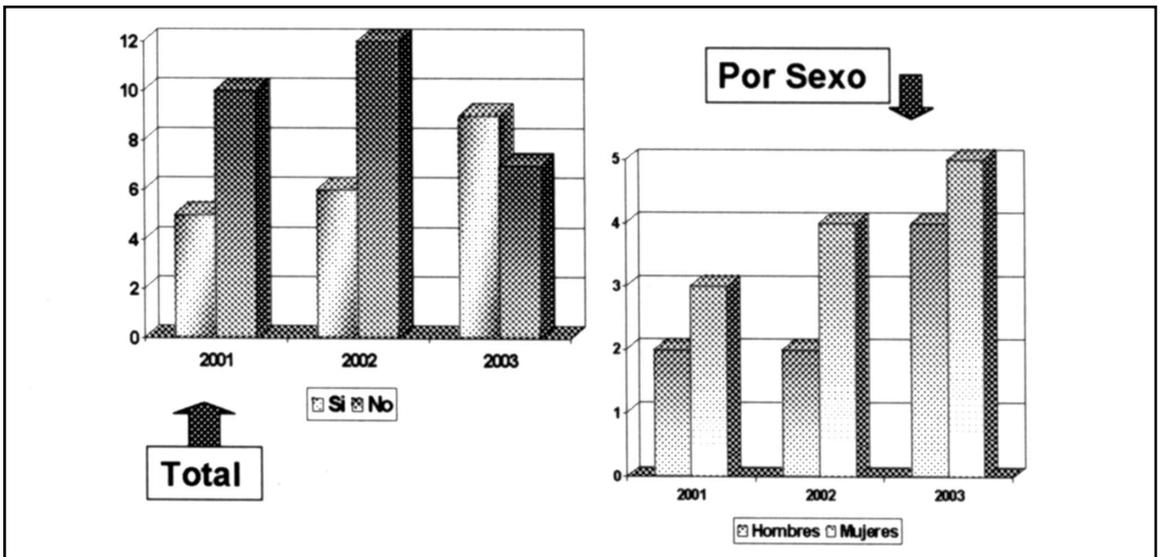


Fig.2: Distribución por sexo y rango de edad, periodo 2001-2003.

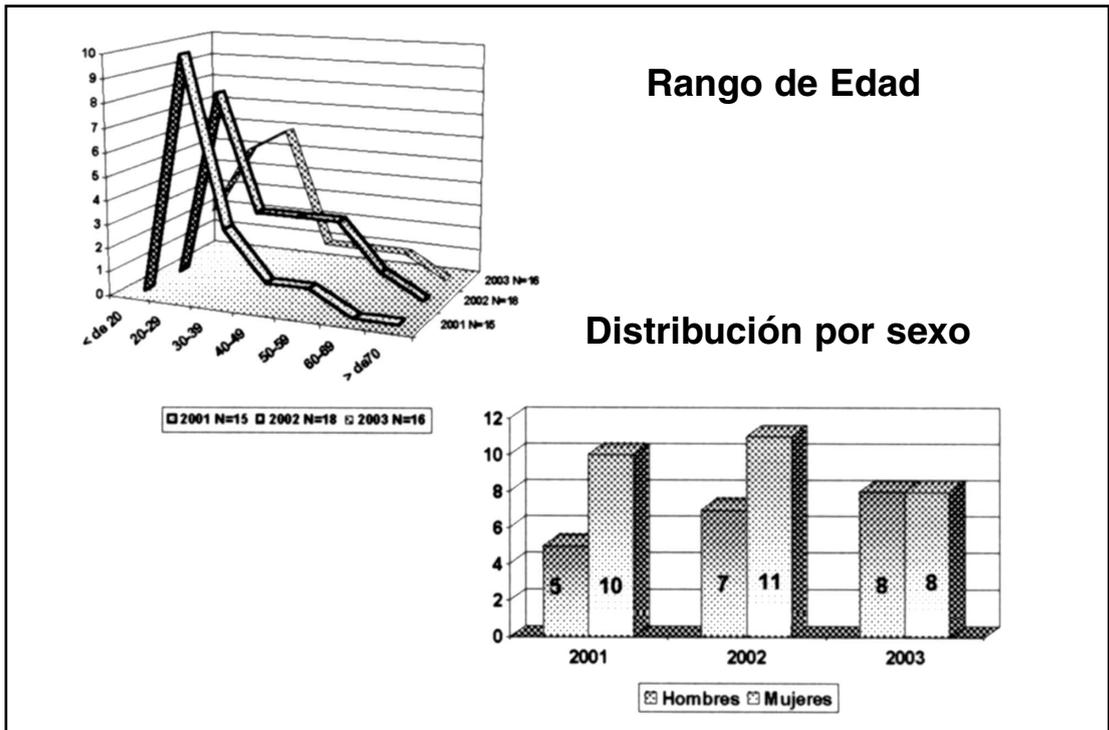


Fig. 3: Aplicación de contención mecánica, Periodo 2001-2003.

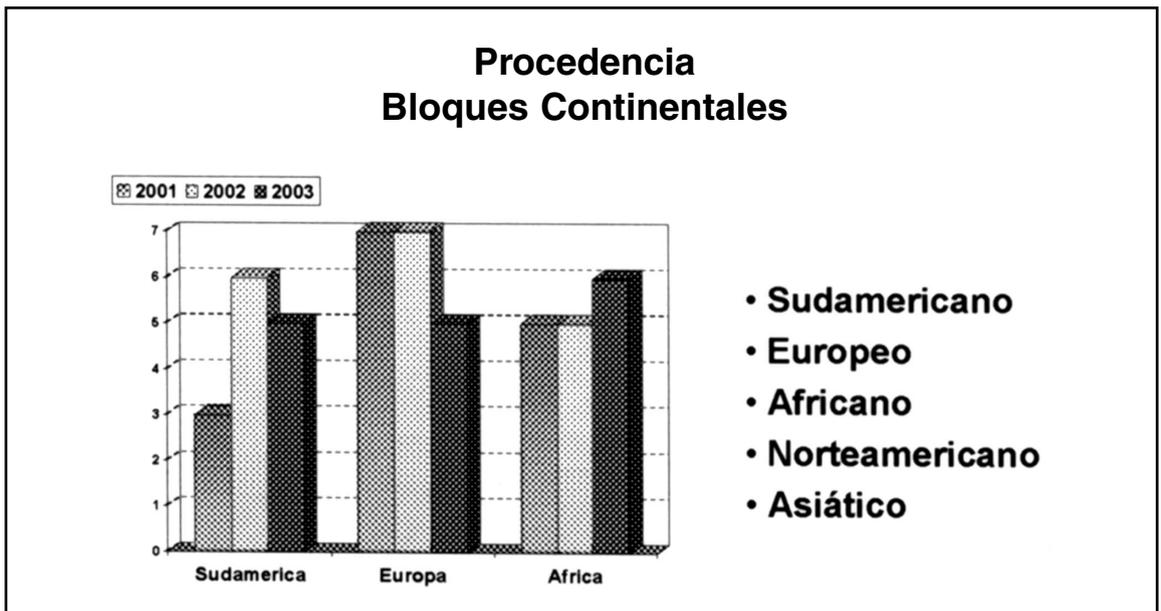


Fig. 4: Procedencia. Bloques continentales, Periodo 2001-2003.

Los diagnósticos médicos según la CIE-10

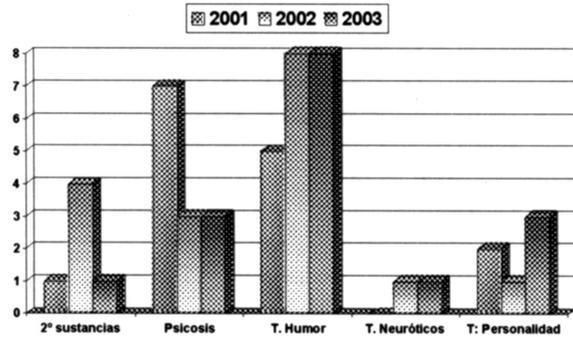


Fig.5: Diagnósticos médicos según CIE-10, periodo 2001-2003

Planes de Cuidados & Altas de Enfermería

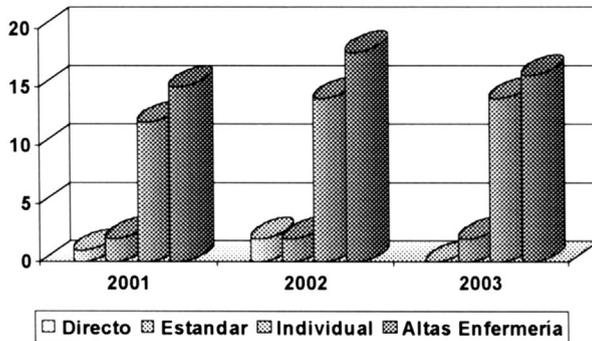


Fig. 6: Planes de cuidados, Altas y diagnósticos NANDA, Periodo 2001-2003.

Diagnósticos de Enfermería (Taxonomía NANDA)

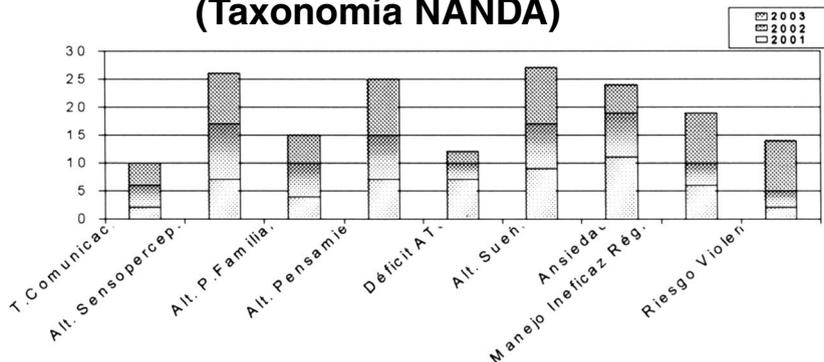


Fig. 7: Diagnósticos de Enfermería taxonomía NANDA, Periodo 2001-2003.

SENTIRSE MAL “ASÍ LES TOCO VIVIR”: LAS MUJERES Y SU PERCEPCIÓN DE SALUD EN MÉXICO

Dra. Enfermera Hernández Tezoquipa Isabel*; **Dra. Arenas Monreal L***; **M. C. Váldez Santiago R***

** Profesoras Investigadoras del Instituto Nacional de Salud Pública*



FEELING UNWELL, “SO WAS THEIR DUE”: WOMEN AND THEIR PERCEPTION OF HEALTH IN MEXICO

ABSTRACT

Objective: To analyse the implicit social process between feeling unwell and seeking for health services help, in women from five Mexican regions.

Material and methods: Forty interviews to women aged 35-65 years within the National Health Survey 1994 were qualitatively analysed. These women came from five different Mexican regions: a metropolitan area, the north, the south, the centre and a depressed area.

Results: Research findings show that women’s perception of health is about “feeling constantly unwell”; nevertheless, they do not “lay on bed”.

The seek for health services help is always a late one, due to the role they play as social reproducers within their families and communities.

Conclusion: Health professionals’ knowledge about women’s experiences regarding their perception and health care, will allow them to become aware of the reasons for these women’s late seek for health services help.

Key words: Women’s health, gender

RESUMEN

Objetivo

Analizar el proceso social implícito entre el malestar y el acudir a los servicios de salud de las mujeres de cinco regiones del país de México.

Material y Métodos

Se realizó un análisis cualitativo de 40 entrevistas a profundidad aplicadas a mujeres de mediana edad (35 a 65 años) procedentes de cinco regiones de México: Zona metropolitana, norte, sur, centro y una zona de alta marginación; en el marco de la Encuesta Nacional de Salud 1994.

Resultados

Los hallazgos de la investigación muestran que la percepción de salud de las mujeres se caracteriza por “sentirse constantemente mal”, sin embargo, no se “dejan caer en cama”. La búsqueda de atención a la salud es en todos los casos tardía, esto se explica por las funciones como reproductoras sociales que realizan las mujeres al interior de sus familias y comunidades.

Conclusión

El conocimiento por parte de los prestadores de servicios de salud de la experiencia de las mujeres

acerca de su percepción y atención, permitirá que hagan conciencia de el porque las mujeres acuden tardíamente a los servicios de salud.

Palabras clave: salud de las mujeres, género.

*La madre de familia tiene hijos, los amamanta,
Su corazón es bueno, vigilante,
Diligente, cava la tierra
Tiene ánimo, vigila.
Con sus manos y su corazón se afana,
Educa a sus hijos,
Se ocupa de todos, a todos atiende.
Cuida de los más pequeños.
A todos sirve, se afana por todos, nada descuida,
conserva lo que tiene, no reposa.
(Códice Matritense de la Real Academia, f.112r.
citado por Miguel de León-Portilla.
Arqueología Mexicana, Enero-Febrero 1998.,
Vol. V, Num. 29, pp-14-19)*

INTRODUCCIÓN

En la presente investigación nos enfocamos a la vinculación entre la construcción social de la identidad femenina y su relación con la percepción y atención de la enfermedad en las mujeres de mediana edad. Retomamos el concepto de género entendido como la construcción cultural simbólica que se hace a partir de los sexos biológicos; se asigna a la persona una manera de ser mujer u hombre, con formas de comportamiento, de actitudes, destrezas y roles específicos para desenvolverse y ocupar un lugar en el mundo (Sayavedara, 1997).

La mayoría de los estudios sobre la salud de las mujeres se han centrado particularmente en la etapa reproductiva (Szasz, 1999) (Villela, 1991). Esta tendencia también se aprecia en los programas de atención a la salud y las políticas públicas que se centran especialmente en objetivos relacionados con el control de la natalidad y la salud materno-infantil. Dejando de lado otros aspectos de la salud y necesidades de las mujeres que se encuentran en otros momentos del ciclo de vida, como es la mediana edad.

A pesar de que las mujeres de edad mediana constituyen un importante sector de la población, los estudios sobre condiciones de su salud y demandas de atención de esta población son prácticamen-

te inexistentes en nuestro país. Algunos estudios muestran que en esta etapa de la vida, las mujeres se preocupan por otros aspectos diferentes a los de salud reproductiva como es enfocar su propia salud bajo un concepto más integral donde lo importante es el balance entre lo espiritual, lo físico y lo emocional (Bruenjes, 1994) (Devine, 1992).

Las ciencias sociales han aportado datos significativos que indican que no existe una relación directa entre el sentirse enfermo y acudir al médico. Este fenómeno está mediado por un proceso social en el que interviene la percepción individual, la forma en que se interpretan los síntomas y las características de los sistemas de salud (De la Cuesta, 1999).

El presente artículo analiza el proceso social implícito entre el "malestar" (Burin 1998) de las mujeres y el acudir a los servicios de salud.

MÉTODO

Se analizó una base de datos que corresponde a la Encuesta Nacional de Salud (ENSA II) en México. La ENSA II se llevó a cabo en 1994, un componente fundamental de la encuesta fue la inclusión de un componente cualitativo. La unidad de análisis de este estudio fueron mujeres usuarias y no usuarias de los servicios de salud dentro del rango de edad de 35 y 65 años.

Se agrupó el total de entidades federativas en cinco regiones de estudio: Zona Metropolitana, Centro, Norte, Sudeste y Golfo. En total se realizaron 192 entrevistas a profundidad, de las cuales sólo 40 correspondieron a mujeres de 35 a 65 años de edad.

Estas entrevistas contienen los siguientes ejes temáticos: 1) Noción y percepción de salud enfermedad; 2) Carrera de la enferma; 3) Percepción de los servicios de salud y economía de la salud; 4) Hospitalización. Las entrevistas fueron realizadas por personal del área de ciencias sociales con experiencia en la aplicación de este tipo de técnica. El análisis de las 40 entrevistas de este estudio se basó en los tres primeros ejes temáticos.

Las entrevistas fueron grabadas con la autorización, en todos los casos, de las entrevistadas, se transcribieron y para efectos de codificación y procesamiento de información, se utilizó el programa de cómputo Ethnograph 4.0.

Las categorías analíticas fueron: 1) Percepción de las mujeres sobre su malestar; 2) postergación de la salud personal. Estas se construyeron a partir de los códigos: a sí misma, y ámbito privado para la primer categoría, para la segunda: otros. Tanto los códigos como las categorías se construyeron a partir del campo empírico de la investigación.

RESULTADOS

En el presente apartado se presentan los resultados del análisis de las entrevistas realizadas a las mujeres de mediana edad, a partir de las siguientes categorías analíticas: La percepción de las mujeres sobre su malestar y la postergación de la atención de la salud personal.

La percepción de las mujeres sobre su malestar

Uno de los apartados centrales de la indagación, se relaciona con la percepción y manera en que las mujeres perciben y se expresan respecto a su salud. En este sentido, una respuesta generalizada fue una constante sensación de sentirse enfermas, un malestar generalizado que si bien no las incapacita para llevar a cabo sus actividades diarias, si está presente como malestar continuo. Estas son algunas de las expresiones en que las mujeres se manifiestan acerca de su percepción de salud:

Siento cansancio constante, pienso que en cualquier momento reventó (E/ 248).

Ya llevo ocho años, rezo a Dios de lo mal que me siento (E/ 139).

Tengo dolencias por todo el cuerpo (E/ 166).

Desde niña me he sentido mal, desde los diecisiete años empecé y hasta ahora, de repente pierdo fuerza en el pie y caigo, ayer tres veces me pasó (E/ 19).

El malestar de las mujeres se manifiesta por medio de dolores en diferentes partes del cuerpo, decaimiento general y constante. Un sentirse mal continuo que produce una sensación de desventura e imposibilidad de cambio, tanto por las características del mismo como por lo prolongado del padecimiento. Varias de las entrevistas realizadas confirman ese temor:

- Me siento muy mal pero no me dejo caer en cama (E/ 20).

- A pesar de sentirme muy mal no estoy tirada, estoy caminando (E/ 44).

Frente a este malestar lo que las mujeres desean es no quedar postradas, es decir, incapacitadas para realizar las diferentes actividades que les exige su rol de madre-esposa.

La postergación de la salud personal

Como parte del fenómeno de sentirse mal constantemente y no dejarse caer en cama, las mujeres postergan atender su salud de manera continua. Van al médico cuando se sienten muy mal, es decir, cuando ven amenazado su rol de reproductoras sociales. Las mujeres se sienten enfermas pero hay un largo proceso de espera entre su sensación de malestar y la búsqueda de ayuda, varios testimonios demuestran estos largos períodos de sentirse enfermas:

- Tardé ocho días con un óbito (E/161).

- Estuve veintidós días con un dolor de muelas hasta tener un dolor terrible por la infección (E/ 164).

- Hasta que convulsione me atendí (E/ 53).

Las mujeres y su percepción de salud-enfermedad-atención se encuentra envuelta en un proceso que presenta varias etapas. Puede describirse de esta forma: sentirse mal constantemente, tardar tiempo en declararse enfermas y tardar también en solicitar ayuda en los servicios de salud. El punto central es evitar caer en cama, pues se limitaría su función principal como cuidadora de los demás. Estos testimonios ejemplifican lo anterior:

- Tardo tiempo en atenderme porque hay muchos a quienes atender (E/58).

- Pues yo no sé por qué no hago caso, pues digo, me voy a andar por allá, y ellas van a llegar, y como ahora, pues no barro, ni hago la comida, ellos van a llegar a las dos, y se van en la mañana a las seis y media, y entonces llegan y traen hambre, y quién las va a esperar, pues yo (E/41).

Esto tiene como consecuencia el aplazamiento a la atención personal, provocando un constante sentirse mal, pero que les permite cumplir con su rol social de madre-esposa.

DISCUSIÓN

Los resultados de esta investigación contribuyen a mejorar el conocimiento sobre el camino que recorren las mujeres desde la percepción de su estado de salud y decidirse a acudir a los servicios de salud. Diversos estudios muestran que no existe una relación directa entre sentirse enferma e ir al médico, ya que este fenómeno está mediado por un proceso social en el que interviene la percepción individual y la forma en que la usuaria interpreta los síntomas (De la Cuesta 1999). En el caso de las mujeres está en función del cuidado a los demás. Como lo confirman los resultados de esta investigación, las mujeres comprometen su salud y esperan largos periodos para solicitar atención. No es que no perciban el malestar, ni quieran sobrevivir con él, sino más bien tienen una limitada autonomía y control sobre sus propias necesidades, las que le atañen sólo a ella y su cuerpo. Por otro lado, también pone en evidencia la forma en que las mujeres priorizan sus necesidades en función de las necesidades de los otros, los que están bajo su cargo. Los datos de éste estudio son diferentes a los reportados en investigaciones realizadas con mujeres de mediana edad en países desarrollados, en las que se refiere que aunque las mujeres continúan en su rol de cuidadoras tienen una visión diferente de los riesgos de salud, nuevas oportunidades y otras

actitudes para el cuidado holístico de sí mismas (Bruenjes 1994) (Devine 1992).

La aportación de este manuscrito reside en que ofrece una visión del cuidado-atención de la salud de las mujeres: La percepción de las mujeres sobre su malestar y la postergación de la atención de la salud personal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BURIN, M. (1998) Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad. Paidós, Buenos Aires.
- BRUENJES, S. (1994) Orchestrating health: Middle-aged women's process of living health. *Holistic Nurs Pract*, 8, 22-32.
- DEVINE, C.M., OLSON C.M. (1992) Women's perceptions about the way social roles promote or constrain personal nutrition care. *Women & Health*, 19, 79-95.
- DE LA CUESTA, C. (1999) Las mujeres y el manejo de un síntoma: de la valoración a la selección. *Salud Pública de México*, 41,124-129.
- SAYAVEDRA, H.G., FLORES, H.E. (1997). Ser mujer: ¿Un riesgo para la salud? Red de mujeres, México.
- SZASZ, I. (1999) Género y salud. Propuesta para el análisis de una relación compleja. En M. Brofman & R. Castro (Coords.) *Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina*. EDAMEX, México.
- VILLELA, M. (1991) Mulher e saúde: suas preocupações. *Rev.Paul. Enf*,10,127-131.



INFLUENCIA DE LA POLÍTICA EN LOS CUIDADOS A INMIGRANTES Y GRUPOS DESFAVORECIDOS

Blázquez Rodríguez, M^a. Isabel

Diplomada Universitaria en Enfermería. Licenciada en Antropología Social y Cultural. Diploma de Especialización en Promoción de Salud. Investigadora del Instituto de Salud Carlos III. Madrid



INFLUENCE OF POLITICS ON CARE OF IMMIGRANTS AND VULNERABLE GROUPS

ABSTRACT

Immigration policies are to a great extent determined by established legislation. The requirements that appoint the right to health protection and the use of health services, have changed during the past years.

The ideas hereby included come from my experience in participative research-action with immigrants communities in the Escuela Nacional de Sanidad, the objective being to give data and analyse the different policies, based on health legislation or others.

Key words: immigration policies, vulnerable groups

RESUMEN

Las políticas en materia de extranjería vienen determinadas en gran medida por las legislaciones que se establecen. Los requisitos

que han establecido para la atención han variado en los últimos años y determinan el derecho a la protección de la salud y la utilización de los servicios sanitarios.

Las ideas que aquí se plantean parte de mi experiencia en la investigación-acción participativa con comunidades inmigradas en la Escuela Nacional de Sanidad, el objetivo es aportar datos y analizar las diferentes políticas, centradas en las legislaciones, tanto sanitarias como de otro orden.

Palabras clave: política de inmigración, grupos desfavorecidos.

INTRODUCCIÓN

Las políticas en materia de extranjería vienen determinadas en gran medida por las legislaciones que se establezcan. Así en estas legislaciones se regula la accesibilidad a la atención sanitaria por parte de la población extranjera. Los requisitos que han establecido para la atención han variado en los últimos años y determinan el derecho a la protección de la salud y la utilización de los servicios sanitarios. Además estas legislaciones regulan otros aspectos de la vida ordinaria de la persona extranjera que influyen en su nivel de salud como el acceso al trabajo, a la vivienda, a la educación,...

Las ideas que aquí se plantean parte de mi experiencia en la investigación-acción participativa con comunidades inmigradas en la Escuela Nacional de Sanidad, sin considerarme experta en este asunto, si quisiera aportar algunos datos y análisis que nos muestran diferentes políticas, centrándome en las legislaciones, tanto sanitarias como de otro orden, que afectan a los grupos inmigrantes pero también a la población autóctona especialmente a aquellos grupos más desfavorecidos en su derecho a la protección a la salud. La convergencia de estas variadas políticas nos dibujan el panorama

de cómo se ha definido la atención sanitaria y cómo esta condicionada por una serie de factores para una parte de nuestra población.

Finalmente lo que se pone en cuestionamiento es la estructura de nuestro estado de bienestar que debe ser el garante del derecho a la protección de la salud y del nivel de calidad de vida de sus ciudadanos/as.

REVISIÓN DE LAS LEGISLACIONES

Haciendo un breve recordatorio de las legislaciones encontramos que el primer ordenamiento jurídico en materia de extranjería se publica en 1985 (BOE núm. 158), que sólo contemplaba el derecho a la protección de la salud de aquellos extranjeros regularizados. Pero es la ley 4/2000 en su artículo 12, la que expresa que tienen derecho a la asistencia sanitaria aquellos extranjeros que se encuentren en España en alguna de las siguientes situaciones:

Los extranjeros que se encuentren en España inscritos en el padrón del municipio en el que residen habitualmente tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.

Los extranjeros que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencia ante la contracción de enfermedades graves o accidentes, cualquiera que sea su causa, y a la continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médica.

1. Los extranjeros menores de dieciocho años que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.

2. Las extranjeras embarazadas que se encuentren en España tendrán derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y posparto.

En todas estas legislaciones lo que se detecta es que establecen la jerarquización de derechos, la consideración del inmigrante como mano de obra y la vinculación entre trabajo y residencia, y esta última se vuelve más inespecífica y abstracta, lo que da lugar a una mayor arbitrariedad.

En esta ley 4/2000 aparece la inscripción en el padrón como el mecanismo facilitador de la atención de aquellos extranjeros que no estén regularizados. Después del empadronamiento la persona

extranjera deberá realizar otro trámite administrativo que consiste en la tarjeta sanitaria. Para ello debe aportar una acreditación de insuficiencia de recursos económicos, el certificado de empadronamiento, pasaporte y formularios F1 y F6. El formulario F6 consiste en la solicitud de reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria y el F1 en la solicitud de emisión de la tarjeta sanitaria.

De todo este corpus legislativo quisiera comentar algunos aspectos que condicionan el disfrute de este derecho a la protección de la salud de la población de origen extranjero:

El primer efecto que se puede evidenciar con la apertura de la Ley 4/2000 en materia de derecho a la asistencia sanitaria, es que ha tenido efectos positivos inmediatos en la normalización de la atención en salud para los inmigrantes. Si analizamos los datos de altas en tarjetas sanitarias en la Comunidad de Madrid, nos muestran que antes de esta ley había sólo 11.707 tarjetas sanitarias, y a 1 de enero del 2002 había 358.616. Este crecimiento tan rápido del 41.51%, desde enero a octubre del 2002 nos verifica la necesidad que había de una ley que facilitase la atención sanitaria de la población inmigrante.

En segundo lugar, la ley contempla que la atención sanitaria esta supeditada a la inscripción en el padrón. Por lo que todas aquellas personas que no puedan empadronarse por diferentes circunstancias quedarían ausentes de derecho. Las dificultades para empadronarse pueden ser porque carecen de documentación identificativa o porque son itinerantes por trabajo, carecen de vivienda estable, en su vivienda hay muchas personas empadronadas, o la primera persona empadronada en la vivienda no le autoriza el empadronamiento,... El documento identificativo puede ser bien el documento oficial expedido por las autoridades españolas (tarjeta de extranjero) o bien el expedido por las autoridades del país de origen, sin embargo hay algunas personas inmigrantes que carecen de ambos documentos. La mayor parte de estos extranjeros no empadronados son los que se encuentra en unas condiciones de vida y exclusión social que ponen su salud en una situación de mayor vulnerabilidad (Castillo, 2002) por lo que necesitarían poder entrar en los circuitos preventivos y asistenciales.

El padrón se convierte en un instrumento para la adquisición de derechos que es normativizado por las administraciones locales, dándose una enorme arbitrariedad entre municipios para su tramitación y concesión. Por lo que se produce una desigual accesibilidad en función de las áreas geográficas. Además en la recién estrenada ley 14/2003 se expresa que los datos del Padrón Municipal se cederán a otras Administraciones Públicas que lo soliciten, sin consentimiento previo del inmigrante: "La Dirección General de la Policía accederá a los datos de inscripción padronal de los extranjeros existentes en los Padrones Municipales". Además la reforma permite saber quienes son "regulares" y quienes "irregulares", mediante los datos de identificación. Y exige que el padrón sea renovado cada dos años aunque no haya modificaciones. Por lo que el padrón queda concebido como instrumento de control administrativo o policial. Los efectos que hemos percibido de esta medida es que desalienta a un gran número de inmigrantes a su empadronamiento ya que sienten que esto es una medida de control y como las medidas de expulsión se endurecen, prefieren no empadronarse, aunque ello implique no poder optar a estos derechos que el trámite confiere como el de atención sanitaria.

Todo ello produce que el número de irregulares se presente como un grupo cada vez más numeroso e invisibilizado sin acceso a los servicios de salud. Según el Anuario Estadístico Extranjería a 31 de junio de 2003 (INSALUD), el número de personas extranjeras es de 1.448.671, y según el INE con los datos del padrón esta cifra asciende a 2,5 millones de extranjeros, ya que se incluye a los que no tienen tarjeta o permiso de residencia, de tal forma que empadronados o extranjeros no regularizados habría 1.051.329 personas. Siendo esta cifra sólo la punta del iceberg que esconde detrás de sí a otras personas que no son registradas.

La existencia de un gran número de personas en situación irregular también puede ser conocida a partir de los datos ofrecidos por la Delegación del Gobierno para la Inmigración, como resultado de las regularizaciones extraordinarias realizadas en los dos últimos procesos (2000 y 2001). El Real Decreto 239/2000 (BOE NÚM. 43) establece el procedimiento para la regularización de extranje-

ros prevista en la ley 4/2000 y da lugar al proceso de regulación iniciado en el 2000.

Posteriormente el Real Decreto 142/2001(BOE num 44) establece el proceso de regularización extraordinario del 2001. Según esta información se otorgó documentación a 334.882 inmigrantes desde marzo de 2000 a diciembre de 2001, de un total de 615.000 solicitudes presentadas. Lo que quiere decir que el volumen de extranjeros sin regularizar era antes de los procedimientos muy elevado, y que sigue siéndolo después, ya que a la cifra de denegaciones ha de añadirse la de nuevas entradas producidas en este período hasta la actualidad.

Otras regulaciones que afectan a sanidad y debemos conocer es lo dispuesto en Reglamentos y Acuerdos Sanitarios en materia de sanidad exterior (Real Decreto 1418/1986 de 13 de junio). Sobre los requisitos sanitarios que deberán presentar todas las personas a su entrada en el territorio español: "cuando así lo determine el Ministerio del Interior (...) deberán presentar un certificado sanitario expedido en el país de procedencia por los servicios médicos que designe la Misión Diplomática u Oficina Consular española o someterse a reconocimiento médico por parte de los servicios sanitarios españoles competentes a su llegada en la frontera con el fin de acreditar que no padece ninguna de las enfermedades cuarentenales (...)". La exigencia de un certificado médico ha supuesto en algunos casos una ampliación del diagnóstico de enfermedades cuarentenales a otras enfermedades con la violación del principio de consentimiento informado y confidencialidad, derecho básico en las relaciones profesional/ usuario. Además este trámite se ha utilizado en ocasiones como una medida para controlar y regular la entrada de inmigrantes y por los empresarios para realizar un contrato laboral.

Finalmente se habla de razones humanitarias para solventar aquellas situaciones que requieran regularización, y no se ajusten a lo descrito en el texto legislativo. Sin embargo parece erróneo pensar que estas situaciones puedan resolverse de este modo. Esto podría producir como ha ocurrido en países cercanos (Francia) una terrible paradoja de que solo la enfermedad, por razón humanitaria, confiere derechos. Cabría preguntarnos qué ocurre con las enfermedades y problemas de salud no urgentes

en la población inmigrante irregular ¿se dejan a la voluntad de profesionales y servicios o se acogen al régimen de razones humanitarias?

Por todo ello, las exigencias legislativas convierten el aspecto de la documentación en fundamental para la vida del inmigrante en España, y en consecuencia, la eficacia de su trámite deja de ser deseable para pasar a ser indispensable, ya que de ella dependerá la posibilidad y condiciones de estancia de esas personas.

INFLUENCIA DE LAS POLÍTICAS EN LA SALUD

En la Escuela Nacional de Sanidad, inicialmente dentro del Departamento de Salud Internacional se empieza en 1997 una línea de investigación hacia el binomio salud-inmigración, con objeto de conocer cual era el perfil socio sanitario de este colectivo, su acceso a los servicios de salud (cobertura sanitaria,) sus problemas de salud,... En esos años es cuando en nuestro país la población inmigrante estaba aumentando considerablemente y sobre todo aquella procedente de países en desarrollo. Esta mayor relevancia de conocimiento de estos grupos sociales desfavorecidos ha servido para señalar las desigualdades en salud todavía hoy presentes en el seno de nuestras sociedades de bienestar y desarrollo (Carballo, 1996).

De este modo tenemos que hablar de los determinantes que influyen en la salud además de considerar aquellos derivados del estilo de vida que pueden poner en peligro la salud, hay que considerar aquellos derivados de las condiciones externas que soportan por su condición de inmigrantes. Resulta difícil hacer una lista de todos ellos pero a grandes rasgos podemos hablar en primer lugar del proceso migratorio, de la situación de irregularidad, los aspectos socio-económicos (relacionados con la dificultad de encontrar un trabajo y de que este cumpla unos mínimos que garanticen la dignidad de la persona), el acceso a la educación, a la reagrupación familiar, los prejuicios y los obstáculos para la integración social,... Como dice Mary Shaw (1999): “Junto a los factores culturales existen otros como la pobreza, la privación y la exclusión social que influyen en un estado de salud negativo, incrementándose este hecho entre las minorías étnicas y colectivos de inmigrantes cuan-

do se añaden los efectos de la xenofobia y del prejuicio social”.

Destaca el sistema sanitario como determinantes de la salud ya que encontramos que aunque se de la accesibilidad a los servicios a través del reconocimiento legal; encontramos otros factores de índole económica, cultural, política,... que producen que el proceso de atención sanitaria sea interrumpido. Por ello hablamos de barreras (Castillo, 2002) en el acceso y utilización de la atención sanitaria. Algunas de estas barreras aparecen también con otros grupos en situación de desigualdad como pueden ser minorías sociales y grupos étnicos. A su vez estas barreras proceden tanto de:

- La propia población inmigrante, como son: el idioma y los problemas de comunicación, miedos, desconfianzas y rechazos, obstáculos culturales, religiosos y morales, creencias y usos de la medicina tradicional y natural, concepto de salud, cuidados y enfermedad,...

- Los/as profesionales sanitarios, como son: la percepción de abuso, sobrecarga asistencial, desconocimiento de la cultura, de la legislación y recursos sociales, estereotipos sobre inmigración, estigmatización:

- Los servicios de salud, como son: la burocracia, los requisitos administrativos, los sistemas de gestión de las consultas, la concentración de inmigrantes en los cupos de algunos profesionales, los sistemas de registros y citas, los horarios, la descoordinación de los servicios, pocos programas y materiales educativos adaptados culturalmente,...

AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE

Por parte de la población inmigrante sabemos (Proyecto SEPY 98) que su salud no es una prioridad, su importancia es en la medida en que se asocia a la capacidad y la autonomía para desempeñar un trabajo. Por lo que trabajo y salud están recíprocamente relacionados y el desempleo influye en una mala salud, y la pérdida de salud lleva al desempleo.

Pero además cuando se habla de salud en las entrevistas con los/as inmigrantes aparece un “discurso de la queja” por psicopatización del malestar social. En la salud y enfermedad es donde más relevante y patente se hace la relación entre el

cuerpo con lo social, lo espiritual y lo psicológico. El cuerpo somatiza (Atxotegui, 2000), manifiesta con disfunciones orgánicas las frustraciones y conflictos cuya génesis se debe a una situación de estrés prolongada, carencias afectivas, fracaso de expectativas, experiencias de rechazo, escasez económica, inactividad, etc. Por lo que ante los signos y síntomas que manifiesta el sujeto, hemos de analizar los procesos no sólo biológicos, sino también sociales, políticos, económicos, es decir, correlacionar lo que siente con las circunstancias en las que se encuentra. Cabe preguntar si cierta morbilidad asociada a grupos como mujeres y depresión, jóvenes y trastornos de la alimentación, inmigración y psico somatizaciones, no son el resultado de factores estructurales en los que se encuentran estos grupos. Además mientras estas condiciones no se modifiquen el cuerpo estará avocado a la enfermedad y al mantenerse pueden derivar en problemas de salud crónicos.

RETOS PARA EL FUTURO

1. Visibilización de la situación de salud de estos grupos como implica por ejemplo el ajuste de los sistemas de registro epidemiológico, de morbilidad,... desglosados por una variable que recoja su condición de inmigrados como país de origen.

2. Políticas sanitarias adaptadas a las características de esta población. Lo que implica valorar si existen realmente diferencias entre los inmigrantes y otros grupos desfavorecidos socialmente. Es decir, evitar un discurso diferencialista que resaltando las diferencias culturales oculte otros factores como los socioeconómicos. Si realmente se dan peculiaridades que requieran intervenciones específicas como sucede con los recién llegados. Otras intervenciones son las dirigidas a las barreras de acceso a la información y a los servicios de salud, junto con la dificultad para comprender los mensajes preventivos por el desconocimiento del idioma, por la utilización de un lenguaje distinto, por los diferentes valores y significados, por los aspectos culturales especialmente los que hacen alusión a la sexualidad o a las relaciones entre hombres y mujeres,...

3. Abordaje intersectorial de la salud: hay que comenzar, por dar respuesta a la realidad de la inmigración en sus múltiples facetas: medidas legislati-

vas, administrativas, políticas, económicas y sociales para que los nuevos trabajadores/as y sus familias sean miembros de pleno derecho de la sociedad y mejoren sus niveles de salud y calidad de vida.

4. Establecer políticas públicas de previsión e inversión que eviten un sistema sanitario sobrecargado lo que conlleva dotar de recursos humanos, técnicos y materiales, que redundaría tanto en una mejora de la calidad asistencial como en la satisfacción de los diferentes usuarios/as.

5. Reclamación de políticas de discriminación positiva que no han de contemplarse como exclusivas para la población inmigrante sino que deberían ser aplicadas en general para facilitar el acceso a determinados recursos a los grupos más desfavorecidos socialmente como vivienda, becas,...

Por ejemplo una medida discriminatoria positiva en la ley es que se puede obtener la autorización de residencia independiente, cuando "el cónyuge" (marido ó mujer) sea judicialmente declarado-a víctima de violencia doméstica, en virtud de una orden de protección judicialmente dictada a favor de la víctima cónyuge. Aunque no se concede idéntico trato a hijos/as, etc..., que sean víctimas de violencia doméstica, y tampoco se da autorización para trabajar.

6. Fomentar políticas de integración intercultural, que garanticen el respeto a la diversidad y así evitar que se les vea como un motivo de perturbación que suponga la marginalización y exclusión social. Esto implica facilitar una atención sanitaria transcultural (valorar qué tipo y para qué las figuras de mediación y la formación en competencia intercultural).

7. Reforzar Atención Primaria: si la población que emigra es joven y sana, las principales necesidades y demandas de salud giran entorno a la promoción de salud y prevención de enfermedades (Blázquez 2003).

8. Necesidad de políticas inclusivas de participación de las comunidades inmigradas en la prevención de enfermedades y en la promoción de su salud.

9. Evitar crear grupos de riesgo asociados a los inmigrantes por ser procedentes de lugares de origen y culturas diferentes, y esto por varias razones, entre ellas las de no fomentar actitudes de marginación, rechazo y estigmatización.

ALGUNAS NOTAS FINALES PARA EL DEBATE

En la medida que dispongamos de un concepto de salud más amplio, que depende de factores de diversa índole, apostaremos por mejorar el funcionamiento de nuestra sociedad ya que la calidad de vida y la salud de sus ciudadanos/as estarán directamente relacionadas con múltiples y diversas intervenciones. Por ello quisiera plantear algunos datos de las políticas del estado de bienestar de nuestro país que nos orientan hacia dónde se dirigen los intereses en salud, y de esa forma podremos entender la viabilidad de todas estas propuestas dirigidas a los grupos más desfavorecidos socialmente:

Desde 1991 hay una política de recortes sanitarios públicos que tiene su origen en las políticas neoliberales que pretenden el déficit cero. El gasto en España en Protección Social, dónde entra la salud, es de los más bajos de Europa. Dentro del gasto sanitario la mayor parte lo absorbe las partidas destinadas al gasto farmacéutico, siendo el beneficiario último la industria farmacéutica. Por lo que habiendo toda una serie de problemas relacionados con la atención como la masificación, ésta no es la principal partida para invertir. Y por último mencionar como el proceso de privatización de nuestra sanidad y en general de todos los servicios relacionados con el bienestar: educativo, social,... va en incremento. De modo que en nuestro país, hay un gran déficit en protección social y cada vez más desigualdades en salud, educación, protección social,... Además al haber pocos recursos e incrementarse la población y las demandas hay un aumento de la competencia, lo que produce numerosos conflictos no debidos a las características de los grupos inmigrantes y desfavorecidos sino a que no hay un aumento de la inversión en salud.

BIBLIOGRAFÍA

- ATXOTEGUI J. (2000) Los duelos de la migración: una aproximación psicopatológica y psicosocial. En: Perdiguero E, Comelles JM, editores. Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina. Barcelona: Bellaterra.

- BLÁZQUEZ, M.I.; CASTILLO, S.; MAZARRASA, L.; (2003). "Una experiencia europea de promoción de la salud: la participación comunitaria con comunidades de base del África subsahariana" A tu salud. Marzo.

- BLÁZQUEZ, M.I.; MAZARRASA, L.; (2003) "La promoción de la salud en la población inmigrada". Index de Enfermería, año XII, 42. 34-38.

- Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 7/1985, de 1 de julio, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España. BOE núm 158, 3/7/1985.

- Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 239/2000 por el que se establece el procedimiento para la regularización de extranjeros prevista en la disposición transitoria primera de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. BOE num 43, 19/2/2000.

- Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 142/2001, de 16 de febrero, por el que se establecen los requisitos para la regularización de extranjeros prevista en la disposición transitoria cuarta de la Ley Orgánica 8/2000, de 22 de diciembre, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. BOE num 44, 20/2/2001.

- CARBALLO M. GROCUTT M, HADZIHASANOVIC A. (1996) Women and Migration: a public health issue. Rapp. Trimest. Statist. Sanit. Mond. 49.; 158-164. Medical migration and inequity of health care. The Lancet, vol. 356. n° 9225: 177. julio 15. 2000.

- CASTILLO RODRÍGUEZ, S. (2002). La salud de la población inmigrante en La atención Primaria de Salud ante la población inmigrante. Madrid, fundación CESM.

- CASTILLO S. (2002). La salud de la población inmigrante. En: Garay J, Fernández C, Garcia M.A, editores. La Atención Primaria de Salud ante la población inmigrante. Madrid: Fundación CESM; p. 3-45.

- INSALUD Atención Primaria del. Datos proporcionados por la Subdirección Provincial (Madrid)

- GONZÁLEZ M., SANZ B., SCHUMACHER R., TORRES AM. (1997) Una aproximación a la identificación de la situación sociosanitaria de la población inmigrante del Area 6 de la Comunidad de Madrid. Ofrim diciembre: 74-93.

- PROYECTO SEPY 1058/98: "La salud de la mujer inmigrante en la Comunidad de Madrid: percepción, accesibilidad y utilización de los servicios sanitarios" financiado por el Instituto de la Mujer. 1998/1999.

- SOLAS GASPAS O. UGALDE A. (1997). Inmigración, salud y políticas sociales. Escuela Andaluza de Salud Pública.

- SHAW M., DORLING D., DAVEY SMITH G., (1999) Poverty social exclusion and minorities. En: Wilkinson R., Marmot M., editors. Social determinants of health. Oxford: Oxford University Press; p. 211-239.

<http://dgei.mir.es/es/general/Anuario2002Presentacion.pdf>

www.ine.es

<http://dgei.mir.es/informaciónestadística>.

ATENCIÓN A LA POBLACIÓN EN DESPLAZAMIENTO FORZADO INTERNO EN COLOMBIA

Ana Luisa Velandia Mora

N. R., B. N., M. A., Ph. D.

Profesor Emérito. Universidad Nacional de Colombia



CARE OF THE POPULATION AFFECTED BY FORCED INTERNAL MIGRATION IN COLOMBIA

ABSTRACT

Considering that in Colombia one of the most vulnerable groups is that of the migrated, the key topic in this article is forced internal migration in Colombia. It is our aim to answer these questions: Who are we talking about? What is happening? Why is happening? What are we doing about it? and What should we be doing?, highlighting factors related to gender and political and economical issues, and eventually analysing the models and approaches used.

Key words: migration, transcultural nursing, Colombia

RESUMEN

Teniendo en cuenta que en Colombia, uno de los grupos más desfavorecidos son los “desplazados”; el tema central de este artículo es el Desplazamiento Forzado Interno en Colombia. Se pretende responder a las siguientes preguntas: ¿De quiénes estamos hablando?, ¿Qué esta suce-

diendo?, ¿Por qué está sucediendo?, ¿Qué estamos haciendo?, y ¿Qué deberíamos hacer; llamando la atención sobre los factores relacionados con el género y los aspectos políticos y económicos de este problema; y finalmente, analizando los modelos y abordajes utilizados.

Palabras claves: desplazamiento, enfermería transcultural, Colombia.

¿De quiénes estamos hablando?

Son seres callados, que un día, una madrugada, tuvieron que salir con sus hijos en los brazos huyendo, dejando atrás todo lo que les pertenecía para poder salvar sus vidas. Por lo general, son personas que han vivido gran parte de su vida en territorios controlados por la insurgencia y los grupos paramilitares, y en donde la presencia del Estado ha sido nula o muy deficiente o estrictamente militar.

Aspectos conceptuales: diferencias entre desplazado, refugiado y asilado.

En primer lugar, hay que tener en cuenta que existen tres grandes tipos de migrantes, en razón de la causa que general el desplazamiento: migrantes por causas socioeconómicas (originados por las condiciones de producción), migrantes por desastres naturales y migrantes por razones políticas.

Dentro de las migraciones políticas tenemos que distinguir tres tipos:

Asilados: en el derecho de gentes, es el amparo que los países o estados ofrecen a los perseguidos políticos para que la autoridad no los pueda procesar o someter a prisión.

Refugiados: aquellas personas que se han visto obligadas a abandonar su país “debido a una agresión externa, ocupación, dominación extranjera o sucesos que alteran gravemente el orden público en una parte o en todo el país de origen o nacionalidad”.

La definición técnica del *desplazado* es: “toda persona que se ha visto forzada a migrar dentro del territorio nacional abandonando su localidad de residencia o sus actividades económicas habituales, porque su vida, integridad física o libertad han sido vulneradas o se encuentran amenazadas, debido a la existencia de cualquiera de las siguientes situaciones causadas por el hombre: conflicto armado interno, disturbios o tensiones interiores, violencia generalizada, violaciones masivas de los derechos humanos y otras circunstancias emanadas de las situaciones anteriores que puedan adular o alterar drásticamente el orden público”. (Tomado de la página: www.desplazados.org.co)

¿Qué esta sucediendo?

Caracterización del problema:

El 70% de la población es menor de 19 años. La edad de las personas desplazadas en el 31.67% corresponde a niños menores de 10 años. (Tomado de ReliefWeb: Colombia: Desplazados: Rostros Anónimos de la guerra. Por Jorge Rojas)

El Secretariado Nacional de Pastoral Social (Tomado de: <http://pagina.de/desplazados>), de Diciembre de 2003 reporta que los principales departamentos expulsores fueron en su orden: Bolívar, Antioquia, Meta, Tolima y Chocó; mientras que los principales departamentos receptores fueron a su vez los departamentos de Bolívar, Meta, Antioquia, Valle y Nariño.

Con referencia a las Etnias de procedencia, del total de familias registradas, el 12% pertenece a afrodescendientes, 2% a población indígena y 86% pertenece a la raza mestiza o blanca. En cuanto a la Tenencia de la tierra, las familias de desplazados en Colombia declaran haber abandonado propiedades que ascienden a 569, 54 hectáreas.

El 50% de las familias de desplazados en el territorio nacional no forma parte de ningún tipo de organización, el 13% pertenece a organizaciones campesinas, mientras que el 5% pertenece a organizaciones comunitarias o de otro tipo. Sólo el 1% forma parte de organizaciones de mujeres. El 61.10% de los jefes cabeza de familia son hombres, y el 38.90% son mujeres; de las cuales 65% son mujeres solas, bien sea separadas, viudas o solteras. El tamaño promedio de las familias desplazadas es de 5.09 personas. Al analizar estadística-

mente la distribución por edad y género se observan diferencias significativas, lo cual demuestra la necesidad de formular políticas de acción por género y rango de edad.

Respecto a Escolaridad, al analizar la situación antes y después del desplazamiento, se observa que se redujo en un 32% en el caso de los hombres, mientras que en el caso de las mujeres esta tasa disminuyó en un 34%.

Entre las personas en situación de desplazamiento, el 3.76% sufre algún tipo de discapacidad (ceguera, retraso mental, sordera, parálisis, mudez). Por otra parte, se presentan los efectos de salud mental que trae consigo el desplazamiento forzado, representados en molestias respiratorias, dolor de cabeza, digestivas, cardiovasculares y de piel.

En lo que respecta a Aspectos Laborales, el aspecto más importante es que la dedicación en actividades relacionadas con la agricultura, disminuye. Situación similar se observa en el trabajo que realizaban las mujeres en su hogar. Lo anterior contrasta con las actividades relacionadas con oficios varios y otros trabajos, los cuales muestran un incremento, así como la vinculación a actividades relacionadas con la economía no formal. En términos concretos, esto significa que han tenido que dedicarse a otros oficios no discriminados. Esta situación puede ser explicada porque el desplazamiento disminuye la posibilidad de seguridad alimentaria en las familias, lo cual obliga a hombres y mujeres a buscar fuentes de ingreso alternativas.

¿Por qué está sucediendo?

La crisis estructural del campo, los modelos de desarrollo aperturistas y, por supuesto la violencia, se han encargado de generar un inmenso flujo migratorio en el que se confunden desplazados, migrantes, trabajadores temporales, colonos, trabajadores de cultivos de uso ilícito y, más recientemente, pueblos indígenas y comunidades negras desarraigados de su entorno socio-económico y cultural en medio de traumáticos ciclos de expulsión y reasentamiento que ponen en peligro su propia existencia. (Tomado de ReliefWeb: Colombia: Desplazados: Rostros Anónimos de la guerra. Por Jorge Rojas)

El conflicto armado es la causa del 90% del total de desplazamientos, que se producen de

manera individual y familiar en un 62% y colectivamente, a manera de éxodo en un 35%. La mayoría (el 66%) provienen del campo o de zonas de alta influencia rural y son mujeres cabeza de familia el 22%, en tanto que el 57% del total de la población desplazada corresponde al sexo femenino.

Las partes en conflicto incurren en reiteradas violaciones a las leyes de la guerra: las fuerzas armadas en operaciones de contrainsurgencia bombardean y ametrallan indiscriminadamente los campos colombianos y zonas que consideran de influencia guerrillera, realizan ataques desproporcionados y las “operaciones rastrillo” queman viviendas y cultivos, retienen alimentos, registran a la población, impiden la libre movilización y presionan a la población a colaborar con las acciones militares. Las organizaciones insurgentes cometen acciones que perjudican gravemente a la población civil: atentados dinamiteros contra bienes civiles e infraestructura energética, minado de campos, secuestros y ejecuciones. (Tomado de la página: www.desplazados.org.co) Por ejemplo, las comunidades aborígenes de Egorókerá, Baquiaza y Playita, en el Opogadó, y Hoja Blanca y Unión Cuití en el Cuía y el Napipi, se encuentran en un corredor por el cual los grupos armados ilegales patrullan la orilla occidental del Atrato medio y bajo. (Revista Semana, Edición 1162).

Los Paramilitares son señalados como presuntos responsables por el 43% de la población desplazada, la Guerrilla por el 35%, las Fuerzas Militares del Estado por el 6% y desconocidos por el 15%. Las amenazas, el miedo, las masacres, los asesinatos y las desapariciones, son los principales hechos que generaron el desplazamiento. Los Grupos Paramilitares presentan los mayores índices de crueldad en sus acciones contra la población civil. La Guerrilla aumentó significativamente su presunta responsabilidad como consecuencia del reclutamiento forzado en sus zonas de influencia. (Tomado de ReliefWeb: Colombia: Desplazados: Rostros Anónimos de la guerra. Por Jorge Rojas)

¿Qué estamos haciendo?

La Cooperación Técnica de la Organización Panamericana de la Salud-OPS en el Departamento de Antioquia en el Bienio

2002–2003, incluyó las siguientes actividades relacionadas con población desplazada: 1) se culminó el estudio del Perfil Epidemiológico de la población desplazada y la población vulnerable estrato socioeconómico 1 en la ciudad de Medellín; 2) se recopiló la información situacional del Comportamiento del desplazamiento en el Departamento de Antioquia, por municipio y por subregión y se mantiene graficación y mapeo con actualización permanente; 3) culminación de la investigación sobre Sistematización de experiencias de atención psicosocial en Antioquia, realizada con base en las actividades desarrolladas en los municipios afectados por el conflicto armado y población desplazada 1999–2003; 4) contribución para la puesta en marcha de un Modelo de Atención Primaria en Salud, para población vulnerable y desplazada; 5) realización de encuentros interinstitucionales para el Mejoramiento de la atención en salud a la población desplazada por la violencia; 6) fortalecimiento de los Comités de atención a población desplazada por la violencia; y finalmente, cooperación técnica para la elaboración del Proyecto para la reducción de la vulnerabilidad del personal sanitario en funciones de misión médica ante las infracciones en Antioquia, en el marco del conflicto armado. (Tomado de: <http://pagina.de/desplazados>).

El Secretariado Nacional de Pastoral Social (Tomado de: <http://pagina.de/desplazados>), de Diciembre de 2003, informa que las familias de desplazados han recibido ayuda representada básicamente en alimentos y alojamiento, y en menor grado en atención de salud, medicinas, colchonetas y elementos de aseo. También han recibido ayuda representada en pago de arrendamiento de vivienda, hamacas, cobijas, sábanas, toallas, kits escolares y capacitación. La ayuda a las familias desplazadas se ha hecho a nivel nacional, a través de Pastoral Social, la Cruz Roja Colombiana y las Secretarías de Salud, y en menor grado a nivel internacional.

Atención en Salud

En la ciudad capital del país, Investigadores procedentes de la Universidad del Rosario en Colombia, la Universidad Autónoma de Barcelona, al CHC Consultoría i Gestió, S. A. de

Barcelona y el Hospital Josep Trueta de Girona, de España; realizaron un estudio sobre las Necesidades en Salud de la Población Desplazada por Conflicto Armado en Bogotá. (Tomado de Internet: Rev Esp Salud Pública 2003; 77: 257-266).

En relación a los problemas originados por el desplazamiento, las personas entrevistadas refieren en primer lugar compromiso de la salud mental y alteraciones psicosociales, seguido de los relativos a cambios en la alimentación y, en menor grado, dolores, problemas gastrointestinales y respiratorios. La salud mental no sólo parece estar comprometida como consecuencia de haber vivido el conflicto bélico, sino también por el rechazo y la estigmatización que su nueva condición social genera sobre los desplazados. Se constituye así en uno de los problemas más importantes que padece la población desplazada.

En relación con el acceso a los servicios de salud, el colectivo estudiado percibe situaciones de exclusión y marginación. La precariedad en sus ingresos no sólo condiciona el acceso a los servicios de salud y a los tratamientos prescritos, sino también a una vivienda adecuada y a una alimentación balanceada que cubra los requerimientos nutricionales de la familia. Las dificultades para adquirir una alimentación cuya calidad y cantidad les permita un adecuado balance nutricional es otro problema manifestado por los entrevistados y ya puesto de manifiesto por numerosos estudios en población desplazada.

Las necesidades de atención a la salud descritas por los entrevistados se corresponden con los problemas percibidos: acceso a los servicios de salud y la atención en áreas específicas, como el apoyo psicológico y el soporte nutricional. En este estudio se destaca el apoyo psicológico como una de las principales necesidades de atención, dada la problemática de salud mental que tiene esta población y su propia percepción del problema.

La complejidad de las causas subyacentes a los problemas de salud de las personas desplazadas, dicen los autores, señala la necesidad de una amplia política intersectorial que permita la reubicación o el retorno del sujeto y su familia, en condiciones adecuadas, como requisito fundamental para el logro del desarrollo humano.

Algunos autores analizan críticamente el papel del Estado en las políticas y programas de salud para los desplazados, los cuales “carecen de programas integrales y de modelos de promoción, prevención y de salud pública. Hasta ahora los programas de salud dirigidos a la población desplazada están orientados a atender las alteraciones físicas de los individuos desplazados”. (García Vargas, 2003).

¿Qué deberíamos hacer?

Las familias tienen gran cantidad de necesidades urgentes especialmente en aspectos relacionados con alimentación, alojamiento, colchonetas, elementos de aseo y de cocina, vestuario y atención en salud; las cuales se relacionan con necesidades en aspectos de trabajo, educación, apoyo psicosocial y asesoría jurídica, entre otros.

El 61% de las familias de desplazados aspiran a permanecer en el lugar donde se encuentran ubicadas en la actualidad, mientras que el 23% desea reubicarse en otro lugar y el 15% desea regresar a su lugar de origen. Un porcentaje muy bajo aspira a salir del país. (Tomado de: <http://pagina.de/desplazados>)

Modelos o enfoques de abordaje

Básicamente hay dos enfoques de la política de atención al desplazamiento: el enfoque de protección y reparación de derechos, versus, el enfoque de asistencia social.

Para el análisis de este tema es necesario hacer antes algunas precisiones relativas a los derechos



de la PID - Población Internamente Desplazada, dado que existen diferentes categorías de los mismos y por lo tanto, los criterios de evaluación de las respuestas, son también diferentes.

En primer lugar debe señalarse que existen unos derechos que se consideran fundamentales, primarios, básicos y cuya protección y reparación exige respuestas urgentes del Estado; éstos son tales como el derecho a la vida y a la integridad, a la seguridad, etc. Estas respuestas deben garantizar el castigo a los culpables así como evitar la repetición de tales hechos. En segundo lugar, están los derechos sociales y económicos de la PID, los cuales son progresivos y deben ser satisfechos a través de la política social. En tercer lugar, existen otros derechos políticos, culturales, etc. de la PID; por ejemplo a la integración social y al pleno ejercicio de sus derechos ciudadanos; cuyo reconocimiento y satisfacción se realiza en el campo de la construcción y desarrollo del capital social, que va más allá de la atención en cuanto a educación, salud, vivienda, empleo, etc.

Comentarios finales:

El gobierno colombiano considera que el enfoque adoptado en sus políticas busca: a) enfrentar las causas estructurales del desplazamiento, b) trascender el tradicional enfoque asistencialista y puramente de emergencia, c) fortalecer las capacidades de las comunidades afectadas, d) abordar el diseño y la ejecución de las acciones bajo un enfoque poblacional y territorial consistente con la heterogeneidad del fenómeno del desplazamiento forzado, y e) involucrar a la sociedad civil y al sector privado en la ejecución de las acciones. (Documento del Consejo de Política Económica y Social-CONPES, citado en la página www.acnur.org/biblioteca/pdf/

Sin embargo, el mismo Balance de la Política de Atención al Desplazamiento Interno Forzado en Colombia, concluye que “aunque existen normas jurídicas y jurisprudencia que refrendan el enfoque de reconocimiento de derechos y el carácter humanitario de la respuesta que debe dar el Estado a la población afectada por el desplazamiento forzado que queda en condición de vulnerabilidad, la gran mayoría de desarrollos instrumentales de la política, todavía están concebidos y diseñados bajo un paradigma de mera asistencia social regular a gru-

pos vulnerables y para operar en circunstancias de normalidad, de modo que no permiten a las entidades estatales responder de manera ágil, efectiva y oportuna a la PID (Población Internamente Desplazada), en medio de un conflicto armado que además es creciente.” En el fondo de todo lo anterior, subyace en la política una tensión entre un enfoque de derechos y una concepción de asistencia social convencional a población vulnerable.

El argumento de fondo ha sido planteado por la Defensoría del Pueblo y consiste en que: “El desplazamiento forzado es consecuencia de la falla en el deber de protección por parte del Estado. Así el causante directo del desplazamiento no sea un agente del Estado, este no puede sustraerse de su obligación de respetar, proteger y garantizar los derechos de la población desplazada...”

Es importante hacer notar que “La persona desplazada, además del derecho a ser atendida por el Estado, tiene derecho a: (i) conocer la verdad acerca de quien fue el causante del desplazamiento; (ii) a la justicia, para que el desplazamiento como delito que es, no quede en la impunidad; y (iii) a la reparación de los daños sufridos.” (Tomado de: www.acnur.org/biblioteca/pdf/1912.pdf).

En salud se hace aún más evidente, el conflicto entre las formas de abordaje del problema: atendemos los problemas de la salud de la población desplazada de manera convencional; atendemos a ésta población con el carácter de “emergencia”; o enfrentamos las causas estructurales del desplazamiento, fortaleciendo las capacidades de las comunidades afectadas.

Fuentes de referencia:

- www.desplazados.org.co
- ReliefWeb: Colombia: Desplazados: Rostros Anónimos de la guerra. Por Jorge Rojas
- www.acnur.org/biblioteca/pdf/
- <http://pagina.de/desplazados>
- acnur.org/biblioteca/pdf/1912-1922.pdf
- acnur.org/biblioteca/pdf/2243.pdf
- Rev Esp Salud Pública 2003; 77: 257 – 266
- www.codhes.org.co
- García Vargas, Mery Constanza. “Desplazamiento e Impactos en la Salud”. Revista Avances en Enfermería, Bogotá, Junio 2003, XXI (1): 15 – 23.
- Revista Semana Colombia. “La Soledad Embera”. Bogotá, Agosto 9 a 16 de 2004, Edición No. 1162, págs. 50 – 52.

TEORÍA Y MÉTODO

LUCES Y SOMBRAS DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA. APORTACIONES DE GÉNERO III JORNADAS INTERNACIONALES DE CULTURA DE LOS CUIDADOS

Universidad Alicante 14-16 Junio 2004

Nogales Espert, Amparo
Hernández Martín, Francisca



LIGHTS AND SHADES IN NURSING PROFESSION. A GENDER CONTRIBUTION

ABSTRACT

Differences regarding gender in nursing from the Middle Ages until the 20th century.

Doubts in nursing and search for answers from nursing knowledge within various authors' work.

Key words: history, lights, shades, nursing

RESUMEN

Diferencias respecto al género en enfermería desde la Edad Media hasta el siglo XX. Dudas en la enfermería y búsqueda de res-

puestas desde el pensamiento enfermero en la obra de diversos autores.

Palabras clave: Género, historia, luces, sombras, enfermería.

INTRODUCCIÓN

La convocatoria de las III Jornadas Internacionales de Cultura de los Cuidados nos sugiere retomar el inagotable tema de la enfermería en sus variadísimas líneas de estudio, centrándonos esta vez en nuevas temáticas sugeridas por el lema de las Jornadas.

Hemos marcado los objetivos de aproximarnos por una parte a la historia de género y sus contribuciones al desarrollo de la enfermería y por otra los de plantear algunos de los aspectos luminosos y oscuros que contrastan dando luces y sombras a la enfermería de nuestros días sin ninguna diferenciación. El material con el que hemos trabajado ha sido el siguiente:

1.- Aspectos en relación con el género en enfermería

A partir de fuentes documentales primarias custodiadas en dos Archivos de Valencia: El Archivo Municipal y el Archivo de la Diputación Provincial.

2.- Luces y sombras en la enfermería de nuestros días

Partiendo de algunos trabajos de cuatro escritores cuyas aportaciones han marcado el pensamien-

to humanista contemporáneo, con una especial intensidad en la forma de comprender al ser humano: Kübler-Ross, Teillard de Chardin, Steiner y Fromm. Se ha dividido esta segunda parte en los siguientes subapartados:

2.1.- Las dificultades superficiales y las dificultades profundas. Kübler-Ross

2.2.- Impresión de lo negativo. Teillard de Chardin

2.3.- La búsqueda de la verdad en Steiner

2.4.- Cualidades para amar de Fromm

1.- Aspectos en relación con el género en enfermería

La historia de la enfermería aporta datos de interés en relación con el género, sobre los que existían opiniones generalizadas tradicionalmente, pero sin embargo no coincidentes con la realidad. Como la historia nos ha demostrado, desde lejanos tiempos la enfermería es ejercida tanto por hombres como por mujeres que son laicos muchos de ellos, los cuales reciben un salario por ejercer su oficio. Incluso a algunos se les exigía estar casados y residir con la familia en las dependencias del hospital. Así lo encontramos en los siguientes hospitales de la ciudad de Valencia:

Hospital de San Lázaro, uno de los más antiguos, fundado poco después de la conquista de la ciudad por el Rey Don Jaime, en 1238 y dedicado a los enfermos de lepra; el Hospital de la Reina o de Santa Lucía, fundado por la Reina Constanza a



finales del siglo XIII; el Hospital D'En Clapers, o de Santa María, cuyo fundador fue Bernat D'En Clapers en 1311; o el Hospital de Inocentes, fundado por Fray Juan Gilabert Jofré en 1409, para enfermos mentales exclusivamente .

En estos hospitales existió la figura del “hospitalero”, quien desempeñaba el puesto de mayor responsabilidad entre el personal de enfermería y de quien dependía el resto del mismo. Otra figura de enfermería, la “hospitalera”, esposa del anterior, actuaba en calidad de colaboradora o ayudante. Estamos pues, no ante mujeres pertenecientes a una orden religiosa, que trabajaban únicamente por caridad, sino al contrario, se trata de hombres y mujeres laicos, que desempeñan su oficio a cambio de percibir un sueldo, como queda especificado en los documentos manejados.

Por otra parte, con la llegada del Renacimiento y de las nuevas corrientes sobre hospitalización de enfermos, fundamentadas en la creación de edificios de grandes proporciones destinados a hospitales, nos encontramos con enfermeros no religiosos llamados “pares” y enfermeras igualmente seglares, llamadas “mares”, encargados de sus salas respectivas. Los ayudantes de enfermería o “serviciales” tendrán igualmente las mismas características.

En el siglo XVII seguiremos encontrando en la documentación los mismos enfermeros y enfermeras, pero ahora con una figura masculina destacada, la del llamado “Enfermer Mayor”, similar al actual director de enfermería de nuestros días. Podemos suponer que estas figuras de los enfermeros mayores responsables del personal de enfermería, debieron orientar de alguna forma el trabajo del personal asistencial, quien desempeñaría su función siguiendo las pautas marcadas por el jefe, o figura antedicha, que en todos los casos era un enfermero.

Llegados a finales del siglo XX nos encontramos con una enfermería situada ya en la Universidad, avanzando conjuntamente con la ciencia y con la sociedad a la que sirve. En este espacio de desarrollo profesional contemplado desde la superficie, se destacan importantes aportaciones de género como soporte y como impulso conductor del avance de la enfermería. Haría falta dedicar un espacio mucho más extenso del que disponemos en este trabajo para recuperar diferencia-

damente las aportaciones a la profesión desde los dos sectores enfermeros. En cuanto a la segunda parte, Luces y sombras, queremos encontrar, entre las dificultades principales afectándonos a todos por igual, y los grandes escollos en torno a los que camina la enfermería, las distintas respuestas cuya luz está ante nosotros en espera de que todos, enfermeros y enfermeras, vayamos abriendo las puertas para recuperar nuestra esencia en todas sus facetas, en definitiva, la forma de servir más profundamente al ser humano enfermo.

2.- Luces y sombras en la enfermería de nuestros días

En la segunda parte de este trabajo tomamos algunas ideas de varios autores en aquellos de sus contenidos que nos facilitan plantearnos preguntas y buscar respuestas a las grandes dudas escondidas en la enfermería de nuestros días, hecho muy importante por la trascendencia de su sentido y significado.

2.1.- Las dificultades superficiales y las dificultades profundas: Kübler-Ross

Cuando reseñamos las dificultades con las que se encuentra la enfermería en su trabajo diario, solemos señalar falta de tiempo, de personal, burocratización, carácter deshumanizado de la propia estructura asistencial. Ciertamente estas dificultades suponen sendos impedimentos para realizar un trabajo de cuidado y acompañamiento personalizado al enfermo y una asistencia que responda de forma plena a las necesidades y a aquello que el paciente espera de la enfermera.

No obstante, siendo estas dificultades tan obstaculizadoras de nuestros verdaderos propósitos, aún podemos decir que los auténticos desafíos para la enfermera provienen de niveles más profundos; surgen de las experiencias del día a día en que la enfermera es espectador y actor en medio del sufrimiento humano, del dolor profundo, del roce y la proximidad de la muerte, presenciando tragedias, las cuales actúan, intensamente sobre el protagonista, el paciente, aunque también los profesionales enfermeros quedan afectados una vez tras otra por el sufrimiento vivido tan próximamente, por presenciar a diario el derrumbamiento del potencial físico del ser humano, la amargura de la pérdi-

da de independencia y de fortaleza, de las capacidades que permiten al ser humano su autosuficiencia. En definitiva, la presencia de la enfermera ante el deterioro de la vida, actúa sobre ella misma, ejerce un tipo de influencia, aunque apenas perceptible externamente, cargada sin embargo de desaliento, ante la que hay que reaccionar para no convertirse en una persona diferente de aquella enfermera llena de entusiasmo cuando por primera vez comenzó su trabajo.

Vemos en ocasiones como formas de reaccionar, actitudes de distanciamiento con respecto al entorno; o bien oímos decir que hay que distanciarse de la situación de dolor que en definitiva significa, del enfermo en concreto. Tal vez una clave para reaccionar de otra forma estaría en situarnos ante el trabajo de enfermería y preguntarnos cómo lo consideramos, si como una carga o como un regalo que nos convierte en seres valiosos para otros. De lo que elijamos puede, de alguna forma, depender el resultado de nuestro trabajo.

Ante las grandes dificultades, escuchar otras voces como las que llegan de la experiencia de Kübler-Ross, pueden acercarnos nuevos aires de esperanza, ideas que pudieran llegarnos de forma más particular a lo más profundo de nuestro deseo de responder, de buscar una salida.

Si podemos apartar a una sólo vida humana de una situación negativa, de un estado de dolor o de amargura, merece la pena hacer el gran esfuerzo y buscar la forma de salir del estado en que nos encontramos y efectuar el gran cambio en el enfoque de nuestra actividad.

Volvemos hacia nuestro propio potencial, reconociendo quizás nuestra actitud negativa y desechándola; tal vez así obtendríamos el espacio libre para escuchar el completo lenguaje del paciente y no solo sus palabras, sino también sus comunicaciones simbólicas y no verbales.

Un buen regalo que nos llega de los pacientes es la enseñanza indirecta que nos brindan, permitiéndonos ver cómo en realidad hay algo más allá de los fármacos, de la técnica y de la terapia, algo que puede servir de gran ayuda para el enfermo: el interés del profesional, el escuchar realmente, el mostrar verdadero amor al ser humano.

El conocimiento naturalmente ayuda. Uno sabe cómo aplicar la técnica, los fármacos etc. Pero en

el trabajo de la enfermera además de la cabeza debe emplearse también el corazón, la entrega personal, el afecto, si quiere ayudar plenamente al enfermo. Así que el propósito que ponemos en nuestro trabajo una vez más inclina el resultado del mismo en una dirección o en otra.

Sigue diciéndonos Kübler-Ross: “Vuestros maestros van disfrazados, nos aparecen en forma de niños, ancianos, pacientes de todo tipo”. Y dice: “No importa lo que hagáis en la vida. Lo único que importa es que hagáis lo que hagáis, sea con amor” (Kubler-Ross, 1977).

2.2.- *Impresión de los negativo. Teillard de Chardin.*

Una de las vivencias características de la sociedad del momento aparece bajo la sensación de ansiedad; una ansiedad instalada en el interior del ser humano revistiéndolo como una nueva piel, precedida de otra sensación característica, la inquietud, también constantemente presente en la vida activa. Los dos grupos humanos de interés para nosotros, los enfermos, los que sufren, los que padecen invalidez, los que se encuentran cerca de la muerte, y el de los enfermeros que eligen esta alternativa profesional, se preparan, estudian, practican y se entregan como único fin al objetivo de cuidarles; estos dos grupos, viven de formas distintas estas experiencias de inquietud y ansiedad, como fuerzas orientadas desde perspectivas diferentes. Su experiencia general se encuentra en dos planos diferentes y poco relacionados, cuando en realidad debieran ser complementarios.

La enfermedad tiende a colocar en situación debilitante al paciente; inquietud y ansiedad se hacen patentes en su estado de ánimo; éste intenta ver en su inmediato futuro lo que ocurrirá, pero su visión es limitada, dudosa, incierta, y sus dudas se extienden igualmente hacia la calidad profesional y humana del personal asistencial encargado de su caso.

A su vez este personal, del que nosotros elegimos a la enfermería, atraviesa así mismo estas fases de inquietud y ansiedad. El problema para la enfermera está en que no conoce cómo es el enfermo, qué hay detrás de la patología que tiene que atender, y se encuentra confrontada consigo misma por desconocer la totalidad de las necesidades del

paciente, ignorando al mismo tiempo si será capaz de captarlas y de darles respuesta en su totalidad.

La enfermera no está segura, pero le corresponde en este binomio de relación paciente/enfermera tomar la iniciativa, dar una salida a la situación desde el comienzo y encontrar la forma de actuación más conveniente en ese proyecto de ayuda a la totalidad de necesidades de la persona enferma. ¿Qué es lo que necesita la enfermera para no quedar desarmada, para no buscar la salida en el distanciamiento, para empezar a actuar pronto y bien, a pesar de soportar el peso de la duda de si será capaz o no por sí misma de actuar sobre el porvenir inmediato del paciente en defensa de aquél?

Necesita encontrar el camino personal hacia uno mismo, necesita alcanzar la seguridad de que es posible realizarse y llegar a ser especialmente a través del trabajo, que es posible marcarse una meta y alcanzar con éxito su culminación.

La enfermera ha de encontrar el gusto por vivir, precisamente por encontrarse en un medio donde constantemente ve cómo la vida se escapa tan rápida e inesperadamente; debe aprender a traspasar, sin despreciarlas, la desdicha y la desgracia de las personas a las que cuida, haciendo también que estas situaciones sean trascendidas por el primer protagonista, el enfermo, procurando en lo posible conseguir que éste pueda volver a ver un sentido y una forma de progreso personal en la actual situación de enfermedad y aún de dependencia.

Nos encontramos ante el gran problema de la acción. Como enfermeras hemos de actuar forzosamente, no podemos cruzarnos de brazos y mirar hacia otro lado cuando tantos hilos del cuidado total se nos van de las manos. Así pues nuevamente el dilema está en la opción que tomemos, pues llevará directamente a una acción u otra. La opción será optimista y lanzada a su objetivo, o pesimista, dejándose llevar por lo que hay, pero de ella derivará, sin duda, la actuación, que igualmente podrá tener uno u otro sentido, sin otra posible solución intermedia. Pero esta vez el carácter de la acción se hará visible, el paciente, el equipo, el entorno y la propia enfermera al actuar, mostrará una actitud de comprensión de sus funciones con actuaciones consecuentes, o lo contrario.

Estamos ante un asunto demasiado importante, éste del trabajo de la enfermera, nada menos que

responsable de cuidar al ser humano necesitado. Tratándose de un hecho de tal significado, no podemos dejarlo pasar, aunque en realidad suponga entrar en una red de complicaciones. No ser capaces de empujarnos a nosotros mismos hacia delante hasta encontrar los verdaderos fines de la enfermería, no solo pone en peligro la integridad de los cuidados al enfermo, sino que también plantea interrogantes peligrosos como ¿para qué servimos, pues las enfermeras?, y desde luego poco estimulantes, al eliminar o no valorar el factor de reto de la enfermera cuidadora, conocedora del dolor humano, dispuesta a ser un instrumento de cambio en la forma de vivir y orientar la enfermedad. ¿Dónde queda la capacidad de hacer trascender el olor hacia una actitud de superación personal en el enfermo, que la enfermera sabe utilizar y por ello hace de la enfermería una profesión excepcional?

No es una solución el aislamiento en palabras de Teillard de Chardin o la soledad. La separación, el aislarse dentro de un mismo, no nos ayudan a colocar el dolor contemplado en un lugar donde lo rodeemos de respeto, reconocimiento y afecto, sin que todo ello no incruste una suerte de dolor en nosotros mismos, dejándonos vacíos, o sin disposición para continuar nuestro trabajo en medio de otros sufrimientos y lagrimas.

¡Qué gran dificultad! Qué gran necesidad de adquirir una inmensa energía, de lograr una gran fuerza para encontrarnos en disposición de ayuda, cuando, en ocasiones, incluso no sabemos bien qué es lo que se nos pide. Tenemos una enorme necesidad de almacenar fuerza interior para transmitir vida a los que ven a la suya en peligro, para lograr la recuperación de esperanza en muchos seres que acaban de perderla.

“La enfermedad procede de un azar desgraciado” dice Teillard de Chardin (Teillard de Chardin, 1967), y puesto que la enfermedad se vuelve a reproducir incansablemente a nuestro alrededor, necesitamos recibir un empuje potente para saber esforzarnos lo necesario y llevar adelante los cuidados de manera que, además de servir al enfermo, nos enriquezcan personalmente.

2.3.- *La búsqueda de la verdad en Steiner*

La sanidad pública en los países occidentales

invierte sumas fabulosas en el sistema sanitario. Se multiplican los servicios, las especialidades, los laboratorios, los servicios de urgencias. La red asistencial se vuelve más tupida, más extensa. Sin embargo al entrar en un centro de asistencia sanitaria podrá percibirse la organización, la modernidad de sus instalaciones quizás, pero algo se advierte que no encaja con lo que creemos debería de ser. A poco que nos tomemos la molestia de observar encontramos dos vías distintas de circulación, dos caminos por los que, sin apenas relacionarse, circulan dos grupos humanos: los pacientes con sus familiares, y los profesionales cumpliendo sus servicios de asistencia. Parecen dos grupos totalmente ajenos, como si tuvieran funciones distintas sin nada que ver entre sí. La sensación producida es inquietante. Por una parte las personas enfermas y sus acompañantes sentados en las salas de espera, o guardando colas frente a las ventanillas de atención.

Por otra parte, distanciado del anterior grupo, personal de uniforme actuando y saliendo de las estancias, manejando historias, informes, material diverso. Dos grupos humanos como si se ignorasen entre sí. Los primeros con gesto de preocupación, de concentración interna, de cansancio, quizás también de sufrimiento y una actitud muy llamativa de resignación, de paciente espera, como aguardando recibir el favor de ser atendidos, en situación de prestado y de auténtica dependencia.

El grupo de uniforme camina seguro, está en terreno propio, su mirada no se detiene en los pacientes que esperan, y sus ojos parecen indicar que sus mentes están en otro lado. No me moles-



ten, parecen decir sus gestos, como si su misión fuera mucho más superior que la natural de atender al que tiene delante.

Hay un ingrediente en la instantánea que uno contempla, e inmediatamente sabemos cuál es. El gran espacio separando a los dos grupos, la no relación entre ellos, e incluso parece apreciarse algo más en las actitudes del grupo de uniforme: el desinterés y hasta el deseo de evitar entrar en relación con el otro grupo. De sus actitudes corporales parece salir un mensaje tan claramente manifiesto, que incluso es también captado con la misma claridad por el otro grupo, y por ello adopta esta la actitud de paciente espera, de procurar no molestar, a aquéllos vestidos de uniforme, tan atareados.

El mensaje directamente procedente de los de uniforme tiene incluso un prólogo fácilmente interpretable: estoy harto de sufrimientos, quejas de dolor, penas y problemas. A continuación, vemos a través de mensajes corporales y de rostros poco agradables que no miran a los ojos, como si estuvieran diciendo: usted no me interesa, ni tampoco sus problemas o lo que pueda preocuparle, ya tengo bastante con mis preocupaciones personales.

¿Qué podemos decir a esos enfermos pacientes que esperan el favor de ser escuchados, de ser atendidos, a aquellos otros que esperan en una larga cola, mientras detrás del mostrador una enfermera se toma todo el tiempo del mundo para distribuir o responder a cada enfermo sin mirarle a la cara? ¿Qué explicar al paciente que apenas concilió el sueño la noche anterior porque al día siguiente debía ir a consultas y vivir esta experiencia? ¿Y qué decir al paciente hospitalizado al que riñen porque ha manchado las sabanas cuando no tocaba, o porque pide demasiadas cosas, es decir, tiene demasiadas necesidades?

No sabemos qué decirle, pero sí vemos los resultados. Este enfermo pronto dejará de tener necesidades, pues será “educado” por un sistema de organización subterráneo que dice: si quiere ser bien visto en este servicio, pida lo justo y, si es posible, no pida nada, de lo contrario no será bien juzgado.

Saber que, aunque ocasionalmente, por fortuna, se dan estos hechos, es lo que nos sobrecoge cuando entramos en una institución sanitaria, al

contemplar el estigma de la enfermedad en muchos pacientes, quizás protagonistas de estas situaciones que nunca debieran ocurrir. Pero sabemos que existen cuando llega el momento de ser usuarios y cuando nos convertidos también en objetos pacientes, aunque sólo esperemos obtener una información.

Al grupo asistencial podríamos decirle esto: querido compañero, está haciendo un uso parcial de un gran tesoro, el uniforme, gracias al cual representa, en nuestro caso, a la enfermería, y lleva en sus manos un cajón rebosante de excepcionales objetos, y de todos ellos parece que apenas le interesa alguno. Por favor, empiece a dar y a repartir las cosas que contiene su caja, introduzca la mano y saque un mensaje dirigido a usted que dice así: reparta sus conocimientos, asesore, informe, orienta, preste atención, anime y hágalo de forma ilusionada, consciente del gran valor que encierran sus acciones para la otra persona. Saque otro mensaje y lea el contenido también para usted diciéndole: entregue amor, reparta interés y afecto sin condición ninguna. Y otro mensaje más: recuerde que tienes un sueño que realizar, el de servir; una misión que cumplir mientras la sociedad te mantenga en este puesto de enfermera, solo para asistir al ser humano.

Ciertamente nuestra sociedad anda sobrada en sí misma, de carteles negativos indicadores de sus deficiencias y realmente entorpecedores de la verdadera función de la enfermera. Vemos alrededor alto grado de insensatez, ausencia de madurez, deterioro de la esperanza, autodegradación, oscurantismo en las formas de actuar, derroche de egoísmo, ambiente de desinterés hacia los demás, molestia por aquello que exige una cierta reflexión, seguimiento supersticioso de los grandes medios de comunicación, totalmente desentendidos de la dignidad de la vida humana, es más, empeñados en resaltar y valorar lo innecesario de la dignidad humana, aprovechando la credulidad individual y la facilidad con que nos dejamos penetrar por aquello que nos viene de fuera, permitiendo nos haga olvidar con infantil alegría nuestra identidad.

Pero cuando ese ser participante de los atributos de esta sociedad se ve bruscamente separado de ella por la enfermedad e introducido en el mundo del dolor y quizá de la preocupación por una muer-

te que empieza a adivinarse, todo aquello queda atrás y las fuerzas psíquicas aparecen enfrentadas a una realidad, la de ver la finísima línea que separa lo material de lo inmaterial, entendiendo esto último como la necesidad de afecto, los sentimientos, el deseo de recibir protección, de no ser abandonado, apareciendo como una revelación fuera de toda duda el que, lejos de existir un divorcio entre lo corporal y lo espiritual, en realidad existe un continuo, una línea ininterrumpida, sintiéndonos al mismo tiempo materia corporal y existencia interior, ambas necesitadas al mismo tiempo de una gran ayuda que debe llegar, directamente, del personal asistencial, es decir, del grupo con uniforme.

Así pues la enfermera debe volver conscientemente a sus propios valores de identidad subyacentes en el significado último de ser enfermera. Ha de ir apartando la negatividad existente a su alrededor, haciendo una crítica consciente a toda desvalorización del ser humano y volviendo hacia la cultura más atrayente y propia de la enfermería, la de la solidaridad, el afecto, la búsqueda de la dignidad y la reparación de las necesidades legítimas del ser humano.

En estos planteamientos sobre la enfermería aparece en el horizonte un gran punto de oscuridad: la duda, que de ser cierta resultaría dramática, de si nos encontramos ante una crisis de confianza en nosotros mismos como enfermeros. No podemos dedicar ahora el tiempo que este tema merece por su importancia, pero es ciertamente necesario recuperar, o en todo caso afianzar firmemente la confianza en uno mismo y en los valores que dan identidad a la enfermera, buscando la verdad que propone Steiner (Steiner, 2001). Se trata de una búsqueda que tiene futuro, pues nos permitirá apreciar lo mucho más interesante que es dar que recibir y amar que ser amado, y encontrar ahí las brillantes recompensas devueltas a la enfermera por esta profesión.

En la determinación de buscar la verdad de Steiner ésta nos dirige hacia un camino: plantear preguntas y buscar respuestas, y nos proporciona una forma de hacerlo: si hasta ahora hemos utilizado sobre todo la mitad izquierda de nuestro cerebro para la ciencia, la teoría, la tecnología, empecemos a utilizar más intensamente la parte derecha cerebral, donde reside el amor, la intuición, la miseri-

cordia, para experimentar la vida con placer, para disfrutar en medio de la comunidad reconociéndola y reconociendo también nuestra identidad. En definitiva nos propone combinar al homo sapiens con el homo ludens, para hallar algo tan importante para la enfermera como es el placer de la relación productiva con los otros seres humanos.

2.4.- Cualidades para amar de Fromm

Quizás una de las mayores posibilidades de futuro en la búsqueda de la verdad como enfermeras, se encuentre en buscar el sentido del amor anunciado por Erich Fromm (6), su por qué y para qué en enfermería.

Si en otro momento nos hemos referido a los requisitos de Fromm para practicar el amor hacia los seres humanos (7), en este trabajo trataremos las cualidades para amar propuestas por el mismo autor.

Uno debe prepararse para ejercer el amor desinteresado en enfermería, pues existen grandes dificultades para desarrollar este propósito, tanto en el entorno que nos rodea, como subyacentes en nuestro interior. Por ello resulta necesario dotarnos de cualidades que nos permitan amar a pesar de todo, o por encima de todo. Estas cualidades debemos rescatarlas de allá donde se encuentran en el interior del ser humano y llevarlas a la superficie para practicarlas. Son éstas :

- 1.- Superación del propio egoísmo
- 2.- Objetividad
- 3.- Humildad
- 4.- Fe en uno mismo, en los otros, en la humanidad
- 5.- Coraje, valentía, capacidad de correr riesgo
- 6.- Compromiso
- 7.- Actividad o vida interior.

1.- Superación del propio egoísmo. Llegar a la certeza de que no soy lo mejor ni lo único. Desechar la idea de que solo cuenta aquello que me sirve o me perjudica.

2.- La objetividad permite ver a la gente y a las cosas tal como son, separadas de nuestros intereses particulares y rodeadas de su individualidad y de sus componentes diferenciadores, con intereses propios, diferentes de los nuestros.

3.- Humildad es el reconocimiento de otros con derechos, con relaciones personales que requieren atención por encima de nuestros intereses. Saber diferenciar lo que yo creo y pienso sobre la realidad de una persona y lo que ella misma indica o muestra, dejando prevalecer sus opiniones, pues ella es la afectada.

4.- La capacidad de amar depende en gran parte de nuestra capacidad de implantar la fe en nuestro interior. No una fe en sentido religioso, sino en el sentido de ejercitar la fe en uno mismo, en los demás y en la humanidad.

Es una cuestión de convicción, de confianza en la propia experiencia, abarcando lo mental y lo afectivo. Se trata de adquirir fe en nuestras convicciones, en la finalidad de nuestro objetivo como enfermeras, y se basa en la observación del resultado, del producto de nuestro trabajo, de cuáles son nuestras acciones.

El que tiene fe en sí mismo y el que puede ser fiel a los demás, el que tiene capacidad para prometer y cumplir su promesa, el que cree en las potencialidades del otro, es el que confía en sus propias posibilidades, depositando esta misma confianza en los demás.

5.- El que guarda buenas experiencias internas almacena coraje para afrontar dificultades. Conoce, admite y usa sus capacidades y por ello tiene energía para afrontar los riesgos, con la esperanza necesaria para lanzar su energía y obtener resultados productivos. La valentía de correr un riesgo significa ponerse en disposición de aceptar incluso la posibilidad del fracaso y la desilusión.

Coraje significa saber tomar como un desafío los reveses y dificultades de la vida, de manera que no se conviertan en penas baldías, sino como una propuesta cuya superación nos vuelve más fuertes.

6.- El compromiso nos enfrenta al temor más real, que es el temor a amar. Amar significa comprometerse sin garantía, pues hay que entregar partes de uno mismo con la esperanza de obtener resultados, más aún, significa entregar parte de uno mismo sin saber cuáles serán los resultados. Por tanto hemos de comprometernos y arriesgarnos.

7.- Una cualidad del amor es la actividad. No se puede amar desde la teoría. Para amar hay que actuar, realizar una actividad interior, permanecer en una constante actitud de alerta interna. Por tanto hay que estar despiertos y ser activos con la mirada, los oídos, el pensamiento, los sentimientos, lo que significa mantener también una actitud receptiva en la práctica del arte de amar.

Para desarrollar la capacidad de amar hay que mantenerse en un estado de vitalidad, en un estado de intensidad ante nosotros mismos, ante la vida y ante los demás. Mantener un estado interior de ser productivo, lo contrario de indiferente, aburrido o adormilado, sino vitalista y activo en todas las esferas de la vida.

Estas cualidades no son los únicos requisitos necesarios para amar. Hace falta una disposición del sujeto. Debe haber una voluntad, una decisión de querer amar. Hay que tener o adquirir una sensibilidad, un gusto para captar lo que sucede y para intuir cómo actuar.

La enfermera debe saber percibir lo que ocurre, debe adivinar, impregnada por el afecto, cómo actuar; reunir paciente y laboriosamente unas facultades, por medio del aprendizaje y la educación.

El ejercicio de la sensibilidad junto con otros recursos: el gusto por la belleza, por lo armónico, el interés por la relación afectiva. Combinando este conjunto, la disposición para amar se realiza de forma plenamente satisfactoria cuando el ejercicio de amar produce, al mismo tiempo, placer (Bozal, 1999).

RESUMEN

Diferencias de género en la enfermería han dejado su huella en la historia y marcado en ella influencias particulares. Basta recordar el gran relieve de algunos nombres propios desde la Edad Media hasta el siglo XIX:

Mujeres

Algunas pertenecientes al movimiento beguino. Reconocidas por su destacada cultura y la entrega de su vida al amor en una orientación mística, y a la preocupación por el prójimo. Todas ejercieron una influencia directa como Hildegarda de Bingen o Santa Catalina de Siena, o indirecta

sobre la enfermería. Recordemos de la época Medieval a:

- Hildegarda de Bingen, 1098-1179
- Clara de Asís, 1194-1253
- Mechtilde de Magdeburgo, 1207-1282
- Hadewijch de Amberes, 1240
- Margarita Porète, 1250-1310
- Juliana de Norwich, 1343-1416
- Catalina de Siena, 1343-1380 (9)

Hombres

Otros tantos nombres masculinos atraviesan la historia de la enfermería dejando en ella una clara influencia. Ejemplos:

- San Francisco de Asís, 1182
- Fray Juan Gilabert Jofré, 1409 (inicio de su fundación hospitalaria)
- San Juan de Dios, 1495-1550
- Andrés Fernández, Hermano Obregón. Obra: "Introducción de enfermeros", 1617
- Simón López. Obra: "Directorio de enfermeros", 1650 (Hernández Martín, 1996)
- San Vicente de Paúl. Fundador de las Hijas de la Caridad, 1576-1660
- José de Vesteur (Padre Damián). Bélgica, 1840.

Si tuviéramos que resumir las vidas y el por qué de su influencia sobre la enfermería de los dos grupos tomados como ejemplo, podríamos decir que fueron hombres y mujeres de amor y de acción.

Como ya apuntamos, en este trabajo no se pretende dejar cerrado el tema de la influencia de género sobre el desarrollo de la enfermería; muy al contrario, queda abierto como punto de partida, dadas las expectativas y el interés que despierta.

Hemos pretendido, son embargo, subrayar algunos de los principales problemas que, tanto a enfermeras como a enfermeros afectan por igual en el ejercicio de la enfermería del siglo XX y el siglo XXI. Dificultades frente a las que hemos de luchar conjuntamente todos los que formamos la profesión, en el interés común de revitalizar la enfermería.

CONCLUSIONES

1.- Desde tiempos muy remotos la enfermería ha estado practicada tanto por hombres como por

mujeres y, al menos desde la Edad Media, los enfermeros han sido también personas laicas, no pertenecientes a ordenes religiosas, los cuales percibían un salario por desempeñar el oficio de cuidar a los enfermos en los hospitales.

2. - Las dificultades más importantes a las que se enfrenta la enfermería en nuestros días, no están únicamente en la organización, el personal o el ambiente en el que trabajan, sino también en el impacto de la convivencia con el sufrimiento humano que, precisamente por su continuidad va creando poco a poco en la enfermera una actitud y un estado de ánimo desalentados.

3.- No es una solución para nuestras dificultades el aislamiento de los demás. O el distanciarnos de los problemas. Necesitamos conseguir una gran fuerza interior para encontrarnos en disposición de prestar ayuda, dentro de lo que entendemos hoy por ayudar.

4.- Atravesando todas las dificultades que nos rodean, debemos ir directamente a buscar la verdad de lo que es servir y cuidar, encontrar la línea continua que une sin separación alguna la materia corporal y lo espiritual, o existencia interior en el ser humano, para servir de ayuda a ambos. Buscar también la verdad para encontrar que es mucho más interesante dar que recibir y amar que ser amado, para hallar las recompensas que la profesión devuelve a la enfermera.

5.- Una de las recomendaciones de Erich Fromm para tener una vida rica e interesante, es la de practicar el amor en general. Para aprender a amar hay que reunir unas cualidades. Esta invitación, tan sugestiva para las enfermeras, necesita lograr una actitud previa en el interesado; una disposición y una voluntad decidida de querer amar.

6.- Las diferencias específicas en cuanto a influencias de género en la enfermería, están por clarificar pormenorizadamente. En la actualidad dificultades de distinto orden entorpecen el cumplimiento de sus funciones, que afectan por igual a todos los profesionales. Precisamos una reflexión común para hacerles frente de manera conjunta.

FUENTES PRIMARIAS

1.- Hospital de San Lázaro. Archivo Municipal de Valencia (A.M.V.) Signatura: 353, C/2, nº 6 para el año 1484-85 y nº 7 para el año 1485-86

- Hospital de la Reina, o de Santa Lucía. Archivo Municipal de Valencia (A.M.V.) Signatura 3 Libros registros de los años 1406 a 1496

- Hospital D'En Clapers, o de Santa María. Archivo Municipal de Valencia (A.M.V.) Signatura 352 Vol. 5

2.- Constituciones del Hospital General de Valencia de 1512. Archivo Diputación Provincial de Valencia (A.D.P.V.). Escritures, Plets, Privilegis. Signatura Caja IV-4 /4.2 y Signatura IV-2/ C-2, legajo 5

BIBLIOGRAFÍA

- BOZAL, Valeriano. (1999) El gusto. La bolsa de la Medusa, 94. Visor. Madrid .

- FROMM, Erich. (1994) El arte de amar. Ediciones Paidós, Barcelona .

- HERNÁNDEZ MARTÍN, Francisca. (1996) Historia de la Enfermería en España. Síntesis. Madrid.

- KÜBLER-ROSS, Elisabeth. (1977) Conferencias. Ediciones Luciérnaga, Barcelona.

- NOGALES ESPERT, Amparo; LLORCA MARQUÉS, Emilia. (2004) Qué queremos decir cuando decimos enfermera: sentido de la vida y sentido de la profesión.- V Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería. Palau de Congressos de Valencia.

- OLAÑETA, José J. (2004) Mujeres místicas. Época Medieval. Los pequeños libros de la sabiduría. Barcelona.

- STEINER, George. (2001) Nostalgia del absoluto. Biblioteca de Ensayo Siruela. Ediciones Siruela, Madrid.

- TEILLARD DE CHARDIN, Pierre. (1967) El fenómeno humano. Taurus. Madrid.



INFLUENCIA DE LOS FACTORES TRANSCULTURALES EN LAS NECESIDADES Y DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE. ESTUDIO DE CASOS

Angela Pallarés Martí*

Diplomada en Enfermería y Doctora en Antropología Cultural

*Rosa Rifà Ros**

Diplomada en Enfermería y Licenciada en Antropología Cultural

**Profesora de la Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia Blanquerna de la Universitat Ramon Llull de Barcelona*



INFLUENCE OF TRANSCULTURAL FACTORS ON IMMIGRANTS POPULATIONS' NEEDS AND NURSING DIAGNOSIS

ABSTRACT

Introduction: The fact of migrations growth states the need for nursing students to acquire new knowledge regarding cultural competence.

Aims: To design nursing multicultural care models in order to offer better quality care, prevention and health education adapted to immigrant populations. To analyse, from the students nurses' perspective within the frame of Nursing and Multiculturality, an optional subject taught during their 3rd year, the immigrants' basic needs and nursing diagnosis.

Methodology: The study was carried out in two phases: exploration by students of paradigma-

tic cases about migrations by means of case analysis based on the North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) diagnosis from a transcultural perspective; and analysis of results using the program "Win Max 97 pro" to establish conceptual keys.

Results: Three stages were identified in the migration process related with needs and diagnosis: before migrating, on arrival to a country and after consolidating their situation in the country. The analysis of these cases showed that the basic needs identified by Virginia Henderson were not adequately met. Amongst all psychiatric disorders, the Ulises Syndrome stood out as the most relevant problem as a consequence of the difficulties and efforts which caused them to suffer from "chronic stress"

Conclusions: The understanding of social and cultural factors affecting immigrants, together with the analysis of Nursing Intervention Classification (N.I.C.) and Nursing Outcome Classification (N.O.C.), become an essential educational element for the professional development of future nurses facilitating the application of standardised nursing care plans.

RESUMEN

Introducción: El crecimiento de la inmigración afecta también al ámbito de las estudiantes de enfermería planteando la necesidad de adquirir nuevos conocimientos sobre competencias culturales.

Objetivos: Diseñar modelos de cuidados enfermeros multiculturales para ofrecer una mayor calidad en las tareas de atención, prevención y educación para la salud adaptadas al colectivo emigrante. Analizar, desde la perspectiva de las estudiantes de enfermería dentro del marco de la asignatura de Enfermería y Multiculturalidad, impartida como optativa en el tercer curso de la Diplomatura, las necesidades básicas y los diagnósticos de enfermería de la población inmigrante.

Metodología: La investigación se desarrolló en dos fases: exploración de los casos paradigmáticos sobre emigración mediante el análisis de los casos por las estudiantes basados en los diagnósticos de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) desde la perspectiva transcultural y análisis de los informes con el programa “Win Max 97 pro” para establecer las claves conceptuales.

Resultados: Se definieron tres etapas en el proceso de emigración relacionadas con las necesidades y diagnósticos: antes de emigrar, a la llegada a nuestro país y tras la consolidación de su situación en nuestro país. El análisis de estos casos mostró que las necesidades básicas definidas por Virginia Henderson no fueron adecuadamente conseguidas. De entre todos los trastornos psiquiátricos el Síndrome de Ulises destacó como la patología más relevante consecuencia de las dificultades y esfuerzos por los que debe de pasar en su proceso de emigración que le provoca un síndrome de “estrés crónico”.

Conclusiones: La comprensión de los factores sociales y culturales de la población inmigrante combinado con el análisis de los Nursing Intervention Classification (N.I.C.) y Nursing Outcome Classification (N.O.C.), es un elemento educativo imprescindible para el desarrollo profesional de las futuras enfermeras facilitando la aplicación de los planes de enfermería de una forma estandarizada.

INTRODUCCIÓN

Uno de los cambios socioculturales más significativos de nuestro país en las últimas décadas es el haber pasado de ser emisor a receptor de inmigrantes. Esta realidad se concreta en que en los últimos 15 años la población inmigrante residente en España ha pasado de 200.000 personas a princi-

pios de los años 90 a más de 1.600.000 al inicio de la década del 2003 (Mora, 1994). A esta población censada deben añadirse un gran número de inmigrantes en situación irregular cuya cuantificación sólo puede inferirse estadísticamente. Este contexto ha cambiado la geografía humana de nuestras ciudades y evidentemente de nuestro Sistema Sanitario (Gascon, 2003).

Aunque los procesos migratorios no son un fenómeno nuevo en la historia de las sociedades en la actualidad, la creciente importancia de las desigualdades entre países a escala mundial, lejos de mitigar el problema lo han acentuado, y la imagen del inmigrante se asocia muy frecuentemente a la pobreza y la marginación.

Por esta razón es oportuno conocer, desde el ámbito de las estudiantes de enfermería de tercer curso, sus perspectivas en relación a los conocimientos sobre competencias culturales aplicadas a los cuidados enfermeros disponibles en una asignatura optativa denominada *Enfermería y Multiculturalidad*

OBJETIVOS

Los objetivos se fundamentan en el propósito de la asignatura de “*Capacitar a los estudiantes para adaptar los planes de cuidados a las diferentes características culturales de los individuos*”. Desde esta perspectiva se instó a las estudiantes para que:

1.- Diseñaran modelos de curas de enfermería multicultural para ofrecer una mayor calidad en las tareas de atención, prevención y educación para la salud adaptadas al colectivo emigrante.

2.- Analizaran, desde la perspectiva de las estudiantes de enfermería dentro del marco de la asignatura de Enfermería y Multiculturalidad, impartida como optativa en el tercer curso de la Diplomatura, las necesidades básicas y los diagnósticos de enfermería de la población inmigrante a partir de dos estudios de caso paradigmáticos de la emigración femenina latinoamericana (peruana) y la cada vez más visible emigración de jóvenes marroquíes.

METODOLOGÍA

La estrategia de investigación se enfocó con metodología cualitativa basada en el estudio de

casos con el fin de que resultara útil para responder el “cómo” y “por qué” y permitiera constatar la existencia de una concepción simbólico-cultural con una gran carga de significados, estereotipos y prejuicios (Mertz, 2004).

La población incluida en el estudio fueron estudiantes de tercer curso de la Diplomatura de Enfermería (n=60).

Se analizaron dos estudios de casos reales:

- Ángela, cintas habladas: donde se refleja de forma autobiográfica la realidad femenina latinoamericana, resaltando el proceso migratorio desde sus inicios hasta la toma de decisión del retorno.

- Alíes Mohamed, el chico de los mil nombres: joven magrebí en pleno proceso de inserción socio-laboral.

La investigación se desarrolló en dos fases:

1. Exploración de los casos paradigmáticos sobre emigración mediante el análisis de los casos por las estudiantes basados en los diagnósticos de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) (Gorajek 2003) desde la perspectiva transcultural.

2. Análisis de los informes con el programa “Win Max 97 pro” para establecer las claves conceptuales.

RESULTADOS

Desde el punto de vista de las estudiantes, la observación exploratoria descubrió tres etapas claramente diferenciadas del proceso de emigración relacionadas con las necesidades y diagnósticos (Achotegui, 2002):

- Antes de emigrar.
- A la llegada a nuestro país.
- Consolidación de su situación en nuestro país

El estudio del proceso de emigración así como del proyecto migratorio demostró en ambos casos que la preparación de la aventura migratoria, la personalidad, experiencia vital, las motivaciones para emigrar así como las necesidades de los/as emigrantes son heterogéneas dependiendo del origen del/la inmigrante, su entorno socio-cultural, económico y sus expectativas.

Se evidencia como evolucionan los-las individuos dependiendo de sus experiencias vitales. En

el caso de Ángela nos encontramos con una emigrante que basa el motivo de su viaje “*por motivos aventureros*” puesto que: “*todo y tener un trabajo estable decide arriesgarse porque considera que se le presenta una oportunidad de generar ingresos que es posible que en un futuro no se le presenten y... no quiere arrepentirse*”.

No es el mismo caso de Mohamed, chico árabe que se va de su país, Marruecos, puesto que se da cuenta que ahí no tiene ninguna posibilidad de salir adelante pese a ser una persona con estudios universitarios.

La llegada vuelve a ser heterogénea dependiendo de la red de apoyo previa a la emigración y las posibilidades o no de conseguir una visa.

La entrada en el país vuelve a definir el estatus de emigrante, en el caso de Ángela llega con un visado de turista, dado que “*unas paisanas suyas no lo consiguen y son deportadas al Perú*”. Fue recibida en el mismo aeropuerto por unos parientes que le dan un primer hospedaje e información/orientación durante sus primeros días de experiencia migratoria.

Mohamed atraviesa el estrecho de Gibraltar escondido en un camión, necesitando de la solidaridad cómplice del camionero para iniciar sus primeros pasos ya en el estado español, no lo espera nadie ni conoce a nadie. La desorientación máxima y la posibilidad de ser orientado por mafias en el caso de Mohamed es evidente, debiéndose de enfrentar al inicio de su experiencia migratoria a una realidad absolutamente desconocida, sin más apoyos que su intuición frente a una realidad radicalmente nueva.

Durante el proceso de consolidación vuelven a ser las experiencias vitales, el soporte familiar en destino, el cumplimiento de expectativas, las oportunidades económicas, sociales, emocionales así como la actitud del medio y las políticas de estado las determinantes del arraigo e inserción de estos nuevos conciudadanos o su expulsión e ingreso en la marginación.

Nuevamente encontramos con una situación diferenciada en el argumento vivencial de Ángela que presenta una joven con un proyecto laboral en vías de inserción laboral y social. A su llegada percibe de forma inmediata de las diferencias entre latinoamericanas y foráneas, decidiéndose por

parecerse a las de aquí: *“ahora me voy a comprar ropa como la de aquí y mañana mismito me voy a la peluquería y me quito este pelo rubio que me traje”*.

Mohamed lo tiene mucho más difícil, no son sólo las diferencias físicas o el desconocimiento idiomático que imponen barreras se une el absoluto desconocimiento del medio, “al bajar del autocar a su llegada a Barcelona en la misma estación de autobuses pidió consejo a “colegas” de emigración que exclusivamente lo alertaron frente a la policía. Sólo después de deambular por las calles durante diversos días contacto con una asociación de ayuda al emigrante, iniciando a partir de ese momento su inserción laboral y social.

El colectivo inmigrante está formado personas sanas para poder enfrentarse con posibilidades de éxito al proceso migratorio. Sólo así se comprende la relativa poca incidencia de patologías graves entre este grupo.

Los dos casos estudiados demostraron que los emigrantes no consiguen tener sus necesidades básicas cubiertas, ya sea por incapacidad de acceder a ellas (falta de alojamiento en el caso de Mohamed) o por el choque cultural y/o barrera idiomática que imposibilita una adecuada comprensión del nuevo entorno.

El análisis de estos casos mostró a juicio de las estudiantes que de las 14 necesidades básicas definidas por Virginia Henderson no fueron adecuadamente conseguidas por diferentes razones en cada caso (Evers, 2000):

1. Necesidad de dormir y descansar: para Ángela estas necesidades se ven parcialmente cubiertas, aunque con dificultades, el exceso de trabajo así como el estrés provocado al caducarse le los papeles le provoca una alteración.

2. Necesidad de comer y beber adecuadamente: para los dos casos existen condicionantes que alteran la posibilidad de cubrir esta necesidad, pero con grandes diferencias. En el caso de Ángela debe de adaptarse a los nuevos alimentos que encuentra al llegar a su nuevo destino pero no padece en ningún momento penuria alimentaria. Como ocurre en el resto de necesidades, Mohamed padece hambre y grandes penurias durante la primera etapa de inserción en su experiencia migratoria en el estado español.

3. Necesidad de mantener la higiene corporal e integridad de la piel: Mohamed, al principio de su estancia en Barcelona, no tiene posibilidad de una correcta higiene al no disponer de un domicilio debiendo de pernoctar en la calle. Ángela al ser recibida por sus parientes tiene esta necesidad cubierta desde un inicio.

4. Necesidad de actuar según creencias y valores: es importante valorarlo. En principio Ángela se encuentra en un entorno de acogida que le permite continuar con sus valores; no ocurre igual con Mohamed que a las dificultades ya tratadas se encuentra con un entorno que dificulta proteger sus valores y creencias.

5. Necesidad de comunicarse: Ángela ensaya un sistema muy creativo para contactarse con sus padres, graba cintas donde les relata algunos aspectos de su vida en Barcelona; siente que necesita oír la voz de sus padres para sentirse amparada. Además tiene la necesidad de nuevos amigos, difícil de conseguir debido a su situación laboral.

6. Necesidad de evitar peligros: la falta de “papeles” de Mohamed le impedían transitar por las calles con libertad. Ángela al caducar su visado se encontró de la noche a la mañana en una situación difícil llena de angustia y soledad. Ángela se sentía fugitiva de la ley cuando veía un patrullero pensaba que venía a por ella. Estos pensamientos le afectaban mucho psicológicamente y socialmente”.

Estas carencias pueden llegar a provocar en los/las emigrantes situaciones diagnósticas que abarcan áreas, físicas, sociales y psicológicas observando a sus pacientes de forma integral, del estudio de casos se observó como los diagnósticos de enfermería básicamente se centraban en:

1. Ansiedad relacionada por el cambio en su estilo de vida.

2. Una relativa mala adaptación relacionada con la incapacidad de integración en su nuevo entorno.

3. Sentimiento de no sentirse adaptados/as.

4. Riesgo de deterioro de la comunicación verbal, por desconocimiento del idioma.

5. Riesgo de infecciones, relacionado con los hábitos y el difícil acceso a la información de la asistencia sanitaria.

6. Deterioro en ocasiones de su capacidad de aprendizaje.

Mayoritariamente los diagnósticos de enfermería entre el colectivo emigrante se basaron en los problemas subyacentes a diferencias culturales fundamentales como el control de la incertidumbre, la diferente percepción y la autopercepción del binomio individuo/colectivo, la distinción de género y la diferencia de trato a la hora de entender la distancia jerárquica.

Como consecuencia a estos diagnósticos la asistencia sanitaria debería abarcar las dimensiones físicas, sociales y psíquicas a fin de prevenir o tratar las alteraciones que presenta este colectivo.

En cuanto a la dimensión física básicamente el esquema que se siguió fue:

- Prevención de patologías comunes.
- Programa de atención específica: mujeres y adolescentes.
- PAPPS (programa de actividades preventivas y de promoción de la salud): actividades preventivas.
- Seguimiento de las patologías que hubiera podido importar.

Respecto a la dimensión social se tuvo en cuenta un principio básico desde la perspectiva de la enfermería transcultural que *“los grupos humanos responden a la enfermedad de forma diferente según sea su estructura, su sistema de valores, las*



relaciones sociales y su cultura”, por lo tanto la enfermería debe de adaptarse a la cosmovisión de cada uno de sus posibles interlocutores (Bellabes, 2004).

La dimensión psíquica es frecuentemente la más afectada sin embargo en ocasiones es difícil de desenmascarar, debido a que los enfermos en la consulta verbalizan trastornos diversos ocultando el verdadero origen de su patología. Esquemáticamente las patologías psiquiátricas más frecuentemente diagnosticadas por enfermería fueron la depresión debido al cambio en los estilos de vida y soporte familiar (ejemplo), la ansiedad producto de las dificultades económicas y de vivienda o los trastornos psicósomáticos, producto de los obstáculos para legalizar su situación.

De entre todos los trastornos psiquiátricos el Síndrome de Ulises (Síndrome de Ulises e inmigrantes) destacó como la patología más relevante consecuencia de las dificultades y esfuerzos por los que debe de pasar en su proceso de emigración que le provoca un síndrome de “estrés crónico”.

DISCUSIÓN

En el meta-análisis de los estudios de casos, los estudiantes de enfermería resaltan la existencia de factores clave como la buena salud física de la mayoría de los emigrantes y el duelo migratorio desde la perspectiva de los cuidados de enfermería al que les es muy difícil sobreponerse.

El 75% de las estudiantes reconoció que aumento su sensibilidad hacia la emigración a partir de la profundización de las claves sociales y culturales en los estudios de casos, la respuesta de las alumnas a esta problemática se puede resumir en que *desde el punto de vista de la enfermería, el multiculturalismo constituye una gran oportunidad para constatar la universalidad de los cuidados y su diversidad de manifestaciones culturales.*

Así pues la comprensión de los factores sociales y culturales de la población inmigrante combinado con el análisis de los *Nursing Intervention Classification* (N.I.C.) y *Nursing Outcome Classification* (N.O.C.) (Torre 2003) es un elemento educativo imprescindible para el desarrollo profesional de las futuras enfermeras facilitando la aplicación de los planes de enfermería de una forma estandarizada.

Finalmente es importante resaltar que para la mayoría de las alumnas representa el punto de inicio de un cambio personal en la percepción, no sólo de salud y por lo tanto como profesional, sino como personas de aquéllos que antes para ellas eran sólo inmigrantes, asumiendo que el enriquecimiento en la comprensión de las nuevas realidades se produce tras la adquisición, por parte de las alumnas, de estos nuevos conocimientos que aportan elementos para conseguir la competencia cultural de los profesionales (Betancourt, 2004).

BIBLIOGRAFÍA

- Achotegui, J. (2002) La depresión en los inmigrantes: una perspectiva transcultural. Mayo. Barcelona.
- Bellabes, M., Borschnek, M., Bouazouz, H., Chiri, C., Csinidis, C., Daubie, P., Garino, M., Favre, J., Nouri, W., and Sambati, L. (2004) Cultural approach to care. *Soins* (686 PT1): 30-33, 2004.
- Betancourt, J.R. (2004) Cultural competence-marginal or mainstream movement? *N. Engl. J. Med.* 351 (10): 953-995.
- Evers, G.C. (2000) Clinical nursing research. New standars for quality assurance for nursing and patient. *Pflege* . 13 (3): 133-138.
- Gascon ,C. (2003) Infectious diseases and immigration. *Infer. Infecc. Microbiol. Clin* 21 (10): 535-539.
- Goraje-Jozwik, J. (2003). The Classification systems of nursing practice-the historical and practical perspective. *Ann Uni Mariae. Curie Sklodowska [Med.]*58 (2): 202-207.
- Mertz, C., Belbab, H., Chabriere, N., Faucon-Artin, H., Lecam, S., Legrand, V., Margarie de, C.
- Mora, E. Norman. (1994) Population projection and its principal components: the future model of population in the province of Alicante. *Bol.Asoc. Demogra. Hist* 12 (1): 55-80.
- Síndrome de Ulises e inmigrantes.
<http://www.entornosocial.es/sociosanitaria/so561403.html>
- Torre, R., Bertazzoni, G. (2003) Nursing Intervention Classification (N.I.C.) and Nursing Outcome Classification (N.O.C.) of Iowa University: a description of methods, tools and contents. *Prof. Inferm.* 56 (3): 143-158.



MISCELÁNEA

CONCLUSIONES

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

Tras todo lo acaecido entre el 14 y el 16 de Junio del presente año, ha llegado, por fin, el tiempo de reflexionar sobre los aspectos más esenciales y significativos que hemos tenido la oportunidad de llegar a conocer mediante las diferentes aportaciones presentadas durante la celebración de las “III Jornadas Internacionales de Cultura de los Cuidados y la 30th Annual Conference of the Transcultural Nursing Society”.

Consiste esta actividad, la de elaborar las conclusiones, en una suerte de ejercicio recopilatorio inspirado, fundamentalmente, en una mirada que siendo retrospectiva es, sin embargo, demasiado reciente como para que estas conclusiones adquieran a día de hoy rango de definitivas. Es por ello que, todo lo que se escriba en este texto de vocación sintetizadora, debe ser considerado provisional al carecer de la perspectiva que sobre todos los acontecimientos humanos -sean científicos o de otra índole- sólo concede el paso del tiempo dorando a fuego lento el ímpetu repentino que adorna las primeras impresiones.

Antes de desbrozar el alcance científico de estas jornadas, deberían reseñarse tres conclusiones preliminares:

1. La compleja transculturalidad que ha teñido la celebración del evento de una exquisita pluralidad. Transculturalidad, pluralidad y complejidad son conceptos que resultan determinantes a la hora de hacer todo lo posible por escuchar y comprender lo que dice “el otro” o “los otros”; o lo que viene a ser lo mismo interpretar los mismos hechos desde diferentes puntos de vista aquilatando en cada momento la incidencia de la diversidad cultu-

ral en un clima de respeto mutuo auspiciado por la tolerancia a ultranza que ha planeado sobre todos y cada uno de los asistentes.

2. La mera realización de unas jornadas con estas características denota un aspecto crucial para la enfermería española: por fin se ha tomado conciencia de la importancia que tienen los aspectos culturales en materia de cuidados de salud. Supone, sin duda, un salto cualitativo que no era de esperar a tenor de las condiciones científico-profesionales que caracterizaban la enfermería española de hace no demasiados años. La transculturalidad se ha reflejado en las diferentes asociaciones que han contribuido al desarrollo del evento desde la perspectiva científica: la Transcultural Nursing Society; la Asociación de Historia y Antropología de los Cuidados, la Fundación Index de Enfermería; el Departamento y la Escuela de Enfermería de la Universidad de Alicante; pero también desde el plano organizativo ha resultado crucial el papel desempeñado por el Consejo Valenciano de Enfermería y el Colegio de Enfermería de Alicante.

3. La presencia de diferentes generaciones de enfermeras/os procedentes de distintos países supone, en sí mismo, un hecho transcultural en tanto y en cuanto todos ellos se han esforzado por erigir la comunicación en un instrumento de cambio social, científico y profesional. La emotiva misiva de la Dra. Leininger ha influido notablemente en el ánimo de las jóvenes enfermeras que han de recoger el relevo y seguir trabajando y desarrollando las líneas que la eminente pionera de la TCN iniciara a mediados del siglo pasado.

En cuanto a las dimensiones científicas del evento, la primera cuestión recae en un factor crucial para valorar el nivel del mismo: ¿Se han alcanzado todos los objetivos propuestos por el Comité Científico? La respuesta es rotundamente afirmativa, dado que hay que destacar la enorme calidad de las ponencias, comunicaciones y carteles presentados... pero además y en lo que respecta al cumplimiento de los propósitos asumidos preliminarmente:

- Se ha debatido ampliamente la incidencia del género en la transmisión del conocimiento, de las actitudes y valores, demostrándose en diferentes ponencias y comunicaciones la importancia de la educación, del currículum en el proceso de socialización de la mujer mediante la potenciación de estereotipos anquilosantes. Algunas de estas aportaciones han analizado incluso el papel de la historia como mecanismo de liberación de la mujer ante roles recalcitrantes y denigratorios que siguen vigentes en algunos países y/o culturas y que inciden directamente en la forma de enfocar, planificar e implementar los cuidados de salud.

- En varias ponencias, comunicaciones y carteles, se han expuesto las líneas maestras que desde algunas formaciones políticas, gobiernos (nacionales, supranacionales y consejos municipales) se han desarrollado o, al menos expuesto, para tratar de hacer frente a las necesidades generadas por los efectos de la inmigración, constituyendo el objetivo primordial el contribuir a la satisfacción de las necesidades de estos grupos humanos procedentes de culturas diversas de forma digna y competente. Una de las conclusiones más unánime ha consistido en la necesidad de acercar los políticos a los problemas que padecen los inmigrantes y demás grupos desfavorecidos. Las mujeres, los niños y los ancianos, han sido considerados en muchas intervenciones como grupos desfavorecidos que tienen su propia idiosincrasia cultural, dado que sus intereses y la manera mediante la que satisfacen sus necesidades está diferenciada por razones de sexo, edad, etc.

- La incidencia de la economía en los procesos de atención e inserción de la población inmigrante ha sido analizado en aportaciones nucleares que han hecho mella en los asistentes provocando intervenciones sustanciosas en debates que han

dado mucho de sí, llegando incluso a producirse un auténtico torbellino de ideas simultáneo en las diferentes salas en las que se celebraban al unísono.

- Pero asimismo, es necesario reflejar el enfoque transversal que las jornadas han desarrollado en los aspectos temáticos, metodológicos y expositivos. La diversidad temática (género, política, economía, multiculturalismo), metodológica (se han expuesto diferentes teorías, modelos y técnicas), expositiva (la forma de expresar las problemáticas abordadas ha reflejado la diversidad en el mismo proceso de comunicación. Este respeto por las formas de expresión genuinas -lejos de interferir en la captación de los mensajes- ha teñido de claroscuros, contrastes y peculiaridades un encuentro cuyo principal activo es la transculturalidad y el respeto de la tradición cultural y lo autóctono en materia de cuidados de salud.

- Finalmente, una de las conclusiones más esenciales, ha consistido en el acuerdo generalizado sobre la necesidad de adaptar los aspectos metodológicos a las características culturales de los grupos humanos investigados evitando, a toda costa, invertir el proceso provocando que el sujeto o el grupo humano tenga que adaptarse a los métodos y técnicas de investigación (básicamente en esto consiste la competencia cultural). En definitiva, se trata de dar voz a las personas estudiadas, escuchar como viven sus procesos de salud-enfermedad e implicarlos de forma responsable en la planificación, organización e implementación cotidiana de sus cuidados de salud. En general, los métodos cualitativos parecen más adecuados para este tipo de trabajos transculturales y, en particular, la historia oral, con toda la amplia y variada panoplia de técnicas que conlleva, se ha mostrado como uno de los métodos más propicios para el desarrollo de estas investigaciones participativas. Sin embargo, este revisionismo metodológico no implica la marginación de la metodología cuantitativa, dado que es tan imprescindible como la cualitativa, dado que de lo que se trata es de estudiar los fenómenos transculturales mediante la adopción de metodologías complejas, ricas, eclécticas y, por supuesto complementarias, es decir, transculturales.

Por último, sólo queda ya transmitir la gratitud a todas y todos los que, de una forma u otra, con

aportaciones desde los diferentes planos: científico, corporativo, profesional, técnico, social y hasta político, han contribuido a que en el día de la fecha la celebración de estas “III Jornadas Internacionales de Cultura de los Cuidados y la 30th Annual Conference of the Transcultural

Nursing Society” sean motivo de una congratulación colectiva y transcultural.

Alicante, Junio de 2004/07/05

José Siles González

BIBLIOTECA COMENTADA

Título: Cuerpo de mujer sabiduría de mujer: una guía para la salud física y emocional.

Autor: Cristiane Northrup

Editorial: Urano

Fecha de publicación: 2001

ISBN: 84-7953-339-0

Páginas: 944

La doctora Northrup, una ginecóloga estadounidense, nos aporta en este libro una visión diferente acerca de la salud de la mujer. La visión desde la perspectiva holística, considerando a la mujer como un todo del que no se pueden separar los sentimientos, experiencias y la propia historia personal y cómo éstas pueden afectar de forma directa al proceso físico, según esta autora sin salud emocional no hay salud física. En este libro describe minuciosamente la anatomía femenina, la fisiología; los problemas más frecuentes que pueden aparecer a lo largo del ciclo vital en la mujer así cómo las diferentes formas de prevenirlos y tratarlos. La autora pone de manifiesto los diferentes criterios a tener en cuenta a la hora de elegir un tratamiento adecuado a una patología, desde la utilización de remedios caseros, pasando por la acupuntura, hasta llegar a la cirugía. En definitiva se puede considerar como una guía excelente para todas aquellas mujeres que deseen descubrirse y profundizar en su ser interior.

Título: Lazos rojos para jacinto

Autor: Eseverri Chaverri, Cecilio

Editorial: Incipit Editores, Madrid

Fecha de publicación: 2003

Páginas: 77 páginas

Esta nueva obra nos ofrece, por un lado, un nuevo ejemplo de la extraordinaria capacidad cre-

ativa de su autor que se introduce en el género dramático, y, por otro, viene a cubrir un enorme hueco en la enfermería española: el de las humanidades aplicadas. Cecilio, se sirve de la vida de un personaje que padece una enfermedad terminal (sida), para ofrecernos una panorámica del enorme abanico de relaciones que se pueden llegar a establecer entre los cuidadores, los enfermos terminales y el Mundo (con mayúscula), que gira en torno a todo el proceso como si nada pasara. La obra muestra una reflexión polifónica –desde distintos planos– sobre la muerte, aunque la perspectiva predominante, como es lógico, es la del personaje principal (el enfermo de sida). Con lenguaje directo, aunque no desprovista de cierta carga poética, el autor nos concita con este nuevo texto para provocar nuestros pensamientos más íntimos respecto a un tema tan misterioso y, por más que queramos, inevitable como el de la muerte.

Título: Historia de la enfermería en Cuba

Autor: Ancheta Niebla, Eduardo

Editorial: Ciencias Médicas, La Habana

Fecha de publicación: 2003

Páginas: 176 páginas

En este estudio histórico, la profesora Ancheta aporta un material de indiscutible valor para los estudiosos de la historia de la enfermería. Su principal aportación estriba, sin duda, en el enorme acopio de hechos que narra sirviéndose de una abundante documentación cuyas fuentes son tanto orales como escritas. Otro de los valores añadidos de este texto es su copiosísimo material fotográfico que recoge figuras relevantes de la enfermería cubana y, también, centros emblemáticos del sistema educativo y sanitario de este país caribeño.

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.:

