

CULTURA DE LOS CUIDADOS

REVISTA DE ENFERMERIA Y HUMANIDADES

1^{er}. Semestre 2005 • Año IX - N.º 17

EDITORIAL

- *Historia y reivindicación profesional. A las puertas del nuevo Espacio Europeo de Educación*

FENOMENOLOGÍA

- *Aprendiendo a vivir: encuentro con Perú*
- *Estados de la materia*

HISTORIA

- *Investigación de la validación de la imagen del cuidado en la tradición sociopolítica e histórica en el siglo XVIII: el caso del manual del Dr. Carrere*
- *La educación de las niñas de Fenelón: el cuerpo social de la mujer a principios del siglo XX*

ANTROPOLOGÍA

- *Florence Nightingale. Profesionalización de los cuidados desde una perspectiva de la antropología feminista*
- *Repercusiones de la diabetes mellitus en la sexualidad de los usuarios varones adscrito al consultorio Violeta Parra de Chillán, Chile, 2003*
- *La fuerza terapéutica del rito funerario*
- *Educación para la salud a inmigrantes marroquíes*
- *Antropología narrativa y situaciones vida salud en la obra de Mario Benedetti y Octavio Paz*

TEORÍA Y MÉTODO

- *Problemas de adaptación psicosocial de madres de niños portadores de Síndrome de Down*
- *Intervención de Enfermería en el sistema familiar: valoración*
- *Estudio de la evidencia del concepto de grupo en el modelo de adaptación de Roy*
- *Efectos de la televisión sobre la actividad física y el rendimiento escolar en niñas escolares*

MISCELÁNEA

- *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 Esquinaldo (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://enf.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. Alicante LA DIRECCIÓN DE LA REVISTA NO SE HACE RESPONSABLE DE LOS CONTENIDOS DE LOS ARTÍCULOS	
NORMAS DE PUBLICACIÓN	4
EDITORIAL Historia y reivindicación profesional. A las puertas del nuevo Espacio Europeo de Educación	5
GARCÍA MARTÍNEZ, ANTONIO CLARET; GARCÍA MARTÍNEZ, MANUEL JESÚS	
FENOMENOLOGÍA Aprendiendo a vivir: encuentro con Perú	8
BOYER NAVARRO, MARÍA	
Estados de la materia	11
ECHVERRÍA, GREGORIO	
HISTORIA Investigación de la validación de la imagen del cuidado en la tradición sociopolítica e histórica en el siglo XVIII: el caso del manual del Dr. Carrere	16
SALAS IGLESIAS, PEDRO MANUEL	
La educación de las niñas de Fenelón: el cuerpo social de la mujer a principios del siglo XX	24
GÁLVEZ TORO, ALBERTO	
ANTROPOLOGÍA Florence Nightingale. Profesionalización de los cuidados desde una perspectiva de la antropología feminista	33
GONZÁLEZ GIL, TERESA	
Repercusiones de la diabetes mellitus en la sexualidad de los usuarios varones adscrito al consultorio Violeta Parra de Chillán, Chile, 2003	41
ISLA LUND, XIMENA; AGUILERA MERIÑO, MARÍA JOSÉ; ARANCIBIA CASTRO, PAULA; BARRIGA JUNGJOHANN, CAROLINA; GÁLVEZ CHÁVEZ, NELLY.	
La fuerza terapéutica del rito funerario	49
DELGADO ANTOLÍN, JUAN CARLOS	
Educación para la salud a inmigrantes marroquíes	54
GENTIL GARCÍA, ISABEL	
Antropología narrativa y situaciones vida salud en la obra de Mario Benedetti y Octavio Paz	59
SILES GONZÁLEZ, JOSÉ; CIBANAL JUAN, LUIS; GALAO MALO, ROBERTO; GABALDÓN BRAVO, EVA M ^a ; MOLERO TOLINO, DAVID; SOLANO RUIZ, CARMEN; GALLARDO FRÍAS, YOLANDA; GARCÍA HERNÁNDEZ, ENCARNACIÓN.	
TEORÍA Y MÉTODO Problemas de adaptación psicosocial de madres de niños portadores de Síndrome de Down	68
NÓBREGA FORTES, ALLYNE; DE OLIVEIRA LOPES, MARCOS VENICIOS	
Intervención de enfermería en el sistema familiar: valoración	74
VARELA FEAL, N.; RODRÍGUEZ MASEDA, E.; ROMERO MARTÍN, M.; CASTRO PASTOR, A.; FERNÁNDEZ CAO, MJ.	
Estudio de la evidencia del concepto de grupo en el modelo de adaptación de Roy	82
CAVALCANTE GUEDES, MARIA VILANÍ; DE OLIVEIRA LOPES, MARCOS VENÍCIOS; LEITE DE ARAUJO, THELMA	
Efectos de la televisión sobre la actividad física y el rendimiento escolar en niñas escolares	88
BARBANCHO CISNEROS, FRANCISCO JAVIER; PRIETO MORENO, JESÚS; TIRADO ALTAMIRANO, FRANCISCO; HERNÁNDEZ NEILA, LUIS MARIANO; SANTOS VELASCO, JESÚS; MORENO MÉNDEZ, ANDRÉS.	
MISCELÁNEA Biblioteca Comentada	94

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

HISTORIA Y REIVINDICACIÓN PROFESIONAL. A LAS PUERTAS DEL NUEVO ESPACIO EUROPEO DE EDUCACIÓN

Antonio Claret García Martínez

*Profesor de Ciencias y Técnicas Historiográficas.
Universidad de Huelva*

Manuel Jesús García Martínez

*Profesor de Historia de la Enfermería
E. U. de Ciencias de la Salud. Universidad de Sevilla
Unidad Docente Matrona. Virgen del Rocío (Sevilla)*

HISTORY AND PROFESSIONAL VINDICATION. FACING THE NEW EUROPEAN HIGHER EDUCATION AREA

Quizás el Hombre esté en las últimas décadas tan deslumbrado con sus avances tecnológicos que va perdiendo la noción de “ser persona” y de su componente espiritual, que es en el fondo el que da equilibrio a la existencia humana y posibilita el alcance de más elevadas cotas de libertad y realización personal.

Olvidamos con demasiada frecuencia que detrás del espejo hay una realidad cuyas formas se transforman, cuyas líneas se tuercen y cuyo sentido no responde necesariamente a nuestra percepción de las cosas. Probablemente por ello, la sociedad occidental sufra en las décadas que se acercan profundas crisis de identidad que le acerquen más al colapso que a la felicidad que se nos promete.

En torno a 1580, un enfermero castellano, Bernardino de Obregón, fundaba en el Hospital General de Madrid una escuela. En ella se impartía a los niños huérfanos y abandonados de la ciudad una formación elemental en escritura, lectura, aritmética y, lo que era más necesario de todo, se enseñaba a ser personas. Ello abría las puertas a un futuro más esperanzador a quienes nada tenían y poco podían esperar de una sociedad que desde su nacimiento les había condenado a ser despreciados y despreciables. Con esta escuela, Bernardino pre-

tendía, ante todo y sobre todo, devolverles su “dignidad humana”.

Nosotros nos resistimos a ignorar estos hechos; a desconocer el esfuerzo de cuantos profesionales nos han antecedido y han intentado mejorar la calidad de vida de las personas con las que vivieron y compartieron su existencia. Nos negamos rotundamente a perder la experiencia acumulada durante siglos por la Humanidad; saberes que conforman los pilares de nuestra civilización y nuestra realización como especie, para sumergirnos en una amnesia que aniquile la memoria de nuestros abuelos. Queremos avanzar sosteniendo un gigantesco espejo frente a nosotros que nos muestre lo que atrás hemos dejado y sobre lo que hemos cimentado nuestro ser como personas y como profesionales. Obviar esto es condenarnos a nosotros mismos a la más terrible de las cegueras.

Y este posicionamiento se hace más necesario declararlo en voz alta ahora, que estamos viviendo momentos históricos, quizás irrepetibles en muchos años. Se nos brinda la oportunidad de construir un nuevo marco de formación y profesionalización que rebasa las fronteras estatales y procura responder a las necesidades que tiene planteado el recientemente constituido espacio europeo. Y

nosotros debemos hacerlo desde la atalaya que constituye nuestra cultura y nuestro modo de vivir y de sentir, siendo conscientes de la diversidad que conforma la vieja Europa. Los profesionales de la enseñanza, de la gestión y de la prestación de cuidados debemos enfrentarnos al reto de diseñar un modelo que sirva de cauce a la formación de profesionales de enfermería y su inserción en el mercado laboral, sin olvidar el sustrato base primordial: el “ser personas”.

Quizás, uno de los principales problemas con que se enfrenta con demasiada frecuencia la Universidad española es la adaptación continua de sus planes de estudio. Siempre buscando una mejora para los estudios y siempre dejándonos más insatisfechos. Quizás la cuestión estribe en que la cuestión económica acaba pesando más que la estrictamente docente y la situación nos avoca al siempre temido reparto de créditos, que termina imponiendo su ley por encima de ideales y buenas intenciones.

Todo esto no debe frenar los deseos de acometer, una vez más, una intensa transformación de la realidad académica con los instrumentos que nos ofrece el proceso de convergencia europea en materia de educación y las obligadas adaptaciones de los planes de estudio nacionales para hacerlos compatibles con el del resto de los estados europeos. Tenemos la obligación y la responsabilidad de no condenar a las próximas generaciones de estudiantes a unos estudios que tengan tan graves carencias que le hagan aptos para conseguir un salario, pero inútiles para desarrollar su existencia con la dignidad que toda persona merece y necesita.

En este contexto, los profesores e investigadores de la Historia de la Enfermería estamos desarrollando una intensa actividad divulgadora encaminada a situar a la profesión en el lugar que por tradición, dedicación y antigüedad se merece. Traemos a nuestra memoria una conversación mantenida con una matrona, ya muy anciana, sobre sus vivencias, su juventud y sus primeras experiencias de asistencia a parturientas; las enseñanzas recibidas de su tía y cómo han ido cambiando las técnicas con el paso del tiempo, pero que todo ello le ha ido enseñando a madurar y a vivir. Así, las profesiones “también tienen sus vivencias, su

juventud y sus primeras experiencias y todo ello, absolutamente todo, nos enseñan a madurar y a vivir”. La vida humana es un constante proceso de tomar de otros, elaborar nosotros y ofrecer a los demás para que todo siga avanzando. No podemos romper el proceso vital de la experiencia humana.

Afortunadamente, en los últimos veinte años el conocimiento de la Historia de la Enfermería en nuestro país está conociendo un notable desarrollo, y ello debido, en gran medida, a que una parte significativa de los profesionales de la Enfermería han ido tomando conciencia de la importancia que para una profesión tiene situarla en el contexto social adecuado, recuperar los nombres de las personas que han dedicado sus vidas a ejercerla; conocer los avances científicos y técnicos que han ido transformando el ejercicio profesional; los logros en el campo académico y económico y su imbricación con el resto de las profesiones sanitarias y no sanitarias y todos esos aspectos que redundan en la satisfacción de pertenecer a un colectivo profesional que ha ofrecido lo mejor de sí para el desarrollo de su país.

Así, la celebración de congresos nacionales e internacionales; jornadas, reuniones científicas, exposiciones y publicaciones nos está permitiendo romper nuestro ancestral desconocimiento del desarrollo histórico de los cuidados en nuestro país, rescatando páginas de nuestra historia profesional que hasta hace poco eran suplidas con generalizaciones y préstamos de la historia de la enfermería de otros países, que en nada respondían a la realidad ocurrida en nuestro entorno (¡y es que el desconocimiento hace asumir monstruos ajenos!).

En el seno de toda esta actividad surge un interrogante que nos preocupa de forma especial a quienes tenemos obligaciones docentes: ¿qué presencia debe tener, pues, la docencia de la Historia de la Enfermería en la formación de nuestros futuros estudiantes?, y esta pregunta enlaza, como no podía ser de otra manera, con esta otra ¿qué presencia debe tener la formación humanística en nuestros profesionales? ¿Estamos avocados a convertirnos en meros ejecutores de unas técnicas cada vez más sofisticadas y menos humanizadas (aunque necesarias), o debemos presentarnos antes que nada como personas que se ocupan de la salud de otras y preparados con una formación científica

y técnica elevadas? ¿qué debemos anteponer? O quizás, mejor fuera, aunar...

Estas cuestiones están siendo debatidas en distintos foros, muy especialmente, en el seno del *Seminario Permanente para la Investigación de la Historia de la Enfermería*, que, con sede en Madrid, agrupa a un conjunto cada vez más numeroso de investigadores, docentes y convencidos humanistas de toda España. Se reflexiona sobre la necesidad de situar los estudios históricos de la profesión enfermera en el marco adecuado para conseguir que los enfermeros obtengan una formación integral, plural y acorde con el “ser persona”, teniendo en cuenta que, una vez que nos quitamos el uniforme de trabajo, seguimos siendo los mismos, con nuestros problemas y con nuestras mayores o menores capacidades para enfrentarnos a ellos y resolverlos; consumidores también del mismo servicio que prestamos y con las mismas o similares necesidades que aquellos a quienes cuidamos. Buscamos por ello lo que en distintos foros de la Historia de la Enfermería, la Investigación Cualitativa, Enfermería Transcultural y otras corrientes denominan “conocimiento humanista”, que es “aquel que se centra en la persona como ser complejo en el que la salud es sobre todo una construcción cultural”.

Desde Granada, desde Alicante, desde Sevilla y desde otras localidades, publicaciones con orígenes y principios diferentes coinciden plenamente en estas propuestas; con sus discursos se mueven intenciones y voluntades y esperamos que se contribuya a clarificar y a perfilar las estrategias necesarias.

Pero no podemos olvidar que en gran medida la base de todo el edificio lo constituye la formación académica; barro en el que se moldea gran parte de nuestro ser profesional y, por supuesto, humano, ya que constituyen años decisivos de nuestra experiencia vital. De poco sirven modelos teóricos, reconocimientos de palabra o lamentaciones pasadas, si en los planes de estudio no tienen una presencia real, seria y cimentada los estudios humanísticos. No un simple “estar” para tranquilizar conciencias o disimular voluntades, sino un “ser” con todas las consecuencias y abrir las puertas a futuras investigaciones-reflexiones sobre la profesión, desde el profundo conocimiento de su realidad histórica. Ahí está la obra de grandes médicos

humanistas, como los profesores Laín Entralgo, Marañón y tantos otros que cimentaron una forma de entender la salud y la profesión desde el más profundo respeto a su Historia y a lo que ella puede enseñarnos.

La presencia de asignaturas como *Historia de la Enfermería*, con un reconocimiento de troncalidad, debe jugar un papel de primera importancia en la reflexión formativa que constituye la carrera universitaria del cuidador, no una simple etiqueta con una mínima presencia en el expediente final del enfermero. Debemos procurar abrir las puertas a grados superiores que permita que parte de nuestros profesionales puedan continuar las reflexiones desde la condición humana y no sólo técnica; que puedan encarar las reflexiones con una visión lo más amplia posible, alcanzando desde nuestras orígenes como profesión hasta nuestro presente. Sólo con una visión amplia e integral, resultado de la acumulación de experiencias pasadas y presentes, se podrá avanzar de forma más decidida y segura.

Dicen que no corren buenos tiempos para la lírica..., quizás por ello veamos cada vez más sombras a nuestro alrededor.

FENOMENOLOGÍA

APRENDIENDO A VIVIR: ENCUENTRO CON PERÚ

María Boyer Navarro

*Estudiante de Enfermería Escuela Universitaria de Enfermería
Universidad de Alicante*

LEARNING TO LIVE: MEETING WITH PERU



Plaza de Armas. Ciudad de Cuzco

En los meses de agosto y septiembre viví una experiencia en Cuzco (Perú) que nunca podré olvidar. He estado realizando una actividad de voluntariado en el albergue “Hogar de la Amistad” y conviviendo con el sector campesino que constituye la población más pobre del Perú.

Siempre he pensado que ha sido la vida quien me ha llevado hasta allí. El año pasado por estas fechas estaba en Italia haciéndole una visita a una amiga que es psicopedagoga. Estando allí, pensamos que sería un buen momento para tener una experiencia de este tipo, pues desde que tenía aproximadamente 14 años, todo lo relacionado con el estilo de vida misionero, me ha llamado mucho la atención. Pensamos en programar para el siguiente verano una experiencia en África. Me volví para España y ahí quedó todo.

Pasaron los meses y mi amiga me escribió diciéndome que “por casualidad” había encontrado la dirección de correo electrónico de una amiga suya que estudió con ella la misma carrera de Psicopedagogía y con la que no mantenía comunicación desde hacía cinco años. Entonces le escribí

unas letras interesándose por su vida, la cual le respondió que estaba viviendo en Perú con su marido y desarrollando un proyecto en el albergue “Hogar de la Amistad”.

Sin pensarlo mucho, mi amiga me escribió proponiéndome que quizás era mejor idea hacer mi experiencia en este otro lugar, y así surgió el asunto.

En ningún momento he tenido miedo a la hora de afrontar esta experiencia. De la forma en que surgió la oportunidad y en circunstancias tan casuales, como si estuviera todo planeado y reservado para mí, me daba fuerza y mucha más ilusión. Pienso que en esta vida hay circunstancias que nosotros mismos nos creamos, pero que otras nos llegan, sin más, porque estamos llamados para ellas. Mi experiencia en Perú, corresponde a esta última. Sin dudarlo, aproveché la oportunidad y comencé a realizar todas las diligencias que requerían el viaje, incluido el vuelo, el seguro, las vacunas. Etc.

Mientras preparaba mi viaje, pensaba qué quería conseguir a través de esta experiencia, y llegaba a la conclusión de que no era más que conocer un estilo de vida totalmente opuesto al de nuestra sociedad capitalista, tan acostumbrada a la abundancia y a la riqueza. Quería conocer en qué consiste la felicidad de la gente más pobre, cuyos escasos recursos económicos no les permiten más que subsistir, y quería llenarme de su sencillez. Ahora, hago balance de mi experiencia y me doy cuenta de que ha sido mucho más positiva de lo que esperaba.

El Cuzco fue la capital política, económica, militar y religiosa del Imperio de los Incas. Desde esta misteriosa ciudad situada en las alturas de la Cordillera Andina, el culto al dios sol se expandió a todo el universo andino, y desde allí, se dio la

orden de difundir el quechua como el idioma franco de todos los pueblos dominados en los cien años que duró la gloria del Estado Inca. La ciudad puede compararse con cualquier metrópoli europea de su tiempo, poseía templos y fastuosos palacios construidos con sólida roca maravillosamente pulida, láminas de oro y plata revestían el interior de sus lugares sagrados y desde el corazón de la ciudad partían amplios caminos bien empedrados que unían a la capital con los más alejados rincones del Imperio.

En la actualidad, la sociedad de este país se caracteriza por carecer de una clase media, allí la gente es o muy pobre o muy rica, siendo la gente pobre una mayoría y la rica una minoría. Desde el principio, me llamó mucho la atención la resignación en la que vive esta pobre gente, pero a medida que pasaban los días pude ir dándome cuenta que esta resignación era fruto de nunca haberse sentido valorados por los cargos políticos de su país, sin preocuparse de las necesidades que tiene la población. Por eso, cuando gente como yo, decidimos regalarles nuestro tiempo y convivir con ellos, acompañarles en su trabajo diario y ayudarles con sus problemas, rebosan una alegría y una felicidad inmensurables que cala profundamente.

Durante el mes y medio que ha durado mi experiencia en Cuzco, he podido transitar por las calles de esta ciudad y mezclarme entre su gente y su realidad, a la vez que he podido ayudar en las dos líneas de trabajo que sigue el Hogar de la Amistad. La primera línea de trabajo estaba encaminada a temas de salud, y la segunda a cuestiones educativas. Este albergue se mantiene y sustenta gracias a las aportaciones espontáneas y solidarias de la gente que conoce el proyecto, y es dirigido por un matrimonio, Mercedes, que es española, y Kike, peruano. Ellos, después de su trabajo diario, se dedican a estas ayudas humanitarias.

La línea de salud del Hogar que he mencionado un poco más arriba comprende las labores de dar cobijo a acompañantes de enfermos que están ingresados en el hospital y no tienen donde alojarse, así como cuidar a campesinos que sufren leishmaniasis u otras patologías.

Mientras que el programa educativo consiste en recibir dos días a la semana, a los niños del barrio, donde se sitúa el albergue, y de otras zonas margi-

nales de la ciudad, para darles clase como refuerzo escolar y recompensarles con un plato de comida caliente. Estos niños alcanzan, aproximadamente, la cifra de cien y sus edades oscilan entre los tres y los dieciséis años.

Fuera del ámbito de la enfermería y de la educación, he realizado otras actividades encaminadas al mantenimiento y cuidado del albergue, tales como la limpieza o la cocina, pero siempre, por sencillas que hayan sido mis aportaciones diarias para mí adquirirían todo su sentido cuando veía el rostro de cada una de las personas a las que dedicaba mi tiempo e intensificándose más cuando conocía de cerca su historia.

Respecto a mis valores, esta experiencia, más que cambiarlos me ha reafirmado en ellos. Siempre he tenido muy claro que el dinero y lo material acompañan a llevar una vida agradable y cómoda, pero no siempre una vida de calidad. Los campesinos con los que he estado conviviendo día a día, no entendían de avances tecnológicos ni comodidades, pero su lenguaje era el de las miradas, los gestos o el simple “estar”, y la verdad es que todo esto me ha resultado muy gratificante.

Pienso que cierto tipo de experiencias, sólo son mejor comprendidas cuando se viven y esta sería una de ellas, pues muchas de las emociones y sentimientos que he podido vivir resulta muy complicado darles forma a través de las palabras. Al igual que el silencio puede llegar a hablar con el trato humano pasa absolutamente lo mismo.

Esta experiencia ha sido para mí una gran cura de humildad. Al principio, había días que la vida allí, en cierto modo me parecía un sin sentido, y tenía la sensación de que podía hacer cosas mucho más importantes que pelar patatas, lavar la ropa, curar, inyectar intramusculares... pero poco a poco ayudada por Dios y por mi yo más espiritual, me pude dar cuenta que lo verdaderamente importante de mi experiencia era “estar” con toda esta gente y dejarme empapar por la sencillez de su corazón. Me di cuenta que una persona no es mejor ni peor por hacer obras mayores o más sonadas, sino que lo verdaderamente importante es que cada uno de nuestros gestos lleve toda la fuerza de nuestro amor y de nuestros ideales.

Como nos cuentan en la infancia, he tenido la suerte y el privilegio de que la cigüeña me dejara

en Novelda – Alicante – España – Europa y aun comprendiendo la grandeza y humildad de toda la gente que he conocido considero que debo aprovechar las condiciones que me han tocado vivir en nuestro contexto social compartiéndolo todo y sintiéndome solidaria con los demás.

Durante toda mi estancia en Cuzco me he sentido increíblemente feliz, así que tal y como pensaba la verdadera felicidad la experimentamos cuando abrazamos a alguien, cuando le damos nuestra mano sin que no la pida y compartimos lo que tenemos sin nada a cambio.



ESTADOS DE LA MATERIA

Gregorio Echeverría
STATUS OF THE MATTER



Alguna tarde, después de barrer las hojas de los robles, echar algo de comida a los pájaros y recoger la ropa colgada, me sentaba bajo el limonero. Y es como si el aire se espesara, congelado el cotorreo de horneros y zorzales y acallado el arrullo de las torcazas y las palomitas de la virgen. Ni ranas ni grillos. Ni voces, por supuesto.

Para mí los crepúsculos fueron siempre mágicos. Nombrarlos es ya evocar pasajes de la infancia que navegan en redondo con las velas plegadas, esperando sólo el empuje del ventito que las primeras sombras habrán de traernos desde el río.

Cuando el sol toca a su ocaso y el horizonte se cubre de áureos reflejos, cuando los árboles están muy quietos porque los pájaros duermen en sus nidos, cuando la primera estrella brilla a través de la ventana del cuarto de Nene, ha llegado la hora de emprender el viaje al País de los Sueños.

Mi primer libro de cuentos es creo también mi primer recuerdo. Y el recuerdo acaso de la madre que siempre soñé que tenía pero solamente venía a mi lado por las noches y se parecía muy poco a ella. En esa hora imprecisa entre las últimas luces y las primeras sombras está el límite.

El limonero tiene su propia historia. Un arbolito chueco y enfermizo de un vivero de Del Viso.

Tal vez esa misma chuequera, esa debilidad insalvable, son los callados y secretos vínculos que una y otra tarde me anclan en silencio debajo de sus ramas. *Era la tarde y la hora.* Los versos del casi tatarabuelo lamen con suavidad las arenas de mi playa dolorosa de negaciones y fracturas. Mis huesos recuerdan un yeso que no ha pasado de los sesenta días reglamentarios y la consabida muleta y el necesario bastón. Pero el corazón y el alma acusan rastros más hondos, menos cicatrizados. Heridas que no hubiera logrado componer el cirujano más hábil ni el yesero más diestro. Heridas que con el tiempo se han ido convirtiendo en pesadillas y mucho más tarde en poemas.

Debajo del limonero se me ocurrió la idea. Sobre mi mesa de trabajo dormitan carillas inconclusas, unas cartas que releo con usura cuando el aerosol ya es insuficiente, el mapa invisible de un tesoro que sólo yo me atrevo a convocar cuando el mercurio trepa la pared de las retortas y amenaza con inundar la habitación. Se me ocurrió recordando un poema en que Vallejo habla de sus huesos húmeros.

Al pensarlos recuerdo a mi vez -sin razón lógica aparente- la peluda cuestión de los valores de cambio y los valores de uso. Casi insensatos conceptos de economía política pegados en el fondo del vaso desde los años de facultad. Fondo que hábilmente el quía (mi terapeuta) trata de revolver y rascar en las sesiones de los viernes, pero que yo escamoteo con la habilidad que dan los años y los porrazos. El diablo sabe por diablo. Al fin de cuentas, mi vida es una seguidilla de proyectos y partidas. De naufragios y regresos. Claro, siempre hay un puerto hospitalario. Siempre alguna isla a mediodía. Un palenque. Un limonero. Siempre -casi siempre- una mano. Una sonrisa. Esas sonrisas otorgadas sin exigir nada a cambio. Casi todo lo que se siembra germina. Casi todo lo que germina florece. Casi todo lo que florece da fruto. Muy pocos frutos maduran. Porque hay que cortarlos antes de que los corte el vecino. Para llevarlos al mercado antes que lleguen los del vecino.

Estar debajo del limonero tiene precisamente esto de saltar con libertad de un recuerdo a otro. De un poema al anterior o al siguiente. Y después ese otro entretenimiento atrapante de intercambiar entre sí los versos de un poema. Después empezar con un poema y seguir con otro. Volviendo al primero o no. Da capo. Y terminar mezclando un verso de un poema de Khayyam con otro verso de Verlaine o uno de Prévert con otro de Juarroz. Sabemos ya que nadie inventa nada. Uno no hace sino caminar por la playa y meter las manos en el agua. Durante el día no ocurre. Pero al anochecer empiezan a llegar cosas. Pedazos de madera, las tapas de un libro mordisqueado por los cangrejos. El capuchón de una lapicera que perdimos en un recreo de primer grado. La primera lágrima de amor. El sabor del primer beso. El dolor de la primera despedida. Más tarde, si no hay luna, empiezan a quedar sobre la playa estrofas olvidadas, versos sueltos, algún título o la hoja de una revista, dos o tres pétalos de la flor seca que usábamos de señalador entre las páginas de Baudelaire o de Whitman. Y entonces uno se inspira y copia. Ignorando que bajo otros dolores y a la sombra de otras constelaciones también ellos metían las manos en el agua. Fingiendo ignorar que todo es una misma agua y el idéntico mar que alguna vez llevó las naves aqueas frente a Troya y también a maese Polo hacia las tierras del Gran Khan y al Corsario Negro contra la calma traicionera del Mar de los Sargazos. El agua primordial que ya era agua antes de que alguien uno separara las aguas de las aguas y las tinieblas de las tinieblas.

Siempre nos queda -siempre me quedó- el recurso zaino de manotear un nihil novum ab sole o cualquier otro lugar común de esos que nos sacan del paso cada vez que metemos las manos en un plato y en lugar de la tajada encontramos otras manos más hambrientas o por lo menos más rápidas que las nuestras. Conque sabemos (pretendiendo ignorarlo) que buena parte de los aplausos que agradecemos con una sonrisa displicente son en realidad para Novalis o para Quasimodo. Que con los años lo único cierto serán la salazón del agua y la soledad de la playa. Argumentando frente a la luna cuarteada de un espejo de campaña que también Quasimodo y Novalis han agradecido con sonrisas displicentes poemas que antes habrían sido aplaudidos a Eurípides o a Schiller.

No me parece justo esconder el hecho de que el limonero tampoco me pertenece. Una metáfora, en todo caso, sospechosamente emparentada con los olivos del Huerto. Con los cerezos del Jardín. Con el aroma del perdón. Con el pino de San Lorenzo. Con el manzano histórico. Con la encina del bosque de Nemi. Con el General Sherman. Con el limonero real (con Juani fuimos compañeros de facultad antes de que él partiera hacia los aplausos y yo hacia mis primeros arrepentimientos). Hasta diría, cayendo a lo más pedestre, con los arbolitos de Navidad. Pero hubo siempre árboles en mis experiencias y en muchos poemas. Yggdrasil. Las casuarinas de la isla. Los palos borrachos que nos tentaban con sus corolas blancas y rosadas y con sus pepinos rellenos de algodón. Miss Lucy, aquella maestra de inglés casada con un arqueólogo, trajo por primera vez a mi vida -aparte del sabor excesivo de la ginebra- la fascinación de la palabra sequoia. Y nos deslumbraba con las descripciones de Yellowstone y del Old Faithfull.

Hay también en la pequeña historia un paltero que dejó con los años su recuerdo, una herida y algún poema. Unos eucaliptus de una quinta en La Reja. Las tipas que bordeaban las veredas anchas de avenida Francia, en Rosario mi ciudad natal en medio de las pampas. Es difícil vaciar el vaso cuando empieza a subir el nivel del líquido más rápido que nuestra propia sed. Y uno recuerda las sanciones de Onan y no se atreve. La sed no es nada, Sprite es todo. ¿Quién me paga este chivo? Yendo bastante más atrás, está el baobab del Principito. El cedro del Arca. El olmo viejo herido por un rayo y en su mitad podrido. La higuera de doña Paula. La bignonia de Gastón. Uno sigue abriendo y abriendo cajoncitos y leyendo etiquetas. ¡Cuánto texto, cuánta información para tapar qué! Words, milord, only words... Una estrofa de Joaquín Castellanos capaz de matar un dinosaurio. *Allí un árbol frondoso en campo ameno / gentil se ostenta sobre verde alfombra / ocultando el cadáver que a su sombra / lívido cuelga de una rama en flor...*

Desde entonces se me ve sentado cada atardecer debajo del árbol. En verano los mosquitos me rodean zumbando, presintiendo en esta presencia intrusa detalles de sabe Dios qué historias de ciénagas y de fiebres. Pero ante mi impavidez terminan por aceptarme como una pieza propia del

pequeño mundo de arbustos y enredaderas. Con los primeros fríos resulta más duro el ejercicio. Pero poco a poco, una hora hoy, dos mañana, me voy adaptando a las inclemencias de la estación. Eso sí, el frío me dificulta las cosas. Consumida la última partida de aerosoles, recorro a una gimnasia respiratoria entresacada de Yogi Ramacharaka, Swami Vivekananda y Nacha Guevara. Aunque esta última me ha servido más bien para las visualizaciones. Curiosamente, siendo la menos consistente entre las diversas imágenes, conservo sin embargo el recuerdo nostálgico de nuestros primeros encuentros en el Di Tella. Era por supuesto otra época de ella. Y también mía, con lo cual todo queda en su debido lugar. Pero el manejo de las distintas prácticas me permite finalmente dominar primero el frío y luego incluso el rocío y la llovizna.

Nunca fui consciente de las razones que me llevaron a este hábito. Tal vez el darme cuenta de que a medida que se aquieta el cuerpo, todo va cobrando un ritmo más suave... más aceptable. Casi agradable. Por supuesto que al principio pesaban las obligaciones. Es increíble la fuerza con que las rutinas nos tironean y nos encadenan. Es más, la cuestión comenzó por pasar un rato tranquilo bajo el limonero, como para poner un paréntesis al cúmulo de llamadas telefónicas, facturas impagas, reclamos de acreedores, noticieros preocupantes y demandas parentales. Ultimamente, las noticias del mundo me invaden en cierto modo a contrapelo. A la radio del comienzo se sumaron la televisión primero e internet después. Es cuando descubrí que cada día ocurren más cosas en el mundo. Punto uno. Y que -casualmente- las cosas que pasan parecen seguir un proyecto o especie de libreto. Punto dos. En realidad, son casi siempre las mismas cosas, contadas de distinta manera. Con música más impactante. O con fotografías más truculentas. Alguien explicó que se trata de una respuesta obligada ante el hecho comprobable de que los niveles de percepción son cada vez más bajos. O que las neuronas vienen pinchadas.

Lo cierto es que el día se me hace corto. Conste que realicé el mayor esfuerzo por ordenar las cosas con cierta sensatez. Comenzando por espaciar las salidas. Hasta eliminarlas por completo. Descubrí que son casi innecesarias. El mundo puede venir a visitarme, llegado el caso. Además mi vida social

nunca fue abultada. Suprimí primero la siesta, un arrastre de provincia que me robaba horas semanales. Corté además las sobremesas y las tertulias, esa módica gimnasia que generalmente aprovechamos para que los demás se enteren de lo mucho que nos deben. Y que ellos -astutamente- utilizan para explicarnos cuánto uno les debe. Clearing dificultoso, ciertamente, que surge me parece de que usamos en cada una diferentes aritméticas y una vara nada fiel.

Comprobé finalmente -no sin satisfacción- que el mundo va aprendiendo a arreglarse sin mí. No crean que es fácil tomar conciencia de un hecho de tal magnitud. Uno teme por el destino del mundo. No somos Atlas pero en el fondo de cada corazóncito anida una pizca de responsabilidad, como una vocecita que nos recuerda constantemente obligaciones que estamos desatendiendo. Impuestos. Colectas. Misas. Festivales. Elecciones. Censos. Convocatorias de acreedores. Marchas de apoyo. Marchas de protesta. Ni hablar de las conyugales, maternas, paternas, filiales y fraternas. Es un punto más bien delicado y creo que no viene al caso.

La cuestión es que terminé instalándome debajo del limonero en forma permanente. O sea, para que se entienda: un atardecer de primavera, unos años antes de finalizar el siglo, me senté debajo del árbol y nunca más me moví de allí.

Vale la pena destacar que como este proceso se ha ido produciendo a lo largo de meses -años- no hubo demasiada sorpresa en el entorno. Los problemas más importantes de la familia hace tiempo



que se han archivado. De común acuerdo o no. Tal vez de común desacuerdo, que suena mucho más normal. Es increíble, pero una vez que uno asume la decisión de soslayar los problemas importantes, otra generación de nuevos problemas sube el escalón vacante. Deber ser -supongo- un mecanismo natural de conservación del equilibrio o cosa parecida. Como la cuestión de la entropía, para que me entiendan. O -mirándolo de otro modo- como una botella de Klein. Uno de entrada cae en la tentación de aceptar la camada postiza de problemas y los adopta feliz y contento.

Convengamos en que tener problemas le da a uno una agradable sensación de importancia. Y es que en el fondo cada uno sabe que debe estar en el momento preciso en el lugar adecuado para que todo siga andando. Bueno, la cosa se repite una, otra y varias veces. Depende de cada cual. Hasta que uno se da cuenta y para la pelota. Porque uno no es estúpido. En realidad no es así de simple. Pareciera que los problemas, creo con toda franqueza que no hablo de mi caso solamente, exhiben una especie de propiedad autogenerativa -o autoregenerativa- apuntada exclusivamente a reemplazar unos problemas por los subsiguientes. Creo que acá puede estar uno de los probables orígenes del dos por uno. Porque, eso sí, resolvés (o posponés) uno y te aparecen dos. O sea que al llegar a la docena la cosa se empieza a poner seria. Y si uno se detuviera a echar cuentas y a escribir una modesta lista ¡guau! Para que se entienda, problemas de un primer escalón serían, por ejemplo, el big bang, la teoría del origen de las especies, la manipulación genética o la propagación del sida. Ahí nomás tenés para diez o quince carillas. Después (bajando un poco) la vejez, el hambre, los cambios de clima, el agujero de ozono, etc. Siguiendo hacia abajo, podríamos encolumnar la clonación, el control de la natalidad, las insuficiencias sexuales. Más abajo aún, la corrupción, los escándalos del jet set, la mala leche de los kelpers, la mala leche de los palestinos, la mala leche del fondo monetario, para una genuina explotación en serie de mala leche. Suma y sigue ¿entendés? Calculá que nos dejamos afuera la contabilidad minuciosa de lo que se usa, de lo que se dice, de lo que se debe. Excluyo rubros obvios como la malaria, los piojos, la transexualidad, las infidelidades y el desempleo. Y dejo lugar -naturalmente-

para eventos que uno no puede soslayar aunque no los tenga en la lista. Por ejemplo el suicidio (¿...?) de Yabrán, la muerte de Rodrigo o el asesinato de Favalaro. Y que en el mismo momento de acaecer, ocuparán motu proprio su lugar en la escala. Amén de una sección aparte para Diego dixit, Madonna dixit, Su Santidad dixit, el General dixit... Está claro que la lista es abierta y prácticamente infinita. Paciencia es lo que sobra y necesidad de apuntar problemas también.

No por previsible la jugada pasó por alto. Porque una cosa es tener todos los días a mano un imputado a quien demandar, inculpar, justificar (o no), requerir, solicitar, ordenar, querellar, execrar, perdonar, no perdonar, descalificar, categorizar, ridiculizar, interrogar, cuestionar, etc. y otra bien distinta es de repente no tenerlo. Nadie lo hubiera sospechado. Pero esa última -previsible- jugada, patea el tablero. La casa queda en silencio. Radio, tele, ladridos, rezongos, nada. Alguien se ocupa de enfundar el piano y el centro musical. Otro -o el mismo- piensa que es mejor desconectar el timbre de la puerta de calle, para ahorrarme sobresaltos. Se empieza a lavar todo a mano, para evitar los ruidos de la máquina lavarropas y el secador. Aspiradoras y lustradoras retornan a sus fundas y estuches y la limpieza vuelve a quedar a cargo de escobillones y plumeros. Se asordinan los teléfonos y hasta las alarmas, para prevenir disparos imprevistos.

Me sentí los primeros días algo incómodo. No por la novedad de la quietud y la postura, pues acreditaba ya una larga práctica. Sino porque estaban todo el día a mi lado. Al principio casi airados. Después, poco a poco, la bronca cedió paso a la curiosidad. Que se fue transformando a su vez en una suerte de resignación. Y finalmente nada. Indiferencia. U olvido. Tal vez ambas cosas. Percibirlos -no diría verlos o sentirlos- a mi alrededor, me producía al comienzo, como decía, alguna ligera incomodidad. Subrayo lo de ligera. Todo mi sistema comunicacional está también desconectado. Sé que hay que empezar a caminar hacia adentro, hacia un centro cuya ubicación exacta desconozco, pero que en alguna parte de mi interior está. Para quienes no han tenido alguna experiencia parasíquica, es como entrar en varias etapas a un estado de extrañamiento (no enajenación), una suerte de inmersión en un medio ni líquido ni sólido

do. Una como jalea translúcida que atenúa la luz, los sonidos y las formas.

Mi propia visión acerca de mí mismo es sentirme metido en una esfera de gelatina semiopaca. Por primera vez en muchísimo tiempo, dejé de preocuparme por la respiración. Por supuesto que del mismo modo dejé también de preocuparme por la piel y por la sangre. Pero me refiero especialmente a la respiración, porque más de la mitad de mi vida dependí -en el cabal sentido- de los aerosoles. Incluso no soportaba ni la idea de un encierro. Preocupación que también desapareció de mi pensamiento. Y cuando digo pensamiento, aquí es donde se produce tal vez el cambio más sensible. Antes de elegir este definitivo *modus vivendi*, ya que ni siquiera me atrevería a llamarlo *habitat*, mis mecanismos mentales eran los habituales. Un pensamiento por vez -dos a lo sumo- siguiendo una línea más o menos coherente. Separados (de modo casi imperceptible) por intervalos de silencio o quietud mental. Ahora, en cambio, todos mis pensamientos conviven instante por instante y no los siento asentados en ningún punto particular de mi cuerpo. Por cierto conservo intacta mi capacidad de hablar. No así la de escuchar. Y tampoco creo que ellos me escuchen, porque mientras les hablo me miran en silencio sin dar la mínima señal de comprensión. Claro que no es pensable que esta especie de gelatina que me rodea sea capaz de transmitir sonidos. Tampoco parece permitir la visión desde afuera, porque si me muevo no me siguen con la vista. En cambio yo los observo perfectamente, aún a través de este medio que hace como de absorbente o de filtro. Pero eso es todo. Por lo demás -y excepto que me cuesta apreciar el transcurso del tiempo- diría que la situación no es para nada incómoda y creo haber tomado una decisión conveniente.

Nosotros lo vemos bien. La inmovilidad es total. Pero el médico nos tranquilizó desde el primer día. Todos los signos vitales -apocados- están presentes. No hablamos de moverlo y el doctor piensa que no sería aconsejable por el momento. Todavía no sabemos cómo se alimenta. No ha querido abrir la boca ni para recibir líquidos. Pero por otra parte su rostro no denota sufrimiento ni malestar. Ni la respiración más tenue se aprecia. Pero respira. Tampoco se le suministra suero, aunque tenemos un frasco siempre a mano. Nos hubiera

gustado poderlo afeitar. Controlar el peso. Lavarlo. Pero los médicos están de acuerdo al respecto. Nada. Absolutamente nada por ahora. Salvo que él mismo manifieste alguna necesidad o deseo, lo mejor es estar cerca y observarlo todo el tiempo.

Cabe una posibilidad de que se trate de un estado transitorio. La enfermedad en sí no responde a nada conocido. En rigor de verdad, los médicos ni se animan a hablar de enfermedad. Para mí este hombre está más sano que usted y yo -fue la última confianza del neurólogo- pero no me pida que se lo ponga por escrito. La realidad es que casi no molesta. No parecen afectarlo el frío, el calor ni la lluvia. No requiere el menor cuidado. No necesita compañía. Creo -Dios me perdone- que nunca se lo vio más feliz. Y uno se acostumbra con el tiempo. Sobre todo sabiendo que está ahí. Que podemos verlo con asomarnos a la ventana y cada vez que vamos a sacar unos limones o a regar las plantas.



HISTORIA

INVESTIGACIÓN DE LA VALIDACIÓN DE LA IMAGEN DEL CUIDADO EN LA TRADICIÓN SOCIOPOLÍTICA E HISTÓRICA EN EL SIGLO XVIII: EL CASO DEL MANUAL DEL DR. CARRERE.

Pedro Manuel Salas Iglesias

Enfermero Consejería Asuntos Sociales, IASS, Junta de Andalucía, Huelva.



religious communities. The knowledge of theory is simply acquired through an experienced pair. Certain rules and procedures are offered.

Key words: Figure, image, manual, history, social, politics, anthropology, care, religious communities, rules and procedures.

RESUMEN

La imagen del enfermero en el siglo XVIII no es nada favorecedora. Los manuales ofrecen una imagen más adecuada a la realidad, permitiendo la difusión epistemológica y la toma de conciencia de su existencia. La imagen es definida en función de diversas cualidades. Los cuidados conforman una labor no profesional aún, con permanencia de órdenes religiosas vocacionales. El conocimiento teórico se obtiene a partir de la enseñanza de un enfermero con experiencia, existiendo normas y procedimientos.

Palabras clave: Imagen, manuales, historia, social, política, antropología, cuidados, órdenes religiosas, normas y procedimientos.

1.- INTRODUCCIÓN

La imagen del enfermero en el siglo XVIII en ocasiones no es nada favorecedora, principalmente en asuntos referentes a aquellos profesionales que *tubieron el valor de para hacer de médicos en varios lances, destruyéndose a sí mismos y a los otros enfermos a quienes aconsejaron* (García Martínez, 392). Esta misma idea es justificada por el físico Boile cuando argumenta que *las medicinas eran unos instrumentos que, sobre estar bien*

RESEARCH ON VALIDATING THE IMPORTANCE OF 'CARE' IN SOCIO-POLITICAL AND HISTORICAL TRADITION WITHIN THE 18TH CENTURY: DR. CARRERE'S MANUAL CASE

ABSTRACT

The figure of a nurse in the 18th century is no excellent at all. Manuals offer a closer image to real life allowing an epistemological flow and a more real concept of her existence. The nurse's figure is considered and described according to her ability and skillfulness. Care is not yet a profession and is performed mainly by

preparadas, necesitaban la artificiosa y discreta mano del médico para que fueran provechosas, y que digna de admirarse y reprehenderse la osadía de aquellos que con tener a mano algunos recetarios se meten a médicos. Dichas aseveraciones entre otras, llevarían al planteamiento de la idea de intrusismo por parte de los profesionales de las ciencias de la salud que ejercían en el campo y terreno del médico sin serlo.

Con la publicación en España en 1664 de un Manual *Instrucción de Enfermeros, y Método de aplicar los remedios* (compuesta por los Hijos de la Congregación del Venerable Padre Bernardino de Obregón) y en Francia en 1786 del *Manual para el Servicio de los Enfermos* del Dr. Carrere, se ofrece una imagen más adecuada a la realidad de la Enfermería practicada en esta época. Se expondrán en términos bastantes aclaratorios, y de pragmática utilidad la validación de las funciones de enfermería en el cuidado: *que se tiene con los enfermos, contribuye tanto, las más veces, para la curación de los males como los mismos remedios; pero se necesitan conocimientos e inteligencia y, sin ellos es poco útil la asistencia* (Carrere 397). El concepto de imagen toma la acepción de la atribución conjugada de la sociología, humanidades y axiología (inteligencia, debiendo además desempeñar dignamente la función caritativa de asistir a los enfermos). En una primera línea de acción histórica la imagen que regulará la profesión y velará por el cumplimiento del ejercicio de forma correcta, constará de una policía relativa a su oficio, y secundariamente extensible en domicilios particulares (*personas que se hallaren al lado de los enfermos en las casas particulares*), colegios, religiosos (*los curas párrocos podrán sacar de él instrucciones provechosas para sus parroquianos*), lugares pequeños (*cirujanos y comadronas*), en pueblos: *donde sea en beneficio lograrán los señores... que miran como obligación suya asistir a los vasallos en sus enfermedades* (Carrere, 397).

Se hace necesario la definición del concepto de imagen para comprender mejor la estructura del proceso de investigación efectuado. Proviene para enfermería del latín *imagine* “la apariencia visible de una persona o cosa” o la “representación o reproducción de un objeto o de una figura en las artes gráficas y plásticas, y en particular represen-

tación de los seres vivos que son objeto de culto o de una veneración” (Larousse,2003) (en nuestro estudio el objeto de culto serán artes gráficas con tipología de texto histórico para enfermería).

Como hipótesis nuclear se intentará demostrar que los manuales históricos son una fuente etno-narrativa válida para extraer la imagen socioantropológica e histórica enfermera representada en el siglo XVIII. Como segunda línea de acción se intentará demostrar la adscripción de la imagen e identidad enfermera a algunos de los paradigmas que marca la ciencia.

2.- OBJETIVOS

2.1. Generales:

Obtener conocimiento sobre la imagen que ofrecen los enfermeros del siglo XVIII.

Tomar conciencia de la importancia de seguir los cánones integrantes del concepto de la imagen en relación con la tríada vida-salud-enfermedad.

2.2. Específicos:

Lograr una relación entre el conocimiento histórico y científico basados en la imagen de la Enfermería que oferta el texto histórico.

Extraer del texto parámetros de conocimientos vinculantes con la imagen del enfermero y su inclusión en alguno de los paradigmas de la ciencia.

Investigar situaciones ejemplificadoras que formen parte de la imagen de manera holística.

3.- ESTADO DE LA CUESTIÓN

Varias son las investigaciones realizadas en torno a la imagen social de la enfermería a nivel nacional como las efectuadas por: Domínguez (1985), Salmador (1988), Rios (1989), Renedo (1989), Rodero (1991), Agular (1994), Velandia (1995), García (2000), Amescua (2001), Ojeda (2002), Pedre (2004)). En el plano internacional ha sido estudiada por Dahl(1992), Marron(1997), Andrica(1997), Doolan(2000), Evans(2002), Fealy (2004). Por otro lado la imagen de la matrona y parteros en la historia es investigada por (Valle y García Martínez(1994,1997)), a nivel holístico los cuidados en la historia vienen representados de manera sobresaliente por Siles González (1999). El tema de la imagen antropológica es relacionada en enfermería con la aproxi-

mación etnográfica (Raga (1998), con las alteraciones de la imagen vinculadas con la corporalidad, fijando una terapéutica: (Escudero(1991) y Miller (1991)). Por otro lado el tema de la imagen aparece integrado en la antropología como mito del enfermo mental a través de la narrativa (Pascual (1997)), o los sistemas que integran la imagen en la globalidad de marcado acento antropológico (Sánchez (2001)). La imagen ofrecida derivada de la evolución de la medicina científica a la tradicional ha sido objeto de estudio de (Madrid de Zito (1997)).

Se han analizado a nivel histórico nacional la imagen de los cuidados encontrando estudios con esta temática en Hernández Conesa y Moral de Calatrava(1995,1999), Hernández Martín(1996), Ventosa (1984), Eserverri (1995), (Sánchez González(1996), conformando una amplia gama de manuales para el estudio de los cuidados enfermeros. Internacionalmente se han hallado estudios de la imagen en la historia de los cuidados en Donahue (1993). La imagen interpretada en función del género es investigada por Vaz (1992) y Canals(1992). Otros estudios se centran en la imagen de la enfermería en la universidad (Duran (1998),(Cadaveras(1993)), en la incursión de la imagen social enfermera ofrecida en los medios de comunicación, entre ellos el cine, la fotografía y la televisión como: Calvo (2002), Siles (1998), Salas Iglesias(2001), Andina (2004), Zarzo (1999), Sánchez Vera (1999), o en la filatelia (Guerra González (2001)).

4.- RELACIÓN CON LA TRADICIÓN HISTÓRICA Y REALIDAD SOCIOPOLÍTICA, LA UBICACIÓN DE LOS CUIDADOS EN EL SIGLO XVIII.

El Manual del Dr. Carrere viene datado en el último tercio del Siglo XVIII (1786), con la finalidad de formar a los enfermeros, comadres o parteras. Si bien en siglos anteriores (1550-1650) confluyeron acontecimientos sociohistóricos con la aparición de Ordenes y Manuales de Enfermería, que permitirán dilucidar el Siglo de Oro de la Enfermería Española. Los hermanos hospitalarios descendientes de la orden de San Juan de Dios, comenzaron desde 1550 a extender su ideal a todas las partes del mundo. Los órdenes religiosos

que surgen en este momento tienen como finalidad la asistencia a los pobres enfermos, destacando (además de la anterior), la Mínima Congregación de los Hermanos Enfermeros Pobres y la fundada por Pedro de Bettencourt (o de enfermeros bethlermitas). Se vislumbra una preocupación en estas órdenes por el enfermo en su vertiente biopsicosocial, donde se plantean como funciones enfermeras: los cuidados, administración, docencia e investigación.

De los Manuales escritos por y para enfermeros sobresalen el del Dr. Carrere, el de la congregación de los Hermanos Obregones: Instrucción de Enfermeros (del enfermero Obregón Andrés Fernández), el Directorio de Enfermeros, de Simón López, o el realizado por los hermanos hospitalarios para la formación de los cirujanos. Simón López concluyó su manual en 1650 y que ofrece todos los elementos para ser catalogado como enfermero experimentado y formado en su oficio. La importancia de la redacción de estos manuales radica no sólo en contribuir a la difusión epistemológica sociohistórica del *habeas corpus* intrínsecos al propio oficio, sino y lo más importante la toma de conciencia de su existencia al intentar generar un espacio individualizado dotado de entidad propia. Esto provocará en la evolución de la Historia y Filosofía de los Cuidados posteriores la necesidad de delimitar dicha disciplina.

La mayoría de la enfermería del siglo investigado va a estar compuesta por una labor no profesional aún, con grandes connotaciones de órdenes religiosas vocacionales. Existe una hegemonía en lo referente a los valores morales frente a otras habilidades y aptitudes. El conocimiento teórico se va obteniendo a través de la enseñanza de un enfermero con experiencia, agrupándose la especialización mediante técnicas por los practicantes. Las instituciones emplearán mano de obra eficiente y gratuita utilizando a las comunidades religiosas. Los voluntarios seculares (generalmente asociados a cofradías o hermandades) se dedicarán a actividades relacionadas con el cuidado enfermero, domiciliario y hospitalario.

Según norma que arranca en el siglo XVII y vigente a lo largo de los sucesivos (XVIII-XIX), en la política de las enfermerías se hacía el reparto y delimitación del número de camas por enfermero,

y siempre dependiendo de la gravedad de los casos a su cargo. Un problema heredado de siglos anteriores y de índole sociantropológico, es el tema de la mendicidad (vagos, pícaros y vagabundos), que son atendidos por los sistemas de salud de beneficencia pública y privada (unido a la asistencia social). En este siglo se cambiará la manera de enfocar el problema, con un sentido económico, disminuyendo el humanitario-piadoso (inspirador de instituciones caritativas). Tras la aplicación de las teorías de Colbert y sus planteamientos, se emplearán los mendigos y vagabundos como fuerza de trabajo barata en: las industrias, ejércitos, el campo, y convirtiéndose en una forma de obtener rendimiento social. Durante el reinado de Carlos III, las disposiciones de política estatal (1778 y 1785) supondrán el claro paso de la beneficencia privada caritativa y en poder de la Iglesia al Estado (beneficencia pública). Posteriormente por la Ley General de Beneficencia de 1822, esta beneficencia pública se clasificará en: domiciliaria, provincial y general (Hernández, 1996). En el transcurso de este siglo se efectuarán medidas sociopolíticas que incidirán en la gran reestructuración de la asistencia y organización hospitalarias. Una de ellas, se relaciona directamente con el personal al aumentarse el papel del médico y en detrimento de los antiguos responsables religiosos. También cobrará relevancia el técnico (bajo la tutela del médico: ministrantes, cirujanos romancistas, etc. y que a partir de 1857 se denominarán practicantes) (Eseverri, 1995).

Un elemento innovatorio de este siglo es el desarrollo de frecuentes críticas sociales negativas por la imperiosa necesidad de mejorar la asistencia en las instituciones hospitalarias, denunciándose las deficiencias detectadas y abogando por reformas tanto de índole médico como de organización. Este nuevo debate permitirá adoptar una nueva toma de conciencia en toda la sociedad y suscitará el origen de un nuevo planteamiento en la concepción mental para la función hospitalaria, como centros para sanar y no para morir.

5.- MATERIAL Y MÉTODOS

Entre los materiales empleados se ha recurrido al estudio de cinco bases de datos de la red internet, elegidas por el rigor científico y que están ava-

ladas por ser motivo de consulta frecuente en la investigación de la enfermería basada en la evidencia: MEDLINE (Pub Med), BDIE, ISBN, ENFISPO, CUIDEN, CUIDATGE. Los descriptores estudiados han sido: “imagen enfermera” y “manuales enfermería”, que se han traducido al inglés para las bases internacionales.

En cuanto al tipo de estudio se trata de una investigación descriptivo transversal de corte historicoantropológico para parámetros cualitativos y basado en fuentes escritas documentales.

Metodológicamente se ha realizado una investigación bifásica: en la primera (fase interna) se ha aplicado la ley de Osgood ((Delgado, 1999) y Cibanal, 2003) que partirá de un análisis de las estructuras profundas de la imagen del manual del Dr. Carrere que integran el texto (empleado como metatexto), focalizando y llevando a cabo preguntas científicas respecto a todo lo que haga alusión al objeto de investigación. Además se aplicarán las reglas de la Hermenéutica (Habermas (1988)). En la fase externa se ha empleado la Heurística de Siles (1999), recurriendo a fuentes documentales históricoantropológicas escritas y bases de datos tanto a nivel nacional como internacional.

La cuantificación de los datos ha seguido un tratamiento informático empleándose el programa de cálculo Excel de Windows XP, así como para su representación gráfica.

6.- RESULTADOS

En la primera fase de la aplicación interpretativa empleando la ley de Osgood y derivados también de la Hermenéutica, se han obtenido como resultados los siguientes:

La imagen del enfermero se define esencialmente en este momento histórico por dos cualidades morales: la limpieza y la sobriedad, que se resumen en tres en lo referido a los enfermos: la confianza, el arte de persuadirlos y guardar el secreto profesional. Existen otras no menos importantes como la vigilancia, los cuidados particulares y las atenciones u oficiosidades cariñosas.

En cuanto a las enfermedades la imagen subrayada consiste en la observación o atención continua y una *inteligencia suficiente para comprender bien las diferentes variedades de las cosas dignas de observar* (Carrere, 400) (ambas cualidades se

pueden corresponder con la actual etapa de “valoración” del proceso de atención de enfermería). La actitud de los enfermeros estará basada en la generación de la empatía, con dominio de las habilidades sociales (*es necesario saberse manejar según el genio y carácter de los sujetos*), e impartiendo de manera racional (*hay gentes que quieren ser servidas a todas horas, y hay otros que los dejan quietos y que nada les digan sin necesidad... variando y extendiendo los cuidados conforme a los deseos justos de los pacientes*). También debe ofrecer una tipología de cuidados con relación de ayuda (Cibanal, 2003) (no sólo entendida en el aspecto psicológico sino también en el físico): *deben estar pronto a socorrerles, ... a ayudarles y descansarles en sus movimientos. Los cuidados... con que dulcemente se acercan... contribuyen mucho a tranquilizarlos* (Carrere, 399); comprenderá las funciones de suplencia y apoyo del enfermo, con gran carga de índole psicológica y tintes de valores de inspiración religiosos-morales: *deben ganar la confianza de los enfermos, valerse... de la persuasión y dulzura, sufrir con paciencia los ratos de mal humor... que provienen de la enfermedad, inspirarles ánimo y resignación en sus males... desvanecerles los temores... sobre el éxito de la enfermedad, guardar un secreto inviolable... estar siempre prontos para socorrer a los enfermos* (Carrere, 399). En ausencia del médico su conducta será de docilidad, observando lo ocurrido para comunicárselo, escuchando lo que ordenan, no se podrá censurar su conducta, ni podrán realizar ninguna variación a los remedios prescritos. Todo lo cual puede revelar la crítica por la escasa autonomía en los cuidados, y su adhesión a las directrices marcadas por el paradigma sociocrítico (los enfermeros se limitan a meros ejecutores de las órdenes médicas). La organización de la práctica de los cuidados serán apropiados a cada enfermo, sin pecar en, y excederse en multiplicarlos porque *podrían con esto hacerse pesados y molestos*, introduciéndose además una especificidad al poderse incluir en el campo de la incipiente gestión y economía de los cuidados (*de los que pueden hacerse con menos gasto en las mismas casas de los enfermos*).

El enfermero debe prestar los cuidados de manera continuada en la observación que realiza

del enfermo tanto en lo que pertenece a la enfermedad (accidentes o síntomas), a su entorno (todo aquello que es relativo a la preparación), así como a la administración de la medicación y los objetos de los remedios. En cuanto a la imagen referente a los remedios, la administración de medicinas (internas, externas) prescritos por los médicos y la alimentación (es responsabilidad de los mismos enfermeros la preparación), serán administrados con un elemento común y de rasgo positivo: la necesidad de la exactitud (*ya para no alterar la naturaleza, la combinación y el orden de los remedios, y para no descuidar la hora en que deben darse*) (Carrere, 400). La imagen introducida en este sentido es la de enfermero como oficio y la exigencia del conocimiento teórico adquirido de forma práctica.

En lo referente a la tranquilidad de los enfermos, los cuidados particulares irán enfocados a aquellos que tienen relación con la limitación de la movilidad de los enfermos (auxilio por debilidad secundaria a enfermedad larga o grave), se ofrece un repertorio de posiciones que deben adoptar los enfermos según patologías (enfermedades respiratorias) y otras medidas variadas que se debe adoptar para quitar la aversión a los remedios. El manual incluye también los cuidados relativos a los individuos, particularmente a las mujeres paridas y recién nacidos.

La imagen relativa a los profesores, se define recurriéndose al método comparativo negativo con respecto a otras profesiones sanitarias (*los enfermeros no son médicos ni cirujanos de los enfermos*). Ofreciendo un cierto carácter limitante (*su oficio se limita a ayudar a éstos en sus necesidades y a dar cuenta a los referidos de todo lo que han observado y a administrar con puntualidad y alteración la medicina que ellos ordenan... necesitan, pues... mucha docilidad para seguir su dictamen*) (Carrere, 400). En la botica también encontraremos enfermeros, preparando las sustancias que allí se elaboran, bajo la supervisión de los boticarios (*puede verse el enfermero encontrarse en parages apartados de boticas y, así, verse obligado a hacerlos con las drogas de que haya tenido el cuidado de proveerse*) (Carrere, 465). Las comadronas junto con los médicos se encargarían del parto, postparto, tanto en lo referente a las mujeres como

a los recién nacidos (donde existirán también enfermeras). Ejemplos donde aparece la imagen o figura de los comadrones o comadres en los recién nacidos: *los comadrones o las comadres entregan regularmente a las enfermeras los infantillos que acaban de nacer* (Carrere, 419).

En cuanto a la reproducción de los modelos enfermeros se objetiva el rasgo definido y reproducido por el de Virginia Henderson cuando el manual expresa: *en fin, a las necesidades particulares de los enfermos*. Al referirse a la atención en los hospitales y lugares que contienen muchos enfermos juntos, se señala el extremo en la práctica de los cuidados del entorno, así como en enfermedades pútridas, malignas y contagiosas (recordando al modelo de Florence Nightingale).

De la segunda fase de la investigación y como resultados heurísticos la imagen de la enfermería (gráfica 1) ofrece una temática con tintes antropológicos, formativos, sociales, culturales. Ha suscitado interés esta imagen enfermera a través de su visión en las distintas etapas de la vida desde la niñez, adolescencia y vejez, o interpretada por otras profesiones. En la salud la imagen es estudiada a través del deterioro corporal sufrido como consecuencia de diversos trastornos alimenticios (anorexia y bulimia), de índole médica ante patologías oncológicas, enfermedad de Crohn, neurodegenerativas como la enfermedad de Alzheimer, etc. A nivel general también se objetiva una profesión dominada hegemonícamente por mujeres, aunque no desprovista de rango académico universitario; se alcanza cada vez mayor interés sociocultural devenido por el incremento de la representación de la imagen enfermera que surge en los diversos medios de comunicación: series de televisión, filmes y películas de cine sociohistóricas, fotografías, carteles, filatelia, etc. así como en los medios narrativos y literarios.

7.- DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES FINALES

Se ha conseguido demostrar la hipótesis inicial al validar la imagen de la enfermería en la situación sociohistórica de los cuidados a través de una fuente escrita en el siglo XVIII. Predomina el paradigma sociocrítico en este siglo, frente al racionaltecnológico e interpretativo. Los manuales contribuirán al nacimiento de la enfermería moderna.

Se evidencia una falta de organización en los cuidados ofrecidos de manera sistematizada, aunque sí la presencia de normas y procedimientos. Se produce una tendencia a la medicalización hospitalaria, enfocándose la atención del proceso sanitario a la terapéutica y la quirúrgica en contraposición a la prestación de cuidados. En el objetivo final del proceso salud-enfermedad el médico tiene un gran peso, pero por la misma finalidad de los centros y reglamentos propios o reformados, la disminución de poder decisorio del enfermero/cuidador dentro de las instituciones. Los cuidados son fundamentalmente asistenciales, cubriendo las necesidades de primer nivel o básicas y siguiendo una jerarquización. Se sufrirá un grado de estancamiento (continuidad de la dinámica de siglos anteriores) y de transición hacia otro modelo básicamente seglar, asalariado, con formación reglada, y con titulación para poder ejercer la profesión además de la diversa estimación social que existirá en función del grado de especialización.

Por último, insistir en el hecho de que la realización de investigaciones transversales histórico-antropológicas como la practicada, permitirán descubrir la historia de circunstancias y cuidados pasados, lo que juega un papel a tener en consideración en el mundo enfermero ya que el individuo no es sólo producto de su entorno sociocultural, sino de su realidad histórica porque precisamente el pasado es como una lámpara colocada a la entrada del porvenir (Félicité Robert de Lamennais, escritor francés, 1782-1854).

8.- BIBLIOGRAFÍA

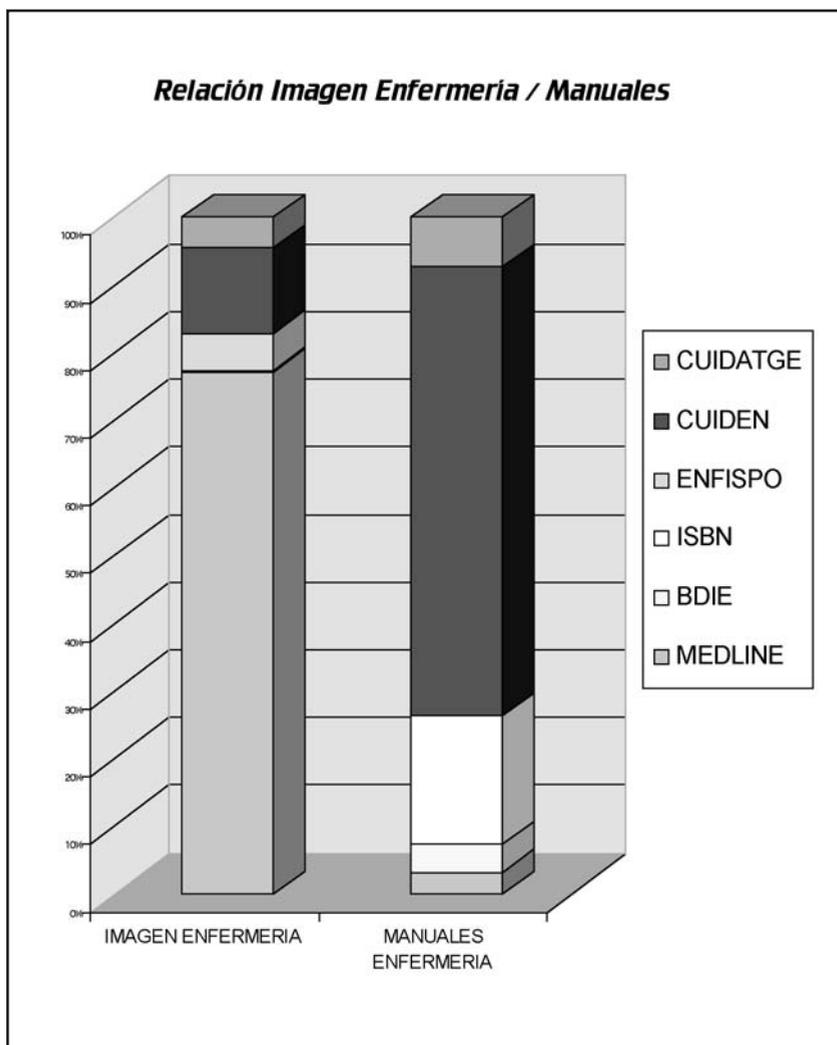
- AGULAR MOJARRO EC, MM DORADO LF, GARCÍA JR,(et al) (1994).Imagen social de la profesión de enfermería en un hospital comarcal de Andalucía Ses Salud. (8):17-25.
- AMESCUA M (2001).Imagen social de la enfermería de la historia: mitos y realidades. *Híades*. 2001 oct. Año VI(8):592-593.
- ANDINA DÍAZ E, BONET MANSO P (2004).La enfermería en Hablé con ella.*Index Enfermería*.Granada,(44-45):67-71.
- ANDRICA D (1997). Nursing image:our public relations responsibility. *Nurs.Econ*. (2):105.
- CADAVERAS R,SILES GONZÁLEZ J, JUAN J. de (1993). La imagen de enfermería a través de los profesionales y de los estudiantes de la carrera.Un estudio semántico. *Enfermería Científica*. (133): 4-10.

- CANALS, J. (1992). La imagen femenina de la enfermería. *Rol de Enfermería*. Barcelona. (172):29-33.
- CALVO CALVO, MA (2002). Estrategias para potenciar la imagen de las enfermeras en los medios de comunicación. *Sal Cuid.* (1).
- CARRERE, MR. TRADUCIDO POR SALVÁ, F (1786). Manual para el servicio de los enfermos, o resumen de los conocimientos necesarios a las personas encargadas de ellos, y de las paridas, recién nacidos. Barcelona, en García Martínez, M.J. y García Martínez A.C. (2000). *Hiades, Rev. Historia de la Enfermería*. Alcalá de Guadaíra. Sevilla. (7):373-493.
- CIBANAL JUAN, ML (2003). Enfermería en el marco de la relación de ayuda y la teoría sistémica de los cuidados, Curso Programa Doctorado: Enfermería y Cultura de los Cuidados. Universidad Alicante.
- DAHL M. (1992). Nurses: an image change still needed. *Int. Nurs.Rev.* (4):121-3,127.
- DELGADO JM, GUTIERREZ J. (1999). Métodos y Técnicas Cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales. Síntesis. Madrid.
- DOMÍNGUEZ-ALCÓN, C. (1985). Imagen de la enfermera en la sociedad. *Rev ROL Enferm.* (83):66-72.
- DONAHUE, M.P (1993). Historia de la Enfermería. Doyma. Barcelona.
- DOOLAN E (2000). Nursing. Image, politics and the media. *Br. J. Perioper Nurs.* (9):474-6.
- DURÁN ESCRIBANO M (1998). Imagen enfermera en la universidad. *Metas de Enfermería*. (8):31-38.
- ENCICLOPEDIA TEMÁTICA, LAROUSSE 2000 (Actualización 2004). Planeta. Barcelona Vol.8:2952.
- ESCUDERO ALVARO C (1991). Las alteraciones de la imagen del cuerpo a través de un caso clínico. *Psiquiatría Pública.* (3):149-153.
- ESEVERRI CHAVERRI C. (1995). Historia de la Enfermería Española e Hispanoamericana. Universitat. Madrid.
- EVANS M (2002). The image of nursing. Past, present and future. *Imprint.* (2):61-3.
- FEALY GM (2004). The good nurse, visions and values in images of the nurse. *JAdv Nurs.* (6):649-56.
- GARCÍA ARAIZA AL, MARTÍNEZ GARCÍA M, MÉNDEZ FERNÁNDEZ M (et al) (2000). Imagen social de la enfermera. *Desarrollo Científ Enferm.* (9):259-265.
- GARCÍA MARTÍNEZ AC, GARCÍA MARTÍNEZ MJ, VALLE RACERO JI (1997). La imagen de la matrona en la Baja Edad Media. *Hiades.* (3-4):62-82.
- GUERRA GONZÁLEZ, J.E. (2001). Historia de la enfermería. Reflejo en la filatelia mundial. Alcalá de Guadaíra. Sevilla. *Qalat Chábir:* 61-62.
- HABERMAS, J. (1988). La lógica de las Ciencias Sociales. Madrid. Tecnos.
- HERNÁNDEZ CONESA, J. (1995). Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de Enfermería. Interamericana. McGraw-Hill. Madrid.
- HERNÁNDEZ CONESA J.M^a, MORAL DE CALATRAVA P. (1999). Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de Enfermería, McGraw-Hill/ Interamericana de España. Madrid.
- HERNÁNDEZ MARTÍN F (1996). Historia de la Enfermería en España (desde la Antigüedad hasta nuestros días). Síntesis. Madrid.
- MADRID DE ZITO FONTAN, L Y PALMA, N H. (1997). La imagen reflejada: una ida y vuelta de la medicina científica a la medicina tradicional Kallawayaya. *Nueva Serie*(4):31-48.
- MARRON S. (1997). ONA promotes image of nursing. *Oreg. Nurse.* (3):14.
- MILLER, KAY DEEN (1991). Terapéutica de la imagen corporal. *Clin Enferm de Norteamérica.* (3):751-762.
- OJEDA, ROSA G Y FIRNKORN, M^aI. (2002). Reconocimiento social de la profesión de enfermería. *Temas Enferm Act.* Año 10(49):19-22.
- PASCUAL MARTÍNEZ R. Y ORTIZ VIUDES I. (1997). El mito del enfermo mental a través del análisis de textos. *Cul Cuid.* (1):54-62.
- PEDRE SEOANE M, PITA BARRAL MC, VALIGO PAZOS C (2004). Imagen social de la enfermería: un vistazo al espejo público. *Enferm.* (89):32-33.
- RAGA GIMENO F (1998). Silencio, género e imagen social. Una aproximación desde la etnografía de la comunicación. *Dossier Feministes.* (3):89-98.
- RENEDO GARCÍA P, CANTERAS JORDANA M, SANTONJA MEDINA F, (et al) (1989). Imagen social de la enfermería. una encuesta al usuario. *Rev ROL Enferm.* (130):31-37.
- RÍOS PARRILLA, MD (1989). Imagen profesional. *Hygia.* V(8):29-32.
- RODERO SÁNCHEZ V, VIVES RELATS, C (1991). Cual es la imagen de la enfermera?. *Notas de enfermería.* V(1): 476-481.
- SALAS IGLESIAS, PM (2000). Investigación cualitativa sobre "Vértigo" de Alfred Hitchcock desde una perspectiva humanístico enfermera. *Documentos Enfermería.* (15): 15-17.
- SALMADOR MARTÍN ÁL, LÓPEZ ONIEVA R, SERRANO MORACHO J (et al) (1988) Imagen del profesional de enfermería en la sociedad actual. *Enfermería Científica.* (75): 17-23. 161.
- SÁNCHEZ GONZÁLEZ, N., ORTEGA MARTÍNEZ, C., ELBAL MORENO, L. (1996). Historia de la Enfermería a través de las Instituciones de Castilla- La Mancha. Albacete.
- SÁNCHEZ SEGURA B (2001). La medicina de orientación antroposófica, descripción y fundamentos: los cuatro sistemas de la imagen integral del ser humano. *Natura Med.* (2):59-62.
- SÁNCHEZ VERA, P, BÓDALO, E (1999). La imagen del mayor en los spots publicitarios de televisión. *Rev*

Multidisciplinar de Gerontología. (4):233-242.

- SILES GONZÁLEZ, J. (1999). Historia de la Enfermería. Aguacilar. Colección Anagrama. Alicante.
- SILES GONZÁLEZ J, GARCÍA HERNÁNDEZ, E, CIBANAL JUAN, L (et al) (1998). La enfermería en el cine: imagen durante la guerra civil española. Rev ROL Enferm. (244):25-31.
- VALLE RACERO JL, GARCÍA MARTINEZ AC, GARCÍA MARTÍNEZ MJ (1994). Parteros y Matronas. Hígia: 27.
- VAZ LEAL FJ (et al) (1992). Factores socioculturales e imagen corporal en la mujer. Psiquiatría Pública. (1):32-37.

- VELANDIA DE VARELA, AL. (1995). Imagen social del profesional de enfermería. Perspectiva. 10(1-2):11-27.
- VENTOSA ESQUINALDO F (1984). Historia de la Enfermería Española. Ed. Ciencia 3. Madrid.
- WESLEY, R.L. (1997). Teorías y Modelos de Enfermería. McGraw-Hill. Interamericana. México.
- ZARZO RODRÍGUEZ AM., ROMERO SÁNCHEZ D (1999). La imagen fotográfica informatizada: una herramienta para favorecer el desarrollo de la percepción visual y de los procesos cognitivos en alumnos con discapacidad visual y deficiencias asociadas. Integración. (29):23-33.



gráfica 1

LA EDUCACIÓN DE LAS NIÑAS DE FENELÓN: EL CUERPO SOCIAL DE LA MUJER A PRINCIPIOS DEL SIGLO XX

Alberto Gálvez Toro

Coordinador de Investigación. Fundación Index.



(‘DE L’ÉDUCATION DES FILLES’) BY FENELON: WOMEN’S SOCIAL COLLECTIVE IN THE EARLY TWENTIETH CENTURY

ABSTRACT

This article proposes an analysis of Fenelon’s *De l’éducation des filles* in its 1919 Spanish edition. The study has focused on three categories: the ideological one, which defines the social concept of woman at the time and in the text; the aesthetic one, which shapes the social image of a beauty ideal; and the praxical one, which establishes the action component of the collective and its social action. These three elements, separated and united around pedagogy, become intermingled into a whole that provides an image of woman at a specific period and within a specific society.

The results are useful and can help to understand some of the aspects that surrounded the changes in women’s social status during the period comprised between the late 19th century and the early 20th century.

LA EDUCACIÓN DE LAS NIÑAS DE FENELÓN, translated by M^a. L.^a Navarro de

Luzurriaga and published in 1919 by Calpe in the Colección Universal. 136 pages.

Key words

Education, Pedagogy, Gender, Adolescence, Childhood, History, Christianity.

RESUMEN

Este artículo propone un análisis de *La educación de las niñas de Fenelón* en su edición española de 1919. El estudio se ha centrado en tres categorías: la ideológica, que determina el concepto social de la mujer en la época y en el texto; la estética, que configura la imagen social de un ideal de belleza; y la praxica, que establece el componente de acción del cuerpo y su acción social. Estos tres elementos, separados y unidos alrededor de la pedagogía, se entremezclan en un todo que da una imagen de la mujer en un tiempo y en una sociedad.

Los resultados son útiles para entender algunos de los aspectos que han rodeado los cambios en el estatus de la mujer durante el periodo comprendido entre finales del siglo XIX y principios del XX.

LA EDUCACIÓN DE LAS NIÑAS DE FENELÓN, traducido por M^a. L.^a Navarro de Luzurriaga y publicado en 1919 por Calpe en la Colección Universal. 136 páginas.

Palabras clave

Educación, Pedagogía, Género, Adolescencia, Infancia, Historia, Cristianismo.

INTRODUCCIÓN

El papel social de la mujer ha sufrido importantes cambios a lo largo del siglo XX. Estos cambios se pueden estudiar a partir del análisis comparado de textos históricos. En este artículo se ha seleccionado un texto de Fenelón traducido y publicado en España en 1919.

De entre todo el texto se han seleccionado algunas partes especialmente relevantes que ilustran con claridad el estatuto social de la mujer. Los resultados y la discusión de este trabajo son útiles para entender algunos de los aspectos que han rodeado los cambios de rol de la mujer, concretamente, los producidos durante el periodo comprendido entre finales del siglo XIX y principios del XX y que el profesor Siles (1996) ha abordado en su *Historia de la Enfermería Española*. De hecho, se puede establecer una conexión entre la reedición anacrónica del libro de Fenelón a principios del s. XX y la corriente pedagógica de finales del XIX que proponía “una nueva senda para la educación higiénico moral de la mujer”, la dignificación de los roles de la mujer trabajadora, o las reformas de Romanones y los movimientos en pro de la educación femenina que se prolongarían hasta la Segunda República.

El método utilizado para el análisis del texto, así como la estructura del mismo, han tomado como referencia el modelo propuesto por Siles (1999). Para la explicación del texto, los datos se agruparon según el procedimiento ecléctico (Siles, 1999), que suma el método literal de análisis -que consiste en seguir el orden del texto de forma descriptiva y literaria-, y el lógico -mediante el que se reagrupan los pasajes y explicaciones por temas de mayor o menor interés-.

El objetivo de la selección y del análisis es mostrar algunas de las cualidades de la construcción del cuerpo social de la mujer a finales del siglo XIX y principios del XX, y establecer comparaciones con las ideologías de la postmodernidad. Desde un punto de vista operativo, la selección analítica se ha centrado en tres categorías: la ideológica, que determina el concepto social de la mujer en la época y en el texto; la estética, que configura la imagen social de un ideal de belleza; y la práctica, que establece el componente de acción del cuerpo y su acción social. Estos tres elementos, separados y unidos alrededor de la pedagogía, se entremezclan en un todo que da una imagen de la mujer en un tiempo y en una sociedad.

CLASIFICACIÓN DEL TEXTO

Naturaleza temática y origen

Según nota del editor de la edición española de 1919, este manual fue escrito por Fenelón hacia

1.680 a instancia del duque y la duquesa de Beauvilliers, quienes le habían confiado la educación de sus hijas. (véase cuadro 1).

Cuadro 1. Reseña bibliográfica.

Título: *La Educación de las Niñas de Fenelón*.
Traducción: M^a. L.^a Navarro de Luzurriaga Año de publicación: 1919
Editorial: Calpe en la Colección Universal.
Lugar: Madrid.
Dimensiones: 15,5 x 10,5
Páginas: 136 pág.

El texto original utilizado para este artículo fue publicado en Madrid en 1919 por Calpe en la serie Colección Universal, dentro de un conjunto de *Tratados de Pedagogía*.

El editor lo presenta como un texto clásico e histórico de la pedagogía, sin embargo, apunta que *muchas de sus observaciones sobre la educación femenina están finamente recogidas y pueden aplicarse todavía hoy*, ya que pueden *ayudar a las muchachas* -de principios del siglo XX- *a volver a la fe católica*.

Los libros de lectura aprobados para la educación de las niñas en las escuelas públicas son muy frecuentes a partir del siglo XIX como consecuencia de la escolarización obligatoria de las niñas (P. Ballarín, 1995). Las normas que nos presenta el texto están orientadas hacia la mantenimiento de un orden social y moral de corte burgués en el que la mujer ocupa una posición de subordinación.

La traducción del texto de Fenelón se presentaba a los pedagogos españoles como un texto histórico pero de enorme actualidad y utilidad. Sin embargo, aunque las ideas que recoge el tratado son innovadoras y revolucionarias para el siglo XVII, llenas de un espíritu liberal y de un alma sensible hacia la mujer francesa de esta época, resulta chocante que a principios del siglo XX sea considerado en España como un texto útil para la educación de la mujer.

Si en el siglo XVII Fenelón fue exiliado en su propia tierra por su obra, en la España del siglo XX, más de dos siglos después de que fuera publicada, parecía gozar del beneplácito de las autoridades pedagógicas. ¿Qué ocurría en esta España para que la obra tuviera todavía vigencia? Posiblemente, la cerrazón internacional tanto política como

ideológica, los desastres acumulados a lo largo del siglo XIX y principios del siglo XX, y la depauperada sociedad española, favorecieron un conservadurismo trasnochado y una vuelta a pasados más gloriosos. Desde luego, la educación católica es, sin duda, frente a las innovaciones pedagógicas introducidas en el siglo XIX en Europa, una marcha hacia atrás, un obstáculo para el desarrollo social.

No es menos sorprendente que la traducción del título de esta obra pedagógica realizada en 1919, sea diferente al que citan las enciclopedias actuales. Frente a “La educación de las jóvenes” (1687) el texto que vamos a trabajar se ha traducido como “La educación de las niñas” (traducción de 1919). Esta sustitución no es casual, sino que responde al descubrimiento de la infancia por las ciencias sociales y la pedagogía ocurrida en la Ilustración, donde hay que destacar una obra culmen, *El Emilio* de Rousseau (1762) que definía una nueva teoría de la educación en la que se subrayaba la importancia de la expresión antes que la represión. No se debe olvidar que la obra de la Ilustración en general, y el trabajo de Rousseau en particular, reflejan una crítica a la política restrictiva de la Iglesia y al absolutismo de los regímenes políticos como, en su momento, también expresara en mismo Fenelón casi con un siglo de anticipación.

En la Europa del siglo XIX, consecuencia de los cambios demográficos de la primera etapa de la transición, la niñez como periodo inicial de la vida se prolonga, se institucionaliza y se somete a control (M. Segalen, 1997). La sociedad burguesa de este siglo se interesa por el niño y comparte el objetivo común de cuidarlo –educación a edades más tempranas– en internados, medicalización, nacimiento de la pediatría, psicología del niño, etc.

Por estos motivos, parece sensato que el editor del tratado sobre la educación de las niñas publicado en 1919, la tradujera de esta forma, ya que se adaptaba mejor a la idea de una educación temprana, desde la niñez. Este hecho hace sospechoso todo el texto: si se ha modificado el título original, ¿acaso no pueden haber cambiado y adaptado al contexto del momento –principios del siglo XIX– el discurso original del autor? Esta tesis es plausible y la lectura del tratado sobre la educación de las

niñas provoca esa sensación en el lector: el discurso del texto es el reflejo del discurso social sobre la educación de las niñas y de su papel en la sociedad española del momento.

El autor, la obra y el tiempo

Fenelón nació el 6 de agosto de 1651, en el seno de una familia noble de la Dordogna, y estudió en la Universidad de Cahors así como en el seminario San Sulpicio. Muere el 7 de enero de 1715, en Cambrai.

El Fenelón de *La educación de las niñas* ya había recibido las primeras influencias del quietismo, doctrina que ensalzaba las virtudes de una vida contemplativa. En esta obra se puede apreciar a un pensador crítico, como así demostró también en su vida y obra: con el poder establecido, la curia de Roma y el absolutismo de Luis XIV. La pedagogía de Fenelón es atrevida para su momento ya que propone un régimen moral educativo para dar a luz a una mujer de provecho desde la niñez mediante la adecuada instrucción tutelada. Las niñas, proponía Fenelón, deben instruirse para ser buenas mujeres, porque, la mujer no nace, sino que se hace mediante la buena educación.

ANÁLISIS DEL TEXTO

Estructura y contenido

El tratado sobre *La educación de las niñas* está compuesto por trece capítulos (véase cuadro 2) que abarcan toda una filosofía y una práctica de lo que debe considerarse una educación moral y católica de la futura mujer, la niña que se está haciendo.

El análisis que se propone aquí se va a centrar fundamentalmente en tres capítulos aunque refleja la ideología del conjunto. Concretamente, el capítulo I, el V y el X.

Cuadro 2. Sumario y contenido del texto.

- I. Importancia de la educación de las niñas.
- II. Inconvenientes de las educaciones ordinarias.
- III. Cuáles son los primeros fundamentos de la educación.
- IV. Imitaciones temibles.
- V. Instrucciones indirectas; no hay que apresurar a los niños.
- VI. Sobre el empleo de las historias para los niños.
- VII. Cómo se debe introducir en el espíritu de los

niños los primeros fundamentos de la religión.

VIII. Instrucciones sobre el decálogo, sobre los sacramentos y sobre la oración.

IX. Observaciones sobre diversos defectos de las niñas.

X. La vanidad de la belleza y de los adornos.

XI. Instrucción de las mujeres acerca de sus deberes.

XII. Continuación de los deberes de las mujeres.

XIII. De las ayas. Consejos a una dama de calidad sobre la educación de su hija.

La importancia de la educación de las niñas: marco filosófico y creencias

El capítulo primero del Tratado de la Educación de las Niñas comienza destacando la importancia de la educación de las niñas. Para ello, previamente, nos dice de manera muy descriptiva qué se puede esperar de las niñas y cuáles son sus características. Fijémonos que, en tanto Fenelón defina a las niñas, está sentando las bases conceptuales de todo lo que dirá más adelante en el tratado: sobre lo que son las niñas y cómo hacer que sean buenas niñas (véase selección de texto del anexo 1).

Dice L. Salinas (1994) que hay dos realidades básicas que caracterizan cualquier experiencia individual de la vida social, una es simbólica –el lenguaje–, la otra física –el cuerpo–. Dice a continuación que el cuerpo y el lenguaje son procesos relacionales duales de la identidad del individuo: 1) ambos son construidos en el contexto de los procesos de reflexión de la cultura referencial –v.g.: erotización, biologización, moralización, etc.–; y 2) son significados físicos y simbólicos de la objetivación de la cultura referencial.

La realidad biológica de los sexos, hombre y mujer, se modifica y se recrea cuando entra en contacto con el entorno social y la cultura. De este modo, el cuerpo puede considerarse como la característica más próxima e inmediata del yo social, un rasgo necesario de la situación social y de la identidad personal (Buñuel Heras, 1994).

Efectivamente, si releemos el texto de Fenelón (véase selección de texto del anexo 1), podremos observar el modo como se construye, a partir de tesis esencialistas, una identidad personal y un status determinado que afecta a la mujer en la asigna-

ción de roles. Veamos algunas de estas ideas:

1°. LA FUERZA: La mujer es débil por naturaleza si se compara con la fuerza del hombre. Por tanto, la mujer no puede ni debe realizar actividades físicas ni mecánicas. En su defecto, puede hacer algunas actividades moderadas,

2°. EL ESPÍRITU DE LA MUJER ES DÉBIL Y CURIOSO. La debilidad que atribuye a su espíritu es de tipo moral, de ahí que si se satisface el exceso de curiosidad de la mujer, el resultado puede ser terrible, una mujer pedante y culta, por ello, pasando a otra idea,

3°. HAY QUE EVITAR CONOCIMIENTOS EXTENSOS SOBRE POLÍTICA, ARTE MILITAR, JURISPRUDENCIA, FILOSOFÍA Y TEOLOGÍA, que harían de la mujer algo incontrolado y peligroso.

4°. LA NATURALEZA LAS HA DOTADO DE HABILIDAD, LIMPIEZA Y ECONOMÍA, PARA EMPLEARLAS TRANQUILAMENTE EN SUS CASAS. Por exclusión, de las actividades para las que no están dotadas ni es conveniente dotarlas. Lo necesario es, según la tesis de Fenelón, potenciar la educación de su naturaleza: aquello que tiene que ver con la casa y lo doméstico.

Pero este argumento choca con un hecho sociológico que ya se veía en la España de la Restauración: se estaba produciendo la incorporación de la mujer al trabajo, de una manera bastante tímida, cierto es, pero era un hecho el trabajo de la mujer de clase trabajadora y la incorporación a la capacitación profesional en las mujeres de clase media (Aguado, 1995). La conveniencia de la instrucción para la mujer en las facultades se presentaba no como oposición al hombre, más bien como un complemento para realizar mejor el trabajo natural de la mujer: la casa (Aguado, 1995).

5°. TODO EL MAL DEL MUNDO SE DEBE A LAS MUJERES MAL EDUCADAS. Como colofón final de su argumentación, esa que hace Fenelón para justificar la necesidad de una educación femenina según unos cánones naturalizados, termina afirmando que buena parte de los problemas políticos y domésticos son consecuencia de las mujeres, en unos casos por su negligencia directa, en otros, por la mala educación que dieron a sus hijos o hijas. De ahí la necesidad de educarlas bien para que cumplan su función biológica

como corresponde, es decir, educar a su vez a sus hijos e hijas conforme a la moral de la diferencia basada en la diferente naturaleza de la mujer frente al hombre.

Si en el siglo XVII se discutía sobre la pertinencia o no de la educación a jovencitas, la educación de la mujer, institucionalizada y vista como necesaria a finales del siglo XIX, estaba mediada por toda una elaboración ideológica realizada desde la filosofía, desde la ciencia, desde la medicina, desde la religión, para lograr una educación orientada hacia el trabajo doméstico (A. Aguado, 1995).

La belleza en la mujer

El tema de la belleza en la mujer es tratado de manera explícita en el capítulo del tratado de Fenelón bajo el título “La vanidad de la belleza y de los adornos”.

El ideal de belleza que plasma Fenelón en su tratado es más bien de tipo moral (véase selección de texto del anexo 2). Antes que explicar la manera adecuada y digna de vestir, o, describir la belleza física, centra su discurso en la belleza asociada a la virtud. Veamos algunas categorías de análisis dignas de extraer del texto:

1º. LA ASPIRACIÓN DE LA MUJER A LA BELLEZA ES UNA CONSECUENCIA DE SUS LIMITACIONES SOCIALES PARA EL ACCESO A LA VIDA PÚBLICA. Para Fenelón la búsqueda de la belleza en la mujer es una cuestión biológica, que no cultural, relacionada con la necesidad de ser atractiva, que, aunque no lo dice directamente, se refiere a los hombres -para poder contraer matrimonio-. La belleza y su explotación tienen sentido solamente si es con el fin de conseguir un buen matrimonio, como se expresa a continuación:

2º. LA BELLEZA ES SIEMPRE PERJUDICIAL, A MENOS QUE NO SIRVA PARA CASAR VENTAJOSAMENTE A UNA MUCHACHA; PERO ¿PODRÁ LOGRAR ESTE FIN SI NO ESTÁ SOSTENIDA POR EL MÉRITO Y POR LA VIRTUD? La virtud y la belleza, según Ballarín (1995), van de la mano en el modelo educativo de la vida cotidiana de la familia burguesa urbana -modelo de orden a divulgar-. Y la belleza es peligrosa, va contra el orden, si no se acompaña

de virtud, cualidad básica de la niña modelo de finalidades del siglo XIX y principios del XX.

3º. LA NOBLE SENCILLEZ QUE REFLEJAN LAS ESTATUAS Y OTRAS FIGURAS QUE NOS QUEDAN DE LAS MUJERES GRIEGAS Y ROMANAS; EN ELLAS CONTEMPLARÍAN LAS CABELLERAS ANUDADAS HACIA ATRÁS CON ABANDONO, Y EL PLEGADO DE SUS PAÑOS, AMPLIO Y FLOTANTE, TAN AGRADABLES Y LLENOS DE MAJESTAD. El ideal de belleza griego y romano contrasta con las ideas moralizantes sobre la belleza del texto. El autor las utiliza como un instrumento para mostrar la sencillez, quizá por influencia del Renacimiento, pero no encajan de ninguna de las maneras con la realidad social de la época, salvo, eso sí, si tenemos en cuenta que el ideal de belleza creado por el autor -católico- une las ideas de clásico-virtud-belleza-sabiduría-perfección con Grecia y Roma.

4º. NO HAY, POR CONSIGUIENTE, NADA TAN ORDINARIO COMO EL CAPRICHOSISMO DE LAS MODAS. La moda es ir en contra de la sencillez, es el cambio por el cambio sin un sentido claro. La niña que Fenelón educa se inscribe en la tradición, sin cambios, una mujer que reproduce el orden social y familiar, una mujer que educa a sus hijas según un patrón de virtud y moral cristiana. La moda es un factor que destruye a la familia y la corrompe, ya que desplaza a la mujer de su lugar.

El juego

En este caso Fenelón no le dedica un capítulo al juego, sino que habla de él como una necesidad para el descanso, pero también, como un instrumento para aprender (véase selección de texto del anexo 3).

De esta porción del discurso de Fenelón sólo interesa resaltar una idea que sobresale continuamente en el texto: el sexo masculino -niño- monopoliza el texto, que se cita, por tanto, por oposición al sexo femenino -niña-. Es curioso pero el tratado es recurrente en este sentido. En ocasiones, cuando debería hablar de las niñas, comienza a hablar de los niños.

No sabemos cuál es el juego recomendado a las niñas, pero es de suponer que, siguiendo la unidad argumental de Fenelón, sus juegos sean de poco movimiento y relacionados con las tareas del

hogar y la familia, no tanto distracciones en que intervenga la inteligencia, ni aquellas en que el cuerpo esté en movimiento. Esto sería propio de los niños.

COMENTARIO DEL TEXTO

La teoría feminista ha retomado la construcción social del cuerpo como un problema central de la teoría social contemporánea, sobre todo cuando plantea y critica el determinismo biológico del cuerpo sexuado y se replantea el problema de la discriminación en términos de géneros (Buñuel, 1994). Pero el discurso se complica aún más si se añaden otras categorías discriminatorias y de reproducción de la desigualdad como la de raza o la etnia, cuyo patrón cultural y social es similar al asignado al género (Stolcke, 1992). Con ello, hoy se sabe que la mujer es la más pobre entre los pobres, que la mujer reproduce la pobreza y el patrón de marginalidad social.

El nuevo cuerpo, el cuerpo de siempre

La ideología relativa a la realidad simbólica y física del cuerpo se ha modificado sustancialmente desde la idea naturalizada que muestra Fenelón hasta nuestros días. Bien es cierto que, muy a pesar de las evidencias culturales que subyacen bajo esta modernidad postindustrial y que los estudios de género han puesto de manifiesto, las diferencias biologicistas de diferenciación social siguen vigentes para el sexo y para otras categorías culturales.

Huir del pasado histórico es una tarea difícil. El cambio de los modos de acción y de los cánones estéticos es posible que reflejen, a primera vista, ese escenario sociocultural de puesta en escena (Goffman, 1997) que, sin embargo, deja traslucir algo más profundo y menos consciente del pensamiento de las personas. Es posible que para el hombre contemporáneo ese nuevo cuerpo no sea más que un espejismo de las mutaciones de su propia cultura.

En este discurso de fondo y forma, es en extremo interesante recoger la frase de B. Vázquez (1987) citada por Buñuel (1994) cuando, al referirse a la desigualdad perceptiva del cuerpo por razones de género, apunta: mientras que para los varones el cuerpo es potencial de acción, cuerpo para sí mismo, hacia el exterior, la mujer vive su cuerpo

en función de los demás, para el varón –función tradicional de seducción–, para los hijos –función biológica de la maternidad–, en cualquier caso, el cuerpo de la mujer es un bien social.

Mirado así, desde esta óptica, posiblemente Fenelón no parezca tan distante, ya que aunque él escribe el discurso biologicista, nuestra modernidad inscribe su discurso en lo simbólico aunque rechaza de manera explícita cualquier discurso abierto sobre esta tendencia naturalizadora del cuerpo de la mujer. La modernidad, en cualquier tiempo, provoca siempre el mismo efecto en los hombres y en las mujeres de ese momento, la creencia de que su tiempo es muy diferente a cualquiera otro que le precedió.

El ideal de belleza

El ideal de belleza de Fenelón era el de la mujer virtuosa, sencilla y de su casa, la buena madre, la mujer nacida para cumplir su función de cuidadora. En otras palabras, la belleza parecía ser más un problema que una cualidad. Desde luego que parte de estas ideas de 1687 eran compartidas por la clase burguesa española de 1919.

Desde mediados del siglo XX hasta nuestros días hemos transitado por un sin fin de ideales de mujer “a la americana”. Desde Marilyn Monroe, actualmente considerada “un poquito entrada en carnes”, hasta la mujer anoréxica de los últimos días. La mujer delgada se aproxima a este ideal de belleza de comienzos del siglo XXI. Nasser (citado por Bañuelos, 1994), dice que estar delgada simboliza a la mujer nueva que es capaz de combinar cualidades de autocontrol y de libertad sexual con los valores tradicionales de atractivo. El problema de este argumento de Nasser es saber a qué llamamos valores tradicionales, porque el propio Fenelón se quejaba de que las modas actuales (1687) estaban alejando a la familia y la tradición.

Es más propio considerar este nueva estética como una continuidad en el patrón cultural de desigualdad entre géneros y clase, y menos como un logro de la mujer hacia el camino de la individuación o la libertad.

El juego y el ejercicio como categorías prácticas

El patrón estético de finales del siglo XX impone un ejercicio de consumo y el juego, su consumo,

más que lúdico, define un estatus –v.g.: jugar al tenis o al hokey–. El juego, también en los niños, reproduce con claridad el rol de género.

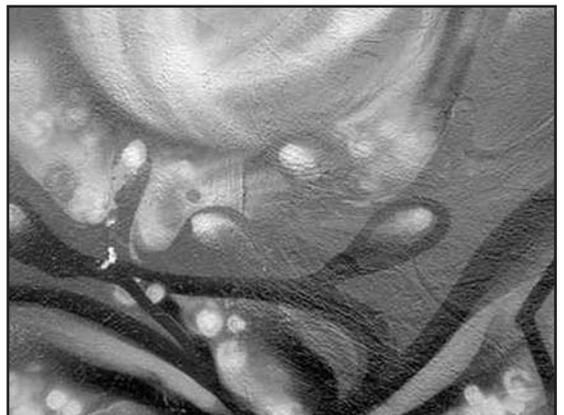
Nosotros ahora vemos que las niñas y los niños juegan a actividades deportivas diferentes, el niño al fútbol, la niña al baloncesto. Los juegos agresivos son para los niños, los juegos controlados, para las niñas. ¿Acaso no hay una estratificación también es nivel aunque no lo digamos?

En la portada de un libro sobre teoría y práctica de la gimnasia respiratoria –de principios del siglo XX–, aparece una mujer con falda hasta los pies y blusa ancha que exagera la cintura de avispa, para informarnos de que el contenido del texto está destinado a las niñas y las mujeres que quieran hacer ejercicios. De hecho, dice el autor, el libro está aplicado a la vida escolar y a la vida doméstica de la familia y del colegio. Este tipo de ejercicios, útiles para embellecer la figura de la mujer y su cintura, no distan demasiado de estas otras formas de ejercicio más actuales dirigidos a las mujeres que, hoy día, quieren fortalecer los glúteos y los pectorales para mejorar su aspecto –social– y su salud. Esta estética diferenciadora entre sexos tiene su continuación en los textos de educación física femenina en la segunda mitad del siglo XX –v.g.: Sección Femenina de FET y de las JONS. Educación física femenina. Madrid, 1955–, y en su esencia no difieren sustancialmente de nuestra modernidad, salvo en su tempo y significado.

En conclusión, las diferencias entre hombre y mujer nos resultan evidentes en la pedagogía de Fenelón, y es posible que escandalosas para nuestro tiempo. Lo que no está del todo claro es que haya tantas diferencias como pretendemos –entre el Fenelón del siglo XX y nosotros–, y que, las diferencias entre sexos y géneros, puedan calificarse de buenas o malas, reprochables o deseables, discriminadoras o integradoras, dignas de considerar como hechos de desigualdad o simplemente diferenciales. En nuestro presente el discurso de la postmodernidad que algunos utilizan se ha vuelto loco y ha perdido el horizonte del concepto de límite, subsumido bajo la estética de la igualdad indiferenciada.

BIBLIOGRAFÍA

- AGUADO, A. (1995). Pilar Pascual de Sanjuán: El trabajo femenino al servicio de lo doméstico. *Arenal*, 2(2):337-334.
- BALLARÍN DOMINGO, P. La orientación profesional de las chicas en un texto escolar de finales del siglo XIX. *Arenal*, 2(2): 345-359.
- BAÑUELOS, C. Los patrones estéticos en los albores del siglo XXI. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. Octubre-diciembre.
- BUÑUEL HERSA, A. (1994). La construcción social del cuerpo de la mujer en el deporte. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. Octubre-diciembre.
- "FÉNELON, FRANÇOIS DE SALIGNAC DE LA MOTHE", *Enciclopedia Microsoft® Encarta® 98 © 1993-1997 Microsoft Corporation*. Reservados todos los derechos.
- "FÉNELON, FRANÇOIS DE SALIGNAC DE LA MOTHE" (1990), *Pequeño Larousse ilustrado*. Ed. Larousse, Barcelona.
- GOFFMAN, E. (1997). *La representación de la persona en la vida cotidiana*. Amorrortu editores, Buenos Aires.
- SALINAS, L. (1994). La construcción social del cuerpo. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. Octubre-diciembre.
- SECCIÓN FEMENINA DE FET Y DE LAS JONS (1955). *Educación física femenina*. Texto Oficial para las Escuelas de Magisterio. Sección Femenina de FET y de las JONS, Madrid.
- SILES GONZÁLEZ, J. (1999). *Historia de la Enfermería*. Aguaclara, Alicante.
- SEGALÉN, M. (1997). *Antropología Histórica de la Familia*. Ed. Taurus, Madrid.
- STOLCKE, V. (1992). ¿Es el sexo para el género como la raza para la etnicidad? *Mientras Tanto*, 48:87-111
- TURNER, BRYAN S. (1994). Los avances recientes en la teoría del cuerpo. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. Octubre-diciembre.



ANEXO 1. Capítulo primero. Importancia de la educación de las niñas.

Nada hay tan descuidado como la educación de las niñas. [...] se cree que debe instruirse poco a ese sexo. [...] Se dice que no es necesario que sean cultas; que la curiosidad las vuelve vanidosas y redichas; basta que sepan algún día gobernar sus hogares y obedecer a sus maridos, sin razonar. Y no deja de mencionarse la experiencia que se tiene de muchas mujeres a quienes la ciencia volvió pedantes; en vista de lo cual se cree tener derecho a abandonar ciegamente a las niñas bajo la dirección de madres ignorantes e indiscretas.

Es terrible ciertamente hacer sabias pedantes. Las mujeres tienen por lo general el espíritu más débil y más curioso todavía que los hombres; no es, por tanto, conveniente alentarlas en estudios a los cuales podrían aficionarse. Ellas no deben gobernar el Estado, ni hacer la guerra, ni entrar en el ministerio de las cosas sagradas; pueden, por consiguiente, excusarse de ciertos conocimientos extensos que se relacionan con la política, el arte militar, la jurisprudencia, la filosofía y la teología. LA MAYOR PARTE DE LAS ARTES MECÁNICAS NO LES SON TAMPOCO CONVENIENTES; ESTÁN CONSTITUIDAS PARA EJERCICIOS MODERADOS. SU CUERPO, como su espíritu, ES MENOS FUERTE Y ROBUSTO QUE EL DE LOS HOMBRES; la naturaleza, en cambio, las ha dotado de habilidad, limpieza y economía, para emplearlas tranquilamente en sus casas.

¿Qué consecuencia puede sacarse de la DEBILIDAD NATURAL DE LAS MUJERES? Cuanto más débiles sean, más importancia tendrá el fortalecerlas. ¿No tienen que cumplir deberes que son fundamentos de toda la vida humana? ¿No son las mujeres las que arruinan y las que sostienen las casas, las que ordenan todos los detalles de los asuntos domésticos, y las que deciden, por consiguiente, todo lo que se relaciona más de cerca con todo el género humano?

[...] Por último hay que considerar, aparte del bien que hacen las mujeres cuando están bien educadas, el daño que causan al mundo cuando les falta una educación que les inspire la virtud. Se ha comprobado que la mala educación de las mujeres causa más perjuicios que la de los hombres, puesto que los desórdenes de los hombres proceden casi

siempre de la mala educación que han recibido de sus madres y de las pasiones que otras mujeres les han inspirado en edad más avanzada.

¡Cuántas intrigas se nos presentan en las historias, cuántas perturbaciones en las leyes y en las costumbres, cuántas guerras sangrientas, cuántos modernismos contra la religión, cuántas revoluciones de Estado, causados por el desorden de las mujeres! Todo esto demuestra la importancia de educar bien a las niñas; busquemos los medios para hacerlo.

ANEXO 2. Capítulo décimo. “La vanidad de la belleza y los adornos”.

Nada debéis temer tanto en las niñas como la vanidad. Estas nacen con un vehemente deseo de agradar; al estarles vedados los caminos que conducen a los hombres a la gloria o a la autoridad, ellas procuran hallar la compensación con las galas del cuerpo y del espíritu; de ahí procede su conversación dulce e insinuante; de ahí también su aspiración a la belleza y a todas las gracias exteriores [...].

Desde que no existen leyes para el vestir y para los muebles, tampoco existen para las categorías sociales [...] Este fausto arruina a las familias, y la ruina de las familias arrastra la corrupción de las costumbres.

[...] La belleza engaña aún más a la persona que la posee que a aquellas que la admiran; produce turbación y embriaguez en el alma; se es más neciamente idólatra de sí mismo que lo son los amantes más apasionados de la persona quien aman. [...] La belleza es siempre perjudicial, a menos que no sirva para casar ventajosamente a una muchacha; pero ¿podrá lograr este fin si no está sostenida por el mérito y por la virtud? [...] Las personas que obtienen toda su gloria sólo por la belleza caen pronto en el ridículo; llegan, sin darse cuenta, a una cierta edad en que su belleza se aja; pero permanecen admiradas de sí mismas, aunque el mundo, lejos de estarlo, no sienta gusto por ellas. En fin, está tan fuera de razón querer someterlo todo a la belleza como querer poner todo el mérito en la fuerza del cuerpo, según hacen LOS PUEBLOS BÁRBAROS Y SALVAJES.

[...] Yo hasta desearía que las muchachas vieran la noble sencillez que reflejan las estatuas y otras figuras que nos quedan de las mujeres griegas y

romanas; en ellas contemplarían las cabelleras anudadas hacia atrás con abandono, y el plegado de sus paños, amplio y flotante, tan agradables y llenos de majestad. Y también estaría bien que oyeran hablar a los pintores y a otras personas que tienen el gusto exquisito de la antigüedad.

[...] Pero la moda se destruye a sí misma: aspira constantemente a la perfección y jamás la encuentra; al menos, no quiere detenerse nunca. Sería razonable si aquella cambiase para no cambiar más, así que hubiera encontrado la perfección en la belleza de la gracia; pero cambiar por cambiar sin cesar, ¿no es buscar, más que la verdadera corrección y buen gusto, la inconstancia y el desorden? No hay, por consiguiente, nada tan ordinario como el capricho de las modas. Las mujeres están en condiciones de decidir sobre esto; sólo ellas tienen autoridad; por consiguiente, los espíritus más ligeros y los menos instruidos son los que arrastran a los otros. Ellas no eligen y no desean nada con fundamento; basta que una cosa bien inventada haya estado algún tiempo de moda, para que no deba estarlo ya más, y que otra, aun siendo ridícula, ocupe su lugar y sea admirada a título de novedad.

ANEXO 3. Capítulo quinto. “Instrucciones indirectas; no hay que apresurar a los niños”.

Un gran defecto de la educación ordinaria es éste: que se coloca todo el placer de un lado, y todo el enojo de otro: todo el enojo, en el estudio; todo el placer, en las diversiones. ¿Qué otra cosa puede hacer un niño sino soportar con impaciencia esta imposición y correr ardientemente tras el juego?

Tratemos de cambiar este orden: hagamos el estudio agradable; ocultémosle bajo la apariencia de la libertad y del placer; soportemos que los niños interrumpan a veces el estudio con pequeñas llamadas de alegría; tienen necesidad de estas distracciones para descansar su espíritu.

Dejemos que su vista vague a ratos; hasta permitámosles, de vez en cuando, alguna digresión, algún juego que expanda su espíritu; después conduzcámosles suavemente al objeto. Una rigidez demasiado exacta que les exija estudios sin interrupción les fatiga mucho; sucede con frecuencia que los que educan a los niños afectan esta rigidez porque le es más cómoda que mantener una sujeción continua aprovechando todos los momentos.

Despojemos al mismo tiempo a las diversiones de los niños de todo aquello que pueda apasionarles demasiado; pero todo aquello que pueda recrear su espíritu, ofrecerles una variedad agradable, satisfacer su curiosidad por las cosas útiles, ejercitar su cuerpo en artes convenientes, todo esto debe emplearse en las diversiones de los niños. Las que ellos prefieren son aquellas en que el cuerpo está en movimiento, y se hallan satisfechos con tal de cambiar constantemente de sitio: un volante, una bola, basta. Sus diversiones, por consiguiente, no deben preocuparnos; ellos mismos las inventan; basta con dejarlos hacer, observarlos con una fisonomía placentera, y moderarlos cuando se sofocan con exceso. Es conveniente, sin embargo, hacerles sentir placer, tanto como sea posible, por aquellas distracciones en que intervenga la inteligencia, como la conversación, las novelas, las historias y diferentes juegos de ingenio que encierren alguna instrucción. Todo esto será útil a su tiempo; mas no se debe forzar el gusto de los niños en estas cosas, no debe hacerse más que ofrecerles salidas; días llegará en que su cuerpo esté menos dispuesto a moverse, y su espíritu entonces actuará más preferentemente.



ANTROPOLOGÍA

FLORENCE NIGHTINGALE. PROFESIONALIZACIÓN DE LOS CUIDADOS DESDE UNA PERSPECTIVA DE LA ANTROPOLOGÍA FEMINISTA.

Teresa González Gil

Diplomada Universitaria en Enfermería.

Licenciada en Antropología Social y Cultural.

Doctorando en Antropología.

Enfermera Asistencial. Hospital de Fuenlabrada. Madrid.



FLORENCE NIGHTINGALE. ESTABLISHING A PROFESSION CARE CONCEPT FROM AN ANTHROPOLOGICAL FEMINIST PERSPECTIVE

ABSTRACT

Much criticism has been carried out about the consideration of 'gender' in the nursing profession and the establishing of a professional care concept since middle 19th century done by Florence Nightingale.

The present work is no more than a reflection about that criticism from an anthropological point of view taking as central topic the considerations called upon by certain feminism theories.

For the purpose of a theoretical reflection, a narrative anthropological technique and 'the text'

as a working field and as data source will be considered. As Florence Nightingale's works are wide, in order to centre our own, her "Notes of Nursing. What is and what is not" and "Leadership and direction by Florence Nightingale" (Beth Y. Ulrich) will be exploited.

KEY WORDS: Florence Nightingale, Nursing, Anthropology, Feminism.

RESUMEN

Numerosas críticas se han hecho sobre el peso del género en la profesión enfermera y la institucionalización del mismo desde la reforma enfermera y profesionalización de los cuidados a mediados del siglo XIX con Florence Nightingale.

El siguiente trabajo, no pretende ser más que una reflexión sobre esta crítica desde un punto de vista antropológico tomando como eje de reflexión las aportaciones hechas desde el feminismo de la diferencia.

Se utilizará la antropología narrativa, el texto como campo de trabajo y fuente de datos, para la reflexión teórica. La obra de Florence Nightingale es extensa, por lo que, puestos a elegir, el análisis se centrará en su libro "Notas sobre enfermería. Qué es y qué no es" y en "Liderazgo y dirección según Florence Nightingale" (por Beth Y. Ulrich).

PALABRAS CLAVE: Florence Nightingale. Enfermería. Antropología. Feminismo.

INTRODUCCIÓN

• CRÍTICAS DE PARTIDA:

“La reforma de la enfermería, o el comienzo de la enfermería profesional o profesionalización de los cuidados estuvo basada en una ecuación entre enfermería, feminidad y división sexual del trabajo”.

“Las fundadoras de la enfermería moderna concibieron la profesión como una expresión de un modelo bien definido de mujer, según unos valores tradicionales, asociaron la disposición y habilidad para cuidar a una feminidad esencial”.

“La resolución de Florence y sus discípulas marcó a la nueva profesión con los prejuicios de su propia clase... el modelo de Nightingale ponía el énfasis más en la formación moral que en la habilidad técnica”. “Las fundadoras de la enfermería profesional concibieron la enfermería como expresión de un modelo bien definido de mujer” (Ehrenreich).

“La enfermera Nightingale era la mujer ideal transplantada del hogar al hospital y libre de obligaciones reproductivas. Esta mujer ofrecía al médico la obediencia absoluta, virtud de una buena esposa, y al paciente la altruista devoción de una madre”.

“Atribuir a Nightingale la actual subordinación (se entiende que al colectivo médico) es simplificar las cosas, pero, la realidad es que el sistema formativo de Florence Nightingale ofreció una fuerte influencia en la evolución de la enfermería”.

• FLORENCE NIGHTINGALE (1820 - 1910):

Breve repaso biográfico:

Enfermera inglesa, pionera de la enfermería profesional moderna. Nació en Florencia, Italia, aunque se crió en Derbyshire, Inglaterra. Procedente de familia victoriana, creció en un ambiente con una educación muy estricta. Su padre, William Nightingale estaba involucrado en el movimiento contra la esclavitud y era un fiel creyente en que las mujeres, especialmente sus hijas, deberían obtener una educación. Ella y su hermana aprendieron Italiano, Latín, Griego, Historia y Matemáticas de su padre y su tía, así como de otros tutores. La madre de Florence, Fanny Nightingale era una mujer dominante que estaba primordialmente preocupada con la búsqueda

de un buen marido para su hija. Por ello, se molestó ante la decisión de Florence de rechazar a varios proponentes de matrimonio.

Motivada por sus deseos de independencia y por sus convicciones religiosas, se enfrentó a su familia y a los convencionalismos sociales de la época (la enfermería estaba asociada a mujeres trabajadoras de clase inferior) para buscar una cualificación profesional que le permitiera ser útil a la Humanidad.

En 1850 inició estudios de enfermería en el Instituto San Vicente de Paúl en Alejandría, Egipto, posteriormente estudió en el Instituto para Diaconisas Protestantes de Kaiserswerth, Alemania.

En 1853 llegó a ser supervisora de enfermeras de un hospital de caridad de Londres, en el que introdujo grandes innovaciones técnicas y de organización; con su trabajo empezó a superarse el modelo asistencial tradicional, basado en los buenos sentimientos y en el sectarismo religioso, y a sustituirse por una asistencia sanitaria científica, la cual precisaba una rigurosa formación del personal de enfermería.

En 1854-56 se hizo famosa organizando un servicio de enfermeras para cuidar a los soldados británicos de la Guerra de Crimea en el hospital de campaña de Uskúdar o Escútari (Turquía). Consiguió mejoras sanitarias espectaculares, enfrentándose a los prejuicios de los médicos militares y a la pobreza de medios con que el ejército solía tratar a los soldados.

Finalizada la contienda en 1860, regresó a Londres donde fundó la “Escuela y Hogar para Enfermeras Nightingale” en el Hospital St. Thomas de Londres. La escuela marca el inicio de la formación profesional en el campo de la enfermería. Desde entonces, la enfermería fue considerada una profesión sanitaria con un elevado grado de formación y responsabilidad.

Fue innovadora en la recolección, tabulación, interpretación y presentación gráfica de las estadísticas descriptivas; mostró como la estadística proporciona un marco de organización para controlar y aprender, y puede llevar a mejoramientos en las prácticas quirúrgicas y médicas. También desarrolló una “Fórmula Modelo de Estadística Hospitalaria” para que los hospitales recolectaran y generaran datos y estadísticas consistentes.

Fue la primera mujer en recibir el “British Order of Merit” (1907). Entre sus escritos destaca “Notas sobre enfermería: qué es y qué no es” (1860), el primer libro de texto para enfermeras, que fue traducido a multitud de idiomas.

• CONTEXTO SOCIOPOLÍTICO:

Sociedad Victoriana: Gran Bretaña del siglo XIX. Algunas pinceladas del contexto socioeconómico, político y cultural del momento.

Contexto socioeconómico:

- Revolución industrial, la industria pasa a ser el sector predominante en términos de ocupación y de renta generada.
- Gran crecimiento económico y poblacional. Movimientos migratorios campo- ciudad.
- Malas condiciones higiénico sanitarias. Incremento de las tasas de mortalidad infantil. Importante epidemias de cólera.
- Evolución de la delincuencia.
- Nueva burguesía: medianos comerciantes, propietarios de industrias, talleres artesanales... y nuevo sector de profesionales.

Contexto político:

- Monarquía parlamentaria (Victoria 1837-1901).
- Reforma parlamentaria (partidismo y acceso al voto).
- Importancia de la política exterior destinada a mantener e incrementar la herencia colonial. Gran importancia del mercado exterior. Los objetivos de la política externa eran evitar la aparición de un poder predominante en Europa, mantener la posesión de la India y con ella el control de las rutas comerciales.
- Guerra de Crimea. Origen: la preocupación por el equilibrio europeo y la amenaza que para el control de la India podía representar el desmembramiento del Imperio Otomano en beneficio de Rusia. Resulta favorable para los británicos pero a un alto coste económico y de vidas humanas.

Contexto religioso:

- Hegemonía del anglicanismo, aunque se va produciendo una secularización progresiva de

la sociedad. Alejamiento de la clase trabajadora de la religión.

Situación de la mujer:

- Extensión de un ideal de feminidad que supone la exclusión de la mujer de la esfera pública y laboral reservada al varón, y su dedicación exclusiva al cuidado de la familia.
- Profunda asociación de la mujer con la naturaleza. Se sitúa a la mujer dentro del ámbito doméstico, en la esfera privada.
- Los roles de la mujer y el hombre descansan en la creencia de aptitudes diferentes entre unos y otros. Estas diferencias se intentaban fundamentar en las particularidades biológicas de ambos sexos.
- La idea de la separación de esferas con la mujer dedicada al ámbito doméstico, tenía como reverso la exclusividad del ámbito público para el hombre (territorio donde la mujer no estaba capacitada para desempeñarse).
- La única actividad social, pública de la mujer eran los actos de caridad. Progresivamente se abren nuevas posibilidades laborales (a partir de mediados del siglo XIX), principalmente el servicio doméstico. El acceso a las profesiones relacionadas con la salud fue uno de los terrenos en los que la mujer encontró mayor oposición (por parte de los intereses de los profesionales varones de la medicina).
- La mujer no tiene acceso al voto. Lucha de la mujer por el voto. Movimiento sufragista.

• FEMINISMO EN LA INGLATERRA DEL SIGLO XIX:

Aunque fueron las norteamericanas las que desempeñaron un papel principal en la creación de las organizaciones feministas, el feminismo británico también tubo un papel influyente aunque menos directo. Cronológicamente el feminismo británico fue el segundo, después del norteamericano, que apareció de forma organizada.

En Gran Bretaña, la década de 1850 fue testigo de varias reformas sociales que afectaron a la mujer y que señalarían los comienzos de una nueva actitud hacia la mujer. En 1852, una ley del Parlamento puso fin al derecho del marido a obli-

gar a su mujer a cohabitar con él. En 1857 fue promulgada la ley del divorcio. A finales de la década de 1840, la enseñanza secundaria para las muchachas dio un gran salto con la creación de algunos institutos para mujeres. En 1858 se creó el sistema nacional de escuelas secundarias para mujeres. En 1855 se crea la Society for the Employment of Women (Sociedad para el empleo de la mujer). Comienzo del movimiento sufragista en 1866. En 1869 se crean organizaciones de reforma moral para combatir la regulación estatal de la prostitución.

A pesar de todo ello, el movimiento feminista en Inglaterra no se ha manifestado como una rebelión contra los deberes femeninos, sino más bien se inspiró en el deseo de desempeñar más dignamente esos deberes, y de darles una más amplia interpretación.

“Jamás se ha puesto en duda que el más grande de los deberes de la mujer consistía en prodigar sus cuidados a los niños, enfermos o viejos y a los pobres...”.

“Este carácter devoto, piadoso y benéfico del feminismo inglés, no le ha impedido tener manifestaciones en otros órdenes de la vida. Para lo que principalmente le ha servido es para tener una gran fuerza en la opinión y para conquistar ventajas sólidas, abriendo a la mujer todas aquellas profesiones en que decididamente conviene, tanto como la energía varonil, la gracia y la bondad femeninas”.

• FEMINISMO DE LA DIFERENCIA:

El feminismo de la diferencia se caracteriza por una concepción esencialista del género y una lucha por afianzar la diferencia de los géneros. El objetivo es igualar la liberación de las mujeres con el desarrollo y la preservación de una contracultura femenina. Esta cultura exalta el “principio” femenino y sus valores.

El feminismo de la diferencia plantea la igualdad de la mujer y el hombre, pero nunca la igualdad de la mujer con el hombre.

Defiende que es desde la diferencia que constituye a la mujer como mujer, desde donde hay que construir políticamente un sujeto diferencial capaz de pactos y transacciones a la vez que de cuestionar el modelo hegemónico.

DATOS OBTENIDOS DEL TEXTO:

“Estas notas no tienen, de ninguna manera, la intención de ser una regla de pensamiento por la cual las enfermeras puedan enseñarse a sí mismas a cuidar, ni mucho menos un manual para enseñar a las enfermeras el arte de cuidar. Están dirigidas sencillamente a dar algunas ideas a mujeres que tienen el cargo personal de salud de otros”.

“Para ser una buena enfermera es necesario ser una buena mujer, de lo contrario no se es otra cosa que una campanilla”.

“Para ser una buena mujer, es necesario realizar progresos, porque las aguas estancadas tarde o temprano, igual que el aire estancado, se corrompen y no son aptos para el uso”.

“Y recordaremos que la enfermera debe de ser una persona de la que se puede uno fiar, capaz de ser “enfermera de confianza”, Ella no... puede ser chismosa, ni ligera charlatana; no debo de decir que ella debe de ser estrictamente moderada y honesta, pero, más que esto, debe ser una mujer religiosa y devota; ha de respetar su propia vocación...; debe ser una minuciosa fiel y rápida observadora y ha de ser una mujer de buenos modales y delicados sentimientos”.

“Estoy muy lejos de desear que las enfermeras fregoteen. Es un despilfarro de potencial. Pero afirmo que estas mujeres poseen la verdadera vocación de enfermería...”

Solía llamar a los médicos “hombres médicos”.

“A una cosa no la hace ser buena el que esté claro que una mujer sea capaz de hacerlo. Como tampoco la hace ser mala, siendo normalmente hecha por un hombre, la haga una mujer.”

“Yo pediría ansiosamente a mis hermanas que se abstuvieran de usar las jergas habituales, hoy en día, en todas parte (ya que ellas son igualmente proclives a ellas); de las reglas, digamos, sobre los “derechos” de las mujeres, que urgen a las mujeres a hacer todo lo que hacen los hombres, incluyendo la profesión médica y otras profesiones, simplemente porque los hombres se dedican a ellas, sin tener en cuenta qué es lo que mejor pueden hacer las mujeres;...”

“...desde el principio Florence ya tenía las ideas muy claras sobre el uso de los hospitales, y lo demostró en su segundo informe bimestral remitido al Ladies´Committee de Upper Harley Street”.

“Era especialmente eficaz dirigiendo a hombres con autoridad y sutileza en una época en la que raramente se escuchaba a las mujeres”. (Tooley. 1910).

“Yo he tenido más responsabilidades sobre las vidas humanas de las que ningún hombre o mujer hayan tenido antes. Y yo atribuyo mi éxito a lo siguiente: yo nunca di o acepté una excusa. Si ahora veo la diferencia entre otros hombres y yo. Cuando ocurre un desastre, yo actúo y ellos buscan excusas”.

“La llamada de las enfermeras es una noble llamada, pero depende de vosotras, enfermeras, el hacerla noble.

Nunca me he sentido inclinada a decir “resígnate”, sino a decir “vence”.

Debemos luchar por lo que podemos hacer mejor y por lo que es más atractivo y entonces encontraremos nuestro deber.

Atrévete a alzar tu sola”.

“Yo diría a todas las jóvenes que se sientan llamadas por cualquier vocación en particular que se cualifiquen para ello del mismo modo que lo hacen los hombres.

Tres cuartos de los problemas que aparecen en la vida de las mujeres surgen de su insistencia en escaparse de las reglas del entrenamiento consideradas necesarias para los hombres”.

“Tú no quieres que el efecto de tus buenas acciones sea “qué estupendo para ser mujer!” ni deberías apartarte de las cosas después de oír decir “sí, pero ella no tendría que haber hecho eso, porque no es adecuado para una mujer”. Más bien, deberías querer realizar algo bueno sea o no “adecuado para una mujer”.

“Toda la reforma de la enfermería tanto en casa como en el extranjero ha consistido en lo siguiente: retirar el poder sobre las enfermeras de las manos de los hombres y ponerlo en las manos de una mujer entrenada que esté al mando, haciéndola responsable de todo lo que se lleva a cabo”.

DISCUSIÓN:

Si reflexionamos sobre los apuntes recogidos de los textos tomando como base el feminismo de la diferencia y, caminamos a la par con las notas extraídas de la bibliografía de Florence Nightingale (F.N.); se puede apostar porque, efectivamente, F.N. propone el afianzar la diferencia de géneros en el contexto de los profesionales de la salud.

En sus anotaciones, se refiere a los médicos como “los hombres”, adjudicándoles una profesión y unas tareas específicas. Por otro lado, habla siempre de la enfermería en términos femeninos y atribuye este rol a la mujer.

El objetivo de F.N. es crear un mundo dentro de la sociedad reservado a la mujer (contracultura femenina a la hegemonía del hombre en la medicina). Para dar rigor a esta contracultura exalta los valores femeninos de la época como valores imprescindibles para el desarrollo de la enfermería profesional: obediencia, observación, vocación, aptitud de servicio, discreción...

De esta manera, plantea el nacimiento de una nueva figura dentro de la asistencia sanitaria a la cual tenga sólo acceso la mujer y que permita a la mujer adquirir cierta igualdad de nivel aunque no de roles con el hombre.

A través de la diferencia es desde donde F.N. propone crear un sujeto profesional políticamente capaz de hacer pactos, para codearse con el cuerpo médico representado por los hombres y, de este modo cuestionar el modelo hegemónico. Si aplicamos las figuras claves del feminismo de la diferencia a las aportaciones de F.N., veremos que podemos encontrar en su discurso una aplicación a cada uno de estos supuestos.

Figuras clave para el feminismo de la diferencia:

- **Genealogía materna:** consiste en tener conciencia de que hay una genealogía de mujeres detrás de cada mujer. En el caso de la profesionalización de la enfermería, F.N. se apoya en la tradicional figura de la mujer como cuidadora, en la función reproductora de la mujer. El cuidado asociado a la naturaleza femenina que responde según Sherry Ortner a la mayor proximidad de la mujer a la naturaleza por la capacidad biológica de crear vida y a la psique femenina.
- **Offidamiento:** relación política privilegiada y vinculante entre dos mujeres o relación social que da lugar a un proyecto político. Una mujer, como mujer, entra en relación de offidamiento con otra mujer en la medida en

que reconoce en ella la autoridad. F.N. enseña (ejerce de maestra) y dirige y controla (ejerce de supervisora) a su grupo de enfermeras. Establece una relación de autoridad con las enfermeras sin permitir que esta autoridad la ejerza un hombre.

- **Autoridad femenina:** consiste en reconocer a otras mujeres como mediadoras de la realidad. La autoridad femenina no es una réplica de la autoridad tradicional en tanto que ni tiene, ni busca poder dentro del orden patriarcal. Con respecto a este punto, la situación de F.N. difiere sensiblemente. Ella se codea con los hombres médicos como autoridad máxima de las mujeres enfermeras. De alguna manera busca y adquiere un poder dentro del orden patriarcal. Podría decirse que F.N., llegado este punto, ha sufrido cierto proceso de masculinización.

F.N. atribuye simbólicamente a la figura de la mujer enfermera valores profundamente aceptados y considerados por la sociedad. Busca aquellos aspectos de lo femenino más valorados para hacer de la figura de la enfermera un símbolo de referencia.

Al mismo tiempo, refuerza la dicotomía hombre - mujer / médico - enfermera atribuyendo cualidades al hombre médico que se contraponen a los atributos de una buena mujer y una buena enfermera.

Atribuye el rol de médico al hombre y el rol de enfermera a la mujer. No apoya la formación de la mujer en la ciencia médica y, ni se plantea la formación enfermera de hombres.

En este sentido se busca una igualdad con el hombre médico pero no una igualdad al hombre médico. Es decir, la mujer crea su mundo paralelo al del hombre pero sin convertirse en una réplica del hombre sino reforzando su identidad femenina.

A pesar de insistir en el intento de encontrar semejanzas entre F.N. y la profesionalización de la enfermería y el feminismo de la diferencia; hay algunos aspectos de esta relación que no los encuentro claros y que a continuación intentaré exponer.

A lo largo de su aportación bibliográfica, F.N. hace en numerosas ocasiones apología por la igualdad al hombre. Anima a la mujer a que estudie, al igual que lo hace el hombre, aquello que quiera y

que se esfuerce por hacerlo. Por otra parte, en ocasiones hace referencia a que no debe considerarse malo que una mujer haga una actividad que corresponde al hombre tradicionalmente. Defiende que las cosas hay que hacerlas en la medida en que las consideremos correctas y necesarias y no por el hecho de que sean adecuadas o no para una mujer. Anima a la mujer enfermera a luchar por lo que cree, a no resignarse, a alzarse y crecer.

F.N. tenía fuertes opiniones sobre los derechos de las mujeres. En su libro "Sugerencias para pensar para legisladores de las verdades religiosas" (1859), argumentó fuertemente para que se eliminaran las restricciones que prevenían a las mujeres de tener carreras.

Así mismo, retomando el tema de la masculinización, se puede pensar que F.N. llega a donde llega a través de un proceso de masculinización, que, en parte se le ha puesto al alcance gracias a su condición familiar acomodada. Ella ha tenido la posibilidad de estudiar y viajar para aprender y conocer nuevas tendencias. Esta ventaja económica y educativa, así como su ímpetu y afán de superación y de aprendizaje, le han permitido acceder a cosas que estaban vetadas para la mujer y que sólo estaban al alcance del hombre.

F.N. hace y comparte acciones y funciones tradicionalmente de hombres y, sin embargo, luego feminiza la enfermería para darle rigor. ¿Cómo se puede entender este proceso?



Desde la antropología, se entiende que la cultura es un recurso más que se nos ofrece para adaptarnos a las situaciones que vivimos. En este sentido, me inclino a pensar que en el contexto victoriano en el que vive F.N. (donde la mujer está relegada al plano doméstico y privado, donde la mujer no tiene acceso a la educación y, donde la función de la mujer es meramente el mantenimiento de la reproducción familiar) la única manera de conseguir sus objetivos con respecto a la enfermería era potenciar los valores femeninos. Esta opción seguramente causaría menor rechazo que una mínima cisura de los mismos. Ella juega con los valores, creencias, costumbres, formas de hacer... de su sociedad contemporánea para meter una cuña dentro del repertorio hegemónico masculino.

Llegado este momento de la reflexión, empiezo a plantearme si los principios del feminismo de la igualdad no estarían en la base de todo el constructo que hace F.N. para la creación de la enfermería profesional. Me cuestiono si es tan clara la dicotomía entre el feminismo de la diferencia y el feminismo de la igualdad, o si es posible que puedan coexistir en un mismo proyecto.

Creo que en el caso que nos ocupa, se podría interpretar que F.N. luchaba por la igualdad de la mujer al hombre en cuanto al acceso a la educación, el acceso a un trabajo digno y remunerado, al derecho a ejercer el voto...en definitiva, a la ciudadanía. Sin embargo, al centrarse en un contexto más específico como es el campo de la sanidad donde se encontraba con una doble oposición, la de la sociedad en sí y la del colectivo de hombres médicos que ejercía un gran poder, tubo que cambiar de estrategia. La estrategia fue apostar por la diferencia.

Las críticas realizadas sobre F.N. y el proceso de profesionalización de la enfermería acerca del legado de prejuicios de género deberían de replantearse porque están, desde un punto de vista antropológico, descontextualizadas. Cuando hacemos un análisis de un fenómeno, no debemos aislarlo de su contexto. Es cierto que la herencia histórica marca y forma parte de nuestra cultura de cuidados, pero eso no quiere decir que debamos atribuir de forma aislada los problemas de género intrínsecos a nuestra profesión a las aportaciones de F.N.. Mucho tiempo ha pasado desde entonces y muchas otras circunstancias sociopolíticas han condicionado a la

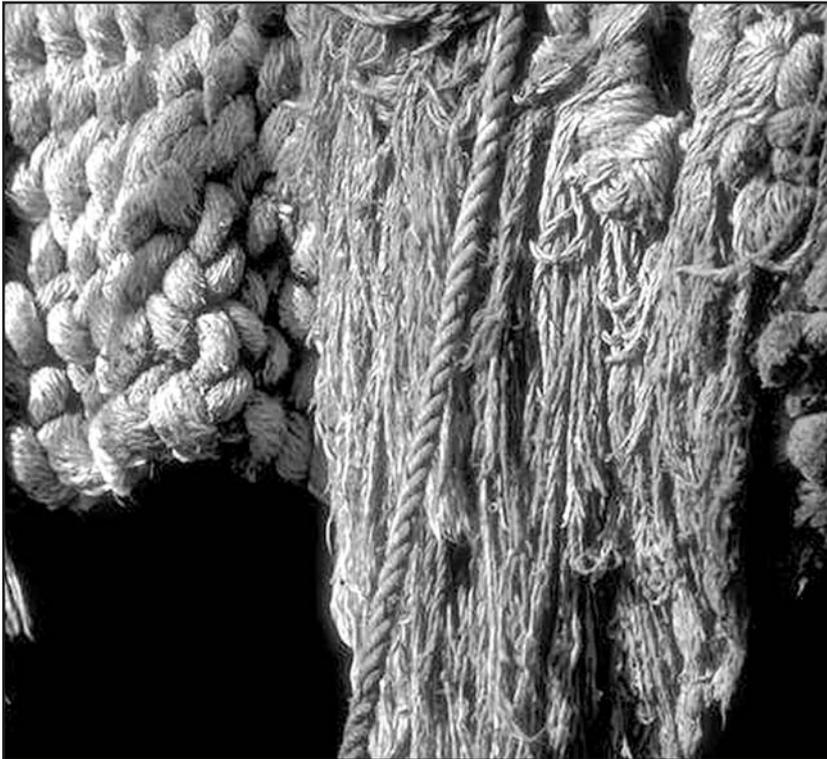
enfermería desde la cuestión de género. Lo que es claro, es que F.N. luchó por dar identidad propia, legitimizar dando un fundamento científico y atribuir un corpus teórico propio a la enfermería. La estrategia que utilizó para conseguirlo puede parecer más o menos correcta pero, si la contextualizamos en aquel momento sociopolítico y cultural es entendible incluso admirable.

BIBLIOGRAFÍA:

- ALBERDI CASTELL, R. (Diciembre98/ Enero 99). La influencia del género en la evolución de la profesión enfermera en España. *Metas de Enfermería*. N.11. (20-26).
- ATTEWELL, A. (1998). Florence Nightingale. Perspectivas: revista trimestral de educación comparada (París. UNESCO: Oficina Internacional de Educación), vol. XXVIII, n° 1, págs. 173-189.
- CANALS J. La imagen femenina de la enfermería. Condicionantes socioculturales de la profesión del cuidar. *Revista Rol de Enfermería*. N. 172. (29-32).
- CLAY, T. (1987). *Nurses, power and politics*. Heinemann Nursing. London.
- COMELLES, J. M. Curar y Cuidar. Bases para una historia antropológica de la enfermería hospitalaria. *Rev. Rol de Enfermería*. N.172. (35-41).
- DE MIGUEL, A. Los feminismos a través de la historia. *Feminismo de la diferencia y últimas tenencias*. <http://www.nodo50.org/mujeres> red
- G. LUNA, L. De la emancipación a la insubordinación, de la igualdad a la diferencia. <http://www.nodo50.org/mujeres> red
- H. POLEO, A. En torno a la polémica igualdad/ diferencia. <http://www.nodo50.org/mujeres> red
- HOLDEN, P. AND LITTLEWOOD, J. *Anthropology and Nursing*. Ed. Routledge.
- J. EVANS, R. (1997). *Las feministas. Los movimientos de la mujer en Europa, América y Australia.1840-1920*. Ed. Siglo XXI. España.
- L. MOORE, H. (1996). *Antropología y feminismo*. Ed. Cátedra. Madrid.
- LILLO CRESPO M. (2002). Antropología, género y enfermería contemporánea. *Revista Rol de Enfermería*. 25 (12): 856-862.
- NIGHTINGALE, F.(1993). *Notas sobre enfermería. Qué es y qué no es*. Ed. Masson. España.
- POSADA, A. (1994). *Feminismo*. Ed. Cátedra. Madrid.
- ROCA I CAPARÁ, N. Las relaciones de género en el cuidado de enfermería. *Enfermería Clínica*, Vol.6, Núm. 4. (30-36).
- SILES GONZÁLEZ, J. (1999). *Historia de la Enfermería*. Colegio Oficial de Enfermería de Alicante. Editorial Aguaclara.

- SILES GONZÁLEZ, J. Antropología narrativa de los cuidados. Por una rentabilización pedagógica de los materiales narrativos. Una aportación desde la antropología narrativa y la fenomenología. Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana.

- T. ULRICO, B. (1996). Liderazgo y dirección según Florence Nightingale. Ed. Masson. España.
- ZOPICO F. A. (1993). ¿Misoginia en el mundo de la enfermería? Una mirada histórica. Rev Rol de Enfermería. 26 (2): 104-114.



REPERCUSIONES DE LA DIABETES MELLITUS EN LA SEXUALIDAD DE LOS USUARIOS VARONES ADSCRITOS AL CONSULTORIO VIOLETA PARRA DE CHILLÁN, CHILE, 2003.

Ximena Isla Lund

Licenciada en Enfermería. Magíster Enf. Médico Quirúrgico

María José Aguilera Meriño*, Paula Arancibia Castro*, Carolina Barriga Jungjohann*, Nelly Gálvez Chávez*



REPERCUSSION OF DIABETES MELLITUS IN THE SEXUALITY OF MALE PATIENTS REGULAR ATTENDANTS TO 'VIOLETA PARRA' DOCTOR'S OFFICE IN CHILLAN, CHILE. 2003

ABSTRACT

Descriptive, retrospective and cross-sectional study, whose aim was discovering to what extent could Diabetes Mellitus affect the sexuality of males. They were regular patients/clients of the Urban General 'Violeta Parra' Doctor's Office in Chillan, Chile.

The instrument used was a survey, adapted by the authors themselves, including a scale to measure the repercussion of Diabetes Mellitus in the sexuality of males, and a sub-scale of 'couple relationship', both questionnaires validated by doctors Eduardo Pino and Elena Sepúlveda. In addition,

the Morris Rosenberg's Self-esteem Scale, modified by the researchers themselves, was also used.

A sample of 100 males selected at simple random was taken, bearing in mind a criterium for exclusion of a universe of 391 male clients/patients from the Urban General 'Violeta Parra' Doctor's Office of Chillan.

The study was based on theoretical and empirical backgrounds demonstrating Diabetes Mellitus produces Sexual Erectile Dysfunction (SED) as a direct consequence of vascular changes and most of the times of neuro-pathic causes.

To emphasize the validity of this investigation, data including personal, psycho-social and sexual history were gathered from the patients.

The results demonstrated that only 3% of the 'Violeta Parra' clients/patients presented a significant repercussion of the Diabetes Mellitus in their sexuality. Nevertheless, one of the questions of this scale reflected that 75% of patients recognized that Diabetes Mellitus was the cause of their SED.

It should be underlined here that 68% of the sample conveys to have a sexual erectile disorder, therefore the study demonstrated that Diabetes Mellitus has certain repercussion in the sexuality of males appointed to the Doctor's Office in Chillan.

KEY WORDS: Diabetes Mellitus, Sexuality, Males.

RESUMEN

Estudio de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal, cuyo objetivo fue conocer las repercusiones de la Diabetes Mellitus en la sexualidad de los usuarios varones adscritos al

Consultorio General Urbano Violeta Parra de Chillán, Chile .

El instrumento utilizado fue una Encuesta, adaptada por las autoras, que incluyó una Escala para medir la “Repercusión de la Diabetes Mellitus en la sexualidad de los usuarios” y una Sub-escala de “relación de pareja”, ambas tomadas de cuestionarios validados por los médicos Dr. Eduardo Pino y Dra. Elena Sepúlveda. Además, se utilizó la Escala de Autoestima de Morris Rosenberg, modificada por las investigadoras.

Se tomó una muestra de 100 usuarios varones elegidos en forma aleatoria simple, considerando criterios de exclusión de un universo de 391 usuarios varones adscritos al Consultorio General Urbano Violeta Parra de Chillán.

El estudio realizado se basó en los antecedentes teóricos y empíricos que demuestran que la Diabetes Mellitus produce Disfunción Sexual Eréctil (DSE) como consecuencia directa de alteraciones vasculares y con mayor frecuencia, de causa neuropática.

Cabe destacar que para darle validez a esta investigación, se obtuvieron datos que abarcan historia personal, psicosocial y sexual del usuario.

Los resultados demostraron que sólo un 3% de los usuarios presentó significativamente repercusión de la Diabetes Mellitus en su sexualidad. Sin embargo, una de las preguntas de esta escala (N° 26), reflejó que el 75% de los encuestados reconoció que la Diabetes Mellitus era la causa de su DSE.

Llama la atención que el 68% declara tener un trastorno sexual eréctil; por lo tanto, el estudio demostró que la Diabetes Mellitus tiene repercusión en la sexualidad de los usuarios varones adscritos al Consultorio General Urbano Violeta Parra de Chillán.

PALABRAS CLAVES: Diabetes Mellitus, Sexualidad, Varones.

INTRODUCCIÓN:

“La relación sexual es la unión tan profundamente natural que se establece la más íntima y misteriosa comunicación humana y que no puede ser anulada impunemente”.

La sexualidad se ha convertido hoy en uno de los temas más enigmáticos y conflictivos para los investigadores del comportamiento humano, dado que recién en los últimos años se le está dando la importancia que merece. Si bien lo sexual representa patologías que no provocan mortalidad directamente a quienes las padecen y pueden en un momento dado ocultarse en el medio social, producen daños físicos y psíquicos incommensurables al individuo como tal, a la pareja, a la familia y a la sociedad.

Su prevalencia en la población general es realmente alarmante, y no hay persona que en algún momento de su vida no haya padecido alguna disfunción sexual, sea esta total, parcial, circunstancial, crónica, etc., más aún cuando la expectativa de vida del chileno medio de hoy y de otros países latinoamericanos sobrepasa los 75 años, se hace más evidente la aparición de algunos de estos problemas, especialmente la Disfunción Sexual Eréctil (DSE) o impotencia.

“El sexo en el hombre se manifiesta como una conducta instintiva y global, en la que como en ninguna otra función del organismo están íntimamente ligados lo psicológico y lo biológico”.

La mayor potencialidad erectiva y sexual la tiene el hombre entre los 18 y los 20 años de edad, y desde ese mismo momento comienza a envejecer sexualmente pero, en forma imperceptible, por lo que las disfunciones sexuales pueden encontrarse incluso en la adolescencia, en donde recién se inicia el período de la madurez sexual, que se completa cuando se desea a la persona amada. Ésta última fase es muy clara y típica en la mujer; sin embargo, en el hombre, ésta última sólo se alcanza en la madurez de la vida.

El hombre entre los 20 y 30 años esta viviendo una vida plena en el que el desarrollo físico ha llegado a su máxima expresión; también su potencialidad. Tiene erecciones espontáneas e instantáneas, incluso se estimula sólo con el pensamiento. Su éxito se basa en la cantidad y no en la calidad de sus encuentros sexuales.

Ya después de los 30 a 40 años quedan atrás las cúspides biológicas de los 18 años y raramente el hombre puede gozar de un orgasmo múltiple.

Mejora la vida sexual en cuanto a calidad, y la seguridad interior se ve aumentada notablemente, pero comienza a ser muy sensible a los problemas cotidianos a que se ve sometida la pareja, lo que hace inevitable que el hombre, la mujer o ambos padezcan de algún problema en el área sexual.

De los 40 a los 55 años es común encontrar un cuadro clínico llamado “la crisis del hombre maduro”, una patología conductual caracterizada por presentar insomnio, consumo excesivo de alcohol, problemas conyugales, insatisfacción laboral, temor a las enfermedades y a la muerte, mayor incidencia de infartos al miocardio y la temida DSE. Aparecen con mayor frecuencia enfermedades como Diabetes Mellitus (DM), úlcera gastroduodenal, hiperlipidemias, hipercolesterolemias, hipertensión arterial, etc.

En cuanto a la tercera edad (60 años y más), que corresponde al 9.8 % de la población chilena, son personas vigentes y autovalentes en su mayoría y deseosas de seguir integradas a la sociedad, sin embargo, a mucha gente se le hace difícil pensar que los hombres y las mujeres de edad avanzada tengan todavía sentimientos, necesidades y relaciones de tipo sexual.

La DM constituye un problema de alta prevalencia en nuestro país; en el año 2025, más del 18% de los chilenos será mayor de 60 años y puede esperarse que al menos el 15 % de éstos será diabético, y otro 35% tendrá intolerancia a la glucosa. Con estos datos es fácil pensar que un alto porcentaje de éstos pacientes tendrá una DSE asociada a esta patología. De hecho, a muchas personas se les ha diagnosticado DM cuando han consultado por una alteración en su función sexual.

Hay circunstancias que pueden modificar la actitud del hombre ante el sexo, de índole psicológica; como miedos, angustia, rechazo hacia la diabetes, falsas creencias, inseguridad, etc., por lo que además, suele crear problemas de relación no sexual con su familia, con otras personas, en el trabajo, etc. También pueden acontecer ciertos casos de problemas físicos, generalmente asociados a la edad, larga evolución de la DM y mal control de ésta, con la aparición de complicaciones crónicas que pueden dificultar la relación sexual.

Considerando estos aspectos, y que además existen muy pocas investigaciones, hemos decidi-

do realizar el siguiente estudio sobre las repercusiones de la Diabetes Mellitus en la sexualidad de los usuarios varones.

MATERIALES Y METODOS:

El presente estudio es de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo, realizado en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 1 y Tipo 2 adscritos al Consultorio General Urbano Violeta Parra de Chillán, seleccionado por tener la mayor cantidad de población inscrita y depender del Servicio de Salud Ñuble.

Para realizar esta investigación, fue necesaria la revisión de fichas y tarjetones de los usuarios. Las fichas fueron revisadas en su totalidad, determinándose el universo mediante los criterios de exclusión.

Los datos obtenidos, tanto de la ficha como del tarjetón fueron: nombre, edad, número de ficha clínica, dirección, estado civil, asistencia regular a los controles de salud, peso, talla, glicemia del último control, colesterol total, triglicéridos y complicaciones detectadas en el control habitual.

Posteriormente, las direcciones fueron sectorizadas para facilitar, a las autoras, la aplicación de la encuesta en domicilio.

1. POBLACIÓN ESTUDIADA

1.1 UNIVERSO:

El universo estuvo constituido por 391 usuarios varones diabéticos tipo 1 y 2, de 20 años y más, en control en el Consultorio General Urbano Violeta Parra de Chillán (CVP).

1.2 MUESTRA:

La muestra se determinó mediante muestreo aleatorio simple y quedó constituida por 160 usuarios diabéticos varones, residentes en el área urbana de Chillán, en control regular, con pareja estable; de los cuales sólo 100 usuarios fueron partícipes de la investigación, ya que el resto, al momento de la aplicación de la encuesta, presentaban limitantes como: separación o viudez reciente, cambio de domicilio y negación a participar del estudio. Por lo tanto, la muestra quedó constituida por el 25,58 % del universo, con un poder estadístico del 85% y un nivel de seguridad del 90%.

1.3 UNIDAD DE ANÁLISIS:

Usuario varón con Diabetes Mellitus tipo 1 y tipo 2, de 20 años y más, en control regular en el Consultorio General Urbano Violeta Parra de Chillán.

1.4 REQUISITOS PARA INTEGRAR LA MUESTRA

- Tener un control de glicemia en los últimos 3 meses.
- Tener 20 o más años (sin límite de edad).
- Pertenecer a la zona urbana de Chillán.
- Tener pareja estable.
- Asistir regularmente a los controles de salud, con un mínimo de 3 controles anuales.

1.5 CAUSAS DE EXCLUSIÓN:

- Cambio de domicilio o domicilio inexistente.
- No tener pareja estable.
- No querer participar del estudio.

2. DESCRIPCIÓN ESCALAS UTILIZADAS:

- Escala de Repercusión de la Diabetes Mellitus en la Sexualidad:

Escala adaptada por las autoras que pretende describir el nivel de repercusión de la Diabetes Mellitus en la Sexualidad, entendiéndose ésta como parte del ser humano en su dimensión individual y de pareja. Esta escala consta de 10 preguntas. Las primeras 5 preguntas corresponden a la Sub-escala de Relación de Pareja, continuando con las preguntas que completan la Escala de Repercusión de la Diabetes Mellitus en la Sexualidad. Estas preguntas incluyen el deterioro de la relación de pareja, el concepto de impotencia, la satisfacción con la capacidad sexual, las erecciones y la sensación subjetiva del usuario ante la repercusión de la Diabetes Mellitus en su sexualidad. A esta escala se le asignó un máximo de 21 puntos con la “máxima repercusión” y un mínimo de 0 puntos con “nula repercusión”. Para determinar los rangos de puntuación se utilizó la escala académica.

- Sub-escala de Relación de Pareja:

Esta sub-escala consta de 5 preguntas que deben ser contestadas por ambos miembros de la pareja en forma individual, e incluye interrogantes

acerca de la comunicación de pareja, el amor y las relaciones sexuales. A esta sub-escala se le asignó un máximo de 11 y un mínimo de 0 puntos, considerándose una “mala relación” con 6 o menos puntos y una “buena relación de pareja” entre 7 y 11 puntos. Para clasificar estos puntajes, se utilizó la escala académica y se asignó puntaje separado al hombre y a la mujer. Para unir las discrepancias que se encontraron entre ambos miembros de la pareja, se recurrió al cálculo de un promedio, considerándose la respuesta de la mujer como control. Así se obtuvo una sola clasificación para la pareja.

- Escala de Autoestima de Morris Rosenberg (1975):

Para clasificar la “autoestima del usuario” se utilizó la escala tipo Likert de Morris Rosenberg, que fue modificada por las autoras para el mejor entendimiento de los encuestados. Esta escala consta de 10 afirmaciones en sentido horizontal con 4 opciones para escoger frente a cada una de las preguntas, que permiten determinar cuál es la percepción que tiene el individuo sobre si mismo. El encuestado debió escoger una de las siguientes opciones: Siempre, La mayoría de las veces, Rara vez y Nunca

Esta escala posee un puntaje máximo de 30 puntos.

3. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS:

En el análisis de datos, el instrumento fue codificado y tabulado en el programa Excel, que permitió organizar la información en secuencias binarias asignando valores de “0” y “1” a las respuestas dadas por los encuestados.

Posteriormente, se cruzó la variable Dependiente con todas las variables Independientes y se calculó el Coeficiente de Correlación Lineal r de Pearson,

para darle significado estadístico. A continuación se describe la interpretación de este coeficiente:

- Si $0 < r < 0.5$, entonces existe una relación Débil entre ambas variables.

- Si $0.5 < r < 0.8$, entonces existe una relación Mediana entre ambas variables.

- Si $0.8 < r < 1$, entonces existe una Fuerte relación entre ambas variables.

Cabe destacar que la utilización de este análisis estadístico, no representa el resultado obtenido por frecuencia.

ANÁLISIS DE DATOS:

GRÁFICO N°1: “REPERCUSIÓN DE LA DIABETES MELLITUS EN LA SEXUALIDAD”

Los resultados obtenidos revelan que el 26% presenta algún grado de repercusión de la Diabetes Mellitus en su sexualidad, mientras que en el 74% restante, se observa una repercusión más leve. Cabe destacar que si se considerara sólo la presencia de Disfunción Eréctil, este porcentaje aumentaría significativamente.

GRÁFICO N° 2: “REPERCUSIÓN DE LA DIABETES MELLITUS EN LA SEXUALIDAD, PERCIBIDA POR EL USUARIO”

Es importante destacar que el 75% de la población reconoce que la Diabetes Mellitus ha afectado en su sexualidad, contraponiéndose a los resultados obtenidos en la "Escala de Repercusión de la Diabetes Mellitus en la Sexualidad".

GRÁFICO N° 3: “CONSULTA POR PROBLEMAS SEXUALES”

Pese a que el 75% de la población reconoce que la DM ha repercutido en su sexualidad sólo un 17% ha consultado por este problema.

GRÁFICO N° 4: “FORMAS DE REPERCUSIÓN DE LA DIABETES MELLITUS EN LA SEXUALIDAD DEL USUARIO”

De todas las formas de repercusión de la Diabetes Mellitus en la sexualidad de los usuarios, la Impotencia ocupa el primer lugar con un 85.3%, seguida de la Disminución de la Libido.

GRÁFICO N° 5: “PERCEPCIÓN DE ERECCIÓN SEGÚN EL USUARIO”

Como se puede observar, sólo un 32% de la población encuestada presenta Rigidez Completa; mientras que el 68% restante refiere presentar algún trastorno sexual. Dentro de ellos, la DSE ocupa el 60%.

GRÁFICO N° 6: “SATISFACCIÓN DE LA CAPACIDAD SEXUAL, PERCIBIDA POR EL USUARIO”

El Gráfico adjunto muestra el Nivel de

Satisfacción Sexual que posee el usuario, encontrándose porcentajes similares entre los que se encuentran satisfechos y los que no.

GRÁFICO N° 7: “MANIFESTACIONES SEXUALES EN LA RELACIÓN DE PAREJA”

Llama la atención las discrepancias que se observan entre ambos miembros de la pareja respecto de las manifestaciones sexuales que incluyen en su relación.

Por ejemplo: un alto porcentaje de los varones conserva el deseo (libido), mientras que en las mujeres, éste es menor. En lo que se refiere a orgasmos, el porcentaje de las mujeres es menor.

GRÁFICO N° 8: “SATISFACCIÓN DE LA RELACIÓN SEXUAL, PERCIBIDA POR AMBOS MIEMBROS”

Aquí se muestra que un 69% de los hombres considera que sus parejas están satisfechas con la relación sexual; mientras que un 40% de las mujeres considera que los hombres no lo están.

GRÁFICO N° 9: “NECESIDAD DE INCLUIR EDUCACION SEXUAL EN EL CONTROL SALUD”

El 95% de los usuarios considera que es necesario incluir la educación sexual en el control de salud mientras que sólo el 5% restante piensa que no lo es.

CONCLUSIONES:

- Un 75% reconoce que la Diabetes Mellitus (DM) ha repercutido en su sexualidad a pesar de los bajos porcentajes obtenidos en la aplicación de la escala.

- La disfunción sexual eréctil resultó ser la manifestación más importante (85,3%), superando las otras complicaciones más frecuentes de DM.

Se concluye entonces que es necesario tratar los trastornos sexuales en el Control de Salud habitual del usuario diabético, ya que la DSE representa una patología de alta incidencia entre la población encuestada.

- El 95% de los encuestados manifestó la necesidad de incluir la Educación Sexual en el Control de Salud. Esto serviría como una “Estrategia Preventiva” acorde con las políticas actuales de énfasis en la promoción de la salud.

Teniendo en cuenta este alto porcentaje, se concluye que la educación resultaría una estrategia preventiva adecuada para estos usuarios, acorde con las políticas actuales de énfasis en la promoción de la salud.

• Referente al Control Metabólico, se encontró que el 58% de la muestra presentaba valores de Glicemia elevados. De este resultado, podemos inferir el alto riesgo que tiene la población de presentar una DSE, ya que la hiperglicemia mantenida provoca daño vascular y neuropático determinante en la aparición de un trastorno sexual. Además, este dato concuerda con el alto porcentaje de los usuarios que perciben la presencia de una DSE provocada por Diabetes.

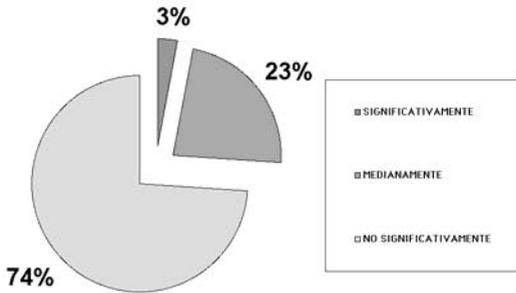


GRÁFICO N°1: “REPERCUSIÓN DE LA DIABETES MELLITUS EN LA SEXUALIDAD”
FUENTE: PROCESAMIENTO DE DATOS “REPERCUSIONES DE LA DIABETES MELLITUS EN LA SEXUALIDAD DE USUARIOS VARONES ADSCRITOS AL CONSULTORIO GENERAL URBANO VIOLETA PARRA DE CHILLAN”

GRÁFICO N° 2: “REPERCUSIÓN DE LA DIABETES MELLITUS EN LA SEXUALIDAD, PERCIBIDA POR EL USUARIO”

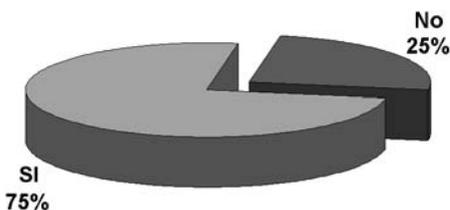


GRÁFICO N° 3: “CONSULTA POR PROBLEMAS SEXUALES”



GRÁFICO N° 4: “FORMAS DE REPERCUSIÓN DE LA DIABETES MELLITUS EN LA SEXUALIDAD DEL USUARIO”

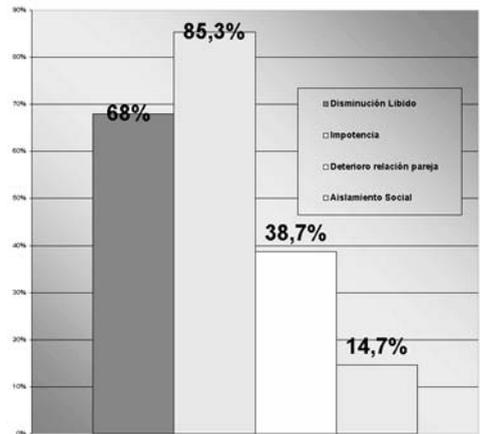


GRÁFICO N° 5: “PERCEPCIÓN DE ERECCIÓN SEGÚN EL USUARIO”

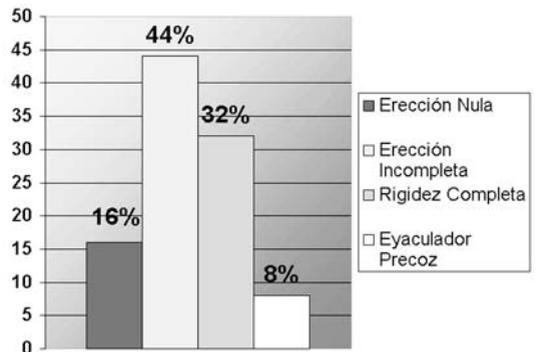


GRÁFICO N° 6: “SATISFACCIÓN DE LA CAPACIDAD SEXUAL, PERCIBIDA POR EL USUARIO”

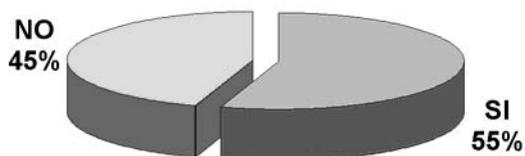


GRÁFICO N° 7: “MANIFESTACIONES SEXUALES EN LA RELACIÓN DE PAREJA”
FUENTE: IDEM GRÁFICO N°1

GRÁFICO N° 8: “SATISFACCIÓN DE LA RELACIÓN SEXUAL, PERCIBIDA POR AMBOS MIEMBROS”

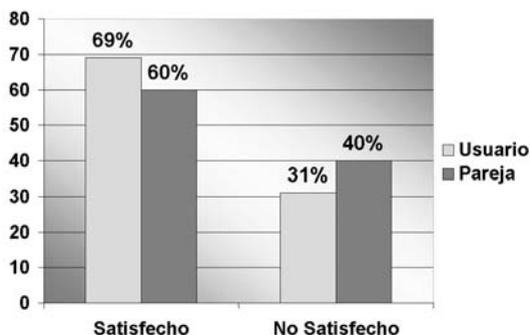
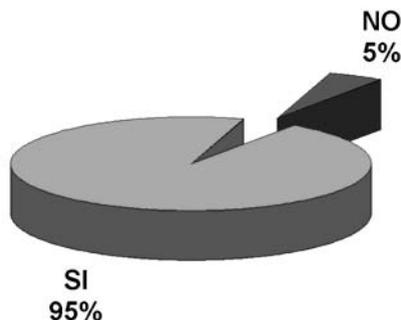


GRÁFICO N° 9: “NECESIDAD DE INCLUIR EDUCACIÓN SEXUAL EN EL CONTROL SALUD”



FUENTE: TODOS IDEM GRÁFICO N°1

COMENTARIOS

Este estudio demuestra la necesidad que manifiesta el usuario de incluir el tema de la sexualidad dentro de los Controles de Salud como parte integral de su tratamiento.

- Creemos que los profesionales de la salud son quienes deben abordar el tema de la sexualidad, despertando en el usuario la confianza suficiente de preguntar y aclarar sus dudas respecto a los problemas sexuales que lo agobian.

- Consideramos que si el usuario tuviera conocimiento de la Repercusión de la Diabetes Mellitus en su Sexualidad, mejoraría notablemente el cumplimiento de las medidas farmacológicas y no farmacológicas destinadas a mantener niveles compensados de glicemia y de esta forma evitar la aparición de DSE.

- Si se toma en cuenta al usuario con DSE en un contexto de relación de pareja, observamos que el problema trasciende al individuo, poniendo en riesgo a esta pareja como parte fundamental de la familia, considerada el núcleo básico de la sociedad.

BIBLIOGRAFÍA:

- ALARCÓN SANHUEZA, S. (1988) Tesis: "Capacidad de Autocuidado de los Pacientes Diabéticos del Programa de Especialidades del Consultorio N°2 de Chillán. Concepción, Chile.
- BARTOL, T., (2002) Muestre a su Paciente Diabético como Autocuidarse. Nursing. 20(7), 15-17p., Agosto-Septiembre.
- BRAUNWALD, E. FAUCI A., KASPER D., HAUSER S., LONGO, D., JAMISON J.L., HARRISON: (2002) Principios de Medicina Interna. 15ª Edición, Volumen II, McGraw-Hill Interamericana Editores S.A.
- COPERÍAS, E M. (1997) Disfunciones Sexuales Masculinas. Revista Muy Interesante. Santiago, Chile, 120, 16-22 p., Julio.
- CHANDÍA, M., DONOSO, K., PINO, P. (2001) Tesis: "Capacidad de Autocuidado de los Diabéticos Adultos Varones No Insulino Dependientes Adscritos al Consultorio Violeta Parra de Chillán". Chillán.
- DICCIONARIO MOSBY, (2000) Medicina, Enfermería y Ciencias de la salud. 5ª Edición, Ediciones Hartcourt S.A.
- DICCIONARIO, (1995) Sinónimos y Antónimos. 6ª Edición, Editorial Zig-Zag, Marzo.
- FLORES COLOMBINO, A. (1998) La Sexualidad del Adulto Mayor. Editorial Lumen-Hvmanitas.
- GANONG, WILLIAM F. (2000) Fisiología Médica. 17ª Edición, Editorial El Manual Moderno.

- GARCÍA DE LOS RÍOS, M Y COLS. (1992) Diabetes Mellitus. Manuel García Editor, Santiago- Chile. 17-39, 223-233, 284-290 p.
- GARCÍA DE MAYA, L., SÁNCHEZ, I., (1996) Sexualidad y Educación. Abriendo Caminos. Cooperativa Editorial Magisterio, Chile, 52-53, 58-61p.
- GARCÍA FERNÁNDEZ, J L. (1990) "Guía Práctica de Información Sexual para el Educador". 1ª Reimpresión. Enero .
- GREEN, R, (1981) Sexualidad Humana. 2ª Edición, Editorial Interamericana, México, 191-199 p.
- CERUTTI BASSO, S. (1992) Sexualidad Humana. OPS.
- GUYTON, A. HALL, J E., (1997) Tratado de Fisiología Médica. 9ª Edición, McGraw-Hill Interamericana Editores S.A.
- HOLTGREWE, H. LOGAN, MD. (1998) Clínicas De Urología De Norteamérica. Tratamiento de los Problemas Urológicos en la Consulta. Volúmen 4. México, Mc Graw-Hill interamericana editores SA., 702-713 p.
- ISLA L., X. (1995) Tesis: "Percepción de Incertidumbre de los Pacientes Diabéticos Controlados en el Consultorio Adosado de Especialidades del Hospital Herminda Martín de Chillán".
- IRAZOQUI B., E. (1998) Notas de Bioestadística. Chillán, Universidad del Bío-Bío. Departamento de Ciencias Básicas.
- KAPLAN, HELEN S., (1993) El Sentido del Sexo. Editorial Grijalbo, Madrid.
- KAPLAN, HELEN S., (1985) La Evaluación de los Trastornos Sexuales. Ediciones Grijalbo, Barcelona, Buenos Aires, México D.F.
- KUSNETZOFF, J.C., (1986) El Hombre Sexualmente Feliz. Javier Vergara Editor S.A., Buenos Aires-Argentina, 34-37, 68-69, 183-184 p.
- KUSNETSOFF, J C., (1992) Sexuario. Javier Vergara Editor S.A., Buenos Aires-Argentina.
- MARRINER TOMÉY, A. (1994) Modelos y Teorías en Enfermería. 3ª Edición, Editorial Mosby Doyma Libros.
- MASTERS, WILLIAMS, JOHNSON, VIRGINIA E., (1967) Respuesta Sexual Humana. Editorial Intermédica, Buenos Aires-Argentina.
- MASTER, W., KOLODNY R., JOHNSON V., (1995) La Sexualidad Humana. 13ª Edición, Volumen I "Introducción a la Biología", Editorial Grijalbo, Barcelona .
- MINISTERIO DE SALUD, (1999) Diabetes Mellitus en el Adulto Mayor. Chile, Septiembre .
- MINISTERIO DE SALUD, DPTO. DE PROGRAMACIÓN, (1989) Hablemos Sobre el Tabaco. 3ª Edición, Imprenta el Esfuerzo, Junio.
- MONGENSEN, CARL E., (2002) Diabetic Nephropathy. Aventis Pharma, Inc. Publications, Sept.
- NETTER, FRANK H., (1980) Sistema endocrino de enfermedades Metabólicas, Colección Ciba de Ilustraciones Médicas. Tomo IV, Salvat Editores .S.A. 168 p.
- PEÑA Y LILLO, S. (1995) Amor y Sexualidad, 9ª Edición. Editorial Universitaria, 24-33 p.
- PFIZER, LABORATORIOS, (1998) Monografía del Producto. Viagra. Laboratorio Pfizer de Chile, 9-21, 40-41 p.
- PINO, E. (1998) La Potencia Sexual y el Viagra. La Segunda Revolución Sexual. 1ª Edición, Editorial Grijalbo S.A., Septiembre .
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA, (1992) Diccionario de la Lengua Española. 21ª Edición, Tomos I y II. España.
- RODRÍGUEZ PORTALES, J A. (2000) Endocrinología Clínica. Publicaciones Técnicas Mediterráneo Ltda.
- SABISTON, D C., LYERL H. KIM, (1999) Tratado de Patología Quirúrgica. 15ª Edición, Tomo I, McGraw-Hill Interamericana Editores.
- TRAVIS, LUTHER B., (1997) Diabetes e Insulina. Manual de Autocontrol del Diabético Adulto con uso de Insulina. 1ª Edición, Minsal-Chile, Fundación de Diabetes Juvenil de Chile.
- VÉLEZ, H., ROJAS, W., BORRERO, J., RESTREPO, J., (1998) Fundamentos de Medicina. Endocrinología. 5º Edición, Arturo Orrego Corporación para Investigaciones Biológicas, Colombia.
- VERLAGSGESELLSCHAFTMBH, KÖNEMANN, (2000) La Vida Sexual. Arco Editorial S.A., Barcelona-España.
- WALSH, PC., RETIK, AB., STAMEY, THA., VAUGHAN, ED., CAMPBELL (1998) Urología, 6ª Edición. Editorial Médica Panamericana, 2981- 3015 p.

LA FUERZA TERAPÉUTICA DEL RITO FUNERARIO

Juan Carlos Delgado Antolín

Enfermero, Antropólogo.

Responsable de Enfermería EAP Griñón. Área 10 Madrid.

Profesor de Cuidados Paliativos en la Universidad Alfonso X el Sabio.



Finally, two might be the causes why the rite or ceremony could be somewhat therapeutic for those people who perform it. The ruling character 'according to the rules' and 'according to the cultural environment' where they be performed.

Key words: rite or ceremony, ritual, funeral ceremony or rite, usual rite, normal, ruling.

RESUMEN

Partiendo de la base de que los cuidados se dispensan siempre dentro de una determinada cultura y de que ésta última, impregna en cierto sentido esos cuidados.

El presente artículo es una reflexión sobre los ritos de paso existentes en toda cultura y la importancia de ellos en la evolución del ser humano. Si los ritos de paso son importantes para el individuo como necesidades integradoras en la sociedad en la que vive, quizás el rito funerario sea el único que siendo él el objeto del rito, es decir, la entidad física a la que se dirige el rito, sus consecuencias recaigan fundamentalmente sobre sus familiares y amigos. Las consecuencias terapéuticas de ese rito sean evidentes para los que lo realizan y no para el que lo recibe (Como ocurre en el resto de los ritos de paso), pues aunque él está presente, él ya no es.

Por último, dos pueden ser las causas de que el rito sea en cierto modo terapéutico para las personas que lo que llevan a cabo, su carácter normativizador, de acuerdo a norma y su carácter normalizador, de acuerdo a la cultura donde tiene efecto.

PALABRAS CLAVES: Rito, Rito de Paso, Periodo liminal, Rito Funerario, Normalidad, Normatividad.

Toda persona a lo largo de su vida y viva en la cultura que viva, se va a ver sometida a diversos cambios de tipo social y personal, cambios que van

THERAPEUTIC STRENGTH IN FUNERAL CEREMONIES

ABSTRACT

Care is always provided within cultural boundaries and those precise cultural boundaries will result in the type of care that should be singled appropriate to circumstances.

The present study approaches a reflection on the topic ceremonies inherent in all sorts of cultures and their paramount importance in the evolution of every human being. If the different rites or ceremonies along a life span have a deep impact on the individual as of integrating needs to be fulfilled in that particular society, perhaps the funeral rite or ceremony is the only one where the human being, the closest object of the rite, the physical entity the rite is directed to, does not receive the consequences which on the contrary sit upon relatives and friends. The therapeutic consequences of that precise rite or ceremony remain upon those who perform it but not upon 'the receiver' himself (as it is for the rest of life ceremonies). 'He' is present, but 'he' is no more a human being, 'he' does not exist.

a suponer una profunda transformación en ella misma y en su entorno. Con el transcurrir del tiempo pasará de la niñez a la juventud; de la soltería al matrimonio, sí decide casarse; de ser hijo a ser padre, etc. También en su vida laboral o profesional puede sufrir cambios de categoría, de estatus, de posiciones jerárquicas. Por último, cuando la enfermedad o la vejez minen sus fuerzas vitales, morirá. Estos pasos que cada persona va a sufrir a lo largo de su experiencia vital, es decir, de su vida, van a ir acompañados, normalmente, de ciertos ritos que institucionalizarán dichos cambios, que marcarán el paso entre dos realidades distintas, pero complementarias en el proceso de evolución y “maduración” de cada persona; son los que dentro de la Antropología se conocen como ritos de paso.

Los ritos de paso pueden encontrarse en cualquier sociedad,... Dichos ritos indican y establecen transiciones entre estados distintos. Y con “estado” quiero decir “situación relativamente estable y fija”, incluyendo en ello constantes sociales como pueden ser el status legal, la profesión, el oficio, el rango y el grado.

Pero el rito de paso necesita de un tiempo claramente marcado y definido entre dos realidades, la que tenía el sujeto antes y la que va a tener lugar después de someterse al mencionado rito de paso. En todos los ritos de paso se suelen atravesar por tres fases claramente diferenciadas 1ª Separación o condición normal inicial. 2ª Estado marginal o limen. 3ª Agregación o condición normal final.

Además esas fases sirven para poner orden, como ya he dicho antes, entre dos realidades diferentes. Esas dos realidades van a implicar muchas veces la muerte de una realidad y el nacimiento de otra, y entre medias, un periodo más o menos largo, en que no se es todavía la realidad a la que se quiere acceder y en cambio se ha perdido la realidad que se era, es el periodo “liminal”. En este periodo en muchas culturas el individuo llega a perder hasta su condición de miembro de la tribu o del clan.

Si el rito de paso es importante en la vida social y religiosa del individuo, el bautismo, la circuncisión, el matrimonio, el nacimiento de un hijo, el terminar una carrera universitaria, las celebraciones anuales del cumpleaños, etc., quizás lo sea más en el momento de la muerte, y todos los ritos de

muerte, o ritos funerarios, sean los de mayor importancia para el hombre, pues como dice Norbert Elias:

“La muerte es un problema de los vivos. Los muertos no tienen problemas. De entre las muchas criaturas sobre la Tierra que mueren, tan sólo para los hombres es morir un problema. Comparten con los restantes animales el nacimiento, la juventud, la madurez, la enfermedad, la vejez y la muerte. Pero tan sólo ellos de entre todos los seres vivos saben que han de morir”.

Paradójicamente tememos a la muerte por nuestra experiencia en observar y padecer la muerte de los demás. Nadie pueda vivir su propia muerte. El individuo puede vivir la muerte de los demás, pero su propia muerte no la puede vivir, aunque si la padezca, es decir, la muerte el hombre sólo la vive de forma vicaria, a través de los otros. Pero la certeza de que el nacer implica el morir, crea una angustia de saberse finito, de saberse mortal.

El hombre experimenta la muerte en los demás y sabe que implica pérdida, pues la persona que fallece no va a volver a estar a nuestro lado de una manera física, es más, con el tiempo su presencia afectiva y sentimental va a ir perdiendo fuerza y disminuyendo. Esa pérdida parcial que implica la muerte de un ser querido, intuimos que es la pérdida definitiva cuando seamos nosotros los que fallezcamos, de ahí, que nos angustie la sola pronunciación de su nombre, muerte, y la disfracemos con eufemismos más llevaderos y pronunciables: el sueño eterno, la morada final, el eterno descanso, ... “La palabra cementerio procede del griego y significa lugar para dormir. Se da una inevitable asimilación de la muerte al sueño en las creencias cristianas tradicionales debido al dogma de la resurrección de la carne y la redención final”. Sueño, morada y descanso implica siempre tranquilidad, sosiego y paz, aunque en nuestro ánimo nos falten precisamente esas tres cualidades: Tranquilidad, sosiego y paz.

LA IMPORTANCIA TERAPÉUTICA DEL RITO FUNERARIO

Es durante el rito funerario que conocemos como velatorio, donde se da más claramente ese periodo “liminal” de ser y no ser. Este periodo sirve de ayuda a las personas que se quedan, para

poder adaptarse a la pérdida del ser querido. Durante esta parte del rito, los vivos, solemos poner en las expresiones del fallecido eso que veremos ver: “Mírale, parece como si estuviera sonriendo”, “que rostro más plácido y tranquilo tiene”. Aunque sabemos que no está, actuamos como si estuviese.

Durante el rito funerario el cadáver representa aun a la persona viva, que ha muerto, pero que no se ha ido. Todos sabemos que la persona que estamos velando ha muerto, pero cuando hablamos de él, a veces, lo hacemos en presente, como si pudiera en cualquier momento opinar acerca de lo comentado. Cuando nos acercamos al féretro para verle, hablamos con él, le decimos pensamientos y sentimientos que fuimos incapaces de manifestarle en vida, le recordamos la soledad que nos ha dejado. Hablamos en voz baja, como si pudiéramos despertarlo, se dice que es por respeto, pero hablar en un tono normal no implica falta de respeto; sólo se habla en voz baja en presencia de alguien al que se puede molestar, por estar dormido, enfermo, concentrado en algún trabajo, estudiando,... y ese suele ser nuestro comportamiento cuando nos hallamos en su presencia, pues cuando nos alejamos del cadáver elevamos el tono de voz. Nuestra muestra de respeto es hacia alguien que podemos molestar y a los muertos, ya no se les molesta. Para nosotros ha muerto, pero aun está presente. El fallecido está en un periodo liminal, periodo liminal que sólo terminara con el hecho de darle sepultura o de quemar sus restos. En ese momento, a veces puede durar más para la familia y allegados, pasará de la categoría de vivo a la de definitivamente muerto y su presente, será para siempre pasado, asentándose en el recuerdo de nuestras vidas. Para nosotros el fallecido habrá completado el rito de paso, muriendo definitivamente al mundo de los vivos y naciendo a otra dimensión totalmente desconocida y temida. Para los creyentes habrá nacido a la nueva vida.

Algunas veces, este estado liminal del rito de paso, se puede dar de una manera simbólica mucho antes de la muerte real de la persona que va a morir. Así, en el caso de una persona enferma afectada de un proceso patológico en estadio terminal, donde la enfermedad se ha prolongado en el tiempo y en el sufrimiento de la unidad familiar.

Cuando el enfermo sabe que va a morir en un tiempo relativamente corto e intenta despedirse de sus seres queridos y amigos antes del desenlace final, se puede producir en las personas de las que se ha despedido un fenómeno de muerte simbólica de la persona querida. Podríamos decir que la persona no ha muerto biológicamente, pero ha muerto social y a veces familiarmente. De esta manera, el periodo liminal se puede hacer mucho más largo y aunque no haya entrado definitivamente en el mundo de los muertos, ha dejado de pertenecer al mundo de los vivos. La mujer o el marido de la persona que va a fallecer se convierte en viuda o viudo mucho antes de morir el cónyuge, entrando en lo que se conoce como un duelo anticipado.

De todos los ritos de paso que experimenta el hombre a lo largo de su vida, quizás sea el ritual funerario el que no influye para nada en la persona que es el objeto y el sujeto del ritual, el fallecido. Como ya he dicho nadie puede vivir su propia muerte, puede sufrirla, pero no vivirla. Pero es un rito de paso que puede influir favorablemente o desfavorablemente en los allegados del fallecido, en sus seres queridos y amistades, de ahí que sea este efecto el que más nos interesa del rito funerario.

El rito ayuda a superar la pérdida y a veces, la culpabilidad que representa para el familiar que vive, que se queda a este lado de la trayectoria vital, el no haber podido hacer nada positivo para rescatar de la muerte a su ser querido.

Cuando un ser cercano muere, muchas veces queda impreso en la persona que se queda, un sentimiento de culpabilidad. Sí yo hubiera hecho esto. Quizás en aquella situación no obre del todo correctamente. Como me arrepiento de haberle dicho eso. ¿Aquella vez, lo que hice, lo hice por el bien del enfermo o por mí?. En el fondo todas estas dudas son fruto de una única pregunta ¿He respetado todo lo que he podido la voluntad del ser querido que ha fallecido?. Una y otra vez este sentimiento de culpa martillea en el cerebro y causa una zozobra interior, una desazón que hace plantearse continuamente el trato con el fallecido. En esos momentos, el saber que hay ritos que hay que experimentar, que hay que ir venciendo y sufriendo, puede ayudar a superar la pérdida.

Momificar un cadáver nos hace verle siempre, estar presente y creer que tiene la posibilidad de

volver (Faraones, Lenin, Eva Perón, etc.). Cuando se oye hablar a las personas que han crionizado a un ser querido, para ellos no se ha muerto, su vida se encuentra en un periodo de latencia, se ha interrumpido momentáneamente, como si estuviera de viaje. “Cuando vuelva a la vida podrá...”, no se han despedido definitivamente, no han efectuado el rito de paso, el ritual de despedida. Esto también ocurre en personas muy creyentes, que tienen una gran fe en encontrarse con el ser querido en la otra vida.

Cada ritual puede ayudar a conducir por el camino adecuado las crisis de angustia y pena, a las que se ven sometidos los familiares y amigos de la persona que ha fallecido.

EL RITO FUNERARIO COMO NORMATIVIZADOR Y NORMALIZADOR DE CONDUCTA

Quizás la fuerza terapéutica de los ritos de paso radique en su doble carácter normativizador y normalizador social, es decir, en la fuerza que tienen de pautar un camino a seguir, un camino por el que se tiene y se debe de transitar para llegar a conseguir el objetivo.

El tener ritos funerarios nos facilita el comportamiento social en esas difíciles situaciones, pues nos marca lo que espera la sociedad de nosotros. Sin estos ritos, cada persona podía entender el paso de la muerte de forma diferente y no saber como comportarse ante una situación determinada, alargando o acortando en exceso un proceso. Los ritos, por lo tanto, nos proporcionan la norma a nuestro comportamiento social, creando una cierta sociabilidad dirigida. Y nos enseñan a socializarnos, a comportarnos en nuestra sociedad cultural.

Pero debemos diferenciar claramente normalidad y normatividad. Dentro de los ritos funerarios debemos distinguir dos tipos de normas, las legales que son infranqueables y deben llevarse a cabo, y las sociales o culturales, que nos dicen como debemos comportarnos dentro de una determinada cultura para encontrarnos en lo que se entiende por normal, pues los ritos que sirven para una cultura, pueden ser inaplicables en otra distinta. La norma legal nos dice que tiene que pasar un periodo de 24 horas antes de enterrar a nuestro ser querido desde su fallecimiento, esta normatividad da lugar a un periodo de velatorio que debe acabar con un determinado rito de sepelio para el muerto. La norma

legal también nos señala que debemos enterrar el cadáver, que no podemos quedárnoslo en casa. También lo podemos incinerar, pero no podemos presenciar la descomposición de la persona fallecida. Pero de como debemos llevar a cabo el rito funerario no dice nada, cada cual puede realizar el rito funerario como lo crea oportuno según su religión, sus creencias y su entorno social, es decir, según las normas de su cultura. El cumplimiento de estas segundas normas, nos dará la normalidad. Definida así, podemos decir que la normalidad implica una determinada forma de comportamiento que se encuentra dentro de unos márgenes aceptables para la sociedad en la que se vive y que tiene unos niveles de tolerancia oscilantes de acuerdo a consensos dentro de la comunidad no escritos.

Por poner un ejemplo, la normatividad nos indica que para ir de Madrid a Zaragoza tengo que conducir por la parte derecha en el sentido que llevo y respetar las normas de tráfico. La normalidad, nos indicaría que “lo normal”, es ir por la autovía de la Nacional II, pero mientras yo no debo saltarme la norma de conducir por la derecha, puedo ir de Madrid a Zaragoza, pasando por, Cuenca o Teruel. Esto sólo indicaría, entre otras muchas cosas, que o no tengo mapa de carreteras o no tengo prisa y quiero hacer turismo. En el caso que nos ocupa, la normatividad será ajustarme a la ley y enterrar o incinerar a mi familiar pasadas las 24 horas de su fallecimiento. Pero la normalidad la obtendré al realizar los ritos funerarios de acuerdo a mis creencias y a mi cultura: velar al difunto, hacerle un funeral por el rito católico, decir unas palabras de despedida donde recuerde momentos importantes del carácter o la personalidad del ser querido, echar las cenizas en un lugar determinado donde el difunto solía disfrutar o sentirse bien, llevar flores a la tumba con cierta regularidad en señal de ofrenda, ... Todos estos comportamientos son “normales” y nos sirven para despedir y alejarnos del difunto de forma pactada y consensuada.

Así, si yo cumplo ambas normas, las legales y las sociales, me encontraré amparado por el entorno al que pertenezco, entonces el rito funerario se puede convertir en un elemento terapéutico importante en el momento de transitar a una nueva situación de despedida del fallecido. Pues todos sabemos que tenemos que morir y que algún ser queri-

do debe ser enterrado por nosotros, pero no hay que olvidar que la muerte la padece el muerto, pero la sufren los seres queridos. El ser humano que muere puede sufrir la agonía y la llamémosla, pre-muerte, mas la muerte cuando llega él ya no es, ya no está y los que sufren, los que se quedan con el dolor de la pérdida, son sus seres queridos. A estos últimos, precisamente es a los que les sirve el rito funerario. Los ritos a los que sometemos a nuestros seres queridos cuando fallecen, los realizamos para nosotros, para sedar nuestras conciencias, para sentirnos mejor con nosotros mismos. Todas las acciones las realizamos porque creemos que las debemos hacer o por el que dirán (carácter normalizador) y sólo nos sirven a nosotros, pues el cadáver es un todo inerte, algo que fue y ya no es. A él no le sirven de nada nuestros ritos de despedida.

Por lo tanto, el rito funerario se convierte en una terapia que se dan los vivos para poder afrontar la pérdida del ser querido.

BIBLIOGRAFÍA

- BARLEY, N. (2000) "Bailando sobre la tumba". Editorial Anagrama, Barcelona, Pág. 220.
- ELIAS, NORBERT. (1987) "La soledad de los moribundos" Fondo de Cultura Económica, Madrid. Pág. 10.
- GENNEP, V. (1969) "Los ritos de paso" Taurus 1983. Mounton, Paris.
- NAVARRO MARRERO, M. A.; RODRÍGUEZ PULIDO, F. (1994) Cuidados Paliativos e Intervención Psicosocial en Enfermos Terminales. ICEPSS Las Palmas de Gran Canarias Pág. 313.
- TURNER, V. (1999) "La selva de los símbolos". Siglo veintiuno de España Editores, S.A. Págs. 103 -106.



EDUCACIÓN PARA LA SALUD A INMIGRANTES MARROQUÍES

Isabel Gentil García

Diplomada en Enfermería.

Doctora en Antropología Social y Cultural.

Profesora E. U. Enfermería, Fisioterapia y Podología.

Universidad Complutense de Madrid.

HEALTH EDUCATION TO MOROCCAN IMMIGRANTS

SUMMARY

The increase of multiculturalism in our country is not only a future social trend but a fact. The aim of this work is to attain an approach to the knowledge of Moroccan immigrants' life conditions and attitudes towards health and illness, and to see how it all influences the results of our Health Education interventions. As health professionals we face a new challenge: interacting with immigrants socialized in other cultures different from ours. Perhaps for the time being we count on little experience on this field- that is why it is particularly important to share our own experiences as a mean to reflect and learn from one another. We also verify that economic aspects are put before health care.

Key words: immigrants, health education

RESUMEN

No sólo las tendencias sociales de futuro en nuestro país son de aumento de la multiculturalidad, sino que ya es un hecho. El objetivo de este trabajo es lograr un acercamiento al conocimiento de las condiciones de vida y las actitudes hacia la salud y enfermedad de emigrantes marroquíes y ver cómo todo ello influye en los resultados de nuestras intervenciones en Educación para la Salud. Como profesionales de la salud nos enfrentamos a un nuevo reto: el interactuar con personas inmigrantes enculturadas en culturas diferentes a la nuestra. Quizá de momento, contamos con poca experiencia en este campo,

por ello es especialmente importante que nos comuniquemos las propias experiencias, como elementos para reflexionar y aprender unos de otros. Comprobaremos que el componente económico se antepone al cuidado de la salud.

Palabra clave: Inmigrantes, educación para la salud

INTRODUCCIÓN / CONTEXTO

La inmigración marroquí en España es un hecho, pero es necesario conocer la actualidad mundial para saber cuáles son las razones que llevan a tantas personas a tener que emigrar.

Los efectos indeseables de la globalización han llevado a aumentar las distancias entre los países ricos y los países pobres, con un reparto absolutamente desigual de los recursos que lleva al aumento de la pobreza y de la injusticia social. Esto acarrea el desplazamiento de personas con la esperanza de encontrar una vida más digna, y a tener que abandonar su lugar de nacimiento, dejar familia, amigos, paisaje, cultura, lengua, en busca de otro lugar para poder desarrollar otra vida donde tengan oportunidades para acceder a cubrir necesidades básicas, sumado a la percepción de que emigrar a Europa significa mejorar en dignidad y calidad de vida, favorece el flujo emigratorio.

España es un país cercano a Maruecos y además existe una larga tradición histórica y vecinal, de encuentros y desencuentros. España ha dejado de ser el lugar de paso hacia Europa para el emigrante marroquí y se ha convertido en lugar de destino. La colonia marroquí empadronada en la Comunidad de Madrid según datos provisionales del Padrón Municipal de 1 de enero de 2003, es de 58.329, a esto habría que sumar las personas pendientes de regularizar. En España el número de

marroquíes con permiso de residencia en el año 2002 era de 282.432.

Este trabajo es una reflexión en voz alta sobre una realidad que me he encontrado al intentar hacer Educación para la Salud (EpS) a inmigrantes marroquíes. Pretendo con este trabajo contribuir, en la medida de lo posible, a proporcionar datos y pistas desde mi experiencia, para mejorar nuestras actuaciones en EpS. Espero que sirva para que otros profesionales puedan continuar su trabajo a partir de mis errores y no tengan que empezar de cero. Además conocer las condiciones de vida y las actitudes hacia la salud de emigrantes marroquíes y ver en qué medida todo ello influye en los resultados de nuestras intervenciones de Ep S.

METODOLOGÍA

La EpS se hizo en Majadahonda, municipio cercano a Madrid, con numerosas urbanizaciones de chalets y viviendas unifamiliares que ofrecen muchas posibilidades de trabajo en jardinería, construcción, chapuzas y servicio doméstico, por lo tanto es un municipio con especial atracción para los emigrantes. La población eran adultos, hombres y mujeres, mayoritariamente bereberes procedentes de la zona norte del país, de las zonas rurales de las montañas del Rif.

La metodología utilizada en la EpS fue grupos de discusión, con la presentación y exposición de un tema por parte de la educadora, buscando y estimulando a continuación la participación de las personas del grupo. El trabajo se realizó en un Centro de voluntariado social y hay que tener presente que allí acuden los más necesitados, la mayoría son "sin papeles", como dice uno de ellos: "La gente que tiene trabajo que tiene dinero no viene aquí." El trabajo se llevó a cabo durante los años 2002 y 2003.

DESARROLLO / EXPERIENCIA

Como profesionales de enfermería nos creemos preparados para realizar EpS, en ello nos hemos formado y conocemos las bases teóricas del porqué de nuestros consejos de salud. Pero cuando nuestros mensajes ya no van dirigidos a una amplia clase media, con malos hábitos de nutrición, generalmente por sobrealimentación sobre todo en calorías y grasas, con hábitos sedentarios y con

desarrollados hábitos de consumismo, y debemos enfrentarnos a otra realidad totalmente distinta, como es la de los inmigrantes y sus circunstancias, nuestra aparente sólida formación como educadores puede conducir al fracaso.

Para nosotros, profesionales de la salud, un valor fundamental es la salud, y para ellos también. ¡Claro que les preocupa su salud! y lo perciben como un gran bien; además para ellos que el cuerpo responda es muy importante, pues por el tipo de trabajos que realizan, saben que sin fortaleza física se verán excluidos para ser contratados. Hasta aquí todos de acuerdo, pero a partir de este primer acuerdo compartido, empiezan las diferencias. ¿Por qué? porque la jerarquización en la escala de valores ya no es la misma. Para la mayoría de ellos el primer valor, por encima de la salud, es el ahorro económico que coincide con el primer motivo, por orden de frecuencia, para emigrar, y éste primer valor va a condicionar la organización de sus vidas en todos los órdenes, uno de ellos será la alimentación.

Vivir en España es caro y difícil, y más cuando se carece de la infraestructura de apoyo que aporta la familia de procedencia. Empezar de cero, venir con lo puesto, todavía peor, venir bajo cero con la deuda adquirida para pagar el billete o estrategia de entrada a España, y pretender vivir con la aportación económica de trabajos poco remunerados e inestables es muy difícil, sobre todo al principio. Además, para la mayoría de ellos, parte del salario que perciben aquí está destinado a ser enviado allí, éste es uno de los motivos por el que emigraron.

Como profesionales entendemos que para conservar la salud es necesaria la nutrición correcta. El modelo de alimentación que llevemos es uno de los pilares básicos para proteger la salud y en él deben incluirse los distintos principios inmediatos.

Un día de los comienzos, aunque conocedora ya del fuerte condicionante económico en su alimentación, pretendí transmitir que en el mercado existen varios tipos de piezas de carne, con diferentes nombres y precios, las hay más económicas, pero que también tienen proteínas. Cuando terminé mis explicaciones de los tipos, nombres y precios aproximados de las piezas de carne que se encuentran en las carnicerías, todavía ignoraba otro detalle, y es que los musulmanes, si compran carne, lo

harán en las carnicerías musulmanas, cuyos cortes de piezas no corresponden con los cortes de piezas de nuestras carnicerías.

El que no compren carne en las carnicerías no musulmanas obedece a varios motivos: uno hace referencia a un precepto del Islam, ya que el animal sacrificado deberá serlo de acuerdo con un determinado ritual para que la carne sea lícita (halal) conforme a la legislación islámica (Sharía). El sacrificio del animal deberá hacerse dejando que fluya la sangre por el corte hecho en la garganta del animal -la sangre es especialmente impura y no debe ser consumida por el creyente-. El animal debe estar echado sobre su costado izquierdo y orientado hacia la Meca, es imprescindible que el sacrificador en el momento del sacrificio (dhabhu) mencione el nombre de Alá, pues la intención del sacrificio es obligatorio que sea el propio sacrificio y no el deseo de aniquilar el animal. Otro motivo es que les resulta repugnante el comer carne con sangre, que siempre es considerada como contaminante, de tal forma que aunque la persona en estos momentos no fuese practicante del Islam, por su tradición cultural puede seguir resultándole repulsivo la sangre en la carne, y otro motivo es que todos están convencidos de que el sabor de la carne del animal sacrificado según el rito islámico tiene un buen sabor especial que no se puede encontrar en el resto de las carnes.

Como profesionales estamos bien formados, por ejemplo, en la prevención de la osteoporosis, un problema de salud pública importante en nuestra sociedad y sabemos que para prevenirla debemos incidir, entre otros objetivos, en la importancia del aporte de calcio a través de la alimentación, en mujeres en edades perimenopáusicas.

Comentaba yo a unas mujeres inmigrantes que estaban en dicha edad la importancia de tomar leche. Después de explicar el porqué es bueno tomar un litro de leche para que los huesos estén sanos, replica una de ellas: "un litro de leche es 0'60 euros un día, 5 euros una semana, 20 euros un mes sólo leche para mí, no puedo, nosotros somos cinco bocas aquí y siete bocas en Marruecos, no puedo, si yo tomo leche mi familia no come". La pragmática realidad se impone a los conocimientos que tenemos sobre prevención de la enfermedad.

En otra ocasión hablando de la importancia en la frecuencia de comer ciertos alimentos, frutas y proteínas, observo que escuchan muy atentamente las explicaciones, pero del silencio posterior que sigue a mi explicación trato de que comenten algo y uno rompe el silencio: "Esas cosas son buenas para ustedes que tienen casa y trabajo, nosotros no tenemos casa, no tenemos trabajo, los emigrantes tenemos muchos problemas", apostilla uno; y otro "yo como un día, siete barras de pan y té".- "¿Y tú?", pregunto al de a lado. - "Yo igual que mi primo; el pan es barato". Y otro: "yo como todo el día, para desayunar té y dos barras de pan, de bocadillo al trabajo tres barras de pan, en casa para cenar cuscús y té". El té moruno, especialmente dulce, lleva gran cantidad de azúcar, es parte fundamental en su dieta diaria. Los carbohidratos forman un porcentaje alto en su alimentación, no está mal podríamos pensar, ya que los trabajos que realizan son trabajos que requieren esfuerzos físicos, pero sucede que a veces es casi el único principio inmediato en la alimentación. Si bien es cierto que el alto porcentaje de hidratos de carbono ayuda a soportar el trabajo, también es cierto que se necesitan otros nutrientes para mantener una buena salud.

La nutrición insuficiente es una realidad en los inmigrantes con poco tiempo de estancia en nuestro país, en el periodo en que todavía no han estabilizado sus vidas. Este periodo puede ser más o menos largo, ya que aunque estén trabajando lo harán sin contrato, por "acuerdos" con el contratador, y ello no da posibilidad para regularizar su situación. No debemos olvidar que a la vez los cupos de contratación que ofrece el gobierno cada año no llegan a cubrirse.

Cuando llega la estabilidad laboral y económica, empieza a llegar también la estabilidad en su alimentación. Recordemos que una forma importante que ayuda a mantener la identidad propia - que siempre se pone en juego con el proceso de la emigración- es el agarre material y simbólico a las comidas tradicionales del país de origen, a la cocina de la infancia. Es por ello que aunque en su primer viaje de entrada a España, muchas veces sólo traigan como equipaje el hatillo con el recambio de ropa seca para mudarse al pisar la costa, en cuanto tienen oportunidad, a través de los parientes o las redes sociales, se hacen traer el cuscús y el tajín.

El cuscús palabra derivada de al-Kuskus, es un recipiente de barro o metal, perforado con agujeros en la parte de abajo, donde se cuece al vapor una especie de sémola para cocinar el cuscús. Esta sémola hecha de granos duros de trigo verde y cebada en la actualidad, pero que en su origen era recogido por las mujeres de plantas gramíneas silvestres, debe ser al menos de dos plantas distintas. Al fuego se pone la marga, olla con asas que se llena de agua para producir vapor, encima el al kuskus, la olla colador con agujeros donde se pone la especie de sémola, y encima la tapa, mafaradda, hecha de barro cocido y también con agujeros. Los ingredientes que se colocan en la marga varían pero suelen ser verduras: cebolla, apio, tomate, zanahoria, calabaza, nabo, pimiento, aceite, ajo, perejil y especias, algunas veces se le añaden garbanzos. Se le puede agregar cordero, o pollo, o pescado. Todo ello cocido muy lentamente. Y el tajín es un recipiente de barro cocido para cocinar el plato que lleva el mismo nombre: tajín. Es una comida para celebraciones y fiestas que se elabora con patatas, tomates, pimientos, ajo, perejil, comino, pimentón dulce y aceite, al cual se le puede añadir o bien carne, o bien pescado. Tanto el cuscús como el tajín son platos equilibrados en sus nutrientes.

CONCLUSIÓN / REFLEXIÓN

Pretender “educar” sobre alimentación correcta no puede hacerse dejando de lado la perspectiva económica en personas en que la situación económica, tremendamente precaria, es su primer motivo de preocupación, en personas cuya labilidad social y emocional está en riesgo, fundamentalmente porque están viviendo las consecuencias del desarraigo. No se puede pretender estudiar el tipo de alimentación de los inmigrantes como un hecho aislado, está irremediabilmente en dialectica continua y permanente con las condiciones económicas y sociales que les toca vivir.

La EpS a los inmigrantes, más que en cualquier otro colectivo, deberá ser bidireccional, en interacción mutua, que puedan expresarse. Las campañas de EpS con mensajes unidireccionales o con folletos escritos que sean la mera traducción del mensaje original en español a su lengua, sin tener en cuenta las características sociales, culturales y económicas conducirán al fracaso.

Por otra parte no debemos pretender homogeneizar hacia nuestros conceptos de comidas, sino que desde el conocimiento y el respeto a su cocina informar sobre una nutrición adecuada.

Si ignoramos sus circunstancias, nuestras actividades profesionales en relación a la EpS u otras, nos pueden conducir a la frustración. Ese sentimiento de frustración buscará un escape y por lo sencillo y simple que es, no es raro que este escape sea el culpabilizar al otro, en éste caso a los inmigrantes. “Es que no hacen caso”, frase escuchada con relativa frecuencia entre los profesionales de la salud en referencia a los inmigrantes. Además es relativamente fácil rellenar esa culpa con estereotipos asumidos sin crítica por la población: no saben, no quieren, no quieren saber, no hacen caso, son medio tontos, no se enteran... Desde luego es la postura más cómoda, pero si todos optásemos por la comodidad, no es que todavía viviéramos en las cavernas, es que nuestra especie se habría extinguido hace milenios.

A veces se tiende a pensar que los inmigrantes marroquíes son totalmente diferentes a nosotros pero debemos reflexionar ¿las diferencias principales lo son por cultura o por clase social? ¿cuáles son las diferencias reales y cuales las que nos imaginamos?

Entender todo esto nos ayuda a poner algo de lógica en un tema que a veces se observa con demasiada pasión y con poca racionalidad: el fenómeno de la inmigración por los profesionales de la salud.



BIBLIOGRAFÍA

- CALVO BUEZAS, T. (2003) La Escuela ante la inmigración y el racismo. Popular, Madrid.
- Irieglano, G. y Villaverde, A. (1982) Dinámica de grupos y Educación. Fundamentos y técnicas. Ed. Humanitas, Buenos Aires.
- COMELES, JM. MARTÍNEZ HERNÁEZ, A. (1993) Enfermedad, cultura y sociedad. Eudema Antropología. Horizontes, Madrid.
- GARCÍA MARTÍNEZ, A. (2000) Educación para la Salud. La apuesta por la calidad de vida. Arán, Madrid.
- GONZÁLEZ DE PABLO, A. (1992) Alimentación, nutrición y dietética. Jano 52-989, 67-120.
- GOYTISOLO, J. NAIR, S. (2000) El peaje de la vida. Integración o rechazo de la emigración en España. Aguilar, Madrid.
- SALLERAS SANMARTÍ, L. (1992) Educación Sanitaria: Principios, Métodos y Aplicaciones. Díaz de Santos, Madrid.
- SOLAS O UGALDE, A. (ed). (1995) Inmigración, salud y políticas sociales. Escuela Andaluza de Salud Pública. Serie monográficas nº 13. Granada.
- TELLO, A. (1997) Extraños en el paraíso. Inmigrantes, desterrados y otras gentes de extranjera condición. Flor del Viento Ediciones SA, Barcelona.
- VARELA, G. (1983) Ingestas recomendadas de energía y nutrientes para la población española. Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid.



NARRATIVE ANTHROPOLOGY AND SOME HEALTH-LIFE SITUATIONS IN M. BENEDETTI AND OCTAVIO PAZ'S WORKS

José Siles González; Luis Cibanal Juan; Roberto Galao Malo; Eva M^a. Gabaldón Bravo; David Molero Tolino; Carmen Solano Ruiz; Yolanda Gallardo Frías; Encarnación García Hernández

*Departamento de Enfermería, Universidad de Alicante. Universidad de Alicante
ALICANTE –SPAIN.*



“De quererte cantar sufro disnea,
bastante más allá de los pulmones...”

Silvio Rodríguez

ANTROPOLOGÍA NARRATIVA Y SITUACIONES VIDA SALUD EN LA OBRA DE MARIO BENEDETTI Y OCTAVIO PAZ

ABSTRACT

Narrative is a gender form in which characters express themselves with no other limit than the one imposed by the author himself. The purpose of the present research is the use of narrative as a means of better understanding the diverse situations faced by people within the immense framework of health and illness. It is within the boundaries of this context that the narrative and poetic work of Octavio Paz and M. Benedetti reveals its pedagogical and anthropological potential. Our present Study takes advantage of the poet's narrative material as a vehicle with which one may interpret –from holistic perspective– situations of health-illness.

Keywords: culture care, narrative anthropology, phenomenology.

RESUMEN

La narrativa constituye un género en el cual las características se expresan a sí mismas sin otro límite que el impuesto por el mismo autor. El objetivo de este trabajo radica en el uso de la narrativa como una forma de comprender las diversas situaciones que experimentan las personas dentro del amplio intervalo salud-enfermedad. Es en este contexto en el que la obra poética y narrativa de Octavio Paz y Mario Benedetti revelan su potencial pedagógico y antropológico. En este estudio se parte de la idea de rentabilizar el material poético y narrativo como instrumento de interpretación holística de situaciones vida salud

Palabras clave: antropología narrativa, cultura de los cuidados, fenomenología.

INTRODUCTION

The goal of this investigation is to make use of an instrument Octavio's and Benedetti's work to ease the comprehension, the meaning and the sense in every thing that take part in the health-illness situations. Therefore, this is an anthropological study in two senses: Octavio's and Benedetti's work as a way (written culture) (Geertz, 1989), and his literary production in itself as a source of themes, issues and contents that describes processes and happenings that take part in the interval health-illness. All this has been introduced in a process that goes from the individualized reading to the put

in common of the meanings that have been taken out in the team when the conclusions were raised. This kind of work can be only possible when the neopositivist limitations that consider the reality as something tangible and susceptible of been broken for its study are overcome. This is the reason why the hermeneutic focus has been adopted for this work in which the nature of the health-illness situations are a complex reality that must be studied in a holistic way contemplating the values and customs of every country, that have been transmitted through the generations (Siles and García Hernández, 1995). As a result, the narrations are a perfect seeking object for appreciating this sort of situations in an optimum way.

The qualitative procedures are making headway in very different scopes such as history, anthropology, ethnology, psychology, pedagogy, philosophy, etc. In this kind of procedures, they are very important the ones that use as a basic object, the oral narrative work analyse that help the interpretation: life stories; dialogs, studying with accurate technics the interaction developed during the conversation; the found of the sequence and structure during the interaction process, the semiotic analyse and the dramaturgic one. The reasons why this study has been done can be explained answering the following basic questions: Why shouldn't we use in a pedagogic way, the experiences that the others offer us through their writings? It would be very easy to expose light arguments to justify something that has sense by itself. Anyway we are going to numerate three reasons that reforce the pertinence of this work:

1) First of all, the increasing existence of a literary production (biography, essay and narrative) whose scope abound in a complex as diverse and plural way, as creative the subject of study. To show what we have exposed before, it will just be necessary to do a soft state of the question:

To what is respected to experienced situations for people involved in death processes, it exists a rising, specially significant, autobiographic production: Zorn relates with perfection in "Bajo el Signo de Caín" the changes that take part in his life after an unhealing cancer was diagnosed in him (Zorn, 1991). In the same kind of dynamic tale—in the sense that the author describes the happenings

according to their parallel evolution to their stop and the develop of the illness in his life—Gilbert's autobiographic tale could be included, who in "El protocolo compasivo" describes how his body and mind struggle and adapt to the limits imposed by an AIDS process, that the author lives with anxiety to achieve the end of his life (Gilbert, 1992). In the same way it is necessary to name the work of groups who suffer AIDS who gather together in the magazine "Cienpiés. Cartas entre nosotros" in which the experience of people who wants or needs it, are explained, or just try to make understand to the society what is happening to them (Grupo de Autoayuda "El Cienpiés": 1992). In the XIth World Conference about AIDS that took place in Vancouver in 1996 it could be shown the spread of this kind of procedures and methods that have been proved as powerful ways of communication and above all, to help to identify the meanings for the existence of the person starting from a new situation, a new mental, social and fisic state where new objectives are required.

There are other contributions that are also worth to show because of its high explanatory value: Ramon Sanpedro, from his tetraplegic point of view, wrote a book where he tried to let know his desperate situation with the hope that the society could understand why he was keeping his appliance to the Justice to let him die through the eutanasia (Sampedro, 1996). Something so common in the humankind as sorrow is object of reflection and it is conceptualized as "the hardest exam in the chain of exams that we call life" (Jünger, 1995:13); or the most amazing and happiest case, that could be shown as a speech of peace between life and the society, in which a woman who suffers the Down's syndrome tell us why she regards the world with the fluency of a woman who has left the heavy chains of complex behind (García Sicilia, 1996). The same method was used to break through the children and explain them what is a hospital, the illness, who work there and what for, with the simplicity of a short story (Chamizo, 1996). On the other hand, Sacks Oliver is trying to do his best to develop a new literature subgenre, inspired in the Clinical Phenomenology, achieving his goal in "Un Antropologo en Marte" (Sacks, 1997).



Octavio Paz in "Itinerario" and "El laberinto de la Soledad" (1994-1996) is a writer who is conscient and worried about the social reality so he tries to change it. It is a constant the feelings that this produces to him: his loneliness and his anxiety, "I felt anxious because of the state of my soul", "the presence of the evil among the humanity as a sensible reality, biologic, phycologic and historic", "the evil harms me", "the silence in front of the lies and crimes". A constant search for answers, a "nostalgia of totality and absolute".

In another important author such as Mario Benedetti, it is important to name another constant: in the most part of his tales the pain is not just a superfluous thing, he shows how is it possible to live with it and even control it and change it in a motive of proud or distition.

"The truth is that the asthma is the only one sickness that requires a style and even a vocation. A people who suffer of high blood pressure must give up the same liquids as another one; a people who suffers a problem in his liver must follow the same tedious advices in the meals as another one; a people who suffers of diabetes must take the same insulin as another one (...) In the other hand, a people who suffers of asthma will never lose his individuality, because the disnea (it was said by my poor laboral doctor to hide his professional ignorance about the topic) is not an illness but a symptom (...)" (Benedetti, 1995b:85-87).

2) Secondly, this kind of seek is grounded in the interactivity of the process: text-reader-writer-the living, is a fundamental issue of the hermeneutic nature such as the act of writing, such as the act of reading and even speaking, or just listing. Fraire says that reading is writing, and writing has save the life to a lot of writer or at least it has delayed their end. The interactivity is the implicit goal of the "Vida y Salud" tale awards whose slogan is very meaningful: "Writing is Living" because as Calvino says:

"(...)The Universe will manage to express by it self meanwhile someone could say: I read so he writes (Calvino, 1983: 182).

The importance of the written works exchange arrives to the other extreme where as Julia Kristeva underlines: "any text is the result of the absorption of another text" (González, 1994). Writing is living and for living the imitation mechanism is basic because is a common way of learning wherever it exists communication enough and interaction enough. Every writer in the world are in duty with with works created far away from them (intertextual debt) and with external experiences (living debt). It has been written a lot about the Quixote's intertextual debt and about Shakespeare's masterpiece. Hamlet's first performance took place in 1602, many years before to a Kid's play (1584) that was very similar. But the possible influences to this great drama go back more in the time, because several researcher relate it to a Saxo Grammaticus' work (a Danish feature writer of XII century), and probably the theme that the play represents must have an antecesor - or several of them- that comes from an historic phase, previous to the writing invention (Valverde, 1994). Calvino expressed the intertextuality phenomenon in "Si una noche de invierno un viajero" (If in a winter night a traveler):

"(...) I stop before I could be seize by the temptation of copying every crime and punishment (...) by an instance it seems to me that I can understand what must have been the sense and the vocation for an inconceivable profession in nowadays: the copist (Calvino, 1983: 174).

But definitely, what is intertextuality? It is just a way of interaction, of communication between individuals, ways, groups, whose main goal is the

experiences exchange for winning the fear of the not lived, for easing the anxiety that goes together to the situations that imply big changes. Octavio, (1996) in “El laberinto de la soledad”, describes the Mexican people, people who suffers in silence and that needs “the fiesta for shouting, going off, making confidences, crying, getting drunk and killing”. He narrates some Mexican groups loneliness, such as the “pachucos”, who “have missed their heritage: language, religion, costumes and beliefs. They have only one body and one soul left in the open air, inert in front of all the sights”. This produces loneliness and anxiety and therefore aggressiveness, that becomes a pursuit. A pursuit that “redeemes him and finishes with his loneliness: his salvation depends on the access to that society that he pretends to deny. Loneliness and sin, communion and health, become into equivalent terms. He speaks, in several of his works, about the emigrants loneliness and sadness: “yes, this is very nice, but I can’t understand it. Here, even the birds speak English”. The Mexican’s loneliness as a deep feeling that is stated and denied in an alternative way, in the melancholy and the joy, in the silence and the shout, in the murder without sense and the religious fervor “our loneliness is an orphanity the dark consciousness of having been torn out from the Wholeness and an eager seek: a run

away and a return, an attempt for restoring what we had in common with the Creation. In Pirandello’s work it is reflected, better than in any other, the sorrow experienced by the man who cannot communicate with the others when they pretend that the existence is just lived in the most superficial part of the psychic being, in a conscient way. The characters desperately try to run away from the jail of their “self-lie” in “Seis personajes en busca de autor”. They want someone to help them to adapt their experiences in the dramatic universe where it takes part. In same way, following this pirandelian pulsion, the readers, an infinite number of them, should try to make an effort and try to enrich their lives, comparing them with the characters’ experiences, as Benedetti’s, who always suffer to adapt themselves to new situations putting in practice the reflection in an uninterrupted way. Because in Benedetti, it can be appreciated, besides his own and not own experiences with sorrow, illness and death; influences from other works (inter-textual debts) written by another authors that probably doesn’t like optimism and that only use humor in their deepest and most clever expressions. This is the case of authors studied by Benedetti such as Faulkner and Onetti. If in Faulkner is appreciated a constant feature so determined by the destiny as the fate, this doesn’t avoid that in novels such as “El sonido y la furia” the interactivity was present in all the work which is determined by the union of interpretations that are scratched in different levels until achieve the being most ignored roots through the world explanation made by a fool. The same theme is absorbed by Benedetti in “El altillo” that is not too far away from the universe with bad premonitions that is so characteristic in Faulkner:

“(…)She didn’t felt the wall at all yet but he was still smelling the cool that was shining.

- Put your hands in your pockets again.

Caddy was coming walking, after she run and the bag from the school was moving and dancing beside her.

- Hello Benjy –Caddy said. She opened the door of the wall, she got in and she duked (...)

- You came to the meeting with Caddy –she said rubbing her hands together-. What’s the matter with you? What are you trying to say to



Caddy?- Caddy smelt like the trees, like when he says that we are sleeping.

- Why are you crying that way? Luster said (...) (Faulkner, 1982: 8-9)

“For running away, for escaping from something that one doesn’t know very well what it is, it is necessary to do it alone. And when I was running away (for example, when I smashed my aunt’s binoculars and I threw them away to the water close and she lost all her serenity and got angry and she shouted me dirty fool, pretty consequence of my father’s drunkenness (...))”(Benedetti, 1995b :26).

The postre Onetti, who was almost sunk in bed in the same way like a whale docked in the last beach, is another of Benedetti’s most readed and studied authors. One his features is his capacity to keep a slow and oppressive atmosphere that is the perfect way to make you feel the essential of the cronic processes (the experience slowness is doubly painful when it takes more than the unexpected limits through the time) (Onetti, 1978: 153-158); this technique is also known by Benedetti. The characteres beaten by the society, the illness and by the sorrow go through Onetti’s work pages feeling the confortability from who is installed in his own home. “Juntacadáveres”, “El pozo”, “El astillero”, etc; but it could be “EL infierno tan temido” Onetti’s best tale in Benedetti’s words (Benedeti, 1995 a) where it can be observed more clearly the amazing and sensual feature, that the sorrow can achieve through the paradox exploitation in the self-destructive root of the human kind. In “El infierno tan temido” it is narrated a revenge history –that is motivated by Risso’s wife infidelity- in which underlies the unconscious wish of self-destruction. The main character separates of his wife when he discovers her infidelity, but what it could be understood as the end, it is just the beginning for a new complex relationship: Form the distance, Risso continues getting new evidences of his wife infidelity, what increases his contradictory feeling of love-hate:

“Risso builds his interpretation with perseverance, that abjection that he changes as a sign of love, proves something like an unconscious wish of self destruction(...) that is just and simply the suicide (...)” (Benedetti, 1995 a)

3) Finally it is important to point that cultural typographic nature –as a way- is the perfect instrument for the develop of any sort of understanding learning where the fundamental is not memorizing information, but to catch the meanings included in a text that is used, in an anthropological point of view, as a scope where the anthropologist goes together to the author (Geertz, 1989). Such as in health, such as in illness, there are situations in which they are implied, sometimes in a difficult way to separate, physiologic and cultural patterns (Malinowski, 1984), this situations are by them selves , cultural issues susceptible of seek; above all if we leave from cultural concept large and generous, understanding it as all the behaviours of a group of people (behaviours that in any way, are the ones that influence in determined health-illness levels).

By its own nature and goals, this kind of research imply the claim of the written text, in an historic moment in which the decadence of the ways and uses of the Gutemberg’s Galaxy is loudly announced.

This is this way, because the fragmented and easy changing thought that are encouraged by the immerging and powerful silicon galaxy doesn’t help at all neither the goals, neither the methods that used in this search. In the forties, Salinas warned the North Americans about the fragmentable thought influenced by the journal corporations which is every time more worried about showing the news in a more sensational, quickly, and short way in as less space as possible (Salinas, 1981: 402-415). In the other hand, Ong thinks that reading do not only help to understand the experiences of the others, but above all, the self search and the being internal knowledge, and he states that the Calvinistes developed sooner their capacity for the self search, that later was so related with psychoanalyze universe (Ong, 1987). For other authors the audiovisual media show unspecific messages that are not able to separate the personal situations of their recipients. They are messages for everyone which doesn’t have the aim of being able to be asimilated because of their fragmented character (Postman, 1991). Even some specialists about this scope that are more pessimists, have to state the thought extremly state of damage because of the



raising of cultural system monopolized by the image:

“(…) It cannot be said that the image is more important than the idea, when the idea doesn’t exist. We are not just attending to image victory, but to the empty thought (…)” (Daniel, 1994).

It is undoubtable that the written text in its traditional style (paper, book…) helps as any other media to understand the difficult situations in the health-illness interval, what constitutes the best way to find the meanings that take part in the develop of these situations where the complex detail structure that compose the reality is checked, making more easy the interpretation of its process; interpretation that is always the reality lived by the individual explanation:

“I am, my-self, hardly thirty-nine years old, a disnea veteran. To breath with difficulty says the dictionary, but the dictionary can’t explain the details. When one first feels that difficulty, one thinks that his lastest hour has arrived, of course. After, that becomes common, it is known that after that false, last gasp; it will come the saving breath and one will stop getting anxious, one will stop scratching the sheeps (…)” (Benedetti, 1995b: 85-94).

METHODES

The work has been developed through text content analyse (Gicquel, 1982) following the orienta-

tions given by the narrative ethnology, (Geertz, 1989; Benner, 1992), experience interpretations techniques (Josselson & Liebblich 1995) and the phenomenology (Blumer, 1982; Riehl Sisca, 1992). The materials have been compound by several works from Benedetti, where we can name: “La muerte”, “El fin de la disnea”, “Datos para el viudo”, “Mis amnesia”, “Péndulo”, “Réquiem con tostada”, “El altillo”, “Musak” and others; and several books from Octavio Paz. “Itinerario”, “El laberinto de la Soledad”, “Obra Poética”, “El Peregrino de su Patria”... In concordance with the objective, mainly it has been tried to put in practice the specific learning procedures starting from a learning concept in which it is considered as an active one where the thought, the previous knowledges and the perception are applied with three goals: the phenomena-situation explanation- comprehension, to help for the specific behaviour change and finally the problem resolution (Peplau, 1996: 439). Basicaly, the used procedure consists in the meanings and experiences observation contented in tales. It has different phases:

- Individual reading in detail, of the text, through the observation of the happenings in the different situations of the narration.

- Short description of the situations observed in the reading.

- Data analyse comparing the ones with the others in groups: homogeneity-heterogenity, familiarity-novelty; content detarmination and themes included in the situations observed during the lecture.

- The conclusions creations must be made using proper techniques in the group dynamics to avoid the parataxic and overcoming the reader experencial limits thanks to the group interaction. In this phase it must be made as exactly as possible the happenings essence in every work, what imply to extract the meanings, and at the same time, to evidence of every active and experencial learning understanding.

RESULTS AND DISCUSION

One of the problems detected in the method application the influence of the parataxic interpretation that consists in the happenings interpretation in the text –the new situations- only in terms of

lived experiences by the reader. As well, the main handicap that interferes the work made in the in the conclusions phase (meanings extractions), it has been in the tendency of extracting the experience meanings in a stereotype way, must be overcome, as it has been told before, by means of the interaction of the different members of the group.

AN EXAMPLE OF METHODOLOGY APPLIED IN OCTAVIO'S AND BENEDETTI'S WORK

- It can be described shortly *Mis Amnesia*, as a tale with a circularity stood where, fatally, the repetition predominates in the same experience that always finish forgetting that girl surrounded by pigeon that she keeps asleep in the garden, waking up as an innocent after and, thanks to the lose of memory, she falls in Felix's hands, a middle-aged handsome man, smart and combed to the detail.

- If we analyse *Mis Amnesia* development, it can be appreciated a certain parallelism between the illness concept, that historically has been mistaken with the sin, and the waste of honor or the virginity, which has an important position in the deadly sins. The woman must forget the sin, the illness, to feel her-self clean and healthy and to fall in the same fiddle with a new freshness and naturality.

The smart Félix Roldán violent and sudden attack and the no less surprising and effective answer from the girl, it is in essence, the partial execution of an eternal sentence: the repetition of the same scene by the same characters.

- In the extraction of meanings phase the next conclusions were reflected: life is a cycle that is always repeating itself in the sense that we are born, we grow up and finally we die. No one can run away from any of these phases, that absolutely and fatally all the people must do, although to forget above all, the last one is tried. The illness as a life alteration is something to forget. The ill person is not isolated, the ill person does his best to forget his illness, isolate it to become free and to come back to the world of health become a healthy amnesic. To forget the illness, the sin, the dark side of everyone is a way to survive whose part of happiness is directly proportional to the lost in thought, unconciessness, and forget capability.

"The North Americans are credulous and we are believers; they love fairy tales detective stories and we love myths and legends," he wrote. "The Mexican tells lies because he delights in fantasy, or because he is desperate, or because he wants to rise above the sordid facts of his life; the North American does not tell lies, but he substitutes social truth for the real truth, which is always disagreeable."

"We get drunk in order to confess; the get drunk in order to forget," he added. "We are suspicious and they are trusting. We are sorrowful and sarcastic and they are happy and full of jokes. North Americans want to understand and we went to contemplate."

He noted that while Mexicans enjoy their wounds, North Americans enjoy their inventions. They believe in hygiene, health, work, and contentment, but perhaps they have never experienced true joy, which is an intoxication, a whirlwind. In the hubbub of a fiesta night our voices explode into brilliant lights, and life and death mingle together, while their vitality becomes a fixed smile that denies old age and death but that changes life to motionless stone" (Miguel Pérez. 1998 Hispanic Link News Service).

As a resume we can state that Octavio ("Itinerario", "Laberinto de la Soledad", "Obra Poética"...) often used the idea in his works of getting out of the loneliness, the sadness, the existential empty and the meaning of life. This search is made by silence, feelings repression, the joy in the fiestas and death. Expressions that don't allow to the Mexicans but to the whole humanity. We are alone. The loneliness, the place where the sadness comes from, started the day when we were born and removed from our mothers, the day when we fell in a strange, hostile world. We have fallen; and this fall, the fact of knowing that we have fallen makes us feel guilty. Why? Because of a crime without name: to be born. He uses the criticism as an instrument to bring to the light the absolute hypocrisy and to report the crimes "I discovered that the revolution was the criticism son and that the absence of criticism murdered the revolution". In Benedetti's work, the characters re consider their lives from the new situations and try to adapt themselves to them by creating new meanings which are

inspired in diverse facts: from the most insignificant happenings (heat, light of the sun or shape of the clouds perception in "La Muerte") to the most transcendental ones (relationship with relatives). The adaption capability is appreciated in "El fin de la disnea", where in a creative way, the physiologic disfunction becomes a distinction element, anyway, illness leads to a way of life. In "Puntero izquierdo" the soccer player uses his convalescence for reflection, what ease the search of the meaning of life, the new situation and to restructure the future. Something similar happens to the main character in "Ganas de Embromar" after a terrorist attack. The sentence that a doctor friend of him makes, in a fatal diagnosis way, is going to imply for Mario a situation in which he is going to question all of his life. In "Aquí se respira bien" the son disappointed because of the father model patterns faded away, makes him feel insecure when he needed it more, just before leaving, finishing the story in a cross of feelings where sorrow and the shame continue present.

CONCLUSIONS

As a final resume it is important to name the following conclusions :

- Thanks to the method used in this work, it has been possible to get the goal of making profit of Benedetti's and Octavio's work as a meaning seeds bag in the health-illness situations and with its only use, we can get encouraging consequences in two senses: the students introduction to the active reading and the use of literature in aspects not very usuals .

- With these kind of methods we can organize situations that, although they are usually classified as clinical, they are in essence human experiences.

- Independently to the concret goals in this kind of research, the use of texts, tales or poems as communication meanings mechanisms can contribute to slow the isolation process of itself that is taking place in the classrooms.

BIBLIOGRAPHY

- BARTHES, R. (1986) Lo obvio de lo absurdo. Paidós, Barcelona.
- BENEDETTI, M. (1984) Poemas de oficina. Poemas de hoy por hoy. Visor, Barcelona.
- BENEDETTI, M. (1955-1985) Inventario: Poesía

Completa. Visor, Madrid.

- BENEDETTI, M. (1986) Cuentos Completos. Alianza, Madrid.
- BENEDETTI, M. (1991) La realidad y la palabra. Destino, Barcelona.
- BENEDETTI, M. (1993) La hora del café. Destino, Barcelona.
- BENEDETTI, M. (1995 a) El ejercicio del criterio. Alfaguara, Madrid.
- BENNER, P. (1992) The role of narrative experience and community in ethical omportment. *Advances in Nursing Science* 14/2: 1-21.
- BLUMER, H. (1982) El interaccionismo simbólico. Hora, Barcelona.
- COLLIÈR, M. (1989) Utilización de la antropología para abordar situaciones de cuidados. *Rol*, 179-180: 17-25.
- CORBI, M. (1983) La necesaria relatividad cultural de los sistemas de valor humanos, mitologías, ideologías, ontologías formaciones religiosas: análisis epistemológico de las configuraciones axiológicas humanas. Ediciones Universidad de Salamanca, Salamanca.
- CHAMIZO, C. (1996) Paulina. Síntesis, Madrid.
- DANIEL, J. (1994) Berlusconi: ¿posible en la otra parte? *El País*, 9, Abril.
- FAULKNER, W. (1982) El sonido y la furia. Ediciones Orbis, Barcelona.
- FRANZINA, E. (1992) Autobiografías y diarios de emigración: experiencia y memoria en los escritos de emigrantes e inmigrados en América entre los siglos XIX-XX. *Revista de Historia Social*, 14, 121-141.
- GEERTZ, C. (1994) Conocimiento local: ensayos sobre la interpretación de las culturas. Paidós, Barcelona.
- GEERTZ, C. (1989) El antropólogo como autor. Paidós, Barcelona.
- GILBERT, H. (1992) El protocolo compasivo. Tusquets, Barcelona.
- GONZÁLEZ HERNÁNDEZ, A. (1989) Tres enfoques para un problema: análisis comparativo de un debate disciplinar. Nau-Libres, Valencia.
- GONZÁLEZ, A. (1994) A propósito de la intertextualidad. *ABC*, 22:2.
- GRUPO DE AUTOAYUDA "EL CIENPIÉS" (1992) El Cienpiés: Cartas entre nosotros. Consejería de Salud. Comunidad de Madrid, Madrid.
- JOSSELSON, R. & LIEBLICH, A. (1995) Interpreting experience. *The Narative Study of Lives*. Towson State University/ University of Jerusalem, Maryland.
- JULIE (1988) Confesión de una drogadicta. Sal Terrae, Santander.
- JÜNGER, E. (1995) Sobre el dolor. Tusquets, Barcelona.
- MALINOWSKI, B. (1984) Una teoría científica de la cultura. Sarpe, Madrid.
- ONG, W. (1987) Oralidad y escritura. Tecnologías de la palabra. Fondo de Cultura Económica, México.

- PALAZÓN, F. (1991) El educador ¿Tecnólogo o investigador? *Anales de Pedagogía*): 197-241.
- PAZ, O. (1978) *Avances*. Fundamentos, México.
- PAZ, O. (1980) *Chillida*. Ed. 62, Barcelona.
- PAZ, O. (1985) *Antología poética*. Círculo de lectores, Barcelona.
- PAZ, O. (1990) *Árbol adentro*. Seix Barral, Barcelona.
- PAZ, O. (1990) *El ogro filantrópico*. Seix Barral, México.
- PAZ, O. (1990) *Hombres en su siglo*. Seix Barral, Barcelona.
- PAZ, O. (1990) *In-mediaciones*. Seix Barral, Barcelona.
- PAZ, O. (1990) *La búsqueda del cominzo: escritos sobre el surrealismo*. Fundamentos, México.
- PAZ, O. (1991) *La búsqueda del presente: fraternidad con la naturaleza*. Círculo de Lectores, Barcelona.
- PAZ, O. (1990) *La otra voz: poesía y fin de siglo*. Seix Barral, Barcelona.
- PAZ, O. (1990) *Las peras del olmo*. Seix Barral, Barcelona.
- PAZ, O. (1990) *Pequeña crónica de grandes días*. FCE, Madrid.
- PAZ, O. (1991) *La casa de la presencia*. Círculo de Lectores, Barcelona.
- PAZ, O. (1991) *Conjunciones y disyunciones*. Seix Barral, Barcelona.
- PAZ, O. (1991) *Convergencias*. Seix Barral, Barcelona.
- PAZ, O. (1991) *Cuadrivio*. Seix Barral, Barcelona.
- PAZ, O. (1991) *Excursiones, incursiones*. Círculo de Lectores, Barcelona.
- PAZ, O. (1991) *Fundación y disidencia*. Círculo de Lectores, Barcelona.
- PAZ, O. (1991) *Generaciones y semblanzas*. Círculo de Lectores, Barcelona.
- PAZ, O. (1991) *Ideas y costumbres*. Círculo de Lectores, Barcelona.
- PAZ, O. (1992) *Elogio de la negación*. Círculo de Lectores, Barcelona.
- PAZ, O. (1993) *El peregrino de su patria*. Círculo de Lectores, Barcelona.
- PAZ, O. (1993) *Lévi-Strauss o el nuevo festín de Esopo*. Seix Barral, Barcelona.
- PAZ, O. (1994) *Itinerario*. Seix Barral, Barcelona.
- PAZ, O. (1996) *El laberinto de la Soledad*: Postdata. FCE, Madrid.
- PAZ, O. (1996) *Mutra, Kavya: 25 epigramas*. Círculo de Lectores, Barcelona.
- PAZ, O. (1997) *El mono gramático*. Planeta, Barcelona.
- PAZ, O. (1997) *Chuang-tzu*. Siruela, Madrid.
- PAZ, O. (1997) *La llama doble: amor y erotismo*. Seix Barral, Barcelona.
- PAZ, O. (1998) *Apariencia desnuda: la obra de Marcel Duchamp*. Alianza, Madrid.
- PAZ, O. (1998) *El arco y la lira*. SAPE, México.
- PAZ, O. (1998) *Delta de cinco brazos*. Galaxia Gutenberg, Barcelona.
- PAZ, O. (1998) *Ladera este; seguido de Hacia el comienzo y Blanco (1962-1968)*. Galaxia Gutenberg, Barcelona.
- PAZ, O. (1998) *Libertad bajo palabra*. SAPE, México.
- PAZ, O. (1998) *Los hijos del limo*. Seix Barral, Barcelona.
- PAZ, O. (1998) *Obra Poética (1935-1988)*. Seix Barral, Barcelona.
- PEPLAU, H. (1996) *Teoría interpersonal en la práctica de Enfermería*. Masson, Barcelona.
- POSTMAN, N. (1991) *Divertirse hasta morir. El discurso público en la era del Show Business*. La tempestad, Badalona.
- RIEHL-SISCA, J. (1992) *Modelos Conceptuales de Enfermería*. Doyma, Barcelona.
- SACKS, O. (1997) *Un antropólogo en Marte*. Anagrama, Barcelona.
- SALINAS, P. (1981) *El defensor*. Taurus, Madrid: 402-415.
- SAMPEDRO, R. (1996) *Cartas desde el infierno*. Planeta, Barcelona.
- SILES, J. (et al) (1993) *Las alteraciones de las situaciones de la vida cotidiana en los enfermos terminales a través del análisis de textos: un modelo simulado para las prácticas con el proceso de enfermería*. *Enfermería Científica* 131: 4-9.
- SILES, J., GARCÍA, E. (1995): *Las características de los paradigmas y su adecuación a la enfermería*. *Enfermería Científica* 160/ 161: 10-15.
- SILES, J. ET AL (1997) *Por una rentabilización pedagógica en la obra de Benedetti: etnología narrativa y situaciones vida-salud*. *Cultura de los Cuidados*, I-1: 17-24
- SILES, J. (ed.) (2000) *Antropología narrativa*. CECO-VA, Alicante.
- SONTAG, S. (1985) *La enfermedad y sus metáforas*. Muchnik, Barcelona.
- VALVERDE, J. M^a (1994) *Hamlet*. RBA Editores, Barcelona.
- WATSON, S. (1991) *An analysis of the concept of experience*. *Journal of Advanced Nursing* 16: 1117-1121.
- WILSON- THOMAS, L. (1995) *Appying Critical Social Theory in nursing education to bridge the gap between theory, research and practice*. *Journal of Advanced Nursing* 21: 568-575.
- ZORN, F. (1991) *Bajo el signo de Marte*. Anagrama, Barcelona.

TEORÍA Y MÉTODO

PROBLEMAS DE ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL DE MADRES DE NIÑOS PORTADORES DE SÍNDROME DE DOWN

Allyne Nóbrega Fortes

Licenciada en enfermería por la Universidad Federal de Ceará

Marcos Venícios de Oliveira Lopes

Enfermero, Doctor en Enfermería, Profesor Adjunto del Departamento de Enfermería de la Universidad Federal de Ceará, Fortaleza-Ceará, Brasil.



PSYCHO-SOCIAL ADAPTATION PROBLEMS IN MOTHERS OF CHILDREN CARRYING DOWN SYNDROME

SUMMARY

This descriptive study analyses possible psycho-social problems for mothers of children carrying Down Syndrome. It was carried out in a Treatment and Early Stimulating Unit in a Brazilian university. A structured outline of interviews was prepared for data collecting, and applied to a group of 13 women with children carrying D.S. regularly attending the unit. All behaviors were codified and grouped according to common adapting difficulties recorded by Callista Roy. Being the 'self-assessment' the commonest problem in all of them. Bio-psycho-social impairments were identified in those women not only for

the D.S. diagnosis suffered from their children but for a certain fear to society pre-concept. The lack of knowledge and information about the illness as well as the paramount importance of an early stimulation and treatment contributed to magnify those adapting problems. The conclusion the study presented was there is a compensating adapting level of self-assessment in the analyzed women.

Key words: Down Syndrome, adapting problems, nursing theory.

RESUMEN

Estudio de descriptivo que objetivó analizar los problemas de adaptación psicosocial de madres de niños portadores de Síndrome de Down. Fue desarrollado en un servicio de tratamiento y estimulación precoz, de una universidad brasileña. Fue utilizado un guión estructurado de entrevista para recogida de datos, aplicado en un grupo formado por 13 mujeres que poseen hijos portadores de este síndrome acompañados en el referido servicio. Los comportamientos fueron codificados y agrupados con base en los problemas comunes de adaptación presentados por Callista Roy. Se constató que los problemas de adaptación se concentran en el modo del autoconcepto. Se verificó que los trastornos biopsicosociales identificados en estas mujeres fueron causados tanto por el diagnóstico del Síndrome de Down, que acometió sus hijos, cuanto por el miedo del preconcepto. La carencia de conocimiento sobre la enfermedad

y la importancia del tratamiento y de la estimulación precoz también aportó para la manifestación de esos problemas de adaptación. Se concluye que las mujeres presentaban nivel de adaptación compensatorio en su autoconcepto.

Palabras clave: Síndrome de Down, Adaptación, Teoría de Enfermería

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Down puede ser definida como una alteración genética, específicamente debido a una trisomía en el grupo G del cromosoma 21. En el caso del Síndrome de Down, ocurre un error en la distribución y, al revés de 46, las células reciben 47 cromosomas. La trisomía 21 simple o padrón se caracteriza por la condición en la cual la persona posee 47 cromosomas en todas las células. La segunda clase, la trisomía mosaico, es definida como la alteración genética que compromete apenas parte de las células, o sea, algunas células tienen 47 y otras tienen 46 cromosomas. Existe aún la trisomía por traslocación, en la cual el cromosoma extra del par 21 se queda adherente a otro cromosoma. En ese caso, aunque el individuo tenga 46 cromosomas, es portador del Síndrome de Down (Jorde, 1999).

Esas modificaciones en el genotipo generan características semejantes entre los portadores de tal deficiencia, tornándolos diferentes de las demás

personas consideradas normales. Los portadores de esta alteración cromosómica tienen trazos característicos a su condición como: cráneo pequeño, achatado antero-posteriormente, faz lisa, rostro redondeado, malares salientes, nariz pequeña, debido a hipoplasia de huesos faciales y nasales, ojos diminutos con presencia de epicanto, iris con manchas de Brushfield, orejas menores que los niños normales, palato en ojiva, labios groseros y macroglosia, aumentando la desproporción con la boca relativamente pequeña, anormalidad en los dientes permanentes, piel blanda y floja, presentando pliegues, principalmente en el cuello. Los dedos cortos y groseros al lado del alongamiento de la palma de las manos. Encurvamiento de la última falange del dedo mínimo y pliegue simiesco. Los órganos genitales son de pequeño tamaño, pudiendo haber displasia de pelve. Hay hipotonía muscular con aumento de elasticidad articular. Defectos cardíacos e intestinales son frecuentes, allende infecciones repetidas del aparato respiratorio y nanismo (Behrman, R. E., Kliegman, R. M., & Jenson, H. B., 2002; Lima, 1997).

Se sabe que problemas durante la gestación como crisis emocionales, traumas mecánicos, o mismo el uso de drogas, no son causadores de esta alteración, ya que la misma es de naturaleza genética, desarrollada después de la fecundación.

El Síndrome de Down ocurre, en Brasil, en la proporción de un en 600 nacimientos, estimándose así, cerca de ocho mil nuevos casos anualmente, no habiendo aún cura para tal anomalía, sino, tratamiento sintomático, allende programas de estimulación precoz y de apoyo al deficiente (Ministerio de la Salud, 1994).

Delante de la certeza de no cura, de los trazos diferenciados y de las características inherentes a los portadores del referido síndrome, millares de mujeres, a cada año están sujetas a vivir la frustración por no tener un hijo que pertenezca a los padrones usuales de salud y semejante a los demás niños. El chasco seguido de labilidad emocional es inevitable a la mayoría de esas madres que son informadas de que sus niños son especiales, ya que este síndrome viene acompañada de la carga social que atribuye a su hijo un status de ser inferior, menos capaz, anormal con relación a los demás. Para la madre, que engendró este niño, en el



momento en que es informada que su hijo posee tal síndrome, se queda el miedo de ser culpada, juzgada por ser genitora de algo tan diferente y condenada a cuidar, educar, proteger y amar a su hijo muchas veces sin apoyo.

De esa forma, es notada la importancia del desarrollo de acciones que suministren mayor apoyo y ajustamiento de esas mujeres a su nueva condición, considerando que son ellas que irán a necesitar mayores informaciones, estabilidad mental, espiritual y afectiva para proporcionar a sus hijos una mejor calidad de vida bajo sus atenciones.

Caso no haya soporte y apoyo a la esta madre, la misma puede reaccionar de manera ineficaz la esta situación y, por fin, comprometer su bien estar mental, físico y social y consecuentemente el cuidado que ofrece a su hijo.

Por comprender qué las madres viven, comparan y acompañan el desarrollo de sus hijos, este estudio considera importante identificar los problemas de adaptación psicosocial que el Síndrome de Down causa a estas mujeres. Asimismo, es posible desarrollar un método de asistencia específico para tal grupo de personas, de acuerdo con los problemas de adaptación encontrados, mejorando, por tanto, su calidad de vida y, consecuentemente la calidad del cuidado prestado por ellas a sus hijos.

Con base en este contexto, objetivamos analizar los problemas de adaptación psicosocial de madres de niños con Síndrome de Down, visando aportar para la mejoría del cuidado prestado a esa población.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo, con análisis cualitativo que tuvo como foco los problemas de adaptación de madres de niños portadoras de Síndrome de Down. Este tipo de trabajo tiene como finalidad proporcionar una aproximación con el fenómeno estudiado, así como una mayor percepción acerca del asunto, bien como su exposición detallada. En ese tipo de pesquisa, los hechos son registrados, clasificados e interpretados, sin que el pesquisador interfiera en las informaciones logradas (Cervo & Bervian, 1983; Andrade, 1998).

La pesquisa fue desarrollada en núcleo de tratamiento y estimulación precoz, vinculado a una

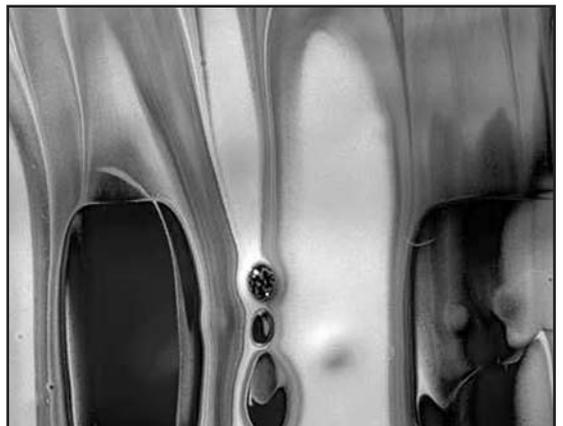
maternidad-escuela de la Universidad Federal de Ceará - Brasil. Este centro es compuesto por profesionales como enfermeros, médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionales y asistentes sociales; que ofrecen servicio a niños portadores de déficit neurológico, motor o cognitivo.

Normalmente son las madres que acompañan esos niños a las consultas realizadas en este núcleo. Las mismas pueden participar de las sesiones terapéuticas como también pueden se quedar en la antesala. No existen, sin embargo, grupos de autoayuda entre esas madres o encuentros pre-establecidos junto a los profesionales de este local para un posible acompañamiento a las mismas.

El grupo investigado fue constituido por 13 madres de niños portadoras de Síndrome de Down, las cuales fueron seleccionadas obedeciendo al criterio de accesibilidad, no dependiendo de color, raza, procedencia, religión, edad o nivel socio-económico cultural.

Fue utilizado como instrumento de recogida de datos un guión estructurado de entrevista. Por medio de la entrevista, fue posible lograr una percepción inicial sobre las respuestas causadas por el hecho de su hijo ser portador del Síndrome en cuestión (Nanda, 2000).

El guión utilizado en la entrevista fue basado en un material desarrollado para la aplicación de los Modelos Conceptuáis del Proceso de Enfermería (Christensen & Kenney, 1995). Este guión fue compuesto por preguntas específicas dirigidas al Modelo de la Adaptación de Roy, en este caso, dirigidas a los modos de adaptación psi-



cosocial. La entrevista fue compuesta de una primera parte de datos de identificación; las cuestiones conductivas de la recogida de datos fueron del tipo abiertas a fin de posibilitar un mayor ahondamiento acerca de la tema.

La recogida de datos ocurrió simultáneamente a los servicios de los hijos de las participantes por los profesionales del núcleo, en febrero de 2004. Antes de la realización de cada entrevista hubo la identificación de la pesquidora a la entrevistada y una explicación previa sobre el trabajo en cuestión. Subsiguiente a eso ocurrió la firma del término de consentimiento por parte de cada participante, autorizando por medio de esta la obtención y la utilización de sus informaciones. Las participantes de la pesquisa fueron debidamente aclaradas en cuanto a la finalidad del estudio, en cuanto a la importancia de su participación en el mismo, y en cuanto a la garantía de su anonimato.

Los datos fueron organizados con base en el análisis del contenido, específicamente el análisis temático que incluyó cinco momentos. En el primer momento fue hecha la escucha, transición y lectura exhaustiva de cada entrevista. Lo según momento fue caracterizado por la codificación de los comportamientos identificados en cada entrevista. En el tercer momento fue hecha la agrupación de estos códigos, teniendo como base los diagnósticos referentes a los problemas de adaptación. Se utilizó como base las respuestas humanas encontradas en la taxonomía de la NANDA. El cuarto momento incluyó la organización de los diagnósticos de acuerdo con cada modo de adaptación psicossocial. En el quinto momento fue hecha la discusión de las categorías de acuerdo con los conceptos presentados en el modelo de la adaptación de Roy.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los problemas de adaptación identificados son relacionados predominantemente al Modo del Autoconcepto, siendo encontrados en este modo las siguientes respuestas humanas:

- Estrategias Defensivas de Resolución Individual;
- Disturbio de Autoestima;
- Enfrentamiento Individual Ineficaz;
- Miedo;
- Negación Ineficaz.

Con relación a la respuesta humana Estrategias Defensivas de Resolución Individual, la mujer proyecta una autoevaluación falsamente positiva, autoprotectora que la defiende contra amenazas externas como puede ser observado en las declaraciones a continuación:

“Por cuenta de mi problema, me torné una persona muy atrancada para el mundo, hablo lo que pienso solo para mí. Ni a mío esposo yo desahogo”. (Entrevistada 1)

“Al inicio yo no quería salir, evitaba las otras personas. Yo se quedaba adentro de casa y no quería que los otros a viesen; quisiera esconder la niña para siempre”. (Entrevistada 4)

“Luego cuando ella nació, no pasé el hecho para mi esposo. Después de un mes yo hablé, conversé con él”.(Entrevistada 10)

Todos esas declaraciones caracterizan tentativas de autoprotección contra amenazas como la culpa, el preconceito y la soledad. Algunas madres demuestran comportamientos defensivos como lo de autojustificación a través de la cual intentan comprobar que no cometieron error alguno y que por eso su hijo debía ser normal. Hay mujeres que hacen uso del recogimiento manifestando: retracción, prefiriendo guardar a sí sus problemas ya que no consiguen expresar sus emociones, sentimientos, fragilidad. Otra forma de autoprotección demostrada fue la acción de esconder el hijo con el intento de protegerlo del preconceito, de las preguntas, de las miradas curiosas.

Otra respuesta humana encontrada fue Disturbio de Autoestima, aún inserida en los problemas de autoconcepto. Ésta es caracterizada por expresiones de culpa y vergüenza, incapacidad; verbalización autonegativa (Nanda, 2000). Fue relatado por apenas una de las entrevistadas.

“Digo cosas que no debo para mi hija, me condeno demás. Me pregunto por qué yo no morí a la hora del parto. (...) Soy aún subvertida con la enfermedad de ella (...) Necesito ocupar mi mente. Me siento inútil”.(Entrevistada 8)

Sentimientos como inseguridad, incapacidad y culpa, hacen que esta mujer continúe desarrollando estrategias defensivas, perjudicando así su proceso de adaptación.

Algunas mujeres presentaron Enfrentamiento Individual Ineficaz que es definido como siendo la

incapacidad de desarrollar una evaluación eficaz de los agentes estresores, escogiendo inadecuadamente las respuestas practicadas (Nanda, 2000). El relato a continuación es un ejemplo disto:

“Quiso rechazar ella en el comienzo. Pasé más de dos meses llorando todos los días que yo miraba a ella, pensé en donarla (...) Pero mi hija más vieja me convenció a quedarse con ella: ‘Madre, ella no tiene culpa de haber nacido así’”. (Entrevistada 4)

El rechazo inicial fue posteriormente superada, después el establecimiento de un sistema de soporte, aquí representado por la familia, el cual aportó para satisfacer la necesidad de aceptación por parte de esta madre.

Fue encontrada también la respuesta humana Miedo, la cual fue destacada como Miedo del preconcepto, siendo citadas como situaciones desencadenantes el miedo de salir de casa, el miedo que las personas dirían a su hijo y qué eso causaría a él.

“Ellos siempre miraron diferente y aún miran así hasta hoy. En el comienzo yo ni salía en la calle con mi hijo. Tenía miedo que las personas percibiesen qué él tenía Down y comentasen, eso me aquejaría”. (Entrevistada 01)

Otra respuesta humana encontrada relacionada al modo del autoconcepto fue Negación Ineficaz que es definida como una tentativa consciente o inconsciente de recusar el conocimiento o sentido de un evento (Nanda, 2000). Esta respuesta humana fue expresada por comportamientos como: duda, bargaña y no-aceptación, identificados en las declaraciones a continuación:

Nadie dice que ella tiene nada (...) A veces yo aun dudo que ella tiene Down, a causa de sus actitudes. (Entrevistada 07)

“Hice mucha promesa para mi hijo tener salud y ser un niño normal. Tengo muchas aún impagadas. Por eso no peluqueo de él, iré a cortar solo cuando él tenga cuatro años”. (Entrevistada 1)

“Yo siempre creía que él no tenía nada de más, negaba que él pudiese tener el síndrome”. (Entrevistada 2)

La madre duda del diagnóstico o intenta encontrar en su hijo alguna evidencia que ofrezca la esperanza de que él no posea realmente el síndrome. Este comportamiento también surge de la carencia de conocimiento por parte de esas madres

que no consiguen percibir el potencial de desarrollo de sus hijos.

En el modo de autoconcepto, fueron identificadas cinco respuestas humanas básicamente relacionadas al diagnóstico del síndrome en sí y al miedo del preconcepto por parte de esas madres. Algunas mujeres manifestaron comportamientos defensivos como esconder el hijo y recogerse adentro de su casa. Percibimos qué algunas madres no lograron enfrentar la situación de manera eficaz y que algunas hicieron uso de la negación como tentativa autoprotección.

El Modo de Interdependencia enfoca las relaciones recíprocas de ofrecer y de recibir afecto, respeto y valor (Lopes, Araújo & Rodrigues, 1999). Las relaciones interpersonales son visas, en este modo, como un significativo sistema de soporte, a través de lo cual el individuo puede si desarrollar y ser edificado (Costa, 2001).

En este modo de adaptación fue identificada la respuesta humana Interacción Social Perjudicada, en la cual el individuo comparte de relaciones insuficientes o exageradas o de una calidad no efectiva de cambio social (Nanda, 2000).

“Me torné una persona violenta. Suelo no ser, pero cuando alguien habla de mi hijo, me quedo violenta y brego mismo (...) Aún sufro muy preconcepto”. (Entrevistada 12).

Solo de imaginar que uno fuese a mirar diferente para mi hijo, eso me enojaba. (...) Aún existen los comentarios llenos de cuita. Eso me aburre, me quedo el día entero para bajo”.

 (Entrevistada 9)

En cuanto al modo de interdependencia, fue identificado apenas una respuesta humana, y ésta fue demostrada en trechos de entrevista donde se observó que los problemas de adaptación referentes a este modo están íntimamente relacionados al preconcepto social.

En el modo de desempeño de papeles, la salud y la enfermedad pueden interferir a la medida que cada papel solo existe con relación al otro, y estas condiciones pueden reflejar directa o indirectamente en la función que el individuo ejerce (Costa, 2001). En este modo fue identificada la respuesta humana Control Ineficaz del Régimen Terapéutico Familiar, que puede ser ejemplificada en el relato a continuación:

“Empecé el tratamiento cuando ella tenía a eso de tres meses, pero desde el año pasado que no vamos más allá, estoy en el fin del embarazo y no puedo salir de casa”. (Entrevistada 11)

Fue percibido qué el real motivo de la suspensión del tratamiento fue la carencia de conocimiento de esta madre acerca de la importancia del tratamiento para el desarrollo de su hijo, ya que este niño no comparece al servicio hay un año. El trecho siguiente es un ejemplo disto:

“Resistí mucho en traerla. Sólo vinimos a empezar el tratamiento cuando ella tenía un año. Y solo aquí recibí todas las informaciones que era Down y de como cuidar del bebé”. (Entrevistada 4)

Por la declaración anterior se percibe la incapacidad de estas madres en controlar el régimen terapéutico de su hijo. Se observó que esto fue influenciado por la falta de informaciones por parte de estas madres sobre la enfermedad del hijo y sobre como el tratamiento y la estimulación precoz son importantes para el desarrollo de este niño.

CONSIDERACIONES FINALES

Percibimos qué los trastornos biopsicosociales identificados en estas mujeres fueron causados tanto por el diagnóstico del Síndrome de Down, cuanto por el preconceito. La carencia de conocimiento sobre la enfermedad y sobre la importancia del tratamiento y de la estimulación precoz también aportó para la manifestación de estos problemas de adaptación.

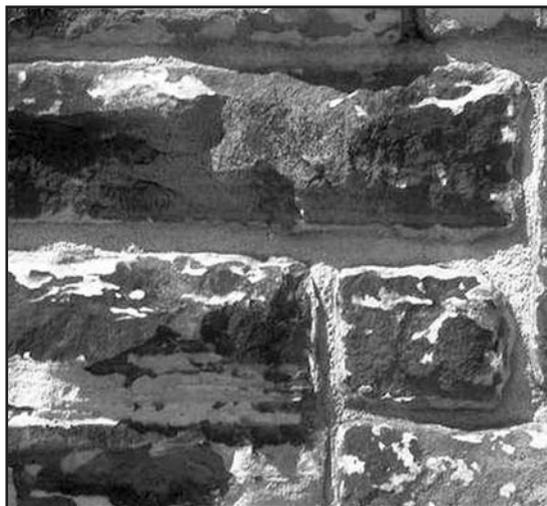
La familia y el cónyuge fueron los principales sistemas de soporte y éstos fueron importantes para el enfrentamiento de la situación por parte de esas madres. Hemos Percibido también que cuando estos sistemas de apoyo no logran desempeñar su función de soporte, el proceso de adaptación de esa mujer es perjudicado. Notamos que la madre tiende a percibirse cómo el otro significativo para su hijo, justificado por la percepción del hijo como deficiente y que requiere mayor cuidado y dedicación.

Concluimos que el Síndrome de Down, por ser una enfermedad congénita inesperada e irreversible, causa grandes transformaciones en la vida de estas madres. De esta forma, los profesionales que dan soporte a esas mujeres tienen grande responsabilidad en su proceso de adaptación, visto que son

las mayores fuentes de informaciones para esas madres. La asistencia de enfermería debe ser apurada a fin de minimizar los trastornos biopsicosociales causados por el Síndrome de Down.

BIBLIOGRAFÍA

- ANDRADE, M. M. (1998). Introdução à metodologia do trabalho científico. Atlas, São Paulo.
- BEHRMAN, R. E., Kliegman, R. M., & JENSON, H. B. (2002). Tratado de Pediatría. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro.
- CERVO, A. L., & BERVIAN, P. A. (1983). Metodologia Científica. McGraw-Hill, São Paulo.
- CHRISTENSEN, P. J., & KENNEY, J. W. (1995). Nursing Process: Application of Conceptual Models. Mosby, Missouri.
- COSTA, J. N. (2001). Estudo das repercussões psicossociais da mastectomia à luz da teoria de Roy. Uece, Fortaleza.
- JORDE, L. B. (1999). Genética Médica. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro.
- LIMA, A. (1997). Pediatría Essencial. Atheneu, São Paulo.
- LOPES, M. V. O., ARAÚJO, T. L., & RODRIGUES, D. P. (1999). A relação entre os modos adaptativos de Roy e taxonomia de diagnósticos de enfermagem da NANDA. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 7(4), 97-104.
- MINISTÉRIO DE LA SALUD – BRASIL (1994). Informações sobre a síndrome de Down: destinadas a profissionais de unidades de saúde. Programa Nacional de Atenção à pessoa portadora de deficiência, Brasília.
- NANDA. (2000). Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação. Artes Médicas Sul, Porto Alegre.

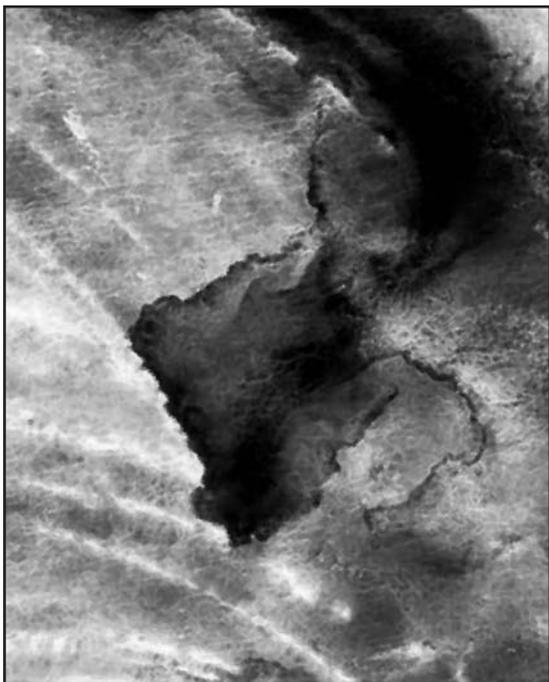


INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SISTEMA FAMILIAR: VALORACIÓN

Varela Feal, N*; Rodríguez Maseda, E*; Romero Martín, M*; Castro Pastor, A*;
Fernández Cao, MJ*.

* *Enfermeras/os. Profesores de la E.U. de Enfermería y Podología de la
Universidad de A Coruña, Campus de Ferrol.*

*Trabajo presentado en el II Convenio Nacional de Estudiantes de Enfermería,
"Liderando el futuro profesional". Ferrol, 27 y 28 de marzo de 2003*



NURSING INTERVENTION ON THE FAMILY SYSTEM: ASSESSMENT

ABSTRACT

The importance of the assessment stage is widely known as it is the first stage in the Nursing Care Process. This phase deals with the collection of data on the patient's health status in order to obtain a conclusion or diagnose leading to an individualized care plan, which is our aim as nurses.

But the changes brought by the new millennium concerning new pathologies and therefore new types of patients, offer new challenges in patient care. We suggest a change in the model that will guide this assessment process: the SYSTEMIC FAMILY MODEL.

Key words: Assessment, NCP (Nursing Care Process), family

RESUMEN

De todos es conocida la importancia de la fase de valoración, puesto que es la primera fase, dentro del Proceso de Atención de Enfermería. Esta fase constituye la recogida de datos sobre el estado de salud del paciente con el fin de llegar a una conclusión o diagnóstico y una planificación individualizada de cuidados, que es nuestro principal propósito como enfermeros.

Pero los cambios que nos trae el nuevo milenio, en relación al tipo de patologías, y consecuentemente en relación al tipo de pacientes, nos presenta nuevos retos en la atención. Principalmente proponemos un cambio en el modelo de actuación y

Y OS DIGO QUE LA VIDA ES REALMENTE
OSCURIDAD,
SALVO ALLÍ DONDE HAY ENTUSIASMO,
Y TODO ENTUSIASMO ES CIEGO, SALVO
DONDE HAY SABER
Y TODO SABER ES VANO, SALVO DONDE HAY
TRABAJO
Y TODO TRABAJO ESTÁ VACIO, SALVO DONDE
HAY AMOR.

¿Y QUE ES TRABAJAR CON AMOR?
ES PONER, EN TODO LO QUE HAGAIS, UN
SOPLO
DE VUESTRO ESPÍRITU

KHALIL GIBRAN

que guiará por tanto este proceso de valoración del que hablamos, se trata del **MODELO FAMILIAR SISTÉMICO**.

Palabras clave: Valoración; PAE; Familia

INTRODUCCIÓN

Como profesionales o futuros profesionales debemos estar preparados para poder atender y adaptarnos a los nuevos retos que se nos presentan. En las próximas décadas la sociedad se caracterizará por una mayor esperanza de vida, cuya consecuencia, se verá en el aumento de las patologías crónicas, degenerativas e incapacitantes, y donde la familia se convertirá en el eje fundamental de nuestras actuaciones. La tecnología y los avances científicos mejoraran el tratamiento de muchas enfermedades y accidentes, pero a su vez nos encontraremos a personas con limitaciones o minusvalías más o menos graves, y que requieren una atención a domicilio. Aumentaran los problemas sociales y de salud mental como: la drogadicción, alcoholismo, desempleo, depresión, etc..., y en donde la continuidad de los cuidados de enfermería será el eje fundamental para dar respuesta a estos cambios, pero donde también será importante la multidisciplinaridad. Debemos, por tanto prepararnos para el manejo de situaciones difíciles como: ser generadores de cambios, negociación, atención terminal y muerte, trabajo individual, en grupo y el trabajo con la familia.

Por todo esto, ¿de que manera los profesionales podemos estar preparados para poder afrontar tantos y nuevos desafíos?

Nosotros creemos que todo ello radica en mantener una actitud abierta, que aliente a pensar de una manera contextual, es decir, todo ocurre dentro de un contexto que es necesario conocer, y a respetar las múltiples realidades y perspectivas. En este sentido Humberto Maturana nos recuerda que “nuevas situaciones pueden requerir soluciones o juicios hasta ese momentos desconocidos o no experimentados”. Así nos hemos propuesto presentar una nueva “explicación” que nos ayude a entender mejor y a tener una visión más global, holística y ecológica de los cuidados de enfermería.

LA VALORACIÓN EN ENFERMERÍA

Sin duda es la primera y una de las más importantes etapas de un proceso. La valoración de enfermería es la etapa del proceso de cuidados de enfermería en la cual radica la dirección que van a tomar nuestras actuaciones. Por ello, para entender su importancia, nos hemos propuesto responder a tres preguntas, estas son: ¿que es valorar?, ¿Como valorar? y ¿que debemos valorar las enfermeras?.

¿QUE ES VALORAR?

Valorar es un proceso de “descubrimiento”. Y descubrir quiere decir que no se sabe algo de antemano.

Todas las situaciones que se nos presentan como profesionales de los cuidados constituye un encuentro entre personas (nosotros y el otro: el paciente y la familia), y en el cual se tiene que buscar sus complementariedades respecto a una necesidad de salud. Por ello nuestro primer descubrimiento debe consistir en “situarse”, es decir en saber quien es el otro, aprender a conocerlo a través de sus diferentes estatus y roles sociales: esposo, esposa, madre de familia, hijos, edad nacionalidad, cultura, contexto, rural, urbano, religión, etc. Pero aunque todo esto pueda parecer de una vanidad extrema, todos los días las enfermeras nos enfrentamos a toda esta información en la historia clínica o administrativa del paciente, y en la mayoría de los casos no reaccionamos ante ella.

Además de esto, toda situación, que como anteriormente decíamos, se nos plantea como profesionales, también es un encuentro de personas que “viven” una enfermedad, un defecto físico, o que tiene una dificultad que puede tener efectos sobre su salud. Son ellos, los usuarios de los cuidados, sus familias, los que tienen todos los elementos fundamentales de la situación, son la primera fuente de conocimientos, y no sólo por lo que ellos dicen, sino por todo lo que podemos captar, de lo que nos dejan a través de la comunicación no verbal. Entre palabra y palabra, entre silencios, la postura, el rostro y la mirada, se encuentra mezclado lo que nos agita a todos: el amor, el trabajo, el destino, la vida (Colliere M. F. 1993).

Por valorar, también entendemos como la primera fase del proceso de atención de enfermería (PAE), la cual consiste en la recogida de datos para

determinar el estado de salud del paciente con el fin de poder planificar individualmente los cuidados de enfermería (Alfaro R. 1999). Así, La valoración puede definirse como el acto de revisar una situación con el propósito de emitir un diagnóstico acerca de los problemas de un paciente. Pero, debemos de tener en cuenta que la valoración de enfermería como parte del proceso requiere establecer previamente un sistema o marco conceptual que determine que datos deben reunirse en primer lugar, marco que, a su vez dependerá del modelo teórico de enfermería que utilicemos (Hernández Conesa. 1999). Es decir, es el modelo que empleamos el que nos dice que datos y que información debemos recoger para llevar a cabo nuestra intervención como enfermeras. Así tenemos, como la valoración de Virginia Henderson se basa en recoger información sobre las 14 necesidades básicas del ser humano, a como en el modelo D. Orem se recoge información sobre los requisitos de autocuidado, etc.

Trabajar conforme a un modelo implica la necesidad de obtener información que permita valorar el estado de salud de una persona, familia o grupo con relación a los cuidados que necesita. Pero también debe suponer, en este caso para la enfermería, considerar a la persona como ser único y holístico, en continua adaptación a los cambios que se producen en sí mismo y en su entorno.

El modelo que queremos presentar aquí, y por tanto el que va guiar la recogida de datos e información, es el **MODELO FAMILIAR SISTÉMICO**. Este modelo está basado en enfoques holísticos y ecosistémicos que unen conceptualmente la mente y el cuerpo, y consideran a la persona dentro de sus contextos sociales específicos. Desde esta perspectiva se tiene en cuenta: al individuo, su familia, su contexto social y las demandas psicosociales de la situación a la que deben enfrentarse, en este caso un problema de salud, y valorar como todo esto (individuo, familia, contexto, recursos...) está estrechamente relacionados e interaccionan entre sí para producirse, un ajuste (adaptación) o no, a la situación.

Como punto inicial de este modelo, es que, debemos considerar a la familia, y no solo a la persona enferma, como unidad central de atención (Rolland J. 2000).

Por tanto, este modelo requiere un forma de pensamiento y visión que enfatiza la interrelación que se produce entre la enfermedad, la familia, el individuo y su contexto social; en el que tampoco debemos olvidar que el sistema de salud, nosotros los profesionales, también estamos incluidos.

Pero antes de entrar de lleno en mostrar que información debemos recoger, es decir, en ¿que valorar?, se hace necesario conocer cuales son los principios que nos deben guiar para recoger esa información, hablamos en este caso del ¿**COMO VALORAR?**

¿**CÓMO VALORAR?**

El como valorar hace referencia directamente a la entrevista clínica. El objetivo primordial del profesional a lo largo de la entrevista en el modelo sistémico, consiste en recoger la adecuada información sobre los factores que consideramos esenciales para cada caso. La adecuada información constituye un requisito imprescindible puesto que sirve de fundamento sobre el cual se planifican y se realizan las intervenciones. Para conseguir tal información se requiere tiempo, perseverancia y un esfuerzo que sin duda valdrá la pena (Fish R, Weckland JH. 1994).

Los principios de la entrevista para trabajar desde este enfoque o modelo son: la circularidad y la neutralidad.

LA CIRCULARIDAD

Hipócrates, afirmaba que “todas las partes de un organismo forman un circulo, Por lo tanto cada una de las partes es tanto comienzo como fin”.

En un trabajo en el cual se realiza la actividad en cadena, como por ejemplo una fabrica de pantalones donde se comienza por el patronaje del pantalón y se termina por el etiquetado, es factible hablar en términos de un comienzo y un fin. Pero estos términos carecen de sentido aplicados a sistemas, y en este caso aplicado a las interacciones humanas, en las que existe una retroalimentación.

Una perspectiva lineal está focalizada en el individuo y en sus acciones, es decir, en lo que hace y su efecto. Este enfoque está adoptado mayormente en el mundo sanitario a través del modelo de causalidad, por el cual siempre se intenta descubrir la causa del problema, (el problema es

que hace mal la dieta, por tanto es un no cumplidor y tendrá problemas con su salud). Mientras que una perspectiva circular está focalizada en las relaciones (Watzlawick P. Beavin J. 1997).

Este enfoque busca los efectos del comportamiento de una persona en otra y los efectos de los efectos. En el contexto de la enfermedad la perspectiva circular busca los efectos de la enfermedad en el individuo y en su familia y los efectos de estos en la enfermedad, siempre desde una perspectiva holística y ecológica. A la vez, también tiene en cuenta la relación que se establece entre el individuo, la familia y el profesional de la salud (enfermera/o). La enfermera influye en la familia y el individuo, pero también la familia y el individuo influyen sobre la enfermera, así las familias e individuos aprenden a través de las intervenciones de las enfermeras, pero nosotros también aprendemos a través de esas intervenciones con las familias. Por lo tanto la esencia del modelo circular es que A influye sobre B y B influye sobre A.

El modelo sistémico el cual utiliza el enfoque circular, trata de entender el problema y generar soluciones. Sus preguntas no van dirigidas a ¿quien tiene la culpa?, ¿que hace mal?, sino a: ¿Como está cada uno implicado?, ¿como tuvo que reorganizarse la familia y paciente ante la enfermedad, o como deberán hacerlo?, ¿quien asumió mas responsabilidad? ¿como respondieron los demás miembros de la familia a la enfermedad?

NEUTRALIDAD

Otro principio de entrevista esencial en este modelo es la NEUTRALIDAD. La neutralidad está presente cuando el paciente y la familia perciben que la enfermera está igualmente interesada por cada uno de los puntos de vista de cada miembro de la familia (Watson W.L. 1992). *Es importante que entendamos que, la neutralidad no significa que nuestras creencias, temores, valores, principios puedan enfrentarse a las del paciente y su familia, desde este punto de vista podemos decir que no existe la neutralidad, que no se puede ser neutral.*

Sin duda, la neutralidad está basada en el RESPECTO, esto implica una postura de profesional no-enjuiciadora, no-culpabilizadora y no comprometida (fiel) a una solución en particular, que la familia

deba escoger o tenga obligatoriamente que elegir. En este sentido, la neutralidad y el respeto también nos dice que debemos ver a la familia como experta. Experta, en relación con los problemas asociados a una enfermedad, es decir, experta en términos de experiencia de la enfermedad (Robinson C. 1994). El paciente y la familia son los que más saben de como viven con esa enfermedad, como funciona la familia y como se enfrentan y se ajustan, y surgen las soluciones a las nuevas demandas que la enfermedad les exige. La enfermera no demanda un cambio, sino que invita a él a través de los recursos que poseen las familias.

La neutralidad ayuda a la enfermera a mantener la maniobrabilidad con la familia. Cuando la neutralidad está presente, la familia no ve a la enfermera como alguien que está solamente al lado de una persona; es decir un aliado de una sola persona. Sino que es vista como un profesional que defiende, aboga por todos los miembros de la familia y sus relaciones.

Dos son las llaves de la neutralidad, la primera es la **curiosidad**. Curiosidad significa mostrar interés por cada uno de los miembros de la familia, y la familia como un todo. La segunda llave es la **actitud igualitaria** ante el paciente y la familia. La imagen de autoridad, de superioridad o de pericia profesional puede resultar útil en algunos casos, o situaciones; pero en la mayoría de los casos una posición de este tipo intimida a los pacientes y sus familias, que quizás puedan verse ya abrumados por sus problemas y situaciones, y con lo cual limita considerablemente el desarrollo de una buena relación terapéutica.

En muchas ocasiones esta relación de superioridad, que solemos utilizar muy a menudo con nuestros pacientes y sus familias, es interpretada como un signo de sabiduría y sagacidad del profesional, como consecuencia de esto, el paciente y la familia limitan los datos e información que ellos consideran importantes al entender y asumir que el profesional es perspicaz y sagaz, y por lo tanto lo comprenderá de todos modos, (el peligro es mayor cuando asumimos que los paciente y sus familias ya tienen la información, o asumimos que ya lo saben todo).

La relación profesional-paciente implica de por si una situación en la que se da por supuesto que el

primero tiene mas poder que el segundo. La actitud igualitaria es la forma más segura de evitar una actitud de superioridad, y de anular la tendencia del paciente a mirar desde abajo al profesional, lo cual bloquea y limita nuestras intervenciones. En la actitud igualitaria que consigue mayor colaboración del paciente y su familia, y además concede al profesional mayor capacidad de maniobra. En definitiva, se trata sobre todo, de trabajar juntos y conseguir así una buena ALIANZA O ENGANCHE TERAPÉUTICO.

El primer contacto, “la acogida”, con el paciente y su familia constituye un momento de gran importancia, ya Aristóteles decía que “un buen inicio es la mitad del trabajo”. Nuestro objetivo principal en este primer contacto no es otro que establecer una relación de confianza, una buena alianza.

Sin duda, la neutralidad, el respeto y la actitud igualitaria, nos facilitará establecer una buen **enganche** con el paciente y la familia.

El enganche o alianza, se produce cuando el profesional conecta a nivel emocional y social con el paciente y la familia. Así la alianza y la aceptación con y de la familia son claves básicas en esta fase del proceso. Del mismo modo lo definen Minuchin y Fishman (1981) bajo el termino “integración” (Carpenter J. 1993).

“Integrarse en una familia es mas una actitud que una técnica, y es la sombrilla bajo la cual ocurren todas las transacciones terapéuticas. Integrarse es conseguir que la familia sepa que el profesional la entiende, trabajo con ella y para ella... bajo su protección..., la familia puede tener la seguridad de investigar alternativas, ensayar lo desacostumbrado y cambiar. La integración es el ligamento que mantiene unido al sistema terapéutico”.

Además, de la neutralidad, el respeto y actitud igualitaria. Una estrategia fundamental para conseguir el enganche consiste en observar, aprender y **“hablar el lenguaje del paciente”**. No solo nos estamos refiriendo a la utilización de un lenguaje comprensible, sin tecnicismos que resulten confusos y complejos para las familias. Nos referimos a entrar en sintonía con las modalidades de representación de la persona, de su construcción del mundo, lo cual para ello es necesario primero esforzarse por comprender con rapidez y amplitud sus posibles expectativas, temores, prejuicios,

experiencias y esperanzas.

Por otra parte también esta claro que no se le debe hablar de la misma manera a una persona sencilla que a un catedrático, a un adulto como a un niño.

Debemos aprender a ser sensibles a posibles señales o respuestas de la familia como consecuencia de nuestra conversación. **El hablar pausadamente**, nos puede ayudar a percibir estos signos, es decir, conversar despacio da tiempo a las familias a hacernos saber sus respuestas y a nosotros percibir las.

Debemos **darles la oportunidad de preguntar**, incluso a hacernos saber que pueden preguntarnos aquellas dudas o preguntas para las cuales no tenemos la respuesta adecuada o esperada, o sencillamente no se tiene la respuesta.

Lo importante no es tener la respuesta, sino dar a las personas la posibilidad de preguntar, hacerles entender que serán escuchados con respeto y que obtendrán del profesional respuestas sinceras.

La comunicación con la familia debe convertirse en un **diálogo mas que un monólogo** del profesional, en el cual éste se encarga de dar unas pautas, unas indicaciones y recomendaciones sin entender que significan, o que representan.

Es evidente que tanto el profesional como el paciente y su familia contribuyen al desarrollo y al mantenimiento de la alianza terapéutica; pero es responsabilidad del profesional cuidar esta relación y que no sufra ninguna alteración. La retroalimentación periódica, clarificar sentimientos, emociones, silencios e información, así como discutir con la familia y el paciente sobre la dificultad en la relación o por que las cosas no van bien, ayuda a anclar o obtener una mayor alianza, ya que la familia y el paciente responden positivamente a nuestro intento de corregir nuestros errores.

¿QUÉ VALORAR?

Nos proponemos, ahora dar respuesta a la última pregunta que nos planteábamos, ¿qué debemos valorar las enfermeras?.

La evaluación sistémica está basada en cuatro áreas básicas: Como se organiza la familia, y pautas estructurales, en que etapa de desarrollo se encuentra la familia, es decir, ciclo vital del paciente, su familia y sus experiencias multigeneracionales; el

proceso de comunicación de la familia y finalmente el sistema de creencias (Rolland J. 2000).

PAUTAS ESTRUCTURALES Y ORGANIZATIVAS DE LA FAMILIA.

Aquí, se valora fundamentalmente dos aspectos:

El primero constituye la “constelación familiar”, es decir, quien constituye la familia. Esta constelación familiar puede dividirse en: Estructura interna, externa y contextual

Estructura interna.- corresponde a la unidad doméstica actual. ¿Quién la compone?

La estructura externa.- hace referencia a la familia extensa, amigos, recursos sociales con los que cuenta la familia, trabajo, escuela, profesionales de la salud. Incluye todo aquello que rodea a una familia, para superar o hacer frente a los desafíos de la vida.

Finalmente, también recogemos información sobre la estructura contextual de la familia, esto es: etnia, raza, clase social, religión, entorno, etc.

El segundo aspecto que debemos valorar es, como funciona la familia; la capacidad de adaptación de la familia ante nuevas situaciones; en este caso una enfermedad. Se trata de conocer si la familia tiene una excesiva cohesión o por el contrario respetan la autonomía e independencia de los demás miembros de la familia, y sus diferencias individuales. Así las familias que son altamente cohesionadas pueden impedir la autonomía y la toma de decisiones de la persona enferma, y su normal desarrollo (si bien debemos de ser conscientes de la diversidad cultural; ya que en muchos grupos étnicos; gitanos, italianos, la alta cohesión puede ser normal).

Valorar si la familia se encuentra en una etapa de ciclo vital de alta cohesión, como la niñez, donde se necesita que la familia trabajen en equipo o cohesionados; o por el contrario, si la aparición de una enfermedad en la adolescencia impide el desarrollo de una etapa de cohesión, a una de mayor autonomía y respeto de su privacidad, con el consiguiente riesgo de infantilización del adolescente. Las familias pueden llegar a ser sobre-protectoras e inhibir así el desarrollo de la autonomía e independencia.

En definitiva se trata de conocer quien hace qué, donde y cuando dentro de la familia.

Conocer las pautas de apego excesivo y desapego familiares, constituyen factores importantes para lograr una buena adaptación familiar ante la enfermedad. Por ejemplo: Una enfermedad que requiere un gran apego familiar, como por ejemplo las demencias, resultará especialmente difícil para aquellas familias que evitan o han evitado siempre la proximidad, y los esfuerzos conjuntos. Por otro lado, el trabajo en equipo de la familia es menos necesario, ante enfermedades como la úlcera gástrica, o la HTA arterial, por lo que resultará menos problemático para una familia desapegada.

Por ello, conocer que hace, que está haciendo, la familia ante las dificultades nos dará información importante para valorar la posibilidad de respuesta exitosa, o de adaptación a la enfermedad.

Valorar las **fronteras generacionales y las fronteras entre la familia y la comunidad** son aspectos también esenciales de nuestra valoración. En las fronteras generacionales valoramos las reglas que diferencian los roles, derechos y obligaciones de padres e hijos. Estas fronteras pueden romperse cuando aparece una enfermedad, por ello se trata de conocer ¿quien asume toda la responsabilidad del cuidado?, ¿Quién asume la responsabilidad de ayudar económicamente, si es necesario?. Si un hijo asume toda la responsabilidad del cuidado puede verse obstaculizado su desarrollo personal, sus expectativas de vida y profesionales, sus sueños y proyectos.

La responsabilidad compartida es de vital importancia para hacer frente y conseguir un ajuste ante las demandas de la enfermedad y las necesidades de cada uno de los miembros de la familia.

Por otra parte, valorar las fronteras entre la familia y la comunidad, nos permite conocer como la familia conecta con la comunidad y sus recursos, o por el contrario, como la familia se cierra al mundo exterior con el riesgo de llegar al aislamiento social.

CICLO VITAL Y EXPERIENCIAS MULTIGENERACIONALES

Acontecimientos importantes en el ciclo de vida familiar como: adolescencia, matrimonio, nacimiento de un hijo, etc.; anuncian un paso de una etapa a otra, y cada etapa presentan desafíos y tareas de desarrollo. La presencia de una enferme-

dad física o discapacidad, pueden influir en el desarrollo normal del momento evolutivo en el cual se encuentra la familia y cada uno de sus miembros.

Cuando se diagnostica una enfermedad o una discapacidad es importante conocer en que fase del ciclo evolutivo de vida se halla la familia y la etapa de desarrollo individual en que se encuentran todos sus miembros. Así nos podemos encontrar con familias con hijos pequeños, adolescentes, matrimonio recién contruidos, parejas en edad adulta o vejez.

Del mismo modo que valoramos el ciclo vital de la familia y sus miembros, también debemos pararnos en conocer el ciclo de la enfermedad, es decir su desarrollo, aquí hacemos referencia a la tipología psicosocial desarrollada por Rolland (2000), la cual presenta variables que van desde el **comienzo de la enfermedad**: agudo o crónico, **el curso**: progresivo, constante o episódico, **el desenlace**: mortal, con expectativas de vida reducida o muerte súbita; o no mortal, **incapacidad**: ninguna, leve, moderada o grave. Otros elementos que también debemos tener en cuenta son el grado de incertidumbre y previsibilidad en la aparición de complicaciones, la visibilidad o no de los síntomas, el régimen exigido de tratamiento, la contribución genética en la transmisión de la enfermedad, o la edad de comienzo de la enfermedad.

Este esquema se completa con las fases temporales de la enfermedad crónica: la fase de crisis, la fase de cronicidad y la fase terminal, donde cada una presenta desafíos y tareas básicas a los que las familias deben dar respuesta.

Otra dimensión a valorar es las experiencias multigeneracionales. El comportamiento actual de una familia no puede entenderse aislado de su historia. Esto consiste en rastrear acontecimientos y transacciones claves, así como las estrategias de afrontamiento y respuesta que presentó la familia a estas situaciones o factores estresantes.

Del mismo modo también debemos indagar sobre las experiencias anteriores con el sistema de salud y como fue su relación con los profesionales,

ya que las experiencias frustrantes o traumáticas con el sistema de salud pueden dificultar el comienzo de una nueva relación, y por lo tanto, de una buena alianza.

PROCESO DE COMUNICACIÓN.

En una evaluación familiar, debemos valorar la capacidad de los miembros de la familia para comunicarse cuestiones tanto prácticas (instrumentales), como emocionales relacionadas con la enfermedad. Las áreas específicas a valorar incluyen: temas nocivos o delicados como la muerte donde la comunicación suele fallar entre la familia y los profesionales como por ejemplo la conspiración de silencio. Limitaciones de género, por lo general los hombres son eficaces en tareas instrumentales, pero suelen estar limitados en la expresión emocional.

Valorar si la familia discute abiertamente sobre sus emociones y sentimientos, miedos e inquietudes y como la enfermedad influye en el clima afectivo de la familia y al comunicación entre ellos.

SISTEMA DE CREENCIAS Y POSTURA DEL PACIENTE Y FAMILIA

Epictetus decía “*que no son las cosas las que alteran a los hombres sino la imagen que tenemos de esas cosas*”.

Del mismo modo podemos decir que la manera en que la persona y la familia viven su salud y la enfermedad, está determinada por “nuestra estructura individual, nuestra composición genética, del medio o contexto en el que vivimos, la cultura, nuestras relaciones con los demás, elecciones y creencias, nuestra situación en el espacio y en el tiempo”. Los pacientes y sus familias son personas que poseen sus propios valores, creencias y prioridades, que están fuertemente consolidadas y que determinan el modo en el que actuaran o no actuaran (Fish R. Weckland J. H. 1994). Del mismo modo los profesionales tenemos nuestro propio sistema de creencias, que debemos revisar para valorar su puede interferir u obstaculizar nuestro trabajo con el paciente y su familia.

El sistema de creencias constituye un fuerza muy poderosa: cuando las creencias son mal utilizadas o no son tenidas en cuenta pueden hacer estragos en las relaciones e impedir una buena adaptación, pero cuando se les usa con criterio fortalecen todas las relaciones y proporcionan la base para una buena adaptación.

Los pacientes y sus familias tienen sus propias ideas sobre la naturaleza de su problema (signifi-

cado) y algunas teorías sobre como podrían resolverlos. Conocer cual es la "postura" del paciente y la familia ante la enfermedad y su tratamiento nos permitirá conocer hasta que punto se hallan comprometidos y aceptan los cambios y recomendaciones sugeridos. Las creencias de la familia y el paciente acerca del control y dominio de una enfermedad nos ayudan a predecir comportamientos relativos a la salud, especialmente la adherencia al tratamiento, e indican las preferencias de la familia de participar o no en el tratamiento y el proceso curativo del familiar enfermo. Así, recordamos que aquellas familias que consideran que el control de la enfermedad depende de un control externo e intenso de los profesionales y especialistas, tendrán una mayor dependencia del sistema de salud y tendrá mayores dificultades para participar en sus cuidados y alcanzar así una mayor autonomía.

CONCLUSIONES

Hemos tratado aquí, de presentar otra solución a posibles situaciones. Esta nueva solución se basa en que la enfermera no demanda o exige a los pacientes y sus familias a cambiar, sino que ella invita a ese cambio. Y a que, como se expresa en una reflexión realizada por un equipo de un centro de salud, "las personas tienen el potencial de su salud. Nosotros solo tenemos que ayudarles a liberarlo" (Colliere M.F. 1993). Los pacientes y sus familias tienen la solución a la mayoría de las situaciones, nosotros solo tenemos que mostrárselo o guiarles para que la encuentren.

BIBLIOGRAFÍA

- ALFARO, R. (1999) Aplicación del proceso enfermero. Guía paso a paso. 4ª ed. Springer, Barcelona.
- ANTÓN Mª V. (1998) Las enfermeras entre el desafío y la rutina. Una mirada al siglo XXI. Díaz de Santos, Madrid.
- CARPENTER, J. TREACHER, A. (1993) Problemas y soluciones en terapia familiar y de pareja. Paidós, Barcelona.
- CASTELL, A. (1999) Las enfermeras del futuro: propuesta para la excelencia profesional. Rev AE Enferm Urolog 73, 17-23.
- CASADO, R. (1996) Algunas reflexiones sobre el futuro de la enfermería. Salud 2000 X(55), 25-27.
- COLLIERE, M. F. (1993) Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. Interamericana, Madrid.

- DUCH LLUIS. (2002) Antropología de la vida cotidiana. Trota, Madrid.
- MARTÍNEZ SANDE G. (1997) Aspectos psicológicos de la enfermedad física y de la discapacidad crónica II. Aspectos de intervención desde la terapia familiar. Cuadernos de Atención Primaria 4, 212-222.
- FISH, R. WEAKLAND, JH. SEGAL, L. (1994) La táctica del cambio. Como abreviar la terapia. Herder, Barcelona.
- HERNÁNDEZ CONESA, J. (1999) Fundamentos de la enfermería. Teoría y método. Interamericana, Madrid
- MARTÍNEZ SANDE G. (1997) Aspectos psicológicos de la enfermedad física y de la discapacidad crónica. Cuadernos de Atención Primaria 4, 151-158.
- PUBLICACIONES DE LA OMS. (1993) Enfermería en Acción. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.
- ROBINSON, C. (1994) Nursing interventions with families: a demand or an invitation to change?. Journal of Advanced Nursing 19, 897-904.
- ROLLAND, J. (2000) Familias, enfermedad y discapacidad. Una propuesta desde la terapia sistémica. Gedisa, Barcelona.
- SHUMAN ROBERT. (1999) Vivir con una enfermedad crónica. Una guía para pacientes, familias y terapeutas. Paidós, Barcelona.
- VON FOERSTER, H. (1996) Las semillas de la cibernética. Obras escogidas. Gedisa, Barcelona.
- WATSON, W. L. (1992) Family Therapy. En Bulechek G.M, McCloskey J.C. Nursing Interventions: Essential Nursing Treatments 2nd ed. Saunders, Philadelphia pp. 379-391.
- WATZLAWICK, P. (1992) La Coleta del barón de Münchhausen. Herder, Barcelona.
- WATZLAWICK, P. BEAVIN, J. JACKSON, D. (1997) Teoría de la comunicación humana. Herder, Barcelona.



ESTUDIO DE LA EVIDENCIA DEL CONCEPTO DE GRUPO EN EL MODELO DE ADAPTACIÓN DE ROY

María Vilani Cavalcante Guedes

Enfermera, Doctoranda del Programa de Pos-graduación en Enfermería de la Universidad Federal de Ceará, Profesora del Curso de Enfermería.

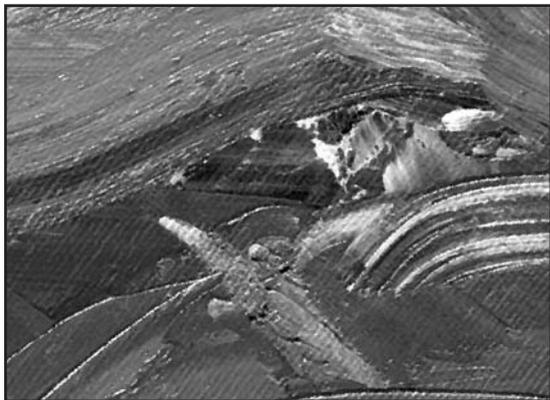
Marcos Venícios de Oliveira Lopes

Enfermero, Doctor en Enfermería, Profesor Adjunto del Departamento de Enfermería.

Thelma Leite de Araujo

Enfermera, Doctora en Enfermería, Profesora Adjunto del Departamento de Enfermería.

Universidad Federal de Ceará, Fortaleza–Ceará, Brasil.



STUDYING THE EVIDENCE IN THE CONCEPT OF GROUP IN ROY'S ADAPTATION MODEL

SUMMARY

The aim of our study has been the evaluation of the concept of 'group' in Roy's Adaptation Model, taking as basis the inner criterium for evidence suggested by Barnum (1998) in her theoretical analysis pattern. The concept of 'group' is here debated, according to various authors as well as that described by Roy in her different adaptation ways. Our position is that the concept of 'group' in the diverse adaptation models has been adversely affected and that a better description of the Theoretical Model studied should be done especially in the functions of 'role' and 'inter-dependency'.

Key words: Nursing theory, adaptation, group.

RESUMEN

El estudio tiene como objetivo evaluar el concepto de grupo en el Modelo de Adaptación de Roy tomando por parámetro el criterio interno de evidencia del modelo de análisis de teoría propuesto por Barnum (1998). Discutimos el concepto de grupo con base en diferentes autores, y también según descrito por Roy en sus diversos modos de adaptación. Encontramos que la evidencia del concepto grupo, en los modos de adaptación, se quedó perjudicada y que el Modelo Teórico estudiado necesita una mejor descripción del concepto, sobretodo, en los modos función de papel e interdependencia.

Palabras-clave: Teoría de enfermería, Adaptación, Grupo.

INTRODUCCIÓN

Ciencias particulares como la Enfermería han buscado sustentación a través de la pesquisa para la ampliación del conocimiento. Al procurar establecer el estatuto de ciencia, elabora teorías que den cuenta de la realidad de su práctica. El ejercicio de la reflexión es complejo, y exige de aquél que se dedica a la actividad, seguir un ritual, un camino que envuelve un ir y venir, garantizando caracterizar el objeto de estudio, de tal forma que los fundamentos que dan sustentación atiendan a las especificidades de lo hacer.

Las teóricas de enfermería han hecho este ejercicio, y las teorías construidas muestran que muy

aún tendremos por el frente para que alcancemos respuestas que, aunque provisionarias, son puntos de partida para experimentos y discusiones con vistas al perfeccionamiento de cada propuesta. Paralelo a esto, una constante revisión de los modelos teóricos ha sido efectuada. Modelos de análisis de las teorías tienen sido desarrollados y el análisis crítico se ha presentado como actual y necesario.

Entre los varios modelos de análisis de teorías existentes, destacamos lo de Barnum (1998). En su propuesta de análisis, la autora presenta la naturaleza del juicio a través de criterios que pueden ser externos e internos. Los criterios externos conciernen al modo como la teoría se relaciona con el mundo real de los hombres, enfermería y salud y son: convergencia con la realidad, utilidad, significación y capacidad de discriminación. Por otro lado, los criterios internos conciernen al juicio interno de la construcción de la teoría y la autora especifica los siguientes: evidencia, consistencia, adecuación y desarrollo lógico.

El criterio de evidencia requiere que una teoría o concepto sea presentado de una forma que pueda ser más bien comprendida por el lector. El autor debe estar atento para el uso de expresiones denotativas y connotativas para no generar ambigüedades, que de cierto modo dificultan el entendimiento y el juicio de la teoría. A evidencia no está asociada a la simplicidad o complejidad de desarrollo de una teoría.

En este sentido, se espera que conceptos y modos trabajados en la teoría sean entendidos de la misma manera por todos los interesados, para que pueda ser implementada, y se llegue a los mismos resultados, o por lo menos, a resultados aproximados, considerando las diversidades culturales.

Entre los conceptos que han sido más recientemente estudiados en la enfermería se destaca lo de grupo, justificado por la importancia que muchos enfermeros atribuyen a la evaluación e implementación de intervenciones en grupos teniendo como base diversos estudios sobre lo tema.

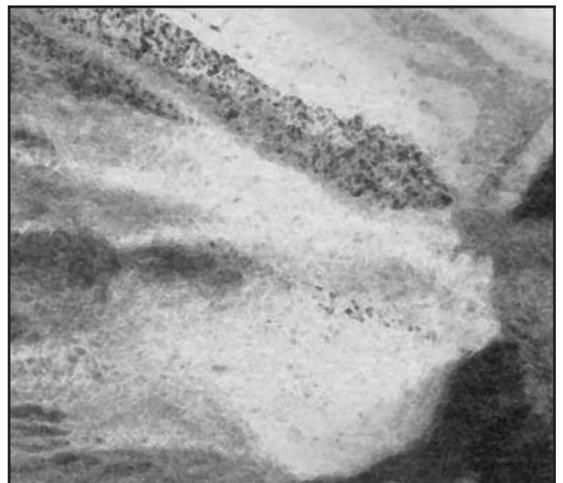
Zimmerman (1997a) considera el hombre como ser gregario y que vive en función de sus interrelaciones en grupo. En Abbagnano (1998) encontramos grupo en su significado sociológico como un conjunto de personas caracterizadas por una actitud común o recurrente. En las Ciencias Sociales,

grupo significa un conjunto de personas, pero siempre es preciso distinguir entre grupos estructurados y no-estructurados. Las características de los grupos incluyen: relaciones interdependientes entre sus miembros y compartimiento de una misma ideología. Algunos grupos se adaptan a esos criterios tales como: familias, círculos de amistad, clubes de políticos, laborales, pedagógicos entre otros (Silva, 1987).

Existen diversas clasificaciones de grupo. Zimmerman (1997b) propone una con base en el criterio de las finalidades que el grupo tiene y presenta dos grandes ramos: grupos operativos y grupos psicoterápicos. Cada uno tiene subdivisiones y en la subdivisión de grupos psicoterápicos, encontramos el de la teoría sistémica en la cual, los grupos funcionan como sistemas en constante interacción, complementación y suplemento. Entiende aunque, cualquier modificación en sus elementos afectará el grupo como un todo.

Sabemos que el Modelo de la Adaptación de Callista Roy es una teoría sistémica que incluye el concepto de grupo. Mientras, estudios sobre teorías de enfermería aún son escasos, sobretodo enfocando tal concepto. En este contexto, identificamos la teoría de la adaptación siendo utilizada como base de discusión en algunos estudios, sin embargo, no encontramos referencia al concepto de grupo en los mismos (Lopes, 1998; Lopes & Araújo, 1999).

Roy, al discurrir en su propuesta teórica, sobre los modos de adaptación de su teoría, se reporta a grupo y hace señas para comunidad y sociedad dis-



tinguiéndolos con relación al individual. Esta distinción se pone clara cuando se definen los modos de adaptación que reciben denominaciones diferentes cuando son utilizados para evaluar comportamientos de individuos o de comunidad y sociedad. El modo de adaptación fisiológico que se refiere a individuo, pasa a ser físico cuando se refiere a grupos y comunidades. El modo auto concepto es denominado de identidad del grupo. Los modos función de papel y de interdependencia reciben la misma denominación (Roy & Andrews, 1999).

Con base en el expuesto, objetivamos analizar a evidencia del concepto grupo presentado en la Teoría de la Adaptación de Roy teniendo como base el modelo de análisis de teorías de Barnum (1998).

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio teórico reflexivo teniendo como base el concepto Grupo presentado en el Modelo de la Adaptación de Roy. El análisis incluye explicación sobre los principales conceptos del modelo teórico en cuestión y la descripción de la relación entre éstos y el concepto Grupo. Para evaluación del criterio de evidencia se consideró la caracterización presentada por la teórica en las diversas partes de su obra principal investigando la precisión y uniformidad con que el concepto es presentado en las diversas partes del modelo.

La primera etapa del estudio incluyó una revisión teórica que, según Broome (2000), resulta en la identificación y descripción de un nuevo concepto o teoría, o en el refinamiento de uno ya existente. Como base para evaluación se utilizó la última publicación disponible del Modelo de la Adaptación de Roy (Roy & Andrews, 1999). Paralelo a la descripción son presentados comentarios acerca de la evidencia del concepto Grupo en cada una de las partes descritas. El análisis no fue subdividida para mantener el carácter de continuidad del concepto, mientras la descripción sigue el orden presentado por la autora. Se inicia con los conceptos de base del Modelo pasando por cada uno de los modos de adaptación. A pesar del modelo teórico presentar los Modos Físico-Fisiológico, Auto concepto-Identidad de Grupo, Función de Papel e Interdependencia, restringimos

el análisis a los modos Físico, Identidad de Grupo, Función de Papel e Interdependencia teniendo en vista que éstos presentan definiciones y descripciones específicas para grupos. Los otros dos modos, conforme ya comentado, se limitan a la descripción de aspectos del individuo, fugándose al objetivo del trabajo.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Sister Callista Roy idealizadora de la teoría de la Adaptación inició su trabajo bajo la orientación de Dorothy E. Johnson de 1963 a 1966. La continuidad regular de su estudio resultó en una vasta publicación, lo que demuestra preocupación de la autora con el perfeccionamiento de su teoría (Roy, 1988; Roy, 1993; Roy, 1995; Roy, 1997; Roy, 1999; Roy, 2000).

Roy considera adaptación como proceso y resultado pensado y sentido por la persona como individuo o grupo expuesto a estímulos que pueden ser de diferentes naturalezas. Sería, entonces, el proceso y resultado por medio de lo cual las personas pensando y sintiéndose, como individuos o grupos, se vuelven conscientes y optan por crear una integración humana y ambiental (Key Definitions, 2003).

Mientras grupo, el sistema de adaptación está subdividido en cuatro modos: Físico, Identidad de Grupo, Función de Papel e Interdependencia. El modo físico de adaptación de grupos está descrito como la manera en la cual el sistema humano colectivo de adaptación manifiesta la adaptación relativa a los recursos operativos básicos, participantes, facilidades físicas y recursos fiscales (Roy & Andrews, 1999).

Los participantes en el modo físico sano las personas que componen el grupo y, como tales, deben vivir en sintonía con los intereses del grupo buscando establecer mecanismos que faciliten la adaptación. Es válido decir que las delimitaciones territoriales no deben ser los definidores de un grupo, porque son determinadas por los propios participantes. Los componentes del grupo deben tener capacidades, aptitudes, conocimientos y otros atributos que puedan contribuir para mantener la entidad que da sustentación al grupo.

Para la perecuación del proceso de adaptación en grupo, Roy refiere que las facilidades físicas,



con ambientes diversos, desde aquellos destinados a la acomodación de las familias, ambientes para reunir el grupo e incluso el espacio físico para abrigar la organización, son imprescindibles para el buen desempeño del grupo. Aquí también están incluidos recursos financieros que el grupo dispone para su mantenimiento.

A pesar de describir los recursos financieros como punto importante para el modo físico, tal preocupación aparece de modo apocado en la teoría. La autora afirma que se deudas inadecuadas persisten por largo tiempo, la integridad de la totalidad del sistema es comprometida, resultado de comportamientos ineficaces.

En el modelo no son presentadas definiciones y características de los grupos que presentan la estructuración física que las autoras determinan. Grupos ocasionales o formados en antecelas de consultorios, que son frecuentemente utilizados para sesiones de educación en salud, no presentan tal estructuración.

El modo de identidad de grupo es caracterizado por la manera como las personas, en grupos, se perciben basadas en el retorno dado por el grupo / ambiente. Este modo incluye las relaciones interpersonales, auto-imagen de grupo, ambiente social, y cultura.

Para la identidad del grupo es necesario integración compartida de relaciones, metas, valores y co-responsabilidad para la realización de metas; honestidad; solidez; habilidades de relación en grupo y otros atributos que identifican el grupo.

Las autoras reconocen que adaptación en el grupo prevé el compartimiento de relaciones, metas, y valores que crean un ambiente social, y cultivan una auto-imagen de grupo y co-responsabilidad para alcance de esas metas. Por ese punto de vista, los miembros identificados con el grupo tienen sentido de solidaridad, de unión y presentan comportamiento compatible.

En este modo, los procesos comprometedores de la identidad de grupo envuelven disfunción sexual, ansiedad y baja moral. La disfunción sexual, cuando manifestada por un participante, es considerado un proceso comprometedor de la identidad del grupo porque todos participantes deben respetar sus pares y estén unidos por el bienestar general. Personas en estado de ansiedad pueden desestabilizar el grupo como todo. A baja moral se manifiesta a través de la baja disposición de sus miembros para actividades relacionadas a las metas y a lo mantenimiento de las relaciones del grupo.

Algunos aspectos de este componente se presentan sin la debida aclaración de como implementarlos y, en aquellos donde aparece, la explicación es débil y poco convincente. No son trabajadas, de forma apropiada, las definiciones de relaciones interpersonales, auto-imagen de grupo y ambiente social, que son componentes básicos de la identidad de grupo.

El modo función de papeles es definido por Roy & Andrews (1999) como los papeles que la persona ocupa en la sociedad. Completan diciendo que la necesidad básica asociada al modo de función de papel ha sido identificada como integridad social para individuos y evidencia del papel para grupos o colectividades.

Las autoras aclaran que el modo función de papeles cuando se refiere a grupos, destaca la integridad social y a evidencia del papel como sus necesidades básicas. Resaltan aún, que el modo compuerta los papeles primarios, secundarios y terciarios, que son modificados en el transcurso de la vida, en función de la maduración del grupo desde la estabilidad y respeto alcanzado.

En un grupo, los participantes presentan comportamientos del tipo: instrumental y expresivo de modo que colabore con el desarrollo del grupo. Los comportamientos instrumentales son orienta-



dos a las metas, requiriendo planificación. Mientras que los expresivos son más vueltos para los aspectos afectivos en las relaciones entre los participantes, y envuelven un actuar cuyos resultados pueden aparecer de inmediato.

También en este modo, percibimos fragilidades en la diferenciación cuando se trata de las especificidades de grupos y de individuos. Los ejemplos, dados por las autoras, se quedaron alrededor de grupos muy específicos, como lo de enfermeras, no detallando papeles a ser evaluados en otros grupos como los de pacientes acompañados.

El modo interdependencia es definido por Roy & Andrews (1999) como las relaciones íntimas de las personas dirigidas a satisfacer necesidades de afecto, desarrollo, y recursos para que alcancen integridad relacional.

En el grupo, la interdependencia se muestra por la necesidad de alcanzar la integridad relacional usando los procesos de desarrollo y adecuación de recursos, a través de aprendizajes y maduración de relaciones creando condiciones para satisfacer las necesidades básicas más elementales con la cooperación de otros.

Las relaciones interdependientes se clasifican en dos categorías: otros significantes, claramente expreso para el individuo, pero no explícito para grupo y, sistemas de soporte que incluyen otras personas, grupos, organizaciones y otros con relación al individuo. En esta categoría también falta evidencia cuando las autoras se reportan a grupo.

Este modo de interdependencia tiene subdivisiones de sus componentes a: el contexto, la infraestructura y el pueblo. El contexto contempla los estímulos internos y externos. Los estímulos externos incluyen aspectos económicos, sociales, políticos, culturales, religiosos entre otros, que son fundamentales para el desarrollo de grupos. Por su lado, los estímulos internos se quedan por cuenta de la misión, visión, principales valores, metas, planos, también imprescindibles para el crecimiento del grupo. La infraestructura cuenta con niveles de adaptación: procesos relacionais, procesos de desarrollos y procesos de recursos. Las personas en este modo abrigan los componentes: capacidades de enfrentamiento, conocimiento, habilidades, actitudes y comprometimiento que son básicos.

CONSIDERACIONES FINALES

El estudio que presentamos producido con base en el Modelo de la Adaptación de Roy mostró que, para el concepto de grupo, la teoría no trae a evidencia como criterio interno de una teoría conforme el modelo de análisis utilizado. El concepto de grupo presenta una característica de estructuración y de esta manera, se vuelve difícil su implementación por los enfermeros en la práctica de enfermería, que trabajan diariamente con clientelas las más diferenciadas. Un detalle lindante es el hecho de las autoras no han dejado claro cual la definición de grupo y comunidad y esto se constituyó un factor que dificulta el entendimiento.

La teoría de la adaptación trae una riqueza de detalles, que siendo adaptada a las diversas realidades, traerá grandes contribuciones para la práctica de los enfermeros. Sin embargo, no es posible trasplantarla sin ajustes a nuestro modo de pensar, sentir y actuar. El estudio está lejos de ser concluido. Merece revisiones y refinamientos en la comprensión de las sutilezas que vienen empotradas en el texto. Reconocemos que es un análisis complejo, pero también percibimos qué ni todo cuanto es producido en otra cultura mismo en momento contemporáneo puede ser utilizado sin un análisis más profundizada.

BIBLIOGRAFÍA

- ABBAGNANO, N. (1999). Dicionário de Filosofia. Martins Fontes, São Paulo.
- BARNUM, B. S. (1998). Nursing theory: analysis, appli-

- cation, evaluation. Lippincott, Philadelphia.
- BROOME, M. E. (2000). Integrative literature reviews for the development of concepts. En *Concept Development in Nursing: foundations, techniques and applications* (Rodgers, B.L. & Knafel, K.A.), W.B. Saunders Company, Philadelphia pp. 231-250.
 - KEY DEFINITIONS. (2003). ACRESCENTAR O ENDE-REÇO ELETRÔNICO AQUI Capturado 6 de junio de 2003.
 - LOPES, M. V. O. (1998). Adaptação física e diagnóstico de enfermagem em mulheres com angina pectoris. Fortaleza (CE). Ed. Universidade Federal do Ceará.
 - LOPES, M. V. O., & ARAÚJO. T. L. (1999). Adaptación física según Roy: una revisión conceptual. *Enfermería Integral*, 49(2), 20-24.
 - ROY, C. (1988). An explication of the philosophical assumptions of the Roy Adaptation Model. *Nursing Science Quarterly*, 1(1), 26-34.
 - ROY, C., & CORLISS, C. P. (1993). The Roy adaptation model: theoretical update and knowledge for practice. En *Patterns of nursing theories in practice* (Parker, M.), National League for Nursing, New York pp. 215-229.
 - ROY, C. (1995). Developing nursing knowledge: practice issues raised from four philosophical perspectives. *Nursing Science Quarterly*, 8(5), 79-85.
 - ROY, C. (1997). Future of the Roy Model: challenge to redefine adaptation. *Nursing Science Quarterly*, 10(1), 42-48.
 - ROY, C. (1999). State of the art: dissemination and utilization of nursing literature in practice. *Biological Research in Nursing*, 1(2), 147-155.
 - ROY, C., & Andrews, H. E. (1999). The Roy adaptation model. Appleton e Lange, Stamford.
 - ROY, C. (2000). A theorist invisions the future and speaks to nursing administrators. *Nursing Administration Quarterly*, 24(2), 1-12.
 - SILVA, B. (Coord) (1987). *Dicionário de Ciências Sociais*. Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro.
 - ZIMMERMAN, D. E. (1997a) *Fundamentos teóricos*. En *Como trabalhamos com grupos* (Zimmerman, D. E., & Osório, L. C.), Artes Médicas, Porto Alegre pp. 23-32.
 - ZIMMERMAN, D. E. (1997b). *Fundamentos técnicos*. En *Como trabalhamos com grupos* (Zimmerman, D. E., & Osório, L. C.), Artes Médicas, Porto Alegre pp. 33-40.

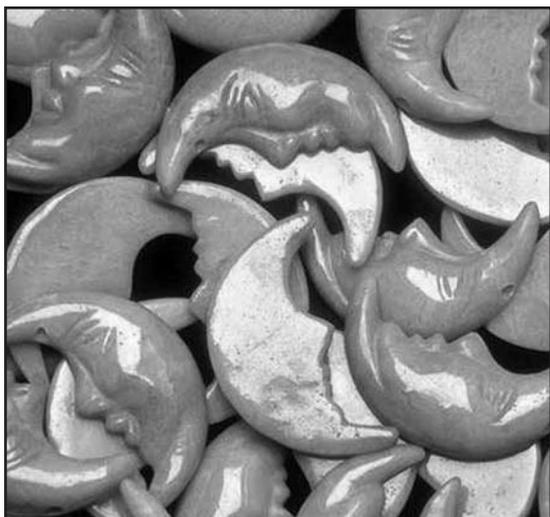


EFFECTOS DE LA TELEVISIÓN SOBRE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y EL RENDIMIENTO ESCOLAR EN NIÑAS ESCOLARES

Estudio patrocinado por la Consejería de Sanidad y Consumo de la Junta de Extremadura.

Francisco Javier Barbancho Cisneros*, Jesús Prieto Moreno*, Francisco Tirado Altamirano*, Luis Mariano Hernández Neila*, Jesús Santos Velasco*, Andrés Moreno Méndez*

**Profesores del Departamento de Enfermería de la Universidad de Extremadura*



EFFECTS OF TELEVISION ON SCHOOL-GIRLS' PHYSICAL ACTIVITY AND SCHOOL PERFORMANCE

A study sponsored by the Health and Consumption Department of the Extremadura Autonomous Regional Government

ABSTRACT

Children in Western industrialised countries dedicate more time to watching television (TV) than to any other extra-school activity. Numerous international and national publications have shown that TV favours a sedentary lifestyle and reduces physical activity and school work. This descriptive, transversal study inquires into the TV-watching habits of the school population between 10 and 14 years of age in the city of Plasencia (Extremadura). The study method was based on filling in questionnaires addressed to 494 selected schoolchildren, their parents and their tea-

chers, which referred to TV-watching habits, the time dedicated to physical exercise, sleep and reading, and academic performance. This article shows the results obtained with the 244 girls that participated in the survey. It was proved that girls dedicate 15.9 hours a week to watching TV, an amount of time well above the current recommendations, to the detriment of physical activity, sleep and study, and also that many parents allow their children to watch TV on their own, with no time limits or content selection. People responsible for children's education must prepare specific programmes to re-educate children's TV-watching habits.

Key words: Television. Children. Sleep. Physical activity. Academic performance.

RESUMEN

Los niños de los países occidentales industrializados dedican más tiempo a ver televisión (TV) que a cualquier otra actividad extraescolar. Numerosas publicaciones internacionales y nacionales evidencian que la TV favorece el sedentarismo y disminuye la actividad física y el trabajo escolar. Este estudio descriptivo y transversal indaga los hábitos televisivos de la población escolar de 10 a 14 años de edad de la ciudad de Plasencia (Extremadura). El método de estudio se basó en cumplimentar cuestionarios dirigidos a los 494 escolares seleccionados, a sus padres y profesores, que recogían los hábitos televisivos, el tiempo dedicado al ejercicio físico, sueño y lectura y el rendimiento académico. En este artículo se exponen los resultados obtenidos con las 244 niñas participantes. Se demuestra que las niñas dedican 15,9

horas semanales a ver la TV, tiempo muy superior a las recomendaciones actuales, en detrimento de la actividad física, el sueño y el estudio y que muchos padres permiten que sus hijos vean solos la TV, sin límites horarios ni selección de los contenidos. Es preciso que las personas responsables de la educación infantil elaboren programas específicos para reeducar los hábitos televisivos infantiles.

Palabras-clave: Televisión. Niños. Sueño. Actividad física. Rendimiento académico.

INTRODUCCIÓN

La TV por su poderosa capacidad de información y difusión ejerce una extraordinaria influencia en los hábitos y estilo de vida de las sociedades, sobre todo en sus capas de población más jóvenes. En los niños de los países occidentales el papel de la TV es determinante porque consumen largo tiempo delante de la pantalla y tienden a considerar sus mensajes como referentes lo que contribuye a crearles confusión entre lo que es real e imaginario (Strasburger VC, 1989; Galdó G, 1997; American Academy of Pediatrics, 2001). España es uno de los países de Europa donde los niños ven más la TV, sobre todo los de las familias con menor nivel educativo (Galdó G, 1997). El uso mesurado y selectivo de la TV puede resultar positivo para los niños porque transmite muchos conocimientos y estimula el aprendizaje, la imaginación y el diálogo, pero si es abusivo e indiscriminado tiene efectos negativos intelectuales, psicosociales, físicos y escolares (Andersen RE y cols, 1988; Singer DG, 1989; Tojo T, 1990; Dietz y cols, 1991).

Nuestro estudio demuestra que las niñas ven demasiada TV, dedicando un tiempo medio de 15,9 h/ semana, superando ampliamente las recomendaciones establecidas (Strasburger VC, 1989; Galdó G, 1997; American Academy of Pediatrics, 2001), lo que repercute en la disminución del sueño, la actividad física y el trabajo escolar (Dietz WH, 1993; Galdó G, 1997), y que muchos padres permiten a sus hijas verla solas, sin limitar el horario ni seleccionar la programación. Los padres, educadores, enfermeras, pediatras, etc. deben conocer sus influencias perjudiciales, y regular los hábitos televisivos infantiles, estableciendo un horario

acorde con las recomendaciones actuales, evitando la presencia de la TV en el dormitorio y seleccionando la programación (Strasburger VC, 1989; Schmitt J y cols, 1989; Anastasea-Vlachou K y cols, 1996; Owens J y cols, 1999). Este estudio pretende conocer el tipo de consumo televisivo en nuestro medio y sus efectos negativos.

MÉTODOS: Estudio observacional transversal basado en la formulación de cuestionarios para conocer los hábitos televisivos de los escolares de una ciudad extremeña, Plasencia de 40.000 habitantes. El universo y ámbito poblacional del estudio fueron 2.589 niños, de 10-14 años, de los colegios de educación primaria y secundaria. La muestra, representativa y aleatoria se estimó en 500 escolares estratificados por edad y sexo, lo que representa un error estándar posible comprendido entre +4,3 y -4,3, para un nivel de confianza del 95% (z, 1,96) y p/q: 50/50, correspondiente a la situación más desfavorable. La muestra final fue de 494 escolares (de los 550 cuestionarios, 34 no fueron devueltos y 20 estaban incompletos) con un ligero predominio de niños, 250 (50,6%) sobre niñas, 244 (49,4%). En este artículo se analizan exclusivamente los resultados obtenidos con las niñas.

El método de estudio consistió en cumplimentar tres encuestas dirigidas, respectivamente, a los padres, escolares y profesores de los colegios, que indagaban los hábitos televisivos, deportivos y lúdicos, el tiempo de descanso y sueño, el comportamiento en clase y el rendimiento académico. Las participantes fueron divididas en 5 grupos de edad (10, 11, 12, 13 y 14 años). Los cuestionarios destinados a las niñas y a sus padres recogían: a) edad y lugar que ocupaba la niña entre sus hermanos; b) edad de los padres, estado sociolaboral (desempleado, trabajo no cualificado, cualificado, alta cualificación) y nivel cultural (sin estudios, primarios, medios y superiores); c) el tiempo que las niñas dedicaban durante los diferentes días de la semana a la TV, deporte, juego, paseo, lectura y sueño; d) circunstancias en que se visualizaba la TV: sola o acompañada por otros niños o algún adulto; e) número de televisores y distribución en el hogar; f) tipo de programas vistos, selección de la programación y limitación del tiempo de visualización de la TV.

El cuestionario dirigido a los profesores de los centros escolares evaluaba el comportamiento en clase, la capacidad de atención, las calificaciones y el rendimiento global de las alumnas. Según las puntuaciones aportadas por los profesores las participantes se dividieron en 3 grupos: A (mal rendimiento), B (regular/aceptable) y C (bueno/muy bueno). Los resultados se relacionaron con el consumo televisivo semanal.

El análisis estadístico se realizó con el programa informático SPSS+10, mediante la prueba chi cuadrado y t de Student

RESULTADOS

Las niñas escolares (edad media 12,4 años) veían la TV 15,9 h/ semana (2 h y 27 min/ día). Los días festivos la veían 3 h, algo más de 1 h que los laborales. El consumo televisivo tendía a ser mayor conforme aumentaba la edad, con diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$) (tabla 1).

El promedio de televisores en los hogares era de 2,1, y en la mayoría (58,6%) existían dos (fig. 1). El 19,7% de las niñas tenían TV en su habitación, porcentaje que también crecía con la edad (fig. 2). Las niñas que tenían un televisor en su dormitorio veían más del doble de tiempo que las que carecían de él.

Muchos padres no limitaban o solo lo hacían a veces el tiempo de visualización de la TV, ni seleccionaban adecuadamente la programación (fig. 3). El 30% de los padres usaba la TV para mantener entretenidas a sus hijas. El 27,1% de las niñas veían solas la TV. Los padres cuyas hijas veían la TV por debajo de la media tenían mejor nivel cultural y laboral. La diferencia era de 0,5 puntos (1,7 frente a 1,2 puntos), en una escala de 0 a 3 ($p < 0,05$).

Las niñas que veían la TV por debajo de la media dormían un promedio de 22 min. más al día, dedicaban 2,1 h/ semana más a la actividad física (juego y deportes) y 1,6 h/ semana más a la lectura de cuentos o libros no relacionados con la actividad escolar.

El rendimiento escolar era significativamente mejor cuanto menos se veía la TV ($p < 0,05$) (tabla 2).

DISCUSIÓN

Los niños dedican excesivo tiempo a la TV como demuestran numerosos estudios. En EE.UU

los niños a partir de los dos años ven la TV más de 3 h/ día (Schmitt J, 1989; American Academy of Pediatrics, 2001), y hasta el 26% de los adolescentes 4 o más h/ día (Andersen RE y cols, 1988). En los países europeos mediterráneos el uso de la TV también es muy elevado (Anastasea-Vlachou K y cols, 1996; Valerio M y cols, 1997). En Grecia alcanza 25 h/ semana en los niños de 7-12 años (Anastasea-Vlachou K y cols, 1996). En España es igualmente alto según los estudios realizados en distintas Comunidades (Aragón, Andalucía; Cantabria, Navarra) que sitúan el consumo televisivo entre dos y tres horas diarias en niños y adolescentes (Mur L y cols, 1997; Uberos DJ y cols, 1998; Caviedes BE y cols, 2000; Bercedo A y cols, 2001; Durá T y cols, 2002). En nuestro medio se aproxima a las 2,5 h/ día en las niñas con una edad media de 12,4 años, destacando las 18,8 h/ semana de las de 14 años. Todos los estudios, incluido el nuestro, muestran una visualización excesiva en todos los grupos de edad que tiende a crecer según aumenta ésta y que se aleja de las recomendaciones aceptadas que limitan el tiempo a menos de 2 h/ día e idealmente a menos de 1 h (Strasburger VC, 1989; Galdó G, 1997; American Academy of Pediatrics, 2001).

El número de televisores en los domicilios es exagerado y resulta alarmante que casi el 20% de las niñas tenga uno en su dormitorio, porcentaje superior al de otros estudios (Bernard-Bonnin AC y cols, 1991; Caviedes BE y cols, 2000; Bercedo A y cols, 2001; Durá T y cols, 2002), pues facilita la visualización pasiva y descontrolada de la programación (Strasburger VC, 1989; American Academy of Pediatrics, 2001). Es preocupante, por los mismos motivos, que el 27,1% de las niñas vean solas la TV, cifra similar a la aportada en otras publicaciones (Galdó G, 1997; Bercedo A y cols, 2001), aunque inferior a la observada en Navarra (Durá T y cols, 2002). El 30% de los padres empleaban la TV para mantener entretenidas a sus hijas, a modo de niñera, porcentaje mayor que el observado en Cantabria (Bercedo A y cols, 2001). Llama la atención el número de padres que nunca o casi nunca limitan a sus hijas el tiempo de TV (18,4%) ni seleccionan la programación que ven (20,5%) y que solo lo haga a veces el 28,7% y el 31,6%, respectivamente. Estos datos prueban lo



CONCLUSIONES

Las personas responsables de la educación y de la salud infantil (padres, profesores, enfermeras, pediatras, etc.) tienen que conocer los efectos negativos de la TV sobre el sueño, la lectura, la actividad física y el rendimiento académico de los escolares, y realizar educación sociosanitaria respecto a los hábitos televisivos recomendando a los padres que limiten el tiempo de TV, seleccionen la programación y que eviten que los niños tengan TV en el dormitorio y que la vean solos.

BIBLIOGRAFÍA

- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (2001) Committee on Public Education. American Academy of Pediatrics: Children, adolescents, and television. *Pediatrics*, 107, 423-6.
- ANASTASSEA - VLACHOU K, FRYSSIRA - KANIOURA H, PAPATHANASIOU - KLONTZA D, XIPOLITA - ZACHARIADI A, MATSANIOTIS N (1996) The effects of television viewing in Greece, and the role of the paediatrician: a familiar triangle revisited. *Eur J Pediatr*, 155, 1057-60.
- ANDERSEN RE, CRESPO CJ, BARLETT SJ, CHESKIN LJ, PRATT M (1988) Relationship of physical activity and television watching with body weight and level of fitness among children: results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *JAMA*, 279, 938-42.
- BERCEDO SANZ A, REDONDO FIGUERO C, CAPA GARCÍA L, GONZALEZ-ALCITURRI CASANUEVA MA (2001) Hábito televisivo en los niños de Cantabria. *An Esp Pediatr*, 54, 44-52.
- BERNARD-BONNIN AC, GILBERT S, ROUSSEAU E, MASSON P, MAHEUX B (1991) Television and the 3- to 10- Year-Old Child. *Pediatrics*, 88, 48-54.
- BLADER JC, KOPLEWICZ HS, ABIKOFF H, FOLEY C (1997) Sleep problems in elementary school children. A community survey. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 151, 473-480.
- CAVIEDES ALTABLE BE, QUESADA FERNÁNDEZ E, HERRANZ JL (2000) La televisión y los niños: ¿es responsable la televisión de todos los males que se le atribuyen?. *Aten Prim*, 25, 36-45.
- DIETZ WH, GORTMAKER SL (1993) TV or not TV: fat is the question. *Pediatrics*, 91, 499-501.
- DIETZ WH, STRASBURGER VC (1991) Children, adolescents, and television. *Curr Probl Pediatr*, 21, 8-31.
- DURÁ TRAVÉ T, MAULEÓN ROSQUIL C, GÚRPIDE AYARRA N (2002) La televisión y los adolescentes. *Aten Prim*, 30, 171-5.
- GALDÓ G (1997) La televisión y los niños. En: Prandi F, ed. *Pediatría Práctica*. Barcelona: Prous, 65-76.

fácil que resulta para muchas chicas ver la TV cuando les apetece, incluyendo programas nocivos plagados de contenidos agresivos, violentos, clasistas, racistas y sexistas (Galdó G, 1997; Uberos DJ y cols, 1998; Caviedes BE y cols, 2000). La relación observada entre el mayor nivel cultural y laboral de los padres y el menor uso de la TV por sus hijos ha sido encontrada por otros autores (Strasburger VC, 1989; Anastasea-Vlachou K y cols, 1996; Caviedes BE y cols, 2000; Bercedo A y cols, 2001).

El menor tiempo que dedican al sueño los escolares que tienen un elevado consumo de TV ha sido observado en varios estudios, que también han demostrado que su abuso produce trastornos del sueño (insomnio, terrores y pesadillas) que perturban el bienestar del niño (Bernard-Bonnin AC y cols, 1991; Galdó G, 1997; Owens J y cols 2000), aunque estas alteraciones no han sido indagadas por nosotros. Igualmente la disminución del tiempo dedicado a la actividad física (juegos y deportes) y a la lectura de cuentos y libros no relacionados con el trabajo escolar coincide con las aportaciones de otros autores (Mur L y cols, 1997; Galdó G, 1997; Blader JC, 1997).

Todos los parámetros de aptitud escolar valorados: capacidad de concentración comportamiento, calificaciones y rendimiento académico global eran peores cuanto más tiempo veían la TV, datos referidos en otros trabajos (Anastasea-Vlachou K y cols, 1996; Mur L y cols, 1997; Blader JC, 1997; Bercedo A y cols, 2001). La diferencia de tiempo de visualización de la TV entre los grupos con peor y mejor rendimiento escolar era de 4,2 horas semanales.

- MUR L, FLETA J, GARAGORRI JM, MORENO L, BUENO M (1997) Actividad física y ocio en jóvenes I: Influencia del nivel socioeconómico. *An Esp Pediatr*, 46, 119-25.
- OWENS J, MAXIM R, MCGUINN M, NOBILE C, MSALL M, ALARIO A (1999) Television-viewing habits and sleep disturbance in school children. *Pediatrics*, 104, E27.
- OWENS J, SPIRITO A, MCGUINN M, NOBILE C (2000) Sleep habits and sleep disturbance in elementary school-aged children. *J Dev Beav Pediatr*, 21, 27-36.
- SCHMITT J, VOILQUIN JP, AUBREGE A, LANGINIER D (1989) Television, advertising, and nutritional behavior of children. *Bull Acad Natl Med*, 173, 701-6.
- SINGER DG. CHILDREN, ADOLESCENTS, AND TELEVISION-1989: I (1989) Television violence: a critique. *Pediatrics*, 83, 445-6.
- STRASBURGER VC (1989) Children, adolescents, and television--1989: II. The role of pediatricians. *Pediatrics*, 83, 446-8.
- TOJO T (1990) Televisión y salud infantil. El papel del pediatra y la pediatría. *An Esp Pediatr*, 33 (Supl 43), 188-196.
- ÜBEROS DJ, GÓMEZ A, MUÑOZ A, MOLINA A, GALDÓ G, PÉREZ FJ (1998) Televisión and childhood injuries: is there a connection?. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 152, 712-4.
- VALERIO M, AMODIO P, DALZIO M, VIANELLO A, ZACCHELLOO GP (1997) The Use of Television in 2- to 8 Year-Old Children and the Attitude of Parents About Such Use. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 151, 22-6.

Tabla 1. Tiempo (horas semanales) de visualización de la TV

Edad	N	Med.	Mín.	Máx.	P3	P5	P10	P25	P50	P75	P90	P95	P97
10 años	50	14,1	3,5	25,0	4,0	4,8	8,1	11,0	14,1	17,0	20,0	20,7	23,0
11 años	44	14,4	4,0	29,0	4,2	4,5	6,7	11,5	14,1	18,0	21,5	23,5	27,1
12 años	50	16,3	4,5	35,0	4,5	7,4	9,1	12,9	16,4	19,1	22,2	25,8	30,4
13 años	50	15,8	9,0	28,7	9,0	9,5	11,0	13,5	15,0	18,5	22,8	24,1	26,3
14 años	50	18,8	9,0	28,0	9,3	9,7	10,4	16,3	18,9	21,8	26,9	27,9	28,5

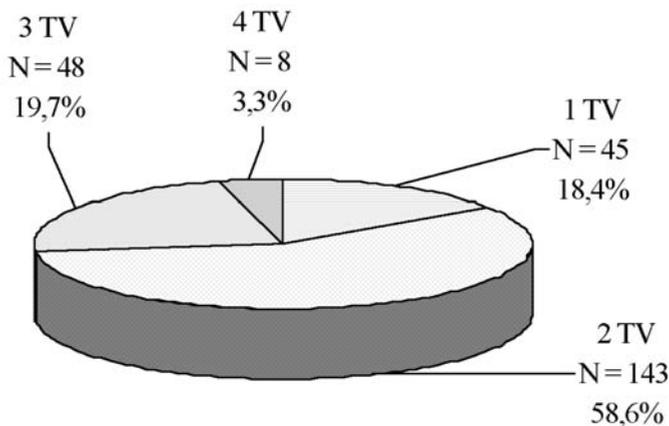


Figura 1. Número de televisores en el hogar

Tabla 2. Rendimiento escolar y tiempo (horas semanales) de TV

Rendimiento académico	Nº de niñas	%	Horas semanales TV
Grupo A (malo/ muy malo)	16	6,5	16,5
Grupo B (regular/ aceptable)	120	49,2	16,2
Grupo C (bueno/ muy bueno)	108	44,3	12,3

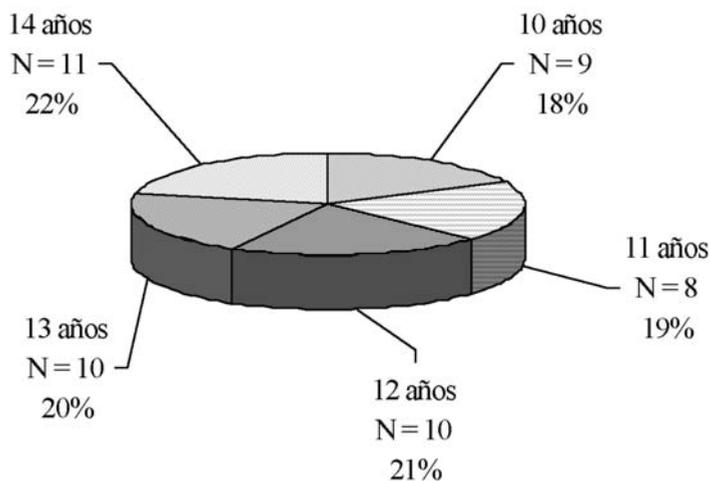


Fig. 1. Presencia de televisor en el dormitorio de la niña

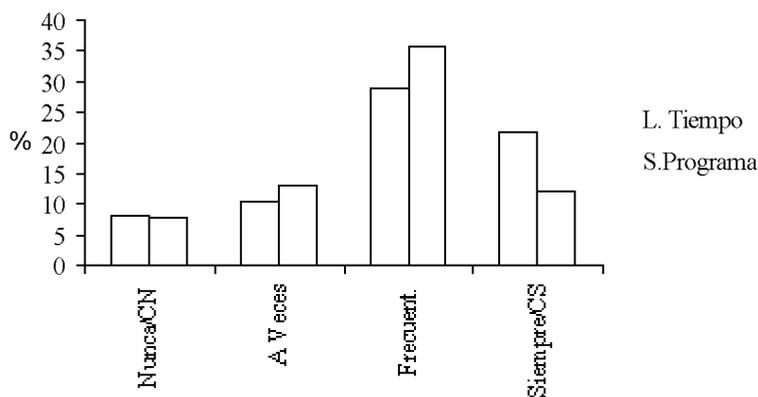
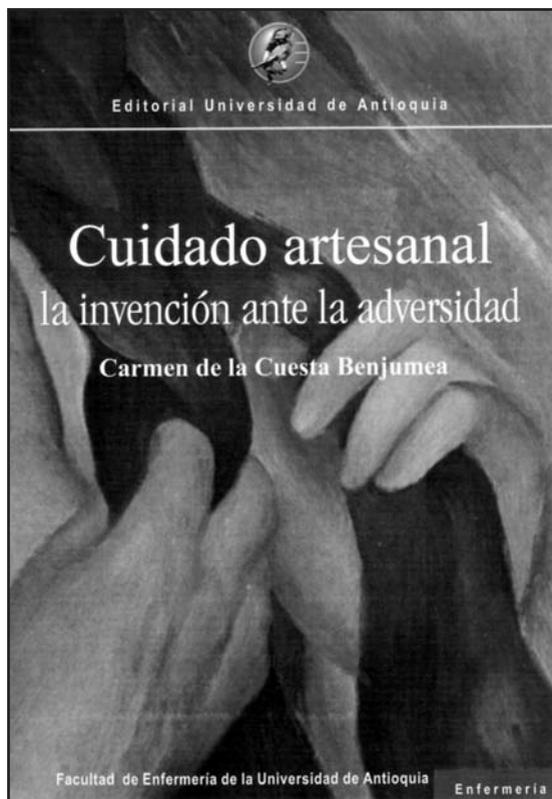


Fig. 3. Limitación del tiempo y selección de la programación por los padres

MISCELÁNEA

BIBLIOTECA COMENTADA



CUIDADO ARTESANAL

La invención ante la adversidad

Carmen de la Cuesta Benjumea

La profesora Carmen de la Cuesta nos recrea con su nuevo libro *Cuidado Artesanal*. Nos llena de satisfacción, encontrar investigaciones rigurosas metodológica y científicamente hechas por enfermeras desde enfermería. Este libro es el fruto de un estudio serio de investigación cualitativa sobre los cuidadores de las personas con demencia avanzada. Con cierta frecuencia encontramos a algunos profesionales, interesados por la investigación cualitativa, quejarse de no encontrar estudios serios de investigación cualitativa que les sirvan de guía –modelo–; pues bien, en

este trabajo hecho con un buen rigor metodológico, pueden encontrar ese modelo que algunos van buscando.

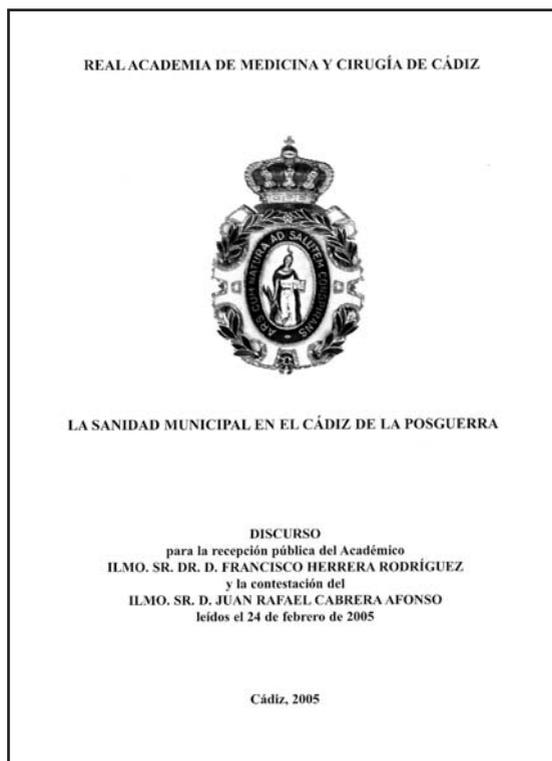
Pensamos que todo trabajo de investigación debe tener en cuenta al menos dos aspectos importantes: por una parte, rigurosidad científica y por otra que sea capaz de mostrar cambios cualitativos en la sociedad si dicha investigación se lleva a la práctica. Pues bien, este trabajo muestra de forma práctica las consecuencias benéficas que se derivarían de la misma si esta se pusiera en acción.

Concluyo, haciendo más las palabras que nos dice en su libro la Doctora Carmen de la Cuesta: “Éste es un informe que espero que revele la heroicidad del amor cotidiano: trata de cuidado de pacientes con demencia avanzada en casa. El cuidado se hace en la adversidad, los cuidadores luchan con artesanía, y artesanalmente lo logran. Es artesanal, pues lo hacen con las manos, lo crean cada día; está impregnado de inteligencia y de ingenio. Con él preservan la vida y la dignidad de sus familiares enfermos; cotidianamente reafirman su humanidad a pesar de una enfermedad que tiende a destruirla. Es un cuidado de artesano: único, útil y por ello bueno; lo inspira un amor que se abre paso a pesar del otro”.

Recomendamos la lectura profunda de este libro, pues no sólo aprenderemos cómo hacer investigación cualitativa, sino también conocer una realidad a la que de alguna manera todos estamos llamados a vivir directa o indirectamente.

Luis Cibanal Juan

Departamento de Enfermería



LA SANIDAD EN EL CÁDIZ DE LA POSGUERRA. Discurso para la recepción pública del Académico ILMO: Sr. D. Francisco Herrera Rodríguez y la contestación del ILMO. Sr. D. Juan Rafael Cabrera Alfonso.

Francisco Herrera Rodríguez

Debe interpretarse como motivo de orgullo bien entendido, el hecho de que uno de nuestros compañeros en el noble y complejo arte de construir la historia de la enfermería, haya ingresado recientemente en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz. El profesor y Dr. Francisco Herrera Rodríguez acaba de leer de forma magistral su discurso de ingreso en tan magna e ilustre institución. El título elegido por el Dr. Herrera concilia dos de sus más queridos temas y, a la vez, objeto de estudio: Cádiz y la Sanidad Municipal en la posguerra. Este discurso ha sido contestado, tal como estipula el protocolo de la ceremonia en cuestión, por el Dr. Juan Rafael Cabrera Alfonso. El discurso versa, por un lado, sobre la organización y personal que componía la Sanidad Municipal de la Cádiz de posguerra (ocupando un destacado lugar el perso-

nal de enfermería de la época: practicantes, matronas, enfermeras; y, por otra, el contexto propio de un momento histórico en el que lo que impera por encima de todo, de forma transversal (al uso del habla culta de hoy) es la carestía, el hambre y, por tanto, se transforma el problema de la alimentación en uno de los principales frentes que todos los sistemas (educativo, sanitario, político, etc.) de forma convergente, tienen que resolver. Pero, a la par de la calidad de sus trabajos, ricamente ilustrados con gráficos y figuras, siempre adornados por la rigurosidad científica, se une a este discurso su no menos habitual espíritu humanista como reflejo del amor que el Dr. Herrera le profesa tanto a la poesía como a la narrativa. En este sentido, el autor nos refiere las obras de diferentes escritores que han aportado luz sobre la fría y oscura sombra del pasado histórico, finiquitando su exposición con una cita tan tajante como serena y cargada de recia certidumbre..

Llega el pasado a nuestro lado
Ladra furioso, como un perro
José Hierro

