

CULTURA DE LOS CUIDADOS

REVISTA DE ENFERMERIA Y HUMANIDADES

1^{er}. Semestre 2006 • Año X - N.º 19

EDITORIAL

- Fenomenología- Hermenéutica y Enfermería

FENOMENOLOGÍA

- Agujas
- Morir en un Hospital. Reflexiones y comentarios a la obra de Philippe Arié

HISTORIA

- Las Titulaciones Quirúrgico-Médicas a mediados del siglo XIX: Los Ministrantes

ANTROPOLOGÍA

- Enfermería y Personas de otras culturas
- Cuidados populares medicalizados, cuidados biomédicos popularizados. La inclusión de las parteras tradicionales en el sistema de salud del oriente de Guatemala
- El otro cuerpo de la identidad: análisis de modelos culturales de los trastornos del cuerpo femenino
- Significado del cuidado de enfermería desde la perspectiva de los profesionales de una institución hospitalaria de tercer nivel en Bogotá, Colombia
- Cultura del dolor, salud y enfermedad: percepción de enfermería, usuarios de salud y curanderos

TEORÍA Y MÉTODO

- La ciencia de los cuidados, marco investigativo para alcanzar el éxito de la calidad de vida en el envejecimiento
- Características del cuidador principal y su relación con la percepción de satisfacción de necesidades básicas del paciente terminal
- Problemas de adaptación fisiológica en personas con angina

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 Síles González		
SUBDIRECCIÓN Luis Cibanal Juan		
DIRECCIÓN TÉCNICA Y FINANCIERA José A. Ávila Olivares Antonio Verdú Rico Mercedes Núñez del Castillo Juan José Tirado Dauder Francisco Mulet Falcó Francisco J. Pareja Lloréns		
COMITÉ ASESOR NACIONAL Manuel Amezcua (Granada) Carmen Chamizo Vega (Gijón) Alberto Gálvez Toro (Jaén) Manuel J. García Martínez (Sevilla) Antonio C. García Martínez (Sevilla) Esperanza de la Peña Tejeiro (Mérida) Cecilio Eserverri Cháverri (Palencia) Francisca Hernández Martín (Madrid) Francisco Herrera Rodríguez (Cádiz) Amparo Nogales Espert (Valencia) Natividad Sánchez González (Albacete) Francisco Ventosa Esquinaldo (Salamanca)		
COMITÉ ASESOR INTERNACIONAL Carmen de la Cuesta Benjumea Marilyn Douglas (EE.UU.) Ximena Isla Lund (Chile) Raquel Spector (EE.UU.) Rick Zoucha (EE.UU.) Asesor Enfermería Militar: Capitan J. Fco. Montes Jiménez		
CONSEJO DE REDACCIÓN SECRETARÍA Elena Ferrer Hernández <i>ferrer_ele@gva.es</i>		
Miguel Castell Molina Isabel Casabona Martínez Juan Mario Domínguez Santamaría Belén Estebán Fernández Eva M ^a Gabaldón Bravo Manuel Lillo Crespo Asunción Ors Montenegro Rosa Pérez-Cañaveras M ^a Mercedes Rizo Baeza Carmen Solano Ruiz Flores Vizcaya Moreno 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>		
<i>Cultura de los Cuidados está incluida en las bases de datos: BDIE, ENFISPO, EBSCO, PUBLISHING, CUIDATGE, CUIDEN, CINHAL y Hemerotecas digitales como: Cantárida</i>		
SUSCRIPCIONES: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA) C/ Xàtiva, 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		
<i>LA DIRECCIÓN DE LA REVISTA NO SE HACE RESPONSABLE DE LOS CONTENIDOS DE LOS ARTICULOS</i>		
	NORMAS DE PUBLICACIÓN	4
	EDITORIAL	
	Fenomenología- Hermenéutica y Enfermería	5
	SOLANO RUIZ, M ^a CARMEN	
	FENOMENOLOGÍA	
	Agujas	7
	PASCUAL MARTINEZ, RAFAEL	
	Morir en un Hospital. Reflexiones y comentarios a la obra de Philippe Ariés	10
	DAÍAZ AGEA, JOSE LUIS	
	HISTORIA	
	Las Titulaciones Quirúrgico-Médicas a mediados del siglo XIX: Los Ministrantes	16
	JIMENEZ RODRIGUEZ, ISIDORO	
	ANTROPOLOGÍA	
	Enfermería y Personas de otras culturas	37
	GENTIL GARCÍA, ISABEL	
	Cuidados populares medicalizados, cuidados biomédicos popularizados. La inclusión de las parteras tradicionales en el sistema de salud del oriente de Guatemala	41
	MARIANO JUÁREZ, LORENZO	
	El otro cuerpo de la identidad: análisis de modelos culturales de los trastornos del cuerpo femenino	47
	RIGOL CUADRA, ASSUMPTA	
	Significado del cuidado de enfermería desde la perspectiva de los profesionales de una institución hospitalaria de tercer nivel en Bogotá, Colombia	55
	DAZA DE CABALLERO, ROSITA; LUZ STELLA MEDINA, LUZ.	
	Cultura del dolor, salud y enfermedad: percepción de enfermería, usuarios de salud y curanderos	63
	M.C.E. ORTEGA-LÓPEZ, ROSA MARGARITA	
	TEORÍA Y MÉTODO	
	La ciencia de los cuidados, marco investigativo para alcanzar el éxito de la calidad de vida en el envejecimiento	73
	SALAS IGLESIAS, PEDRO MANUEL	
	Características del cuidador principal y su relación con la percepción de satisfacción de necesidades básicas del paciente terminal	79
	ARANEDA PAGLIOTI, E. GLORIA; APARICIO ESCOBAR, ANDREA	
	Problemas de adaptación fisiológica en personas con angina	87
	NOBREGA FORTES, ALLYNE; MARTINS DA SILVA; VENICIOS DE OLIVEIRA LOPES, MARCOS	
	MISCELÁNEA	
	Biblioteca comentada	93

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 completo, su mayor rango académico, así como la dirección de correspondencia del primer autor.

En la segunda página, un resumen del trabajo no superior a 200 palabras donde incluya el objetivo del estudio, al final se añadirá 3 o 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.

- 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

FENOMENOLOGIA- HERMENUTICA Y ENFERMERIA

M^a del Carmen Solano Ruiz
Departamento de Enfermería
Universidad de Alicante

Los términos de hermenéutica y fenomenología se utilizan de forma indiscriminada en la literatura de la investigación en enfermería. Tanto la fenomenología como la hermenéutica pueden proporcionar una aproximación para poder expresar el conocimiento de la práctica de enfermería. El método fenomenológico busca descubrir los significados de los fenómenos experimentados por individuos a través del análisis de sus descripciones, su principal enfoque se centra en la atención en la experiencia vivida de una persona y obtiene similitudes y significados compartidos. La hermenéutica asume que los humanos experimentan el mundo a través del lenguaje y este lenguaje nos proporciona la comprensión y el conocimiento de las personas.

El término hermenéutica procede del griego "hermnéia" e indica la eficacia de la expresión lingüística, al principio la hermenéutica estuvo unida a la experiencia de transmitir mensajes (Hermes el mensajero de los dioses). La importancia de esta disciplina iba unida a la interpretación de los textos bíblicos, aunque es en el Renacimiento cuando adquiere su auge ya que ésta, no sólo se ocupará de la Biblia sino de todo tipo de textos.

La palabra fenomenología procede del griego y está compuesta por dos vocablos griegos: "fenomenon" y "logos". "Fenomenon" deriva de "faineszai" que significa mostrarse, sacar a la luz del día, hacer patente y visible en sí mismo. El significado de "logos" significa discurso, ciencia. Según los antecedentes de la palabra, la fenomenología será la ciencia que versa sobre cómo revelar y hacer visibles las realidades o cómo acceder a la polisemia que entraña toda realidad. En una aproximación fenomenológica, nos interesa saber "qué" es el otro, y para poder acceder es esencial comenzar

interesándonos por saber cómo se muestra, cómo se manifiesta, qué aspecto tiene, qué parece ser. A la fenomenología se le puede considerar como una filosofía o variedad de filosofías relacionadas entre sí, que se preocupa además por el enfoque y el método. Husserl (1970) considerado como el padre de la fenomenología, la consideraba como las tres cosas: una filosofía, un enfoque y un método. Heidegger la considera una hermenéutica, en el sentido etimológico de la palabra; es decir, una interpretación, una aclaración explicativa del sentido del ser. Merleau Ponty (1962) define a la fenomenología como el estudio de las esencias y los problemas y considera que no se puede comprender al hombre y al mundo sino a partir de su facticidad. La considera como el intento de hacer una descripción directa de nuestra experiencia tal cual es, y sin ninguna consideración de su génesis psicológica y de las explicaciones causales que el historiador o sociólogo pueden dar.

Si analizamos las ideas en las tradiciones fenomenológicas podemos observar diferentes enfoques:

La tradición de Husserl, o la fenomenología eidética, es epistemológica enfatiza el regreso a la intuición reflexiva para escribir y clarificar la experiencia tal como se vive se constituye en conciencia. Desde el punto de vista de Husserl todas las distinciones de nuestra experiencia deben de hacerse carente de presuposiciones (subjectividad transcendental- epoché), permitiéndonos a nosotros mismos fundar con certeza nuestros juicios acerca de la realidad en nuestra experiencia sin relación con las tradiciones o teorías históricas creando así una base segura para describir la experiencia y conseguir del mundo tal y como es. En este sentido el lenguaje fenomenológico es des-

criptivo y su propósito hacer que la experiencia original le sea evidente por medio de la intuición clara (la percepción directa o intuición clara es la forma de como se constituyen los fenómenos).

La tradición fenomenológica-hermenéutica o enfoque interpretativo es llevada a cabo por Heidegger, alumno y crítico de Husserl. Se concibe como una manera de ser en el mundo sociohistórico donde la dimensión fundamental de toda conciencia humana es histórica y sociocultural y se expresa por medio del lenguaje (texto). Heidegger consideró que el enfoque primario de la filosofía fue sobre la naturaleza de la existencia (ontología), mientras que Husserl su enfoque fue sobre la naturaleza del conocimiento (epistemología). La distinción principal entre ambos enfoques radica en la consideración por parte de Heidegger de que las presuposiciones no se deben de eliminar o suspender ya que constituyen la posibilidad de la comprensión o el significado. Posteriormente el término de filosofía hermenéutica es utilizado cuando se refiere específicamente al trabajo de Gadamer (1989), basándose en las ideas de Heidegger, articuló una hermenéutica tanto en el contexto de la temporalidad como la historicidad de la existencia humana. Ricoeur, expuso las definiciones más amplias de la fenomenología y la hermenéutica apoyado por las ideas de Husserl, Heidegger y Gadamer, según este autor: "la fenomenología sigue siendo la presuposición insuperable de la hermenéutica". Por otra parte ella no puede constituirse así misma sin una presuposición hermenéutica. La teoría de la interpretación de Ricoeur, profundizó en la comprensión de la relación entre la ontología de la realidad humana (ser en el mundo) y la epistemología de lo que ha de conocerse (ser del mundo), afianzando el vínculo entre comprender el significado y comprenderse a sí mismo. Filósofos como Merleau Ponty, Habermas y otros en Estados Unidos han contribuido al avance de la fenomenología y la hermenéutica contemporánea.

En 1990, Van Maanen y otros, basado en tradiciones filosóficas alemanas y holandesas, introducen y explican la noción de que la investigación de las ciencias humanas no puede separarse de la práctica de la escritura.

Debido a los intentos de la fenomenología por revelar el significado esencial de la experiencia humana, esa filosofía y enfoque puede servir de

base para la investigación en enfermería. La disciplina enfermera necesita de ésta filosofía para poder otorgar un sentido interpretativo a los fenómenos del mundo de la vida con el fin de determinar la importancia de los cuidados en las situaciones vida-salud, favoreciendo a través de la descripción y la interpretación de los fenómenos un análisis crítico-reflexivo sobre nosotros mismos.

La mayor parte de los estudios realizados desde la perspectiva de nuestra disciplina tienden a dividir en fragmentos a las personas conduciendo a un reduccionismo que en realidad sirve de poca utilidad, es por tanto que la fenomenología hermenéutica se presenta con un gran atractivo dentro del campo de la enfermería tratando de pretender entender los fenómenos de salud-enfermedad a través del todo y favoreciendo la comprensión de las estructuras del significado de las experiencias vividas como principal núcleo para generar acciones de cuidados. Podríamos decir entonces que la fenomenología hermenéutica es una filosofía de lo personal, de lo individual que ejercemos contra un conocimiento previo del carácter evasivo del logos del "otro", el "todo", lo "común" o lo "social".

Conocer las tradiciones filosóficas principales en la investigación en enfermería facilita la clarificación y comprensión de los fenómenos, es necesario poner de manifiesto el tipo de enfoque empleado en nuestra investigación fenomenológica, si se utiliza un tipo de estudio más descriptivo (Husserl) o interpretativo basado en los postulados de Heidegger o ambos según la filosofía de Ricoeur, en definitiva el objetivo central es captar el significado de la experiencia dejando constancia de la manera y forma de comprender ese fenómeno, ya que este enfoque determinará el proceso que de la recogida de datos así como en el análisis en la investigación.

BIBLIOGRAFIA

- Gadamer, H (1995) El giro hermenéutico. Edit. Cátedra. Madrid
- Heidegger, M (200). El ser y el tiempo. Fondo de Cultura Económica de España
- Merleau Ponty (1962) Phenomenology of perception. New York, Routledge & Kegan F
- Morse, J (2003). Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Ed. Universidad de Antioquia. Colombia

FENOMENOLOGÍA

AGUJAS. NEEDLES.

Rafael Pascual Martínez



El consultorio de don Pepe olía a desinfectante y a dolor de agujas y siempre que traspasaba el umbral de aquel cuchitril sanitario tenía la certeza de que, aun yendo de la mano de mi madre, algo terrible iba a sucederme. Ella siempre me decía que la acompañara a casa del practicante porque tenía que ponerse una inyección que le había recetado el doctor el otro día. Yo no sabía que mi madre había ido al médico porque le pasara algo; es más, creía haber sido yo el único en visitar al galeno por ese constipado que cada invierno colapsaba de mocos mis infantiles senos nasales. Y así durante los cinco días que duraba el tratamiento intramuscular, y un año tras otro: después de la salida del colegio acompaño a mamá al colmado de la Asuncioneta a comprar el pan y el avío para la comida del día y una vez en la calle, cargado el capazo hasta el colmo, me dice:

- ¿Acompañas a la mamá a casa de don Pepe a ponerse una inyección que le han recetado?

La interrogación que le otorgaba a la frase era retórica y yo un niño tonto porque el pinchazo siempre me lo daban a mí y siempre accedía de buena gana a acompañarla, como si hubiera sido

para ella la consulta del otro día al pediatra para ver que se hacía con esos mocos y esos estornudos, además de la bufandita y de los odiosos vahos de mentol. Yo creo -estoy convencido- de que yo le daba pena a mamá porque hubiera sido mejor acudir primero a la consulta del practicante que a la tienda a hacer la compra y después ir ella cargada todo el camino con el capazo rebosante estirándole de su brazo -no me dejaba coger de un asa porque estaba constipado y por eso el otro día me llevó a la consulta de don Enrique-, como si postergando unos minutos la visita a casa del practicante se pudiera burlar lo inevitable. Pienso que así retrasaba un acontecimiento que para ella también resultaba doloroso y triste. Dudo que lo hiciera para ganar tiempo mientras ideaba algún pretexto para conseguir que la acompañara a casa de don Pepe porque yo era un niño tonto con el que siempre funcionaba la misma historia tantas veces reiterada.

Recuerdo que me gustaba acompañar a mi madre a la compra porque siempre me compraba una bolsa de patatas o de gusanitos y porque, además, la Asuncioneta siempre tenía puesta la radio en los 40 Principales, que por aquel entonces ponía muchas canciones de Leño como aquella que decía que tire la toaaallaaaa... que a mí me gustaba tanto y que en las parroquianas de la tiendecilla provocaba comentarios contra la "música moderna". Don Pepe, en cambio, siempre tenía el transistor sintonizado en Radio Nacional, que no ponía música sino que siempre había alguien hablando de cosas incomprensibles para un niño de siete años. Las voces adultas, serias, de los locutores, creaban un ambiente hostil, como de comisaría. Además, en las paredes no reposaban alacenas repletas de latas de aceitunas y de berberechos, o de botellas de aceite y bolsas de colines de pan, sino que eran

simple azulejo desnudo salpicado de manchurrones y de ese desinfectante que confería al habitáculo aquel olor tan característico. Únicamente había una vitrina acristalada y cerrada con llave en la que se guardaba todo el material necesario para administrarnos las inyecciones y algunas cajas de medicación que la parroquia más asidua a los servicios de Don Pepe dejaba allí para no tener que acarrear con ella cada día hasta su consultorio.

La sala de espera era amplia y los pacientes procuraban tomar asiento lo más distanciados del resto de clientes que les era posible. Sumergidos en la lectura de una revista o en la contemplación silenciosa de ningún punto en concreto esperaban que les llegara el turno. Se creaba una atmósfera de solemne silencio, tan sólo rota por el murmullo de Radio Nacional que llegaba del interior del despacho de don Pepe o por el llanto de un niño que sabe lo que le espera. Entonces, un señor con la nalga dolorida salía del interior de la habitación y con una sonrisa nos indicaba que ya podíamos pasar. Yo entraba con mi madre a que la pincharan y don Pepe nos recibía con una amplia sonrisa mellada que estiraba de su finísimo bigotito negro. En la bancada del fondo destacaba sobre todo el instrumental empleado por el practicante un recipiente de metal en el que hervían en alcohol bajo al continuo calor de una llama jeringas de cristal y terribles agujas de hierro. Aquel tétrico gorgoteo evocaba a partes iguales la celda de un inquisidor y el laboratorio de un alquimista, mientras de fondo se radiaban noticias de política y de economía. Aquel ambiente patibulario lo dulcificaba las chirigotas de don Pepe y la presencia de su perro Truco, un enorme pastor alemán asmático que nos observaba con ojos tristes desde su manta de convaleciente situada junto a la vitrina del instrumental.

Después mamá, al igual que el día anterior y que el año pasado, como si desde el primer momento me hubiera dicho que ese día tenían que pincharme en el culo una medicina para los mocos, me decía ven pacá, que don Pepe hoy tiene cola y me iba bajando los pantalones mientras el hombrecillo de bata blanca iba cargando el antibiótico en la jeringa al son de una alegre coplilla tarareada. Recuerdo que arrancaba a llorar como un borrego mientras agitaba con violencia las piernas, semi-desnudo y boca abajo en el regazo de mi madre. A



mis espaldas, don Pepe volvía a decirme con voz alegre aquello de que me estuviera quieto para que así no le doliera. Yo no le hacía caso y mi pataleta no mermaba su habilidad. El algodón empapado en alcohol me helaba la piel y el alma; después me daba unas palmaditas en el culo que me encogían el aliento mientras decía un, dos tres, culito inglés y entonces, en esa sílaba fatídica, glés, sentía el amargo acero de la aguja traspasar mi débil carne de niño y el antibiótico petrificarse en el interior de la nalga. Lloraba y lloraba hasta salir a la calle, con un estúpido palito de madera en la mano que don Pepe siempre me daba en compensación por el dolor causado, como si fuera un juguete maravilloso tan sólo al alcance de los valientes. A mamá también le hería, tanto mi dolor como su engaño y yo, consciente de ello, alargaba aún más mi llanto como venganza hacia ella.

Al día siguiente no me mintió para ir a ponerme el inyectable. Simplemente me compró una bolsa de esos ganchitos que tanto me gustaban a mí y tan poco a ella porque dejaban la lengua de color naranja y como si tal cosa emprendimos camino a casa del practicante, ella cargada como siempre con su capazo y yo con la razón anestesiada por mi golosina favorita. Realmente, era un niño tonto.

Menciono todo esto porque fue ese día cuando dejé en la sala de espera mis últimas lágrimas. Consciente de que dijera lo que dijera mi madre - que ese día no abrió la boca para arrastrarme hasta allí- yo saldría del interior de la sala con la nalga

dolorida, comencé a descargar un último llanto premonitorio que cesó poco después de que la señora que salía nos indicara que podíamos pasar. Atravesado el umbral fatídico el sonido de un bolero cambió mi desconsolado llorar en tiernos pucheros. La radio ya no emitía noticias y la persiana estaba totalmente abierta, haciendo inútil la mortecina luz de tubo habitual en la sala. Mamá preguntó a la joven por don Pepe y ésta dijo que había ido a pasar unos días al pueblo por asuntos familiares y que también se había llevado a Truco. Se volvió y se agachó ante mí para poder hablarme cara a cara. Era morena y menudita, muy joven. Sonreía con los ojos y con la voz. Me agarró de los hombros en una caricia y me dijo hola hombrecito, tú eres un valiente ¿verdad?, ¿verdad que tú no llo-

ras?, eres muy mayor, eh... Olía a colonia de chica y eso me gustaba porque ocultaba el tufo a miasmas y alcohol hirviendo. Además, si lloraba, no podría oír su voz de bolero decirme cuidado que va, aunque la aguja lacerara igual y el líquido se expandiera con el mismo dolor. Reprimí, no sé por qué, las lágrimas en el interior de la garganta y salí cojeando, igual que siempre, de mano de mi madre pero esta vez sin palito de madera y sin llorar. Mamá me felicitó por lo bien que me había portado y me dijo que aquella era la última inyección.

Ya no era un niño tonto sino un hombrecito capaz de ahogar las lágrimas ante una mujer bonita.

Me quité la odiosa bufanda y cogí de un asa del capazo para ayudar a mamá.



MORIR EN UN HOSPITAL. REFLEXIONES Y COMENTARIOS A LA OBRA DE PHILIPPE ARIÉS

José Luis Díaz Agea

Profesor Escuela Universitaria de Enfermería. UCAM. Murcia.



DYING IN A HOSPITAL. REFLECTIONS AND COMMENTS ON PHILIPPE ARIÉS' WORK

ABSTRACT

The denial of death and the suppression of any cultural trace of it, outside TV or theatre, is a fact that should but does not surprise us. We are born and we die under an authorized and technical professional control; we are supervised as we arrive and as we leave this world. Once, to die was a normal event and not a tragedy or a traumatic fact as it is nowadays. People waited for the moment of death with a submission and an understanding approach. People knew the unequivocal signs of the moment of death. Why can't we bear the vision of death? Why do we entrust this moment to hospitals and health care institutions? In this essay, with Philippe Ariés' ideas as a starting-point, I will expose some of the notions and opinions about today's most common way to die (which is in a hospital), about medical power, our everyday progressive medicalisation and the nursing role in the process of "dying in hospital".

Key words: Death, medicalisation, suffering, palliative care, ethics, Philippe Ariés, Nursing

RESUMEN

La negación de la muerte y la supresión de todo rastro cultural de la misma fuera de lo meramente teatral o televisivo es un hecho que debiera sorprendernos, pero que no suele despertar mayores sospechas. Se nace y se muere bajo la supervisión de un profesional técnicamente facultado para apadrinar y manejar nuestra aparición y nuestra despedida de la función. Hubo épocas en las que no resultaba tan trágico ni tan traumatizante este hecho natural, se esperaba su llegada en actitud más o menos comprensiva, se sabían los signos inequívocos de su aparición ¿Por qué no soportamos la visión de la muerte y se confía su manejo a las instituciones sanitarias? Tomando como punto de partida la obra de Philippe Ariés se esbozarán algunas ideas sobre las que parece interesante meditar en el contexto de la progresiva medicalización de la vida cotidiana y se reflexionará acerca del papel de la enfermera en el proceso de la "Muerte hospitalaria".

Palabras clave: Muerte; Medicalización; Sufrimiento; Cuidados Paliativos; Ética; Philippe Ariés; Enfermería.

INTRODUCCIÓN

*"La muerte induce a la rebeldía contra la vida y el destino.
¿Por qué están limitados mi conocimiento,
mi talla?
¿Por qué la duración de mi vida puede ser
de cien años y no de mil?"
(Blaise Pascal).*

Durante el desarrollo de la profesión enfermera no es infrecuente tratar cara a cara con la muerte del otro. Asimismo se ha convertido en un hecho completamente asumido e interiorizado por la población general: El hospital es el lugar moderno para terminar nuestros días. Curioso espacio dónde se dan cita los acontecimientos más trascendenta-

les de nuestra existencia; allí dónde nuestros ojos ven la luz por vez primera seguramente también se apagarán ante la más o menos atenta mirada de un funcionario que no nos conoce de nada o, con menos suerte, en auténtica soledad. No es dramatismo ni exageración, créanme, si esta afirmación pesimista la comparamos con la forma de morir premoderna que describiré en este artículo basándome en la obra del historiador francés Philippe Ariés.

La negación de la muerte y la supresión de todo rastro cultural de la misma fuera de lo meramente teatral o televisivo es un hecho que debiera sorprendernos, pero que no suele despertar mayores sospechas. Se nace y se muere bajo la supervisión de un profesional técnicamente facultado para apadrinar y manejar nuestra aparición y nuestra despedida de la función.

Cuando cayó en mis manos la obra de Ariés sobre el sentido y las prácticas funerarias en Occidente advertí que era necesaria su difusión entre la comunidad enfermera como un elemento útil de reflexión a la hora de poseer herramientas que sirvan para evaluar en profundidad nuestra labor. La progresiva medicalización de la vida cotidiana es una cuestión ya tratada por intelectuales atrevidos desde Illich hasta Foucault que todavía preocupa a ciertos sectores críticos con la forma de manejar y monopolizar la salud y la enfermedad. Cada vez aparecen más voces que se silencian (habría que preguntarse por qué es imposible encontrar en una librería “Némesis médica”), libros que pasan desapercibidos o trabajos desde el nuevo y enriquecedor ámbito de la asociación antropología/enfermería (como la Medicina bajo sospecha de Gálvez Toro) que claman por otra visión de la práctica asistencial, fuera de los juegos de poder y autoridad que hasta ahora han condicionado el universo sanitario occidental, tecnificado y deshumanizado.

¿Por qué no soportamos la visión de la muerte y se confía su manejo a las instituciones sanitarias? Tomando como base y punto de partida dos libros de Philippe Ariés (Historia de la muerte en occidente y El hombre ante la muerte) trataré de esbozar algunas ideas sobre las que parece interesante meditar.

Cómo moríamos y como morimos. La muerte domada y la muerte vedada.

Durante miles de años el hombre ha mirado cara a cara a la muerte. Hoy se le da la espalda con la falsa idea de que así será menos traumática la despedida, o con la moderna ilusión derivada del mercado en la que somos eternamente jóvenes. La actitud antigua de esperar la llegada de la muerte en la cama, con el enfermo rodeado de sus conocidos y familiares en una suerte de ceremonia pública ritualizada hace tiempo que pasó a la historia. A cualquiera que se le preguntase hoy día sobre la conveniencia de que los niños estuviesen presentes en la habitación del moribundo abuelo se rasgaría las vestiduras. ¡Qué horror! Curiosamente hasta el siglo XVIII los niños siempre aparecen en las representaciones de las habitaciones en las que se está muriendo alguien.

A la familiaridad con la que se afrontaba la hora final en la Edad Media, por ejemplo, Ariés le llama “Muerte domesticada”. Por supuesto que nadie se perdía el espectáculo de la despedida y a nadie se le privaba de “vivir” intensamente este momento, considerado sagrado, de transición entre una vida y otra. Aunque también es cierto que siendo asumida dentro de la cotidianidad no estaba exenta de carga negativa y miedo.

Curiosamente las actitudes frente a la muerte determinan, según este autor, la pasión por la vida del hombre de finales de la Edad Media, que se sabe finito. El hombre precapitalista, con una esperanza de vida más corta que hoy en día, sentía verdadero amor por la vida terrenal, por lo efímero.

La propia muerte también se vivía de forma diferente a lo que hoy tenemos por costumbre. Hubo épocas en las que no resultaba tan trágico ni tan traumatizante este hecho natural, se esperaba su llegada en actitud más o menos comprensiva, se sabían los signos inequívocos de su aparición (no era un saber técnico ni médico sino popular, al alcance de todos, porque todos habían experimentado alguna vez la muerte del otro). Dice Ariés “No se moría uno sin haber tenido tiempo de saber que iba a morir” (Ariés. 2000. p 24). Esta preparación lógica es de la que gran parte de los moribundos actuales están desprovistos; se les está privando sin duda de su propia muerte con la intención de proteger y esconder la gravedad de su estado. Se deposita la responsabilidad de decidir la información en la

figura del médico, ahora los signos inequívocos de la muerte pasan a ser un saber científico.

Nacer y morir. Dos momentos medicalizados (¿secularizados?).

En nuestros hospitales se está privando a los sujetos de su propia muerte. Morir se ha convertido en un proceso patológico más sobre el que la medicina ha construido sus indicaciones y contraindicaciones. En relación con los efectos de la medicalización de la vida cotidiana es interesante incluir el comentario de Márquez y Meneu calificando nuestra sociedad occidental: *“Una sociedad donde ya todos los niños nacen por cesárea, la gente está insegura sobre si es normal o no en sus relaciones sexuales, el miedo a la enfermedad se ha apoderado de todos, y casi nadie se muere con un poco de paz.”* (Márquez. 2003).

Como todos los ámbitos de la vida cotidiana que se medicalizan, también el momento de la muerte (de carácter sagrado para prácticamente todas las culturas incluida la nuestra – sin ser ni mucho menos homogénea-) se patologiza y describe científicamente en fases, síntomas, signos, etc. Uno no está muerto de verdad hasta que no lo sentencia el facultativo. *“Quiero un electro de tira plana”*.

Como expresa acertadamente Ariés refiriéndose al médico y a su equipo: *“...Son ellos los dueños de la muerte, del momento y también de las circunstancias de la muerte...”* (Ariés, 2000 p. 86). Para dilucidar las consecuencias de la privación en el individuo de su propia muerte hay que indagar en el pasado y en las vivencias religiosas de una época pretérita. Antiguamente la muerte solía (y debía) ser previsible (Pública) y muy rara vez súbita (este hecho se consideraba terrible, ya que privaba al sujeto de la preparación oportuna, del arrepentimiento, la confesión, de estar en paz con Dios y el mundo). La visión secularizada del ser humano que ofrece la modernidad y que hereda la ciencia médica resta importancia a los aspectos anteriormente mencionados para centrar sus esfuerzos en la recuperación funcional del cuerpo, del órgano; y cuando esto no es posible parece que no hay nada más que hacer. El hecho que era público se silencia, lo que era conocido por el moribundo se le oculta, se elude esa información como un deber moral del médico y la familia: No se le pueden amargar los últimos momentos informando de la

gravedad de su estado. *“Las nuevas costumbres exigen que muera en la ignorancia de su muerte”* (Ariés 2000 p. 231).

Si analizamos la cuestión de la toma de decisiones la familia pasa a desempeñar un papel preponderante que anteriormente pertenecía al sujeto moribundo. Ahora se considera a éste un incapacitado y por lo tanto un sobreprotegido. Es como un menor de edad o un discapacitado mental, hay que decidir por él. Si a ello unimos que las fronteras de la muerte hoy día resultan imprecisas y que enfermedades terminales como el cáncer son profundamente estigmatizadoras (equiparables e identificables con la misma muerte), se puede afirmar que existe un rechazo a comunicar lo inevitable. Echando mano de las posibilidades casi milagrosas de la medicina se mantiene al enfermo en un estado de desinformación. Así la discreción se asimila con lo “digno”.

Para Philippe Ariés, la postergación de la información a la familia y la negación a la hora de advertir al enfermo por parte de los médicos (y curiosamente en menor grado por las enfermeras, más reticentes a ocultar información) se debe al miedo a perder el control al verse involucrados en una serie de reacciones sentimentales que deslocalizan a los profesionales del rol que desempeñan.

El dramatismo se evita a toda costa, esa tensión emocional se elude, la conmoción y la exageración pondrían en peligro la tranquilidad del hospital. La muerte resulta ciertamente embarazosa. Aún en el caso en el que el paciente sepa que va a morir se le exige (no explícitamente, claro está) que lo lleve con discreción, como si en realidad no lo supiera. Lo fundamental es no perturbar el funcionamiento institucional.

El antiguo tabú (sexo) y el nuevo tabú (muerte).

Morirse y que se mueran da miedo. La muerte da miedo, según Ariés *“hasta el punto de que ya no nos atrevemos a pronunciar su nombre”* (Ariés 2000 p 33). Es quizá el objeto de tabú más importante de la actualidad, sustituyendo al tabú sexual en el ranking. En el lenguaje formal aparece maquillada de eufemismos o silencios. El origen de este silencio que envuelve al tema del adiós es precisamente la mentira generada en primera instancia para proteger al individuo de su propia

muerte y a la sociedad del sufrimiento que supone la muerte del otro. La carga dramática de la muerte en casa, en la propia cama, se diluye en la institución hospitalaria. Los inconvenientes de la primera forma se solventan en el hospital, se tecnifica el momento. Ya no es el resultado y la consecuencia lógica de existir, sino más bien el cese de los cuidados por decisión médica basándose en una serie de estudios que determinan de qué tipo de muerte se trata. La posibilidad de reanimación hace impreciso el límite entre la vida y la no vida, los distintos tipos de muerte descritos por la ciencia médica en su omnipotente tarea hacen que los familiares no tengan más elección que confiar en el dictamen, el momento trascendental no es más que otro diagnóstico: exitus, muerte cerebral, etc.

Las representaciones artísticas de la muerte, tan comunes en el medievo, comienzan a desaparecer en el Siglo XIX. Es fundamental que todo pase lo más desapercibido y rápido posible, discreción al máximo, ¡Que no se enteren los niños!. Las no tan antiguas manifestaciones públicas de luto van desapareciendo, la ropa negra, el comportamiento, etc. Ahora todo ello pasa a formar parte de lo sórdido, lo macabro y casi patológico. La pena se tiene que llevar por dentro, que la sociedad no se vea alterada, “The show must go on” cantaba Freddie Mercury poco antes de “irse”.

“La muerte se ha vuelto innombrable. Todo sucede ahora como si ni yo ni tu ni los que me son caros fuéramos mortales” (Ariés 2000 p 101). Nuestra vida ya no se deja en manos del destino, el ser humano moderno necesita controlarla hasta el punto de negar que ésta es finita. Un nuevo mito moderno, la inmortalidad, que se materializa en acciones como la criogenización del cuerpo o de partes como la cabeza o más concretamente el cerebro, que se llevan a cabo por empresas especializadas que venden la ilusión de que la ciencia todopoderosa del futuro será capaz de devolver la vida a un puñado de células (eso es lo que parece que somos).

El problema del duelo.

¿Cómo es posible que aún estando las cosas de la muerte solapadas y ocultas, carentes del excesivo dramatismo de otras épocas, sea mayor su impacto emocional ahora que antes? Actualmente la vivencia de la pérdida se exige que sea lo más

privada posible, no vaya a contaminar el normal devenir de los acontecimientos. Antiguos parámetros de exhibición social no son ya válidos.

Existe un rechazo al duelo en la sociedad moderna. Los vivos no deben ser perturbados por un hecho tabú. Está mal visto exagerar los sentimientos. Prolongar las lágrimas más de lo debido y sobre todo el público. La vivencia del duelo en privado es casi una exigencia actual.

En nuestra cultura mediterránea el dolor por el duelo manifestado públicamente ha sido absolutamente legítimo; incluso las manifestaciones casi histéricas eran prueba necesaria para demostrar el afecto al ser perdido. Los alardes de luto no hace mucho eran objeto de control social y símbolos necesarios. Prendas de color negro, una determinada actitud pública, etc., son todavía apreciables en algunos ámbitos rurales de nuestra geografía.

La pena se esconde. No se exterioriza. La privación del luto ritual tiene sus consecuencias en la vivencia posterior del duelo no superado, y se puede relacionar con la falta de aceptación del hecho de la muerte del otro. Alteraciones anímicas, depresión y sentimientos de tristeza que se prolongan en el tiempo más allá de lo considerado normal son manifestaciones de la progresiva erradicación del ritual del luto. Actos como la incineración, en opinión del autor, son un exponente del deseo de desembarazarse lo antes posible del muerto, del culto a los cementerios y el peregrinaje que ello conlleva.

El carácter aparentemente traumático y exagerado del luto público tiene, sin embargo, un efecto contrario y lo que parece que resulta verdaderamente traumático es no vivirlo. Esconderlo. En los momentos de duelo es cuando más apoyo de la red social se requiere y paradójicamente es negado por la estampida que provoca el tabú de todo aquello que tiene que ver con la muerte, quedando ésta expulsada de la vida cotidiana y recluida institucionalmente en los hospitales y residencias, verdaderos santuarios de la muerte.

El papel de la enfermera. El acompañamiento. Reflexión crítica.

A lo largo de estas líneas hemos podido ver que los modos de “vivir” la muerte han cambiado; también los lugares dónde se llevan a la gente a morir. Retomando el hilo argumental de este artículo y según se desprende de las investigaciones históri-



cas que en él se exponen, podríamos considerar como más humana una muerte esperada y consciente, en el propio domicilio, en la propia cama, rodeado de personas queridas y con asistencia espiritual del tipo que sea. Para nuestra mentalidad científico-técnica y como profesionales de la salud esto parece aberrante y falto de contenido. ¿Y la asistencia sanitaria?, ¿Y el problema del dolor?, ¿Y si hay que poner medicación o sondas?, ¿Haría falta un psicólogo?, ¿Tendríamos que facilitar ansiolíticos a los parientes?, ¿Quién certificaría la muerte?. Teniendo todo esto en cuenta parece mentira que la humanidad haya podido morir en paz sin supervisión sanitaria hasta nuestros días. Lo mismo ocurre con otros tantos ámbitos de nuestra existencia. Cómo hemos llegado hasta aquí, parece un milagro, sin ecografías, sin ácido fólico, sin epiotomías, sin cesáreas...

La muerte es un hecho natural, al igual que la vida, al igual que la enfermedad, las desgracias y las alegrías, todo ello forma parte del capricho o del misterio que engloba nuestra existencia. La aceptación de la finitud (por lo menos material) del ser humano es el primer paso para considerar que nuestra labor en el campo de los cuidados en los últimos momentos no debe tomar más protagonismo del necesario. El protagonismo debe ser enteramente de la persona que yace moribunda y de nadie más. La habitual forma de desempeñar la labor de los sanitarios suele pasar por el paternalismo y el pensar desde nuestra perspectiva (con una formación enteramente científica y pobremente humanística) qué es lo mejor para el cliente, o mejor dicho para el considerado "paciente" (y por ende sujeto pasivo), otorgando preponderancia a aspectos técnicos, de monitorización, sintomáticos o de recuperación de órganos y funciones corpo-

rales más que a los deseos y necesidades reales en un contexto lamentablemente de despedida de este mundo. Evidentemente que no se puede desatender el dolor, los cuidados corporales y el resto de necesidades básicas de la persona, me refiero a que una percepción distinta del ser humano clama al cielo; desde la noción holística de hombre se debe priorizar y humanizar este hecho medicalizado para reconvertirlo en lo que siempre ha sido, una persona en fase de despedida, no un objeto susceptible o no de aplicación de procedimientos, reanimar o diagnosticar.

En la realidad sanitaria y social actual lo más lógico y demandado, incluso por los propios familiares y el sujeto, es acudir a un centro hospitalario cuando se sospecha la cercanía de la muerte. Tal es la fuerza con la que la medicina incrusta su poder en el subconsciente colectivo. Cuando esto ocurre debemos enmarcar nuestras acciones dentro de las consideraciones éticas que tienen en cuenta el derecho a la información, el consentimiento informado, la participación del sujeto como persona libre y autónoma en las decisiones médicas y sobre todo el derecho a tener una muerte digna, considerada ésta como humana, natural, sin sufrimientos añadidos, sin medidas desproporcionadas ni encarnizamiento terapéutico fútil, y recibiendo cuidados paliativos suficientes.

Sobre quienes toman las decisiones que afectan al sujeto se podría decir que conforman un triángulo en cuyos vértices se encuentran, el interesado, su familia y el médico, con un peso variable y distinto. La enfermera tiene una función más importante de lo que en un principio se podría pensar en este proceso que debería tener al "paciente" como principal agente en la toma de decisiones después de una información clara y veraz que en la mayoría de los casos es sumamente complicada, teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente sobre el principal tabú de nuestro tiempo (a ver quién es el guapo que le dice: Su hora está próxima, ¿quiere morir en esta sala o en su domicilio?). Siendo el personal enfermero el que asiste normalmente al sujeto y a la familia en los últimos momentos, debemos tener claro que nunca debemos suplantar la función de un pariente o amigo que acompaña, ni entorpecer que, si el individuo lo desea, se encuentre acompañado de cuantos familiares requiera. Proporcionar el

ambiente propicio, respetar y si es posible facilitar la asistencia religiosa, así como acompañar y apoyar con nuestra presencia a la persona si ésta se encuentra sola, son medidas tan importantes o más que otros procedimientos técnicos, fluidoté-rápicos, de monitorización o rutinarios de un hospital. Como afirma Jaime Sanz en relación con el sufrimiento que empuja al moribundo a desear cuanto antes la muerte: *“El acompañamiento y la presencia vigilante son dos antídotos potentes contra las peticiones de dimitir de la vida”*. (Sanz. 2001)

Debemos conocer que existen otras formas alternativas de tratar a las personas en su lecho de muerte. El movimiento Alemán Hospiz, contrario a la eutanasia y favorable a la medicina paliativa y del “acompañamiento” tiene una concepción respetuosa que confiere a la muerte del sujeto ese cariz sagrado del que ha sido desposeída en la modernidad. Posee hogares y servicios ambulantes con el fin de “paliar y acompañar” personalmente a los individuos en fase terminal hasta su fin natural.

Habrà que ir tomando nota...

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ariés P.(1999). El hombre ante la muerte. Taurus, Madrid.
- Ariés P.(2000). Historia de la muerte en occidente. El acantilado, Barcelona.
- Gálvez Toro, A.(2004). La medicina bajo sospecha. Fundación Index, Granada.
- Illich Ivan.(1975).Némesis médica. La expropiación de la salud. Barral Editores, Barcelona.
- Márquez S., Meneu R.(2003). La medicalización de la vida y sus protagonistas. En Revista GCS. Verano; 5(2):47. Disponible en <http://www.iiss.es/gcs/gestion16.pdf>. (Consultado el 23.07.05).
- Pascal, B.(1995). Pensamientos. Elogio de la contradicción. Temas de hoy, Madrid.
- Sanz Ortiz J.(2001).Cuidados Paliativos. En Bioética en ciencias de la salud (Espejo Arias M.D., Castilla García A., editores). Asociación Alcalá, Granada.
- Thomas H. Muerte a petición. ¿Caridad o crimen? Reflexiones sobre la filosofía de Anselm Winfried Müller. Web de la Asociación Española de Bioética y Ética Médica. Disponible en <http://www.aebioetica.org/rtf/B2%20Muerte%20a%20peticion%20Bio.pdf> (Consultado el 21.07.2005).



HISTORIA

LAS TITULACIONES QUIRÚRGICO-MÉDICAS A MEDIADOS DEL SIGLO XIX: LOS MINISTRANTES

Isidoro Jiménez Rodríguez
Enfermero. Toledo.



RESUMEN

A lo largo del tiempo han sido varias las figuras que han realizado funciones que podemos enmarcar dentro del campo profesional de la Enfermería. Con el presente estudio pretendemos acercarnos a una de ellas, el Ministrante, de claro matiz técnico-quirúrgico. Junto a las circunstancias que motivaron su aparición, repasamos sus atribuciones profesionales y su interrelación con otras profesiones sanitarias.

Palabras clave: Ministrante, Practicante, Cirugía Menor.

I. INTRODUCCIÓN

En los escasos veinte años que los Enfermeros españoles han comenzado a interesarse por estudiar su historia profesional, aún no han aparecido estudios monográficos sobre estas figuras que en los siglos pasados han precedido a las actuales Enfermeras. El presente trabajo pretende incidir sobre la importancia de conocer a estos personajes, centrándose en uno de ellos, el Ministrante, cuya vigencia en los planes de estudio apenas tuvo una duración de once años, entre 1846 y 1857.

Conforme avanza el siglo XIX observamos como se va produciendo un notable avance de los conocimientos sanitarios, lo que contribuye a que se vayan perfilando distintos campos o especialidades clínicas. La sangría como recurso terapéutico, poco a poco se va limitando, disminuyendo a la vez, la importancia y consideración de los que realizaban tal técnica, los antiguos Sangradores. En su lugar se decide crear una nueva figura profesional, cuya extraña y engañosa denominación de “Ministrante”, no hace sino irritar a la clase médica, que prefiere utilizar el término de

MEDICAL-SURGICAL QUALIFICATIONS MID-XIX CENTURY : THE “MINISTRANTES” (HEALTH OFFICERS)

ABSTRACT

Framed within the professional field of “nursing”, there have been along the centuries various figures who performed several functions. The present study deals with the approach to one of them: The ministrante (Health Officer/Officier de santé), whose most paramount aspect is that of their technical-surgical tone. Professional attributions and inter-relationship with some other health professions together with different circumstances that motivated their onset are considered here.

Key words: Ministrante /Health Officer/Officier de santé; Practicante /Nurse; Minor surgery.

“Practicante”, como sinónimo de “estudiante en prácticas”, para designar a quienes realizan la Cirugía Menor.

Asegura un diario de la época, “La Soberanía Nacional”, que el Ministrante español es una copia o traslado del “Officier de santé”, Oficial de Salud, creado en la vecina Francia [1]. Si bien advierte que en dicho país tales profesionales ejercen en las grandes poblaciones, asistiendo “á la cabecera de los enfermos y al lado de los facultativos, para ejecutar y dirigir las medicaciones preceptuadas”. También compara su actuación con la que llevan a cabo en nuestros hospitales los Practicantes y las Hermanas de la Caridad, o con la que realizan en sus casas los familiares con un pariente enfermo. Este sanitario realiza igualmente otras tareas más prácticas (realización de sangrías y vendajes, ayudante en las operaciones, o la cumplimentación de recetas), y otras observaciones para informar al Médico sobre el curso de la enfermedad, efectos de los medicamentos, etc. (La Soberanía Nacional, II, 269:5).

Objetivos.

Dentro de la finalidad general de aproximación a la figura histórica de la Enfermería que representa el Ministrante, perseguimos en este artículo [2] analizar la realidad sanitaria durante la década que tuvo vigencia tal titulación. Más específicamente, se pretende:

- Conocer el significado del término que designa a este profesional sanitario.
- Repasar la regulación legislativa que determinó su ámbito de actuación, en el marco de las numerosas titulaciones clínicas existentes.
- Ahondar en el rechazo que tuvo hacia él la opinión médica, investigando sus causas y posible justificación.
- Dar a conocer el importante papel que jugó la publicación periódica “La Voz de los Ministrantes” en la formación de una conciencia profesional.

Fuentes.

Tras encuadrar este periodo histórico español, se lleva a cabo un estudio bibliográfico sobre la sanidad durante el siglo XIX, observando como en algún caso, la misma ha sido abordada bajo enfo-

ques médicos que podrían desvirtuar la verdadera aportación asistencial de los Ministrantes y Practicantes al sistema sanitario de mediados de siglo (Albarracín Teulón, 1973). Ante ello creemos necesario recurrir a fuentes originales de aquel periodo:

- Prensa médica y de tipo general.
- Gaceta de Madrid y repertorios legislativos.
- Diccionarios Real Academia, etimológicos y generales.
- Libros de texto utilizados para la enseñanza de Ministrantes y Practicantes.

Método.

Tras la recogida de datos sobre el tema de investigación, procedemos a su exposición estructurada y análisis, alcanzando unas deducciones o consecuencias. Finalmente sintetizamos todo el proceso en unas conclusiones.

II. MARCO HISTÓRICO Y LEGISLATIVO

Para entender mejor los cambios educativos que van a dar lugar a las numerosas titulaciones sanitarias que más adelante repasaremos, resulta imprescindible esbozar una breve síntesis sobre los sucesos que tuvieron lugar en la España de mediados del XIX. Para ello, seguimos al historiador Rafael Sánchez Mantero.

A la muerte de Fernando VII se sucederá en nuestro país un decenio (1833-1843) que conocemos como “Época de las Regencias”, provocado por la minoría de edad de la heredera del trono, la futura reina Isabel II. A lo largo de este tiempo se van a poner de manifiesto las dos opciones políticas que se van a ir sucediendo en los futuros gobiernos: progresistas y moderantistas. El final de esta etapa se caracterizó por una profunda crisis política que acabó con la huida del regente, el general Baldomero Espartero, a Inglaterra. En medio de este conflicto vio la luz el Plan de Estudios Médicos de 1843.

El siguiente ciclo de la vida política española se denomina la “Década Moderada” (1844-1854). Tuvo su inicio cuando la reina Isabel II ponía al frente del Gobierno al General Ramón María Narváez. Lejos de constituir un periodo de estabilidad política, este decenio en el que estuvieron gobernando los moderantistas, se caracterizó por

las continuas crisis ministeriales y enfrentamientos entre los distintos sectores del propio partido. Consecuencia de todo ello, se llegaron a suceder hasta trece gobiernos diferentes, se promulgó una nueva Constitución de 1845 y se produjeron las revoluciones de 1848 y 1854. Durante el decenio se manifestaron intensamente los deseos de centralización y de control por el Gobierno, como medio de alcanzar el orden social. Ideas estas que se plasmaron, de una forma especial, en el sistema educativo, a través de las limitaciones de la libertad de enseñanza que supuso el Plan de Estudios de 1845, promovido por el ministro Pedro José Pidal.

De nuevo Espartero al frente del gobierno, se inaugura el “Bienio Progresista” (1854-1856), cuyo suceso más importante, aparte del frustrado intento de elaborar una nueva Constitución, fue la Desamortización de Madoz que perseguía dotar al

Estado de fondos a través de la venta de bienes pertenecientes a los municipios, al clero y las órdenes militares.

Sigue la alternancia en el poder con el partido contrario, con el conocido como “Bienio Moderado” (1856-1857). De nuevo se restringen las libertades con la Ley de Imprenta y se derogan la mayor parte de las leyes aprobadas en el periodo anterior. También se promulgará una Ley de Instrucción Pública.

El Gobierno de la Unión Liberal (1858-1863) a cuyo frente se situó otro militar, el general Leopoldo O’donell, trató de aglutinar a integrantes de los dos partidos que se habían sucedido durante los últimos años en la vida política española.

En el cuadro 1 sintetizamos todos estos cambios políticos con la aparición de las distintas normativas.

CUADRO1. Cambios políticos en España y creación de profesiones antecesoras de la Enfermería.

ETAPA	GOBIERNO	NORMATIVA	TITULACIÓN
REGENCIAS (1833-1843)	General Espartero (1841-1843)	Plan de estudios médicos (1843)	PRÁCTICO EN EL ARTE DE CURAR (1843)
ISABEL II (1843-1868)	Década Moderada (1844-1854)	Plan general de estudios (1845)	MINISTRANTE (1846)
		Plan de estudios (1850)	
	Bienio progresista (1854-1856)		
	Bienio moderado (1856-1857)	Ley de instrucción pública (1857)	PRACTICANTE (1860)
	Unión Liberal (1858-1863)		

Disposiciones legales.

En los años centrales del siglo (1846), un periódico del sector distinguía hasta trece clases de profesores médicos, todos ellos con estudios diferentes, así como mas de ocho clases de cirujanos, lo que le hacía preguntarse: “*Cuál sea la confusion, cuál el desorden y conflictos que tan monstruosas diferencias han de producir en la práctica, cuál la*

indecision, las dificultades y dudas que han de ocasionar al Gobierno y á las autoridades (...)” (Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia, 1846, 4:29). Tal disparidad de titulaciones es fruto de los sucesivos planes de estudio que se han ido proyectando en nuestro país. En el cuadro 2 reproducimos una parte del cuadro sinóptico que aparece en el trabajo sobre este tema de Albarracín Teulón.

CUADRO 2. Titulaciones sanitarias en España en una parte del siglo XIX.

AÑO	TÍTULO	
1827	<i>Ldo. y Doctor en Medicina y Cirugía</i> <i>Ldo. y Doctor en Medicina</i> <i>Ldo. y Doctor en Cirugía Medica</i> <i>Ldo. y Doctor en Cirugía</i>	<i>Cirujano romancista.</i> Cirujano Sangrador <i>Cirujano de pasantía</i> Partera o Matrona
1836	<i>Ldo. y Doctor en Medicina y Cirugía</i> <i>Ldo. y Doctor en Medicina</i> <i>Cirujano de primera clase</i> <i>Cirujano de segunda clase</i>	<i>Cirujano de tercera clase</i> <i>Cirujano de cuarta clase</i> Partera o Matrona
1843	<i>Doctor en Ciencias Médicas</i> <i>Práctico en el arte de curar</i>	<i>Cirujano de cuarta clase</i> Partera o Matrona
1845	<i>Ldo. y Doctor en Medicina y Cirugía</i> <i>Cirujano de segunda clase</i>	Partera o Matrona Ministrante (1846)
1849	<i>Ldo. y Doctor en Medicina (y Cir.)</i> <i>Facultativo de segunda clase</i>	Ministrante Partera o Matrona
1857	<i>Ldo. y Doctor en Medicina (y Cir.)</i> <i>Médico cirujano habilitado</i>	Partera o Matrona Practicante(1860)
1866	<i>Ldo. y Doctor en Medicina (y Cir.)</i> <i>Facultativo de segunda clase</i>	Partera o Matrona
1868	<i>Ldo. y Doctor en Medicina y Cirugía</i> Practicante	Partera o Matrona <i>Cirujano dentista (1875)</i>

(En negrita titulaciones precedentes de la Enfermería)

Las ordenaciones académicas, a partir de mediados del siglo XIX, tienden a simplificar y disminuir el número de titulaciones, pero para que se produzca dicha reducción en la práctica habrán de pasar muchos años.

Para no hacer muy extenso el repaso legislativo, nos detendremos solamente en la legislación que guarda relación con la figura del Ministrante y los comienzos de su sucesor, el Practicante.

El plan de estudios médicos de 1843 (“Plan Mata”)

Pedro Mata y Fontanet [3], funcionario del negociado de Instrucción Pública (Ministerio de la Gobernación), elabora un Plan de Estudios Médicos en 1843, que supone la unificación de las carreras de Medicina y Cirugía. De acuerdo con la nueva norma, las titulaciones quedaban reducidas a dos: Doctor en Ciencias Médicas, con siete años de estudios, y Práctico en el arte de curar, con cuatro años (Decreto de 10 de octubre de 1843). Bajo esta última denominación se distingue la Cirugía Menor y la Obstetricia, y la Medicina elemental.

En el preámbulo de esta ley se justifican tales medidas en las numerosas clases de facultativos, cada una de ellas *“tiene su título, sus atribuciones y sus intereses diferentes de los de las demás”*, concluyendo en que *“urge, pues, sobremanera poner un término á todos esos males y abusos, y el medio mejor de conseguirlo es completar la reforma empezada en 1827”*, en clara alusión a la unidad de la Medicina y la Cirugía.

Como novedad se establecen dos únicas facultades, en Madrid y Barcelona, donde se podrán cursar los estudios de Ciencias Médicas y Farmacia, junto a cinco Colegios en los que se obtendrá el título de Práctico (Sevilla, Valencia, Zaragoza, Valladolid y Santiago).

Los intereses adquiridos por las titulaciones existentes con anterioridad, y la drástica limitación de ciudades donde se podrá cursar la Licenciatura y Doctorado en Medicina, provocarán los ataques de la prensa médica, a la vez que algunas ciudades con un pasado universitario notable, como Salamanca o Valencia, expresarán sus enérgicas protestas (Albarracín Teulón, 1973:30-32).

El plan de estudios de 1845 (“Plan Pidal”)

No habían transcurrido ni dos años de la reforma anterior, cuando un nuevo Plan de Estudios ve la luz (Gaceta de Madrid, 17 de septiembre de 1845). Se mantienen agrupadas la Cirugía y la Medicina, bajo un mismo título (Licenciado en Medicina), al que se llegará tras siete años de estudio, partiendo del Bachiller en Filosofía y un curso preparatorio. Para llegar al grado de Doctor, se precisaban dos años de estudios más a partir de la Licenciatura. El doctorado sólo se podía cursar en Madrid, mientras que la licenciatura se establecía en las Facultades de Barcelona, Santiago, Valencia y Cádiz, aparte de Madrid. Al concluir los cinco primeros años de estudios universitarios se obtenía el grado de Bachiller en Medicina.

También se prevé la creación de una figura profesional que realice las labores subalternas y prácticas. En el artículo 27 de dicha ordenación se anuncia que un reglamento determinará *“las condiciones bajo las cuales se podrá autorizar para ejercer la sangría y demás operaciones de la cirugía menor o ministrante a los que desempeñen o hubieren desempeñado el cargo de practicantes en los hospitales”*.

Reglamento de Ministrantes.

Señala las condiciones que reunirán todos los que aspiren a dedicarse a ejercer de Ministrantes, así como los estudios necesarios, el desarrollo del examen y la configuración del tribunal para la realización del mismo (Colección Legislativa de España, 1846, XXXVII:522-524). Aspectos estos que repasamos a continuación:

- Certificaciones.

La norma establece en su artículo primero las condiciones que deben reunir los aspirantes:

- “Haber servido dos o mas años el destino de practicante de cirugía en hospitales de al menos 100 camas”, lo que deberán probar mediante un certificado del primer cirujano del hospital donde se haga constar que ha desempeñado tales obligaciones satisfactoriamente, así como que ha tenido una buena conducta.
- “Probar que ha estudiado privadamente la flebotomía y el arte de aplicar al cuerpo humano

los apósitos de toda clase usados en medicina”, así como “haber seguido, al menos por seis meses con un cirujano dentista” la limpieza de la dentadura y extracción de dientes y muelas. La disposición remarca cuales son estas materias de estudio (cuadro 3). El artículo 10 permite a aquellos que hayan ejercido como Practicantes por espacio de 4 años en un hospital de más de 100 camas, y además tengan aprobado algún curso de Cirugía, en los Colegios de Medicina y Cirugía, no tener que presentar certificación alguna de estudios. A esta medida podrán acogerse durante 1 año a partir de la entrada en vigor de este reglamento.

CUADRO 3. Estudios privados para título de Ministrante (1846).

MATERIAS DE ESTUDIO DEL MINISTRANTE

- Evacuaciones sanguíneas generales y tópicas. Accidentes.
- Aplicación a la piel de medicamentos.
- Vendajes más frecuentes en medicina.
- Inyección de sustancias medicamentosas por vías naturales.
- Limpieza de dentadura y extracción de dientes y muelas.

Las certificaciones referidas anteriormente las podrán refrendar el Cirujano Mayor del hospital u hospitales donde se haya ejercido de practicante, los Regentes de primera y segunda clase de las Facultades de Medicina, o en los hospitales de más de 300 camas, dos Cirujanos “que sigan en categoría ó en antigüedad al Cirujano Mayor”.

Más adelante se analizan los diferentes conocimientos y técnicas que constituyen el ámbito profesional de esta nueva figura sanitaria.

- Documentación.

Los Rectores de las Universidades cabeza de distrito correspondientes a los hospitales donde se haya ejercido como Practicante, una vez comprobada la validez de los documentos aportados, mandarán hacer el depósito estipulado, consistente en

700 reales de vellón, más otros 100 reales en concepto de derechos de examen (art. 8).

- Examen.

El tribunal estará formado por tres Regentes de Medicina de primera o segunda clase, nombrados por el Rector, o en el caso de no haber suficiente número de estos, su lugar lo podrán ocupar Doctores en Medicina y Cirugía, o en su falta, Doctores en Medicina (art. 4).

La duración mínima del examen será de una hora, y comprenderá una parte teórica con preguntas y otra parte práctica, “con cuyo objeto el Rector procurará que se haga en un hospital, así como que se proporcionen a los examinadores todos los medios que permitan las circunstancias para conseguir tan importante objeto”.

También el artículo 5 insiste en las materias que debe incluir la prueba, añadiendo a las relacionadas como materias de estudio, el “conocimiento de venas y arterias que es indispensable para sangrar con acierto en diversas partes del cuerpo, con expresión de las diferencias que ofrezca el hacer la sangría en una ú otra parte” y “los medios de curar los clavos ó callos, y los accidentes que puedan sobrevenir al extraerlos”.

Una vez finalizada la evaluación, los examinadores darán su voto, y en el caso de ser aprobado el examinando por la mayoría de ellos, el secretario extenderá el correspondiente acta que, junto a todo el expediente formado por el Rector, se trasladará al Director General de Instrucción Pública que expedirá la licencia de Sangrador. Una vez más, observamos que se utiliza indistintamente la denominación de Ministrante o de Sangrador en las disposiciones legales.

Según su artículo 7, una vez superado el examen, la licencia obtenida autoriza a realizar las siguientes actuaciones:

- Hacer sangrías generales o tópicas.
- Aplicar medicamentos al exterior, poner toda especie de cáusticos ó cauterios y hacer escarificaciones.
- Limpiar la dentadura y extraer dientes y muelas.
- Ejercer el arte del callista.

En dicha licencia se expresará que los sangradores están “completamente inhabilitados” para realizar las citadas sangrías o la aplicación de

medicamentos, cáusticos, cauterios y efectuar escarificaciones, “*sin mandato expreso del profesor médico ó cirujano en sus respectivos casos, quedando, cuando lo hicieren sin estas circunstancias, sujetos á lo que las leyes prescriben respecto á los que ejercen la ciencia de curar sin título legítimo*”.

- *Convalidación.*

Finalmente esta R.O., en su artículo 11, establecía la convalidación de este título a todos los Sangradores, incluso a los provenientes del ya desaparecido Protomedicato de Navarra, con el único requisito de abonar 100 reales para su expedición.

Aclaración decreto anterior

La explicación de diversos aspectos de la norma precedente sobre certificaciones que deben exigir los Rectores de la Universidades para el título de Sangrador, aparecen en la R.O. de 13 de enero de 1847 (Colección Legislativa de España, 1847, XL:91-92). Los directores de los hospitales donde se haya ejercido los dos años como practicante, deberán emitir una nueva certificación relativa a la condición de cirujano mayor de quien expida la reglamentaria certificación, así como que dicho centro durante dicho periodo ha contado continuamente con más de cien enfermos.

En el caso de acogerse a la certificación de estudios emitida por dos cirujanos de un hospital de más de trescientas camas que sigan en categoría o antigüedad al cirujano mayor, el rector de dicho hospital deberá aportar otro certificado haciendo constar que el centro ha tenido más de trescientos enfermos.

También el certificado emitido por el cirujano dentista deberá estar avalado por el subdelegado de cirugía del distrito donde reside el anterior, haciendo constar que “*realmente es profesor en medicina y cirugía y ejerce la profesión de dentista*”.

Finalmente los Rectores de las Universidades, deberán asegurarse de la validez de los documentos que les han sido presentados y sólo podrán curso a la petición si el hospital donde se ha ejercido de Practicante esta en su distrito.

Requisitos de los aspirantes al título

A propuesta del Consejo de Instrucción Pública se dicto otra R. O. el primero de marzo de 1847

con el objeto de frenar los “abusos” que se estaban dando en la forma de interpretar los estudios y prácticas de la titulación de Ministrante, así como en la forma de obtener las certificaciones previas (Colección Legislativa de España, 1847, XL:240). La nueva instrucción exige a partir del primero de mayo de dicho año, tanto a los diferentes Cirujanos autorizados para certificar el desempeño del ejercicio de Practicante, como a los Regentes de la Facultad de Medicina autorizados para la enseñanza, una autorización del Rector de la Universidad de su distrito (art. 1).

Otro de los fines perseguidos es la supervisión de los estudios y para ello, los Cirujanos y Regentes autorizados, tendrán que dar cuenta al Rector en primer lugar, de cada uno de los discípulos a los que dan lección, y cuando comienzan a asistir a las mismas, así como si han asistido de forma continua, con aplicación y aprovechamiento (art. 2). Esta información se le trasladará, dos veces al año, coincidiendo con las primeras quincenas de diciembre y de junio.

Los siguientes artículos persiguen el seguimiento con “constancia, aplicación y aprovechamiento” de todas las materias teóricas que incluye el plan de estudios, junto a la simultaneidad de la parte teórica y práctica. Con esta finalidad, la enseñanza se podrá simultanear durante los dos años que se ejerza de Practicante; en el caso de no realizarse a la vez, al menos uno de estos años de prácticas, se deberá realizar al año siguiente de terminados los estudios. Finalmente, los estudiantes para poder obtener el título, deberán probar que han cumplido los 20 años de edad (art. 7).

Nuevo plan de estudios en 1850.

Tras una reforma estudios en 1849 que no afecta para nada a los Ministrantes, al año siguiente se promueve otro plan que igualmente mantiene dicha titulación sin cambio alguno, aunque anuncia una futura regulación (Colección Legislativa de España, 1850, L:784). Esta última norma establece que dejarán de ser válidas, desde el primero de enero de 1851, las certificaciones de prácticas y estudios privados de los Sangradores que emitan los profesores que estaban autorizados hasta entonces, debiendo obtener del Gobierno una nueva autorización para expedir las mismas.

Autorización para realizar vacunaciones.

La instancia de Juan Labordeta, para que la autoridad se pronunciase sobre si el título de Sangrador le autorizaba o no a realizar vacunaciones fue origen de otra R. O. el 24 de enero de 1853. Esta disponía que hasta que se “organice definitivamente la profesión de sangrador, y se establezca la forma y límites con que ha de ejercerse”, se consideraría que si están facultados para ello, “siempre que un profesor de medicina ó cirugía lo disponga, ó no halle inconveniente que contraindique la operación en la persona que haya de ser vacunada” (Colección Legislativa de España, 1853, LVIII:78).

Asistencia a clase.

Ante las quejas de varios profesores encargados de la enseñanza de flebotomía, relativas a las faltas de asistencia a clase por parte de sus alumnos, se les previene a finales de agosto de 1853 de la aplicación de lo dispuesto en el título tercero, de la sección sexta, del Reglamento de Estudios (Colección Legislativa de España, 1854, LIX:539).

Supresión del título de Ministrante.

La nueva Ley de Instrucción Pública (Gaceta de Madrid, 10 de septiembre de 1857) suprime la enseñanza de la cirugía menor o Ministrante, remitiendo a un Reglamento posterior donde se especificarán los conocimientos y condiciones para obtener tanto el título de Practicante (art. 40), como el de Matrona o Partera (art. 41).

Título de Practicante.

Una disposición de 26 de junio de 1860, en forma de R.O., especifica los estudios prácticos para los que aspiren al título de Practicante (Colección Legislativa de España, 1860, LXXXI:612).

- Vendajes y apósitos propios de la Cirugía Menor.
- Curas y aplicación de sustancias al cuerpo humano.
- Sangrías, vacunación, perforación de orejas, escarificaciones, ventosas y aplicación al cutis de tópicos irritantes, exutorios y cauterios.
- Arte de dentista y pedicura.

Los interesados deberán acreditar haber realizado estos estudios “con matrícula previa”, además

de haber servido como Practicantes durante dos años en un hospital de al menos 60 camas, de las cuales 40, deberán estar ocupadas de forma habitual.

Enseñanza de Practicantes.

El Reglamento para la enseñanza de Practicantes [4] y Matronas anunciado no se aprobará hasta el 21 de noviembre de 1861 (Gaceta de Madrid, 28 de noviembre de 1861). En el mismo se autoriza a impartir tales enseñanzas a las Universidades de Madrid, Barcelona, Granada, Santiago, Sevilla, Valencia y Valladolid. Los estudios programados para la obtención del título de Practicante, que reflejamos en el cuadro 4, representan algunas modificaciones con respecto al anterior reglamento de 1846.

CUADRO 4. Reglamento Practicantes y Matronas (1861).

**TÍTULO DE PRACTICANTE:
MATERIAS TEÓRICO-PRÁCTICAS**

- Anatomía exterior del cuerpo humano (extremidades y mandíbulas).
- Vendajes y apósitos de operaciones menores.
- Contención de flujos de sangre. Precaución de accidentes.
- Curas aplicando al cuerpo de sustancias blandas, líquidas y gaseosas.
- Aplicación al cutis de tópicos irritantes, exutorios y cauterios.
- Vacunación; perforación de orejas, escarificaciones, ventosas.
- Sangrías generales y locales.
- Arte del dentista.
- Arte del callista.

Estos estudios se cursarán en cuatro semestres, es decir, tendrán una duración de dos años, con clases teóricas diarias de hora y media.

Tal vez el primer manual que surgió para la enseñanza de esta nueva figura profesional, como es el Practicante, sea el de Cayetano Álvarez Osorio. En su prólogo hace notar que el “verdadero espíritu es el de crear practicantes instruidos y no flebotomos como casi era la genuina intención del Reglamento de 1846; ahora la sangría constitu-



ye una parte de los estudios, pero no exclusivamente estos” (Álvarez Osorio, 1862-1863, I:7). Aunque si nos fijamos detenidamente en las materias que se aumentan con respecto a los Ministrantes son la anatomía y las vacunaciones, conservándose el resto del temario. No obstante juzgamos de gran interés la inclusión de la anatomía exterior del cuerpo humano en el temario.

Disposiciones para Practicantes Militares.

Agrupamos varias disposiciones sobre Practicantes en el ámbito militar que vieron la luz entre 1846-1857. La primera de ellas, una R.O. aparecida a finales de 1848, permitía obtener el título de Cirujanos de 4ª clase, a los Segundos Ayudantes Honorarios de Cirugía (Practicantes que habían participado en la Guerra de la Independencia de 1812).

También hacemos mención a dos disposiciones aparecidas en 1856 en el ámbito de la sanidad militar. La primera, una R. O. de 8 de abril de 1856, por la que se aprueba que a los Practicantes que han prestado sus servicios en el Hospital militar de coléricos de Torrelavega se les abonen 80 reales cada día que han prestado sus servicios en el mismo (Colección Legislativa de España, 1856, LXVIII:54). Otra R. O. publicada el 15 de noviembre de 1856, hacía extensivo a los Practicantes de Marina una antigua disposición de 1837, según la cual los soldados del Cuerpo de Sanidad Militar, puedan permanecer en su destino “hasta extinguir el tiempo de su empeño” (Colección Legislativa de España, 1857:251-252).

En el cuadro 5 resumimos estas disposiciones relativas que regulan el ámbito profesional.

Cuadro 5. Otras disposiciones relativas a los Ministrantes y Practicantes (1847-1861)

AÑO	ASUNTO
1847	Control de certificaciones
1847	Interpretación de estudios y prácticas
1850	Plan de estudios (Certificación de prácticas y estudios)
1853	Autorización para realizar vacunaciones
1853	Asistencia a clase
1857	Supresión título Ministrante
1860	Aparición título Practicante
1861	Enseñanza de Practicantes
1848 y 1856	Disposiciones Practicantes Militares

III. EL TÉRMINO “MINISTRANTE”

Pocos días después de promulgarse la ley que en 1857, ponía fin a la denominación de “Ministrante”, en el periódico “La Iberia Medica” podemos leer: “La clase que hoy se llamaba ministrantes se hallará suplida por la de practicantes, término de mas clara significación y cuyos estudios y atribuciones se marcarán en los reglamentos particulares” (La Iberia Médica, I, 33-34:257-258). Tal afirmación, aunque realizada desde la esfera médica, nos incita a conocer el significado de dicho término y su posible inadecuación para denominar a esta rama profesional precursora de la Enfermería.

La décima edición del Diccionario de la Real Academia de la Lengua, aparecida en 1852 (Diccionario de la RAE, 1852, X:456) sólo recoge el vocablo “ministrante” como participio activo del verbo “ministrar”, en cuyo registro encontramos tres definiciones:

- “Servir ó ejercitar algún oficio, empleo ó ministerio”.

- “Dar suministrar á otro alguna cosa”; poniéndose como ejemplo los de “ministrar” dinero o especies.
- “Administrar”, como significado antiguo.

En principio, todos estos conceptos nos dan a entender el ejercicio de una función con autonomía, independencia y autoridad. No se contempla en la palabra “cirugía” el enunciado “cirugía menor”, el cual nos podría aproximar a la labor profesional que intentamos indagar.

Otros diccionarios de la época se limitan a recoger fielmente las mismas definiciones aportadas por la Real Academia a las palabras señaladas, incluso los de tipo etimológico.

Veamos a continuación como define este tomo de la Real Academia el vocablo “Practicante” (Diccionario de la RAE, 1852, X:557), descartándole como participio verbal: “El que practica”. El primero de los dos significados que se añade: “El que por cierto número de años se instruye en la práctica de la cirugía y la medicina, al lado y bajo la dirección de algún maestro aprobado”, nos recuerda la practica habitual en aquella época de muchos estudiantes de Medicina, Cirugía o Farmacia que durante sus años de estudios trabajaban a la vez como Practicantes en los hospitales, o también el periodo de prácticas hospitalarias durante sus estudios. En tal sentido el “Diccionario general de la lengua castellana” (Madrid, 1851:1032), define al “Practicante” como “Joven aspirante de medicina o farmacia que practica estas profesiones especialmente en los hospitales”).

El segundo, nos presenta un matiz más enfermero y autónomo: “El que en los hospitales cuida de la asistencia a los enfermos”. Enunciado, este último, bastante parecido al que encontramos en “enfermera-ro”: “Persona destinada para asistir á los enfermos” (Diccionario de la RAE, 1852, X:282).

No será hasta finales del XIX cuando la Real Academia recoja la acepción de sustantivo en “ministrante”, es decir, pasados cuarenta años desde su aparición en el ámbito de la enseñanza oficial. En la decimotercera edición de su Diccionario (1899), el vocablo “ministrante” añade a su ya conocida definición de participio activo, y como “última acepción” la de “Practicante” (Diccionario de la RAE, 1899, XIII:661). Nos

detendremos en los significados que presenta este último término, sin tener en cuenta la voz verbal:

- a) “El que posee título para el ejercicio de la cirugía menor”. Es decir que esta autorizado para realizar la labor que anteriormente realizaba el ya desaparecido Ministrante. Esta identificación de la denominada “Cirugía Menor” y “Ministrante” aparece en los títulos de varios libros de texto utilizados para su enseñanza: “Tratado completo de la extracción de los dientes, muelas y raigones (...) para uso de los que se dediquen a la Cirugia Menor o Ministrante” (Rotondo, 1846); “Guía teórico-práctica del Sangrador, Dentista y Callista o tratado completo de Cirujia Menor o Ministrante” (Díaz Benito y González Velasco, 1848), “Compendio de Flebotomía y operaciones propias de la cirugía menor o ministrante” (Ameller, 1855); etc.
- b) “El que por tiempo determinado se instruye en la práctica de la cirugía y la medicina, al lado y bajo la dirección de un facultativo”. Este concepto se mantiene prácticamente igual, con la pequeña diferencia entre “por cierto número de años” y “por tiempo determinado”. Alude a los estudiantes de Medicina.
- c) “El que en los hospitales hace las curaciones ó propina á los enfermos las medicinas ordenadas por el facultativo de visita”. Observamos, frente al término genérico de “asistencia a los enfermos”, que aparecía en la anterior edición de 1852, ahora se limitan sus funciones a realizar las curas y a dispensar las medicinas que durante la visita ha ordenado el Médico.

Hay que advertir que las variaciones de los puntos b y c ya se encuentran en la edición undécima (Diccionario de la RAE, 1869, XI:625).

El último Diccionario de la Real Academia, el vigésimo segundo, señala en el registro “ministrante”: “Practicante de un hospital” (Diccionario de la RAE, 2001, XIII:1023), definición esta, que viene a delimitar el ejercicio profesional a los centros sanitarios, cuando realmente se caracterizó por desarrollar su labor fuera del ámbito hospitalario, en el que se encontraban los Practicantes y las reli-

gias ya mencionadas. También nos remite esta dicción a “cirugía”, donde se distingue la “cirugía menor o ministrante”, como “La que comprende ciertas operaciones secundarias que no suele practicar el médico” (Diccionario de la RAE, 1852, X:379).

Hay que hacer notar el hecho de que después de suprimirse la titulación de Ministrante en nuestro país, se sigan editando manuales de enseñanza cuyos títulos hacen referencia a estos profesionales. En tal sentido hay que reseñar: “Compendio de Cirujía Menor o Ministrante” (Ferrer y Julve, 1866), o “Elementos quirúrgicos o Manual del Ministrante” (Iranzo y Requena, 1891), es decir después de llevar suspendida tal titulación, 9 y 34, respectivamente. Ello nos demuestra cierto arraigo en dicha designación profesional, pese a la brevedad del tiempo que estuvo vigente.

Todas estas titulaciones sanitarias que se van promoviendo en España van a tener repercusión en sus colonias americanas. Y así en Cuba, en cuya universidad existía en 1842 la carrera agregada de flebotomiano, se crea en 1863 la titulación de “ministrante-dentista”, al ser mayor el número de graduados en dentistería con respecto a los de flebotomía [5]. Ya en nuestros días, en dicho país y en otros de Latinoamérica, como es el caso de Brasil, se utiliza el término ministrante, para designar al profesor que imparte una determinada materia.

IV. EL DESORDEN DE LAS CATEGORÍAS PROFESIONALES

La meta de conseguir una reducción de las numerosas titulaciones, objetivo de los Planes de Estudios de 1843 y 1845, no parece cumplirse. Es más, en los años siguientes se siguen promoviendo convalidaciones, por ejemplo, la de Cirujano de Tercera clase por Cirujano de Segunda (1847); aparecen nuevos títulos, como el de Cirujano de Cuarta clase (1847), Facultativo de Segunda clase (1849) o Médico-Cirujano habilitado (1857); se modifican los estudios, entre ellos, el aumento de 1 año para Doctorado y Facultativo de Segunda clase (1850); se promueven accesos a titulaciones superiores, tal es el caso de los Médicos puros a Licenciados en Cirugía, tras 2 años de estudios (1855); e incluso aparecen nuevos planes de estudios y reorganizaciones, como la que tuvo lugar en

1857. Por ello no debe extrañarnos que un informe sobre las titulaciones clínicas en España elaborado en 1861 por la Sociedad Económica Matritense señale que existían por entonces ejerciendo en nuestro país hasta treinta y cinco clases de facultativos diferentes (“El siglo médico”, 1862, IX, 464:738-740), consecuencia lógica de los diferentes planes académicos y normativas que se venían promulgado a lo largo de dicho siglo.

Llama nuestra atención las opiniones contradictorias suscitadas en aquella época en torno al número de facultativos necesarios en nuestro país, como vemos en los siguientes testimonios. En los primeros números del periódico médico barcelonés, “El Observador”, a últimos de enero de 1850, se manifiesta de forma reiterada en sus editoriales, el exceso de médicos que se forman en las universidades españolas, por lo que “llenase de ellos las ciudades populosas y las reducidas aldeas”, criticando la forma de actuar de muchos de ellos que ralla en la charlatanería (“El Observador”, 1850, I, 3:35. En el número siguiente podemos leer: “Son tantas, tan variadas y tan multiplicadas las causas que tienen abatida y postrada á la clase médica, que no sabemos en verdad, cual hemos de combatir primero”; entre ellas, la que expresa el dicho “hay mas médicos que enfermos” (“El Observador”, 1850, I, 4:49).

Tan sólo una década después, “El Consultor de los Ayuntamientos”, recoge los temores de que la falta de alumnos en Medicina pueda poner en peligro la asistencia sanitaria en nuestro país, instando al Gobierno para que “diete las medidas convenientes á fin de estimular á la juventud estudiosa á que abrace la carrera médica” (“El Consultor de Ayuntamientos”, 1860, VIII, 13:98). En tal sentido, pueden argumentarse el número de Bachilleres en Medicina graduados en la madrileña Universidad Central, cuyo número se eleva en 1855 a 120, mientras que al curso siguiente se reducen a la mitad, como vemos en el cuadro 6. Igualmente recomienda “El Consultor” bajar el coste de los estudios médicos, así como volver a crear una clase de facultativos secundaria, similar a los Prácticos de 1843, que se establecería en las poblaciones más pequeñas.

Por su parte “La Soberanía Nacional” en 1855, ante la desasistencia a que se ven sometidos los

núcleos de población más pequeños, propone una modificación del plan de estudios y la creación de tres clases de sanitarios: doctores, que se dedicarían a la enseñanza y la clínica (medico-quirúrgica); Profesores de primera clase, que desarrollarían la medicina y la cirugía en toda su extensión; y los Profesores de segunda clase, también médicos-cirujanos, que se encargarían de la cirugía menor, la medicina preventiva, y las enfermedades más sencillas y de tipo epidémico (“La Soberanía Nacional” 1855, II, 269).

El periódico satírico “La linterna Médica”, que comenzó su andadura a comienzos de 1851, refleja ya en su primer número el desorden de titulaciones sanitarias que existía en España. Entre los versos que componen “El Memorial de los cirujanos”, podemos leer: “Ni lo que somos sabemos/ ni á que estamos destinados; hay tanta diversidad/ de clases de cirujanos./ que no hay diablo que comprenda/ de diferencias los grados” (“La linterna Médica”, 1851, 1:3).

Recelos médicos hacia la nueva profesión.

Las opiniones negativas y desconfianzas que muestran los periódicos médicos hacia los Ministrantes, se encuentran patentes en numerosas ocasiones, llegándose incluso a la desconsideración y el insulto. A continuación hacemos un repaso de algunas de estas críticas [6].

La “Gaceta Médica” en su número correspondiente a la primera decena de agosto de 1846, refleja su contrariedad por la aparición de la nueva reglamentación aplicable a los Cirujanos Ministrantes: “No desaprobamos esta institución en si misma ni las bases en que se funda; pero si creemos que hubiera convenido diferir su instalación para dentro de algunos años”. Esta publicación considera que la nueva clase sanitaria, “sin utilidad alguna para el público, porque no era necesaria”, va a causar grandes perjuicios a los Cirujanos. Por ello entiende que el Gobierno a cometido un gran error al crear esta “institución superflua hoy” y “nociva á las existentes”, asegurando que no tardará en arrepentirse, en el caso de que no proceda a anular dicho decreto (“Gaceta Médica”, 1846, II, 58:432). De forma similar se expresa el “Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia”, que también considera que dicha titulación debería haberse pospuesto hasta que se hubieran reorganizado las exis-

tentes: “¡¡¡Eramos pocos y pario mi abuela!!!” (“Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia”, 1846, 31:252).

En “El siglo médico”, con una antelación de más de año y medio, se comunica la futura supresión del título de Ministrante (“El siglo Médico”, 1856, III, 115:87). En la carta de Félix Jiménez, Médico de Torredonjimeno, sobre medidas conducentes a uniformar las clases medicas, refleja la futura reforma de sus estudios, “se suspenderá su enseñanza como está en el día, respetándoles sus atribuciones; mas en adelante la enseñanza, facultades y denominación será la misma que en tiempo pasado se les concedía”, es decir, Practicantes.

Pocos días antes de la eliminación del título de Ministrante, en “El Siglo Médico” se van adelantando noticias sobre el futuro plan de estudios. En uno de estos artículos, se hacen la pregunta: “¿Quedan o no los ministrantes?”. A ello se responde que es casi seguro que la nueva legislación no les contemple, añadiendo, “y por un lado nos alegramos, aunque por otro nos ocurre esta pregunta: ¿quién sangrará, aplicará sanguijuelas, curará vejigatorios, etc., etc., cuando los cirujanos escaseen un poco mas?”. La respuesta, para el redactor, no puede ser más obvia: “cuando haya necesidad de esa gente se creará, que no se requiere para ello mucho tiempo”. Por ello considera “muy de aplaudir”, el que no se nombre a los Ministrantes en la futura normativa de estudios, “porque oficio tan humilde nada tiene que ver con semejante plan” y “fuera de él estará mucho mejor cualquier disposición sobre el asunto” (“El Siglo Médico”, 1857, IV, 192:287). Vemos como se trata de apartar de cualquier plan de estudios sanitario a los Ministrantes, menospreciando su labor una vez más.

Reválidas de Ministrantes en Madrid (1855 y 1856).

Otro de los motivos del rechazo de los Ministrantes es la gran abundancia de los mismos, según la opinión médica. Los anuarios de la madrileña Universidad Central referente a los cursos 1854-1855 (“Anuario de la Universidad Central para el curso de 1855-1856”, 1855) y 1855-1856 (“Anuario de la Universidad Central para el curso de 1856-1857”, 1856) nos dan a conocer el número de Ministrantes, aquí denominados

Sangradores, que fueron revalidados en 1855 y 1856, respectivamente. En el cuadro 6 incluimos también el resto de facultativos, incluida la Matrona.

CUADRO 6. Títulos sanitarios de la Universidad Central (1854 y 1855)

FACULTAD DE MEDICINA		CURSO	
		1854-1855	1855-1856
REVÁLIDAS	Lic. en Cirugía	8	2
	Cirujano 2ª clase	10	12
	Cirujano 3ª clase	6	5
	Sangradores	84	78
	Matronas	2	2
GRADOS	Bachiller	120	60
	Licenciado	51	78
	Doctor	18	9

De los 84 títulos de Ministrante otorgados en 1855, 44 fueron aprobados por unanimidad y 40 por mayoría. Un año después, del total de 78 de presentados, el tribunal aprobó unánimemente a 16 y mayoritariamente a 32.

La matrícula de los Sangradores o Ministrantes, ascendía a 40 reales, frente a los 280 reales de otras carreras como Medicina, Jurisprudencia o Teología. Para realizar el examen los Sangradores tenían que abonar 700 reales, mientras que las Matronas, 856 reales.

Como ya se ha señalado con anterioridad, el título o grado de Licenciado en Medicina abarca el campo de la Cirugía. Llama la atención de estos datos la reducción, exactamente a la mitad, del número de Bachilleres en Medicina, en tan sólo un curso.

El intrusismo.

En el número 1 de “La Voz de los Ministrantes”, que apareció a comienzos de 1864, podemos leer: “Ya no pululan como antes, tantos santín-banques que por anchas calles y plazuelas dejaban sin muelas y aun mandíbulas á cuantos prógimos se prestaban a ser víctimas de la habilidad y destreza de aquellos, habiendo sido remedio eficaz la extracción de unos cuantos nepotenos”. Sin duda fue el campo de la dentistería en el que se origino un mayor número de charlatanes e intrusos, los cuales habían sido reprimidos por diversas dis-

posiciones administrativas promovidas con anterioridad. Entre estas hay que citar las R.R. O.O. aparecidas en 1845 y 1846, contra los intrusos de las facultades de medicina y cirugía; la última de ellas, distingue entre las multas de una cuantía de hasta 1000 reales, que serán impuestas por los “Gefes políticos”, y las que superan tal cantidad, que serán perseguidas por los tribunales (Colección legislativa de España, 1846, XXXVI: 359). Al año siguiente otra R.O. vuelve a insistir en este tema, ordenando además a dichos Jefes Políticos que abran un registro de intrusos (De Casas y Moral, 1857-1860; IV:145).

Podemos señalar que en estos años centrales del siglo XIX el intrusismo afectaba a todas las profesiones y estaba propiciado por la aludida proliferación de titulaciones coexistentes. Un ejemplo de ello lo encontramos en el testimonio del Ministrante, Sabas Muñoz Castillo, que terminó sus estudios en Madrid en 1858, y después de seis años, durante los cuales había intentado establecerse hasta en tres pueblos distintos: “y en todos hallo lo mismo, porque en ninguno me ha sido posible ejercer la facultad a pesar de las repetidas quejas presentadas contra los barberos, que son los que en todas partes desempeñan nuestra profesión” (“La Voz de los Ministrantes”, 1864, I, 4:31). En otra sección de ese mismo número de “La Voz”, se alaba la decisión del Subdelegado de Sanidad de Villarrobledo (Albacete) al imponer una multa a un Barbero de la población “que con el mayor desca-ro se dedicaba a ejercer la cirujía menor”.

De auténticos desprecios hacia los Ministrantes podemos calificar los términos que emplea Manuel Santos Guerra, en su artículo publicado en “El Siglo” a comienzos de 1856 (“El Siglo Médico”, 1856, III, 106:11-22). Considera extralimitaciones que “un simple sangrador abre una vena, sin mandato previo en casos llamados puramente médicos, ocasionando tal vez mayor enfermedad que la que el enfermo padecía”, o el “charlatanismo” que supone que se ordenen medicamentos, sin tener conocimientos científicos. Es más, entiende como “holgazanería” para el progreso de la ciencia, la propia existencia de los “cirujanos sangradores” y los modernos “ministrantes”, considerando a los “autores de ese infeliz pensamiento, de esa idea raquítica, de ese gremio creado hace bastantes

siglos, de esa sección que el siglo XIX pretende sostener con diferente nombre, y yo pretendería borrar (...). Y prosigue, “esta clase muy pronto concluye lo que le exigen estudiar (...)”. Igualmente llama a esta una profesión humillante, “porque siempre se le obliga a girar alrededor de otro planeta, de un astro que refleja mayor luz, sin salir de su órbita mezquina y humilde (...), aludiendo al protagonismo de los médicos. Tales circunstancias “envilecen” a los Ministrantes, los cuales “piden asistir a partos”, “dirigen hasta enfermedades de medicina, y pedirán mañana la nivelación y hasta el grado de doctor...”. Sin duda se refiere a la labor que los Ministrantes se ven obligados a realizar en los pequeños núcleos de población, abandonados por los facultativos de las titulaciones superiores.

Bajo esa perspectiva hay que analizar la queja que aparece el mismo año en dicho periódico sobre los Ministrantes y sus posibles extralimitaciones, dándose a conocer que en el pueblo burgalés de Villalba de Losa, se permite a uno de estos profesionales actuar en los reconocimientos de los quintos del lugar, ante lo que se pide corrección y represión (“El Siglo Médico”, 1856, III, 146:335).

Tampoco se escapan los farmacéuticos de la invasión de sus funciones, como así refleja la “Linterna Médica”, en su acostumbrado tono sarcástico: “Contra tantos petardistas/ como hay; tantos curanderos,/ y herbolarios y drogueros/ y far-santes jarabistas,/ danos tu poder y gracia/ porque esa caterba fiera/ trizas va á hacer tu bandera/ y á exterminar la farmacia”(“La Linterna Médica”, 1851, 1:3).

Pero volvamos de nuevo al artículo de Santos Guerra, que también apunta como causa de este malestar médico, la antigua enemistad entre médicos y cirujanos, los cuales “hoy como ayer se muerden recíprocamente en los partidos, en las grandes poblaciones, y hasta en los establecimientos se disputan la superioridad, la importancia y aun la preferencia de conocimientos y naturaleza de ellos”. Como vemos, existían problemas entre los propios Médicos, hacinados en las grandes poblaciones; entre Médicos y Cirujanos, que se disputan sus competencias y supremacía; entre Médicos, Cirujanos y Ministrantes; y entre los Farmacéuticos y herboristas y drogueros.

Afortunadamente no todas las opiniones de Médicos van en la misma dirección, como es el caso del sevillano Cayetano Alvarez, autor de un “Tratado de Cirugía Menor” (1861). En la presentación de su obra ensalza la labor de los Practicantes instruidos, destacando su valor y utilidad, como así lo han demostrado en la última contienda que han llevado a cabo los ejércitos españoles en Africa (Álvarez Osorio, 1862-1863, I:5-6). Además señala el error, bastante común entre sus colegas, acerca de “que los practicantes que recibían una buena instrucción se excederán de sus cometidos intrusándose en la práctica y traspasando los límites que la ley les señala”.

V. LA ASISTENCIA SANITARIA.

Durante los años centrales del XIX, la intervención del gobierno en el control de la actividad en hospitales y centros benéficos, se lleva a cabo a través del Ministerio de la Gobernación, mediante la Dirección General de Beneficencia y Sanidad. Incluso los establecimientos privados se encuentran vigilados, al estar sometidos al “protectorado” de la administración.

La proliferación de las enfermedades contagiosas, favorecidas por los territorios de ultramar y el intenso tráfico marítimo de los puertos, dieron lugar a la creación, en plena “Década Moderada”, de la Dirección General de Sanidad (1847). Pero, sin duda, la Ley Orgánica de Sanidad de 1855, promovida por los progresistas, constituye todo un referente en la historia de la legislación sanitaria española, articulando dicho ámbito en tres parcelas: la ejecutiva, configurada por funcionarios técnicos; la consultiva, que componen las corporaciones e instituciones de prestigio; y la inspección, realizada por personal facultativo.

El mundo rural

Sin duda la falta de los profesionales sanitarios más cualificados en las zonas rurales constituyó un motivo de preocupación en la sociedad española de la época. A mediados de la década de los cincuenta, “La Soberanía Nacional” proponía incluir en el ámbito de actuación de los Ministrantes el seguimiento de procesos externos más sencillos, como los “afectos esternos”, las enfermedades “intermitentes”, epidémicas y endémicas, o las localizadas en la boca. Todo ello podría encomendarse “á per-

sonas despejadas, después de una preparación científica de pocos años y reconocidas hábiles para ejercer”. Destaca la labor que tales profesionales podrían desempeñar en las localidades con menos vecindario, “incapaces de pagar profesores de mas categoría”, los cuales “no se encontrarían abandonados á su propia suerte mientras recorren á los profesores, y estos vienen” (“La Soberanía Nacional”, 1855, II, 269. La contestación por “El Siglo” a éste artículo que venía a defender la labor del Ministrante y la ampliación de sus estudios, no se hizo esperar, atribuyéndole incluso afirmaciones e ideas que realmente no contenía (“El Siglo Médico”, 1855, II, 93:320).

Entre las conclusiones del informe de 1860 de “El Consultor de los Ayuntamientos” al que hemos hecho referencia anteriormente, también se dice “que los meros cirujanos, ya romancistas, ya sangradores, son los que desempeñan por lo general las plazas de titulares” (“El Consultor de Ayuntamientos”, 1860, VIII, 13:101).

En tal sentido, “La Voz de los Ministrantes”, cuatro años después, corrobora que la salud de muchos pueblos y comarcas están en manos de los Practicantes y Ministrantes, considerando que estos carecen de los conocimientos suficientes para tal labor. El periódico culpa al Gobierno de estas condiciones sanitarias, a la vez que exige una ampliación de los estudios para el colectivo profesional que representa (“La Voz de los Ministrantes”, 1854 I, 4:25.). Esta publicación, en otro lugar de ese mismo ejemplar, llega incluso a aconsejar la adquisición del libro “Repertorio Clínico ó Medicina Práctica” a todos aquellos que ejercen en los pueblos “donde no exista profesor de mayor categoría”, por la utilidad que les puede reportar para solucionar muchos casos que se les planteen a diario.

Un testimonio de esta situación la encontramos en el pueblo zamorano de Abejón, donde en 1884 se refiere que para la asistencia facultativa de sus vecinos se dispone únicamente de un “cirujano ministrante”, acudiendo a los Médicos de las poblaciones limítrofes en los casos de gravedad (Gómez Carabias, 1884:193). Los medicamentos los obtienen de la farmacia de Bermillo, cabeza de su partido judicial, que se encuentra a dos leguas de distancia.

El problema no parece que tuvo solución en los años siguientes, volviendo a insistir Martínez Alcubilla, en 1887, sobre la necesidad de crear una clase secundaria de facultativos para evitar que “se vuelva a dejar abandonada la asistencia facultativa en los pueblos pequeños á los que solo poseen el título de ministrantes ó el de practicantes” (Martínez Alcubilla, M. (1887): “Diccionario de la Administración Española”, cuarta edición; Madrid, VII:221).

El ámbito urbano.

Ya hemos visto con anterioridad algunos testimonios de la época que ponen de manifiesto como el panorama asistencial es totalmente diferente en las ciudades, donde los Médicos y Cirujanos de las titulaciones superiores intentan desempeñar su profesión en unas condiciones económicas más ventajosas y con mayores perspectivas de éxito y notoriedad. Este exceso de profesionales en las grandes urbes va a ser una de las causas del clima de intrusismo y charlatanería que se observa en las mismas, cuyo objetivo son las clases más modestas.

Todo ello va a dar lugar, a juicio de Albarraçin Teulón, a una enorme competencia de los facultativos en estas zonas urbanas. Por su parte, los Médicos más notables están más pendientes de la política, sus cátedras y la atención a la aristocracia (Albarraçin Teulón, 1972:323).

Competencias profesionales de los Ministrantes.

Aunque ya han sido resumidas estas en las diferentes normativas que regularon el ejercicio profesional de la nueva titulación, puede resultar de interés un breve análisis de uno de los manuales que se utilizaron para su enseñanza. Entre los textos localizados y que tuvieron tal finalidad [7], probablemente el que alcanzó una mayor difusión es “Compendio de Flebotomía”, de Rafael Ameller, del que se llegaron a realizar, al menos, tres ediciones. Mientras que de la primera de estas, llevada a cabo en 1851, no he localizado ningún ejemplar, si se han encontrado de las aparecidas en 1855 [8] y en 1862 [9].

Analizando el ejemplar de la segunda edición, observamos que la obra se encuentra dividida en cinco capítulos, y cada uno de estos, incluye varios apartados o artículos:

Flebotomía.

Este primer capítulo se divide en doce apartados donde se trata de los conocimientos anatómicos para poder realizar dicha técnica, así como los instrumentos necesarios que se requieren, junto a nociones sobre la sangre y la circulación sanguínea. También se especifican los distintos tipos de sangría generales (frente, cuello, brazo, mano y pie) y sangrías capilares (sanguijuelas, escarificaciones y ventosas), así como los accidentes que pueden sobrevenir al ejecutar las mismas.

Apósitos y vendajes.

Se describen las diferentes clases de apósitos (tampones, vendote, sedal, cordonete, venda, etc.), así como la forma de vendar hasta 28 partes y regiones del cuerpo y extremidades.

Curaciones tópicas y Cirugía Menor.

Entre las primeras se señalan las siguientes: cataplasmas, ungüentos, emplastos, linimentos, fomentaciones, fumigaciones, etc.). En el apartado quirúrgico se enseñan las técnicas: “cura del sedal” [10], moxa [11], vejigatorios [12], “cauterio actual” [13], fontículos [14], acupuntura, callos, vacunación, inyecciones, etc.

Arte del dentista.

Partiendo de la aparición de los dientes, se considera las anomalías de su colocación, así como las principales enfermedades de estos (caries, fracturas, erosión, descomposición, etc. Igualmente se describen los instrumentos necesarios para realizar su extracción y reparación de los mismos (descarnador, botador, gatillo, dentuza, etc.).

Prótesis dental.

Distinguiendo la “trasplatación propia” y los dientes artificiales; el acoplamiento de los mismos, mediante ligaduras, espigas, ganchos, etc.; aplicación de dientes incorruptibles; coloración de encías.

Sirva este pequeño repaso al texto de enseñanza para darnos idea del programa de enseñanza que tuvieron los Ministrantes.

La estadística de 1856.

A finales de 1857 encontramos en la Gaceta un interesante recuento de los establecimientos y personal sanitario existente en España el año anterior, con especial detenimiento en los centros de benefi-

cia (Gaceta de Madrid de 12 de diciembre de 1857). Según estos datos oficiales, el número de establecimientos sanitarios se eleva a 1292, que incluyen los siguientes tipos de hospitales: 868 municipales, 258 particulares, 106 provinciales, 7 generales y 53 estructuras de beneficencia domiciliaria. En cuanto al censo de profesionales sanitarios se estima que existen en España 1430 Sangradores, cifra que contrasta con los más de 13.000 Médicos y Cirujanos censados, o los escasos 507 Comadrones y Parteras, según podemos ver en el cuadro 7.

Cuadro 7. Personal sanitario en España (1856)

PROFESIONAL	NÚMERO
Médicos . . . . .	.6260
Cirujanos . . . . .	.6953
Farmacéuticos . . . . .	.3775
Sangradores . . . . .	.1430
Drogeros herbolarios . . . . .	.250
Comadrones y Parteras . . . . .	.507
Veterinarios . . . . .	.8911

Fuente Gaceta de Madrid

Otro de los cuadros aparecidos en La Gaceta nos muestra como los profesionales de Enfermería se concentran fundamentalmente en los centros hospitalarios de Beneficencia, destacando sobre el resto de sanitarios. En el cuadro 8, incluimos también, a título de curiosidad, las Nodrizas o Amas de Cría, que se encuentran empleadas por estos centros, como internas o externas a los mismos, pues ello nos da una idea de cómo se afrontaba en aquella época el grave problema de los niños expósitos.

CUADRO 8. Sanitarios empleado en la Beneficencia (1856)

PERSONAL DE LA BENEFICENCIA	
Facultativos . . . . .	.869
Practicantes y Enfermeros . . . . .	.2122
Hermanas de la Caridad . . . . .	.920
Nodrizas internas . . . . .	.597
Nodrizas externas . . . . .	.30771

Aunque los datos aportados no distinguen entre Practicantes, personal con formación, y Enfermeros, generalmente sin ningún tipo de estudios, podemos interpretar que estos últimos realizarían las labores de cuidados, propiamente dichas, mientras que los primeros se encargarían de las de tipo técnico, cirugía menor y curas. También podemos observar un tercer componente dentro del ámbito de los cuidados, las Hermanas de la Caridad, cuyo número, nos da a entender la importante labor asistencial que desempeñaban.

La rigurosidad de los datos precedentes está avalada por una R. O. de 26 de septiembre de 1856 que nos transcribe “El Monitor”, donde se anuncia la imposición de multas, e incluso, la retirada del título, a todos aquellos que no se encuentren inscritos en los respectivos registros provinciales (“El Monitor de la Salud de las Familias”, 1858, I, 11:134-135).

Aún a falta de estudios más precisos sobre la dotación de Practicantes en los hospitales de la época, podemos afirmar que su número estaba bastante ajustado a las necesidades, como lo demuestra la noticia breve aparecida a finales de 1859 en “El Siglo” (“El Siglo Medico”, 1859, VI, 309:407). . Asegura esta publicación que escasean los Practicantes en los Hospitales madrileños, pues muchos de ellos se han marchado a atender a los enfermos y heridos de nuestro ejército en la contienda que estaba teniendo lugar para recuperar Ceuta.

VI. “LA VOZ DE LOS MINISTRANTES”.

El movimiento asociativo entre los Ministrantes o Practicantes, resulta un poco tardío, si lo comparamos con la proliferación de asociaciones y colegios médicos, a partir de la década de los cuarenta. Es en los años sesenta, cuando tenemos conocimiento de este sentimiento de clase profesional. El 17 de diciembre de 1862 se presenta ante el Ministerio de la Gobernación el Reglamento para el Régimen de la Sociedad de Ministrantes, cuya sede estuvo en Madrid, y cierto carácter nacional [15].

También en Madrid, a mediados de enero de 1864, aparecía un periódico, “dedicado a la instrucción y defensa de esta clase y la de practicantes”, bajo la dirección de Salvador Villanueva. A

pesar de su título, “La Voz de los Ministrantes”, no debemos olvidar que hacía ya siete años que tal titulación no existía, mientras que la de Practicante llevaba vigente algo más de dos años. La publicación, aparte de representar a la profesión y propiciar su progreso, serviría también para contrarrestar los continuos ataques y descalificaciones que desde hacía varios años la prensa médica les viene lanzando.

Con una periodicidad quincenal y un precio de ocho reales al trimestre, en sus comienzos; posteriormente aparecerá cada diez días. Su estructuración trata de imitar a las publicaciones médicas de la época, con los siguientes apartados:

- “Sección Profesional”, ocupada por un artículo de fondo o editorial, normalmente firmado por el director.
- “Sección científica”, con contenidos de carácter profesional, entre los que encontramos la odontogenia, la circulación sanguínea, la caries, etc.
- “Variedades”, recoge cartas de opinión sobre temas reivindicativos profesionales.
- “Crónica”, ofrece noticias breves relacionadas con el mundo sanitario, especialmente con los Ministrantes y Practicantes.
- “Vacantes”, constituye una guía sobre las plazas de cirujanos que se ofertan en los pueblos.
- “Correspondencia”, informa sobre las suscripciones que se van produciendo al propio periódico y el pago de las mismas.

En el primer editorial de La Voz se hacen patentes las quejas sobre la lamentable situación que atraviesan los Ministrantes, llegando incluso a replantearse la necesidad de su creación: “engendrados hace quince años por ciertos hombres, mas bien por hacer alarde de vanidad y lujo, que por verdadera necesidad (...)” (“La Voz de los Ministrantes”, 1864, I, 1). . Pero tras estas primeras líneas, cuya lectura nos recuerdan los términos empleados por la prensa médica para atacar a los Ministrantes, se empiezan a exponer algunas de sus reivindicaciones, como la escasez de atribuciones reconocidas. También se plantean las de índole económico: “¿Se concibe que un gobierno creando una profesión reglamentaria y sujetándola a contribuciones de tiempo y de dinero vengan a su término los individuos que la hubieran abrazado, a

no poder adquirir con ella su mas indispensable sustento?”. Ante ello se hace una llamada para romper la indiferencia reinante entre sus integrantes y la necesaria unión.

Sin abandonar este número inicial del periódico, dentro del noticiario de “Crónica”, se hace referencia a los ya mencionados Oficiales de Salud franceses, denominándolos Oficiales de Sanidad, cuya figura guarda relación con los Ministrantes españoles. El motivo es el de solidarizarse con estos profesionales del país vecino en el tema de su petición de poder ejercer la Medicina en las poblaciones de menos de 10.000 habitantes.

En la tercera entrega de la nueva publicación encontramos una respuesta a los ataques que se hacen a la profesión desde “El Genio Quirúrgico”, en cuyo número de 31 de enero de 1864 se refiere un “Dialogo gracioso” entre dos madrileñas que confunden a un Ministrante con un Médico. En el fondo se trata de ironizar sobre el tema del intrusismo. Desde “La Voz”, prefieren, por esta vez, contestar amigablemente a “El Genio”, aunque no están dispuestos a que se repitan las injurias, por lo que amenazan con recurrir a los tribunales en el futuro (“La Voz de los Ministrantes”, 1864, I, 3:21-22.)

Una de las noticias que aparece con más realce es la inauguración del Colegio de Sangradores y Practicantes de Sevilla, cuya primera sesión tuvo lugar el domingo 23 de octubre de 1864, nombrándose presidente del mismo a Antonio Díaz. El periódico recoge incluso los estatutos de la que posiblemente sea la primera asociación de Practicantes de España, los cuales en su artículo segundo señalan los fines de esta histórica entidad: “Constituir un centro de unión entre todos los profesores de la capital y de la provincia”; “Dilucidar algunos puntos prácticos de merecido interés”; y “Defender los derechos de la clase y los de cualquiera de sus individuos en los respectivo a la profesion” (“La Voz de los Ministrantes”, 1864, I, 21:165).

Ya en esta segunda mitad del siglo XIX se hacía patente el deseo de independizarse de los dentistas, informándonos “La Voz” a finales de febrero de 1865 de la constitución del Colegio de Dentistas de Sevilla, cuyos estatutos se dan a conocer. Pueden pertenecer al mismo los Profesores

Dentistas y Sangradores que residan en aquella provincia, obligándose a guardar y cumplir dicho reglamento.

Un año más tarde, la publicación recoge con gran satisfacción la proposición que plantearon en las Cortes los diputados Martín Herrera y Ortiz Zárate “para arreglar y favorecer como es justo á las clases mas desheredadas de las que pertenecen en mayor o menor escala á la común de la gran familia médica”. Antonio Borrás, titular de Mamolar, a quien pertenece la frase anterior, no duda en apuntar tal éxito a este periódico: “¿Que éramos antes? ¿Que significaba nuestra clase? ¿Quién se acordaba de ella mas que para explotarla? ¿Qué éramos los ministrantes y practicantes antes de venir al mundo nuestra Voz? (...) ¡Que habíamos de ser! No eramos mas que una raza pobre y proscripta, olvidada de todos menos de los que tomándonos como siervos, nos tenían prendidos de sus cadenas” (“La Voz de los Ministrantes”, 1866, III, 73:98-99). Finalmente el citado proyecto que abogaba por un sistema de ascensos entre los colectivos sanitarios de las escalas inferiores a las superiores, tras múltiples debates, finalmente no llegaría a materializarse.

Desconocemos el tiempo durante el cual se siguió publicando “La Voz de los Ministrantes”, pues hasta la fecha sólo hemos localizado los ejemplares de sus tres primeros años de vida, testimonio más que suficiente para resaltar la importante labor de esta publicación a la hora de crear una conciencia profesional entre Ministrantes y Practicantes, así como en la defensa de sus intereses.

VII. RESULTADOS.

En los siguientes epígrafes recogemos las principales ideas que hemos extraído tras analizar la figura del Ministrante y el contexto histórico en el que desempeño su labor profesional:

- *Exceso de titulaciones médicas y quirúrgicas.*

Los continuos cambios en el gobierno de España durante la mayor parte del XIX, se va a traducir en la proliferación de planes de estudios y normativas que van a afectar a la creación de numerosas categorías profesionales en el campo sanitario. En los años centrales de dicho siglo asistimos a un patente deseo de las autoridades por reducir dichas titulaciones, y sobre todo, en aunar

en una sola disciplina la Medicina y la Cirugía. Pero la propia inestabilidad política y la continua sucesión de gobernantes, harán inalcanzable tal meta.

- Continuidad de las profesiones enfermeras.

Con la desaparición del título de Sangrador en el Plan de 1843, se crea un vacío en la línea de continuidad de las denominaciones enfermeras. El “Práctico en el arte de curar”, que crea dicha normativa, aunque recoge el campo profesional del antiguo Sangrador y la Partera, consideramos que se encuentra más próximo a la parcela de la Medicina, teniendo en cuenta la preparación académica, de cinco años, que se le exige. El Ministrante, por lo tanto, viene a restablecer estas designaciones relacionadas con la Enfermería.

- “Ministrante”, como sinónimo de “Sangrador” y de “Cirugía Menor”.

Consideramos importante abrir nuevas líneas de investigación sobre el significado semántico de “Ministrante”, que consideramos equivalente a “administrar” (guiar, dirigir, disponer, gestionar, etc.). Tal nombre difícilmente encajaría en una profesión subalterna como la que representa.

No creemos acertado, suponer que “Ministrante” pudiera derivar de “ministro”, nombre que aparece frecuentemente en la historia para designar a los sirvientes de un hospital.

En varias disposiciones oficiales se puede observar como se utiliza de forma indistinta la denominación “Ministrante” y “Sangrador”, incluso la propia universidad. Igualmente encontramos frecuentemente, la expresión “Cirugía Menor”, como análoga a “Ministrante”. La sanidad de la época, entendía que este apartado quirúrgico comprendía aquella parte secundaria de la Cirugía, de escasa relevancia para el prestigio quirúrgico y médico, que puede desempeñar un personal con escasa formación y especialización.

- Campo profesional definido.

Estimamos que el ámbito de actuación del Ministrante abarca una serie de conocimientos y técnicas lo suficientemente amplio para delimitar plenamente una profesión, aunque interrelacionada con la que llevan a cabo otros sanitarios. La legislación que determina sus actuaciones, está marcada por un estricto control médico, dejando

más independencia en las artes del dentista y callista.

Posiblemente la temática de los artículos científicos de “La Voz”, dedicados en varias ocasiones a temas relacionados con la dentistería, traten de reflejar la oposición de Ministrantes y Practicantes hacia el ya incipiente, movimiento independentista de los Dentistas.

- Injustificación de los recelos médicos.

No vemos razonable la gran desconfianza que mostró la clase médica hacia los Ministrantes, a pesar del contexto histórico en que se produce de continuos cambios y desorganización de las titulaciones sanitarias.

También opinamos que ha quedado patente como el fenómeno del intrusismo profesional afecto, por igual, a todas las ramas sanitarias. Existían problemas entre los propios Médicos, hacinados en las grandes poblaciones; entre Médicos y Cirujanos, que se disputan sus competencias y supremacía; entre Médicos, Cirujanos y Ministrantes; y entre los Farmacéuticos y herboristas y drogueros.

- La prensa médica y el desprestigio de los Ministrantes.

La prensa médica va a juzgar un papel muy importante a la hora de desprestigiar y menospreciar a los Ministrantes, sobresaliendo el “Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia” (posteriormente denominado, “El Siglo Médico”). Igualmente destacó en tales propósitos un antiguo Practicante Militar, Francisco Méndez Álvaro.

Esa imagen proyectada de Barberos, Sangradores o Ministrantes, identificándoles como intrusos y charlatanes, se va a proyectar hasta nuestros días en los estudios que aparecen sobre historia de la Medicina y la Odontología.

- Retraso en la aparición del asociacionismo profesional.

A pesar de los escasos estudios sobre este periodo enfermero, la presente introducción en el mismo, nos muestra como hasta 1864, se carece de prensa profesional. Ello contrasta con la proliferación de prensa médica a lo largo de todo el siglo XIX. Otro tanto podemos argumentar en lo referente a asociaciones o colegios profesionales, que igualmente se remontan a la década de los sesenta

de dicho siglo. Dicha falta de identidad profesional enfermera, deducimos que se debe a las variantes denominaciones profesionales, junto a la circunstancia de que muchos estudiantes de Medicina o Cirugía de la época ejercieran previamente como Practicantes en los hospitales.

- “La Voz de los Ministrantes” y la unidad profesional.

Esta publicación jugó un papel trascendental en la representación de los intereses de Ministrantes, Practicantes y Dentistas. A falta de un análisis más profundo y detenido de este periódico, que lógicamente se escapa a las limitaciones del presente estudio, podemos destacar la gran importancia del mismo para aglutinar la opinión de los profesionales que representa.

- Necesidad de analizar y releer la historia de la sanidad.

Juzgamos que muchos trabajos publicados sobre el pasado de la atención sanitaria en España, no reflejan la aportación que realizaron los profesionales antecesores de la actual Enfermería. Por lo tanto, es necesario repasar de nuevo las fuentes y reinterpretarlas, sólo así se podrá recuperar importantes capítulos de la memoria histórica de la profesión enfermera.

Por otro lado, la Enfermería no debe renunciar a hacer una interpretación de los diversos contextos sanitarios que se han sucedido en nuestro país, pues ella ha participado muy activamente en los mismos.

VIII. CONCLUSIONES.

La figura del Ministrante representa un importante y poco conocido eslabón que da continuidad a las variadas denominaciones profesionales surgidas a través de la historia en la Enfermería. Una buena parte de sus intervenciones o actos profesionales, entre los que se incluían la pedicura y la dentistería, han sido perdidas por la Enfermería actual, con la aparición de nuevas titulaciones específicas, como la odontología o la podología, e incluso siendo asumidas por la Medicina.

El análisis de la realidad asistencial en la España de mediados del siglo XIX, nos ayuda a desvanecer ciertas imágenes negativas que se han creado en torno al Ministrante. Su labor realizada en los núcleos rurales, donde los Médicos, ante

unas perspectivas económicas y profesionales dudosas, no llegaron a ejercer, resultó muy meritoria.

BIBLIOGRAFÍA

- Albarracín Teulón, A. (1972): Intrusos, charlatanes, secretistas y curanderos. En “Asclepio”, XXIV: 323.
- Albarracín Teulón, A. (1973): La titulación médica en España durante el siglo XIX. En “Cuadernos de historia de la medicina española”, XII.
- Álvarez Nebreda, C. (2002): “Código enfermero español siglo XX: compendio legislativo”, Madrid, Instituto de Salud Carlos III.
- “Anuario de la Universidad Central para el curso de 1855-1856”. Madrid, J.M. Ducazcal.
- “Anuario de la Universidad Central para el curso de 1856-1857”, (1856). Madrid, Imprenta Nacional.
- Ameller, Rafael (1855): “Compendio de Flebotomía y operaciones propias de la cirugía menor ó ministrante”. Cádiz, Revista Médica.
- Díaz Benito y Angulo, J. y González Velasco, P. (1848): “Guía teórico-práctica del Sangrador, Dentista y Callista, o Tratado Completo de cirugía Menor ó Ministrante”. Madrid, Angel Calleja.
- “Diccionario general de la lengua castellana”, 1851, Madrid, V. de Domínguez.
- Domínguez-Alcón, C. (1986): “Los cuidados y la profesión enfermera en España”, Madrid, Pirámide.
- Eserverri Chavarri, C. (1995): “Historia de la enfermería española e iberoamericana”, Madrid, Universitas.
- Ferrer y Julve, Nicolas (1866): “Compendio de Cirujía Menor ó Ministrante”, Valencia, José Doménech.
- Gómez Carabias, F. (1884): “Guía sinóptica, estadística-geográfica de las poblaciones y parroquias de la Diócesis de Zamora (...)”, Zamora, Gutierrez.
- Hernández Martín, F. (coordinadora) (1996): “Historia de la enfermería en España”, Madrid, Síntesis.
- Herrera Rodríguez, F.; Lasante Calderay, J. E. y Siles González, J. 1996.: “La Edad contemporánea. El proceso de tecnificación e institucionalización profesional”, en “Historia de la enfermería en España”, Hernández Martín, F. (coordinadora); Madrid, Síntesis.
- Martínez Alcubilla, M. (1887): “Diccionario de la Administración Española”, cuarta edición; Madrid, VII.
- Rotondo, A. (1846): “Tratado completo de la extracción de los dientes, muelas y raigones, y modo de limpiar la dentadura: precedido de algunas observaciones sobre odontalgia y otras no menos interesantes, para uso de los que se dediquen a la cirugía menor o ministrante”. Madrid, Díaz.
- Sánchez Mantero, R. (1999): “La España de Isabel II. De la Regencia de María Cristina a la Primera

República (1833-1874”, en “Historia de España” IX. Madrid, Espasa Calpe.

- Siles González, J.(1999): “Historia de la Enfermería”, Alicante, Aguacilara.
- Siles González, J.(1996): “Pasado, presente y futuro de la enfermería en España”, Alicante, Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana.
- Ventosa Esquinaldo, F. (1984): “Historia de la Enfermería Española”. Madrid, Ciencia 3.

NOTAS

- [1] También encontramos traducida dicha expresión como “Médico militar”, en “Pequeño diccionario Francés-Español” (1957), Barcelona, Ramón Sopena, p. 394.
- [2] Un resumen del presente trabajo fue presentado en el II Congreso Internacional de Historia de la Enfermería (Granada, 2004), con el título: “Los Ministrantes y las titulaciones quirúrgico-médicas a mediados del siglo XIX”.
- [3] Se trata de una notable personalidad del siglo XIX español que supo compaginar su dedicación a la política con la medicina y la literatura, siendo autor de numerosas obras científicas y literarias. Un resumen de su biografía la encontramos en “Los diputados pintados por sus hechos”(1869), Madrid, Labajos y Compañía, I: 164-167.
- [4] La denominación ya se empleaba con anterioridad para designar a los Enfermeros de los hospitales que tenían una titulación y desarrollaban tareas relacionadas con la Cirugía Menor, pero hasta ese año de 1860, no tiene el respaldo de una titulación oficial.
- [5] Sobre este tema pueden consultarse los datos que la facultad de Odontología de La Habana ofrece en su dirección de internet: http://www.facest.sld.cu/revistas/ord/vol15_1_00/ord05/00pdf .
- [6] Para la redacción de este epígrafe partimos del artículo ya citado de Agustín Albarracín Teulón (“La titulación Médica en España durante el siglo XIX”), ampliando nuestra búsqueda en otras publicaciones.
- [7] Sobre este tema remitimos a nuestro trabajo, pendiente de publicación, presentado en el III Congreso Internacional de Historia de la Enfermería (Zaragoza, 2005):“Los manuales para la enseñanza de los Ministrantes (1846-1857)”.
- [8] El ejemplar consultado se encuentra en la Biblioteca Pública Lambert Mata, de Ripoll (Gerona). Fue editado en la Imprenta y Librería de la Revista Médica de Cádiz. Consta de 272 páginas y cuatro láminas al final de la obra. En el mismo se observa un error de encuadernación, saltando de la pág. 160 a la 177 (repetida); y de esta última a la 240 (repetida), para continuar con la pág. 161. Más adelante, la pág. 176 se sigue de las numeradas como 241 y 160 (repetida); prosigue la pág. 177.

- [9] Encontramos un ejemplar en la Biblioteca de Medicina de la Universidad Complutense.
- [10] Esta técnica consiste en introducir debajo de la piel un sedal impregnado de un determinado unguento para que actúe de forma local.
- [11] Úlcera en la piel provocada por una quemadura realizada con una torunda de algodón o yesca, que es sostenida sobre la piel con la ayuda de unas pinzas, para ser prendida por la parte superior, consumiéndose hacia abajo.
- [12] Sustancias que aplicadas sobre la piel levantan flictenas o ampollas.
- [13] Con un instrumento de metal (cauterizador), previamente puesto en ignición, se provoca una ulceración en la piel.
- [14] Se trata de pequeñas úlceras abiertas con el bisturí sobre un pliegue de la piel.
- [15] Dato obtenido del Consejo General de Enfermería de España, en su publicación electrónica, cuya página de Internet es: <http://www.actualidad.enfermundi.com/cge/cgratray/cgetrahis/index.asp> ; consultada el 15 de septiembre de 2004.

ANTROPOLOGÍA

ENFERMERÍA Y PERSONAS DE OTRAS CULTURAS

Isabel Gentil García

*Diplomada en Enfermería, Doctora en Antropología Social y Cultural
Profesora E. U. Enfermería, Fisioterapia y Podología
Universidad Complutense de Madrid*



RESUMEN

Enfermería, profesión especializada en los cuidados a personas, se enfrenta en estos momentos al hecho de tener que prestar cuidados a personas de otras culturas. A veces son percibidas sólo con aspectos negativos y muchas veces sin ser conscientes de dicha percepción. Por ello el objetivo de este trabajo es motivar la reflexión y el pensamiento crítico sobre el problema de funcionar con estereotipos frente a los otros. La esperanza está en el respeto mutuo pasando previamente por el conocimiento.

PALABRAS CLAVE: Cultura. Inmigrantes. Enfermería.

ESTADO DE LA CUESTIÓN

Imparto una asignatura de libre configuración: “Perspectiva antropológica de la salud y la enfermedad” a estudiantes de Diplomaturas de Ciencias de la Salud. Uno de los objetivos de la asignatura es proporcionar a dichos estudiantes conceptos y datos para comprender mejor la diversidad humana, que pueda facilitarles las interacciones con personas sanas y enfermas de distintas culturas.

La metodología docente pretendo que sea participativa. Enfrentar a los alumnos a cuestiones que susciten a la reflexión, al tener que pensar, como parte importante para moldear una actitud crítica, abierta y responsable ante problemas que se encontrarán en su quehacer profesional.

No podemos olvidar que somos profesionales en una sociedad determinada y en un momento histórico concreto. No somos profesionales que desarrollemos nuestro trabajo en un vacío ambiente

NURSING AND PEOPLE FROM OTHER CULTURES

ABSTRACT

Nursing, profession specialized in caring for people, faces in these moments the fact of having to care for people from other cultures. Sometimes only negative aspects from them are perceived and often without even being conscious of such perception. Thus, the aim of this work is to motivate reflection and critical thought on the problem of working with stereotypes of others. Hope is placed on mutual respect based on previous knowledge.

KEY WORDS: Stereotypes. Culture. Immigrants. Nursing.

social. Y, en estos momentos, España es país receptor de emigración. El último informe del Instituto Nacional de Estadística dice que los residentes extranjeros, según el padrón de 2005, representan el 8'4 % de la población; de los cuales 1/3 tienen menos de 25 años y la mayoría se van a quedar.

Debemos de ser conscientes que los emigrantes forman parte de esta sociedad, no son un aparte de la sociedad y que estamos abocados a convivir, por lo tanto tendremos que buscar fórmulas, mutuamente, para entendernos. Además, Enfermería que desarrolla su actividad profesional con seres humanos, lleva implícito un cierto compromiso social.

En la actualidad hay en Enfermería una corriente de pensamiento muy activa que caminando paralela a los avances técnicos y científicos para el desarrollo de nuestra profesión, recuerdan e insisten en no olvidar la orientación humanista de una profesión que trabaja con personas humanas. Esta revista, entre otras, es una de las evidencias de ello.

Volviendo a la asignatura que imparto. En las discusiones que se generan en clase me satisface comprobar que hay un número reducido de alumnos con mentalidades maduras y reflexivas. Pero, a la vez, me entristece comprobar como un grupo de personas, cada vez más numeroso, tiene el pensamiento teñido con frases estereotipadas hacia los emigrantes y que encierran una actitud fuertemente xenófoba. Se asumen como verdad ideas muy simples que están presentes en cierto ambiente social.

Una alumna de 3º de Enfermería me escribe en un trabajo de clase: *“existen reacciones lógicas y fundamentadas de rechazo a colectivos o individuos que cruzan nuestras fronteras con fines nada honrosos, como son el tráfico de drogas, la delincuencia, la trata de blancas, las violaciones. Es imposible aceptar y tolerar a esas personas que no aportan ni enriquecen en nada ningún país sino que fomentan las reacciones de rechazo lógicas, porque creo que a nadie por muy tolerante que sea aceptaría que violaran a su hija, que robaran en su casa o comercio, que la apuñalaran en la calle o en el metro para robarle cuando sale a las tantas de trabajar, que ocupen camas de hospital sin pagar impuestos y encima que nos llamen racistas por hacérselo ver”*.

Esta alumna eleva a universal ciertos comportamientos particulares de algunos raros casos excepcionales y está excluyendo a la inmensa mayoría de emigrantes que vienen a trabajar y convivir pacíficamente. Esta alumna hace afirmaciones universales utilizando estereotipos.

Voy a intentar en este artículo, mediante una reflexión serena en voz alta, ampliar la perspectiva de miras e incitar a fomentar un pensamiento crítico sobre lo que encierra el asumir ciegamente estereotipos negativos. Me baso en mi experiencia de trabajo como educadora para la salud a inmigrantes en los últimos ocho años y en numerosas lecturas sobre el tema.

¿QUÉ SON LOS ESTEREOTIPOS?

La palabra estereotipo viene del griego stereos: sólido y typos: molde, es como un molde que fabrica copias idénticas, por ello se emplea en la imprenta, es el cliché que reproduce las copias.

Pero en Ciencias Sociales se entiende por estereotipo, ciertos conceptos prefijados, simples y homogéneos sobre la forma de ser de las personas de otros grupos, o sobre la realidad social de los otros. Una aclaración: No es lo mismo los estereotipos que las generalizaciones. Los estereotipos son finales, no admiten contestación; las generalizaciones son iniciales, son el punto de partida para seguir conociendo a los Otros.

ANALICEMOS QUÉ SUCEDE CUANDO FUNCIONAMOS CON ESTEREOTIPOS

A) Incluimos a todos los miembros del grupo estereotipado como si sus comportamientos fueran uniformes. Es un error pretender uniformar a todos los individuos que pertenecen a una misma cultura como si fueran clones, como si todas las personas de la otra cultura hubieran tenido las mismas experiencias personales, las mismas emociones, los mismos proyectos. Dentro de cada cultura existen diferencias por edad, género, clase social, nivel de estudios, lugar de procedencia etc. Podríamos preguntar a personas que pertenecen al colectivo estereotipado que definiesen su forma de ser, y podríamos hacerlo justamente con características totalmente opuestas al del estereotipo. Aunque es cierto que reconocernos como miembros de una determinada cultura nos ayuda a construir nuestra identidad,

pero es un error no tener presentes las heterogeneidades y la diversidad dentro de una misma cultura.

En oposición, en nuestro grupo de pertenencia aceptamos, lógicamente, que existe la diversidad en las formas de ser.

B) Es un reduccionismo pues al funcionar con estereotipos se considera la realidad social de los otros grupos de forma simple y homogénea, cuando la realidad social es compleja y heterogénea. Tendemos a considerar la cultura de los Otros como un todo compacto.

En oposición, asumimos, lógicamente, que la cultura de nuestro grupo de pertenencia es compleja, variada y diversa.

C) Para construir el estereotipo generalmente se hace cogiendo una característica o comportamiento que nos parece despectivo o con connotaciones morales censurables. Así, los estereotipos nos dicen quienes son sucios, mentirosos, fanáticos, poco fiables, ladrones, borrachos, delincuentes... Contemplar a los inmigrantes como delincuentes es el estereotipo sostenido por las extremas derechas de Europa que lleva a considerar culpable a todo inmigrante hasta que no se demuestre su inocencia. Debemos estar en alerta y poner todo nuestro esfuerzo en trabajar para construir la paz, no para construir la violencia.

D) Las características o comportamientos que les asignamos para hacer el estereotipo creemos que son muy distintos a nuestra forma de ser. Esto nos refuerza en nuestra creencia de estar en el lado correcto, en el de los valores correctos, y así cada vez que verbalizamos esa característica negativa del estereotipo de los otros, implícitamente estamos reforzando las bondades que corresponden a nuestro grupo, al que pertenecemos. Si decimos que ellos son sucios, estamos dando a entender a la vez que nosotros somos limpios.

E) Los estereotipos son acrílicos, es decir los asumimos sin crítica. Los hemos interiorizado en la infancia en el proceso de enculturación, y están tan extendidos en la sociedad que no los cuestionamos: son así. Se nos imponen con la fuerza y la evidencia de las “cosas naturales”, las que no se ponen en duda, por ello es tan difícil cuestionarlos, porque constituyen parte de nuestra realidad. Un consejo: no nos dejemos llevar intelectualmente por la rutina.

F) Los estereotipos nos conducen a tener prejuicios, esto es a dar por hecho que las personas de un determinado colectivo van a actuar de acuerdo al estereotipo que le corresponde según su grupo de pertenencia. Cuando se produce un comportamiento censurable de un individuo que pertenece a otro grupo social o étnico distinto del propio y que se adapta al estereotipo sirve para reforzar y justificar el estereotipo y generalizarlo, atribuyéndolo a todo el colectivo. Al contrario, un comportamiento censurable de un individuo que pertenece a nuestro grupo cultural lo consideramos “un caso aislado” y se disculpa. Por otro lado, si vemos que alguna persona del grupo estigmatizado que no se ajusta al estereotipo, seguimos reforzando el estereotipo y pensamos que éste es la excepción. “Si, M. es de fiar aunque sea...”

PROBLEMAS DE FUNCIONAR CON ESTEREOTIPOS

1. Los estereotipos intervienen no sólo en la percepción de la realidad, tiñen la percepción, además en la construcción de la realidad. Por eso son tan peligrosos.
2. Los estereotipos pretendemos que sirvan para explicar todo, pero no sirven para explicar nada, sólo sirven para confundir. Dice W. Lippman que los estereotipos actúan como cortocircuitos para nuestros razonamientos, pues impiden que éstos lleguen a la inteligencia.
3. Utilizar estereotipos nos lleva a errores, ya que reducimos a un monismo, a un absoluto la pluralidad y complejidad de la realidad. Nos ayudan, eso sí, a no tener que asumir la complejidad de la vida.
4. Los estereotipos y el desconocimiento llevan a la desconfianza de los Otros. La consecuencia es que cuando las relaciones entre personas están basadas en la desconfianza cualquier manifestación que no se sabe interpretar se interpretará con carácter negativo, sin que obligatoriamente sea ese su significado. Dice Daniel Goleman que lo que muchas veces terminó como conflicto, había comenzado como un problema de falta de entendimiento, una conclusión precipitada, una suposición gratuita. Y Goffman nos dice

que sentiremos que el individuo estigmatizado es demasiado agresivo o demasiado tímido y, en cualquiera de los dos casos, demasiado propenso a leer en nuestras acciones significados que no intentamos darles.

¿Y POR QUÉ LOS UTILIZAMOS?

Si manejarnos con estereotipos tienen tantos inconvenientes y confunden tanto ¿por qué los utilizamos con frecuencia? Porque son cómodos para no tener que pensar. Nos libran de la incomodidad de tener que pensar. Caro Baroja decía que pensar por cuenta propia es siempre difícil, la ley del mínimo esfuerzo le hace a uno coger lo que ya está dado y utilizarlo sin crearlo ni elaborarlo, dándolo simplemente por bueno. Es una especie de consenso por el que se aceptan ideas morales o aspectos de la vida que muchas veces no están apoyados en una experiencia propia sino en un “se dice” o en una afirmación dogmática que se ha oído.

OS INVITO A:

1. Revisar nuestros propios estereotipos, analizar los conceptos asumidos como “verdad” sin cuestionamiento. Ser conscientes de nuestros propios estereotipos y prejuicios, pues difícilmente somos totalmente neutros. Habrá que tener cuidado para no permitir que nuestros propios estereotipos tiñan la visión de los hechos o modulen nuestros comportamientos.
2. Romper con la idea perversa de que personas de culturas diferentes no pueden convivir. No poner énfasis en las diferencias para justificar la imposibilidad de convivencia. Crecer en valores de amistad, solidaridad, amor, no en enemistad, individualismo, odio.
3. Romper los muros mentales propios que nos impiden aprender de las personas de otras culturas. Al contrario, habrá que descubrir lo que de bueno tienen las otras culturas, poner interés en lo que cada grupo puede aportar.
4. Buscar fórmulas de acercamiento, diseñar programas que nos enseñen, mediante la educación (la Educación es la llave del nuevo mundo dijo Bertrand Russell) a conocernos, a valorarnos y a respetarnos mutuamente. Un doble esfuerzo de acercamiento de inmigrantes y nativos, que haya una doble

apertura de ambos. Lo contrario, el encerramiento mutuo, sólo conduce a la ignorancia, los estereotipos, los prejuicios, la xenofobia, el desprecio, el infierno mutuo.

5. Eliminar las excusas de imposibilidad de entendimiento, a veces las excusas no son más que el disfraz educado del racismo.
6. Desarrollar conceptos y prácticas de justicia social y de solidaridad. No se pueden encontrar soluciones individuales a problemas sociales compartidos derivados de las contradicciones del Sistema. Cuando reflexionemos sobre los emigrantes no podemos hacerlo sin enmarcarlo en un contexto de injusticia social. No voy a extenderme aquí sobre el análisis político social del porqué de la emigración. Pero sí quisiera que cada lector pensara y tuviera en cuenta que los emigrantes son las víctimas de un mundo injusto y que, seguramente, la mayoría de los lectores de éste artículo han tenido la suerte, sin otro mérito personal, de haber nacido en el lado “cómodo” del planeta.

BIBLIOGRAFÍA

- ALLPORT W (1971) La naturaleza del prejuicio. Eudeba, Buenos Aires.
- CARO BAROJA J. TEMPRANO E. (1985) Disquisiciones antropológicas. ISTMO, Madrid.
- DÍAZ AGUADO M^aJ. (1998) Educación y desarrollo de la tolerancia. Ministerio de Educación y Ciencia, Madrid.
- GOFFMAN E. (1980) Estigma. La identidad deteriorada. Amorrortu, Buenos Aires.
- GONZÁLEZ J.L. (1995) Psicología Social del prejuicio y del racismo. Ramón Areces, Madrid.
- GOLEMAN D. (1998) Inteligencia emocional. Cairos, Barcelona.
- GOYTISOLO J. NAÏR, S. (2000) El peaje de la vida. Integración o rechazo de la emigración en España. Aguilar, Madrid.
- MAYOR ZARAGOZA F. Prólogo. En BLÁZQUEZ RUIZ F.J. (Dto.) (1995) Diez Palabras claves sobre el racismo y la neofobia. EDU, Estella.
- LIPPMAN W. (2003) La opinión pública. Langre. Madrid.
- RUSSELL B. Prólogo. En EINSTEIN A. (1967) Escritos sobre la paz. Península. Barcelona.

“CUIDADOS POPULARES MEDICALIZADOS, CUIDADOS BIOMÉDICOS POPULARIZADOS. LA INCLUSIÓN DE LAS PARTERAS TRADICIONALES EN EL SISTEMA DE SALUD DEL ORIENTE DE GUATEMALA”

Lorenzo Mariano Juárez
Enfermero. Antropólogo



SUMMARY

Needs for increasing percentages of health care in Guatemala gave way to health decentralization in order to include ancient and traditional midwives to cover and improve health participation in rural areas. Discussion on advantages and inconveniences of this fact are discussed here. There is a criticism on whether figures are real regarding bio-medical cover. The supposed to be community participation in the multi-cultural day-to-day care as is described here, implies not only a more than a simple process of medical education but various different ways of approaching understanding and caring for health problems and even understanding an assuming world in many ways. In many occasions figures stated here on education and consequent medical attention are far from real bio-medical attention patterns which seem to demonstrate such figures are nearer to a type of care where non-specialist and professional, popular and bio-medical attention overlap and mingle.

KEY WORDS: Bio-medical care, popular care, traditional midwives, inter-cultural health, building health education concepts.

RESUMEN

La necesidad de ampliar los porcentajes de cobertura sanitaria en Guatemala ha motivado la descentralización sanitaria y la inclusión de las comadronas tradicionales y un fortalecimiento de la participación comunitaria en las zonas rurales. En el texto se discute sobre las ventajas e inconvenientes de este hecho y se critica la veracidad de las cifras de cobertura biomédica. Este fortalecimiento de la participación comunitaria en una realidad multicultural como la que se describe implica algo más que un simple proceso de formación médica, sino que envuelve aspectos tan singulares como formas diferentes de entender y atender la salud e incluso construir y entender el mundo. La realidad de esta formación y la consiguiente atención médica que se presta dista, en numerosas ocasiones, de los patrones de atención biomédica que parecen reflejar las cifras y se acerca más a un tipo de atención donde lo lego y lo profesional, lo popular y lo biomédico se solapan y confunden.

PALABRAS CLAVES: Cuidados biomédicos, cuidados populares. Parteras tradicionales. Salud intercultural. Construcción cultural de la salud.

A pesar de haber puesto en marcha políticas para alcanzar los objetivos marcados en materia de salud tras los Acuerdos de Paz, los actuales indicadores de salud son deficientes para toda Guatemala. El porcentaje de población que vive en la pobreza o en la extrema pobreza es uno de los mayores de todo el planeta, y las cifras son similares en cuanto a índices de desnutrición o de desigualdad¹. A pesar de incrementar el gasto sanitario en los últimos años, se mantienen unas de las peores cifras de desempeño en el área de salud de toda América Latina. Las cifras empeoran entre los sectores rurales e indígenas y el porcentaje de

población con acceso a la asistencia médica está lejos de lo deseable. A pesar de un crecimiento negativo de PIB por habitante, en los últimos años se han desarrollado programas como el SIAS (Sistema Integral de Atención en Salud), un sistema descentralizado que opera generalmente a través de Ongs o Cooperativas y el Plan Nacional de Salud 200-2004, que prioriza la atención médica primaria y la descentralización con la participación social y comunitaria.

Dentro de este programa se incluyeron en las zonas rurales a las comadronas tradicionales y la figura del promotor o guardián de salud, integrantes de la comunidad de referencia a los que se les capacita en salud bajo las directrices o postulados alopatícos. Se trata de un sistema jerarquizado que otorga presencia y cobertura sanitaria en todas las comunidades rurales, al menos respecto a las cifras. Este texto intenta ofrecer un discurso crítico hacia este modelo y desvelar la opacidad de algunas de esas cifras, mostrando como a pesar de que se habla de un aumento muy significativo de cobertura en salud, ello no significa un aumento significativo de cobertura biomédica.

Como comentaba, el SIAS es un sistema descentralizado en el que la atención primaria de salud en las comunidades es prestada por las comadronas tradicionales y por personas de la comunidad. El área de estudio es la comunidad de Jocotán, en el oriente del país, una zona pobre donde conviven ladinos e indígenas C'hortí. La formación o la capacitación de las comadronas indígenas se realiza mediante una serie de cursos donde se ofrecen los conocimientos específicos que se recogen en un manual y que en teoría consiguen reciclar la atención en salud de estas comadronas. El procedimiento es similar para los guardianes de salud, salvo que éstos son elegidos en cada comunidad por sus propios vecinos. Posteriormente se realizan capacitaciones monográficas sobre diversos temas una o en ocasiones dos veces al mes. Este modelo de atención implica dificultades en la categorización tanto de comadronas como de guardianes de salud. Teóricamente se trata de un fomento de la participación ciudadana, pero estas figuras gozan de un estatus alejado de lo profano o lo lego; a efectos clasificatorios y estadísticos, son parte integrante de pleno derecho de la atención biomédica y en

teoría la primera e indispensable forma de cuidado y atención biomédico. Aunque la práctica y experiencia diaria dista un poco de lo descrito.

Recuerdo una de las capacitaciones mensuales a las comadronas del área. La sesión se había dividido en dos días, para un trato más personalizado, de forma que en cada sesión había cerca de treinta comadronas capacitadas. El tema de la sesión se centraba en el modo de enseñar a las madres la forma correcta de realizar la lactancia. La sesión estaba preparada con un video de apenas 10 minutos de duración en el que se hacía hincapié en los aspectos esenciales de la lactancia materna. A continuación debería seguir una mesa redonda donde se comentara lo que se había visto y las diferencias que encontraban con sus conocimientos o su práctica. A pesar de los ingentes esfuerzos del médico que dirigía la capacitación por realizar un discurso intercultural que se alejase de postulados netamente hegemónicos y absolutos e intentando subrayar que los conocimientos no debieran chocar con lo que ya sabían las comadronas, creo que los resultados de la capacitación fueron nulos: el video se prolongó cerca de la hora, con constantes paradas y repeticiones para explicar el significado de nuevos términos, como areola o mama. Las caras de las comadronas oscilaban entre la indiferencia y el sopor. Al final, la mayoría de ellas se marcharon contentas por los nuevos conocimientos que habían adquirido: ya sabían que significaban palabras como las que he nombrado. No sé si incluirían este nuevo vocabulario en su educación a las madres, pero parece claro que ninguna reparó en la forma adecuada de dar de mamar.

Este hecho puede observarse solo bajo una perspectiva anecdótica o incluso como un evidente fallo de organización de la capacitación intercultural, pero sirve para lo que pretendo argumentar. Evidentemente, la formación biomédica implica conocer un nuevo lenguaje y quizá ello se trate de un hecho imprescindible. Pero el proceso va más allá. Convertir los cuidados profanos en cuidados profesionales implica adentrarse en una nueva forma de ver y concebir el mundo. Como señala Good (2003:145), “aprender el lenguaje de la medicina no consiste en aprender nuevas palabras para denotar el mundo corriente, sino construir un mundo completamente nuevo”. Si este salto es con-



siderable dentro de un mismo grupo cultural, lo es aún más cuando se trata de culturas diferentes. En esta ocasión, lo que se pretende es convertir un cuidador profesional (comadronas dentro de su cultura) en un cuidador profesional con un concepto distinto de la salud.

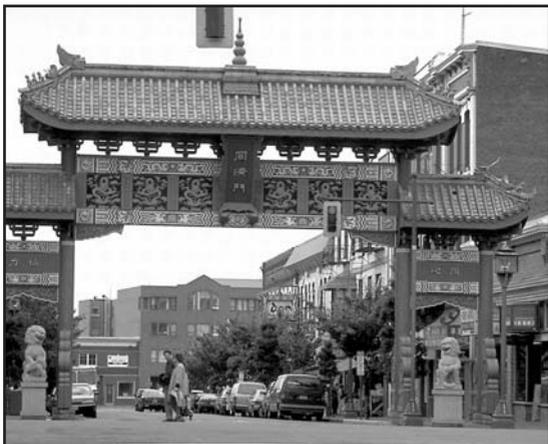
Sin embargo sabemos que la salud es un término culturalmente relativo, en el que el ejercicio diagnóstico se acerca a un proceso cultural que permite construir las enfermedades más que descubrirlas²(Gaines, 1985) y en un contexto donde la enfermedad es definida y tipificada por cada cultura, que la dota de significación social (Salas Iglesias, 2001:26). Los procesos de capacitación en salud a comadronas y guardianes de salud no pueden entenderse como clases de baile en donde cada día se dominan más pasos. Lo aprendido sumerge a los actores sociales en un mundo completamente nuevo; los procedimientos asistenciales y las categorizaciones son fruto de la imbricación de todo lo que se sabía y lo que ahora se aprende. En este proceso, lo popular y lo biomédico se funden en nuevas formas de atención.

A pesar de que las comadronas se identifiquen con un nuevo estatus al verse capacitadas, que porten mochilas con nuevos y médicos instrumentos, lo cierto es que sus prácticas no se ajustan a la atención biomédica; dependiendo de muy diferentes factores, se deciden por las prácticas tradicionales como soplar tabaco o pasar hoja de ruda como se

puedan mostrar proclives a la vacunación o a la anticoncepción. En este sentido las posibilidades son numerosas y los pasos del tango se confunden con los del vals. Pero la forma de entender la salud, de construir la enfermedad y el padecimiento se encuentra sometida a disputas personales entre la tradición y la biomedicina. El resultado es una mezcla de saberes, prácticas y representaciones en las que es difícil discernir entre lo hegemónico y lo subalterno y entre lo profano y lo profesional.

Durante el trabajo de campo en la zona trabajamos con la construcción local del hambre y la desnutrición. De alguna manera, son conceptos que carecen de una relación directa en la ideología C'hortí, de forma que la etiología de la desnutrición opera en una compleja red de significación y comportamientos que se alejan de la carencia de alimentos. A pesar de las intensas capacitaciones en la zona³, la construcción social de la desnutrición se mantiene alejada de la idea biomédica. Aunque esto es perfectamente esperable para la población profana, parece lógico esperar que tanto los guardianes de salud como las comadronas se posicionen dentro de la construcción de la salud y las formas de atendimiento de la atención alopática. Aunque esto no siempre sucede. Dentro de la atención a la desnutrición como padecimiento, especialmente en la edad infantil, una de las primeras divergencias tiene que ver con la categorización de síntomas como desnutrición. En el ideario local el marasmo es identificado como delgadito, sequito, disnutrío. Sin embargo, la imagen del kwashiorkor remite a otra categorización, como lombrices, enfermo sin definir o en ocasiones la categoría alentadito, que aleja la situación de lo patológico. Esto en principio no parece algo inusual, pues de alguna manera puede entenderse que la carencia lleva a estados carenciales distantes de la imagen del Kwashiorkor.

Una recapitulación de las entrevistas en profundidad realizadas arroja cifras muy parejas en la identificación de la imagen del marasmo: 31 de los 37 entrevistados del grupo de cuidados profanos consideró la imagen como desnutrición, frente a los 24 de 28 entre los cuidadores profesionales. Respecto a la imagen del Kwashiorkor, el cuidado lego tiende a identificarlo como un estado patológico (25 de 37) y nadie lo identificó como desnutrido. En el caso de las comadronas y los guardianes de



salud, solo 4 de las 28 entrevistas se decantaron por definirlo como desnutrido, a pesar de que la lámina utilizada en la investigación era la misma que la que se usa en las capacitaciones y que puede verse en muchas de las casas de todas las comunidades.

Sin embargo, este tipo de análisis se encuadran dentro de los problemas interculturales que nacen de la categorización, es decir, de diferentes procesos de designación relativos culturalmente sobre hechos idénticos, ajenos a la cultura, sobre los que existe abundante literatura (por ejemplo Kortmann, 1990, Abad, 1979) y que son “fáciles de imbricar en la “hermenéutica biomédica” (Good, 2003:175). Desde esta perspectiva superficial, el análisis resulta incompleto y los obstáculos a la medicalización de las prácticas de las comadronas y guardianes de salud fácilmente superables. Pero un análisis más profundo muestra la complejidad en la que operan los procesos de construcción cultural de la salud y la dificultad de que el cambio opere en ellos.

Lo cierto es que la identificación del marasmo en el ideario local como disnutrió se aleja de la categoría “desnutrido” biomédico. Se trata de un padecimiento que tiene su particular etiología⁴ en la que la carencia de alimentación no es el eje principal y este trastorno se encuadra en una compleja red de significados, estructuras y relaciones de poder. Es en esta concepción donde más debería notarse los efectos de las capacitaciones, pero las ideas en torno a la etiología de la desnutrición ofrecen una situación similar en los discursos del cuidado lego y las comadronas y los guardianes de salud. En alguna ocasión los discursos de éstos se acercan a los postulados biomédicos, aunque se aprecia una

carencia en la adquisición de ese lenguaje médico, y se trata de causas que de alguna manera son compartidas por los dos sistemas de atención. Así se refería una comadrona a la etiología de la desnutrición infantil:

“Ese está enfermo, digamos, este niño está bien desnutrido, por falta de atención de papá y mamá, si porque la mamá estuvo muy, muy... si porque la mamá hay veces que a los seis meses que tiene... y ya el otro ya está guardao ya en el vientre siempre porque hay mamás que muy luego tiene el niño al año está el otro, ¿por qué?, porque a los seis meses el otro ya está en barriga. Entonces por eso al nacer este niño, siempre el niño que está ya nacido, ya vuelve a quedarse sin amamantar, ya no mama pecho, solo le dan seis mese de leche y después ya le quitan el pecho, entonces ya no le dan, le dan comida, tortilla, tal vez con frijol y tal vez el niño todavía el estómago no... no, no, todavía no muele, no tiene dentadura, digamos el, el corazón, porque tiene una maquinita donde trabaja, y todavía ese no, no mastica bien entonces el niño mejor se enferma. Todavía los pulmones no tienen venas fuertes para mandar esa sangre en los pulmones...”

Pero en la mayoría de ocasiones la distancia es muy grande entre el conocimiento de las comadronas y la práctica biomédica y entre la etiología se mezclan antojos no consentidos, sustos o incluso relaciones sexuales con maridos ebrios. En la mayoría de las ocasiones, los discursos de las comadronas apenas se diferencian del cuidado lego, aunque a veces se hace referencia a que lo que nos cuentan es un discurso aprendido en las capacitaciones:

“se viene como que algo impedido, está tullido... y una parte como dice el decir que una criatura se tulle en vientre de la mamá porque puede ser que algún espanto tiene la mamá, eso es lo que tiene... habemos mucho con eso en decir que si uno le atina un buen espanto, como es fue de espanto junto al fuego, espanto la claridad de San Antonio, así quedan los chiquitos, porque yo también..., yo ya les dicen varios que las criatura vienen impedidos, porque impedimiento no, porque más que el agarramiento que lo agarra onde uno está cocinando, es que como dice el decir, nadie... en San

Antonio servicial, los da de comer y los hace las cosas, los da pero no sabemos como jagan allí por una mujer interesa... ese está también como... vaya como le digo yo que tal vez una enfermedad le tuvo esa criatura, que siempre allí le cayó... también una parte puede ser que es caído junto al fuego, porque ya desde lejos se quedó así quizás” Comadrona

“... enfermito, porque... este que nació así, desde que nació así... por eso muchos están así onde estamos, en Yagualá ... hay un muchachito primerito, mi sobrino, así como ese, ya tiene ocho años.... ¿Usted no sabe por qué será? Porque dicen que bolo, bolo el hombre se... se, sostientan las mujeres bolos, por eso todos chemblejos salen, así dicen, así nos predicán ustedes, onde nosotros vamos nos dicen”. Comadrona

Este paralelismo en los discursos profanos y profesionales sobre la etiología se producen también en la prevención o la terapéutica, aunque existen diferencias significativas por edad, género o comunidad en la que trabajen. Lo profesional entendido bajo lo biomédico se difumina en este tipo de atención médica, que se aleja de los protocolos y conocimientos alopáticos. Las clásicas recomendaciones de Paul (1955:1) para aprender a pensar como los miembros de una comunidad cuando deseamos mejorar su salud no equivale a la “contratación” de comadronas o guardianes de salud y de alguna manera surge un problema similar cuando éstos tienen que aprender a pensar como nosotros.

CONCLUSIONES

A la vista de lo señalado podemos realizar una recapitulación a modo de conclusiones. La primera de ellas tiene que ver con el tipo de atención en salud prestada por los guardianes de salud y las comadronas. A pesar de que las cifras de cobertura han aumentado con la descentralización de los servicios de salud y la inclusión de estos agentes, queda claro que no se trata de una atención que se acoja a los postulados biomédicos. La opacidad de esas cifras no permite desvelar la complejidad de una realidad en la que se entremezclan prácticas tradicionales con formas biomédicas de atención en salud. En segundo lugar, creo que es necesario no

subestimar los problemas de traducción y diálogo intercultural en salud; me opongo a una mitificación de estas realidades, pero es necesario afrontar estos contextos más allá de la problemática de categorización y adentrarnos en una perspectiva relacional y simbólica de construcción del padecimiento. Si reconocemos que la forma diferente de construir modelos de salud y enfermedad va más allá de denominaciones diferentes sino que incluye modos diversos de entender y habitar el mundo somos capaces de vislumbrar las deficiencias de este modelo descentralizado.

Por último, creo que es necesario recordar que “las decisiones sobre la salud están mucho más constreñidas por factores sociales objetivos y macroestructuras de desigualdad, según aducen muchos, que por creencias subjetivas o factores cognitivos” (B. Good, 2003:93). Esto ha dado pie a debates que enfrentan el papel de la creencia y la estructura, como la disponibilidad o el coste de tratamiento (J. Young, 1981). En el texto se ha defendido una crítica a este modelo descentralizado basado en teorizaciones y presupuestos bajo un marco cognitivo-construccionista de la salud. Pero creo necesario defender que este discurso está producido por diferentes estructuras de poder y situaciones de desigualdad de género o etnia. La perspectiva relacional debe incluir un análisis de esas variables estructurales y el papel que juegan en la “producción social de la salud”. Ese análisis debería ofrecer respuestas a los motivos de descentralización del sistema de salud en las zonas rurales de población indígena y la ampliación de cobertura alopática sin aumentar notablemente médicos y enfermeras que vayan más allá de la falta de medios económicos. Las variables cognitivas son un elemento esencial de análisis que puede condicionar la aplicación de un modelo concreto como hemos señalado en el texto, pero no puede obviarse un análisis que entienda “las cuestiones de la salud a la luz de las fuerzas políticas y económicas más amplias que modelan las relaciones interpersonales, forman comportamiento social, generan significados sociales y condicionan la experiencia colectiva” (Singer, 1990:181). Este modelo descentralizado defiende la tesis del mínimo presupuestario, pero es necesario cuestionarse ese modelo y las causas que abocan a él desde una perspectiva global, además de los obstáculos que surgen de la perspectiva cognitiva.

BIBLIOGRAFÍA

- ABAD, B. y Boyce, E. (1979) "Issues in Psychiatric Evaluation of Puerto Ricans: a Sociocultural Perspective". *Journal of Operational Psychiatry*. 10, 28-39.
- ÁLVAREZ ARAGÓN, V. (Comp) (2003); El rostro indígena de la pobreza. Guatemala, Flacso.
- ARRIZABALGA, J., (2000) "Cultura e Historia de de la Enfermedad", en *Medicina y Cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Perdigüero E., Comelles, J.M. (eds). Ed. Bellaterra, Barcelona.
- GOOD, B. J. (2003) "Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica," Ed. Bellaterra, Barcelona.
- GAINES, A. D., y HAHN, R. (1985) "Among the Physicians: Encounter, Exchange and Transformation", En *Physicians of Western Medicine. Anthropological Approaches to Theory and Practice*. Gaines, A. D., Hahn R (Eds.) Dordrecht, Reidel: 3-22.
- KORTMANN, F. (1990) "Psychiatric Case Finding in Ethiopia: Shortcomings of the Self Reporting Questionnaire". *Culture, Medicine and Psychiatry*, 14 :381-391
- Paul, B. D. (1955) *Health, Culture and Community: Case Studies of Public Reactions to Health Programs*, Rusell Sage Foundation, Nueva York
- SALAS IGLESIAS M. J. (2001) "Terapias alternativas". En *Index de Enfermería*, Granada, 35: 25-28.
- SINGER M. (1990) "Reinventing Medical Anthropology: Toward a Critical Realignment", en *social Science and Medicine*, 30. 79-187
- YOUNG, J. (1981) "Medical Choice in a Mexican Village, Rutgers University Press, New Brunswick.

NOTAS

¹ Véanse los informes del LCSHD, del Banco Mundial, La pobreza en Guatemala, informe 24221-GU. La situación es consecuencia de los procesos de exclusión y desigualdades existentes, motivadas por factores culturales, niveles de asistencia sanitaria o grados de formación educativa. Aunque las cifras varían en función de los estudios y las etnias, se acercan al 90 % de indígenas que viven por debajo de la línea de la pobreza. (Álvarez Aragón, 2003). el último informe del Banco Mundial señala a Guatemala como una de las regiones con lo índices de pobreza más altos de la zona y alcanza el primer puesto en índices de desnutrición. Por ejemplo, el índice de Gini para consumo e ingreso es de 48 y 57 respectivamente. A pesar de que la pobreza parece haber disminuido en los últimos años alcanza cifras escandalosas. Los índices de desnutrición también disminuyen, aunque menos que en otras regiones del área; el crecimiento infantil muestra tasas de crecimiento insuficiente cercanas al 50%

² Las aproximaciones constructivistas o socioconstructivistas han acabado por impregnar en mayor o menor medida una gran parte de los estudios históricos y antropológicos sobre la enfermedad. Véase Arrizabalaga, (2000:71-82), para un repaso histórico.

³ Especialmente a partir de la hambruna del 2001, donde la zona acaparó las portadas de los medios de comunicación de todo el mundo ante la alarmante escasez alimentaria y que supuso enormes críticas para la gestión de Gobierno de---l presidente Portillo.

⁴ Aunque merecería un análisis particular, las causas de la desnutrición infantil se agrupan en diversas prácticas en las que la responsabilidad recae en las madres: no les dan de comer a las horas, se quedan embarazadas demasiado pronto, no atendieron algún capricho, despistarse en otros quehaceres y dejar al niño mucho tiempo en el suelo, no evitar que coma tierra, darle alimentos que no le toman sabor o tenerlo sucio entra dentro de la falta de cuidado. La falta de alimentos para ofrecerle al niño rara vez es esgrimido en los discursos.

EL OTRO CUERPO DE LA IDENTIDAD: ANÁLISIS DE MODELOS CULTURALES DE LOS TRASTORNOS DEL CUERPO FEMENINO

Assumpta Rigol Cuadra

*Enfermera. Especialista en Salud Mental; Lic. En Antropología
Profesora titular Escola d'Infermeria. Universitat de Barcelona*



Results: As various categories were observed three large groups were considered according to: perception of identity; social perception of the body; and acceptability of one's own body.

Conclusions: It would be wise to express that female identity patterns suggested as an ideal image and the means to achieve those patterns enters into a real conflict difficult to escape as much for normal women as for those diagnosed of anorexia nervosa.

Key Words: anorexia nervosa, social perception of body, acceptability of one's own body

THE 'OTHER' IDENTITY: ANALYSIS OF CULTURAL PATTERNS IN FEMALE BODY DISORDERS

SUMMARY

The present study focuses in the way a body identity is built up from a social and cultural perspective in anorexia nervosa. Different authors, a feminist perspective of health and anthropological points of view are taken into consideration.

Both concepts – social and cultural - present a wider vision of mental disorders and suggest to approach the problem within the contest of a cultural illness.

Aim: To analyse and compare variables of cultural patterns in our society regarding female identity considering as paramount the 'body' point of view. Being the first consideration that coming from women diagnosed of anorexia.

Methodology: Qualitative research, in-depth interviews and observation were the basic techniques used.

RESUMEN

Justificación: El presente estudio se centra en la construcción de la identidad corporal en la anorexia nerviosa, desde una perspectiva social y cultural y tiene en cuenta las aportaciones de diferentes autores desde la perspectiva feminista de la salud y desde la antropología, dado que ambos planteamientos adoptan una visión mas amplia de los trastornos mentales y proponen comprenderlos en el contexto del malestar en la cultura.

Objetivo: Analizar y comparar las variables que configuran los modelos culturales en nuestra sociedad sobre la identidad femenina, construida sobre todo a partir de la corporalidad y a través de la experiencia de mujeres diagnosticadas de anorexia.

Metodología: Investigación cualitativa. Las técnicas básicas utilizadas han sido las entrevistas en profundidad y la observación participante.

Resultados: Tras el análisis de las entrevistas se evidenciaron diferentes categorías que se han agru-

pado en tres grandes apartados la percepción de la identidad, la percepción social del cuerpo y la aceptabilidad del propio cuerpo.

Conclusión: Podríamos decir que los modelos de identidad femenina que plantea la sociedad respecto a la imagen ideal y a los medios para conseguirlo producen un conflicto del que resulta difícil escapar tanto a las mujeres catalogadas de normales, como aquellas diagnosticadas de anorexia nerviosa.

Palabras Clave: anorexia nerviosa, percepción social del cuerpo, aceptabilidad del propio cuerpo

INTRODUCCIÓN

La observación de que las mujeres enferman en general más que los hombres, utilizan más servicios de salud (Torres, C. 1988) y presentan una mayor prevalencia de enfermedades mentales, como la depresión, la histeria o la anorexia nerviosa, objeto de estudio del presente trabajo, ha dado lugar a distintas explicaciones en función de los marcos de referencia utilizados para el análisis.

Aunque no existen explicaciones concluyentes sobre esta mayor carga de enfermedades relacionadas con los afectos y/o con la percepción del propio cuerpo, desde una perspectiva feminista se han propuesto diversas hipótesis para dar cuenta de estas discrepancias. Desde la psicología feminista se ha interpretado que esta mayor prevalencia de patología mental en las mujeres, no es más que la expresión del propio malestar (Burin, M. 1990) y este malestar se construye tanto desde la normalidad como desde la propia patología. Ya que ¿dónde está la línea divisoria entre normal y patológico? Las mujeres de las sociedades occidentales, tanto aquellas etiquetadas de enfermas como las “normales” sienten el mismo descontento respecto a su forma de estar en el mundo y respecto a su propia identidad, entendida esta sobre todo desde la dimensión corporal.

Desde la perspectiva feminista de la antropología al igual que desde la psicología, se subraya que los ideales vinculados con la feminidad que dominan el imaginario social podrían explicar el porque de esta carga tan importante. Algunos autores pro-

ponen por tanto adoptar una perspectiva antropológica y no naturalista del sufrimiento psíquico, es decir, no categorizar a este como enfermedad, sino intentar comprenderlo en el contexto del “malestar en la cultura” y por tanto entender el sufrimiento femenino como “una situación de subordinación social propia de las mujeres”(Tuber, S. (1991).

En el caso de la anorexia nerviosa, un aspecto a tener en cuenta en el análisis, es que a las mujeres se les imponen unos esfuerzos y obligaciones que en ocasiones van en contra de la propia naturaleza para conseguir aproximarse al ideal estético,”por lo que “bajo la mirada de los demás, las mujeres están condenadas a experimentar constantemente la distancia entre el cuerpo real al que están encadenadas y el cuerpo ideal al que intentan incesantemente acercarse“(Bourdieu, P. 1986) y por tanto están condenadas a sufrir un permanente descontento.

Si observamos los modelos femeninos difundidos a partir de la segunda guerra mundial, vemos que el cuerpo ideal es significativamente más delgado que el correspondiente a la mujer sana promedio, con diferencias que no aparecen respecto a la población masculina. “(...) De hecho es un cuerpo andrógino. Es el que se ha asociado a la belleza y atractivo social”(Toro, J. Artigas, M. 1999).

Estas imágenes cada vez más globalizadas, vehiculizan definiciones culturales de “belleza” y “atractivo físico” sin posibilidad de opciones o de matices. Bajo la creencia generalizada de que “la belleza cuesta”, se propone para las mujeres la obtención de la belleza ideal, del “éxito”, a través de costosos ritos, mientras que para los hombres este se relaciona con la habilidad para poseer a la mujer que lo representa.

La lucha por la consecución de este “ideal”, produce una “asimilación hostil” de la propia imagen corporal y en cierta medida del propio cuerpo, que pasa a ser experimentado como un “envoltorio” inadecuado, como respuesta a la imposibilidad de alcanzar la belleza corporal culturalmente definida. Pero esta vivencia de inadecuación se produce tanto en las mujeres etiquetadas de anoréxicas, como por aquellas consideradas normales, ya que en ambos casos, se observa un rechazo hacia aspectos de su propio cuerpo y el deseo de alcanzar un cuerpo “idealizado”, normativizado por la

sociedad, a través de pautas de conducta similares para conseguirlo, dietas restrictivas, ejercicio, entre otras.

El análisis de la influencia de los medios de comunicación en la producción de anorexia nerviosa, pone de relieve la existencia de una "imagen corporal elástica" (En Hélice, M. Phail 2002) como explicación de cómo estos medios contribuyen a la representación social del "cuerpo ideal" ofreciendo ejemplos de "mujeres atractivas", modelos, actrices, cantantes, que proporcionan un referente con el cual las mujeres establecen comparaciones y configuran un "cuerpo ideal internalizado" al comparar su propia figura con el cuerpo ideal socialmente representado y avalado como modelo a seguir. En diferentes momentos y bajo diversas situaciones de estrés las mujeres pueden comparar sus propios cuerpos con diversos puntos de referencia. El problema surge cuando el "cuerpo ideal" se vuelve cada vez más homogéneo en su delgadez induciendo mayor presión en las mujeres que perciben sus cuerpos comparativamente como "más gordos", "menos atractivos," y "menos sensuales" con relación a las imágenes mediáticas que se ofrecen diariamente.

La rigidez de los cánones estéticos que impone la cultura occidental de la imagen, están ligados al concepto de belleza basado en la delgadez y en la juventud, lo que supone para las mujeres una lucha contra el tiempo y una carrera sin fin para conseguir ser aceptadas socialmente, produciendo problemas de inseguridad y de no aceptación del propio cuerpo, de la propia identidad. "La probabilidad de sentirse incomodo en el cuerpo de uno (...) son tanto mas fuertes en la medida que es mayor la desproporción entre el cuerpo socialmente exigido y la relación práctica con el cuerpo que imponen las miradas y las reacciones de los demás" (Bourdieu, P. 1986). El modelo estético, adquiere características de moral, de ética, ya que lo bueno, lo moral, se asocia a la belleza, belleza entendida desde la delgadez y la juventud, alejarse de ella es estigmatizado y castigado por la sociedad, como por ejemplo la gordura o la vejez.

Podríamos decir que existe un continuo entre las exigencias estéticas interiorizadas por las mujeres "normales" y las jóvenes anoréxicas, quizás la diferencia estriba en que estas, han interiorizado

tan profundamente el patrón estético al que asemejarse, que supeditan su propia existencia al logro de ese modelo que no lograrán alcanzar y llevan sus conductas a las últimas consecuencias, ejerciendo el control sobre su conducta desviada.

El interés por tanto del presente estudio, se ha centrado en la construcción de la anorexia nerviosa, desde una perspectiva social y cultural, dada la importancia de estos factores en la producción y mantenimiento del trastorno. Parte de una perspectiva antropológica, en función de que la atención sobre los síntomas no radica en la realidad psicopatológica, sino en la elaboración cultural de estos, que remite a un mundo de significados (Martínez, H. A. 1998). En consecuencia el objetivo planteado en este trabajo pretende analizar y comparar las variables que configuran los modelos culturales en nuestra sociedad sobre la identidad femenina, construida sobre todo a partir de la corporalidad y a través de la experiencia de las propias mujeres, jóvenes diagnosticadas de anorexia nerviosa, desde el análisis del significado de la identidad, determinado por el entorno social en un momento histórico concreto y a partir de la observación de que aunque los modelos identitarios influyen en todas las mujeres, en el caso de la anorexia refleja un modelo cultural exacerbado.

METODOLOGÍA

El presente trabajo forma parte de otro proyecto más amplio en el que se pretende conocer el riesgo de psicopatología en estudiantes universitarias, y en concreto el de conductas relacionadas con los trastornos alimentarios. Además de este estudio epidemiológico nos interesaba conocer cual era la percepción de jóvenes diagnosticadas de anorexia nerviosa respecto a la identidad femenina desde una aproximación que ampliara la información obtenida, por lo que nos planteamos la utilización de metodología cualitativa como forma de complementar los resultados obtenidos en este proyecto. El estudio se ha centrado en una población de mujeres entre 22, 25 y 30 años diagnosticadas de anorexia nerviosa, residentes en la provincia de Barcelona. El acceso a las informantes se realizó a través del método de "bola de nieve" debido a la dificultad de realizar el trabajo de campo en diversas instituciones.

Para poder analizar las categorías de estudio, se han realizado entrevistas semidirigidas en profundidad, en las que se han contemplado diferentes elementos relacionados con el concepto de identidad.

Al principio, las entrevistas se plantearon de forma completamente abierta y tomaron más adelante un carácter semiestructurado, con la intención de profundizar y completar la información. Hay que destacar que, más allá de las técnicas formalizadas, la conversación ha tenido un papel decisivo en la recogida de la información básica, por lo que la entrevista más formalizada ha sido un complemento de la conversación. Los resultados obtenidos en el estudio se han contrastado con otros trabajos realizados sobre el tema, y están abiertos a otras aportaciones que puedan ampliar o modificar las conclusiones.

Tras la realización de las entrevistas se procedió a la realización de un vaciado literal, a la organización del material recogido y su sistematización. Posteriormente se hizo una lectura de todo el texto señalando aquellos apartados más significativos para la investigación y a continuación se procedió a la clasificación por categorías. Las afirmaciones relevantes fueron agrupadas de acuerdo a estas categorías, a partir de las cuales se procedió al análisis e interpretación de las afirmaciones dentro de cada categoría.

La comprensión del término percepción en relación con la identidad y el cuerpo, se estructuró a partir de posiciones orientadas por la fenomenología (Merleau-Ponty, M. 1962), donde el mundo es visto más que en su modo originario, como una apropiación desde la óptica de los actores que lo definen en una situación y un tiempo dado. En este sentido la percepción de la identidad y de la corporalidad, es un saber que evoluciona con bastante rapidez, lo cual es evidente si observamos los modelos sociales de distintas épocas hasta la actualidad y sobre todo desde la generación anterior a las de las entrevistadas. Saber relacionado de manera importante con la ideología y con la sociedad del riesgo.

Tras el análisis de las entrevistas, identificamos una serie de respuestas que hemos agrupado para la valoración en tres categorías: la percepción de la identidad, la percepción social del cuerpo y la

aceptabilidad del propio cuerpo, que explicarían como se construye la identidad corporal en las mujeres entrevistadas y por tanto, a pesar de ser una muestra poco representativa, supondría la tendencia en la sociedad actual.

1) La percepción de la identidad a través de las entrevistas, las informantes plantean el concepto de identidad de la mujer asociado a la corporalidad. El cuerpo se convierte en su proyecto identitario y es el eje que atraviesa todos los aspectos de su vida, las relaciones con ellas mismas y con los demás.

Es a través del cuerpo que pueden sentirse seguras o inseguras, tener éxito o no. Es el punto central de referencia que las ubica en el mundo y que les sirve de medida de todas las cosas. Todas las categorías que aparecen están vinculadas a esta noción de cuerpo (los estudios, el trabajo). Un cuerpo que objetivan sobre todo como joven y bello. Entendido como sinónimo, la delgadez y la altura, a semejanza con los modelos ideales propuestos por la sociedad.

La percepción que tienen las jóvenes entrevistadas respecto al cuerpo pone de manifiesto que las representaciones son en parte producidas por los medios de comunicación, y en concreto por la publicidad. Ejemplo de ello son las definiciones que aportan las entrevistadas respecto a los valores que tiene la mujer en relación al aspecto corporal: “una mujer atractiva reúne requisitos de alta, delgada, proporcionada”, “la mujer prácticamente esquelética, más fina, cuanto más mejor, (...) cuanto más seca, mejor le queda la ropa”.

Pero la propuesta no se queda tan solo en la delgadez, precisa de cuerpos en los que ciertas formas femeninas, como el pecho, están valoradas, mientras que otras, como la barriga, son rechazadas. Tal como ellas lo ven, se convierte en una paradoja: “a las chicas se le pide algo muy difícil, que tengan pecho, que tengan culo, que sean delgadas, lo que es muy difícil es que sean delgadas, antes eran más llenitas, más pálidas, ahora es muy difícil, te has de cuidar muchísimo, es muy difícil”.

Plantean por tanto, que una de las características principales asociadas a la feminidad en nuestra sociedad, es la belleza, belleza que comporta unos atributos difíciles de alcanzar, joven, alta delgada,



por lo que parece lógico que la apariencia física y el peso, ocupen un lugar central en la vida de las jóvenes anoréxica y en las mujeres en general, tal como señala una de las entrevistadas al respecto: “Esto de las modelos afecta mucho, creo que el 60% de las mujeres tienen un TAE (DSM IV 1995), tu ahora haces una encuesta y el 60% tienen TAE, hacen dieta continuamente, no comen, tienen episodios bulímicos, yo creo que es un 80% si escuchas las conversaciones”

Son conscientes de que los modelos que propugna la moda tienden a la anorexia. Pero les resulta imposible escapar de su influencia, tal como explica una de las entrevistadas al hablar de las tallas, considerando “normal”, la talla 36: “en algún programa, una exageración, no se si eran anoréxicas, pero no me gusta (...) reconozco que una cosa es una talla 36 y otra una talla 32”.

A través de las entrevistas uno de los elementos a los que dan más importancia y que asocian con la representación de las mujeres jóvenes en nuestra sociedad, es el éxito y para ello un requisito importante además de la belleza, es el tener un buen nivel de estudios y el ser muy buenas, las mejores: “quería hacerlo lo mejor, tener unas notas perfectas. (...) Tenía que ser muy buena en el “cole”, sacar muy buenas notas, (...) has de saber mucho (...)”.

Pero las buenas calificaciones y los títulos tampoco les aportan seguridad, puesto que necesitan obtener más logros para triunfar. Todas las entrevistadas coinciden en que el trabajo es el proyecto más importante de su vida, pero este es connotado como algo costoso, que requiere un sacrificio importante: A nivel laboral, que estén dispuestas a dar más del 75% de tu tiempo, si tienes currículum,

eres “currante” y eres competente te buscan” y han de dejar de lado otros proyectos como la maternidad. “Ahora es una constante el tema del “curro” y el tema de la maternidad es un “handicap” precisa de una planificación tremenda”, “dificulta tener familia, si quieres tener hijos es más difícil encontrar un trabajo, me despedirían (...), Creo que si queda relegado a un segundo plano”.

Las tres informantes consideran en cambio, que la identidad masculina no pasa exclusivamente por lo corporal, sino que está relacionada con el éxito social y profesional: “la proyección del hombre ideal es joven, pero se le permite más margen, buen trabajo, buen sueldo, más vinculado con el éxito laboral y social”. Los rasgos que definen la identidad del varón, los relacionan con atributos de fuerza, agresividad, lo que respondería a los arquetipos predominantes: “agresivo, dureza, para representar un hombre atractivo, la cara marcada, musculoso”.

La exigencia para ellas es mayor y contradictoria, y a pesar de sus esfuerzos, de sus capacidades, pueden ser excluidas por el hecho de ser mujer. “A veces las mujeres es un palo, por que dicen ahora usted se quedará embarazada y en cambio a ellos no se lo preguntan”. Por lo que para poder reconocer su identidad necesitan alejarse del modelo femenino, androgenizarse, negando una parte de su naturaleza. Muestran también a través de su preocupación por el trabajo el orden social establecido (Beck, U. 2001). Este valor otorgado por la sociedad a la formación y a la profesión mayor que el concedido a la maternidad y al matrimonio.

2) Otra de las categorías analizadas es la percepción social del cuerpo. La percepción que tienen del modelo de mujer que los hombres desean está asociado igualmente al éxito y por tanto coincide con el ideal de belleza preconizado por los medios de comunicación: altas, delgadas, inteligentes, con carrera, “perfectas”. “Esperan una mujer que esté licenciada, que sea guapa, que tenga recursos, que sea espabilada, que sea guapa”.

La percepción que tienen de lo que pide la sociedad a las mujeres para que sean aceptadas, está relacionado por una parte, a la configuración del orden social en el que se asientan los modelos valorados, pero también con la propia percepción

devaluada. Lo que creen que buscan los hombres en las mujeres parece que es su propia visión distorsionada. Y un ideal casi imposible de alcanzar: “A los hombres les gustan las modelos, exigen mucho físicamente, tienen un ideal que se han montado muy poco terrestre, tienen miedo al compromiso, buscan a Sidny Crawford, con un buen master, además que sea la mujer perfecta, tener hijos, por eso pasan tanto de casarse, no se arraigan con una mujer, esperan encontrarla, van pululando con el síndrome de Peter Pan, jugando y terminan a los 35 años con una”.

Esta percepción respecto a las demandas del medio pone en evidencia la importancia que tiene para ellas la opinión de los demás y la influencia en su propia evaluación y autoestima. Esta demanda pasa por el cuerpo, un cuerpo que solo es capaz de reconocerse a través de la mirada de los otros, por esto en sus respuestas dan mucha importancia a como las ven los demás o como ellas piensan que pueden verlas. La búsqueda de un cuerpo joven, bello, delgado hace que aparezcan sentimientos de vulnerabilidad, al ser juzgadas desde fuera y no desde su interior, ya que es solo a través de su cuerpo que son capaces de vivirse.

La percepción de lo que la sociedad demanda de ellas, pone en evidencia su fragilidad, la falta de seguridad en ellas mismas a partir del modelo inalcanzable que se plantean. Saben lo que quieren, pero saben también que no es posible alcanzarlo. La presión que experimentan es tan elevada, que les crea sentimientos de indefensión y de exclusión. El cuerpo es el punto de referencia a partir del cual se sitúan en el mundo, es a través de el que ponen en juego la relación con los demás, y por tanto a través de el que modifican la experiencia: “no eres suficiente buena para que te quieran y al final quieres ser tan buena, que “petas”: empecé a perder peso, después ya es un ciclo, a partir de una depresión, estaba obsesionada por perder peso”.

Parten de la base de que solo serán queridas, aceptadas plenamente y sin reservas, cuando hayan logrado responder a las expectativas de los otros, adaptarse a unas normas que trascienden la individualidad y que pasan por el modelo estético. El cuerpo se convierte en el símbolo de ser persona, y se pierde por tanto la condición de ser sujeto. Por eso, para acercarse a aquello que se espera de ellas,

lo hacen a través del cuerpo, a través de la búsqueda de una silueta perfecta, que implica en si misma la imposibilidad de conseguirla. Es una demanda que es percibida tanto desde la publicidad como desde la propia familia. Aunque consideran que no es la publicidad el único factor determinante

Las jóvenes responden a la importancia que tiene la mirada del otro para sentirse aceptadas y configurar su identidad convirtiendo la percepción de ellas mismas a partir de la percepción de los demás “el cuerpo –para-otro incesantemente expuesto a la objetividad operada por la mirada y el discurso de los otros” (Bordieu, P. 2000).

La forma y características del cuerpo se constituye desde el reconocimiento que los otros hacen de el, por lo que el interés positivo o negativo sobre algunos aspectos del cuerpo modifica la imagen corporal, acentuando lo que se siente como aceptado o rechazado, un cuerpo que es a la vez negado e hipervalorizado. Cuando en un orden social se incrementan las condiciones para la carencia y se instala la amenaza para la exclusión tiende a darse un impacto en lo subjetivo que se expresa en la pérdida de autoestima, la cosificación de si. “La preocupación por el peso crea un derrumbamiento de la autoestima y de la eficacia” (Pampliega, A. 2001). Odiar la forma del cuerpo es odiar su identidad.

3) Esto nos lleva a otra de las categorías analizadas: La aceptabilidad del propio cuerpo. El interés que muestran por algunas partes de su cuerpo, el rechazo, o la falta de aceptación modifica la percepción de su imagen corporal. “Cambiaría la barriga, no tener michelines, esto me lo cuidaría un poco mas, adelgazarme un poquito pero sin exageración”, “no me gusta de mi el culo, ni las piernas”.

Se avergüenzan de su corporalidad, tal como explica alguna de ellas, el “miedo” a las críticas de su pareja o los sentimientos de devaluación cuando se ven “gordas: “a los hombres les interesa más el aspecto físico, pero no se dan cuenta y te pueden hacer daño, a una mujer no le gusta que le digan que tiene el culo gordo”

La vergüenza de ser observadas cuando el cuerpo no es vivido como subjetividad: el cuerpo distanciado de ellas es objetivado, reducido a la dimensión anatómica. “me importa la opinión de

los demás más de lo que a mi me gustaría (...) quizás esta historia que te decía de gustar”. La mirada en el espejo, les devuelve una imagen distorsionada, son las “más gordas”, las más “feas” y por tanto no pueden ser deseadas. La identidad es para ellas el cuerpo. Un cuerpo desde el punto de vista de las prácticas simbólicas, que busca realizarse en la delgadez, extrapolando los límites.

Por tanto, cuando hablan de la acción sobre su propio cuerpo, la responsabilidad, el perfeccionismo y la disciplina están implícitas en sus conductas y la ejercen para intentar modelarlos. Aunque hablen poco de las dietas, es un elemento presente en todas, y como expresa una de ellas la única dieta que funciona es la hipocalórica. Niegan la alimentación, por que alimentarse es cambiar, reconocerse a través de distintos significados, de distintas formas corporales, en función del paso de la juventud a la vejez. A través de sus prácticas, de las acciones que realizan evitan adquirir un cuerpo de mujer adulta y proyectan su miedo a vivir, a crecer.

La mayoría de las informantes hacen referencia a un sentimiento de baja autoestima, de inseguridad al no poder conseguir aquello que deseaban, lo cual nos hace pensar que la patología evidencia la contradicciones que genera la sociedad, por un lado la llamada que hace a los individuos, a partir del supuesto de la igualdad de oportunidades, a participar y buscar un sitio en la sociedad, aquel que se propone en función de su esfuerzo y su elección, y por otro la exclusión que provoca no poder alcanzarlos. A pesar de que el trabajo, los estudios se conformen en unas categorías identitarias, el cuerpo sigue siendo el eje central de esta configuración, el fracaso se proyecta en el cuerpo, en mas dietas, en mas ejercicio, en una menor aceptación y recíprocamente la miradas a ese cuerpo objeto, las devalúa igualmente, les crea mas inseguridad, menor autoestima y les dificulta la adquisición del logro social: del trabajo, del triunfo.

Como dice Bordieu, las probabilidades de sentirse incomodo con el propio cuerpo, son tanto mas fuertes cuanto mayor es la desproporción ente el cuerpo socialmente exigido y la relación práctica con el cuerpo que imponen las miradas y las relaciones de los demás (Bordieu 2000). Tiene el efecto de colocarlas en un estado permanente de inseguridad corporal o de dependencia simbólica, tal

como dice una de las entrevistadas varias veces a lo largo de la entrevista: “Físicamente no entraría porque es una tema que no lo tengo superado, no me atrevo, no estoy segura”, estoy muy pendiente de cómo me caen los pantalones, como tengo el culo de grande, el día que no me veo guapa la autoestima muy baja”

La necesidad de ser muy buenas, esta ansia de perfeccionismo, se asocia con parte del problema de la Anorexia Nerviosa. Las jóvenes con este trastorno, cuando dicen estar gordas, también están diciendo no soy lo suficientemente buena para ser aceptada, no soy suficientemente agradable, bella, competente. Esto aparece a lo largo de todas las entrevistas en relación con el aspecto físico, con la actividad laboral o con los estudios. El nivel de autoexigencia para poder ser aceptada supone una merma importante a su autoestima, una responsabilidad que recae sobre ellas mismas y que las hace sufrir: “Te exiges mucho y padeces” “yo tengo un defecto que soy muy perfeccionista y muy autoexigente”

CONSIDERACIONES FINALES

Podríamos afirmar que las tres informantes a través de sus comentarios, buscan significados e identidades que las definan como persona, pero ello pasa por el reconocimiento ajeno. A través del reconocimiento del cuerpo que les permita confirmar su identidad, vienen a decirnos que son en la medida que los demás creen que son, precisan de la confirmación de los otros, para ello actúan sobre su cuerpo: la alimentación, el ejercicio, las dietas. Mitifican el cuerpo como un símbolo que se convierte en el ser persona, con la perdida que conlleva de ser sujetos y por ello exageran el modelo, llevándolo a tal extremo que lo sobrepasan.

El cuerpo idealizado se transforma en objeto, la búsqueda del cuerpo ideal, del trabajo ideal. Podríamos también deducir que la modernidad propone “sustituir una identidad abierta, confusa variable, como es la personal, por una identidad cerrada, unitaria y constante como es la colectiva” (Gil Calvo 2001), por lo que la identidad interna, personal se diluye. El cuerpo visto para los demás se convierte en las anoréxicas en “el otro”, por eso anteponen la talla deseada de cuerpo a su supervivencia.

Con sus prácticas, propugnan la idea de vivir en el presente, un presente asociado al cuidado, a la protección y reciclaje de la eterna juventud, convirtiendo al cuerpo en objeto de culto, a través de la dominación de un cuerpo que nunca se muestra como exigen los ideales impuestos. La vida a pesar de tantos proyectos pasa por su cuerpo, un cuerpo indócil alrededor del cual giran todas sus obsesiones, todos los ritos y toda la frustración que produce el que en este intento de acercamiento al modelo consigan alejarse más de él. El cuerpo deja de ser una herramienta para convertirse en fin.

Podríamos pues decir, que existe un continuo entre las exigencias estéticas interiorizadas por las mujeres “normales” y las jóvenes anoréxicas, quizás la diferencia estriba en que estas han interiorizado tan profundamente el patrón estético al que asemejarse, que supeditan su propia existencia al logro de un modelo que no lograrán alcanzar y llevan sus conductas a las últimas consecuencias. Las mujeres en la adolescencia, y cada vez en edades más avanzadas, en la sociedad actual construyen su identidad sobre un patrón que exagera la delgadez como representación de la juventud, la belleza y el éxito. Esto requiere una construcción sobre la propia corporalidad que es la base de conductas que llegadas al límite sobrepasan el modelo a imitar y producen inseguridad y baja autoestima.

BIBLIOGRAFÍA

- Beck, U. (2001) La sociedad del riesgo global. México. S. XXI
- Bourdieu, P. (1986) Notas provisionales sobre la percepción social del cuerpo. En: F. Álvarez-Uría y J. Varela, comp. Materiales de Sociología crítica.. Madrid: La Piqueta.
- Bourdieu, P. (2000) La dominación masculina. Barcelona. Anagrama.
- Burin, M.; Moncarz, E.; Velásquez, S. (1990) El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada. Buenos Aires. Paidós.
- En Hélice, M. Phail. (2002) Cuerpo y cultura. Revista electrónica en América Latina. Febrero-Marzo <<http://www.razón.palabra.org.mx>>. (Consulta 9. 2003)
- Gil Calvo, (2001) E. Nacidos para cambiar. Madrid. Taurus.
- Martínez, H. A. (1998) Antropología versus psiquiatría: el síntoma y sus interpretaciones. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría. Vol. XVIII, nº 68, pp.645-659
- Merleau-Ponty, M. (1962) Phenomenology of perception. Londres. Routledge
- Pampliega, A. (2001) Las relaciones entre el proceso social y la subjetividad hoy. Psicología social. Universidad de Educación a distancia. Madrid. http://www.epial_dialéctica.com.ar. (Consulta 8.12.2003)
- TAE: “Trastorno de la alimentación no especificado”. DSM IV (Manual Diagnóstico y estadístico de las Enfermedades mentales) APA (asociación Norteamericana de Psiquiatría. Barcelona. Masson. 1995
- Toro, J; Artigas, M. (1999) El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad. Barcelona, Ariel.
- Torres, C. (1988) La otra mirada de la salud mental. Seminario internacional sobre el malestar psíquico de las mujeres. Italia.
- Tuber, S. (1991) Morbilidad mental diferencial. En: Valls, C Llobet, E, Mendez. Mujer y calidad de vida. Barcelona. pp. 118-129.

Esta autora cuestiona los criterios establecidos para diferenciar la salud y la enfermedad. Considera que estos supuestos no son más que una construcción ideológica y propone por tanto “una escucha diferente para el padecimiento psíquico de las mujeres” puesto que al no definirlo como enfermedad no se buscará resolverlo “con más medicalización, más psiquiatrización o más psicologización”.

SIGNIFICADO DEL CUIDADO DE ENFERMERIA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES DE UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA DE TERCER NIVEL EN SANTAFE DE BOGOTÁ, COLOMBIA

Rosita Daza de Caballero* Luz Stella Medina**

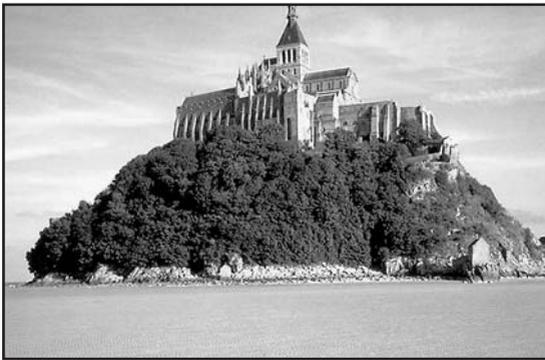
*R.N. Enfermera Pediatra. UNAM.

Magíster en Dirección Universitaria. U. Andes

Magíster en Filosofía. Pontificia Universidad Javeriana.

**R. N. Magíster en Psicología Comunitaria. Pontificia Universidad Javeriana.

Directora De Departamento Enfermería Clínica
Bogotá, Colombia



oriented towards the seek for well-being and another one towards problem solution. Care is based on the nursing process.

Key words: Meaning, Nursing care, Nursing professional, Third level Institution, Phenomenological method.

RESUMEN

Este trabajo tuvo como objetivo describir e interpretar el significado sobre el cuidado de Enfermería, que tienen los profesionales de una institución de tercer nivel de atención. Se utilizó un método cualitativo de tipo fenomenológico, con una unidad de análisis de 75 profesionales, quienes participaron voluntariamente. De los referentes conceptuales se dedujeron las categorías deductivas ¿Qué es Enfermería? ¿Qué es cuidado de Enfermería? ¿Y cómo se aborda el cuidado?.

Conclusiones: Los profesionales asumen la enfermería, como profesión la cual exige una formación basada en conocimientos y habilidades técnico – científicas. No se encuentra un concepto único de cuidado. Una tendencia esta orientada hacia la búsqueda de bienestar y otra hacía la resolución de problemas. El cuidado se centra en el proceso de enfermería.

Palabra clave: Significado, cuidado de Enfermería, profesionales de Enfermería, Institución de tercer nivel, Método fenomenológico.

A VIEW ABOUT THE CARE MEANING IN NURSING FROM PROFESSIONALS WORKING AT A THIRD LEVEL HOSPITAL INSTITUTION IN BOGOTA COLOMBIA

SUMMARY

The main objective in this study was to describe and interpret the meaning of nursing care for professionals at a third level hospital in the city of Bogotá, Colombia. A phenomenological type qualitative method was implemented, with an analysis unit involving 75 professionals who participated voluntarily. From the conceptual referents deductive categories were deduced: What is nursing? What is nursing care? How is care approached?

Conclusion: Professionals perceive nursing as a profession that demands training based on technical-scientific abilities and knowledge. There is not only one concept of care. One tendency is

INTRODUCCIÓN:

La preocupación por el cuidado como objeto de estudio de la profesión de enfermería ha estado presente en los debates entre las diversas comunidades académicas, siendo objeto de reflexión en los encuentros, coloquios y publicaciones en la época actual. Es así como las diversas aproximaciones existentes relacionadas con el cuidado como objeto de estudio de la profesión, han aportado elementos que han enriquecido el concepto teórico, las dimensiones, la implementación en la práctica profesional, las dificultades y limitaciones que se encuentran para su desarrollo, a la vez que han abierto nuevos caminos para seguir explorando y profundizando en sí el cuidado es único o no para la enfermería, sí varía de un paciente a otro, de que manera afecta tanto al paciente como a la enfermera, como aproximar las expectativas de los pacientes con los de los profesionales para lograr prácticas participativas de cuidado, y de que manera se puede propiciar prácticas de cuidado que armonicen la dimensión relacional con la dimensión técnico científica.

Los diversos estudios indican que la aproximación del cuidado se ha enfocado desde diversas corrientes teóricas entre las cuales se puede señalar los aspectos analizados por Morse, Col y colaboradores en el año de 1990, el cual ofrece 35 definiciones del concepto de cuidado, entre las cuales se encuentran cinco líneas de significado básicas: Cuidado como rasgo humano, Cuidado como imperativo moral, Cuidado como interacción personal, Cuidado como afecto, Cuidado como intervención terapéutica.

Este estudio señala la necesidad de seguir precisando teóricamente el concepto, enriqueciéndolo con nuevos elementos que puedan hacerlo más comprensivo y que faciliten de esta manera su apropiación e implementación tanto en la práctica profesional, como en la investigación y en la formación (Morse J. 1994).

Otros estudios realizados por Forrest en 1989, Ford 1990, Chepman en 1991, resaltan la importancia de estudiar los significados que tiene para los pacientes la relaciones terapéuticas, la cooperación, la participación en el proceso de cuidar, colocando como relevante la perspectiva de los pacientes (Forrest D 1989).

Desde la experiencia como docentes se ha encontrado que durante la formación se hace énfasis tanto en la dimensión técnico-científica, considerada como el conjunto de fundamentos instrumentales y científicos necesarios para la atención directa a las personas, como en la dimensión relacional referida a la interacción entre enfermera y la persona como centro de la atención. Sin embargo, al explorar la realidad de la práctica profesional cotidiana se ha percibido que la dimensión técnico-científica se magnifica en detrimento de la relacional que queda relegada a un segundo plano por diversos factores de índole administrativos y burocráticos que necesitan ser estudiados.

Con base en la situación descrita, se ha querido explorar el significado que tiene el cuidado para los profesionales de enfermería. Se les ha preguntado a los profesionales que entienden por cuidado y la forma como lo abordan en la práctica profesional; las preguntas e instrumentos se dirigieron, no a la observación de la práctica, sino a la recolección e interpretación de significados. Puede que éstos se aproximen en mayor o menor medida a las prácticas reales de interacción con el paciente, pero la aspiración de la investigación no ha sido la de determinar en qué grado es o no así, sino, suponiendo que lo que se define ha de tener cierta coherencia con lo que se hace cotidianamente, deducir, a manera hipotética, que la práctica es fiel al discurso. Esto, sin embargo, habría que corroborarlo posteriormente.

Hay múltiples actores sociales que giran en torno al cuidado: familiares, pacientes, personal de salud. Y cada uno de ellos podría enriquecer el concepto con sus propias significaciones. Esta primera etapa, se centró en la persona que brinda el cuidado, la enfermera profesional, con el fin de identificar e interpretar los significados que construye. Esto podría conducir posteriormente a proponer un modelo pedagógico y docente-asistencial que permita una vinculación más real entre la dimensión técnico científica y la relacional.

JUSTIFICACIÓN

Si la enfermería como disciplina profesional ha proclamado el CUIDADO como objeto de estudio se hace necesario que desde el punto de vista epistemológico, jurídico, y ético se pueda hacer una

sustentación de la importancia que reviste este concepto para los profesionales y para las personas que reciben el cuidado con el fin de poder lograr una aproximación integral que conforme un cuerpo teórico fundamental para la disciplina profesional que sea aplicable en el desempeño cotidiano.

El desarrollo del conocimiento en enfermería ha venido evolucionado desde los primeros inicios de un hacer vocacional centrado en el oficio de tareas y actividades hacia la consolidación de una disciplina profesional, en la que se ha logrado desarrollar una serie de modelos y teorías articulados a la práctica profesional, que constituyen el cuerpo de conocimientos que sustentan el ejercicio profesional y disciplinar. Los procesos de investigación orientados a la validación de modelos y teorías, a la comprensión de los fenómenos relacionados con el quehacer y el saber en enfermería, han permitido el fortalecimiento y descubrimiento de nuevas vías orientadas a la búsqueda y calidad de la atención de enfermería. En esta búsqueda permanente de responder a las necesidades de los pacientes se hace necesario seguir profundizando en nuevas alternativas que permitan una mejor atención y consolidación de estrategias tanto de promoción y prevención como medidas terapéuticas orientadas al bienestar de las personas y a la comprensión de los significados que conllevan los procesos vitales de la vida y la muerte, la salud y la enfermedad.

Desde el punto de vista jurídico la ley 266 de 1996 que reglamenta el ejercicio profesional de Enfermería en Colombia, señala como la profesión de enfermería comparte los mismos intereses del sector salud en cuanto a la preocupación por “dar un cuidado integral de salud a la persona, a la familia, la comunidad y su entorno; ayudar a desarrollar al máximo los potenciales individuales y colectivos, para mantener prácticas de vida saludable que permitan salvaguardar un estado óptimo de salud en todas las etapas de la vida.” (República de Colombia 1996) (3). A pesar de este soporte explícito jurídico de lo que constituye la salud y el cuidado de las personas aún se vislumbran una serie de dificultades de diversos ordenes en la puesta en marcha de las políticas de salud.

Desde el punto de vista ético, el cuidado de enfermería se constituye en un reto permanente

que confronta permanentemente al profesional con la dignidad y el respeto por la persona, por sus derechos y necesidades, lo cual exige la participación activa y responsable en los procesos relacionados con la salud y la enfermedad. La reflexión permanente frente a los constantes avances tecnológicos, su utilidad y beneficios frente a la calidad de vida de las personas se constituyen en aspectos relevantes en la reflexión de los profesionales de la salud.

METODOLOGÍA

Mas que un estudio cualitativo completo, en el que suelen incluirse etapas sistemáticas de recolección, descripción, análisis e interpretación de la información, conformada por percepciones de las personas investigadas, el presente fue un trabajo investigativo que giró en torno a material cualitativo recogido por medio de tres preguntas abiertas realizadas por escrito a un grupo de 75 profesionales de enfermería de una institución hospitalaria de tercer nivel de atención (Castro E, Rodríguez P. 1997) .

El estudio cualitativo tuvo características de tipo fenomenológico, y permitió describir y explorar el significado del cuidado desde la perspectiva de los profesionales. Recordemos que la fenomenología es el estudio de la experiencia vivida, como una manera de intentar comprender un fenómeno desde la perspectiva de las personas que están siendo estudiadas. El método busca descubrir el significado del fenómeno experimentado humanamente por medio del análisis de las descripciones (Munhall P.M.)

Procesamiento de información

Las respuestas obtenidas a partir de las preguntas: **¿Qué es enfermería?**, **¿Qué es cuidado de enfermería?**, **¿Cómo se aborda el cuidado?**. Se agruparon por pregunta, para un total de tres grupos de respuestas las cuales incluían la mención de conceptos, los cuales se fueron extrayendo de manera inductiva, siendo el resultado un conteo de significados compartidos. Por ejemplo, si alguna respuesta decía que “la enfermería es una ciencia aplicada al manejo del paciente durante su recuperación”, entonces se inducían inmediatamente los conceptos “carácter científico”, y “profesión dirigida

da al paciente”; para que cada vez que alguna otra respuesta mencionara el carácter científico de la profesión, o se resaltara que el objetivo de la misma era el paciente, se contabilizara la frecuencia del uso de esa alusión (Lozada García E. et al. 1992).

Una vez estudiados las 30 primeras respuestas (más o menos), ya se tenían inducidos casi todos los conceptos a tener en cuenta y era menos frecuente encontrar nuevos conceptos que de alguna manera no estuvieran ya abstraídos de las anteriores preguntas. No se procedió a identificar cuántas personas dijeron un significado, al estilo de una encuesta; si no cuantas veces toda la muestra generó un concepto. Por lo tanto, el resultado no se dio en términos de porcentajes de personas que dijeron algo respecto a las preguntas sino de tendencias que tuvo el grupo entrevistado a sacar a la luz uno u otro término cuando se le interrogó sobre uno u otro tópico.

Obtenidos los conteos totales se procedió a agruparlos en familias de conceptos. Muchas de estas familias se encontraban en tensión de oposición por lo cual se generaron esquemas de polaridades y se diagramaron con flechas bidireccionales en un plano cartesiano, que bien se encontraron en relación con perpendicularidad recíproca, o bien en relación con angularidad de 45 grados.

Sumando la frecuencia de uso de cada concepto a la frecuencia de uso de otro concepto de la misma familia, se encontró que había polaridades o tendencias a pensar de una u otra forma en el grupo que se tomó como muestra. Esta tendencia da lugar a interpretaciones tentativas que pueden desde ya sugerir resoluciones curriculares futuras para la formación de nuevos profesionales en enfermería.

MUESTRA

Se seleccionaron 75 enfermeras profesionales de una institución hospitalaria de cuarto nivel de atención en Bogotá, (Colombia) quienes quisieron participar voluntariamente en la aplicación de una entrevista con preguntas abiertas. Partiendo de las preguntas: ¿Qué es Enfermería?, ¿Qué es cuidado de enfermería? Y ¿Cómo se aborda el cuidado? A partir de las respuestas obtenidas se construyeron las categorías inductivas, que permitieron realizar la interpretación de los significados.

HALLAZGOS- RESULTADOS:

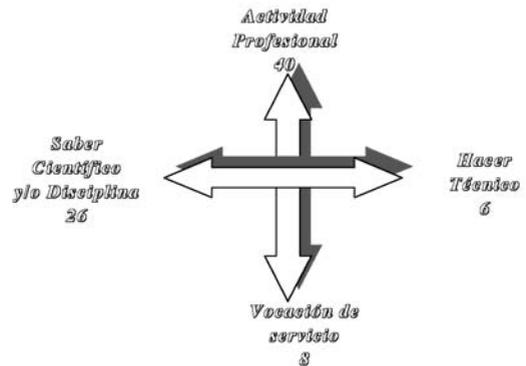
Se generaron 23 conceptos para la pregunta ¿Qué es enfermería?, 40 para ¿Qué es Cuidado?, y 19 para ¿Cómo se aborda el cuidado?

• ¿Qué es enfermería?

A partir de esta pregunta surgieron así dos esquemas de polaridad para el concepto de enfermería, cada uno formado por dos flechas bidireccionales perpendiculares: el primero se constituía de familias de conceptos relacionados con la definición de la profesión; y el segundo de familias de conceptos definitorios que apuntaban al carácter propio de la profesión y de su objeto de estudio.

El primero tenía dos polaridades conceptuales: a) actividad profesional vs. vocación de servicio y arte y b) hacer técnico eficiente vs. saber científico y/o disciplina científica, tal como se puede observar en el gráfico No 1:

Gráfico No. 1
ENFERMERIA: CONCEPTO



- En relación con el concepto de Enfermería, se encontró que la tendencia más fuerte estuvo orientada a definirla como una actividad profesional, lo cual denota un reconocimiento por parte de los profesionales de una actividad que es aceptada socialmente, que tiene un código de ética, un respaldo jurídico y que se fundamenta en una serie de conocimientos científicos y humanísticos que permiten su ejercicio liberal y autónomo acorde con los desarrollos actuales de la sociedad y de la reglamentación de enfermería en Colombia según la ley 266 de 1996 que reconoce la enfermería como una profesión liberal y una

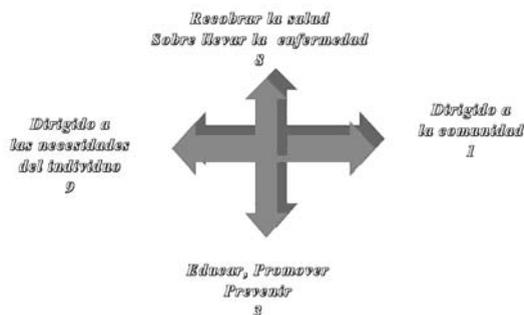
disciplina de carácter social (Daza de C R, et al. 2001).

- Por el contrario, el concepto de vocación ha perdido vigencia, dado que los conceptos han venido transformándose de acuerdo a los desarrollos de las profesiones, entre ellas enfermería. El concepto de vocación ha estado ligado a una actividad altruista en la que no se espera ningún tipo de reconocimiento ni laboral ni profesional, sino el deseo de servir. Pero esta noción ha quedado atrás, en un contexto social que ya no identifica el cuidado de pacientes con acciones de un voluntariado, o de unas instituciones religiosas o de caridad, sino con una actividad profesional reconocida, en la que si bien el deseo de ayuda y de cooperación con el otro son importantes, también el reconocimiento laboral con todas sus implicaciones ha cobrado importancia en el mundo moderno (Ben S. 1994).

- Otra tendencia que se ha venido observando y que ha adquirido mayor fuerza es la de considerar la enfermería como un saber científico y/o disciplinar; lo cual se puede interpretar, por un lado como un reconocimiento a la posibilidad como profesión que tiene la enfermería para ampliar su marco general de producción de conocimientos a través de la investigación y de la validación de la práctica cotidiana y la posibilidad de continuar construyendo un camino de consolidación teórica práctica que permita seguir contribuyendo a la búsqueda de bienestar para las personas y comunidades (Pat R. Parker D. 1994 – Whittemore R. 1999).

- El hacer técnico, si bien se considera como un elemento importante en el desempeño profesional, para poder brindar un servicio eficiente y de alta calidad a las personas, solo no es suficiente para garantizar un trabajo profesional, sino que requiere paralelamente la coexistencia de una dimensión referida al aspecto de interacción y relacional. (Boykin A, Shenhofer 1993 – Watson, J. 1988). (gráfico N° 1)

Gráfico N° 2 ENFERMERIA: CONCEPTO CARÁCTER PROPIO



Otra tendencia relacionada con el concepto de Enfermería, también presentó dos polaridades: a- Recobrar la salud y sobrellevar la enfermedad como finalidad de la profesión vs. educar al paciente potencial, promover la salud y prevenir la enfermedad. b- profesión cuya población objeto es el individuo vs. profesión cuya población objeto es la comunidad.

- En términos de la finalidad y población objeto, se encontró cierta tendencia a reconocer al individuo, como centro de la atención del profesional, aunque se reconoce que la comunidad también juega un papel importante como foco de atención. Podría pensarse que, en el desempeño en el área clínica, ha sido constante que las acciones de los profesionales recaigan directamente sobre el individuo enfermo y que además se busque tanto su pronta recuperación como ayudarlo a sobrellevar su enfermedad. Esta tendencia es acorde con lo planteado en la reglamentación de Enfermería que reconoce como sujetos de la atención la persona, la familia y la comunidad con sus respectivas características socioculturales, sus necesidades y derechos.

- Se empieza a vislumbrar la tendencia a prevenir y promover a partir de la educación como parte de la finalidad de los profesionales de Enfermería, aunque no con la fuerza que teóricamente se ha avalado, quizá por el contexto en que se desempeñan los profesionales que participaron en el estudio en donde las

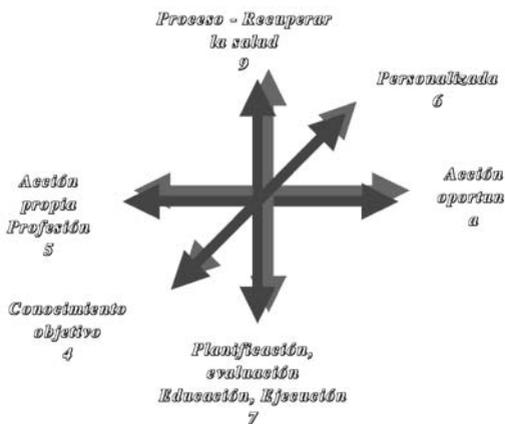
acciones centrales están encaminadas a las actividades de tratamiento y rehabilitación fundamentalmente. (gráfica N° 2)

• ¿Qué es cuidado?

Las familias de conceptos polarizados que se obtuvieron para la pregunta ¿Qué es cuidado?, se agruparon por definiciones y asociaciones.

Como definición fueron: Sinónimo de atención oportuna, Proceso de recuperación de la salud, Educación, planeación y ejecución, Acción propia de la profesión.

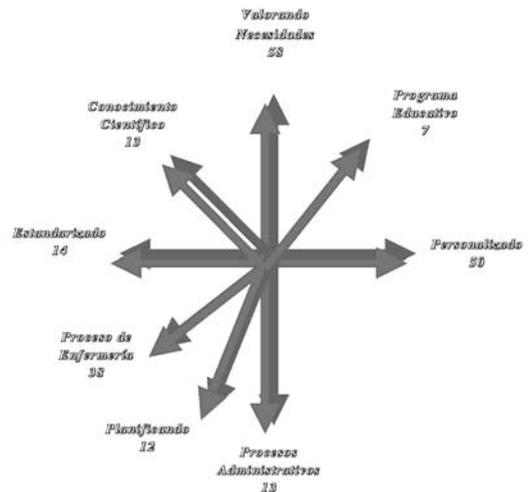
Gráfico: No 3 CUIDADO: DEFINICIÓN



- No se mostraron polarizados o en contraposición los conceptos de conocimiento objetivo, característica personalizada para esta pregunta, por tanto no se diagramaron en forma bidireccional sino de manera unidireccional no perpendicular a los ejes cartesianos.
- El significado de cuidado que tienen los profesionales de enfermería está referido a la sinonimia de atención oportuna, quizá porque su actuar profesional gira alrededor de la atención de individuos enfermos que en la gran mayoría de los casos requieren por sus condiciones de salud, una atención rápida, continua y permanente orientada a resolver problemas particulares que afectan la dimensión personal de las personas que demandan un servicio institucionalizado.
- También es importante destacar el papel que juega el proceso de atención de enfermería,

entendido como diferentes etapas sistemáticas y secuenciales orientadas a la recuperación de la salud y como medio que facilita y permite una mejor aproximación a la persona enferma. Dentro de la formación este componente ha estado presente como herramienta importante para la intervención de enfermería, estaría por validar con la práctica cotidiana, si esta siendo o no implementado y poder evaluar su funcionalidad con las condiciones actuales de la práctica profesional en las instituciones de tercer nivel. (gráfico N° 3).

Gráfico N° 4 ¿CÓMO SE ABORDA EL CUIDADO?



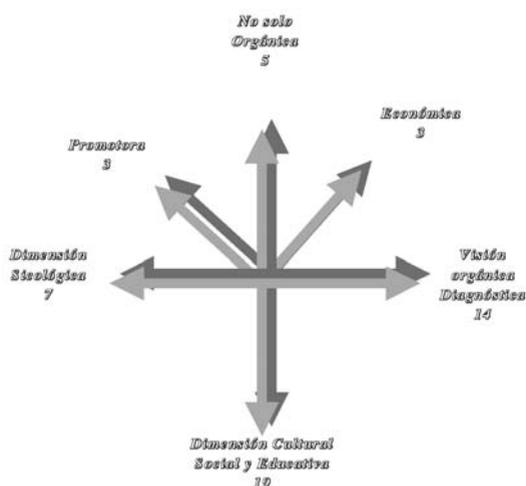
• ¿Cómo se aborda el cuidado?

- Las familias de conceptos polarizados que se descubrieron para la pregunta ¿Cómo se aborda el cuidado? fueron: Valorando necesidades e historia clínica, Personalizadamente como procesos adaptados al caso en contexto integral, Estandarizadamente por medio de actividades científicas, Realizando procesos administrativos.
- Se encontraron tres polaridades bidireccionales y una tendencia unidireccional complementaria como se observa en la gráfica N° 4.
- O se respondía con la inclinación a pensar que el cuidado es una acción personalizada en la que los procesos se adaptan al contexto integral del paciente, o se pensaba que el aborda-

je del cuidado se hace mediante la estandarización como medio que permite unificar criterios de manejo en las situaciones clínicas.

- O se consideraba que al dar cuidado lo principal era valorar necesidades y tener presente las historias clínicas, o que lo básico era realizar procesos administrativos. Esta polaridad llama la atención, ya que mientras unas pensaban en la importancia de la valoración de los pacientes como proceso inicial de identificación de necesidades, lo cual denota cierta tendencia de preocupación por la persona, las otras hacen alusión a todo aquello que tiene que ver con lo burocrático y administrativo, que evidentemente representa una actividad importante en el desempeño de lo clínico de los profesionales de enfermería.
- Por otra parte, algunos consideraban que un programa educativo y la acción de cuidar eran sinónimos, mientras que otros hacían la equivalencia mas bien con la planificación de actividades según un orden de prioridades.
- Adjuntamente, algunos resaltaron que cuidar y tener una base de conocimientos científicos eran temas inseparables; mientras que otros pusieron mayor interés en describir el proceso de enfermería como elemento central del cuidado.

Gráfico N° 5
CUIDADO: ASOCIACION



El cuidado fue asociado con varios aspectos que se destacan en el gráfico y que se relacionan a continuación:

- Se defendía una concepción no solo orgánica diagnóstica, o una concepción mas bien psicológica de la atención.
- Se resaltaba la dimensión preventiva, o la promotora de la salud.
- Se inclinaba a concebir la dimensión cultural y social, educativa y familiar del paciente, o se aludía a una dimensión que no solo era orgánica, sin especificar que más era.

El cuidado se encuentra asociado a las dimensiones psicológicas, cultural, social y espiritual y no solo a la dimensión biológica, aspecto que recupera la integralidad del individuo y que denota interés por aspectos importantes y diferente a lo exclusivamente biológico que permite una comprensión amplia tanto de la persona como de los procesos morbosos a la cual se encuentra sometida.

Algunos mencionaban el componente económico y la situación financiera del paciente como otro aspecto a considerar en cuidar. (Gráfica N° 5).

CONCLUSIONES:

En relación con el concepto qué es Enfermería, se puede concluir que la tendencia orientada a definirla como profesión, se fundamenta en las características que se han considerado como propias, tales como:

- Tratar con seres humanos en estados especiales de vulnerabilidad, en los cuales las personas necesitan la ayuda de otros.
- Las necesidades que maneja un profesional son de tipo personal
- El paciente debe confiar en los conocimientos del profesional al que acude y tener seguridad que los usara en su beneficio.

Para cumplir con estos requerimientos el profesional debe: poseer un conjunto de conocimientos avanzados que le permitan ejecutar un oficio correctamente; lo que significa que los profesionales requieren de un saber teórico, para orientar la práctica del cuidado de los individuos.

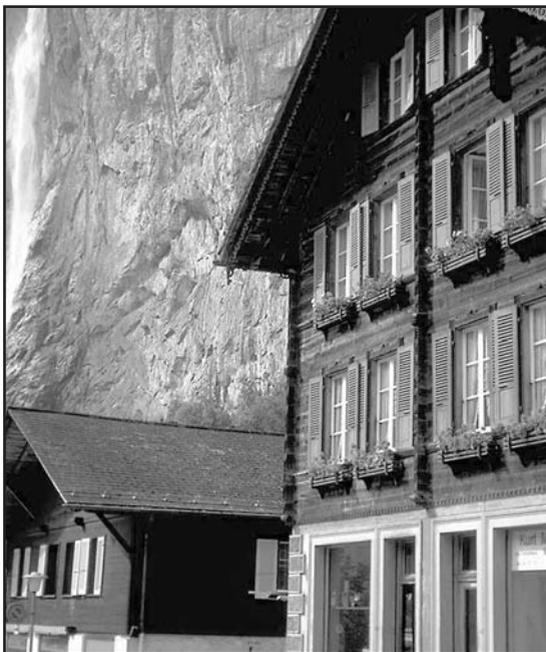
La otra tendencia que resaltan los profesionales de Enfermería acerca de lo que es Enfermería, es considerarla como una disciplina, esto significa

reconocer que Enfermería debe poseer su propio cuerpo de conocimientos, y desarrollar teorías, diferentes a las de otras disciplinas.

En este momento la Enfermería es considerada como una disciplina profesional, esto significa recuperar el valor de la práctica como fuente de conocimientos, a través de la investigación, que es el camino que permitirá validar las intervenciones realizadas por el profesional.

Se resalta que el cuidado no tiene un concepto único, ni homogéneo, se encuentra una tendencia hacia una acción encaminada hacia la recuperación del estado de bienestar mediante la planificación y evaluación de actividades. Aunque se reconoce el cuidado como propio de la profesión, la tendencia encontrada no muestra la fuerza teórica que reporta el estudio realizado por Morse y Col, en el cual identifican el cuidado, como imperativo moral, como rasgo humano, como afecto y como interacción; más bien se resalta la intervención terapéutica, por cuanto hace énfasis en la resolución de situación patológica identificada en la persona enferma.

En relación con la forma como se aborda el cuidado, se encontró que la tendencia estuvo orientada a la valoración de las necesidades básicas y a la utilización del proceso de enfermería, como herramienta fundamental que permite como planear,



organizar, ejecutar y evaluar el cuidado brindado a los pacientes. También es importante resaltar el énfasis que se hace en brindar un cuidado personalizado.

Los resultados de este estudio señalan la importancia de seguir explorando el significado del cuidado como eje de la profesión de enfermería, que permitan seguir construyendo un que hacer profesional con pretensiones disciplinares, que está en proceso continuo de evolución y transformación.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Boykin A, Shoenhofer S, (1993) Fundamentos de la Enfermería como Cuidado: Un Modelo para Transformar la Práctica. Capitulo 1 ALN. New York; 91-95
- Ben S. (1994) Análisis comparativo de la conceptualización y teorías de cuidado. En Morse J. Comportamiento contemporáneo de liderazgo. IV edición J.B. Lippincott Company. Philadelphia.
- Castro E, Rodríguez P. (1997) Más allá del dilema de los métodos. Uniandes. Grupo Editorial Norma. Bogotá. Colombia; p 41-47.
- Daza de C R, Torres A.M, De Romano G. I. (2001) Experiencias de Conceptualización en enfermería. Editorial CEJA: Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia; p 8-28.
- Forrest D.(1989) La experiencia de cuidar. Periódico de enfermería avanzada 14. Universidad de Alberta Canadá; 815-823.
- Lozada García E, Sánchez Hernández L, Pérez Peláez L, Giraldo Giraldo L, Castrillón Agudelo MC, Delgado Tamayo S. (1992) Estudio sobre la práctica de enfermería. Rev. Investigación y Educación en enfermería. Medellín, septiembre. p32-33.
- Morse J. (1994) Comportamiento Contemporáneo de Liderazgo. IV edición. J. B. Lippincott Company. Philadelphia.; 24-25.
- Munhall P.M. The Essential Structure of a Caring Interaction: Doing phenomenologyin. Nursing research: a qualitative perspective. p 85-105.
- Pat R, Parker D. (1994) Nursing: an integration of art and science within the experience of the practitioner. Journal of Advanced Nursing, 20: 1004-1010.
- República de Colombia. Gobierno Nacional. Pub. L 266 n° 1-23 (25 Enero, 1996).
- Watson, J. (1988) Enfermería: Ciencia Humana y Cuidado Humano: una teoría de enfermería. National League for Nursing. NLN ; 31-36
- Whittemore R. (1999) Natural Science and Nursing Science: Where do the horizons fuse?. Journal of Advanced Nursing, 30 (5) 1027-1033.

CULTURA DEL DOLOR, SALUD Y ENFERMEDAD: PERCEPCIÓN DE ENFERMERÍA, USUARIOS DE SALUD Y CURANDEROS

M.C.E. Rosa Margarita Ortega-López

*Profesor de Carrera Facultad de Enfermería de Tampico de la Universidad
Autónoma de Tamaulipas, México*

*Supervisora área quirúrgica turno nocturno del Hospital General de Tampico,
Tamaulipas de la Secretaría de Salud "Dr. Carlos Canseco"*



PAIN, HEALTH AND SICKNESS CULTURE: NURSES', HEALTH USERS' AND HEALERS' PERCEPTION

SUMMARY

Objective: To present the perception that nursing staff, health service users and traditional physicians have in Tampico, Tamaulipas, Mexico, concerning health, sickness, pain management culture, and traditional healing methods.

Methodology: Exploratory study. Population composed of 153 nurses, 253 patients and 6 healers.

Results: Nursing staff: 40.52% graduate level with some specialty; 63.39 % defined health as a physical well-being; 36.60 % defined sickness as a misbalance in one's organism; 60.78 % defined pain as a manifestation of physical discomfort. Patients: 70.68% were male; for 78% of them, elementary school was the highest academic level. From these, 37.74% defined health as the most

important part of their lives, 52.60 % defined sickness as something harmful for human beings; 50.60% defined pain as a discomfort. Healers considered it as their mission to use herbs, candles, spirits and praying to help people regain health.

Conclusions: Nursing staff must bear in mind that there is much cultural diversity in all the different population groups, when offering nursing services to their patients in a respectful way.

Keywords: Culture, pain, health, sickness, traditional healing methods

RESUMEN

Objetivo: Presentar la percepción de enfermeras, usuarios de servicios de salud y médicos tradicionales de Tampico, Tamaulipas, México con respecto a salud, enfermedad, cultura del manejo del dolor y métodos tradicionales de curación.

Metodología: Estudio exploratorio. La población integrada por 153 enfermeras, 253 usuarios y seis curanderos.

Resultados: Personal de enfermería: 40.52% con estudios de licenciatura con especialidad; 63.39 % definió la salud como bienestar físico; 36.60 % a la enfermedad como desequilibrio en el organismo; 60.78 % al dolor como una manifestación de un malestar físico. En los pacientes: El 70.68 % del sexo masculino, 78 % con estudios de primaria; 37.74 % definió la salud como lo más importante en su vida; 52.60 % a la enfermedad como algo dañino para el ser humano; 50.60 % al dolor como molestia. Los curanderos consideraron

que el curar a la gente a través de hierbas, veladoras, espíritus y oración es una misión que tienen de ayudar a las personas a recuperar la salud.

Conclusiones: El personal de enfermería tenga presente que existe la diversidad cultural en los diferentes grupos de población, para proporcionar un servicio de enfermería en un marco de respeto a la persona.

Palabras claves: Cultura, dolor, salud, enfermedad, métodos tradicionales de curación

INTRODUCCIÓN

En México como fruto de la diversidad cultural existen diversos grupos de población con diferentes concepciones de la salud y la enfermedad y distintas maneras de abordarlas. (Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural). En los diferentes grupos de población se encuentran formas particulares de percibir y manejar la salud, la enfermedad y el dolor y sus prácticas de curación van de la mano con la cultura de las personas. (Mayari Díaz A. 2003). Para Leininger la cultura se refiere a las acciones dirigidas a ayudar, apoyar o capacitar a otro individuo (o grupo) con necesidades reales o potenciales a aliviar o mejorar la situación humana o modo de vida (Lenninger M.). La cultura es la "lente" con la que miramos la realidad e interpretamos el mundo, el "código" con el que leemos todo lo que se nos presenta al paso; la realidad es ya una interpretación cultural que hace la persona desde un mundo de la vida compartido con otras personas en los grupos sociales. (Lenninger M 1997).

En un sentido amplio la salud opera en oposición o ausencia de una enfermedad, se encuentra sano quien no ha desarrollado ninguna dolencia sin sintomatología (Flores Guerrero R. 2004). La enfermedad es en primer lugar la expresión y la toma de conciencia personal de una alteración psicosomática vivida como desagradable e incapacitadora, cada enfermedad reflejara un tipo de conducta y de actitud que de respuesta al dolor y sufrimiento (Mayarí Díaz A. 2003). La enfermedad opera como un hecho científico externo al individuo, siendo su causa una bacteria, un virus, un

parásito u otro elemento patógeno (Flores Guerrero R. 2004). La forma como la persona percibe, experimenta y enfrenta su enfermedad, es la experiencia personal, interpersonal y cultural de la patología, las creencias de la enfermedad son parte de las ideas que cada grupo tiene acerca de cómo se ubica en la existencia humana. Además de explicar la enfermedad, la cultura moldea las experiencias de los síntomas (Lipson, J. 2002).

El dolor, como fenómeno primariamente subjetivo, puede variar entre diferentes poblaciones, la modelación social, las normas de grupo y los valores aprendidos influyen en la percepción del dolor (Sherwood G. D et al. 2003). El dolor es un fenómeno complejo, determinado por múltiples causas, resulta de la interacción de factores psicológicos, fisiológicos y socioculturales (Aldana Vilas L. 2003). El dolor es lo que cualquier persona que lo experimenta dice que es, existe siempre que la persona que lo sufre dice que existe (McCaffery M, Beebe A. 1992). La percepción y experiencia del dolor se afectan por muchos factores que incluyen sus causas y las bases culturales del individuo, así como las experiencias y emociones previas; por tanto, su umbral y su tolerancia son variables en las diversas personas y aun en el mismo individuo en circunstancias diferentes (Maestre J A. 2004).

Toda sociedad posee una forma de entender la salud, la enfermedad y el dolor lo cual da orígenes a sistemas ordenados y articulados de explicaciones y prácticas, la manera en que entendemos el mundo, el cuerpo, la salud y la enfermedad cambia de una población a otra, de un grupo humano a otro es decir, de una cultura a otra (Almaguer J A 2003). El cuidado de la salud como práctica social ya sea cotidiana o institucional, tiene su génesis y se estructura a través del saber cultural, las instituciones sociales y las personas en el mundo de la vida, en los diferentes grupos sociales se encuentran formas diversas de sistemas de salud que corresponden a formas particulares de comprender el fenómeno salud- enfermedad (Duque Páramo MC. 2002).

Son muchas las formas de tratar las enfermedades y sus prácticas de curación van de la mano con las formas culturales de los habitantes. Estas diferencias llevan explícita la idea respecto a como entender el proceso degenerativo/regenerativo de



la salud, así como las diversas formas de tratar y ver las enfermedades (Mayarí Díaz A. 2003). Cada cultura o sociedad genera diversas respuestas y estrategias para contrarrestar y prevenir las enfermedades, se recurre a múltiples tradiciones en el arte de sanar, para analizar y buscar sus causas y organizar respuestas personales y comunitarias (Berenzon Gom S. et al. 2001). En el caso de la salud existen modelos médicos que explican la salud, la enfermedad y el dolor, como la medicina convencional alópata, la homeopatía, la acupuntura y las medicinas tradicionales indígenas, todos estos modelos o formas de hacer medicina, son productos históricos y cambiantes de una determinada cultura. (Almaguer J A et al. 2003).

El propósito de este trabajo es presentar un panorama general de la percepción del personal de enfermería y de la población usuaria de los servicios de salud de una institución pública de salud de segundo nivel de atención y de médicos tradicionales, de la Ciudad y Puerto de Tampico, Tamaulipas, México con respecto a la salud, la enfermedad, la cultura del manejo del dolor y los métodos tradicionales de curación.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio de tipo exploratorio. La población estuvo integrada por 153 enfermeras asignadas a los servicios de hospitalización, 249 usuarios de los servicios de salud de una institución pública de salud de segundo nivel de atención y seis curanderos (2 espiritistas, 2 curanderos y 2 yerberos) de la Ciudad de Tampico, Tamaulipas, México. Para el personal de enfermería se consideró a las enfermeras responsables de la atención

directa de pacientes hospitalizados, asignadas a los servicios de hospitalización de camas censables (76 enfermeras) y camas no censables (77 enfermeras), que quisieran contestar la encuesta. Las características de los pacientes fueron mayores de 18 años, que solicitan servicios de salud en el hospital donde se realizó el estudio y que quisieran contestar la encuesta. En el grupo de curanderos se incluyeron aquellos que se dedican a la medicina tradicional para curar enfermedades y que quisieran participar en el estudio.

Para el personal de enfermería y usuarios del servicio de salud se diseñó una encuesta de opinión, que incluía en el personal de enfermería datos sociodemográficos: de servicio de hospitalización, escolaridad y religión y 16 preguntas con respuestas de opción múltiple y en los usuarios de los servicios de hospitalización datos sociodemográficos: sexo, edad, escolaridad, religión y estado civil y lugar de procedencia) y 20 preguntas con respuestas de opción múltiple.

Para el diseño de la encuesta de opinión primero se diseñó una guía de entrevista con 12 preguntas para conocer las posibles respuestas a las variables a estudiar (salud, enfermedad y manejo del dolor) la cual se aplicó a 20 enfermeras asignadas a los servicios de hospitalización y 20 usuarios del servicio de salud, hospitalizados este proceso se llevó a cabo los días 15, 16 y 17 de septiembre de 2004.

Para los curanderos se diseñó una guía de entrevista semiestructurada que incluía datos sociodemográficos (edad, lugar de nacimiento, nivel de escolaridad y rama a que se dedica) y temas claves como: percepción del curandero del trabajo que realiza, percepción por parte del curandero de las personas que solicitan sus servicios, tipo de enfermedad que cura y el proceso que realizan para curar la enfermedad y restituir la salud.

La recolección de la información en el personal de enfermería y pacientes se llevó a cabo por vía telefónica por cuatro encuestadores en el mes de octubre de 2004 para lo cual se les explicó el propósito del estudio y se les adiestro para la aplicación de los instrumentos, revisando cada uno de los reactivos de los instrumentos para conocer si tenían dudas sobre los mismos. Para recolectar la información a enfermeras y pacientes primero se

les preguntaba por teléfono si querían participar en contestar la encuesta explicándoles el propósito del estudio y posteriormente se aplicó la encuesta de opinión sobre cultura del manejo del dolor, salud y enfermedad (CMDSE).

Para la recolección de información en los curanderos, se les solicitó su participación a través de la presentación de un oficio extendido por la Dirección de la Facultad de Enfermería de Tampico de la Universidad Autónoma de Tamaulipas donde se solicitaba su autorización para realizar la entrevista y se describían los propósitos de la investigación, si aceptaban participar en el estudio, se les aplicaba la entrevista previa cita, este proceso se realizó en el mes de septiembre de 2004. Para obtener la información se realizaron entrevistas semiestructuradas, explicando a cada curandero los propósitos de la entrevista, la confidencialidad de los resultados y el anonimato de los entrevistados. El contacto con los curanderos se realizó a través de una curandera que fue la persona de búsqueda de casos y la que me llevo con otros curanderos.

RESULTADOS

Personal de enfermería

El 50.99 % fueron enfermeras de los servicios de hospitalización de camas censables, y el 59 % de los servicios de hospitalización de camas no censables, el 94.11% de religión católica, el nivel académico que predominó fue licenciatura con especialidad en un 40.52%. Con respecto a las definiciones de salud, enfermedad y dolor del personal de enfermería la tabla 1 muestra que el 63.39% del personal definió a la salud como bienestar físico y mental del ser humano; el 36.60% del personal de enfermería a la enfermedad como desequilibrio en el organismo; el 60.78 del personal al dolor como manifestación de un malestar físico y mental. En los métodos y remedios que el personal de enfermería utiliza para curarse, encontramos que el 77.85 % como método acude al médico y sigue sus instrucciones y como remedio el 81.61% toma los medicamentos indicados por el doctor (tabla 2).

La mayoría del grupo de enfermeras consideran que las causas por las que se enferman es por estrés (90.84%), y en una menor proporción por envidia,

mal o brujería (9.14%). Es importante mencionar que el 88.23% del personal de enfermería entre los aspectos que más toma en cuenta para atender al paciente que presenta dolor son las gesticulaciones faciales, además el personal de enfermería considero que la cultura del paciente tienen relación con la manera en que manifiesta el dolor (79.08%), que la visita a curanderos no es eficaz para la salud del paciente (95.42%) y que la oración ayuda a sanar al paciente (76.47%).

Usuarios del servicio de salud

El 70.68% fue del sexo masculino; el grupo de edad de 20 a 40 años predominó en un 52.20%; 81.92% fue de religión católica; 78% con estudios de primaria; 55.02% casados y 81.12% provenían del área urbana. En las definiciones de salud, enfermedad y dolor de los usuarios del servicio de salud, 37.34% definió a la salud que tu cuerpo este perfectamente bien y sentirse bien; 52.60% a la enfermedad como algo feo y malo que es dañino para el ser humano y 50.60% al dolor como molestia (tabla 3).

Con respecto a los métodos y remedios que el usuario de los servicios de salud utiliza para curarse, 61.84% acude al médico general y 42.56% utiliza remedios caseros (tabla 4). Además los usuarios del servicio de salud consideraron que el dolor debe atenderse inmediatamente (46.58%), que no es normal aguantarlo (97.99%), que la brujería o la envidias no pueden enfermarlo (79.11%) y que no es efectivo tratarse con un espiritista o brujo para curar las enfermedades (89.95%).

Médicos tradicionales

Los datos corresponden a seis médicos tradicionales (dos espiritistas, dos yerberos y dos curanderos), la edad máxima fue de 68 años y la mínima de 22; la escolaridad fue de primaria a profesional.

La percepción del curandero del trabajo que realiza:

Los curanderos consideran que el curar a la gente a través de hierbas, veladoras, espíritus y oración es una misión que tienen de ayudar a las personas a recuperar la salud y la confianza en ellas mismas. Tienen la concepción de que son un vehículo de dios y el trabajo de los curanderos es

dar confianza a las personas y decirles que se van a aliviar.

Realizan las curaciones a través de Dios y los espíritus y la Fe de la persona que solicita la consulta, la persona pone el 80 % y el resto el curandero. Usan la energía positiva que tienen las personas para llevar a cabo lo que desean.

La mayoría de la gente solicita sus servicios por problemas legales, amorosos, matrimoniales, falta de trabajo y políticos.

La percepción del curandero de las personas que solicitan sus servicios

Los curanderos consideraron que la gran mayoría de las personas que solicitan sus servicios piensan que todo lo que les pasa es por brujería, que están enfermas porque les hicieron un mal, les tienen envidia, mala voluntad o por venganza. Una gran parte de las personas que solicitan consulta, primero fueron con el doctor y no les solucionó su problema de salud y posteriormente consultan al curandero ó primero van con el curandero y después con el doctor. Las enfermedades incurables como el SIDA y el cáncer no las curan, les recomiendan a las personas que los consultan, que sigan con la visita al médico y con el tratamiento indicado.

Las personas que consultan los curanderos son de todos los niveles sociales, económicos y profesionales, además los curanderos consideran que de cada 10 personas una está dañada por maldad, y que el 80 % son problemas de salud, no es brujería. Hay muchas personas que solicitan consulta, simplemente porque necesitan hablar con alguien que las escuche para desahogarse, ya que opinan que hay mucha gente sola. Las personas que tienen malas energías se sienten pesadas, desesperadas, nerviosas, solo quieren estar dormidas, en su persona se sienten mal, como que están enfermos de algo.

Problemas de salud que atienden los yerberos y hierbas que indican

1. Dolor muscular, estómago: árnica, bálsamo de Perú
2. Gastritis, mala digestión: cohachalate, cancerina, árnica, menta
3. Riñón: cola de caballo, pinguica, flor de peña, charrasquilla

4. Hígado: boldo, cenizo, oreja de ratón
5. Bronquios: borraja, gordolobo, eucalipto, bugambilia
6. Nervios: tila, valeriana, toronjil, pasiflora
7. Protección, envidia, maldad: veladoras de las 7 potencias, de San Judas Tadeo, amuletos, oraciones, aceites, imágenes.

Problemas de Salud que atienden los curanderos

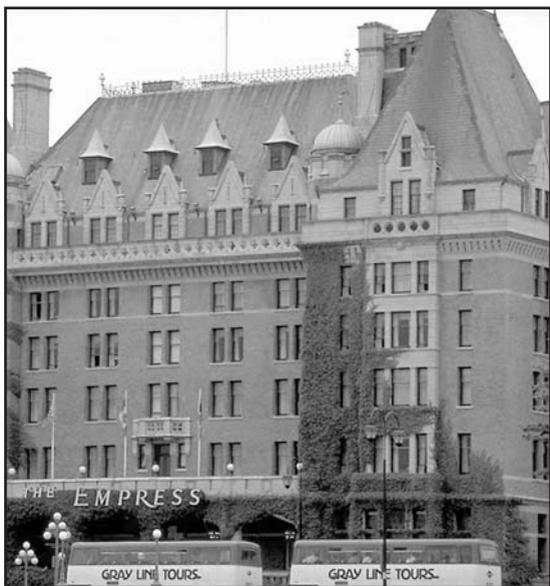
1. Dolor muscular, dolor de cadera, reumas, artritis, dolores en huesos, espalda y cabeza, los dolores crónicos no los tratan los mandan con el médico.
2. Estrés (mantener relajado a la persona), malestar de estómago, problemas circulatorios, insomnio, infecciones en la piel, infecciones venéreas, problemas por embarazos.
3. Curaciones en los niños: caída de la mollera, espanto, mala vibra; vómitos
4. Los espiritistas realizan operaciones invisibles: levantada de vejiga, corazón, pulmón, hemorroides.

Proceso de diagnóstico de enfermedades que realizan los curanderos

Para realizar el diagnóstico el curandero primero recurre: 1) al interrogatorio de la persona que solicita consulta y 2) tirada de cartas para tener información sobre el mal que tienen; para posteriormente iniciar el proceso de curación, a través de: a) la velación, que es el uso de veladoras para dar luz al altar y es la ofrenda que se hace a Dios para pedir ayuda y apoyo para el proceso de curación., esta velación es para preparar el camino hacia la luz; y b) curación en donde se despoja a la persona de la oscuridad y se les orienta hacia la luz. Una vez que realizan el proceso de diagnóstico para tratar la enfermedad o mal de la persona, establecen el tratamiento indicado para cada caso (ver tabla 5)

DISCUSIÓN

En los diferentes grupos de población se encuentra formas diferentes de percibir y manejar la salud, la enfermedad y el dolor.2 lo que explica que la percepción de la salud, la enfermedad, la cultura del manejo del dolor y los métodos tradi-



cionales de curación del personal de enfermería, la población usuaria de los servicios de salud y los médicos tradicionales fueron diferentes.

En el caso de la salud existen modelos médicos que explican la salud, la enfermedad y el dolor, como la medicina convencional alópata, la homeopatía, la acupuntura y las medicinas tradicionales indígenas, todos estos modelos o formas de hacer medicina, son productos históricos y cambiantes de una determinada cultura, lo que se puede aplicar en el grupo de enfermeras, que debido al nivel académico y que además están familiarizadas con estos términos, en la mayoría este grupo utiliza el modelo de la medicina alópata convencional para tratar y curar la enfermedad y el dolor.

La forma como la persona percibe, experimenta y enfrenta su enfermedad, es la experiencia personal, interpersonal y cultural de la patología, las creencias de la enfermedad son parte de las ideas que cada grupo tiene acerca de cómo se ubica en la existencia humana, además de explicar la enfermedad la cultura moldea la experiencia de los síntomas (Lipson J. 2002) en los usuarios de los servicios de salud, las diferentes formas de definir y de atender la salud y la enfermedad se pueden explicar ya que el mayor porcentaje de los usuarios provinieron del área urbana y además todos terminaron la primaria y una gran proporción la secundaria y preparatoria una cantidad significativa de usuarios tienen estudios de profesional.

El dolor es lo que cualquier persona que lo experimenta dice que es, existe siempre que la persona que lo sufre dice que existe (McCaffery M., Beebe A. 1992) las definiciones de los usuarios con respecto al dolor reflejan esta definición y además se puede suponer que todos en algún momento de su vida han experimentado dolor.

Con respecto a los curanderos entrevistados encontramos que consideraron que ayudar a la gente a curarse es una misión que tienen, que son un vehículo de Dios y que a través de Dios y los espíritus curan a las personas y además que la mayoría de las personas piensan que se enferman y que todo lo que les pasa es por que les hicieron un mal, brujería, por envidia o venganza. Las personas que solicitan los servicios de los curanderos son de todos los niveles socioculturales. Lo que explica que toda sociedad posee una forma de entender la salud y el dolor la cual da origen a sistemas ordenados y articulados de explicaciones y prácticas, estas practicas constituyen un sistema de creencias y valores desempeñadas por el médico tradicional (Almaguer J A, et al. 2003).

CONCLUSIONES

Los resultados del estudio permitieron identificar en el grupo de enfermeras, usuarios de los servicios de salud y médicos tradicionales que la cultura juega un papel importante en las diferentes formas de definir, abordar y curar la salud, la enfermedad y el dolor.

RECOMENDACIONES

Realizar replica del estudio que permita establecer comparaciones entre los diferentes grupos poblacionales.

El personal de enfermería tenga presente que existe la diversidad cultural en los diferentes grupos de población, lo que debe tomar en cuenta para proporcionar un servicio de enfermería en un marco de respeto a su persona, idioma y cultura.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aldana, L.; Lima, G.; Sotolongo, P.; Casanova, P.; Casanova, C.; (2003) Enfoque psicológico y fisiológico del dolor agudo. Revista Cubana Medicina Militar (Cuba); 32:1-6. Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/revistas/mil/vol32_3_03/mil06303.htm>

- Almaguer, J A.; Vargas, V.; García, J. (2003) Relación Intercultural con la medicina tradicional: Manual para el personal de salud. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/index_anterior.html> (Consultado el 20.9.2004)
- Berenzon, S.; Hernández, J.; Saavedra, N. (2001) Percepciones y creencias en torno a la salud-enfermedad mental, narradas por curanderos urbanos de la ciudad de México. *Gazeta de Antropología* (México); 17:1-17. Disponible en: <http://www.ugr.es/~pwlac/G17_21/Shoshana_Berenzon_Gorn.html> (Consultado el 28.10.2004)
- Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. La medicina mexicana en el contexto intercultural. Disponible en: <<http://www.salud.gob.mx/index-anterior.html>> (Consultado el 20.5.2004)
- Duque, MC. (2002) Enfermería y cultura: espacio de encuentro para el cuidado de personas y colectivos. *Actualizaciones en Enfermería* (Bogotá); 5:2. Disponible en: <<http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria5202-enfermeria.htm>> (Consultado el 12.9.2004)
- Flores, R. (2004) Salud, enfermedad y muerte: lecturas desde la antropología sociocultural. *Revista Mad.* (Chile); 10:1-8. Disponible en: <<http://www.revistamad.uchile.cl/10/paper03.pdf>> (Consultado el 8.10.2004)
- Lenninger M. (1997) Teoría de los cuidados culturales. En: Marriner Tomey A, editores. *Modelos y Teorías de Enfermería*. España: Harcourt Brace; 424-460.
- Lipson, J. (2002) Temas culturales en el cuidado de enfermería. *Investigación y Educación en Enfermería*. (Colombia); XX: 1-20. Disponible en: <<http://tone.udea.edu.com/revista/mar2002/Temas%20culturales%20en%20el%20cuidado.htm>> (Consultado el 20.9.2004)
- McCaffery, M.; Beebe, A. (1992) Manual clínico para la práctica de enfermería (pp.7-38). Barcelona, España: Salvat Editores.
- Maestre, J A. (2001) El dolor en el adulto mayor. *Colombia Médica* (Cali); 32:184-188. Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/VOL32NO4/dolor.pdf> (Consultado el 14.9.2004)
- Mayarí, A. (2003) La enfermedad adaptada a la cultura. Universidad San Carlos de Guatemala. Disponible en: <http://www.naya.org.ar/congreso2004/ponencias/mayari_diaz.doc> (Consultado el 20.5.2004)
- Sherwood, G. D.; McNiell, J A.; Palos, G.; Stark, P. (2003) Perspective on Pain: A qualitative analysis of the hispanic pain experience. *NTresearch.*, 8(5):364-377.



Tabla 1

Definición de salud, enfermedad y dolor del personal de enfermería

Indicador	Definición	<i>f</i>	%
Salud	Bienestar físico y mental del ser humano	97	63.39
	Condiciones óptimas para estar en familia	32	20.91
	Correcta funcionalidad del organismo humano y ausencia de enfermedades	24	15.68
Enfermedad	Desequilibrio en el organismo	56	36.60
	Ataque al estado general de salud	32	20.91
	Disfunción de un organismo	36	23.52
	Alteración en el organismo que produce mal	29	18.95
Dolor	Manifestación de un malestar físico y mental que provoca incomodidad	93	60.78
	Un reflejo del organismo que provoca sufrimiento	41	26.79
	Síntoma punzante en algún lugar específico	19	12.41

Fuente: ECMDSE

n = 153

Tabla 2

Métodos y remedios que el personal de enfermería utiliza para curarse

Indicador	Definición	<i>f</i>	%
Métodos	Acudir con el médico y seguir sus instrucciones	116	77.85
	Automedicación	24	15.68
	Medicina alternativa y descanso	13	8.49
Remedios	Medicamentos indicados por el doctor	125	81.69
	Se automedica	16	10.45
	Toma productos naturista y se realiza baños con hierbas para las malas vibras	12	7.84

Fuente: ECMDSE

n = 153

Tabla 3

Definición de salud, enfermedad y dolor del usuario del servicio de salud

Indicador	Definición	<i>f</i>	%
Salud	Que tu cuerpo este perfectamente bien y sentirse bien	93	37.34
	Lo más importante en la vida	89	35.74
	No tener ninguna enfermedad	24	9.63
	Llevar una alimentación balanceada y una bendición de dios	24	9.63
	Estar bien consigo mismo y su familia	19	7.63
Enfermedad	Algo feo y malo que es dañino para el ser humano	131	52.60
	Es sentirse muy mal sobre todo si no tienes familiares, una desgracia, grandes problemas	50	20.08
	Es el estado al que llega uno cuando no se cuida	44	17.67
	Estados pasajeros que le ocurren a una persona, estar convaleciente, sin poder trabajar, dolor, estar en cama por alguna herida	24	9.63
Dolor	Molestia	126	50.60
	Sentirse mal, sufrimiento	56	22.48
	Algo feo, que no se puede soportar	35	14.05
	Tristeza, miedo, pulsación, molesta y fuerte	32	12.85

Fuente: ECMDSE

n = 249

Tabla 4

Métodos y remedios que el usuario de los servicios de salud utiliza para curarse

Indicador	Definición	f	%
Métodos	Médico general	154	61.84
	Médico especialista	70	28.11
	Homeópata, naturista, curandero, brujo, espiritista	25	10.03
Remedios	Automedicación	82	37.93
	Remedios caseros (hierbas o té)	106	42.56
	Oración	45	18.07
	Curandero, brujo, espiritista	16	6.42

Fuente: ECMDSE

n = 249

Tabla 5

Tratamiento para curar algunas enfermedades y alejar un mal

Problema	Tratamiento
Enfermedades del corazón	Baño con hierbas de 7 espinas, del diablito, Santa María, Santa Elena
Para la enfermedad de los síntomas de la persona	Baños con hierbas: 7 hierbas, 7 navajas, 7 clavos
Dolor de cabeza	Pirul, agua arreglada con loción de 7 machos
Recuperar la salud	Flores blancas del Perú Veladoras de dos colores.
Aflicción	3 veladoras blancas y rezar una oración, en la que se tenga Fe.
Dolores musculares, espalda, cadera, brazos y piernas.	Sobada o estirada de los huesos y posteriormente en el sitio donde presenta dolor, ponerse hierba de Santamaría con la pomada de bálsamo de Perú.
Caída de la mollera	Somereo, los pone de pies y les chupa la mollera para que vuelvan agarrar el nivel.

Fuente: entrevista a curanderos

n = 6

TEORÍA Y MÉTODO

LA CIENCIA DE LOS CUIDADOS, MARCO INVESTIGATIVO PARA ALCANZAR EL ÉXITO DE LA CALIDAD DE VIDA EN EL ENVEJECIMIENTO

Pedro Manuel Salas Iglesias

Doctorando Universidad Alicante: enfermería y cultura de los cuidados.

Licenciado en humanidades (universidad Huelva)

Titulado superior en enfermería (universidad Huelva)

DUE (Universidad Sevilla)



RESUMEN

El cuidado necesita la coordinación de muchos factores, no siendo una tarea fragmentaria sino holística. Es muy importante desde la cultura de la ancianidad, aportar una humanización de la tecnificación actual. El envejecimiento con éxito y calidad de vida se consigue desde el conocimiento de las diferentes condiciones que rodean al individuo y su contexto, potenciándose desde el terreno de los cuidados la autoestima, marcando objetivos y metas que los hagan vivir con mayor ilusión.

Palabras clave: Ciencia, investigación, cuidados, cultura, vejez, calidad de vida, antropología, éxito, enfermería.

INTRODUCCIÓN

Es la intención primaria y objeto de este artículo dado, el llevar a la práctica una investigación de corte descriptivo centrada en el cuidado como objeto y método fundamental para lograr un parámetro exitoso y con calidad de vida, inmerso en el mismo proceso del envejecimiento. La hipótesis de partida es que la ciencia de los cuidados es necesaria para alcanzar el éxito y la calidad de vida en el envejecimiento. Para ello, se ha seguido una metodología de revisión de fuentes bibliográficas actuales tanto en soporte papel como a través de la búsqueda digital en páginas webs de internet. El artículo es el resultado de dicho proceso investigativo.

SCIENCE FOR CARING. RESEARCH TO ACHIEVE A SUCCESSFUL QUALITY OF LIFE IN AGING

SUMMARY

Caring in general is not a simple task not a fragmentary concept but a need to coordinate various factors, in fact it is an holistic concept. For the elderly is paramount humanization and modern techniques are combined. Helping to reach aging successfully with a good quality of life means not only coping with elderly health needs but meeting the individual's best condition in his/her environment, bearing in mind his/her self-esteem, aims and targets are fulfilled. Those human conditions that make their life happy.

Key words: Science, research, caring, culture, aging, quality of life, anthropology, success, nursing.

Para comenzar la disertación se parte del hecho de que para poder ejercitar el cuidado humano (entendido como acción compleja) se hace necesaria la coordinación de diferentes factores: tanto personales, profesionales, institucionales como sistémicos. Se exige para ello una competencia técnica profesional, con un conocimiento epistemológico de la profesión del cuidado (por excelencia enfermería) pero también de la humanitas del ser humano en sus distintos niveles (somático, fisiológico, dimensiones psicológicas, sociales, espirituales...). Por ello, cuidar a un individuo es una tarea no fragmentaria, se refiere a un todo holístico y además sin perder de vista el hecho de que para brindar unos cuidados que permitan envejecer con éxito, serán igualmente importantes no sólo la situación del tiempo presente sino el conjunto de su historia, lo que en consecuencia por todo lo cual suscita un paradigma tanto intelectual como práctico; que enfermería ciencia del cuidado, la vida y la salud va a ser capaz de abordar de manera eficaz, al constituir su esencial razón de ser y existir.

La visión de la antropología de los cuidados aportaría un sentido fenomenológico de la praxis, de la nomenclología (los cuidados como acto complejo), permitiendo un análisis de las condiciones trascendentales del cuidado e investigando las condiciones básicas para que se ejecute de manera fáctica.

En el ejercicio de cuidar podemos distinguir actualmente distintos subtipos bien diferenciados que discurren en una cotidiana y habitual: ámbito doméstico e institucional, de tipo formal e informal. Se hace vital descubrir como objeto esencial del discurso que nos ocupa llegar a establecer una pertinente puntualización y reivindicación, ya que si bien todos estos registros forman parte de la ciencia de los cuidados (ahora considerados modos de cuidar con distintas posibilidades fácticas), la profesión enfermera alcanza la posición verdaderamente legítima y pertinente.. Actualmente la postura globalizante que tiene su arranque en la premisa de la prestación de los cuidados desde el epígrafe de universal y absoluto, es en cierto modo erróneo. Se deben considerar las particularidades y especificidades inmersas en el propio seno de cada cultura y momento histórico(enfermería transcultural), y no llegar a pecar de cierto eurocentrismo

(concepto que mide y compara las modalidades del cuidar a partir de la proximidad o lejanía con la cultura europea occidental), aunque la necesidad de ser cuidado del ser humano y por otra parte el deber de cuidar, sí podrían calificarse como mundiales y universales.

En el recién estrenado siglo cada vez son mayores el número de personas que sobrepasan las barreras cronológicas, llegando a la etapa dominada vejez. La experiencia de la cultura y sabiduría de la ancianidad, pueden llegar a aportar una humanización al proceso de tecnificación actual. Si bien dicha vejez se transformará en problemática si no se ofrecen soluciones a las consecuencias que del mismo proceso se puedan derivar. La calidad de vida será una opción elegible individual y sociocultural en la medida que lo son las condiciones de vida, actitudes y formas de comportamiento.

¿El cuidado como deber?.

El ejercicio de cuidar en el complejo mundo actual se mueve en un todo axiológico y fundamentado en el plano de la razón práctica. Pero primeramente se convierte en un deber humano, e íntimamente relacionado con el ser humano entendido como una entequeia frágil y vulnerable (en todas y cada una de las diferentes cosmovisiones). Así desde la enfermería humanística, el hombre para poder llegar a alcanzar el desarrollo de su largo proyecto existencial, necesitará ser cuidado.

Dicha preocupación por el otro es clasificada por W.T.Reich (en Carttorini,1993) en dos subtipos de cuidados: Competente y Personal. El primero entiende el cuidado de manera fragmentaria, al cuidado de todos y cada uno de los elementos que integran la corporeidad humana, y requiere de unos conocimientos de orden anatómico y fisiológico, precisa de personal tecnificado y especializado. Mientras que el personal, se apoya en el competente pero se amplía con cuidados empáticos de tipo individual, el trato afectivo, la sensibilidad, la complicidad personal, la confianza, la proximidad de orden ético, exigiendo grandes dotes comunicativas y conocimientos de índole psicológico, de un determinado talante moral, un ethos profesional.

Una parte integrante de la ciencia de los cuidados es el principio de beneficencia, que arranca de

un conocimiento del mundo personal del enfermo, traducándose en una praxis donde su objetivo es evitar el sufrimiento, así como una relación empática, una comprensión de su contexto y de las posibilidades reales de vida, acompañándolo ahora a enfrentarse al sujeto patológico, con la terapia de relación e ayuda y de los cuidados sistémicos.

Si partimos de la premisa que la prestación de los cuidados se convierte en una ciencia aproximativa, en la que la deliberación se hace fundamental será objetivo fundamental de la enfermería el cómo curar y como cuidar de un modo óptimo al enfermo (intentando cuidar en el seno del paradigma de la complejidad proviene del análisis del conjunto de nuevos conceptos, visiones, descubrimientos, reflexiones, etc. que van a conectarse y reunirse) ofrecido por E. Morin en 1995.

Itinerarios empírico racionales de la praxis del cuidar para alcanzar el éxito la calidad de vida en el envejecimiento

Uno de los itinerarios racionales del cuidado se asienta en "la llamada del otro". El otro, según el filósofo E. Lévinas (1993) se presenta en "un contexto cultural y se ilumina por este contexto...La manifestación del contexto asegura su presencia...es...una hermenéutica, una exégesis". Sólo desde esta praxis será posible responder adecuadamente a su llamada y prestar unos cuidados de calidad.

El cuidado revela la estructura total del ser humano, y en sí, existen unas condiciones antropológicas y humanísticas de necesidad que permiten formular en parte el discurso en torno al cuidar. Y en este sentido se podría llegar a afirmar que "el ser humano es una síntesis de infinito y finito, de temporal y eterno, de posibilidad y necesidad.."Kierkegaard, S., [en Torralba i Roselló 128].

También el filósofo F. Nietzsche (en Torralba i Roselló 128-29) postula que será precisamente el rasgo definitorio de hombre como "ser necesitado y abierto a distintas posibilidades existenciales" lo que lo califique como un "ser vulnerable" y por otro lado precisamente porque "tiene posibilidades" puede ser definido como "un ser libre". Si se relacionan ambos conceptos con la tarea de cuidar, coinciden con las necesidades humanas. El enfer-

mero mediante la observación y la valoración de sus necesidades detectará tal situación, lo que le permitirá planificar, unos cuidados adecuados, que la ayuden a resolver, paliar o mitigar su actual vulnerabilidad y o enfermedad.

En el ejercicio del cuidar será vital la preservación de la identidad del enfermo (de lo que se ocupa tanto la enfermería comunitaria como la especializada) y ésta se construye a lo largo de su historia biográfica. Enfermería tendrá que escucharle, dejar que cuente su vivencia histórica, narrando los hechos fundamentales de su vida (sólo a través de su historia de vida se puede llegar a comprender la identidad del otro, ubicándose adecuadamente frente a tal ser humano).

La bipolaridad cosmicidad-caotización son también fundamentales para el ejercicio del cuidar. Representando la enfermedad el elemento caotizante y consiguiéndose a través del cuidado el orden, la jerarquía, la cosmicidad. Por otro lado, habría que añadir también el papel que adquiere la interpretación del mundo simbólico en la ciencia de los cuidados (a veces, con efector sanador y tranquilizador del estado de ánimo, y otras con efectos nocivos sobre el estado de salud y, por ende en contra de poder llegar a alcanzar un envejecimiento con éxito). Enfermería deberá llegar a reconocer los símbolos de la persona que maneja culturalmente (tanto aisladamente como en el seno de la pluralidad de la complejidad de la sociedad plural, multiétnica y multireligiosa occidental/oriental). Se tendrá además en cuenta, que no tienen por qué coincidir con los del mundo del cuidador. Este lenguaje simbólico-religioso empleada por el enfermero, tendrá que conectar con el interior del enfermo, con su sentimientos y preocupaciones, tanto en lo que se refiere a su presente como a su futuro. La resolución del mundo simbólico en el sujeto vulnerable, se efectuará siempre en referencia a su universo personal, generando en el cuidador una capacidad de adaptación y reconocimiento superiores, requiriendo la integración de la importancia del símbolo y los procesos de integración simbólica, (Torralba i Roselló 2002) existentes tanto en los pequeños consultorios de Atención Primaria como los grandes centros sanitarios multiculturales.

Si no situamos ahora en el terreno de nuestra europeísta civilización actual, marcada por la

impronta de la técnica, ésta debe ser puesta al servicio de la cultura humana y teniendo en cuenta que para llegar a la práctica de los cuidados, no se pueden llegar a regular con los mismos criterios que el hecho de llegar a fabricar o producir un objeto de consumo. La rapidez o hiperaceleración del tiempo, llegan a contaminar el cuidado, ya que se requiere invertir tiempo, exige de una continuidad, en muchas ocasiones para conseguir el éxito, las enfermeras deben emplear habilidades sociales y psicológicas variadas, se precisa realizar una buena valoración y detenerse en aspectos que con un simple examen visual rápido no permite descubrir la carencia de necesidad que tiene el enfermo, entender lo significado de la situación en el contexto cultural adecuados. Por otra parte, cabe mencionar que asistimos con el universo tecnológico a una cosificación, integrada por elementos como la mecanización y el trato seriado de los objetos. Pero esto no lo serviría en la tarea de cuidar ya que su esencial propiedad es la singularidad, el trato personalizado al enfermo. No se puede reducir el cuidado a un proceso meramente técnico, ya que se requiere de la comunicación interpersonal, la reciprocidad, aplicar la terapia de relación ayuda, la comprensión, el encuentro, al diálogo, etc. huyendo por tanto de la reducción del ser humano a objeto y pérdida de la identidad personal.

Integración de los cuidados como promotores del éxito y de la calidad de vida

A manera introductoria cabe la realización del siguiente debate sobre la existencia relacional entre la administración de los cuidados y la calidad de vida los sujetos: una persona cuanto menos cuidados requiera, más calidad de vida poseerá. Pero en la realidad, esta lógica relacional no sucede así, el hombre por ser precisamente un animal vulnerable, requerirá una serie de cuidados para mantener y desarrollar de manera exitosa su calidad de vida, por lo cual se hace necesario una buena administración de los cuidados.

La calidad de vida es un concepto evaluador, multidimensional y multidisciplinario, resultante de la combinación de factores objetivos y subjetivos. En el envejecimiento se recurrirá al ajuste de calidad de vida con esperanza de vida, estando muy relacionada con el grado de funcionalidad (en dependencia física, psíquica y social). El envejeci-

miento exitoso estaría marcado por el grado de cumplimiento de criterios como el de bienestar subjetivo. La longevidad y el mantenimiento de la competencia para vivir en forma independiente, son claros ejemplos de criterios objetivos de la vejez. La distinción entre los criterios subjetivos y objetivos no es del todo significativa en la vida diaria de los mayores, que apreciarán la longitud de su existencia tan sólo, si logran vivir un estado subjetivo de bienestar. Para mantener dicha calidad de vida, se reconoce la importancia del desarrollo personal y social con autonomía, en las condiciones y estilo de vida, e implica la posibilidad de asumir decisiones tanto en el plano individual como con las otras personas.

Rectificar la imagen negativa de la vejez como sujetos no útiles supone una cuestión de índoles cultural y educativa que deben ser una tarea realizada por todas las generaciones. Las campañas de educación social permitirán un cambio de toma de conciencia al considerar el hecho de que el paso de los años no obligan a un declinamiento forzoso de la capacidad mental. El papel de la enfermera en la atención directa al mayor consiste en ayudarles a captar el sentido de la edad, a apreciar sus propios recursos y superar el aislamiento, depresión, etc. que puedan tener, así como será también una responsabilidad de la sociedad y de las generaciones futuras el hecho de preparar una red con mayor tinte humano, social y espiritual hacia el proceso de envejecimiento. El objetivo final será la continua introducción de elementos innovatorios (Dulcey Ruiz, 2000), haciendo surgir nuevas proyecciones que se integren en las políticas dirigidas hacia el envejecimiento del nuevo ciclo recién estrenado.

CONCLUSIONES FINALES

Como conclusiones decir en primer lugar que se ha demostrado la hipótesis de partida. Para lograr el éxito en el envejecimiento, los cuidados preservarán la identidad ajena social, política, cultural, etc. de la persona a tratar. Esta, se irá construyendo a lo largo de la historia, formando un episodio narrativo biográfico, donde la enfermedad constituye una parte integrante del relato personal

Cuidar a un ser humano, se referirá por tanto a un todo holístico, que discurrirá en una praxis formal e informal (para la profesión se convierten su

razón de ser). Al ejercer la Enfermería se partirán de las necesidades humanas básicas, aceptando las particularidades propias inmersas en los cuidados de cada cultura. La preocupación por el otro (vulnerable), la deliberación (como cuidar de un modo óptimo), etc. constituirán las fuerzas motrices de cuidado.

Las metas finales desde el prisma de los cuidados pasarán por la potenciación de la autoestima, haciendo que la persona se quiera, incluso con el sufrimiento, aceptándose la persona como valor, nunca como carga. Si no se tienen objetivos, será muy probable que enfermedades mentales como la depresión, ansiedad, etc. hagan su aparición. Por tanto se habrá de favorecer la comunicación, llegando a establecer buenas redes sociales, y fomentando las actividades recreativas y lúdicas (que permite disfrutar del tiempo libre, sintiéndose a gusto y bien). Para lograr el éxito, se aceptarán los actuales roles y papeles sociales desempeñados por su edad, pero no seremos especialmente pretenciosos exigiéndoles aspectos, que no cumplen con los que su entorno sociocultural espera de ellos. Debemos inculcar en los ancianos, que las enfermedades derivadas del propio proceso de envejecimiento se aceptarán no como forma de resignación, sino de lucha para llegar a recobrar la salud, estimulando el que sean sus propios agentes de salud, de su vida y haciéndoles ver que la enfermedad deben vivirla bien, porque “la vida es fascinante: sólo hay que mirarla a través de las gafas correctas” (Alejandro Dumas).

BIBLIOGRAFÍA

- Amezcua, M. (2000) Antropología de los Cuidados. Enfermedad y Padecimiento: Significados del Enfermar para la práctica de los Cuidados; Rev. Cultura Cuidados, nº7 y 8:60-67.
- Andrews, MM y Boyle, J.S. (1992) Transcultural Nursing, Lippincott-Raven, Filadelfia.
- Aniorte, N. (2001) Calidad de Vida en Personas Mayores; Programa Asignatura, 2001 en http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/prog_asignat_cal_i_vid.htm.
- Azpizu, M. (2000) Calidad de vida y factores asociados en Mayores de 65 años (áreas sanitarias 2 y 4 de Madrid); Tesis Doctoral, Facultad Medicina, Univ Madrid.
- Boletines 2003 (B.040-2003) Instaura el Issste la Geroprofilaxis en su programa de atención para las personas de la tercera edad; México D.F. en http://www.issste.gob.mx/website/comunicados/boletines/2003/febrero/b040_2003.html
- Cibanal J, L. y Arce, Mª C. (1997) ¿Qué aporta la fenomenología a la relación enfermera-paciente?, revista Cultura de los Cuidados, 1Semestre, año I, Nº1.
- Comelles, J.M. y Martínez A. (1993) Enfermedad, Cultura y Sociedad; Eudema, Madrid,
- Collière, M.F. (1993) Utilización de la Antropología para abordar las situaciones de cuidados; revista Rol de Enfermería, nº179-180, Julio-Agosto.
- Chamizo, C. (1998) Acercamiento del Ser Anciano al Ser Enfermero; rev Cultura de los Cuidados, 2 Semestre, año II, Nº4.
- De Dios, MªI (2003) Orientación, Longevidad y Calidad de vida; en <http://www.geocitis.com/CollegePark/Den/8472/Longevidad.html>.
- De la Serna, I. (2003) La vejez desconocida. Una mirada desde la biología a la cultura; Ed Diaz de Santos, Madrid.
- Dulcey-Ruiz, E. (2000) Envejecimiento, Calidad de vida y Violencia Intrafamiliar; 5º Congreso Iberoamericano de Psicología de la Salud, Cartagena, Colombia, Marzo, 30.
- Ember, C. (1997) Antropología Cultural; Ed Prentice Hall, Madrid.
- Elling, RH. (1977) Socio-Cultural Influences on Health Care; Springer Publishing, Nueva York.
- Farré, R. et al. (1999) Estado de Salud y Calidad de Vida de un Colectivo de Ancianos Institucionalizados; Rev Geriátría y Gerontología; 1 Enero, Vol 34, nº1, p.25-33; en <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pidet=13006069>.
- Feito, I. (2000) Ética Profesional de la Enfermería, PPC, Madrid,
- Fernández-Ballesteros, R. (2003) Psicología de la Vejez: Evaluación e Intervención; Dep. Psicología Biológica y de la Salud; en <http://www.aid.uam.es/~rfb/psicovejez.html>.
- Gómez de Graudo, Mª T. et al (2001) Psicogeriatría Preventiva: Una Forma de Mejorar la Calidad de Vida y Prevenir la Institucionalización Geriátrica; Psicología y Psicopedagogía, Publicación Virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la USAL, Año II, Nº 6, Junio, en <http://www.salvador.edu.ar/uai-9pub02-6-02.htm>.
- JAMA PATIENT PAGE (2002) Calidad de Vida; JAMA, December 18, Vol 288, nº23; en <http://www.ama.assn.org/public/journals/patients/spanpdf/pdfpat.1218.pdf>.
- Larrea, C, Plana, M. Antropología y Educación para la Salud; Rev Rol de Enfermería; 179-180, 65-69.
- Leninger, M. (1999) Cuidar a los que son de Culturas Diferentes Requiere el Conocimiento y las Aptitudes de la Enfermería Transcultural; Rev CC, III, Nº6:5-8.

- Lévinas, E. (1993) Humanismo del Otro Hombre; Madrid, Caparrós Ed., p.44.
- Lillo, M. Antropología de los Cuidados en el Anciano: Evolución de los Valores Sociales sobre la Vejez a Través de la Historia; en http://www.naya.org.ar/congreso2002/ponencias/manu_el_lillo_crespo2.htm.
- Lipson, J.G. (2000); Cultura y Cuidados de Enfermería; Rev Index de Enfermería, nº 28-29:19-25.
- López, S.R.. La Globalización y la Salud en los Grupos Minoritarios; Rev CC, 10, 63-71.
- Martínez, A. (1992) Eficacia Simbólica, Eficacia Biológica. Hacia un Nuevo Modelo Analítico y Terapéutico en la Asistencia Sanitaria; Rev Rol de Enfermería, Nº172:61-67.
- Martínez de Miguel, S.M. (2000) Las Personas Mayores en su Contexto. Estudio Cualitativo y Propuestas Socioeducativas; Tesis Doctoral, Univ Murcia, Fac Educación.
- Martorell, M^aA. (2001) ¿Antropoenfermería o Enfermeantropología?; Rev Cultura de los Cuidados, 1 Semestre, año, V, Nº 9.
- Mínguez, J. (2000) Antropología de los Cuidados; Rev CC, Nº7 y 8:102-106.
- Morin, E. (1995) Introducción al Pensamiento Complejo, Barcelona, Gedisa, p.110.
- Ors, A. Laguna, A. Reflexiones sobre el Envejecimiento y la Calidad de Vida; Rev Cultura de los Cuidados; en <http://culturacuidados.ua.es/2/teoria2.htm>.
- Pont, A. Granollers, S. (1992) Calidad de Vida en los Ancianos. Un estudio Descriptivo, Rol Enfermería; Nº165, Año XV, Mayo, Barcelona.
- Reyes, T. Triana, E. et al. Salud en la Tercera Edad y Calidad de Vida; en <http://www.readultosmayores.com.ar/docPDF/Bibliografia/Calidad%20de%20vida%2020amayores%20y%20Genero/Saludenlaterceraeda.pdf>.
- Rohrbach-Viadas, C. Cuidar es Antiguo como el Mundo y Tan Cultural como la Diversidad de la Humanidad; Rev CC, en <http://culturacuidados.ua.es/2/antropo1.html>.
- Torralba i Roselló, F. (1998) Antropología del Cuidar; Institut Borja de Bioética, Fundación Mapfre Medicina, Barcelona.
- Torralba i Roselló, F. (2002) Ética del Cuidar. Fundamentos, Contextos y Problemas. Institut Borja de Bioética, Fundación Mapfre Medicina, Madrid.
- Severo, L.R. (2000) El Afrontamiento de la Enfermedad en la Vejez: Un estudio Transcultural; Tesis Doctoral, Univ Autónoma de Madrid, Dep Psicología Biológica y de la Salud.
- Salas, M.J. (2000), Antropoenfermería: La Gestión del Autocuidado; Rev Documentos Enfermería; Julio; año IV:18-19.
- Salas, P. M. (1996) Atención de Enfermería en la Enfermedad de Alzheimer; Rev Doc. Enfermería; Marzo, nº1:6-10.
- Siles, J. (2000) Antropología, Historia y Enfermería; Rev CC, nº7 y 8:5-7.
- Siles, J. Epistemología y Enfermería: Por una Fundamentación Científica y Profesional de la Disciplina; Rev Enfermería Clínica, Vol.7, nº4.
- Siles, J. García Hernández, E. (1995) Las Características de los Paradigmas y su Adecuación a la Investigación en Enfermería; Rev Enfermería Científica; nº160-161, Julio, Agosto.
- Siles, J. et al (1999) La Enfermería Antropológica y Transcultural en el Marco de la Educación para el Desarrollo. Una perspectiva Histórica y Epistemológica en el Umbral del Siglo XXI; Rev Cultura de los Cuidados, 2 Semestre, año III, nº6.
- Siles, J. (1991) Historia de la Enfermería; Ed. Aguacilar, Colección Amalgama, Alicante.
- Siles, J. et al. Una Mirada a la Situación Científica de Dos Especialidades Esenciales de la Enfermería Contemporánea: la Antropología de los Cuidados y la Enfermería Transcultural; Rev Cultura de los Cuidados, 10, 72-87.
- Siles, J. et al. (1997) Por una Rentabilización Pedagógica en la Obra de Benedetti: Etnología Narrativa y Situaciones Vida-Salud; Rev Cultura de los Cuidados, 1 Semestre, año I, Nº 1:17-24.
- Spector, R (2000) Cultura, Cuidados de Salud y Enfermería; Rev Cultura de los Cuidados; nº7 y 8:116-123.
- Spector, R, y Muñoz, M^a J. (2003) Las Culturas de la Salud; Prentice Hall.
- Spector, R (2000) La Enfermería Transcultural: Pasado, Presente y Futuro; Rev Cultura de los Cuidados, nº 7 y 8:116-123.
- Reich, T.W. (1993) Alle Origini dell'Ètica Medica: Mito del Contratto o Mito di Cura?; citado en Carttorini, P; Modelli di Medicina; Milán, p.50.
- Valle, J.I. (2000) Cuidados desde una Perspectiva Cultural; Rev Cultura de los Cuidados; nº 7 y 8:96-101.
- Vejez y Calidad de Vida; en <http://www.gerontologia.com.ar/calidad.html>.
- Yuni, J.A. (1999) Optimización del Desarrollo Personal Mediante la Intervención Educativa en la Adulthood y la Vejez; Tesis Doctoral, Univ Granada, Fac Psicología.

“CARACTERÍSTICAS DEL CUIDADOR PRINCIPAL Y SU RELACIÓN CON LA PERCEPCIÓN DE SATISFACCIÓN DE NECESIDADES BÁSICAS DEL PACIENTE TERMINAL”

E. Gloria Araneda Pagliotti*

Andrea Aparicio Escobar**, Pamela Escobar Gatica**, Gabriela Huaiquivil Olate**, Karim Mendéz Astudillo**

*Licenciada en Enfermería, Magíster Enfermería Médico Quirúrgico; Profesor asociado; Dpto. Enfermería Universidad del Bío-Bío Chillán

**Enfermeras, Licenciadas en Enfermería



MAIN CARE TAKER PERSONAL CHARACTERISTICS RELATED TO THE PERCEPTION OF SATISFACTION OF BASIC NEEDS IN THE TERMINAL ILL PATIENT

ABSTRACT

Descriptive, trans-sectional, correlated study of the main caretaker (MC) for ill terminal patients, included in the Programme for Pain Allaying, Palliative Care Chillán. The study implied 170 patients, with a sample of 50 individuals. The aim was to determine the existing relationship between socio-demographic characteristics and health characteristics in MC, and the perception of satisfaction in basic needs of patient. A questionnaire prepared by the authors was applied between January and May 2004. Data processing were gathered according to Programme EpiInfo 6,0 and checked with Programme Infostast. Statistical tests of square Chi and Fisher Test were applied. The results were as follows:

62 % of the MC were around 41 years and older; 86 % of the MC were women; 52 % were single or with no steady-boyfriend or common-law-husband; 82 % were patient's relatives; 66 % of MC have financial income less to Pesos 100.000; 94 % were aware of their patient's prognosis; 80 % dedicated all their time to their patient's care; 78 % of the patients were dependant.

It was observed that the social and demographic variables and those of health when related to perception of satisfaction of basic needs had no statistical significance in this study.

Key words: Main caretaker, terminal ill patient, basic needs

RESUMEN

Estudio descriptivo, transeccional, correlacional, de Cuidadores Principales (CP) de pacientes terminales, adscritos al Programa Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos Chillán. El universo correspondió a 170 enfermos, con una muestra de 50. El propósito fue determinar la relación que existe entre características sociodemográficas y de salud del C. P. y la percepción de satisfacción de necesidades básicas del paciente. Se aplicó un cuestionario elaborado por autoras entre Enero a Mayo del 2004. Los datos fueron procesados en programa EpiInfo 6.0 y corroborados con programa Infostast, aplicándoles pruebas estadísticas de Chi cuadrado y Test de Fisher. Los resultados fueron los siguientes: 62 % se encuentra entre 41 años y más, 86 % de los CP eran

mujeres, 52 % tiene pareja, 82 % son parientes del paciente, 66 % de CP posee ingreso económico inferior a cien mil pesos, 94 % conoce el pronóstico de la enfermedad de su paciente, 80 % dedica el total de su tiempo al cuidado de su paciente y 78 % de los pacientes es dependiente.

Se observó que las variables sociodemográficas y de salud al relacionarlas con percepción de satisfacción de necesidades básicas no tienen significación estadística en este estudio.

Palabras clave: Cuidador principal, enfermo terminal, necesidades básicas

INTRODUCCIÓN

En salud, con el cambio epidemiológico de la población las prioridades del pasado, han ido quedando atrás, pasando a dar cabida a nuevas necesidades que satisfacer. Una de las enfermedades que se relaciona con este fenómeno es el cáncer, por lo que se espera que cada vez más personas lo padezcan. Se puede entender el cáncer como un descontrol en el crecimiento normal de las células. En los tejidos normales, la relación existente entre el crecimiento de células nuevas y la muerte de las células viejas se mantienen en balance. En el cáncer se ve alterada esta relación y trae como resultado una enfermedad crónica no transmisible, silenciosa, cuyos síntomas o molestias, aparecen, generalmente cuando esta ya está muy avanzada, y por ende las expectativas de vida no son muy alentadoras.

Si bien los adelantos en el campo de la medicina y la prevención son cuantiosos, el abordaje de la enfermedad oncológica desde diferentes disciplinas ha cobrado vital importancia tanto en el diagnóstico y tratamiento como en el pronóstico y evolución de la enfermedad neoplásica.

En Chile, es la segunda causa de muerte (con 18.394 fallecidos en 2001), la región del país que mayor número de muertes acumula es la metropolitana, seguido por la octava región.

Es importante mencionar que esta enfermedad no sólo afecta al individuo que es diagnosticado, sino que corresponde a un padecimiento de toda la familia, razón por la cual se hace indispensable brindar una preparación de calidad a la persona o cuidador principal que se hará cargo del paciente terminal en su hogar, quien en conjunto con el

equipo de salud ayudan a satisfacer las necesidades básicas de este paciente terminal y acompañarlo durante el difícil proceso de la enfermedad.

Considerando estos aspectos es que surge la motivación de los autores de investigar las características sociodemográficas y de salud del cuidador principal y la percepción de satisfacción necesidades básicas del paciente, ya que como miembros del equipo de salud es nuestra responsabilidad velar por el otorgamiento de una atención de calidad.

El Profesional de Enfermería tiene actualmente un rol fundamental en este sentido ya que no solo debe capacitar al cuidador principal, sino también evaluar la capacidad de éste de satisfacer las necesidades básicas del paciente terminal a su cargo.

La OMS define "cuidado paliativo" como "el cuidado global activo de aquellos pacientes cuya enfermedad no responde a un tratamiento curativo y en los que es esencial el control del dolor y otros síntomas, como atención a problemas psicológicos, sociales y espirituales, y el conseguir la mejor calidad de vida para el usuario y su familia". Por lo tanto, los cuidados paliativos corresponden a la asistencia total, activa y continuada de los pacientes y sus familias por un equipo multiprofesional cuando la expectativa médica no es la curación.

La situación de la familia de un enfermo terminal viene caracterizada por la presencia de un gran impacto emocional condicionado a la presencia de múltiples "temores" o "miedos" que se debe saber reconocer y abordar en la medida de lo posible. La muerte está siempre presente de forma más o menos explícita, así como el miedo al sufrimiento de un ser querido, la inseguridad de si tendrán un fácil acceso al soporte sanitario, la duda de si serán capaces o tendrán fuerzas para cuidarlo. El poder tener una tarea concreta en relación con el cuidado directo del enfermo es un elemento de disminución del impacto provocado por la enfermedad.

Es necesario valorar una serie de factores socioculturales que pueden afectar y condicionar la atención al enfermo: situación económica de la familia que permita asumir los costos que se generan (material de curas o comodidad, medicación, miembros de la familia que dejan de trabajar), condiciones básicas de habitabilidad y confort de la vivienda (agua caliente, calefacción, higiene, etc.);

la familia debe estar capacitada culturalmente para comprender y ejecutar las indicaciones sobre el tratamiento y cuidados.

El cuidador del enfermo terminal es figura clave en todo el proceso de atención del que se ocupa la medicina paliativa. La asignación del cuidador se hace en base a una fuerte determinación social, hacia la definición del papel de la mujer como principal proveedor de cuidados informales y también de satisfacción de las necesidades básicas,

Esta investigación está basada en la Teoría de las necesidades humanas básicas de Virginia Henderson, quien identifica 14 necesidades en las que se desarrollan los cuidados. Se observa que las 7 primeras necesidades están relacionadas con la Fisiología, de la 8ª a la 9ª con la seguridad, la 10ª relacionada con la propia estima, la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-realización. Estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrir las pero cuando de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud, es entonces cuando el cuidado paliativo se hace imprescindible para cubrir dichos requerimientos y para satisfacer dichas necesidades debe poseer los conocimientos suficientes para ello.

Las primeras siete necesidades según la teoría de V. Henderson, se refieren a las necesidades Fisiológicas, éstas se describen como las más potentes como son: respirar, dormir, hambre, sed, y otras que son menos evidentes como: gustar, sentir, ser acariciado. Estas son las más dominantes de todas, esto significa que en condiciones de extrema insatisfacción cuando varias necesidades de esta categoría son descuidadas, la motivación para satisfacerlas llega a ser predominante.

La necesidad de seguridad, se pueden agrupar en esta categoría: la estabilidad, dependencia, protección, ausencia de miedo, ausencia de ansiedad y entre otras. En el adulto se manifiesta en la búsqueda de seguridad en el trabajo, adquisición de un salario estable, seguro de salud y seguro de desempleo.

La necesidad de amor y pertenencia, la persona necesita la relación con los amigos, de tener un amor, una esposa, una familia y despliega sus ener-

gías para satisfacer estas necesidades. Esta categoría de necesidades permite comprender la importancia que algunos otorgan al vecindario y a la posesión de un terreno.

No son numerosas las investigaciones sobre el tema sin embargo Núñez JL, y col. realizaron un estudio en la Unidad domiciliaria de Cuidados Paliativos de la Asociación Española contra el Cáncer (AECC), con el objeto de valorar la calidad asistencial ofrecida, desde la óptica del cuidador principal. Los cuestionarios se enviaron a 600 familias de los enfermos fallecidos, vía carta, de ellos 250 fueron devueltos. Se concluyó que 93% considero como suficiente el número de visitas y el tiempo empleado en las mismas. Más de un 86% valoro positivamente la amabilidad tanto hacia el enfermo como a la familia. Un 97,6% considero la información a los cuidadores y al enfermo fue suficiente y un 89.2% valoro al domicilio como el mejor lugar para los últimos días.

Puertolas T, y col. realizaron un estudio en la unidad de Cuidados Paliativos del Hospital M. Server, Zaragoza, cuyo propósito fue identificar quienes eran los cuidadores principales de los pacientes terminales. De los 278 pacientes incluidos, se identificó al cuidador principal con las siguientes características: un 20.5% eran varones, 79.5% correspondían a mujeres. Según el nivel de parentesco: el cuidador fue cónyuge en 161 casos, hijas 67 casos, hijos 14 casos, padres 12 casos, hermanas 14, hermanos 2. Se concluyó que los pacientes que pueden ser atendidos en casa poseen un adecuado apoyo socio-familiar.

Martínez A, y col. realizaron un estudio, en la Unidad Oncológica de Asistencia Domiciliaria, del Hospital Universitario de San Juan, Alicante, con el objetivo de conocer cuáles eran los aspectos que mas preocupaban al cuidador principal del paciente terminal. Se obtuvieron los siguientes resultados: para los síntomas físicos: la imposibilidad para movilizarlos 28%, dolor 24%, dificultad para respirar 24%, nauseas y vómitos 16%, agitación 4%. En cuanto al aspecto social, tramites de entierro 48%, falta de apoyo 28%, situación económica 24%, entre otros. Se llegó a la siguiente conclusión la muerte, sigue siendo un tema tabú en nuestra sociedad, algo que se quiere olvidar, evitar y en todo caso, no compartir.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo- transeccional, correlacional que consideró a 170 cuidadores principales (C.P.) s. Estos debían reunir a través de fichas clínicas, los siguientes criterios: residencia exclusiva en Chillán, de ambos sexos, mayores de 18 años, ingresados al programa hasta el 15 de Enero de 2004; por lo tanto la muestra correspondió a 50 cuidadores. Se realizó una prueba piloto a ocho cuidadores principales del Programa de Pacientes Encamados del CESFAM. El cuestionario fue aplicado en visita domiciliaria y codificado, procesado a través de sistema computacional (Epi-info 6.0) y prueba estadística Chi cuadrado y Test de Fisher.

Análisis de datos

Gráfico N° 1

Los resultados obtenidos señalaron que el 72 % de los C.P. perciben que satisfacen las necesidades básicas de sus enfermos y el 28 % no la satisfacen

Tabla N° 1

En caracterización porcentual de las variables sociodemográficas de cuidadores principales se encontró que: 94 % de la muestra tenía más de 31 años, el 86 % correspondía a mujeres, el 52 % no tenía pareja y en iguales porcentajes eran hijos y con ingresos entre 51 mil y 100 mil pesos (Ingreso mínimo 100.000 pesos)

Tabla N° 2

En cuanto a las variables de salud se observa que el 80 % lo cuidaba día y noche y el 42 % de los enfermos era dependiente

Relación entre sexo y percepción de satisfacción de necesidades básicas

En tabla N° 3 no se observó significancia estadística entre las variables, sin embargo llama la atención que el 42.86 % de los varones y el 76.74 % de las mujeres percibían que estaban satisfaciendo las necesidades básicas de sus enfermos. Esto se puede deber a que la investigación es de carácter subjetivo y en ambos casos ejecutan y evalúan el cuidado que ellos mismos proporcionan

Relación entre ingreso económico y percepción de satisfacción de necesidades básicas (tabla n° 4) Los resultados obtenidos muestran que los ingre-

sos económicos para el grupo en estudio no influyen entre ambas variables, ya que para ambas categorías más de un 70% de los CP perciben satisfacer las necesidades básicas. Se debe tener en cuenta que el programa al cual están adscritos les entrega en forma gratuita la atención en cuanto a necesidades de profesionales de la salud, los medicamentos y pesquisa oportuna según necesidad de complicaciones

CONCLUSIONES

- El 72 % de CP perciben que satisfacen las necesidades básicas de sus pacientes
- El 94 % de los CP tienen más de 31 años de edad y existe un evidente predominio de mujeres, con un 86 %
- El 52 % de los CP tenían las siguientes características: sin pareja, eran hijos y con ingreso familiar entre cincuenta y uno a cien mil pesos
- Se observó que casi la totalidad (94 %) de los CP conoce el pronóstico de la enfermedad, el 80 % dedica día y noche al cuidado y de la muestra estudiada el 42 % de los enfermos son dependientes.
- Al cruzar las variables edad con percepción de satisfacción de necesidades básicas se observó que para las categorías 20-40 y 41 y más años se satisfacen en un porcentaje superior al 70%, pese a no haber significación estadística
- Al analizar sexo con la percepción de satisfacción de necesidades básicas se concluyó que las mujeres perciben que satisfacen las necesidades en un 77% aproximadamente y los varones el 57 % percibe que no las satisfacen.
- El estado civil con la percepción de satisfacción de necesidades se aprecia que los CP ya sea con pareja o sin pareja satisfacen las necesidades básicas en un porcentaje cercano a un 70%.
- En cuanto al ingreso económico y la percepción de satisfacción de necesidades básicas, esta variable no influyó en la satisfacción de necesidades, ya que los CP que poseían un ingreso económico mayor a ciento un mil pesos también satisfacen necesidades.

- El mayor número de CP (67 %) que dedica día y noche al cuidado de sus enfermos perciben que satisfacen necesidades básicas.
- Un 74.4% de los CP que cuida a enfermos dependientes percibe que satisfacen sus necesidades básicas y solo un 25.6 % percibe lo contrario para el mismo grado de dependencia

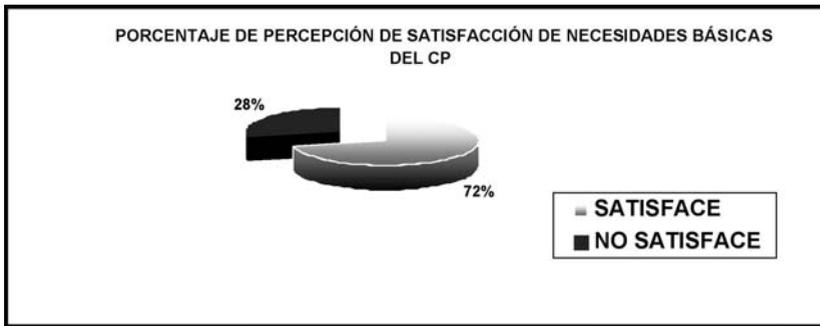
BIBLIOGRAFÍA

- ARANEDA G, (2001) El concepto de cuidar en enfermería, Proyecto fondo de desarrollo de la docencia, Facultad Cs. De la Salud y Alimentos, Chillán. 61p.
- ARRAZTOA Juan (1997) Cáncer diagnóstico y tratamiento, Publicación Téc. Mediterráneo Ltda., Santiago, Chile. 346p.
- BEERS Marck. (1999) Oncología. En su "El Manual Merck". Décima edición, Madrid, España, Editorial Harcourt, Pág. 2828.
- DICCIONARIO Mosby Poket de Medicina y Ciencias de la Salud.(1999.) Edición en español Harcourt Brace de España, Madrid España. 1998. 1 disco compact.
- ENCARTA Enciclopedia [disco compacto]. Microsoft Corporación (2000) 1 disco compact.
- FALP.(2001) Fundación Arturo López Pérez. Santiago, Chile. , Vol. 1, N°5.
- GUIA DE LA SALUD FAMILIAR(1999.) Séptima Edición. Barcelona, España. 798p.
- MARTINEZ A., LIZON J., et al. [Fecha de consulta: 18 Octubre 2003]. Aspectos que más preocupan al cuidador principal de pacientes en situación terminal en los últimos días. . [en línea]. Alicante. Disponible en Internet: <<http://www.cancer.org/>>
- MORA G. y col.(1999.) Mejoramiento de la calidad de vida del paciente oncológico terminal en la provincia de Ñuble, Hospital H. Martín hillán. Para optar al título de Téc. Universitario en Enfermería Chillan, Chile. Universidad Arturo Prat,
- NUÑEZ J.L,y col. (consulta: 18 Octubre 2003). Valoración de la asistencia paliativa domiciliaria por el cuidador principal [en línea]. De Lugo [Disponible en Internet: <<http://www.cancer.org/>>
- OMS (2003) Informe sobre la salud en el mundo, 209p.
- OPS (2001) Cuidados paliativos y bioética.,Editorial Fdo. Lolás Stpke, Vol. 1 189p.
- PARRA G. et al. (2003)Terapias complementarias y su relación con calidad de vida en usuarios adscritos al Programa Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos. Hospital H. Martín Chillan. Para optar grado de Licenciatura en Enfermería Chillán, Chile. Universidad del Bío-Bío,
- PUERTOLAS T. et al .Fecha de consulta: 18 Octubre 2003] Familiares que asumen el cuidado de pacientes oncológicos terminales. [en línea]. Servet. Zaragoza. [. Disponible en Internet: <<http://www.cancer.org/>>
- SÁNCHEZ F., et al. [Fecha de consulta: 18 Octubre 2003]. Cuidador primario y cuidados paliativos domiciliarios [en línea]. Salamanca: AECC Disponible en Internet: <<http://www.cancer.org/>>
- VIDA MAYOR. (2003) Programa del adulto mayor. Chillan, Chile, Vol. 1 n°1.
- WENK R.(2000.) Como cuidar a un familiar con cáncer. Argentina. Editorial FEMEBA. 24p.
- OPS (1996), MURPHY, MD et al, Oncología Clínica, Segunda edición., 861p.



ANEXOS

Gráfico N° 1



Fuente: “Características del cuidador principal (CP) y su relación con percepción de satisfacción de necesidades básicas del paciente terminal adscritos al programa alivio del dolor y cuidados paliativos”.

Tabla N° 1 Características sociodemográficas de la muestra

		Frecuencia	%
Edad del CP	20-30	3	6
	31-40	15	30
	41-50	16	32
	51-mas años	16	32
	Total	50	100
Sexo	femenino	43	86
	masculino	7	14
	Total	50	100
Estado civil	Con pareja	24	48
	Sin pareja	26	52
	total	50	100
Nivel / parentesco	Cónyuge	8	16
	Hijo	26	52
	Hermano	1	2
	Padre/madre	6	12
	Otro	9	18
	Total	50	100
Ingreso/económico	< 50.000 pesos	7	14
	51.000-100.000	26	52
	Mas de 101.000	17	34
	Total	50	100

Fuente: idem gráfico N°1

Tabla N° 2 Tiempo de dedicación del Cuidador Principal

		Frecuencia	%
Tiempo/ dedicación C.P.	Día y noche	40	80
	Parcial	6	12
	Noche	2	4
	Día	2	4
	Total	50	100
Grado de Autovalencia	Autovalente	11	22
	Dependiente	21	42
	Parcial/dependiente	18	36
	Total	50	100

Fuente: idem gráfico N°1

Tabla N° 3 Sexo y percepción de satisfacción de necesidades básicas

Percepción de satisfacción de necesidades básicas						
Satisface necesidades			No satisface necesidades			
Sexo	Número	Porcentaje (%)	Número	Porcentaje (%)	TOTAL	%
Femenino	33	76.74	10	23.26	43	100
Masculino	3	42.86	4	57.14	7	100
TOTAL	36	***	14	***	50	

Fuente: Ídem Gráfico N° 1

Chi-cuadrado: 3.43

N = 50

Tabla N° 4 Ingreso económico y percepción de satisfacción de necesidades básicas

Percepción de satisfacción de necesidades básicas						
Satisface necesidades			No satisface necesidades			
I. económico	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	TOTAL	
		(%)		(%)	L	%
Menor a \$100.000	24	70.6	10	29.4	34	100
Mayor a \$101.000	12	75	4	25	16	100
TOTAL	36	***	14	***	50	

Fuente: Ídem Gráfico 1

Chi-cuadrado: 0.11

N° = 50

PROBLEMAS DE ADAPTACIÓN FISIOLÓGICA EN PERSONAS CON ANGINA

Allyne Nóbrega Fortes* , Viviane Martins da Silva**

Marcos Venícios de Oliveira Lopes***

**Alumna del curso de Master en enfermería de la
Universidad Federal de Ceará*

***Licenciada en enfermería, alumna del curso de doctorado
en enfermería de la Universidad Federal de Ceará*

****Doctor en Enfermería, Profesor Adjunto del Departamento de Enfermería de la
Universidad Federal de Ceará, Fortaleza – Ceará/Brasil.*



PHYSIOLOGIC ADAPTATION PROBLEMS IN PEOPLE WITH ANGINA

ABSTRACT

In this article the common physiologic adaptation problems presented by patients with unstable angina were identified, having as a base Callista Roy's Adaptation Model. A descriptive study was carried out in a specialized hospital for cardiac diseases. The sample for the study comprised a total of 20 patients. For characterization and discussion, we used the definitions presented by Roy for each physiologic adaptation problem identified. Regarding common physiologic adaptation problems, the following were identified: Activity intolerance, Constipation, Impairment of a primary sense: vision and audition, Nutrition in excess to body requirements, Sleep deprivation, Potential sleep pattern disturbance, Hyponatremia, Disuse syndrome, Restricted mobility, Anorexia, Memory

deficit, Potential ineffective coping with allergic reaction, Stress, Oedema, Hypokalemia, Infection, Instability of Behavior and mood, and Delayed wound healing.

Key words: Unstable Angina, Adaptation, Nursing Theory.

RESUMEN

En este artículo fueron identificados los problemas comunes de adaptación fisiológica presentados por pacientes con angina inestable teniendo como base el Modelo de la Adaptación de Callista Roy. Estudio descriptivo desarrollado en un hospital de servicio especializado en enfermedades cardíacas. La muestra para el estudio fue de 20 pacientes. Para caracterización y discusión, utilizamos las definiciones presentadas por Roy para cada problema de adaptación fisiológica identificado. Con relación a los problemas comunes de adaptación fisiológica fueron identificados: Intolerancia a la actividad, Estreñimiento, Deficiencia del sentido primario: visión y audición, Nutrición mayor que las necesidades requeridas, Deprivación de sueño, Riesgo de disturbo del patrón de sueño, Hiponatremia, Síndrome del desuso, Movilidad restringida, Anorexia, Déficit de memoria, Riesgo de enfrentamiento ineficaz con reacción alérgica, Estrés, Edema, Hipocalemia, Infección, Inestabilidad de comportamiento y humor, y Cicatrización comprometida.

Palabras-clave: Angina inestable, Adaptación, Teoría de Enfermería.

INTRODUCCIÓN

Actualmente los disturbios cardíacos isquémicos vienen creciendo numéricamente a cada año. Un ejemplo de eso es que, en Estados Unidos de América, la estimativa de casos de angina varia de 6 a 16 millones, considerándose la incidencia anual de por lo menos más 150.000 nuevos casos. Tratándose de Brasil existen, por lo menos, 900.000 brasileños con angina del pecho y cerca de 18.000 nuevos casos de la enfermedad ocurriendo a cada año, teniendo en vista un total de 30 casos de angina para cada caso de infarto agudo hospitalizado en un año (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2004).

La angina es un síndrome clínico que se caracteriza por dolor o incomodidad en regiones como: tórax, epigastrio, mandíbula, hombro, dorso o miembros superiores, siendo típicamente impulsada o agravada por actividad física o estrés emocional y atenuada con uso de nitroglicerina y derivados. Ocurre debido a la disminución del flujo coronario provocado por una constricción de las arterias coronarias. Se sigue por un suministro insuficiente de oxígeno al organismo debido a la demanda aumentada por parte del miocardio que se encuentra isquémico (Robbins, Cotran & Kumar, 1996).

Además de evaluar el tipo de dolor anginoso por el cual el paciente está sufriendo, es de igual importe que el enfermero evalúe el estímulo que está ocasionando tal cuadro, la comprensión del tratamiento por el paciente y su familia, bien como el proceso de adaptación fisiológica y psicosocial de este individuo al plan de tratamiento actual y a la propia patología.

Para comprender la importancia de la evaluación del nivel de adaptación por el paciente anginoso a esta condición y al posterior tratamiento, escogimos como base teórica de este estudio el modelo de adaptación de Roy, que discute el proceso de adaptación del ser humano a las condiciones impuestas por el entorno (Roy & Andrews, 1999).

Este modelo aborda inicialmente la noción de estímulos internos (inherentes al ego del individuo) o externos, que pueden ser definidos como un incentivo del ambiente. Ambos pueden ser subdivididos en: focales, contextuales o residuales. Los

focales son aquéllos en que el individuo es confrontado prontamente. Los contextuales aparecen en la ocasión y cooperan directamente para el efecto del estímulo focal. Finalmente, los residuales son estímulos personales o ambientales que tienen sus efectos oscuros, mismo existiendo en la situación (Roy & Andrews, 1999).

El proceso de Enfermería es utilizado en el momento de la actuación del enfermero y de acuerdo con Roy, es dividido en las siguientes fases: evaluación de comportamientos; evaluación de los estímulos; diagnóstico de enfermería; establecimiento de metas, intervenciones y evaluación de las intervenciones desarrolladas (Roy & Andrews, 1999).

La etapa diagnóstica propuesta por Roy incluye tres formas diferentes de llegarse a un diagnóstico de enfermería: 1) Describiéndose el comportamiento y el estímulo focal identificados; 2) Utilizando la taxonomía de diagnósticos de la NANDA (2005); 3) Utilizando una tipología de problemas comunes de adaptación creada por la propia autora. Visando una mayor aproximación con la visión de la teórica, en este estudio fueron trabajados los problemas comunes de adaptación presentados por pacientes con angina inestable teniendo como base el Modelo de la Adaptación de Callista Roy. El estudio incluyó solamente el Modo de Adaptación Fisiológico

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo desarrollado en un hospital especializado en enfermedades cardíacas, vinculado a la red pública de salud de la ciudad de Fortaleza – Ceará – Brasil. La colecta de datos fue realizada en las unidades de internación cardiológica del referido hospital, mediante término de consentimiento aprobado por el departamento de educación continuada del hospital. Esta institución ofrece servicio a pacientes con patologías torácicas, sean respiratorias o cardíacas.

La muestra para el estudio fue definida en un total de 20 pacientes. Para inclusión en la muestra, fueron considerados los siguientes criterios: aceptar voluntariamente la participación en la investigación, de acuerdo con el término de consentimiento; presentar diagnóstico médico de angina inestable, internado en la unidad de internación

cardiológica del hospital en cuestión; estar en condiciones físicas y emocionales de contestar a las preguntas y de ser sometido al examen físico; tener edad entre 18 y 65 años.

La recogida de datos fue realizada por medio de un formulario aplicado en conjunto con un examen físico en cada paciente estudiado. El formulario fue elaborado basado en un material desarrollado para la aplicación de los Modelos Conceptuales del Proceso de Enfermería. Este guión es compuesto de preguntas específicas dirigidas al Modelo de la Adaptación de Roy, fundamentado en instrumento propuesto por Christensen & Kenney (1995). Los datos están descritos de forma conceptual y, al lado de cada problema de adaptación, es presentada la frecuencia de su ocurrencia entre paréntesis. Para caracterización y discusión, utilizamos las definiciones presentadas por Roy para cada problema de adaptación fisiológica identificado. Para cada problema de adaptación es discutido solamente el estímulo focal.

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital. Se solicitó la firma del término de consentimiento por cada participante, autorizando la obtención y la utilización de sus informaciones. Los participantes de la investigación fueron debidamente aclarados en cuanto a la finalidad del estudio, en cuanto a la importancia de su participación en el mismo, y en cuanto a la seguridad de su anonimato.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La muestra incluyó 12 hombres y 8 mujeres con edad variando de 41 a 89 años de edad, 14 eran casados y los demás solteros. Del total, 14 eran jubilados y 13 tenían a lo más 5 años de estudios. Más de la mitad (11) tenían antecedentes familiares de enfermedad cardíaca.

La mayoría de los casos de portadores de angina inestable, a ejemplo de las enfermedades cardiovasculares en general, es del sexo masculino. La distribución por edad muestra un grupo más de edad lo que confirma la tendencia de que las coronariopatías, entre ellas la angina inestable, se vuelven más presentes en personas más de edad. La presencia del compañero puede servir como apoyo durante el proceso de enfrentamiento de la enfermedad, de internamiento, en el incentivo en el

cambio del estilo de vida no saludable, en el control de los factores de riesgo, en el compañerismo, en el alivio del estrés. El grande número de jubilados es explicable por cuenta de la edad avanzada de los mismos. Esta jubilación significó para muchos de éstos el inicio de una vida sedentaria. Estos jubilados normalmente no practicaban actividad y ni poseían fuente de ocio, lo que deteriora no solo el físico como también el psíquico de estas personas.

Fueron identificados siete factores de riesgo para enfermedades cardíacas que incluyen: hipertensión (9), tabaquismo (5), hipercolesterolemia (4), menopausia (4), accidente vascular cerebral (2), diabetes mellitus (1) y etilismo (1). Entre los factores de riesgo se destaca la hipertensión arterial que afecta diversos componentes del modo de adaptación fisiológica, y su control es fundamental para la efectivación de las respuestas de adaptación. Es importante resaltar que el tabaquismo aún está muy presente en el grupo, presentado por 5 personas de la muestra lo que demuestra que algunos pacientes tienen la dificultad de modificar antiguos hábitos de vida que perjudican su condición de salud. Mientras tanto, factores como etilismo y diabetes están en un margen pequeño de esta muestra.

Con relación a los problemas comunes de adaptación fisiológica identificados, lo más frecuente fue la Intolerancia a la actividad (11) que es definido por Roy como siendo el Estado en el cual el individuo tiene energía fisiológica y psicológica insuficiente para soportar o completar las actividades diarias requeridas o anheladas (Roy & Andrews, 1999). Registramos relatos de debilidad e indisposición para hacer ejercicios o mismo actividades diarias, incomodidad y disnea a los esfuerzos. El estímulo focal identificado para este problema fue la baja oxigenación del músculo cardíaco que no consigue corresponder a la demanda durante una actividad que exija más esfuerzo.

Seguido a ese problema observamos la presencia del problema Estreñimiento en mitad de la muestra (10). Es definida como una condición en la que la materia fecal en el intestino es muy dura para pasar con facilidad por el trato intestinal, o un estado en que los movimientos de intestino son poco frecuentes y que síntomas incómodos ocu-

ren. Para la teórica, está clínicamente definido como menos de tres movimientos de intestino por semana (Roy & Andrews, 1999). El estímulo focal identificado para el estreñimiento fue el reposo en el lecho normalmente prescrito a estos pacientes, disminuyendo así su actividad y movilidad lo que dificulta el peristaltismo del tubo digestivo.

Algunos pacientes relataron hacer uso constante de laxativos mismo en casa para conseguir evacuar con eficiencia. Los pacientes describieron dolor a la evacuación, volumen de heces disminuido, esfuerzo para evacuar, frecuencia disminuida, heces duras y secas. Una dieta rica en fibras y líquidos puede ayudar a estimular la motilidad gastrointestinal. Cuando el estreñimiento se desarrolla, las medidas terapéuticas podrían incluir emolientes fecales, laxativos, supositorios y enemas (Smeltzer & Bare, 2002).

Los problemas comunes de adaptación deficiencia del sentido primario: visión (6) y audición (6) no son directamente definidos por Roy, mientras la autora afirma que los mismos son congruentes con el diagnóstico de enfermería Trastorno de la percepción sensorial: auditiva y visual, presentes en la taxonomía de la NANDA (Roy & Andrews, 1999; NANDA, 2005). El estímulo focal para estos problemas fue identificado como la edad, es decir, no hubo influencia directa de la angina en el establecimiento de éstos dos problemas de adaptación.

El tercero más frecuente problema encontrado fue la Nutrición mayor que las necesidades requeridas (07). Este problema es definido como el estado en el cual la persona presenta o está en riesgo de presentar un consumo de nutrientes que exceden las necesidades metabólicas (Roy & Andrews, 1999). Estos pacientes tiene como ingestión típica una cantidad excesiva de carbohidratos, gorduras, sal, café, refrescos, mismo ya habiendo sido anteriormente prescrita dieta hiposódica, hipocalórica y la eliminación del consumo de café y de refrescos.

Otro problema común identificado fue Deprivación de sueño, observado en 6 personas de la muestra. Este problema de adaptación no está directamente definido por Roy, mientras, la teórica sugiere que el mismo tiene definición equivalente al diagnóstico de mismo nombre presentado en la taxonomía de la NANDA. Este diagnóstico es definido como períodos prolongados de tiempo sin

sueño (suspensión natural y periódica del estado de conciencia relativa) (NANDA, 2005). Asociados a esto fueron referidos somnolencia durante el día, cansancio, letargo. Algunos pacientes hacen uso de medicación soporífera para lograr reposar durante la noche por cuenta del ambiente hospitalario, extraño e impersonal que actúa como estímulo focal para este tipo de alteración.

Semejante a éste, encontramos Riesgo de deterioro del patrón de sueño (5), identificado por varios despertares durante la noche, dificultad para dormir y sueño superficial. Este problema de adaptación es definido por Roy como estar en riesgo de presentar alteraciones en los procesos de relajamiento y renovación de energía para actividades futuras (Roy & Andrews, 1999). El estímulo verificado para esta alteración es la tensión debido su estado de salud caracterizado por miedo, ansiedad, añoranza del lar y de la familia.

Verificamos el problema Hiponatremia (5), definido como niveles séricos de sodio inferiores a 136mEq/l lo cual produce mayor excreción de agua por la orina (Roy & Andrews, 1999). Las principales causas de esta alteración son: terapia diurética prolongada, quemaduras excesivas, sudoresis excesiva, vómitos prolongados, diarrea y nefropatía, ingestión compulsiva de agua, anorexia, alcoholismo, insuficiencia adrenal (Guyton & Hall, 1998). El estímulo focal identificado fue la prolongada terapia diurética para control de la presión arterial en estos pacientes.

Identificamos también el problema de adaptación denominado Síndrome del desuso (5) del análisis de la habilidad del sujeto en ejecutar su propia alimentación, higiene corporal, higiene íntima, movilidad en el lecho, vestirse, arreglarse y en la movilidad general. Este problema es definido por Roy como Efectos negativos potenciales de actividad física disminuida, particularmente cuando impuestas por restricciones médicas (Roy & Andrews, 1999). Segundo la orientación de la teórica, este problema incluye todos los tipos de déficit de autocuidado. Constatamos que todos los pacientes poseían habilidad en por lo menos una de las funciones, siendo que los que tenían más necesidad de auxilio, hacían uso de asistencia o supervisión. Apenas uno hacía uso de equipo de auxilio en la Deambulacion, debido a amputación.



Movilidad restringida (5) fue observada en algunos pacientes que, por motivos específicos tenían problemas de locomoción. Roy define este problema común de adaptación como reducción en los procesos básicos de vida para actividad por medio de los cuales una persona se mueve o es movida (Roy & Andrews, 1999). Entre los hallazgos había amputación de los dedos de los dos pies debido a diabetes, fractura expuesta en miembro inferior, hematoma extenso y dolorido en miembro inferior y edad avanzada con andar claudicante característico.

La Anorexia (4) significa pérdida o disminución acentuada del apetito provocada por afecciones de origen digestivo, metabólico, endocrino o psíquico. Esta alteración tuvo como estímulo focal los cambios entre los condimentos utilizados en casa y los del hospital, llevándose en cuenta que hay pacientes que no hacen la dieta hiposódica e hipocalórica prescritas. Para mejorar el apetito del paciente, el enfermero debe identificar e incluir las preferencias alimentares del paciente, cuando adecuadas, en la dieta terapéutica prescrita (Roy & Andrews, 1999; Smeltzer & Bare, 2002).

El déficit de memoria (4) fue relatado por los propios pacientes como lapsos de memoria reciente. La definición de este problema de adaptación se basa en la disminución de la habilidad para procesar una experiencia por almacenamiento y recuperación de la información (Roy & Andrews, 1999). Esta alteración es común y está íntimamente rela-

cionada al avanzar de la edad y tiene como estímulo focal las alteraciones en los niveles de la presión arterial y en la estructura del endotelio vascular comprometiendo la circulación cerebral.

Con una baja frecuencia, identificamos el problema de adaptación Riesgo de enfrentamiento ineficaz con reacción alérgica (4). Este problema es definido por Roy como un tipo de respuesta inmune en grado exagerado que reconoce moléculas extrañas al organismo y actúa para inactivarlas o destruirlas ocasionando reacciones extremas del organismo (Roy & Andrews, 1999).

Estrés (4) fue también verificado en algunas personas de la muestra, siendo evidente, ya que vivimos en una a sociedad moderna y dinámica. Para Roy, estrés se refiere a la transacción entre las demandas ambientales requeridas para adaptación y los procesos de enfrentamiento reguladores y cognoscitivos individuales (Roy & Andrews, 1999).

A causa de la globalización de la sociedad, con la consecuente competitividad y estilos de vida modernos y acelerados, los brasileños están menos protegidos de los factores de riesgo para la salud, asociados a enfermedades cardiovasculares. En los últimos años, evidencias han sido acumuladas acerca de la influencia que el estrés tiene sobre el desarrollo de disturbios coronarios y estudios recientes han demostrado una asociación entre estrés y la manifestación de estas enfermedades. Esto se da a través de la interrelación entre estrés y manifestaciones de orden físico y emocional. Estrés relacionado a un estilo de vida agitado, posiblemente está surgiendo como lo más nuevo y mayor riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares (Franco, Barros, Nogueira-Martins & Michel, 2003).

El problema Edema (3) es caracterizado como la excesiva retención de agua intercelular y la acumulación de líquidos en el espacio intersticial (Roy & Andrews, 1999). El edema puede resultar de anomalías vasculares y condiciones sistémicas. En algunos pacientes tuvo asociación con déficit del retorno venoso o alteraciones hidroelectrolíticas.

La Hipocalemia (3) es descrita por niveles séricos de potasio inferiores a 3,5 mEq/l. Puede tener como causas: terapia diurética prolongada, vómi-

tos prolongados, diarrea, sudoresis intensa, defectos tubulares renales, anorexia, alcoholismo agudo, entre otras. El potasio influencia las actividades de los músculos esqueléticos y cardíacos. Su alteración puede provocar cambios en la irritabilidad y en el ritmo del miocardio. En el caso de los pacientes de este estudio el estímulo focal fue la poliuria, normalmente causada por el uso de diuréticos en el tratamiento de la hipertensión. Pacientes incapacitados o maldispuestos, por un largo período, en ingerir una dieta normal, se encuentran en riesgo de Hipocalemia, ocurriendo con más frecuencia en las personas de edad debilitadas o con anorexia nerviosa. Como prevención, la ingestión de alimentos ricos en potasio debe ser encorajada a través de la educación en salud (Roy & Andrews, 1999; Smeltzer & Bare, 2002).

En cuanto a los problemas comunes de adaptación: Infección (1), Inestabilidad de comportamiento y humor (1), y Cicatrización comprometida (1), no encontramos asociación plausible con la angina. Afectó cada uno solamente un paciente siendo consideradas alteraciones de carácter individual con calidades particulares a cada paciente. La alteración infección estaba relacionada a un caso de neumonía por *Staphylococcus aureus*, presentando secreción purulenta y fiebre. El caso de comportamiento inestable, la paciente refería nerviosismo, agresividad y hacía uso de benzodiazepínico para control de esas actitudes. Finalmente, con referencia con la cicatrización comprometida, verificamos una úlcera en el miembro inferior izquierdo de un paciente con dificultad de cicatrización por cuenta de diabetes. Estos problemas de adaptación no son directamente definidos por Roy en su libro, mientras, apunta para la posibilidad de utilizarse las definiciones de los diagnósticos enfermeros que componen la taxonomía de la NANDA: Riesgo de infección, afrontamiento defensivo y protección inefectiva.

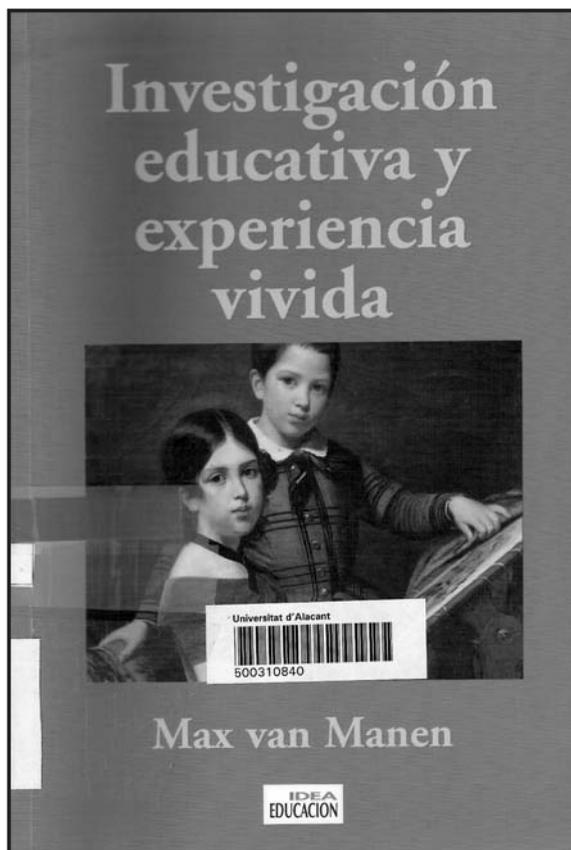
El problema de adaptación Dolor agudo, común entre los pacientes con angina y relatado en otros estudios (Lopes & Araujo, 1998; Lopes & Araujo, 1999) no fue verificado en esta investigación, probablemente porque los pacientes examinados estaban internados hacía más de una semana, bajo efecto de las medicaciones prescritas para alivio de los síntomas de la angina.

BIBLIOGRAFÍA

- CHRISTENSEN, P.J. & KENNEY, J.W. (1995). *Nursing Process: Application of Conceptual Models*. Mosby, Missouri.
- FRANCO G.P., BARROS A.L.B.L., NOGUEIRA-MARTINS L.A. & MICHEL J.L.M. (2003). Stress influence on genesis, onset and maintenance of cardiovascular diseases: literature review. *Journal of Advanced Nursing* 43: 548-554.
- GUYTON A.C. & HALL J.E. (2004). *Tratado de fisiología médica*. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro.
- LOPES, M.V.O. & ARAÚJO, T.L. (1998). Diagnóstico de enfermagem de ordem física em mulheres com angina pectoris. *Rev RENE* 1:14-22
- LOPES, M.V.O. & ARAÚJO, T.L. (1999). Problemas comuns de adaptação fisiológica em mulheres com angina pectoris. *Cogitare Enfermagem* 4:7-14.
- NANDA (2005). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA*. Artmed, Porto Alegre.
- ROBBINS, S.L., COTRAN, R.S. & KUMAR, V. (2003). *Fundamentos de patologia estrutural e funcional*. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro.
- ROY, C. & ANDREWS, H.A. (1999). *The Roy Adaptation Model*. Appleton & Lange, Stamford.
- SMELTZER, S.C. & BARE, B.G. (2002). *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (2004). Diretrizes de doença coronariana crônica angina estável. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 83: suplemento 2.

MISCELÁNEA

BIBLIOTECA COMENTADA



Título: “Investigación educativa y experiencia vivida”. Ciencia humana para una pedagogía de la acción y la sensibilidad”

Autor: Max Van Manen

Editorial: IDEA Educación

La formación del autor en pedagogía y su influencia por las tradiciones filosóficas alemanas y holandesas han favorecido su preocupación por las ciencias humanas considerando la importancia de crear modelos interpretativos como una manera de poder entender mejor a los seres humanos a partir de su realidad experien-

cial. Dirigido a investigadores en campos profesionales como de la educación, enfermería, psiquiátrica, psicología etc..

En Investigación educativa y experiencia vivida el autor pretende ofrecer un método que facilite prestar atención a las experiencias vividas de forma tan imparcial como sea posible. No ofrece un método fenomenológico hermenéutico basado en procedimientos, si no que más bien su método requiere y exige la capacidad de ser reflexivo, intuitivo, sensible al lenguaje y constantemente abierto a la experiencia.

M^a Carmen Solano Ruiz

