

CULTURA DE LOS CUIDADOS

REVISTA DE ENFERMERIA Y HUMANIDADES

1^{er}. Semestre 2007 • Año XI - N.º 21

EDITORIAL

- *A contribution about phenomenology and nursing care*

FENOMENOLOGÍA

- *La enfermedad no entiende de vacaciones.*
- *Vivencias de una estancia hospitalaria*
- *Acercándonos a la familia a pesar del cristal*

HISTORIA

- *El origen fenomenológico del “cuidado” y la importancia del concepto de tiempo en la historia de la Enfermería*

ANTROPOLOGÍA

- *Actitud y adaptación maternal en el embarazo*
- *Enfermería en la sociedad: relación teoría/práctica*
- *Pervivencia de métodos de curación populares en un sistema de cuidados moderno*
- *Relato biográfico de una joven con anorexia*

TEORÍA Y MÉTODO

- *Priorización de los valores enfermeros. Estudio de un distrito sanitario de Sevilla*
- *La disciplina enfermera: epicentro de los errores clínicos*
- *Modelo de simulación alternativo para la realización de prácticas clínicas de enfermería: película cinematográfica*

MISCELÁNEA

- *Biblioteca comentada*



CONSEJO DE
ENFERMERÍA
DE LA COMUNIDAD
VALENCIANA

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



ASOCIACIÓN NACIONAL DE
HISTORIA Y ANTROPOLOGÍA
DE LOS CUIDADOS

SUMARIO

DIRECCIÓN

José Siles González

SUBDIRECCIÓN

Luis Cíbanal 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.)

Taka Oguiso (Brasil)

Genival Fernandes de Freitas (Brasil)

Asesor Enfermería Militar: Capitan J. Fco. Montes Jiménez

CONSEJO DE REDACCIÓN

SECRETARÍA

Elena Ferrer Hernández *ferrer_ele@gva.es*

Telf.: 966989085

REDACTOR ELECTRÓNICO

Francisco Calatayud Menor

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

José Ramón Martínez Riera

RELACIONES INTERNACIONALES

Maribel Sanz Quintero

M^a José Muñoz Reig

Adrián S. Morse

*Cultura de los Cuidados. Revista socio-**fundadora del Consejo de Editores de**Revistas de Enfermería Iberoamericanas.**Cultura de los Cuidados está incluida en**las bases de datos: BDIE, ENFISPO,**EBSCO, PUBLISHING, CUIDATGE,**CUIDEN CINHAL y emerotecas digitales**como: Cantárida y RUA (repositorio**Institucional Universidad de Alicante)**Coordinadora RUA. Ana L. Noreña*

SUSCRIPCIONES: Consejo de Enfermería de

la Comunidad Valenciana (CECOVA)

C/. Xàbia, 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.e.u.a.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

EDITORIAL

- A contribution about phenomenology and nursing care** 5
GENIVAL FERNANDES DE FREITAS

FENOMENOLOGÍA

- La enfermedad no entiende de vacaciones.**
Vivencias de una estancia hospitalaria 11
CANDELA BONILL DE LAS NIEVES, CESAR HUESO MONTORO

- Acercándonos a la familia a pesar del cristal** 16
BEATRIZ LLORENS MIRA

HISTORIA

- El origen fenomenológico del “cuidado” y la importancia**
del concepto de tiempo en la historia de la Enfermería 19
JOSÉ SILES GONZALEZ, CARMEN SOLANO RUIZ

ANTROPOLOGÍA

- Actitud y adaptación maternal en el embarazo** 28
PABLO JESÚS MOLINERO RUBIO, JAVIER MORALES ELICHE,
LUIS VEGA CABEZUDO, JORGE MONTORO MARTÍNEZ,
MANUEL LINARES ABAD, CARMEN ÁLVAREZ NIETO

- Enfermería en la sociedad: relación teoría/práctica** 33
ÁNGELA SANJUÁN QUILES

- Pervivencia de métodos de curación populares**
en un sistema de cuidados moderno 40
RAFAEL VILLAR DÁVILA, CARMEN PULIDO CARRASCOSA,
CARMEN JIMÉNEZ DÍAZ, ALFONSO CRUZ LENDÍNEZ,
PEDRO GARCÍA RAMIRO

- Relato biográfico de una joven con anorexia** 47
HERMELINDA ÁVILA ALPIREZ, SUSANA MEZA GUEVARA,
ARTURO ÁVILA ALPIREZ, GUSTAVO GUTIÉRREZ SÁNCHEZ,
M^a. ANTONIA HERNÁNDEZ SALDIVAR, LAURA VÁZQUEZ GALINDO

TEORÍA Y MÉTODO

- Priorización de los valores enfermeros. Estudio**
de un distrito sanitario de Sevilla 55
M^a. DOLORES GUERRA MARTÍN

- La disciplina enfermera: epicentro de los errores clínicos** 63
MYRIAM FERNÁNDEZ MARTÍN

- Modelo de simulación alternativo para la realización**
de prácticas clínicas de enfermería: película cinematográfica 73
LUIS SUÁREZ QUIROS, COVADONGA RAMÓN LAVANDERA

MISCELÁNEA

- Biblioteca comentada** 89

ESTRUCTURA DE LA REVISTA Y NORMAS DE PUBLICACIÓN



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

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

PRESENTACIÓN DE LOS TRABAJOS

- Estructura del manuscrito: En la primera página figurará el título del artículo seguido del nombre de los autores (no más de 6), su rango académico o profesional y la dirección de contacto del primer autor con su correo electrónico; en la segunda página, un resumen del trabajo no superior a 200 palabras y las palabras claves consultadas; las siguientes páginas incluirán el contenido del artículo evitando poner subíndices y notas al pie de página, con una extensión no superior a los doce folios; la última página estará dedicada a la bibliografía.
- El sistema de citas adoptado en la revista está de acuerdo a la normativa Harvard-APA: en el texto sólo aparecerá el apellido y la fecha del autor entre paréntesis, ej: (López,1998). La bibliografía consultada al final del artículo no llevará numeración y quedará ordenada alfabéticamente por el apellido del autor ej:

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

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

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

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

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

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

EDITORIAL

UMA CONTRIBUIÇÃO ACERCA DA FENOMENOLOGIA E DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Genival Fernandes de Freitas

Enfermeiro. Advogado. Professor Doutor do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Brasil)

1. BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DO SURGIMENTO DA FENOMENOLOGIA

Visando estabelecer um método de fundamentação da ciência e da constituição da filosofia como ciência rigorosa, a fenomenologia se define como uma “volta às coisas mesmas”, isto é aos fenômenos, aquilo que aparece à consciência, que se dá como seu objeto intencional.

O vocábulo Fenomenologia provém do grego “phainomenon”, ou seja, fenômeno, para significar aquilo que se mostra por si mesmo e pelo termo “Logos”, que seria tratado ou discurso. Assim, do ponto de vista hermenêutico, a fenomenologia é um ramo da filosofia para o qual não se pode compreender o ser humano e o mundo senão a partir de sua vivência, do seu contexto vida, por meio da interrogação sobre si mesmo, o mundo vida e sua existência nele.

A Fenomenologia surgiu com com Edmund Husserl (1859 – 1938), em fins do século XIX e início do século XX, que a concebeu como uma filosofia, um enfoque e um método. Alguns seguidores e críticos dos pressupostos husserlianos de maior destaque foram: Martin Heidegger, Merleau-Ponty, Paul Ricoeur e Alfred Schütz.

A essência é aquilo que faz com que uma coisa seja o que é e não outra coisa. A Fenomenologia é uma ciência eidética descritiva, compreensiva e não explicativa, porque busca compreender o fenômeno. Este precisa ser intuído e não apenas descoberto, tendo em vista que todo fenômeno tem a forma e possui, necessariamente, uma essência, algo que o caracteriza como é. Para Husserl, a essência é encontrada a partir das vivências intencionais dos indivíduos (Capalbo, 1996).

Sendo assim, os fenômenos do vivido humano são constituídos de significados que são construídos pelos próprios homens, e recorrem ao processo de compreensão. O mundo é produto da atividade do próprio sujeito, que mediante o ato da consciência usa a intenção para transformar as coisas, e por isso esse mundo é chamado de mundo subjetivo (Capalbo, 1996).

Nesse processo de compreensão de si, do outro e do meio em que vive, o homem vive a sua consciência do mundo e dos fenômenos. Para Husserl, o homem é sempre situado no e face ao mundo, que se apresenta perante à consciência tal como é e não só para ser conhecido e compreendido, todavia para possibilitar a transformação de algo pela ação, a qual se reveste sempre de uma intencionalidade do sujeito que age. Assim, para Husserl, há uma relação entre consciência e intencionalidade, em que a primeira é dirigida a alguma coisa e a segunda reveste-se do interesse em conhecer e desvelar algo como resultado da uma interrogação. Nesse sentido, a consciência é consciência intencional orientada pela vivência do indivíduo (Leopardi, 2001).

Em Sociologia, particularmente através dos textos de Alfred Schutz, Fenomenologia Social é o estudo dos modos como as pessoas vivenciam diretamente o cotidiano e imbuem de significado as suas atividades (teoria da motivação). Assim, os fenomenólogos têm dado prioridade à descrição da experiência de vida humana cotidiana. Para Bottomore & Outhwaite (1996), as pesquisas fenomenológicas, em geral, não têm a intenção de produzir afirmações factuais, mas sim, reflexões filosóficas não-empíricas ou transcendentais sobre o

conhecimento, percepção e atividades humanas, como ciência e cultura.

2. FENOMENOLOGIA E POSITIVISMO

A Fenomenologia surgiu como um movimento acadêmico e filosófico contrário ao positivismo de Augusto Comte (1798 – 1857), que considerava que a ciência devia ser orientada por um sistema de proposições e de procedimentos que permitissem a construção de teorias e experimentos. Assim, contrariamente à idéia de universalidade e generalização, a fenomenologia enfatiza as experiências humanas como vivência única para cada indivíduo. Ao contrário do princípio da previsibilidade ou controle, os fenomenólogos propugnam que a experiência humana é imprevisível. Na fenomenologia, busca-se desvelar a essência do fenômeno, mediada pelo elemento histórico, enquanto no positivismo os fatores históricos e sociais não são considerados relevantes. Com isso, no método positivista ou objetivo, delimitam-se os fatos com controláveis, ao passo que no método fenomenológico ou subjetivo, preocupa-se com o que está ocorrendo, ou seja, com as intencionalidades e com aquilo que o outro quer dizer.

O empirismo demonstra que não há outra fonte de conhecimento senão a experiência e sensação, pautadas na máxima: “nada se encontra no espírito que não tenha, antes, estado nos sentidos”. O empirismo opõe á tese do racionalismo a antítese que diz: “a única fonte do conhecimento humano é a experiência”. Assim, não há qualquer patrimônio a priori da razão. A consciente cognoscente não tira os seus conteúdos da razão; tira-os exclusivamente da experiência (Hessen, 1987; Japiassu & Marcondes, 1993).

Diferentemente do positivismo, na Fenomenologia buscam-se experiências que os sujeitos vivenciam, mediante os sentidos, lembranças de quando e como o fenômeno se lhes apresentam na experiência. Para Boemer (1994), o investigador deve buscar nas descrições o invariante, o que permanece, aquilo que aponta para o que o fenômeno é, não o explicando, todavia, descrevendo-o tal como é.

O conceito de intencionalidade é um pressuposto teórico fundamental da fenomenologia, definindo a própria consciência como intencional,

como voltada para o mundo: “toda consciência é consciência de alguma coisa”. A Fenomenologia pretende ao mesmo tempo combater o empirismo e o psicologismo e superar a oposição entre realismo e idealismo (Japiassu & Marcondes, 1993).

3. FENOMENOLOGIA E ENFERMAGEM

Nossa formação, enquanto enfermeiro (há quase vinte anos), foi pautada no modelo positivista das ciências naturais, no qual têm maior enfoque a condição biológica do ser humano e os procedimentos técnicos voltados para a prática da enfermagem. Entretanto, no decorrer da nossa experiência profissional, percebemos que a enfermagem também abrange outras perspectivas, sendo que uma delas era a de estar-sendo-com-o-outro, que compreende a pessoa na sua situação de estar doente, tendo como pano de fundo o cenário da suas vivências e experiências prévias. Assim, ao pensar em enfermagem na ótica fenomenológica, o enfermeiro pode perceber novas perspectivas e voltar-se para seus questionamentos e condutas, na busca da interpretação do modo de ser mesmo e do modo de ser das pessoas que se encontram doentes.

A relação entre Fenomenologia e Enfermagem se desvela de grande importância quando se busca compreender a relação entre tempo e acontecimentos. Nessa direção, os filósofos gregos utilizaram o vocábulo *kairós* para referir-se à importância do momento, do tempo que requer cada coisa. Nessa direção, Siles (1999) pontua que segue existindo um *kairós* para satisfazer cada uma das necessidades humanas e, em um contexto social e, portanto, o seu significado vai além de mero presente. Assim, por exemplo, a experiência de uma doença não se esgota no momento que o indivíduo a vivencia, todavia constitui-se todo um fenômeno que vai projetar-se boa parte de sua vida e alguns casos vai acompanhar o indivíduo durante toda a sua existência. É tal a densidade desse momento (experiência), que gera um tempo de dúvidas e incertezas, de onde brotam os sentimentos, as lembranças, expectativas e exige (re)planejamento de um estilo de vida, que pode ser catalogado como todo um acontecimento no plano pessoal e familiar e, como tal, deve entender-se por aqueles profissionais responsáveis de compartilhar os instantes tão carregados de significados.

A relação entre Fenomenologia e Enfermagem também se mostra através do significado do termo *kairós*, que desde a antiguidade foi utilizado pelos gregos para interpretação do instante, do momento, como algo mais que mero presente, procurando demonstrar que o presente não era unicamente uma ponte entre o passado e o futuro. Assim, ao valorizar cada *kairós*, a fenomenologia valoriza a importância do momento, do tempo e da vivência, considerando que há um tempo para cada coisa.

Para Burke (2005), muitos historiadores, especialmente os empiristas ou positivistas, padecem da enfermidade da literalidade interpretativa. Muitos deles trabalham com os documentos históricos como se fossem transparentes, prestando pouca ou nula atenção à sua retórica. Muitos deles avaliam certas ações humanas como meros rituais, símbolos, assuntos sem importância. Em contrapartida, os historiadores culturais, iguais aos antropólogos culturais, têm demonstrado as debilidades do enfoque positivista. Assim, a história cultural assume, atualmente, um vasto repertório de objetos: imagens, ferramentas, casas e símbolos, não se limitando em descrever os equivalentes populares das artes e das ciências: música popular, medicina popular, etc. Nessa perspectiva, a cultura dos cuidados encontra-se inserida no contexto da história cultural, merecendo mais atenção de estudiosos da enfermagem acerca do desenvolvimento histórico da tríade: cuidados, saúde e doença, nos diferentes momentos (*kairós*) e culturas.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Fenomenologia reporta-se aos modos infinitáveis de ser, articulando-se ao âmbito da existência. Não se trata de teoria, mas é uma atitude, uma postura, um modo de compreender o mundo (Critelli, 1996). Corroborando essa perspectiva, entende Capalbo (1996) que a atitude fenomenológica nos convida a deixar as coisas aparecerem com suas características próprias, como elas são, deixando a essência se manifestar na consciência do sujeito, como o intuito de não transformar, não alterar a originalidade dos fenômenos.

A Enfermagem se aproxima, conscientemente ou não das ciências humanas, ao compreender que o fenômeno saúde-doença não pode continuar sendo analisado isoladamente da pessoa que o

vivencia, concretamente. Assim, as interações entre enfermeiros-pacientes devem priorizar os valores, respeitando sentimentos e comprometendo-se com o bem estar de quem recebe o cuidado. Desse modo, podem ser estabelecidas relações mais autênticas, sendo-com-o-outro, buscando novos significados, a partir do que é vivenciado pela pessoa e sujeito ativo do cuidado de enfermagem (Silva, Damasceno, Moreira, 2001).

Em suma, a Fenomenologia poderá nos ajudar, enquanto profissionais de enfermagem, a olhar para o cuidado em uma condição existencial, aproximando-nos da compreensão do encontro fenomenológico entre a pessoa que é cuidada e a de quem cuida. Assim, abrem-se possibilidades de compreensão do homem em sua totalidade existencial, numa dada sociedade que tem sua história inserida numa cultura situada. O cuidar, portanto, encontra-se inserido na dimensão do existir num mundo que ao mesmo tempo é complexo e singular, visualizando que “os modos de como cuidar” não se esgotam.

REFERÊNCIAS

- Boemer MR.(1994) A condução de estudos segundo a metodologia de investigação fenomenológica. *Rev Latino-am 2* (1): 83-94.
- Bottomore T & Outhwaite W. (1996) *Dicionário do Pensamento Social do Século XX*. Rio de Janeiro (Brasil): Jorge Zahar Editor.
- Burke P. (2005) *Qué es la historia cultural?* Barcelona: Paidós.
- Capalbo C.(1996) *Fenomenologia e ciências humanas*. Londrina: Ed. UEL.
- Critelli DM. (1996) *Análítica do sentido: uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica*. São Paulo (Brasil): EDUC/ Brasiliense.
- Hessen J. (1987) *Teoria do conhecimento*. Coimbra (Portugal): Ed Amado.
- Japiassu H & Marcondes D. (1993) *Dicionario básico de Filosofia*. Rio de Janeiro: Editora FGV.
- Leopardi MT et al.(2001) *Metodología da pesquisa na saúde*. Santa Maria (RS): Pallotti.
- Siles J G. (1999) *Historia de la enfermería*. Alicante: Aguaguara.
- Silva LF, Damasceno MMC, Moreira RVO. (2001) *Contribuição dos estudos fenomenológicos para o cuidado de enfermagem*. *Rev Bras Enferm*, jul-set 54 (3): 475-81.

EDITORIAL

A CONTRIBUTION ABOUT PHENOMENOLOGY AND NURSING CARE

Genival Fernandes de Freitas

*RN. Lawyer. PhD. Faculty, Department of Professional Orientation,
University of São Paulo School of Nursing (Brazil)*

1. THE EMERGENCE OF PHENOMENOLOGY: A SHORT CONTEXTUALIZATION.

With a view to establishing a method on which to base science and constitute philosophy as a rigorous science, phenomenology is defined as a “return to the things themselves”, that is to the phenomena, something that appears to our awareness, as its intentional object.

The word Phenomenology comes from the Greek “phainomenon”, that is, phenomenon, and indicates something that appears in itself, and from the word “Logos”, meaning treaty or discourse. Hence, from a hermeneutical viewpoint, phenomenology is a branch of philosophy for which the human being and the world can only be understood based on their experience, on their life context, by questioning themselves, the life world and their existence in it.

Phenomenology emerged with the ideas of Edmund Husserl (1859 – 1938), at the end of the 19th and the start of the 20th century. He conceived it as a philosophy, a focus and a method. Some of the most important followers and critics of Husserl’s premises were: Martin Heidegger, Merleau-Ponty, Paul Ricoeur and Alfred Schütz.

The essence is what makes a thing what it is and not something else. Phenomenology is a descriptive eidetic, comprehensive and not explicative science, because it tries to understand the phenomenon. The phenomenon should be known by intuition and not just discovered, as any phenomenon has the form of and necessarily contains an essence, something that characterizes it as it is. According to Husserl, the essence is found based on people’s intentional experiences (Capalbo, 1996).

Thus, the phenomena of human experience consist of meanings that are constructed by men themselves, and resort to the process of comprehension. The world is a product of the subject’s activity who, through the act of conscience, uses the intention to transform things, and that is why this world is called subjective world (Capalbo, 1996).

In this process of understanding himself, the other and the world he lives in, man lives his awareness of the world and the phenomena. According to Husserl, man is always located in and in view of the world, which appears to his awareness as it is and not just to be known and understood, but to make it possible to transform something by action, which always includes an intentionality of the subject who acts. Thus, according to Husserl, there exists a relation between awareness and intentionality, in which the former is directed at something and the latter takes interest in getting to know and unveiling something as a result of an inquiry. In this sense, awareness is intentional awareness guided by the individual’s experience (Leopardi, 2001).

In Sociology, particularly through the texts by Alfred Schutz, Social Phenomenology is the study of the ways in which people directly experience daily reality and imbue their activities with meaning (motivation theory). Thus, phenomenologists have prioritized the description of daily human life experience. According to Bottomore & Outhwaite (1996), phenomenological research generally does not intend to produce factual assertions, but non-empirical or transcendental philosophical reflections about knowledge, per-

ception and human activities, such as science and culture.

2. PHENOMENOLOGY AND POSITIVISM

Phenomenology emerged as an academic and philosophical movement opposed to the positivism of Auguste Comte (1798 – 1857), who considered that science should be guided by a system of propositions and procedures that would allow for the construction of theories and experiments. Against the idea of universality and generalization, phenomenology emphasizes human experiences as being unique for each person. As opposed to the principle of forecastability or control, phenomenologists advocate that human experience is unforeseeable. Phenomenology tries to unveil the essence of the phenomenon, mediated by the historical element. In positivism, on the other hand, historical and social factors are not considered relevant. Thus, in the positivist or objective method, facts are delimited as controllable, while the phenomenological or subjective method is concerned with what is happening, that is, with intentionalities and with what the other person wants to say.

Empiricism demonstrates that there is no other source of knowledge than experience and feeling, guided by the maxim: “nothing is in the intellect which was not first in the senses”. Against the thesis of rationalism, empiricism opposes the antithesis that says that: “the only source of human knowledge is experience”. Hence, reason does not have any a priori heritage. The cognoscent awareness does not obtain its contents from reason, but exclusively from experience (Hessen, 1987; Japiassu & Marcondes, 1993).

Differently from positivism, Phenomenology looks for the experiences the subjects live, through the senses, recollections of when and how the phenomena appear to them through experience. According to Boemer (1994), the researcher should look for the invariant in descriptions, for what remains, which indicates what the phenomenon is and, even if it does not explain it, at least describes it as it is.

The intentionality concept is one of phenomenology’s fundamental theoretical premises, defining awareness itself as intentional, as directed at the world: “any awareness is awareness of somet-

hing”. Phenomenology intends to fight against empiricism and psychologism and, at the same time, overcome the opposition between realism and idealism (Japiassu & Marcondes, 1993).

3. PHENOMENOLOGY AND NURSING

Our education as nurses (almost twenty years ago), was based on the positivist model of natural sciences, which focuses on the human being’s biological condition and on the technical procedures for nursing practice. However, during our professional experience, we have perceived that nursing also covers other perspectives, one of which is that of being-with-the-other, which understands people in their situation of being ill, against the background of their earlier experiences. Thus, in thinking about nursing from a phenomenological perspective, nurses can perceive new perspectives and look at their inquiries and conducts, attempting to interpret the way of being itself and the way of being of sick persons.

The relation between Phenomenology and Nursing reveals to be very important when one attempts to understand the relation between time and events. In this sense, Greek philosophers used the word *kairós* to indicate the importance of the moment, of the time each thing requires. Siles (1999) observes that a *kairós* continues to exist to satisfy each human need and in a social context, so that its meaning goes beyond the mere present. Thus, for example, the experience of a disease is not exhausted at the moment the person lives it, but still constitutes a whole phenomenon that will be cast during a large part of that person’s life and, in some cases, will accompany that person throughout his/her entire existence. This moment (experience) is so dense that it creates a time of doubts and uncertainties, giving rise to feelings, memories and expectations. Moreover, it demands the (re)planning of a lifestyle, which can be catalogued as an entire event at personal and family level and, as such, the professionals responsible for sharing these moments so loaded with meanings should understand it.

The relation between Phenomenology and Nursing also appears through the meaning of the term *kairós*, which has been used since Antiquity by the Greeks to interpret the instant, the moment,

as something more than the mere present, attempting to demonstrate that the present was not only a bridge between the past and the future. Hence, by valuing each *kairós*, phenomenology values the importance of the moment, of time and experience, considering that there is a time for each thing.

According to Burke (2005), many historians, especially empiricists or positivists, suffer from the disease called interpretive literality. Many of them work with historical documents as if they were transparent, paying little or no attention to their rhetoric. Many of them assess certain human actions as mere rituals, symbols, unimportant topics. Like cultural anthropologists, cultural historians, on the counterpart, have demonstrated the weaknesses of the positivist approach. Thus, nowadays, cultural history assumes a vast repertoire of objects: images, tools, houses and symbols, and does not limit itself to describing the popular equivalents of arts and sciences: popular music, popular medicine, etc. In this perspective, the culture of care is part of the context of cultural history, deserving greater attention by nursing experts in terms of the historical development of the triad: care, health and disease, at different moments (*kairós*) and in different cultures.

4. FINAL CONSIDERATIONS

Phenomenology refers to the endless ways of being, articulated with the sphere of existence. It is not a theory, but an attitude, a posture, a way of understanding the world (Critelli, 1996). In line with this perspective, Capalbo (1996) considers that the phenomenological attitude invites us to let things appear with their own characteristics, as they are, allowing the essence to manifest itself in the subject's awareness, so as not to transform, not to alter the phenomena's originality.

Knowingly or not, by understanding that we cannot keep on analyzing the health-disease phenomenon in isolation from the person who experiences it in practice, Nursing approaches the human sciences. Hence, interactions between nurses and patients should prioritize values, respecting feelings and engaging in the well-being of the persons receiving care. Thus, more authentic relations can be established, being-with-the-other, seeking new meanings, based on what is lived by the person and active subject of nursing care (Silva,

Damasceno, Moreira, 2001).

In sum, Phenomenology can help us, as nursing professionals, to look at care in an existential condition, approaching an understanding of the phenomenological encounter between the person receiving care and the caregiver. This opens up possibilities to understand man in his existential wholeness, in a given society whose history is inserted in a situated culture. Therefore, care is part of the dimension of existing in a world that is complex and singular at the same time, visualizing that "the ways of delivering care" are not exhausted.

REFERENCES

- Boemer MR. A (1994) *condução de estudos segundo a metodologia de investigação fenomenológica*. Rev Latino-am 2 (1): 83-94.
- Bottomore T & Outhwaite W. (1996) *Dicionário do Pensamento Social do Século XX*. Rio de Janeiro (Brasil): Jorge Zahar Editor.
- Burke P. (2005) *Qué es la historia cultural?* Barcelona: Paidós.
- Capalbo C. (1996) *Fenomenologia e ciências humanas*. Londrina: Ed. UEL.
- Critelli DM. (1996) *Análítica do sentido: uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica*. São Paulo (Brasil): EDUC/Brasiliense.
- Hessen J. (1987) *Teoria do conhecimento*. Coimbra (Portugal): Ed Amado.
- Japiassu H & Marcondes D. (1993) *Dicionário básico de Filosofia*. Rio de Janeiro: Editora FGV.
- Leopardi MT et al. (2001) *Metodología da pesquisa na saúde*. Santa Maria (RS): Pallotti.
- Siles J G. (1999) *Historia de la enfermería*. Alicante: Aguaguara.
- Silva LF, Damasceno MMC, Moreira RVO. (2001) *Contribuição dos estudos fenomenológicos para o cuidado de enfermagem*. Rev Bras Enferm, jul-set 54 (3): 475-81.

FENOMENOLOGÍA

LA ENFERMEDAD NO ENTIENDE DE VACACIONES. VIVENCIAS DE UNA ESTANCIA HOSPITALARIA

Candela Bonill de las Nieves*, César Hueso Montoso**

Becaria de investigación.* *Coordinador docente*
Fundación Index (Granada, España)



RESUMEN

El relato biográfico nos permite un mayor acercamiento a las vivencias personales y en concreto al proceso salud-enfermedad.

El hecho de ingresar en un hospital hace que la persona tenga que hacer frente a situaciones de incertidumbre, falta de control, sensación de amenaza, etc, situaciones que se agravan si la estancia resulta desagradable por los problemas organizativos de la institución.

Se presenta el relato de Pilar, una mujer que nos describe su vivencia durante un ingreso hospitalario en pleno periodo vacacional. Los problemas que tuvo al ingreso como el cierre de plantas, la falta de información y sobrecarga de trabajo de los profesionales, la inseguridad y falta de intimidad son las principales dimensiones que emergen del discurso de la informante.

Palabras clave: Relato biográfico, investigación cualitativa, paciente, estancia hospitalaria

INTRODUCCIÓN

El hecho de ingresar en un hospital para ser intervenido quirúrgicamente conlleva una serie de situaciones estresantes por varios motivos. Por un lado está la enfermedad y el proceso quirúrgico, que se caracterizan por la incertidumbre, la falta de control, sensación de amenaza, la impotencia. Por otro, la hospitalización conlleva la separación del entorno habitual para entrar en uno desconocido, la pérdida de intimidad (Vázquez y cols, 2004; Barrilero y cols, 1998; Castillo, 2002)

A continuación presentamos el relato de Pilar, quien nos describe su experiencia durante los días

ILLNESS DOES NOT KNOW ABOUT HOLIDAYS. EXPERIENCE OF A HOSPITAL STAY

SUMMARY

A biographical report provides a greater approach to personal experiences and in particular to the health-disease process.

The fact of being admitted to a hospital causes the person to face situations of uncertainty, lack of control, threatening feelings, etc, situations that become even worse if the stay turns out to be unpleasant because of the institution organizational problems. We present Pilar's report, a woman who describes her experience during her stay in a hospital during a holiday period. The problems she had on admission such as the closing of some wards, the lack of information, the staff work overload, the insecurity and the lack of privacy, are the main dimensions that emerge from the speech of the informant.

Key Words: Biographical report, qualitative research, patient, hospital stay

que estuvo ingresada en el hospital para ser intervenida de histerectomía subtotal. Lo que parecía que iba a ser una estancia “habitual” se complicó por el simple hecho de tener lugar durante un periodo vacacional.

Conocimos su historia durante el desarrollo de un grupo focal que realizamos con personas que habían estado ingresadas en un hospital. Nos pareció interesante recoger en un relato biográfico las opiniones y percepciones de Pilar, ya que conoceríamos la realidad desde el punto de vista de la protagonista que es quién vivenció el proceso. Esto nos permitiría captar aspectos de la realidad que de otra forma podrían pasar desapercibidos (Fernández y cols, 2004). Una vez terminada la sesión le comentamos el interés que nos había despertado su intervención en el grupo, así como la idea de dejarlo reflejado en un relato biográfico. Pilar no dudó en darnos su consentimiento. Para no incurrir en problemas éticos, se ha utilizado el nombre de Pilar para referirnos a la informante, no siendo éste su nombre real.

La grabación del grupo focal fue transcrita literalmente y de ahí obtuvimos el relato. Para la elaboración optamos por la metodología propuesta por Amezcua y cols (2004). Tras realizar el análisis del contenido emergieron las siguientes categorías: la intervención, la reclamación, la enfermedad no entiende de vacaciones, recuperación, las visitas, mi prioridad, un anhelo.

A lo largo de todo el relato queda patente la perplejidad manifestada por Pilar repetidas veces, “¿Esto qué es?” ante las situaciones con las que se va encontrando durante su estancia: desinformación, desorganización, cierre de plantas, falta de coordinación e información entre los profesionales. También queda reflejada la sensación de inseguridad y desatención “Aquí, si te pones malo en diciembre, o sea, en las navidades o en el verano te tienes que ir o amoldarte”. Lo prioritario para Pilar en estos momentos era tener percepción de seguridad más que cualquier otra cosa.

Este relato nos permite poner de relieve un problema que se da con tanta frecuencia en nuestros hospitales hasta el punto de considerarse un hecho normal, y es que en palabras de la protagonista, “la enfermedad no entiende de vacaciones” Si esto es

algo tan obvio, ¿qué es lo que ocurre en nuestros centros hospitalarios con la llegada del periodo estival o las vacaciones navideñas?

BIBLIOGRAFÍA

- Amezcua, M; Hueso, C. (2004) Cómo elaborar un relato biográfico. Archivos de la memoria 1. Disponible en: <<http://www.index-f.com/memoria/metodologia.php>> [Consultado el 30 de mayo de 2006]
- Barrilero, JA; Casero, JA; Cebrián, F; Córdoba, CA; García, F; Gregorio, E; Hernández, A; Pérez, J; Tébar, FJ. (1998) Ansiedad y cirugía. Repercusiones en el paciente sometido a cirugía programada. *Enferm Univ Albacete* 8, 6-18
- Castillo, A. (2002) El signo de la complicación. El relato de un paciente en su preoperatorio. *Index Enferm* (edición digital) 39. Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/39revista/39_articulo_48-52.php> [Consultado el 2 de junio de 2006]
- Fernández, C; Granero, J. (2004) Reclamaciones del usuario, un instrumento evaluador de los cuidados enfermeros. *Index Enferm* (edición digital) 47. Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/47revista/47_articulo_21-25.php> [Consultado el 30 de mayo de 2006]
- Vázquez, I; Espino, ME. (2004) Disminución de la Ansiedad del Paciente Quirúrgico a Través de la Intervención de Enfermería. *Desarrollo Científ Enferm.* 12(2):47-50

RELATO BIOGRÁFICO

LA INTERVENCIÓN

A mí me hicieron una histerectomía subtotal. Me hicieron el preoperatorio y me llamaron enseguida, porque en principio iba a ser cosa de un día. Me citaron el día 22, el día de la lotería, ¡el gordo que me tocó! A las 11.30 llegué al hospital y el doctor me estuvo viendo y me dio cama en la 6ª derecha. Bajé al área de información y resulta que la planta la estaban cerrando, con lo cual tenían que acoplarnos en otra. Desde las 11.30 hasta las 5 de la tarde que me acerqué al puesto de enfermería, yo y otras dos señoras que habían conmigo, ninguna sabíamos dónde íbamos, ni si íbamos a ingresar ni nada. Nos decían que ingresaríamos sí, pero no sabían dónde. Al final, a las cinco y algo nos metieron en la planta de Obstetricia porque Ginecología la habían cerrado.

¿Opinión personal? Muy mal, porque un hospital no puede estar en vacaciones con plantas anuladas como estaba. Me dieron cama a las 5:30, nos prepararon, vino una ATS y nos dio información. A las 11 de la noche nos dicen a una señora que había conmigo, que ingresó a la vez que yo, y a mí que nos tenemos que ir a la segunda, a Otorrino, porque había dos parturientas y necesitaban las dos camas. A las 11 de la noche nos metieron en otra habitación con 4 camas de las cuales estábamos dos nada más, ella y yo, con los aseos sí, pero compartidos con otros hombres, eran dos habitaciones que coincidían en un cuarto de baño.

Bueno, pues estando allí, las ATS de la segunda no sabían nada, fuimos al control de enfermería y no sabían nada, allí pasamos la noche. Yo pensaba irme, decía “¿esto qué es?” y con un estado de nervios y ansiedad [resopla] Porque si yo voy para un día, para una intervención de un día y llego allí y me dicen que me tengo que quedar e ingresarme y encima no me meten en la planta de Gine [Ginecología], me echan a la de obstetricia y de ahí me echan porque hay dos que van a entrar que vienen con dolores, y me mandan a la segunda. O sea que, un estado de nervios que [resopla] increíble, una desatención personal.

La falta de información que tenían allí abajo, en la segunda, es lógica porque Otorrino no tiene nada que ver con Gine, está claro. Ya a las 9 y algo entré en quirófano y dado mi estado de nervios pedí hablar con un médico, el cirujano que me iba a intervenir, porque es que se equivocaron hasta en el nombre; a mí me pusieron el nombre de la otra señora, entonces yo decía “bueno ¿esto qué es?”. A ver si me van a hacer a mí otra cosa y estuve hablando con ellos.

Salí de recuperación bien y nos llevaron a la segunda. Allí estuvimos todo ese día, el día 23, hasta que a las 8 de la mañana mi compañera, que le habían hecho una histerectomía total, empezó a sangrar. Llamaron al ginecólogo y él decía que no podía bajar a la segunda porque no era su planta, que cuando quedaran dos camas nos subirían. A las 9 y pico nos volvieron a subir a la sexta, a Obstetricia, que eran las camas que en principio habíamos ocupado.

El día 28 me dieron el alta, el día de los Inocentes, porque esto parecía una inocentada. Yo había hablado con el personal quejándome y decía “¿pero esto qué es?”, ellos también se quejaban y me dijeron que pusiera una reclamación. Por lo visto aquí en la época de vacaciones ahorran contratos, por eso digo que ponen antes lo material a lo humano, que somos nosotros los pacientes, que también tenemos nuestras obligaciones y nuestros derechos.

LA RECLAMACIÓN

Reclamación que puse, aunque tristemente no sirve absolutamente para nada, que aquí traigo la carta que me envió el director [enseña la carta de reclamación], diciéndome que el equipo de enfermería había dicho que yo había estado ingresada y que yo no me había movido de planta, con lo cual corroboro la falta de interés por parte de la director que ni siquiera se preocupó de informarse bien, porque no creo que el equipo de enfermería haya dado una información como esa cuando ellos mismos decían que esto era una pena. Vamos que hasta el celador decía “os voy a dar más paseos a vosotras que a nadie”. Y aquí está la carta en la cual dice que “los responsables de enfermería de la planta de ginecología nos indican que efectivamente, una vez finalizada su estancia en la sala de reanimación...”, eso sí, “... pasó un día ingresada en la sala de cirugía.” Y no fue así, me parece vergonzoso que ni siquiera sepan el seguimiento de un enfermo, porque ¿entonces qué son?

LA ENFERMEDAD NO ENTIENDE DE VACACIONES

Para mí fue una experiencia muy mala, muy desagradable, por la inseguridad, por la falta de atención, por poner antes los medios materiales que los medios humanos, el personal quejándose, porque claro, ellos estaban saturados.

En Obstetricia fue vergonzoso porque era una lástima mezclar a una persona que está empezando a realizarse como madre a esperar a su hijo, con tres personas allí puestas, operadas y todo y más mayores que ellas lógicamente. Ahí no hay ningún control, ningún miramiento hacia el paciente, hablo por mi experiencia. En el verano también



tuve una experiencia, precisamente con mi madre, en la misma planta y ocurrió lo mismo, “no hay camas, pues a obstetricia”. Se cierra una planta, las peticiones para ingreso saturadas, no se puede meter a nadie.

Miren ustedes, la enfermedad no entiende de vacaciones, a las enfermedades les da lo mismo febrero, que marzo, abril, diciembre, Nochevieja, y sin embargo aquí por lo visto eso no se entiende. Aquí, si te pones malo en diciembre, o sea, en las navidades o en el verano te tienes que ir o amoldarte. A nadie nos gusta venir a ingresarnos para someternos a una operación, que sí, que lógicamente es para quedar mejor, pero no es un trago de buen gusto para que te tengan como una pelota votando por todo el hospital y luego encima no tengan ni la profesionalidad de reconocer las cosas, nada más que con una carta muy bonita que te mandan donde se está poniendo en tela de juicio mi experiencia, que la he sufrido yo, por ahorrarse unos contratos y por marear a la gente. O sea, que para mí la experiencia fue fatal y que conste que es la tercera vez que me han intervenido.

Hombre, el nerviosismo que supone eso, a mí y a la familia, es que tengo testigos, que vengo dis-

puesta a poner otra reclamación al director, porque lo puedo probar hasta con llamadas telefónicas. Fue un cachondeo “mira no, que estoy en la segunda”, “mira, que no, que ahora me voy a la sexta”, “que ahora no sé dónde voy a estar”, me parece un trato inmoral y malo.

Claro, durante todo el año, por lo visto, el hospital está funcionando al 100%, y luego en las épocas de vacaciones es cuando empiezan a restringir plantas, vamos, que por lo visto había tres plantas más que estaban cerradas.

RECUPERACIÓN

Actualmente de la intervención me encuentro bien, pero, como ya he dicho es la tercera vez. Me noté un bulto en la parte derecha y dicen que parece que hay otra hernia. El ginecólogo me estuvo viendo el otro día y dice que no hay ningún problema, nada más que no se sabe si es una hernia o que de tanta intervención el tejido ha cedido, me ha dicho que me ponga una faja para trabajar, porque yo soy auxiliar de enfermería en una planta de asistidos y no puedo hacer demasiado esfuerzo, así que esta tarde iré a ver lo que me dice, a ver si me mandan al cirujano o a ver donde me mandan porque vamos, para mí, lo siento mucho, pero que para mí ha sido [resopla]

LAS VISITAS

Sin ningún control en el tema de las visitas, las habitaciones se llenaban para un enfermo, pues con 14 familiares. Hombre, todos los que hemos estado ingresados nos gusta que vengan a vernos, pero el que está al lado, con el drenaje, con la sonda, con el suero, el niño que viene a ver a la señora de al lado que está meando en la cama. Llamas, viene el ATS “miren ustedes a ver si pueden salirse”, pero de ahí no se salen.

Las visitas reconfortan, es entendible, ahora que también si yo por ejemplo no me encontraba bien, porque no me encontraba bien, si venía alguien decía “mira, iros”. Al día siguiente ya me empecé a levantar porque no podía estar mucho en la cama. Pero que vamos, que venían más de dos personas, pues como por suerte o por desgracia, éramos 4 metidos ahí, y la señora de enfrente estaba muy mal, bastante mal, entonces cuando venía

alguien nos salíamos, pero vamos, que solución a eso no sé cuál se le puede dar.

MI PRIORIDAD

Me parece muy bien la función de la enfermera que viene a informarte porque creo que es muy necesario [se refiere a la enfermera que realiza la visita prequirúrgica] Muchas veces estas muy nerviosa, te vas del médico y no te has enterado bien, y si tienes alguna duda pues ya te lo aclara, al menos te dan la alternativa, de que si se te queda algo en el tintero puedes preguntar. Pero que insisto, que deberían establecer prioridad y sobre todo darle una seguridad al enfermo y una tranquilidad

para que se sienta a gusto y esté preparado para el mal trago que tiene que pasar, no solamente que vengan a decirte, sino con todo lo que conlleva.

UN ANHELO

Pienso que se nos debería de tratar como personas, en vez de cómo animales. En principio remito al plan administrativo que tienen, que somos un número y en verdad llevamos un corazoncito [se lleva la mano al pecho] Entonces creo que antes de una intervención, por los miedos que te puede ocasionar y aunque hayas pasado otras veces por lo mismo, pero siempre tienes miedo y vienes con el ¡ay!, por lo menos que la estancia sea agradable.



ACERCÁNDONOS A LA FAMILIA A PESAR DEL CRISTAL

Beatriz Llorens Mira

Estudiante de Enfermería. E.U.E. Universidad de Alicante



GETTING CLOSER TO THE FAMILY DESPITE THE GLASS

Mis prácticas como estudiante de enfermería en el tercer año de carrera, dejaron en mí una huella que seguramente permanecerá durante mucho tiempo.

A principios de enero, Esther con tan solo 24 años acudió a Urgencias, acompañada de su familia, por cansancio generalizado y fiebre elevada. Tras realizarle diversas pruebas le fue diagnosticada una encefalitis vírica, desconociendo el tipo de virus causante. Ordenaron su ingreso en planta y transcurridos ocho días, debido a un empeoramiento del nivel de conciencia, fue indicado su traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Su estancia en la UCI ocasionó un distanciamiento con la familia ya que el funcionamiento de la UCI es muy diferente a una planta de hospitalización. La familia no puede permanecer al lado del paciente durante su estancia lo que impide el acercamiento de ésta con la paciente.

Como todos sabemos, la familia forma una parte importantísima en los cuidados que se realizan al paciente. El rol que debe desempeñar la enfermera en ese momento con la familia es imprescindible, ya que día a día sufre la desesperación de ver como, poco a poco, se apaga una persona tan querida para ellos sin imaginarse el seguir viviendo sin ella. Es fundamental contemplar a la paciente y a la familia como un todo, es decir, como una unidad y prestarles a todos ellos los cuidados que necesiten.

La UCI es un sitio muy frío, en el que los familiares no pueden estar con sus seres queridos en sus

momentos más difíciles. El horario de visitas establecido es de una hora al día. Solamente pueden estar al lado de la paciente media hora y en la otra media hora se les permite observarla a través de un cristal.

Tras varios días de conversación con los familiares de Esther pude observar en sus rostros la necesidad de ser escuchados, aunque solo fuera un minuto. Parecerá una tontería pero poco a poco empecé a darme cuenta de sus inquietudes, cuando ellos estaban cerca de su hija, después de los primeros cinco minutos de verla y sentir que todavía estaba entre nosotros, empezaban a llamarnos y hacernos algunas preguntas. Entonces comprobé que sentían la necesidad de hablar, aunque solo fuera unos minutos, con alguien que les pudiera ir comentando la evolución de Esther desde una perspectiva cercana interesándose por su hija, preguntándoles como era ella antes de enfermar y así recordarla cariñosamente. No se, supongo que serán sensaciones pero creo que para ellos era muy importante contar con una mano amiga, de los profesionales que ahora estaban cuidando a su hija, día a día.

Después de varios acercamientos, la familia me fue contando y confiando sus dudas, interrogantes y miedos que generaban en ellos una situación de angustia y desesperación constante, hasta el punto de no poder dormir por la noche.

Transcurrido un mes desde su ingreso, no sabían que era lo mejor para ella, ni como debían actuar, se planteaban preguntas normales que cualquier persona en sus circunstancias se plantearía. Querían saber si ella estaba sufriendo con todo lo que le estaban haciendo o si sería mejor tirarlo todo por la borda y llevársela a casa para que viviera sus últimos momentos en paz. Todo esto se contradice con la otra idea que manifestaban, “hay que seguir luchando, no hay que perder la esperanza”. Vives una situación muy difícil en la que muchas veces te quedas callada con un nudo en la garganta que no te deja dar una respuesta. Sin embargo, si le coges de la mano o le acaricias la espalda te das cuenta de que simplemente con estos pequeños gestos de

acercamiento y comprensión es suficiente y no hace falta nada más.

Los familiares, en estas circunstancias, lo único que necesitan es contárselo a alguien diferente del círculo con el que están viviendo esta situación (madre-abuelo-abuela).

Al respecto de la media hora que tenían de visita para verla a través del cristal, su abuelo me decía:

“Aunque estás viendo lo mismo que cuando estás aquí dentro, el cristal parece una cárcel, es lo peor que han inventado, simplemente el hecho de tocarla cambia por completo la situación y las ganas de seguir luchando con las que nos vamos a casa”.

Desgraciadamente, el sentimiento generado por este condicionamiento no se tiene muy en cuenta y nos regimos por una serie de normas que muchas veces lo único que provocan es más sufrimiento añadido a las familias e incluso a los pacientes.

Esther ha vivido toda la vida con sus abuelos hasta finalizados los estudios de la Universidad, por ello, es fundamental el rol que juegan los abuelos en la familia, pues son ellos los que la han criado.

Un día la abuela dijo una cosa muy tierna antes de romper a llorar:

“Mi nieta siempre me decía que cuando fuera una viejecita me iba a sacar a pasear todos los días”.

Era curioso verla, al contármelo desprendía a través de la mirada tanto cariño y tanta fuerza para su nieta a la vez que se rompía por dentro.

La madre, mientras miraba fijamente a su hija, me decía:

“Los cambios en Esther son tan grandes de un día a otro que el hecho de llegar un día y parecer que todo va mejor, que la están despertando hace que te vayas a casa con muchas ilusiones, y llegar al día siguiente y ver que todo ha vuelto a la normalidad e incluso que va a peor hace que el golpe haga mucho daño, y lo único que nos queda es volver a casa rezando para que mañana al volver a verla todo haya pasado”

Es admirable el trato que la familia tenía con Esther y en parte, creo que gracias a esto, Esther estuvo luchando contra ese respirador día a día, el cariño con el que le hablaban, con la esperanza de que les oyera, la serenidad, los ánimos que le trans-

mitían. Como la besaban, la tocaban, aunque sólo fueran unos pocos centímetros de piel para que supiera que estaban con ella en la batalla que debía librar para salir del pozo en el que estaba sumida.

Ante las muchas dudas que se planteaba la familia, ciertamente no encontraron respuesta alguna. El cuerpo de Esther no reaccionó, supongo que se cansaría de sufrir y de luchar.

Tras leer varios testimonios de diferentes pacientes y familiares de enfermos con daño cerebral, mi reflexión concluye afirmando que no hay que perder la esperanza, tener presente la importancia de estar a su lado mostrándoles todo nuestro apoyo y cariño pensando que en el fondo nos entienden y nos escuchan y que en parte, gracias a eso, siguen echándole ganas para salir de esa situación. Ante todo, no olvidar nunca, que cada persona, cada organismo reacciona de forma diferente ante las enfermedades y eso es reconocido, unánimemente por las comunidades científicas. Por esto, aunque intentemos hacer todo lo posible por salvar a los pacientes, no esta en nuestras manos decidir cuando llega el final de esa lucha por parte de la paciente y la familia.

En cuanto al papel de la enfermera para tratar con el entorno familiar de estos pacientes, teniendo como premisa que aunque no puedas solucionar su problema sí podrás ofrecerles una relación de ayuda a través de una mano cálida y un oído atento para ser más soportable la difícil situación que viven. Es increíble como la intervención de la enfermera puede cambiar la vivencia de las personas en situaciones tan críticas. Yo me di cuenta de esto al recordar la experiencia vivida este verano cuando estuve en una Asociación de Enfermos de Cáncer, ahí comprobé lo más bonito y gratificante de nuestra profesión. Una compañera había estado cuidándoles cuando sufrían la enfermedad y después de muchos años era admirable como la recordaban y agradecían sus cuidados. La importancia de esto no es el hecho del agradecimiento hacia la enfermera en particular, sino como ves en sus ojos el fuerte apoyo que recibieron en ese momento y como lo grabaron en su interior que después de tantos años aún lo recordaban. Este suceso no tiene mucho que ver con la patología de Esther, sin embargo refleja el rol que juega enfermería y que, a veces, tenemos tan descuidado.

Es imprescindible que intentemos luchar por implantar esta relación de ayuda en nuestra práctica diaria. Estoy convencida de que seremos más felices y haremos mucho más felices a las personas que cuidamos.

La experiencia que viví con Esther acaba cuando ella fallece. Aún recuerdo el día anterior a su fallecimiento, estuve por la mañana en la UCI, hablando con sus familiares a través de la ventana. Se sentían preocupados porque habíamos varias personas en la habitación quitando el sistema de hemodiálisis de Esther. Estaban mirando fijamente cada paso que dábamos. Interesándome por ellos, fui a explicarles lo que le estábamos haciendo, con el fin de que no se preocuparan. Al no ver a la madre pregunté por ella y me dijeron que no se encontraba bien porque estaba con gripe, y que vendría por la tarde. Mis compañeras me comentaron que por la tarde estuvieron viendo a Esther como siempre, el abuelo, la abuela y la madre. Estaban todos muy contentos porque le habían puesto las férulas antiequino para que cuando se pusiera bien pudiera andar y la rehabilitación no fuera tan difícil.

Cuando acudí al día siguiente, me comunicaron que Esther había fallecido a las dos de la mañana tras presentar una rotura espontánea de traquea ocasionándole la muerte, a pesar de los intentos de reanimación. Desde ese momento ya no he vuelto a ver a la familia.

Al principio no podía creérmelo, mi primer impulso fue acercarme al Box para comprobar que ya no estaba. Pase toda la tarde pensando en la familia, como estaría viviendo este suceso. ¡Como me hubiera gustado verles para despedirme de ellos y ofrecerles algunas palabras de consuelo!

Pienso que en esta situación los que más sufren son ellos pues son los que se quedan aquí intentando superar la pérdida. Desgraciadamente una vez que esto ocurre, el trato con la familia se corta radicalmente y no es posible ayudarles o hacerles un seguimiento de la fase de duelo a la que se enfrentan. Ante ello me hago varias preguntas: ¿Qué sucede ahora con esas personas y su proceso de duelo?, ¿Quién les ayuda a organizar sus pensamientos para poder seguir adelante? Considero que esta situación se debería tener muy en cuenta y como mencione anteriormente, al tratar a la fami-

lia y a la paciente como un conjunto global, el proceso de enfermería no termina cuando la paciente fallece, sino que aun queda un largo camino por recorrer.

Deberíamos ser conscientes de la relevancia del rol de enfermería en el cuidado a la familia en su proceso de duelo e intentar resolver paso a paso todos los vacíos que quedan, atendiéndoles adecuadamente.

Yo aprendí una lección importante, aunque hubiera preferido seguir cuidando a Esther hasta verla caminar.

HISTORIA

EL ORIGEN FENOMENOLÓGICO DEL “CUIDADO” Y LA IMPORTANCIA DEL CONCEPTO DE TIEMPO EN LA HISTORIA DE LA ENFERMERÍA

José Siles González; Carmen Solano Ruiz

Profesores del Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante



Time”, develop the phenomenological concept of “care” and “cure” in a narrative source like the fable of Higinio (S. I a.C) “Fable of the man and the world”, Time constitutes the existential river-bed for which there pass the diverse historical moments or “Kairós” that the human being (at individual, family or community level) dedicates to the satisfaction of each and every of his needs.

Keywords: Nursing history, phenomenology of cares and culture care.

RESUMEN

El objetivo general de este trabajo consiste, fundamentalmente, en reflexionar sobre el concepto de tiempo en el contexto de los cuidados facilitando la comprensión de la naturaleza fenomenológica de la enfermería, para lo que resulta ineluctable la consideración de un propósito preliminar: analizar históricamente el origen fenomenológico de los conceptos de “cuidado” y “cura” identificando su presencia y significado en los mitos. Considerar que la naturaleza fenomenológica de los cuidados se describe y explica en tradiciones orales que dan lugar a los mitos y las fábulas constituye la hipótesis de este estudio. Resultados: Heidegger emplea materiales narrativos como la fábula para desarrollar los conceptos de cuidado y cura e integrarlos en su obra fenomenológica. El cuidado es un concepto cuyo gran potencial epistemológico puede contribuir al proceso de vertebración de la disciplina enfermera.

Conclusiones: Heidegger, en “El ser y el tiempo”, establece el concepto fenomenológico de cuidado y el de cura. Una fuente narrativa como la fábula

PHENOMENOLOGICAL ORIGIN OF "CARE" AND IMPORTANCE OF THE CONCEPT OF TIME IN NURSING HISTORY

SUMMARY

The general aim of this work consists, fundamentally, in meditate on the time concept in the cares context, facilitating the understanding of the phenomenological nursing nature, and also, to analyze historically the phenomenological origin of the concepts of "care" and "cure" identifying its presence and meaning in the myths. Considering that the phenomenological nature of cares is described and explained in oral traditions integrated in myths and fables, constitutes the hypothesis of this study. Results: Heidegger employs narrative materials as the fable to develop the concepts of care and cure and integrate them in its henomenological work. The care is a concept whose great epistemologic potential can contribute to the process of consolidation of the nursing discipline. Conclusions: Heidegger, in “Being and

de Higino (S. I a.C) “Fábula del hombre y el mundo”, constituye un referente esencial para entender la importancia filosófica, fenomenológica y epistemológica del cuidado. El tiempo constituye el cauce existencial por el que transcurren los diversos momentos históricos o “Kairós” que el ser humano (a nivel individual, familiar o comunitario) dedica a la satisfacción de todas y cada una de sus necesidades.

Palabras clave: historia de la enfermería, fenomenología de los cuidados, cultura de los cuidados.

I.- INTRODUCCIÓN

El objetivo general de este trabajo consiste, fundamentalmente, en reflexionar sobre el concepto de tiempo en el contexto de los cuidados facilitando la comprensión de la naturaleza fenomenológica de la enfermería, para lo que resulta ineluctable la consideración de un propósito preliminar: analizar históricamente el origen fenomenológico de los conceptos de “cuidado” y “cura” identificando su presencia y significado en los mitos. Para vertebrar el proceso de reflexión se ha diseñado una batería de objetivos específicos:

- Demostrar la equivalencia etimológica de los conceptos “cura” y “cuidado”.
- Identificar y analizar las fuentes narrativas y poéticas empleadas por Heidegger para fundamentar su obra en relación a los cuidados.
- Explicar el papel de “Cura” como dispensadora “preontológica” del cuidado y fundamentadora de la vida del hombre (dar a luz al hombre).
- Describir la ética del cuidado (desde la perspectiva fenomenológica)
- Demostrar, en consecuencia, el enorme potencial semántico del término “cuidado” como instrumento de desarrollo epistemológico de la disciplina enfermera.

Se ha partido de las siguientes hipótesis:

- La naturaleza fenomenológica de los cuidados se describe y explica en tradiciones orales que dan lugar a los mitos y las fábulas.
- Heidegger emplea materiales narrativos como la fábula para desarrollar los conceptos de cuidado y cura e integrarlos en su obra fenomenológica.

- Identificar y comprender la ética como una forma esencial del “cuidado” del ser humano.
- El cuidado es un concepto cuyo gran potencial epistemológico puede contribuir al proceso de vertebración de la disciplina enfermera.
- El ritmo y el estilo de vida están determinados por la forma de interpretar el tiempo y el cuidado del ser humano requiere un tiempo (Kairós) para la satisfacción de sus necesidades

II.- ESTADO DE LA CUESTIÓN

A lo largo de la historia, distintos autores han aportado sus particulares interpretaciones del tiempo. Tal vez sea Platón quien se ha referido al tiempo de forma más estética: “imagen móvil de la eternidad”. O la perplejidad de Heráclito observando cómo discurre el agua convirtiendo en irrepetible aquel momento, pero tal vez sin percatarse que él mismo discurre –su existencia– como el agua y que, al igual que el río, jamás volverá a ser el mismo de aquel preciso instante. Nada ni nadie se escapa al efecto del tiempo, aunque existe una mayor complejidad para entenderlo si nos alejamos del tiempo puramente biológico o vital: nacimiento, crecimiento y desarrollo hasta la edad adulta, envejecimiento progresivo hasta la ancianidad y, final e irremediamente, muerte. Han sido varios los autores integrados en diferentes tendencias que han reflexionado sobre la naturaleza del tiempo y su incidencia en la vida cotidiana y en la historia (Bloch, 1999; Braudel, 2002; Bueno, 1978; Burke, 2003; Febvre, 1999) considerando siempre que el objeto de la historia es el fenómeno humano a través de ese complejo “constructo” o “convención” que es el tiempo.

Conforme nos alejamos de la interpretación biológica o psicológica (esperar algo es alargar el tiempo) del tiempo resulta más complejo entenderlo: el tiempo geológico (millones de años de evolución de la litosfera, la hidrosfera, etc.), el tiempo físico, el tiempo histórico; pero sobre todo, es el tiempo cosmológico (con la posibilidad irresoluta de infinitud) el que resulta más incomprensible para la mente humana (Whiltrow, 1990). En consecuencia, para comprender la relación entre tiempo y acontecimiento es aconsejable clarificar el término Kairós, concepto que acuñaron los griegos planteando desde la antigüedad la interpretación del ins-

tante, el momento, como algo más que mero presente, intentando demostrar que el presente no era únicamente un puente entre el pasado y el futuro cuyo paso por la historia era tan fugaz como irrelevante (Gracia, 1998). Los filósofos griegos emplearon el término “Crhonos” para referirse al tiempo cronológico y el concepto “Kairós” para identificar la importancia del momento vivido oportunamente, del tiempo que requiere cada cosa: tiempo de incubación, tiempo de convalecencia, tiempo de crisis, tiempo de epidemia, tiempo de cuidados, tiempo de tratamiento, tiempo de vacas flacas o gordas, tiempo de amar, tiempo de morir, tiempo de nacer, tiempo de fecundación, etc. (Siles, 1999). El origen fenomenológico del cuidado desde la perspectiva epistemológica y hermenéutica fue abordado por diferentes autores considerando la integración de los cuidados en la vida cotidiana (Siles, 1997), y las variantes interpretativas en el proceso de satisfacción de necesidades según las diferentes culturas (Annels, 1996). La relación entre enfermería y fenomenología se ha empleado también para reflexionar sobre el proceso de construcción social de la enfermería (Siles, 2004) y para valorar la dialéctica construccionista-deconstruccionista en todos los aspectos que tienen que ver con la incidencia del género en enfermería (Siles, 2005). La importancia de los enfoques fenomenológicos en cuestiones de la práctica enfermera tiene numerosos ejemplos en muy diferentes campos: en la aparición del fenómeno de la fatiga en procesos crónicos y tan estresantes como el cáncer (Pearce & Richardson, 1996); o en el estudio de las vivencias de los pacientes coronarios en las unidades de cuidados críticos (Solano y Siles, 2005). El análisis específico de la relación entre enfermería y fenomenología fue abordado por autores desde la perspectiva de su relación con la obra de Husserl (Paley, 1997), o poniendo el énfasis analítico en la relación entre el carácter holístico de la enfermería y la fenomenología (Bishop & Scudder, 1997).

III.-FUENTES Y MÉTODOS

Para vertebrar el proceso de reflexión sobre el tiempo y la historia se ha empleado el método histórico desde la perspectiva de la historia estructural (Vilar, 2001) siguiendo los criterios aportados por Aróstegui (2001) tanto para el proceso de búsqueda

queda heurística como para el análisis de los textos objeto de estudio. El proceso hermenéutico desarrollado para analizar la naturaleza fenomenológica del “cuidado” y la “cura” se ha aplicado a la fábula de Higino: “El hombre y el Mundo” (siglo I a.C.) y se ha realizado el pertinente análisis comparativo al texto de Heidegger “El ser y el tiempo” en el que trata los conceptos de “cuidado” y “cura” desde la perspectiva de su teoría fenomenológica.

IV.-DESARROLLO DEL TEMA

LAS ADAPTACIONES DEL MÉTODO FENOMENOLÓGICO A LA HISTORIA DE LA ENFERMERÍA: DOS FORMAS COMPLEMENTARIAS Y DIALÉCTICAS DE ESTUDIAR EL COMPLEJO MUNDO DE LOS CUIDADOS.

El estudio de la evolución de los cuidados a través del tiempo puede llegar a complementarse mediante la adaptación de las perspectivas fenomenológicas a la historia de la enfermería. El concepto de “fenomenología, etimológicamente, se deriva del griego “phainomenon” (todo lo que se muestra, manifiesta o aparece ante un individuo que se interroga) y “logos” (que significa estudio o tratado). Para Husserl, un hombre formado en las matemáticas y disconforme con los métodos humanísticos de interpretación de la realidad, la fenomenología es el estudio del fenómeno en sí mismo. En consecuencia, el significado etimológico de fenomenología es el tratado de lo que se manifiesta o de lo aparente. Empleando como herramientas históricas las dos corrientes fenomenológicas más difundidas (las aportadas por Husserl y Heidegger, respectivamente) se desvelan dos formas complementarias de interpretar el complejo mundo de los cuidados a través del tiempo:

- Los cuidados como concepto universal, esencial y, por tanto, común para todas las culturas en todas las épocas históricas e independientemente de las ideologías, creencias, y presupuestos científicos: el cuidado como concepto y un fenómeno dado en sí mismo a la conciencia (según el proceso reduccionista de Husserl, 1994). Lo esencial de los cuidados hace referencia a sus características, propiedades y relaciones más profundas y estables, permitiendo indagar históricamente tanto en sus antecedentes como en las tendencias que han marcado su evolución a través del tiempo.

- Los cuidados como concepto y fenómeno cuyos significados y prácticas están influidos por el contexto social, político, ideológico, religioso y científico en el que tiene lugar (tal como postula Heidegger, 2000). En este tipo de interpretación, el cuidado constituye un fenómeno que está compuesto por un conjunto de propiedades y relaciones del objeto diversas, externas, dinámicas, percibidas directamente a través de los sentidos, y, en definitiva, se puede estudiar más el modo que tiene la esencia del cuidado para manifestarse o revelarse que lo esencial del cuidado.

En el primer caso, siguiendo a Husserl, se profundiza en lo esencial de los fenómenos, lo que se correspondería con una visión estructural de la historia de los cuidados, dado que la historia estructural bucea en los cimientos de las sociedades para explicar la influencia de factores que “no se aprecian” o “no aparecen” en la superficie de los fenómenos. Esta visión fenomenológica y estructural de la historia de la enfermería permite el estudio en profundidad de los cuidados revelando sus características esenciales que son compartidas por diferentes culturas en distintas fases históricas. Para Platón la esencia constituye el ideal de las “ideas” (la enfermedad existe en la medida que tengo una idea de lo que es la enfermedad); para Hegel lo esencial es “la idea absoluta”; Kant declara su agnosticismo al reconocer la incapacidad de conocer la esencia objetiva de las cosas (dado que todos los fenómenos se perciben subjetivamente); otros, como Dewey, no distinguen entre esencia y fenómeno, dado que piensan que es la misma cosa; y, por último, también los hay partidarios de identificar el fenómeno con la sensación negando por completo la esencia (fenomenalismo de Mach).

La gran ventaja la constituye la universalidad, dado que hablamos de todo lo que tiene de esencial el cuidado y, en consecuencia, es entendido en todas las épocas y culturas como una misma cosa que tiene las mismas características y finalidades. Sin embargo, también se paga un precio: esa visión esencial no se ajusta del todo (si se valoran las creencias, experiencias subjetivas, ideologías, etc.) a ninguna cultura en ninguna fase histórica. Se trata, pues, de valorar la esencialidad y universalidad de los cuidados.



Por otro lado, mediante la aplicación de la fenomenología heideggeriana a la historia de la enfermería se obtiene una visión coyuntural permitiendo la identificación y comprensión de los fenómenos implicados en cuidados de salud en un contexto específico en el que se consideran las creencias, las experiencias subjetivas, las ideologías, etc. Se trata aquí de valorar la influencia que las creencias, el bagaje experiencial y el entorno mismo, tienen en la interpretación de los significados que se dan en las situaciones vida-salud-enfermedad-muerte.

De forma que, mediante la aplicación de estas dos perspectivas fenomenológicas a la historia de la enfermería, se pueden realizar estudios estructurales y coyunturales de los cuidados de salud en las diferentes épocas sin perder la tensión dialéctica entre la incidencia que los aspectos esenciales, por un lado, y los factores culturales, religiosos e ideológicos, por otro, tienen en el complejo resultado final: los cuidados.

Desde esta perspectiva integradora de los aspectos esenciales y subjetivos de los cuidados, se aporta una definición que intenta subsanar el defecto inherente a toda definición con vocación sentenciadora: la mutilación de lo definido (reduccionismo):

“El producto de la reflexión sobre las ideas, hechos y circunstancias (reflexión teórica, práctica y situacional) relacionadas con el proceso optimizador de las necesidades que garantizan la satis-

facción integral de todas y cada una de las etapas que constituyen la vida humana desde el momento del nacimiento hasta la muerte” (Siles, 2000).

EL ORIGEN FENOMENOLÓGICO DE LOS TÉRMINOS “CURA” Y “CUIDADO”

Toda la historia del hombre, entendida esta como el paso por la vida, es la historia de una preocupación continua por mantener unos niveles de salud de acuerdo con la interpretación que en cada cultura se le da al concepto “salud”. Leyendo a Heidegger, especialmente su obra “El ser y el tiempo”, se puede llegar a establecer el concepto fenomenológico de cuidado y el de cura.

Paradójicamente, la enfermería, aun estando omnipresente ante el dolor, la angustia y la muerte, se ha mantenido cautelosamente alejada de la reflexión vivencial y fenomenológica del cuidado.

La cuestión es, ¿qué es lo que Heidegger percibió o no percibió, lo que retuvo y lo que buscó cambiar de ese período que abarca los dos primeros tercios del siglo XX?. Indudablemente Heidegger no fue el protagonista de su época, en cualquier caso no de su época histórica y política, pues lo fueron Hitler y, a su manera, también Lenin y Stalin; pero tampoco paso sin pena ni gloria por los importantes momentos históricos que le tocaron vivir. En un momento histórico en el que había que tener “especial cuidado” o aplicar el concepto de “cuidado” en el más amplio sentido del término, logró evitar su participación como soldado en las dos primeras guerras mundiales y, además, tuvo un importante empleo que le permitió vivir con relativa soltura dado los tiempos que corrían.

ETIMOLOGÍA Y SIGNIFICADO FENOMENOLÓGICO DEL CONCEPTO DE CURA EN HEIDEGGER

El concepto de cura deriva del latín y es tanto el sustantivo (cura, curae) como el imperativo del verbo curare (cura; curate). Todo el grupo léxico ha mantenido los significados de cuidar y cuidado. Empleado en especial en medicina adopta otro significado (cura, curación, curandero) perdiéndose casi del todo el significado original de cuidado genérico. Cura es, además, una de las piezas de un nombre más largo: párroco con cura de almas, que se redujo al de cura párroco. Por otro lado las

Sinecuras, es decir el oficio de párroco sin obligación de cuidar de las almas. Etimológicamente, la palabra "seguridad" proviene del latín sine cura (sin cuidado, sin preocupación). Hay momentos de nuestra vida en los que nos gustaría desenvolvernos más despreocupadamente de lo que normalmente podemos permitirnos respecto a (Rodríguez, 2005): salud propia y de familia y amigos; puesto de trabajo; aditivos de alimentos; callejear por las noches por cualquier lugar sin preocupación, etc.

La utilización de las palabras cura y cuidado es, en Heidegger, integrativa y es del todo correcta, dado que emplea el mismo término para referirse al cuidado y a la cura (sorge).

Sin embargo diferencia entre “cura” como nombre propio femenino que es la dispensadora de cuidados durante toda la vida del ser (nacimiento hasta su muerte). En *El ser y el tiempo* (1927) describe lo que llamaba la “estructura de la cotidianidad”, o 'ser en el mundo', que era una interrelación de acciones, actitudes, conocimientos, intenciones, etc. (enfoque holístico).

LA INFLUENCIA DE LAS FUENTES NARRATIVAS EN LA INTEGRACIÓN EN LA FENOMENOLOGÍA DE LOS CONCEPTOS DE CUIDADO Y CURA.

La influencia de la narrativa y la poesía en “El ser y el tiempo” (1927) se aprecia por las referencias a Nietzsche, Dostoievski, Hölderlin, Rilke y otros muchos autores. Aunque, como tantos otros, se afilió al partido nacional socialista y llegó a ser Rector de la universidad de Friburgo en época nazi, Heidegger estuvo siempre preocupado por una cuestión esencial para él: la condición efímera e inestable del ser humano desde el momento de su nacimiento al de su muerte. Reflexionó sobre los conceptos de cura y cuidado llegando a integrarlos en su teoría fenomenológica. Para ello se ayudó de materiales narrativos leyendo autores como los anteriormente citados especialmente preocupados por la razón y finalidad de la existencia. Heidegger pensaba que el individuo y, por extensión el ser humano, es lo que uno hace en el mundo (Dasein), y en todo lo que uno hace en el mundo –especialmente en el proceso de satisfacción de sus necesidades– aplicar el cuidado suficiente. La salud –tanto la mental como la física y social– está direc-

tamente relacionada con el nivel de cuidado integrado en el mecanismo general de satisfacción de necesidades del ser humano. En definitiva para Heidegger el cuidado es interpretado como la estructura fundamental del ser y la cotidianidad.

El cuidado como estructura fundamental del ser y la cotidianidad

La dialéctica entre estilo de vida y nivel salud-enfermedad esta directamente relacionado con el concepto de cuidado. El cuidado es, también, una forma de llegar a alcanzar cierto control sobre nuestras vidas, nuestro destino, y esto es para Heidegger el ser o no ser propietario de la existencia. Heidegger estaba especialmente preocupado por la impropiedad, dado que pensaba que la impropiedad es la forma originaria de nuestro ser en el mundo (previa al nacimiento y posterior a la muerte). La impropiedad es un existencial, es decir, una estructura fundamental del ser que lo envuelve desde el primer momento, y lo acompañará el resto de la vida (el cuidado funciona como antídoto). Esta sensación de impropiedad provoca en el hombre desamparo e indefensión ante el dolor, la enfermedad y la muerte. Sólo mediante el cuidado logra el hombre fijarse en lo que le conviene desde el punto de vista de la satisfacción de sus necesidades, en general, y de la salud, en particular.

CUIDADO: Mantener la atención, fijarse, estar en lo que se está haciendo. Procurarse un sitio en el mundo. Andarse con cautela, No perder detalle (importante) ni bajar (descuidadamente) la guardia. El cuidado es estar dispuesto e instantáneamente disponible. Siempre listo, siempre despierto.

EL ORIGEN DEL HOMBRE Y EL CUIDADO EN HEIDEGGER

Para analizar el origen del hombre y desarrollar los conceptos de cura y cuidado, Heidegger emplea, de nuevo, las fuentes narrativas, concretamente una fábula escrita por Higino en la primera mitad del siglo I a.C: “Fábula del hombre y el mundo”

Una vez llegó Cura a un río y vio terrones de arcilla. Cavilando, cogió un trozo y empezó a modelarlo. Mientras piensa para sí qué había

hecho, se acerca Júpiter. Cura le pide que infunda espíritu al modelado trozo de arcilla. Júpiter se lo concede con gusto. Pero al querer Cura poner su nombre a su obra, Júpiter se lo prohibió, diciendo que debía dársele el suyo. Mientras Cura y Júpiter litigaban sobre el nombre, se levantó la Tierra y pidió que se le pusiera a la obra su nombre, puesto que ella era quien había dado para la misma un trozo de su cuerpo. Los litigantes escogieron por juez a Saturno. Y Saturno les dio la siguiente sentencia evidentemente justa:

Tú, Júpiter, por haber puesto el espíritu, lo recibirás a su muerte; tú, Tierra, por haber ofrecido el cuerpo, recibirás el cuerpo. Pero por haber sido Cura quien primero dio forma a este ser, que mientras viva lo posea Cura. Y en cuanto al litigio sobre el nombre, que se llame homo, puesto que está hecho de humus (tierra).

Higino “Fabula del hombre y el mundo” (40-30 a.C.)

En esta fábula la “cura” (cuidado) aparece en conexión con la conocida concepción del hombre como: Compuesto de cuerpo (tierra) y espíritu (holístico). El hombre tiene el “origen” de su ser en la cura. Y una vez vivo es retenido, dominado por el cuidado mientras esta en el Mundo. El hombre está en el mundo (ser en el mundo) mediante la acción de la “cura” que le dota de entidad: su nombre “homo” no lo recibe de su propio ser, sino de aquello de lo que está hecho “humus”. Para Heidegger la “cura” tiene un doble significado: “hingable” (entrega) y “sorgen” (cuidado). La cura, pues, aparece como la figura femenina que, metafóricamente, hace posible el parto del hombre y, tras la existencia de éste, se transforma en su cuidadora. La cura es la entidad “femenina” que modela al ser mediante arcilla (tierra) y la mediadora que le facilita el espíritu (Júpiter) acompañándolo hasta su muerte en forma de cuidados. La utilización de las palabras cura y cuidado es en Heidegger, desde la perspectiva etimológica, es más correcta que la utilización disociativa que en nuestros días es la más difundida en medicina y enfermería. De todo lo anterior se deduce que el concepto “cuidado” tiene un enorme potencial semántico que debe ser empleado para desarrollar de forma epistemológica la disciplina enfermera, dado que, en definitiva, el cuidado acompaña al

hombre desde su nacimiento hasta su muerte y constituye, desde la perspectiva fenomenológica, la estructura fundamental de su existencia o “existenciario”

ÉTICA DEL CUIDADO

El ser humano en sus acciones ha de poner cuidado para acompañar su existencia de la dignidad y la ética necesarias. La finalidad y justificación del cuidado es “velar” para que el ser desarrolle todas sus potencialidades para que llegue a ser él mismo, el realmente es en un contexto histórico-cultural, el hombre en su plenitud a nivel holístico: biopsicosocial.

“Hay que apreciar cuando hoy un hombre tiene todavía la aspiración de ser algo entero”

(Robert. Musil)

Nozick (1988) señala que para el desarrollo ético del cuidado (llegar a ser con dignidad/ ética) hay que mantener los niveles adecuados de: consistencia/coherencia, cuidado y consecuencias.

Consistencia/coherencia

Se interioriza la conducta para modelar las acciones intencionalmente en base a unos determinados valores (sociales, de salud, ideología, religión, etc.)

Cuidado

Reflexión, atención sobre una amplia red de relaciones con el fin de mantener el equilibrio entre el pensamiento, los valores y la conducta de forma holística.

Consecuencias

El aspecto objetivo de la ética son los resultados prácticos derivados de las conductas/ praxis.

Un ejemplo de cuidado desde la perspectiva ética la constituye la propia vida de el autor de “El ser y el tiempo: resulta evidente que Heidegger se ve sometido a la presión de su época como ser arrojado a un espacio y un tiempo en el que afloran las contradicciones (nazismo, racismo, etc.); pero también es cierto que se cuida de dejarse arrastrar del todo (aunque no puede permanecer completa-

mente aislado del fenómeno histórico). Heidegger, que interpreta el cuidado como la estructura fundamental del ser, mantiene la consistencia/coherencia que fundamenta en sus valores y, mediante la reflexión crítica, intenta mantenerse dentro de la dignidad personal ante las enormes presiones ambientales. Los resultados prácticos de esta ética del cuidado se manifiestan, tienen como consecuencia, la visión integral y relacional de factores como: salud, la ideología, los valores y la capacidad de reflexión que permite mantener la dosis básica de libertad interpretativa para que pueda hablarse de una existencia vivida en la dignidad. Dicho de otro modo, desde esta perspectiva, se puede apreciar la salud en sus diferentes planos: social, fisiológico y mental.

Cuando el viento, saltando brusco, gruñe entre la armazón de la cabaña, ya el día se pone ceñudo...

Nunca llegamos a pensamientos.

Llegan ellos a nosotros.

Tal es la hora propicia al diálogo.

(Heidegger)

RELACIÓN KAIRÓS-SATISFACCIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

El momento, el instante es el lugar donde se escenifica la vida cotidiana y donde se va configurando la personalidad y las condiciones físicas: momento a momento, instante a instante, el hombre, mediante la ejecución rutinaria de esos hábitos tan relacionados con la satisfacción de necesidades, puede favorecer el desarrollo de una determinada enfermedad o, por el contrario, potencia una forma determinada de satisfacer sus necesidades que no sólo no es contraria con el mantenimiento de una vida equilibrada y sana, sino que resulta imprescindible para el mantenimiento de ésta. A largo de la historia los hombres han estado inmersos en sociedades que les han obligado a llevar diferentes “ritmos de vida”. Esos ritmos de vida han estado formados por diferentes tiempos: Desde los tiempos de recolección salvaje y caza en las sociedades primitivas, pasando por el tiempo de siembra y cosecha desde las primeras sociedades neolíticas, hasta el tiempo de guerra de los períodos más álgidos de las culturas antiguas y medie-

vales, que eran seguidos por breves episodios de descanso bélico (tiempo de paz); sin embargo, en ninguna época histórica el hombre ha estado tan desorientado con respecto a la organización temporal de sus actividades como lo está a finales del siglo XX. Los cambios horarios y la generación incesante de nuevas necesidades proyectadas desde los medios de comunicación han provocado la desvinculación entre la naturaleza y el tiempo contribuyendo a un consumismo desordenado en el que la afirmación: “un tiempo para cada cosa” se ha convertido en una expresión vacía de contenido para una humanidad que podría pasarse las veinticuatro horas del día delante de un televisor. Desde luego, en este contexto, es preciso poner orden. Sin duda sigue existiendo un Kairós para satisfacer cada una de las necesidades humanas y en un contexto social tan agobiante como el impuesto por este fin de siglo se hace preciso que los individuos, las familias y comunidades, involucren un tiempo idóneo para la satisfacción adecuada de cada una de sus necesidades como primer requisito para alcanzar el éxito en dicho proceso (TABLA I.5).

TABLA I.5
SATISFACCIÓN DE NECESIDADES
Y KAIRÓS

Kairós-patrón respiratorio
Kairós-comer/beber
Kairós-patrón de eliminación
Kairós-movimiento-mantenimiento
Kairós-dormir-descansar
Kairós-vestido-abrigo adecuado.
Kairós-mantenimiento temperatura.
Kairós-aseo-higiene personal.
Kairós-evitar peligros ambientales.
Kairós-comunicación.
Kairós-religión.
Kairós-ocupación-empleo
Kairós-lúdico
Kairós-aprendizaje-descubrimiento.
Kairós-patrón sexual

Fuente: Elaboración propia basado en Henderson (1991)

EL KAIRÓS COMO MENSAJE HISTÓRICO

El instante va más allá del mero presente, porque puede erigirse en el mensajero de un asunto tan crucial y revelador que su influencia no va a extinguirse con el presente, sino que va a ir mucho más allá. Desde el plano subjetivo, el diagnóstico de una enfermedad no se agota en el momento de la comunicación, sino que constituye todo un fenómeno que va a proyectarse durante buena parte de la vida del sujeto y, en algunos casos, que va a acompañarle durante el resto de su existencia. Es tal la densidad de ese instante que genera tiempo de duda e incertidumbre, donde se agolpan los sentimientos, los recuerdos, las expectativas y que exige el replanteamiento del estilo de vida, puede ser catalogado como todo un acontecimiento en el plano personal y familiar y como tal debe entenderse por los aquellos profesionales responsables de compartir esos instantes tan cargados de significado.

V.- CONCLUSIONES

Leyendo a Heidegger, especialmente su obra “El ser y el tiempo”, se puede llegar a establecer el concepto fenomenológico de cuidado y el de cura. Paradójicamente, la enfermería, aun estando omnipresente ante el dolor, la angustia y la muerte, se ha mantenido cautelosamente alejada de la reflexión vivencial y fenomenológica del cuidado.

Las fuentes narrativas, concretamente una fábula escrita por Higinio en la primera mitad del siglo I a.C: “Fábula del hombre y el mundo”, constituyen un referente esencial para entender la importancia filosófica, fenomenológica y epistemológica del cuidado. Esta fábula fue empleada por Heidegger para desarrollar su teoría fenomenológica.

- El tiempo constituye el cauce existencial por el que transcurren los diversos momentos históricos o “Kairós” que el ser humano (a nivel individual, familiar o comunitario) dedica a la satisfacción de todas y cada una de sus necesidades. El estudio del contexto temporal dedicado al proceso de satisfacción de necesidades incide tanto en la forma en la que se lleva a cabo dicho proceso como en su resultado.

- La fenomenología constituye un recurso metodológico de gran pertinencia para reflexionar sobre los aspectos éticos de los cuidados.

-El cuidado, conceptual y semánticamente, tiene un gran potencial que puede contribuir a la vertebración de la disciplina enfermera.

BIBLIOGRAFÍA

- ANNELSS, M. (1996) Hermeneutic phenomenology: philosophical perspectives and current use in nursing research. *J Adv Nurs*, 23/4: 705-13.
- ARÓSTEGUI, J. (2001) *La investigación histórica: teoría y método*. Crítica, Barcelona.
- BISHOP, A.H; SCUDDER, J.R (1997) A phenomenological interpretation of holistic nursing. *J Holist Nurs*, 15/2: 103-11
- BLOCH, M. (1999) *Historia e historiadores*. Akal, Madrid.
- BRAUDEL, F. (2002) *La historia y las ciencias sociales*. Alianza, Madrid.
- BUENO, G. (1978) "Reliquias y relatos: construcción del concepto de historia fenoménica". *El Basilisco* 1:5.
- BURKE, p. (2003) *Formas de hacer historia*. Alianza, Madrid.
- FEBVRE, L. (1999) *El combate por la historia*. Ariel, Barcelona.
- GÓMEZ HERAS, J.M. (1989) *El a priori del mundo de la vida: fundamentación fenomenológica de una ética de la ciencia y de la técnica*. Anthropos, Barcelona.
- HAMILTON, D. (1993) The idea of history and the history of the ideas. *Image Journal Nursing Scholarship*, 25/I: 25-50.
- HEIDEGGER, M. (2000) *El ser y el tiempo*. Fondo de Cultura Económica, Madrid.
- HUSSERL, (1991) *La crisis de las ciencias europeas y la fenomenología trascendental*. Crítica, Barcelona.
- HUSSERL, E. (1994) *Problemas fundamentales de la fenomenología*. Alianza, Madrid.
- LÜDTKE, A. (1991) Sobre los conceptos de vida cotidiana, articulación de las necesidades y "conciencia proletaria". *Revista de Historia Social*, 10: 41-61.
- NOLTE, E. (1989) Heidegger. Política e historia en su vida y en su pensamiento. Tecnos, Madrid.
- NOZICK, R. (1990) *Anarquía, Estado y Utopía*. Fondo de Cultura Económica. México, D.F.
- PALEY, J. (1996) Intuition and expertise: comments on the Benner debate. *J Adv Nurs*, 23/4: 665-71.
- PALEY, J. (1997) Husserl, phenomenology and nursing. *J Adv Nurs*, 26/1:187-93.
- PEARCE, S; RICHARDSON, A. (1996) Fatigue in cancer: a phenomenological perspective. *Eur J Cancer Care*, 5/2: 111-5
- POMIAN, K. (1990) *El orden del tiempo*. Júcar, Madrid.
- SCHAFF, J. (1974) *Historia y verdad*. Grijalbo, México.
- SERRANO, M. (2006) *Sobre la templanza del alma. Relato de un enfermero agredido en las Urgencias. Sobre la templanza del alma. Relato de un enfermero agredido en las Urgencias*. Arch Memoria 2006; 3(2). Disponible en <<http://www.index-f.com/memoria/3/a20609.php>>
- SILES, J. (1997) *Epistemología y enfermería.: por una fundamentación científica y profesional de la disciplina*. Enfermería Clínica, IV/7: 188-194.
- SILES, J. (1999) *Historia de la enfermería*. Aguacilar, Alicante.
- SILES, J. (2004) *La construcción social de la historia de la enfermería*. Index de enfermería. 13/ 47: 7-10.
- SILES, J. (2004) *La construcción social de la historia de la enfermería*. Index de enfermería. 13/ 47: 7-10.
- SILES, J. (2005) *La eterna guerra de la identidad enfermera: un enfoque dialéctico y deconstruccionista*- Index de enfermería. 14/50: 7-9.
- SILES, J. (2005) *La eterna guerra de la identidad enfermera: un enfoque dialéctico y deconstruccionista*- Index de enfermería. 14/50: 7-9.
- SOLANO, C; y SILES, J. (2005) *Las vivencias del paciente coronario en la unidad de cuidados críticos*. Index de Enfermería. 51: 29-33.
- SILES, J y SOLANO, C. (2007) *Estructuras sociales, división sexual del trabajo y enfoques metodológicos. La estructura familiar y la función socio-sanitaria de la mujer*. Invest Educ Enferm. 25/1: 66-73.
- VILAR, P. (2001) *Crecimiento y desarrollo. Economía e historia. Reflexiones sobre el caso español* Crítica, Barcelona.
- WHILTROW, G.H. (1990) *El tiempo en la historia. La evolución de nuestro sentido del tiempo y de la perspectiva temporal*. Crítica, Barcelona.



ANTROPOLOGÍA

ACTITUD Y ADAPTACIÓN MATERNAL EN EL EMBARAZO

Pablo Jesús Molinero Rubio*, Javier Morales Eliche*, Luis Vega Cabezudo*,
Jorge Montoro Martínez*, Manuel Linares Abad**, Carmen Álvarez Nieto***

* *Estudiantes de la Diplomatura de Enfermería*

** *Licenciado en Antropología Social. Enfermero-Matrn. Profesor titular de la
Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. Universidad de Jaén*

*** *Diplomada Universitaria en Enfermería. Doctora en Ciencias Biológicas.
Profesor colaborador de la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud.
Universidad de Jaén*



ATTITUDE AND MATERNAL ADAPTATION DURING PREGNANCY

SUMMARY

The aim of our study is to evaluate the influence of several factors such as age, wanted pregnancy, education level, etc, on final stages pregnant women's attitude and perception of pregnancy. A cross-sectional descriptive study was carried out with over 36 weeks pregnant women undergoing routine cardiotocographic check-ups in the Foetal Welfare outpatients unit at the Maternity-Children's hospital (Ciudad de Jaén Hospital). Kumar et al's attitude and maternal adaptation questionnaire (1984) was used. The results obtained suggest that a wanted pregnancy is closely linked to a high degree of satisfaction throughout pregnancy, that marital status has a determinant influence on wanted pregnancies, and that affection showed by pregnant women's part-

ners increases proportionally to the number of pregnancies.

KEY WORDS: pregnancy, attitude, perception, adaptation

RESUMEN

El objetivo de nuestro estudio es evaluar la influencia de diversos factores como la edad, planificación del embarazo, nivel de estudios, etc. sobre la actitud y percepción del embarazo que tiene la mujer gestante en la recta final del mismo. Se ha realizado un estudio descriptivo transversal, en mujeres embarazadas más de 36 semanas que se sometían a revisiones rutinarias de cardiotocografía en la consulta de bienestar fetal del hospital Materno-Infantil perteneciente al Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén. El instrumento usado ha sido el cuestionario de actitud y adaptación maternal de Kumar y cols. (1984). Los resultados obtenidos en el estudio nos muestran que el hecho de que el embarazo sea deseado esta íntimamente ligado a un alto grado de satisfacción de la gestante en todo el proceso del embarazo, el estado civil influye de manera determinante en el deseo del embarazo, y el afecto mostrado por la pareja de la gestante aumenta proporcionalmente con el número de embarazos.

PALABRAS CLAVE: embarazo, actitud, percepción, adaptación.

INTRODUCCIÓN

La actitud materna ante el embarazo y la adaptación a éste depende de muchos y variados factores. En la actualidad, en la mayoría de los países desarrollados se han producido una serie de cambios socio-culturales y de estilos de vida, que han llevado a un cambio en el comportamiento sexual y en las relaciones afectivas y laborales de la gestante (Ipland y cols. 1985).

El embarazo, en especial el primero, entraña grandes cambios en el ajuste psíquico interno e interpersonal, y a su vez el nacimiento del bebé está asociado con un incremento del riesgo de sufrir desórdenes psiquiátricos. El hecho de que el embarazo sea planificado o no, repercute en el aspecto psico-socio-cultural de la mujer, produciéndose cambios físicos y psicológicos que pueden producir situaciones estresantes que podrían cambiar la percepción sobre las expectativas creadas anteriormente a la gestación (O'Neil 1993). En este sentido tendrá una influencia decisiva el hecho de que se trate de un embarazo deseado, ya que tanto su estado físico como psicológico es favorable a todos los cambios así como los "sacrificios" que conlleva el proceso gestacional.

La condición psicológica de la mujer durante su embarazo y las formas en que se ve a sí misma, a su bebé y los que la rodean puede darnos información de la naturaleza y gravedad de los problemas físicos y psiquiátricos que podría sufrir durante y después del parto (Rofe y cols. 1993). Es por ello que hemos realizado un estudio, expuesto a las mujeres que acuden a la consulta de Bienestar fetal del Centro Materno-Infantil del Complejo Hospitalario de Jaén, para conocer la actitud, percepción y la adaptación al embarazo de estas mujeres. El objetivo de este estudio es valorar la influencia de diversos factores como la edad, planificación del embarazo, nivel de estudios sobre la actitud hacia el embarazo, además de la vivencia personal de la situación en la que se encuentra actualmente, o sea, la actitud y percepción del embarazo que tiene la mujer gestante en la recta final del mismo. Con esa información la profesión enfermera puede intervenir minimizando las percepciones y creencias negativas y potenciando las positivas, aumentando la satisfacción percibida, y favoreciendo el bienestar en el embarazo, parto y

puerperio. Además pretendemos que estudios posteriores, puedan demostrar la hipótesis de que con unos cuidados psicológicos (atendiendo a la edad, nivel de estudios, deseo del embarazo...) adecuados durante el embarazo se favorece una mejor disposición de la mujer ante todo el proceso, incluso podría disminuir el dolor durante el trabajo de parto así como disminuir el tiempo del mismo por lo que aumentaría el número de partos eutócicos (Sánchez y cols. 2001).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal en mujeres gestantes con más de 36 semanas de embarazo que acuden a la consulta de bienestar fetal del hospital Materno-Infantil perteneciente al Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén.

Nuestra investigación esta basada en un cuestionario de carácter voluntario cumplimentado por la gestante, que consta de 70 cuestiones: las 10 primeras son referentes a la edad, el nivel de estudios, el estado civil y otros aspectos como de la planificación del embarazo y su situación socio-familiar; las 60 siguientes preguntas corresponden a la actitud y percepción de la entrevistada ante el embarazo y el hijo/a (Kumar y cols. 1984).

MUESTRA

Criterios de selección de la muestra:

1. Mujeres embarazadas de 36 semanas o más.
2. Que acudan a la consulta de bienestar fetal del hospital Materno-Infantil de Jaén.
3. La viabilidad (el hacer el control de embarazo en esta consulta, el saber leer y la voluntad de participación desinteresada).

La muestra final consta de 50 gestantes entre 36 y 39 semanas de gestación comprendidas entre 20 y 38 años de edad y de profesiones diversas.

TÉCNICA

Muestreo consecutivo en el que el equipo de investigación repartió el cuestionario en la consulta de bienestar fetal a mujeres embarazadas de más de 36 semanas, y que deseaban participar cumplimentando el cuestionario. En todo el proceso se preservó el anonimato de las pacientes y se requirió el consentimiento informado previo de las mismas.

PROCEDIMIENTO

Dicho cuestionario se introdujo en una base de datos creada para tal fin y se analizó con el programa estadístico SPSS v12.0.

EVALUACIÓN

Para la evaluación del cuestionario de Kumar y cols. (1994), las 60 preguntas las hemos agrupado en diferentes subtemas según Salvatierra y cols. (1994).

- IMAGEN CORPORAL: 2, 12, 18, 19, 21, 31, 44, 47, 49, 53, 55, 57.
- SINTOMAS SOMÁTICOS: 1, 4, 6, 9, 17, 27, 32, 33, 35, 38, 41, 59.
- RELACIONES MARITALES: 3, 8, 15, 26, 34, 36, 37, 43, 48, 50, 52, 56.
- ACTITUD HACIA LA SEXUALIDAD: 5, 11, 20, 23, 25, 30, 39, 42, 45, 46, 58.
- ACTITUD HACIA EL EMBARAZO Y EL HIJO/A: 7, 10, 14, 16, 22, 24, 28, 29, 40, 51, 54, 60.

Podemos admitir que las respuestas que corresponden a los sentimientos positivos son de cada cuestión de 0-1, lo que nos daría un máximo de 60 puntos en la suma total, o de 12 para cada subtema. Puntuaciones por encima de 60 puntos indican que existe perturbación o deterioro significativo en una o más cuestiones. Se considera como buena (menos de 60 puntos); mediana (de 61 a 75 puntos), y mala (por encima de 75 puntos). En cada subtema consideramos como buena (hasta 12 puntos); mediana (de 13 a 18 puntos) y mala (más de 18 puntos).

RESULTADOS

Características generales de la muestra: la edad media de las mujeres es de 30 años, 23 de ellas tiene entre 30 y 34 años (46%), en el intervalo entre 25 y 29 años hay un total de 17 mujeres que se corresponden con el 34% del total de gestantes, 7 mujeres (14%) se encuentran en el intervalo de 35 a 38 años, y por último, únicamente 3 mujeres pertenecen al grupo de edad comprendido entre los 20 y 24 años (6%) (Figura 1). En cuanto al estado civil, un 94% de las embarazadas (47 mujeres), se encuentran casadas por la Iglesia, hay 2 mujeres solteras con pareja (4%), y sólo una mujer (2%)

está casada por lo civil (Figura 2). Veintiséis mujeres (52%) poseen estudios secundarios, diecisiete de las gestantes poseen estudios superiores (34%), seis de las mujeres (12%) tienen estudios primarios y por último, el 2% (una mujer) no tiene estudios (Figura 3). Entre el grupo de las profesiones ejercidas por las gestantes, la que estadísticamente predomina es la de ama de casa (46%) seguidas de las administrativas y dependientes con un 8% (Figura 4). Cabe destacar que una gran parte de las mujeres con estudios superiores y secundarios curiosamente son amas de casa.

En cuanto al número de gestaciones totales, 25 (50%) eran primigestas, 15 mujeres (30%) eran secundigestas y el 20% restante corresponden a mujeres multigestas (10 gestantes) (Figura 5).

Actitud hacia el embarazo: el hecho de que el embarazo sea deseado y planificado esta relacionado y es estadísticamente significativo ($p < 0.01$), con un alto grado de satisfacción y felicidad de la gestante en todo el proceso del embarazo, sin que aparezca sentimiento de arrepentimiento en ningún momento.

El estado civil influye de manera determinante en el deseo del embarazo, así, las mujeres que han contraído matrimonio tienen una predisposición mayor al embarazo que las mujeres solteras ($p < 0.01$). Además en aquellos matrimonios en los que ya se ha producido un embarazo anterior, existe estadísticamente una mayor probabilidad de un segundo o sucesivo embarazo ($p < 0.01$). Así mismo se ha comprobado que el afecto mostrado por la pareja de la gestante aumenta proporcionalmente con el número de embarazos, esto es, en el segundo embarazo el afecto mostrado es mayor que en el primero ($p < 0.01$).

Relaciones maritales y actitud hacia la sexualidad: debemos destacar que la mayoría de las mujeres casadas, durante el embarazo, siguen encontrando a sus parejas sexualmente deseables ($p < 0.01$), y a su vez el deseo sexual de estas hacia su pareja es mayor ($p < 0.01$). Además existe una relación estadísticamente significativa entre el deseo del embarazo por parte de la pareja con la percepción de la gestante del deseo sexual hacia su marido. Por otro lado, también se hace patente una clara relación entre lo avanzado del embarazo y el menor apetito sexual percibido por la mujer. A

medida que el embarazo avanza aumenta la preocupación de dichas gestantes respecto al daño que se pueda realizar al futuro bebé durante las relaciones sexuales ($p < 0.05$).

DISCUSIÓN

La actitud de una mujer frente a su embarazo puede representar un factor importante en su desenlace. Los cambios en la imagen corporal aunque son normales, pueden ser muy estresantes para la mujer, y guardan cierta relación con factores de la personalidad, con la respuesta del entorno social y con la actitud frente al embarazo. La explicación y el análisis de los cambios pueden ayudar a la mujer a afrontar el estrés que conlleva esta faceta de la gestación. Así se constata en nuestro estudio que el factor más determinante en la actitud maternal ante el embarazo y su posible relación con el impacto psicológico sobre la madre, es que el embarazo sea deseado o no, ya que la mayoría de las mujeres nos han mostrado un alto grado de satisfacción con su embarazo (96% de la gestantes). Esto discrepa con lo informado por Sevilla y cols. (1999), ya que en este estudio el factor que más influyó en la actitud y adaptación al embarazo es el haber mantenido relaciones prematrimoniales, predominando este sobre la planificación del embarazo, tal y como informaba Salvatierra y cols. (1994).

En conjunto este estudio nos desvela que existe una relación estadísticamente significativa entre el deseo del embarazo con la felicidad en la gestante por su estado así como con la preocupación de que el feto pueda sufrir alguna alteración o daño. Es evidente que si se ha producido el embarazo de una forma deseada, cabe esperar una felicidad por la consecución de este estado y como consecuencia existe en la mayoría de las encuestas una lógica preocupación por el bienestar en todo momento de su futuro bebé, es decir que sea normal y saludable.

Otra de las cuestiones muy a tener en cuenta que se desprende de esta investigación es la relación que hay entre la duración (en años) del matrimonio y el número deseado de hijos. En nuestro estudio, se verifica que aumenta el deseo de tener varios descendientes de manera palpable cuando la duración del matrimonio es igual o superior a cuatro años y medio.

Debemos además destacar que el intervalo predominante de edad de las gestantes es el de 30-34 con una media de 30'33. Hasta hace una década, la media de edad de las embarazadas estaba entre los 26-30 años, mientras que hoy ya está más cercana a la última cifra incluso ampliando el intervalo 4 años más (Barberá, 1999).

Un dato curioso que se desprende de los datos del estudio, es que a pesar de haber un 30% de embarazos no planificados, de estos, un 4% acabaron siendo no deseados, de lo que se deduce que solo un 86'7% de los embarazos no planificados llegaron a ser deseados.

Uno de los factores que más incide en la adaptación y actitud hacia el embarazo es el nivel de estudios; las mujeres de mayor nivel de estudios refieren una mejor percepción de su imagen corporal debido a que presentan una mayor autoestima y no viven el embarazo como una situación de deterioro de la imagen. En cuanto a su actitud hacia la sexualidad, los estudios nos desvelan que un mayor nivel de estudios conlleva una mejor y más completa información sobre la sexualidad así como un grado de ansiedad mucho menor que aquellas mujeres sin estudios o con un nivel de estudios bajo (Macías y cols. 2001).

BIBLIOGRAFÍA

- Barberá J.M. (1999) Consultar antes del embarazo. Comunidad escolar. Periódico Digital de Información Educativa. <http://comunidad-escolar.pntic.mec.es/636/salud>.
- Ipland J., Valls R., Murtra R.M. (1985) Actitud maternal ante el embarazo y su posible relación en el proceso psicopedagógico del niño. *Rol de Enfermería* 8(88), 51-60.
- Kumar R., Robson K.M., Smith A.M.R. (1984) Development of a self-administered questionnaire to measure maternal adjustment and maternal attitudes during pregnancy and after delivery. *Journal of Psychosomatic Research* 28(1), 43-51.
- Macías J., García N., Fernández L., Carrero R., Gallego M., Valiente A., Cruz I., Álvarez J.L. (2001) Ansiedad en la mujer: repercusiones sobre el embarazo, parto, puerperio y recién nacido. *Enfermería Científica* 226-227, 14-23.
- O'Neil, M.F. (1993) Normative Psychological changes in first-times mothers. *Disertation Abstracts International* 53(12-B), 65-85.
- Rofe Y., Blitner M., Lewin I. (1993) Emotional experiences during the three trimesters of pregnancy. *Journal of Clinical Psychology* 49(1), 3-12.
- Sánchez M.I., Fernández y Fernández M., Benito N. y cols. (2001) Dolor, temor y ansiedad durante el parto, como diagnósticos de Enfermería. *Metas de Enfermería IV* (41), 31-38.
- Salvatierra V., Ros R., Cuenca C., Barranco E. (1994) Resultados del cuestionario de adaptación y actitud ante el embarazo (M.A.M.A.) en mujeres españolas. *Relación con el*

planeamiento de la gestación. Acta Ginecológica 51, 188-197.
 - Sevilla L., Gómez M.D., Martín Y. (1999) Evaluación de los factores que influyen en la actitud y percepción durante el embarazo, mediante el cuestionario (M.A.M.A.). Enfermería Científica 1999, 212-213: 12-16.

Figura 1. Porcentaje de edades por intervalos.

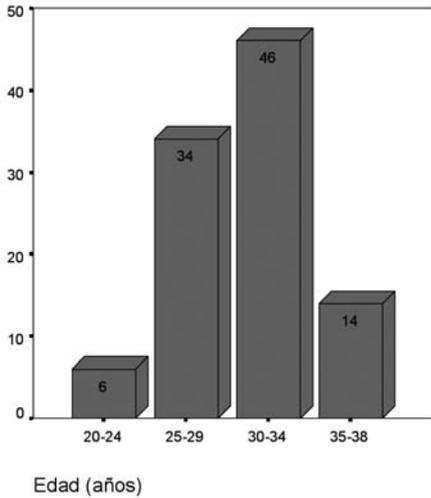


Figura 2. Estado civil en porcentajes.

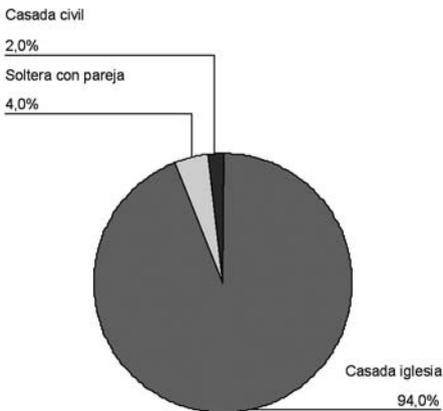


Figura 3. Porcentaje del nivel de estudios.

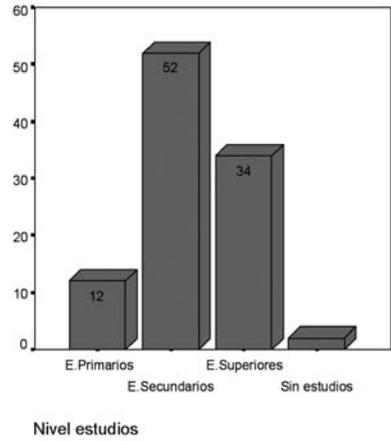


Figura 4. Profesiones ejercidas por las gestantes expresadas en porcentajes.

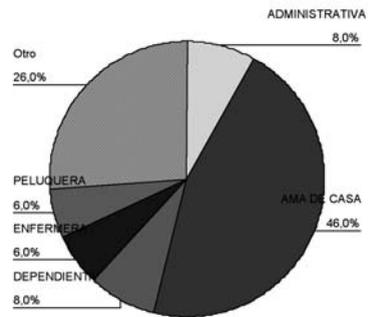
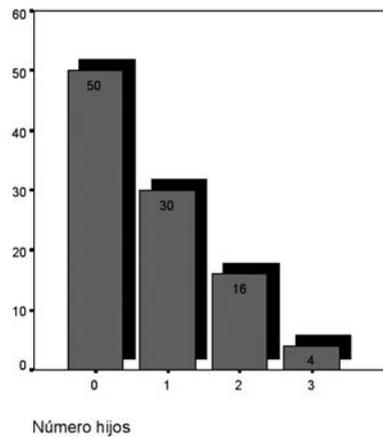


Figura 5. Porcentaje de número de hijos de las gestantes.



ENFERMERÍA EN LA SOCIEDAD: RELACIÓN TEORÍA / PRÁCTICA

Ángela Sanjuán Quiles

Profesora. Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante



NURSING IN SOCIETY: RELATION BETWEEN THEORY AND PRACTICE

SUMMARY

This article is a reflection on the educational process regarding practise of care: action's thought, reflexive professional performance, human perspective in general and professional perspective in particular about how to plan and organize education. Becoming a carer in our current society involves answering to special and different needs of people and their environment. Apprenticeship throughout life is considered as an attitude of search and constant explanation of the whys, of what we do and why we do it, and also as a belief in a professional autonomy and decision making with authority and equality, within multidisciplinary teams.

At this point, questions arise about nursing professionals in society and the relation between theory and method: Should initial training be based on a general approach or on a more specific one? What kind theory and practice foundations does a professional need to be able to build a new knowledge, new abilities but also new ways of understanding his care function?; Is practise the best fra-

mework for experience-based learning? Does experience-based learning make professional development and innovation possible?

Ongoing education promotes innovation and becomes the first factor for organizational development.

KEY WORDS: Education, Apprenticeship throughout life, Nursing, Society.

RESUMEN

Este artículo es una reflexión sobre el proceso formativo relativo a la práctica del cuidar: pensamiento de la acción, actuación profesional reflexiva, perspectiva humana en general y profesional en particular de cómo se idea y organiza la formación. Ser cuidador en la sociedad actual, implica responder a las necesidades particulares de la persona y de su entorno. El aprendizaje a lo largo de la vida se considera como una actitud de búsqueda y explicación constante del porqué, de lo que hacemos y por qué lo hacemos, y también como una creencia en una autonomía profesional y toma de decisiones con autoridad e igualdad, dentro de los equipos multidisciplinares. Surgen interrogantes sobre el profesional de enfermería en la sociedad y la relación teoría/práctica: ¿La formación inicial debe basarse en un enfoque generalista o en un enfoque especializado?; ¿Qué base teórico-práctica necesita un futuro profesional para poder asentar sobre ella, nuevos conocimientos, nuevas habilidades, pero también nuevas formas de comprender su función cuidadora?; La práctica, ¿Es el marco adecuado para el aprendizaje experiencial?; El aprendizaje experiencial, ¿Posibilita el desarrollo profesional y la innovación? La formación continúa, potencia la innovación, y se convierte en el primer factor para el desarrollo organizacional.

PALABRAS CLAVE: Formación, Aprendizaje a lo largo de la vida, Enfermería, Sociedad.

INTRODUCCIÓN

Hace ahora más de 25 años se graduaba en la Universidad de Valencia la I promoción de Diplomados Universitarios de Enfermería (1977-1980) y junto ella, en escuelas adscritas a la Facultad de Medicina la última promoción de Ayudantes Técnico Sanitarios. Se daba fin a una etapa de formación en la que lo más importante era saber hacer, no saber pensar, ni reflexionar sobre lo que se hacía.

Aquellos estudiantes, universitarios o no, compartieron los espacios de prácticas, los mismos profesores y lo más importante interactuaban con la misma sociedad. Sociedad con grandes cambios políticos y sociales nacionales y de la Comunidad Valenciana.

Todo parecía incierto para unos y para otros, era un momento de crisis y confrontación, los enfermeros diplomados universitarios se presentaban como una amenaza, iban a supervisar, dirigir, controlar a los Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS) y no sé, cuantas cosas más... Cuando, quizá, simplemente era una cuestión académica y de desarrollo de titulaciones y Enfermería, lo merecía por su complejidad y por su implicación social.

Con esta breve trayectoria universitaria de Enfermería, porque 25 promociones, no es mucha antigüedad en una Institución donde en palabras del Secretario de Estado de Universidades, se genera más del 75% del conocimiento y es además, el tronco por el que se accede y se capacita a gran parte de los profesionales para intervenir en los diferentes campos de la vida social (Ordoñez, 2005). Nos encontramos hoy en este entorno del Paraninfo de la Universidad de Alicante, (que como sabrán también cumple más de 25 años) profesionales de enfermería con distintos niveles de desarrollo académico como cualquier otra disciplina universitaria viva y con grandes deseos de reforzar su participación en la Universidad y en la Sociedad.

Claro ejemplo son vosotros, los que hoy habéis finalizado los estudios de la Diplomatura, primer paso para iniciar el camino profesional y también los que con riesgo e incertidumbre (Moncho, 2004) y grandes dosis de fortaleza y de seguridad en lo que podemos aportar a la sociedad termináis hoy los estudios del Título Superior en Enfermería. En

estos años para los estudiantes de grado, habéis sido a la vez, compañeros en la universidad y profesionales que, con vuestro buen hacer y competencia, habéis contribuido a la capacitación de los estudiantes y de las enfermeras noveles.

Con todos vosotros han estado y estarán los profesores de esta Escuela Universitaria y de la propia Universidad de Alicante, en ocasiones todos ellos serán motores de cambio en la formación y como consecuencia de la práctica profesional, serán asesores y motivadores, y tal vez utópicos, porque realizan propuestas innovadoras, que a veces vemos difíciles de aplicar a la realidad profesional cotidiana.

Su experiencia académica e investigadora al servicio de la práctica, nos une a todos para lograr un rol profesional y un campo de actuación autónomo, que yendo más allá de una posición de poder o de corporativismo, permita a las enfermeras interiorizar y cumplir un rol social que de respuesta a las necesidades de salud de las personas, con quienes han de mantener un compromiso solidario. Esto implica saber construir un saber profesional, implica entender que ser enfermera con pleno desarrollo académico y profesional, requiere un conocimiento de uno mismo y de los demás. Para hacerlo posible hace falta estar abierto al mundo y reflexionar sobre los distintos roles de la enfermera: rol autónomo, de cooperación, administrativo, educador, social, e investigador. Esta reflexión ha de estar presidida por un talante humanista, respetuoso con las diferencias y solidario con las necesidades reales de las personas.

Proceso formativo relativo a la práctica del cuidar

Considero que todo proceso formativo relativo a la práctica del cuidar tiene como objetivo ayudar, respetando las trayectorias personales, a los profesionales o futuros profesionales a ser cada vez más capaces de pensar la acción desde un perspectiva del cuidar. Es por ello necesario conceder importancia:

En primer lugar al pensamiento de la acción, lo que supone curiosidad por las cosas de la vida, conocimientos, actualización y profundización en los mismos, espíritu de investigación, sensibilidad ante lo artístico y desarrollo de un gusto por el refinamiento, en especial en su capacidad de

estar presente en el Otro, dejando un lugar necesario y sutil a la intuición.

A la actuación profesional, acción que expresa nuestro interés por una actuación asistencial, pero que no se puede dissociarse del pensamiento.

Un comportamiento asistencial de este tipo no se debería reducir a realizar actos-tareas o hacer cuidados, se trataría de pensar dentro de un espacio humano determinado, por naturaleza único y definitivamente singular, en lo que sería una acción eficaz y apropiada, portadora de sentido y respetuosa con la persona. Comportamiento de cuidar de este tipo, pensado para ser portador de sentido y respetuoso con las personas, no está reservado para algunos lugares o unidades asistenciales; concierne a todos los servicios de una estructura o institución, sea cual sea su grado de tecnología.

En cada uno de estos lugares, siempre hay personas que interactúan, y es primordial que cada vez, se sea capaz, de considerar a la persona más allá de lo que su cuerpo permite ver o de los actos, que el mismo necesita.

Prestar atención a la perspectiva del cuidar, que indica con qué perspectiva humana en general y profesional en particular se idea y organiza la formación.

La palabra cuidado se entiende como fermento de vida, algo que es necesario para la vida y, en un sentido más amplio, incluso para el mundo. El cuidado en sus múltiples facetas, es lo que contribuye a un mundo más acogedor para el ser humano. De ello se desprende que las palabras de la frase “la persona que cuida” nos concierne a todos.

Aspirar a prodigar cuidados, más allá de los aspectos profesionales, es querer intentar contribuir en un lugar –profesional o no– a un entorno más humano (La formación enfermera 2004).

Querer ser cuidador no es un estatus adquirido por una u otra cualificación, sino que es, tener una forma de vida por la que una persona, sean cuales sean sus cualificaciones y funciones, procura en situaciones de la vida diferentes y variadas, expresar su humanidad.

Por lo tanto, ser persona que prodiga cuidados no es cuestión de todo o nada, sino más bien una trayectoria por la que una persona permanece alerta y se cuestiona, se replantea, en múltiples circunstancias, sus acciones y su presencia en sí misma, en el Otro, en los Otros y en el Mundo.

En la sociedad actual, en constantes cambios culturales, en los modos y formas de abordar los procesos de salud, convertirse en un “ser cuidador” implica responder a las necesidades particulares de la persona y de su entorno. No es tarea fácil.

Aprendizaje a lo largo de la vida

En el aprendizaje a lo largo de mi vida, como asistencial y docente siempre me ha llevado a preguntarme, porqué, al estudiante o futuro profesional de enfermería no conseguimos durante el periodo formativo teórico y práctico inyectarle por una parte, la actitud de búsqueda y explicación constante del porqué, de lo que hace y por qué lo hace, y por otra, la creencia en una autonomía profesional y toma de decisiones con autoridad e igualdad, dentro de un equipo de trabajo entre distintas disciplinas.

Mi preocupación como profesora y enfermera clínica en distintos ámbitos, ha sido y es, observar como, en muy poco tiempo las actitudes y aptitudes de la práctica asistencial –a veces no tan positivas– capturan los deseos y modos de hacer de los profesionales noveles, quedando en muy pequeño porcentaje aquellos que, con más inconvenientes que facilidades intentan darle un sentido distinto a lo que hacen, piensan y evalúan, llegando a ser estos últimos los que pasada la primera década profesional, se consideran más desmotivados, desencantados profesionalmente y en definitiva con altas dosis de frustración. ¡Sólo han cometido el pequeño error de querer pensar de forma diferente!

Es cierto que la enfermera se enfrenta en su lugar de trabajo a situaciones, problemas y alteraciones de salud para las que ha recibido una capacitación suficiente, pero no es menos cierto que cada una de estas circunstancias presenta en la práctica su peculiaridad, su originalidad, aquel matiz que no está en el libro de texto, que no es previsible y al que tiene que dar respuesta. Diers, expone que una práctica de esta índole es mucho más que el cumplimiento de una tarea. Requiere de la enfermera una agudeza intelectual considerable, ya que se trata de, acertar a la hora de escoger una acción pensada, reflexionada, que responda a las necesidades particulares de la persona. (Diers, 1986)

En esta misma línea Kerouac apunta que los cuidados de enfermería comprenden aspectos afectivos, empáticos, relativos a la actitud y compromiso y aspectos instrumentales o técnicos (Kérouac, S. y Pepin, 1996).

En consecuencia el diseño del cuidado transciende al acto de cuidar. Recoge asimismo, la experiencia, la sensibilidad y la capacidad para conseguir unos cuidados centrados en los recursos internos de la persona en un contexto determinado.

Hend nos alerta que “La vida enfermera debe interactuar con la vida de las personas cuidadas, con toda la riqueza de matices” (Hend 1995).

Así cada vez que se hace uso de un conocimiento en un contexto junto a personas que son únicas, el conocimiento se reaprende y la competencia profesional y las capacidades del individuo aumentan.

Aunque es difícil extraer de estos procesos generalizaciones universales, no cabe duda que establecen pautas orientativas que, en caso de ser seguidas por otros profesionales y por la organización, permiten la innovación colectiva y el desarrollo organizacional.

Se podría afirmar que la práctica es: Un espacio de servicio y para la construcción de competencias; Un espacio para la reflexión y para la acción; Un espacio para el acompañamiento y para la ayuda; Un espacio para la solidaridad y para la defensa de los derechos humanos; Un espacio para la creatividad.

Relación teoría-práctica en la formación de enfermería

Por todo lo planteado anteriormente son muchas, las cuestiones e interrogantes que surgen en relación con la formación de grado y post-grado y la relación teoría/ práctica:

- 1.- ¿La formación inicial debe basarse en un enfoque generalista o en un enfoque especializado?
- 2.- ¿Qué base teórico-práctica necesita un futuro profesional para poder asentar sobre ella, a medida que avanza por su trayectoria, nuevos conocimientos, nuevas habilidades, pero también nuevas formas de comprender su función cuidadora?
- 3.- La práctica. ¿Es el marco adecuado para el aprendizaje experiencial?

4. - El aprendizaje experiencial. ¿Posibilita el desarrollo profesional y la innovación?

Trataré de dar una explicación que a mi entender nos puede servir para reflexionar sobre estos interrogantes. En primer lugar:

1.- ¿La formación inicial debe basarse en un enfoque generalista o en un enfoque especializado?

En los procesos de formación del pregrado hay que garantizar una buena capacitación para una reflexión en la acción desde una perspectiva clínica y de acompañamiento, así como una buena interacción entre teoría y práctica.

Los partidarios del enfoque generalista no dudarán en afirmar que el especialista es aquel que lo sabe casi todo de casi nada. Esto no sirve para desalentar a los especialistas, que replicaran que el generalista es alguien que no sabe nada sobre casi todo.

Estas disputas podríamos decir anecdóticas, pueden enmascarar una pregunta más fundamental que podría ser aquella que nos hace pensar en el segundo interrogante

2.- ¿Qué base teórico/práctica necesita un futuro profesional para poder asentar sobre ella, a medida que avanza por su trayectoria, nuevos conocimientos, nuevas habilidades, pero también nuevas formas de comprender su función cuidadora?

La formación generalista se centra sobre todo, en el desarrollo de un “ser cuidador”. Las modalidades de esta formación se orientan hacia la reflexión creadora, el pensamiento crítico y el “aprender a aprender”. Se sitúa de entrada con una finalidad provisional con disposiciones fundamentales tales como: ser un comunicador eficaz, ser capaz de identificar, seleccionar, interrelacionar, jugar con las ideas, construir una reflexión, considerar los hechos y analizarlos; resolver problemas, interaccionar con los demás, diagnosticar problemas sobre la base de una respuesta humana, tomar decisiones autónomas, comprender las relaciones del individuo con su entorno, comprender el mundo contemporáneo en el que vivimos, reaccionar ante las artes.

Continuar la formación inicial, de base o generalista, con una formación especializada es algo

que, hoy en día parece cada vez más necesario. Sin embargo, esta constatación requiere recabar la atención sobre la vigilancia que debe asociarse a ello. En efecto, aunque la especialización contribuye a aumentar los conocimientos de un profesional, esto mismo puede contribuir a cierta estrechez de miras, a una forma de cerrazón, considerando los conocimientos especializados, o más aún, hiperespecializados, como una coraza que encorseta y oprime al profesional. Una cerrazón de este tipo se podría calificar de catastrófica, para la enfermería y para la sociedad cuando hace que, el ser cuidador se interese cada vez menos por la persona cuidada y se concentre más en su parcela, a veces estrecha, en la que se ha especializado.

Expresar que la formación generalista se trata de una formación provisional significa situar este tipo de formación como una etapa inicial en el desarrollo profesional. Por lo tanto una etapa de este tipo podrá ir seguida por diversas especializaciones.

3. - La práctica, ¿es el marco adecuado para el aprendizaje experiencial?

Para Schön la práctica es un espacio de privilegio que permite el aprendizaje experiencial, aprendizaje que se produce por la integración de la experiencia tras un periodo de reflexión. Una vez esta experiencia se ha acomodado a las experiencias existentes, las complementa e incluso, las modifica. Este aprendizaje se caracteriza por ser interpretativo individual, no generalizable e implícito. Es un proceso de reflexión en el curso de la acción que permite al práctico, mediante el estudio de problemas reales, usando su juicio, conocimiento y sus competencias tácitas, encontrar vías de intervención adaptadas (Schön, 1998).

La competencia sólo puede adquirirse poniendo en juego las capacidades en un contexto de práctica profesional. Cuando la enfermera planifica, actúa y evalúa los resultados de su acción para, a continuación reflexionar sobre ellos, volver a planificar, actuar y evaluar de nuevo, y así sucesivamente, podemos decir que está inmersa en un proceso de formación continua. Se trata de intervenir después de haber reflexionado y durante la acción. En la práctica, la reflexión y la evaluación de la acción no siempre son secuenciales: la refle-



cción se produce muchas veces en la acción, no tras la acción. De hecho, evaluamos y regulamos la acción mientras la estamos haciendo ya que son muchas y muy rápidas las interacciones y las transacciones que una enfermera realiza a lo largo de una jornada de trabajo.

Los profesionales que adoptan una práctica reflexiva organizan, situaciones concretas de aprendizaje, donde analizan, comparan y reflexionan para encontrar soluciones a los problemas observados. **La cuestión radica en ser hábiles para reflexionar en el curso de la acción.** Nassif llamo “cultura objetiva” a la internalización del conocimiento que permite liberar los potenciales reflexivos. Así por ejemplo difícilmente se puede aplicar reflexivamente un protocolo de cuidados, si la enfermera tiene que estar pensando constantemente en como se efectúa la técnica de aspiración (Nassif, 1984). A lo largo de este proceso es cuando realmente se adquiere la competencia, cuando la capacidad se expresa y se amplía, consiguiendo niveles óptimos de ejecución. Lo que estamos describiendo es un modelo de investigación-acción. Un proceso de reflexión en la práctica (Pont, 1997).

4. - El aprendizaje experiencial posibilita el desarrollo profesional y la innovación.

La reiteración de estos procesos de investigación-acción genera en el individuo lo que Tejada denomina experiencias innovadoras (Tejada, 2000). Cuando estas experiencias innovadoras son



asumidas institucionalmente, podemos hablar propiamente de innovación y, en la medida en que esta, es asumida por la organización, constituye también un factor de desarrollo organizacional.

La innovación para serlo realmente, requiere la aceptación y el compromiso institucional. Muchas experiencias innovadoras se quedan sólo en eso, en experiencias interesantes, porque la institución no tiene previsto un sistema de vigilancia, comunicación y evaluación de las aportaciones de las enfermeras. Las aportaciones innovadoras de muchas enfermeras logran con frecuencia niveles altamente satisfactorios en el cuidado de los pacientes, pero lamentablemente suele ocurrir que no se extrae todo el provecho que la experiencia podría aportar: el trabajo acaba siendo solamente un ejercicio de estilo que beneficia al paciente y a la propia enfermera y que a lo sumo se ve reflejado en una comunicación a un congreso o en un artículo. Con esto, no quiero decir que estos esfuerzos por trascender de la rutina y mejorar los cuidados que se prodigan, no merezcan el reconocimiento de la profesión y no sean beneficiosos para quienes los reciben, pero si esta actitud de compromiso fuera general, el discurso práctico alternativo que se generaría sería suficientemente poderoso para socavar el discurso hegemónico establecido en muchas instituciones.

Consideraciones finales

En cualquier caso si consideramos que la innovación es un valor que merece la pena tenerse en cuenta, es preciso formar enfermeras reflexivas, crear o favorecer contextos institucionales que propicien la investigación y las experiencias innovadoras y que seamos capaces de traducir estas experiencias en innovación.

En consecuencia se podría entender que la innovación es el resultado de una práctica profesional presidida por la interrogación constante, el pensamiento crítico y el espíritu de aprender a aprender; en suma por la actualización de las capacidades que devienen competencia.

Pasar de la capacidad a la competencia experta, y de esta a la innovación, implica que las enfermeras reflexionen críticamente sobre sus prácticas individuales y colectivas en cada uno de los contextos sociales (Benner, 1995).

La excelencia de los cuidados precisa, además de marcos de referencia, de profesionales con voluntad de implicarse, de valores y del poder para llevar a término los cambios.

Le Boterf insiste que la competencia del profesional no es sólo un asunto de inteligencia: **“toda la personalidad y la ética del profesional entran en juego”** (Boterf, 2001).

Hay que entender, por tanto la importancia de conseguir que el profesional adquiera además de otros saberes como el saber actualizarse y el saber aprender a aprender, un saber comprometerse que para los equipos docentes supone un saber comprometerse en un acompañamiento profesional.

Actualmente en la Sociedad hay que prever espacios y tiempos para la interrelación socio sanitaria, de manera que se contemple a Universidad – Empresa – Profesionales – Sociedad y que la innovación este acorde con las demandas sociales y las evidencias científicas.

La formación continua y en la actualidad el aprendizaje a lo largo de la vida, va a permitir potenciar la innovación, y **se convierte en un factor de primer orden para el desarrollo organizacional.**

Organización en aprendizaje permanente, teniendo en cuenta los saberes de los clientes y estableciendo lazos de cooperación horizontal porque, la persona que accede a los servicios está en mejor posición para describirnos sus experiencias de salud y sus significados.

BIBLIOGRAFÍA

- Benner, P. (1995) De novice à expert. Excellence en soins infirmiers. París: InterEditions
- Boterf, G. (2001) Construire les compétences des professionnels. Paris: Éditions de l'Organisation.
- Hend, Andel-Al, Hend. (1995) Las soins infirmiers source vive. Ginebra: (Multicopiado)

- Kérouac, S. y Pepin, J. (1996) El pensamiento enfermero. Barcelona: Ed. Masson.
- Ordoñez, S.(2005) Conferencia inaugural. III Jornadas de Redes de Investigación en Docencia Universitaria. Universidad Alicante
- La formación enfermera: Estado de la cuestión y perspectiva internacional. (2004) Barcelona: Fundación la Caixa
- López Camps, J. (2002) Aprender a planificar la formación. Madrid: Diaz de Santos.
- Moncho, J. (2004) Lección magistral de graduación de la V Promoción de Titulados Superiores de Enfermería
- Nassif, R.(1984) Teoría de la Educación. Madrid: Ed. Cincel-Kapelusz
- Peñalver Martinez, A ; Rios Lavanderia, A. (2004) La revolución de los departamentos de formación y desarrollo. Rev. Capital Humano; 182;72-81.
- Pont, E. (1997) La formación de los recursos humanos en las organizaciones. En Gairín Sall n, J. y Ferrández Arenaz, A. (Coord.) Planificación y gestión de Instituciones de Formación. Barcelona: Ed. Praxis.
- Quijano de Arana S. (1993) Formación y gestión integrada en la empresa. Rev Psicología del trabajo y organizaciones; 11(24) ;35-49
- Sch n, D. (1998) La formación de los profesionales reflexivos. Barcelona: Ed. Paidos
- Tejada, J. (1999) Acerca de las competencias profesionales. Herramientas. Revista de formación para el empleo. 57; 8-14.



PERVIVENCIA DE MÉTODOS DE CURACIÓN POPULARES EN UN SISTEMA DE CUIDADOS MODERNO

Rafael Villar Dávila *, Carmen Pulido Carrascosa **, Carmen Jiménez Díaz *, Alfonso Cruz Lendínez *, Pedro García Ramiro *

* *Enfermero/a Profesor/a Escuela de Ciencias de la Salud. Universidad de Jaén*

** *Enfermera Complejo Hospitalario de Jaén*



PERDURANCE OF POPULAR HEALING METHODS IN A MODERN HEALTH CARE SYSTEM

SUMMARY

Within the frame of cultural relativism and transcultural care, this work aims to globally approach the phenomenon of healers or quakers and “folk care”, and understand their coexistence with highly qualified health care systems; to find out the profile, methods and rites that are used, some common features among healers and the motives and experiences of those who have sought for their help.

In order to document and complete this descriptive ethnography, a questionnaire was designed and handed out by means of an interview to seven people who have used the services of healers within the province of Jaén.

Amongst the relevant results are the thoughtful and respectful manners of the healers and their interest for the person. The healers surround themselves of a religious-mystic atmosphere and use the laying on of hands and herbs.

We can conclude that the coexistence of traditional methods with a modern health system is mutually enriching, provides differentiating elements to the patient’s care and, so far, in certain circles, it does not seem bound to disappear.

KEY WORDS: Transcultural nursing, quackery, folk care.

RESUMEN

En el marco del relativismo cultural y de los cuidados transculturales, este trabajo pretende conocer globalmente el fenómeno del curanderismo y los “cuidados populares” y comprender su coexistencia con modelos de salud altamente cualificados; conocer el perfil, los métodos y ritos utilizados y las características comunes a los curanderos y los motivos y experiencias de las personas que han asistido a ellos.

Para documentar y completar esta etnografía descriptiva se ha diseñado y administrado mediante entrevista una encuesta a 7 personas que han recibido atención de curanderos en el entorno de la provincia de Jaén.

Entre los resultados tienen especial relevancia el trato cordial y respetuoso del curandero y su interés por la persona. Se rodean de un ambiente místico-religioso y utilizan la imposición de manos y el uso de hierbas.

Podemos concluir con la idea de que la coexistencia de métodos tradicionales en un sistema de salud moderno es recíprocamente enriquecedor, aportan elementos diferenciadores en la atención al paciente y por el momento, en determinados ambientes, no parece llamada a desaparecer.

PALABRAS CLAVE: Enfermería transcultural, curanderismo, cuidados populares.

INTRODUCCIÓN

La sintetización del concepto de cultura y cuidado, ampliamente relacionados, favoreció la creación de la enfermería transcultural (ETC). Las creencias, valores y estilos de vida deseados de los seres humanos han sido incorporados a la enferme-

ría y a los servicios de salud. Más y más personas esperan de las enfermeras y de los servicios sanitarios que entiendan y respeten sus valores culturales y creencias y que les ayuden de una manera significativa y apropiada. Así, el propósito de la ETC es continuar descubriendo nuevas y beneficiosas formas de ayudar a las personas de diferentes culturas o subculturas marginales, siendo el objetivo de la ETC proporcionar cuidados culturalmente apropiados. La enfermería transcultural es, en palabras de Madeleine Leininger (1999), su fundadora: un "área formal de estudio y trabajo centrado en el cuidado y basado en la cultura, creencias de la salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas, para ayudarlas a mantener o recuperar su salud, hacer frente a sus discapacidades o a su muerte".

SANACIÓN Y CURANDERISMO HOY

Algunas personas parecen estar dotadas de una capacidad psico-biofísica que los convierte en "almas sensibles" (Amezúa, 2004). Se trata de hombres y mujeres que poseen el don de detectar las emanaciones energéticas de su entorno y diagnosticar ciertas dolencias e incluso tienen la capacidad de curar mediante la imposición de manos y el trabajo con el magnetismo de la persona como principales fuerzas y fuentes terapéuticas.

El curanderismo es sin duda un fenómeno sociocultural tan antiguo como la propia historia del hombre, según han afirmado varios expertos en la materia (Amezúa, 1990; Granero, 1998; Salvatores, 1999). Los curanderos existen a pesar del desarrollo cultural y tecnológico de los pueblos.

El curandero, sea de la montaña, del medio rural o urbano, ha aprendido el manejo de los remedios vegetales que utiliza ampliamente. Sin embargo hay otros mecanismos en la curación popular cuyo efecto curativo no es atribuible a las plantas, esto es la sugestión. Curación o mejoría se deben muchas veces al efecto sugestivo producido sobre el enfermo por el curandero, al que rodean prestigio y misterio (Stokvis, 1983) siendo el ritual utilizado 16, uno de los factores más importantes para desencadenar el efecto sugestivo (imposición de manos, (De Miguel, 1980) lugar parecido a un oratorio (Amézua, 1990 Pérez, A. 1990; Briones

1997). La persona más sugestionable que otras, presentan un porcentaje más elevado de «curaciones» o mejorías. Si el curandero está convencido de su poder, convence a los demás. Si se sugiere al enfermo que su dolor va a desaparecer, esto puede suceder. No olvidemos que la psique actúa sobre el soma o viceversa y que no hay enfermedades psíquicas puras ni enfermedades somáticas puras.

EL CURANDERO

Según Pérez, y Fernández (1990), se cree que pasan de 5.000 los curanderos en España, pero muy probablemente haya el doble y sólo en Andalucía oriental se estima unos 300 (McLane, 1989; Gómez, (1997). Se dan en la actualidad varios tipos de curanderos que atienden a formas tradicionales de ejercer el arte de curar y que perviven junto a los servicios sanitarios. Su nivel de profesionalidad varía de unos a otros, estando en relación directa con su ámbito de influencia. (Amézua, 1990 ; Briones, 1996).El reclutamiento o la llegada al ejercicio del curanderismo sucede de formas variadas, las más generales son: por revelación divina, por aprendizaje, por enfermedad, vocacional, y por transmisión espiritual. En función de los procesos morbosos que atienden y de los remedios que emplean se pueden clasificar en: a) Los rezadores, que curan verrugas, culebrinas, dolores de muelas y otras enfermedades mediante oraciones o ensalmos que se acompañan de otros rituales simbólicos; b) Los sabios o sabias, que con método parecido curan padecimientos que tienen su origen en maleficios, como el mal de ojo, y se les reconoce poderes adivinatorios; c) Los que con su destreza personal arreglan problemas de huesos (anudadores) o poseen conocimientos para aprovechar las facultades terapéuticas de las plantas (naturalistas) (Espejo 1975); d) Los santos, que emplean medios y métodos parecidos pero se les reconoce el poder de la adivinación y la curación por influencia sobrenatural, además de ejercer como confesores y consejeros.

En la actualidad la gente llama de forma genérica a todos ellos curanderos, si bien los que se identifican devocionalmente con los santos sitúan a éstos en una categoría diferente debido a la presencia de: a) Religiosidad; b) Gracia: sinónimo de poder medianero entre lo sobrenatural y lo terreno,

que se recibe por designación de aquél. A veces “la gracia” está asociada a fórmulas relacionadas con la herencia (el séptimo de los hijos varones), con la influencia de la luna, o con fechas con una significación especial (el viernes santo).

CARACTERÍSTICAS COMUNES

- La mayoría de los curanderos carecen de estudios e incluso había un gran porcentaje de analfabetos, no todos viven del ejercicio del curanderismo, algunos tienen su trabajo como agricultores, pastores, comerciantes, etc., o bien lo llevan alternando con su cónyuge o algún familiar.
- El curandero siente, generalmente, que curar a los enfermos es una obligación y un deber moral que Dios les ha impuesto. La fuerza y el poder divino es lo que cura y no ellos personalmente, ya que son solamente instrumento en las manos de Dios. Ellos son sólo intermediarios entre Dios y el enfermo.
- Algunos van a buscar sus propias plantas curativas en determinadas fases de la luna o momentos del día. (Chessi, I. 1.996; Arteche, A.; Berdondes, J.L.) Otros “recetan” plantas para que el enfermo las compre.

LOS CLIENTES Y SUS RAZONES

No será la ciencia ni el saber del médico lo que les sugiere sino aquello de mágico que puedan ver en él, aunque el materialismo y el cientifismo actual en la mayoría de los casos le priva de ello. El curandero encuentra en este tipo de clientela, aquellos con los que puede hacer sus mejores y más espectaculares curaciones, sin importar el grado de preparación cultural o académica del enfermo.

Debemos añadir los casos en que el paciente ha creído ser, o lo ha sido efectivamente, tratado como un número, como una cosa, en la consulta del médico-gestor, que se limita a extender una receta y «quitarse de encima» un elevado número de pacientes en un tiempo mínimo, a lo que a veces se llama «medicina social» o socializada.

El enfermo, como ya hemos dicho en otras ocasiones, no busca la ciencia en el curandero, sino la esperanza, busca un depositario de sus problemas que le ayude a llevarlos, busca un guía, un apoyo



moral. Y cosa curiosa, lo encuentra muchas veces en estos hombres y mujeres iletrados, la mayoría de las veces, pero con una forma natural de conocer el alma humana. El tratamiento aplicado por el curandero actúa, en ocasiones, como un auténtico placebo, siendo lo que realmente cura la actuación sobre el factor psíquico que lleva consigo la enfermedad o el enfermo. En otras ocasiones la curación se debe al efecto intrínseco de las plantas tomadas y en otras, reconozcámoslo, no sabemos por qué sucede lo que sucede pero ahí está el resultado aunque nuestra mente lógica y racional no lo entienda, quedando por tanto abierta una puerta al esoterismo. Analizaremos este punto con más detalle con los resultados de la encuesta.

EL ESTUDIO

El relativismo cultural, opuesto al etnocentrismo, consiste en la capacidad de comprender las creencias y costumbres de otros pueblos o sociedades desde el contexto de su propia cultura, aunque estos pueblos vivan en un mismo espacio geográfico, partiendo de que todas las culturas son iguales y ninguna es superior a otra. Estos son dos conceptos que se deben tener muy en cuenta a la hora de hablar de diversidad cultural. (Harris, M. 1982) Es en el marco del relativismo cultural donde queremos centrar y justificar este trabajo. Cuando consideramos, como profesionales de enfermería, una subcultura dentro de la propia cultura del país y bajo el prisma del relativismo comprendemos sus valores, creencias y prácticas de salud junto a las de la cultura dominante, entonces la enfermera está haciendo cuidados transculturales. Como dice

Spector, (2001) "el deseo y la demanda de los profesionales de los cuidados por convertirse en "culturalmente competentes" va en aumento"

OBJETIVOS:

1. Conocer globalmente el fenómeno de los "cuidados populares" y el curanderismo y comprender su coexistencia con modelos de salud altamente cualificados.
2. En cuanto a las personas que han asistido:
 - a. Conocer los motivos o razones que llevan a una persona a consultar con un curandero.
 - b. Cómo se han sentido.
 - c. Cuál ha sido el grado de satisfacción.
3. Identificar el perfil personal y los métodos utilizados por estos curanderos a través de las experiencias de los usuarios.

METODOLOGÍA

Para documentar y completar esta etnografía descriptiva se ha diseñado una encuesta administrada por el entrevistador en el momento de la entrevista con el paciente y el estudio se circunscribe a la provincia de Jaén fundamentalmente. Para la muestra se han seleccionado a 7 personas que han recibido tratamiento de curanderos en diferentes circunstancias y a los que corresponden los datos de la siguiente tabla:

Sexo	Edad	E. Civil	Estudios	Profesión
VARON	47	CASADO	SECUNDARIOS	TAXISTA
VARON	26	SOLTERO	UNIVERSITARIO	INGENIERO
MUJER	35	CASADA	EGB	AMA DE CASA
MUJER	30	CASADA	BACHILLER	ADMINISTRATIVO
MUJER	60	VIUDA	PRIMARIOS	AMA DE CASA
MUJER	71	CASADA	NINGUNO	AMA DE CASA
MUJER	45	CASADA	UNIVERSITARIA	ENFERMERA

ANÁLISIS DE LOS DATOS:

1 ¿En qué consistía su enfermedad?

- Hemorroides
- Herpes zoster (2)
- Lupus.
- Artrosis y artritis reumatoide y osteoporosis.
- "Los nervios se han metido en el estómago" (Úlcera gástrica.)
- Hepatitis C.

2. ¿Cuál es su situación frente al servicio sanitario oficial recibido?

Sólo 1 de los enfermos entrevistados no había sido visto previamente por un médico y acudieron directamente al curandero. El resto había sido visitado una o varias veces por un médico sin encontrar una mejoría aparente. Algunos han sido vistos por varios médicos. Otro ha sido operado una o varias veces. En tres casos, los enfermos reconocían que los médicos les habían tratado bien, ya fueran de la Seguridad Social o particulares, pero en el resto la frase «no me hacían caso» era la regla y por eso decidieron romper con la Medicina oficial y seguir al curandero.

3. ¿Quién le informó de la existencia del curandero?

Amigos, familiares, compañero de trabajo, otro conocía la actividad del curandero fue directamente allí.

4. Sexo y edad, presencia del curandero y del lugar de curación.

Dos de los enfermos fueron vistos por curanderas y el resto (5) por curanderos varones. El doble de curanderos fueron varones. Ninguno tiene una edad inferior a 45 años, si bien una de ellas empezó en torno a los 25 años sus actividades y otro igualmente "reconoció" su gracia y empezó a curar después de los 30 años. Sólo dos de ellos (un varón y una mujer) tenían en su domicilio abundante material religioso y encendieron velas para la sesión. Otro llevaba en la cartera varias estampas de la Virgen que sacaba y colocaba en la mesa donde está "curando", todos se santiguaron al iniciar y finalizar el tratamiento, pero en general no hubo grandes ostentaciones religiosas ni místicas.

5. ¿Por qué acudió a un curandero?

- Los tratamientos médicos no sirvieron para nada. Desesperanza.
- Miedo al tratamiento quirúrgico recomendado por los médicos y al uso de ciertos medicamentos.
- Estaban desesperados y esperaban un milagro del curandero.
- Fueron inducidos por un familiar, amigo o vecino a consultar con un curandero por curiosidad y «por si acaso».

6. ¿De qué forma acogió el curandero su problema y cómo definió su enfermedad?

Puede observarse que en las contestaciones a esta pregunta hay un absoluto predominio de buenos recibimientos, comprensión, afabilidad, amabilidad, etc., en fin, buena acogida en la recepción del enfermo por el curandero. La bondad que emana de su persona, la atención y el buen trato en general para el enfermo, que éste sabe apreciar es una de sus más poderosas armas.

El curandero pone siempre interés en la atención del enfermo.

El curandero suele mostrar seguridad en sí mismo.

7. ¿Cómo hace "su" diagnóstico?

La mayoría utiliza las manos, bien haciendo simplemente pases sin tocar al enfermo o colocándolas quietas sobre la parte afecta. A veces toman la mano. «Me tomó la mano».

La simple observación de la parte es frecuente. La mirada fija es utilizada de diversas formas entre ellos para retener la atención del paciente.

La concentración del curandero es interpretado de diversas maneras: «meditó profundamente», «se quedó pensando», «cerró los ojos», «se concentró moviendo los labios» (como rezando).

Algunos de los entrevistados han hecho referencia a que esos mismos curanderos, en otros casos, no han necesitado ver al enfermo para diagnosticarle y bastaba llevarles una fotografía con la que curaban a distancia, concentrándose sobre la foto.

8. ¿Qué tratamiento le aconsejó?

Los tratamientos fueron muy variados: desde tomarse por vía oral varios papelillos de liar cigarrillos previamente bendecidos que el propio curandero da al paciente, hasta la ingesta de infusiones pasando por el uso de calor seco (una plancha eléctrica envuelta en un trapo negro) o lavarse la zona con preparados de diferentes hierbas hervidas durante periodos de tiempo diferentes según el uso, o bien frotar la zona con grasas preparadas, así como la propia imposición de manos del curandero en repetidas ocasiones. Los pacientes dicen: «sentía el calor», «sentía que pasaba calor del curandero a mí», «me preguntó si sentía calor al tocarme». Es frecuente también al iniciar y finali-

zar el tratamiento santiguarse y a veces hacer cruces sobre la zona a tratar.

9. ¿Ha llevado a cabo el tratamiento?

Los enfermos en general fueron con la idea de que la fe cura. El paciente solía tener gran fe en que los medios, por más extraños que parecieran, iban a curarle. El enfermo siente necesidad de creer, sea un ama de casa o un universitario. El paciente siguió el tratamiento a veces por años. Entre los pacientes referenciados la adherencia al tratamiento del curandero ha sido excelente pero se constata que en dos casos fueron menos constantes o se aburrieron y lo dejaron. En general, como los tratamientos del curandero no suelen ser demasiado complicados el paciente no tiene el menor reparo en seguirlos.

10. ¿Le cobró dinero por la visita el curandero?

En el total de los casos referenciados en estas encuestas ninguno tuvo que pagar nada al curandero. Dos de ellos enviaron presentes en agradecimiento. Pero se conoce que otros pidan una ayuda o la "voluntad" e incluso que tengan una cuota fija establecida.

11. ¿Repitió la visita al curandero?

Todos los pacientes repitieron la visita al curandero y algunos varias visitas, o bien era el curandero el que visitaba al paciente. En ocasiones periódicamente por espacio de meses e incluso años.

La mayoría se han sentido muy aliviados de sus males con las tratamientos recibidos. Otros han hecho buena amistad con el curandero o curandera, siendo ya clientes fijos y enviándoles otros pacientes reclutados por ellos.

Todos los pacientes referenciados mostraron su voluntad de volver en un nuevo episodio de enfermedad, cuando la medicina convencional no fuera efectiva o incluso simultanearían estas visitas con los tratamientos médicos.

La frase «sí, porque tengo mucha fe en ellos» se repite con constancia machacona en las respuestas.

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

1. No encontramos diferencias con otros autores en cuanto al perfil del curandero, excepto en el hecho de su nivel académico y cultural es algo más

elevado que la bibliografía consulta debido a que fenómenos como el analfabetismo muy presente en otros tiempo, ahora esta casi erradicado. Siguen utilizando los remedios vegetales como medio de curación y todos consideraron su actividad de sanación como una obligación derivada de un don divino y que son mediadores entre el paciente y la gracia divina.

2. En cuanto a perfil de los clientes, coincidimos con otros autores en que son mayoría mujeres y de edad entre 30 y 50 años y al igual que sucede con el perfil cultural de los curanderos, se observa una mejoría en el nivel académico de los clientes, habiendo encontrado a pesar de la corta muestra estudiada, un alto nivel de cualificación profesional.

3. No se ha podido contrastar con autores anteriores el hecho expresado por los entrevistados en cuanto a la frecuentación en veces repetidas, como en los casos estudiados. Tampoco encontramos referencias al hecho también encontrado en el que es el/la curandero/a quien se desplaza a visitar al paciente. Posiblemente porque el aislamiento en que se vivía en otras épocas se ha visto mejorado actualmente por tener fijado su domicilio el curandero en núcleos urbanos mas o menos grandes.

4. El número reducido de observaciones y la localización en un área geográfica restringida permite solamente considerar los datos en el contexto del estudio.

CONCLUSIONES DE LA ENCUESTA

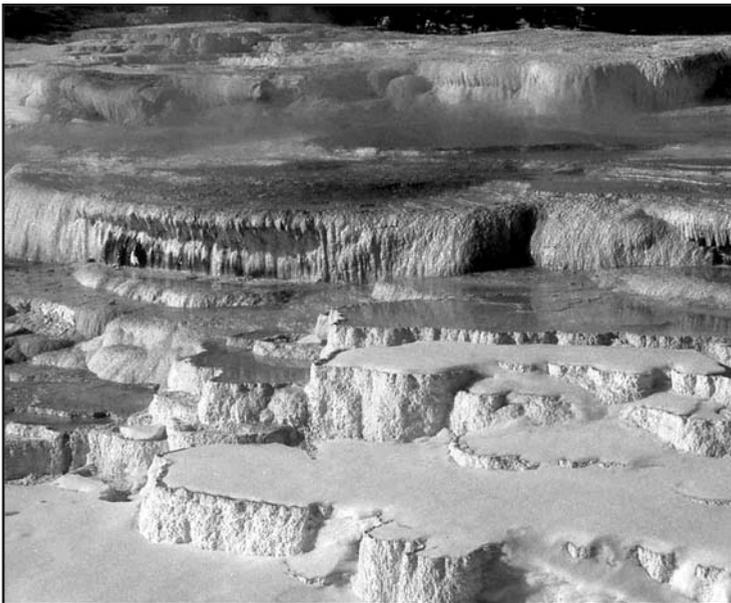
- Entre los resultados de las encuestas realizadas la contestación más general fue: «El curandero me trató muy bien, con mucho afecto. Se interesó por mi problema». La solicitud, el interés por parte del curandero es ya de por sí una forma terapéutica
- Las mujeres acuden más a los curanderos, casi el doble que los varones.
- Las mujeres comprendidas en la década de los treinta a los cuarenta años y los hombres de la misma década fueron los que más acudieron a las consultas de los curanderos, siguiéndoles los de cuarenta a cincuenta y de veinte a treinta años.
- Los hombres casados y las mujeres casadas forman el grupo que más solicitó los servicios del curandero.

- En cuanto a las profesiones u oficios, fueron entre las mujeres la de ama de casa que parecieron más propensas a visitar a los curanderos.
- Las razones por las cuales se vieron impulsados a acudir a los curanderos fueron miedo a los tratamientos médicos o quirúrgicos, curiosidad, inducción por otras personas, pérdida de fe.
- Los inductores o reclutadores de enfermos fueron: amigos, vecinos, compañeros de trabajo, familiares del propio enfermo o el enfermo mismo.
- El pensamiento mágico, la superstición, la búsqueda del milagro fue uno de los más poderosos impulsos que llevaron a estos enfermos a ser vistos por curanderos.
- Se rodearon de un ambiente eminentemente místico-religioso: imágenes, altares, flores, bendiciones y cruces, oraciones y velas encendidas. Utilizaron la imposición de manos, la fisioterapia (masaje, tracción, calor, baños, etcétera) y el contacto personal.
- Recomendaron la fitoterapia, fisioterapia, a veces medicinas de Farmacia, oraciones, actos mágicos y sobre todo fe en ellos, que trataron de inculcar en sus enfermos.
- Sus diagnósticos fueron elementales y vagos o no diagnosticaron, conformándose a veces con el diagnóstico que el enfermo traía del médico.
- Generalmente no cobraban por la visita, pidiendo sólo la «voluntad» del enfermo, pero a veces, aunque esto no es el caso entre la muestra, esta faron al paciente bien con sumas elevadas cobradas directamente o bien cobrando altos precios por hierbas de herbolario cuyo valor intrínseco era muy escaso.
- En Andalucía el curanderismo es un fenómeno muy arraigado y con frecuencia aparece asociado a las particularidades socioeconómicas y culturales de la región.

BIBLIOGRAFÍA

- Amézcuca, M. (2004) "La Ruta de los Milagros. Un viaje fascinante por el mundo del misticismo popular, un acercamiento a las formas complejas de curación tradicional". Col. Index narrativa. Granada
- Amézcuca, M (1990) «Formas de curanderismo en Jaén en los siglos XVI y XVII», III Congreso de Folclore Andaluz. Almería
- Arteche, A. Medicina naturista y Fitoterapia. Natura Med. 1994-95. 37-38:5-9.

- Berdonces, Josep Lluís. (2000).La fitoterapia. Rev. ROL Enferm. sep. 23(9):631-634.
- Briones Gómez, R. (1997) "Persistencia del curanderismo entre las ofertas terapéuticas de Occidente", en P. Gómez García (coord.). El curanderismo entre nosotros. Granada, Universidad de Granada. Granada, págs. 75-129.
- Briones, R.(1996) "Convertirse en curandero. Legitimidad e identidad social del curandero", en Creer y Curar: la medicina popular. Biblioteca de Etnología, n06. Diputación de Granada.
- Chessi, E.(1996) Hierbas que curan. Editors. Barcelona.
- De Miguel; et. al. (1980)“La antropología médica en España” Serie Biblioteca Anagrama de Antropología. Barcelona.
- Dionisio y Rivera, Jesús. (1999) La institucionalización del curanderismo. Un estudio a través de una historia de vida. Index Enferm. invierno. Año VIII(27):9-11.
- Espejo Machado, F. (1975) «La medicina popular en la comarca de Alcalá la Real (Jaén)
- Gómez García, P. (1997) El curanderismo entre nosotros. Granada, Universidad de Granada
- Granero Xiberta, Xavier. El fenómeno del curanderismo urbano. Trab Soc y Salud. 1998 mar. 29:201-213.
- Harris, Marvin. (1982)"Introducción a la antropología general". Alianza editorial. Madrid, Pág. 125. Relativismo cultural.
- Leininger, M. (1999) “Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural”. Revista Cultura de los cuidados, nº6, 22-26
- McLane, M.F. (1989) «Curanderos en Andalucía oriental», en M. Kenny y J. M. de Miguel (coord.), La antropología médica en España. Barcelona, Anagrama: 167-181.
- Montefrío (Granada)», Boletín de la Cámara Oficial de Comercio e Industria de la Provincia de Jaén, nº 22-23: 4-31Pérez Henares, A y Fernández Galvín, V. “Los curanderos en España”. Tribuna de Ediciones de Medios Informativos. Madrid 1990.
- Salvatores, Paloma Etxebarria, Virginia Arrizabalaga, Natalia Berna, Begoña Guzmán, Spector, R. Valoración de la Herencia Cultural. Cultura de los Cuidados Digital 2001; 9. Disponible en<http://www.index.com/cultura/9revista/9_articulo_74-81.php.
- Stokvis, B. (1983) Técnicas relajadoras y de sugestión. Barcelona, Herder.



RELATO BIOGRÁFICO DE UNA JOVEN UNIVERSITARIA CON ANOREXIA

Hermelinda Ávila Alpírez¹, Susana Meza Guevara², Arturo Ávila Alpírez³
Gustavo Gutiérrez Sánchez⁴, M^a. Antonia Hernández Saldivar⁵
Laura Vázquez Galindo⁶

¹ Profesora de Carrera "G" y Coordinadora de Seguimiento del Egresado de la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros de la Universidad Autónoma de Tamaulipas. (UAMM-UAT). ² Profesora de Carrera "G" y Coordinadora del Programa de Nutrición de la UAMM-UAT. ³ Profesor de Carrera "G" Investigador, Escuela Superior de Enfermería- Mazatlán Sinaloa, Estudiante del Doctorado Educación Superior. ⁴ Profesora de Carrera "G", Secretario Académico de la UAMM-UAT. ⁵ Profesora de Carrera "G" y Coordinadora de Planeación de la UAMM-UAT, Directora Gimnasio Multidisciplinario Matamoros, Estudiante Doctorado Cultura de los Cuidados de Alicante, España. ⁶ Profesora de Carrera "G", Directora UAMM-UAT.



PERDURANCE OF POPULAR HEALING METHODS IN A MODERN HEALTH CARE SYSTEM

SUMMARY

Introduction: The present biographical report aims to know the experience of a Psychology student from the Matamoros Academic Multidisciplinary Unit at the Autonomous University of Tamaulipas (UAT), who lived with anorexia and bulimia, through her own words.

In Mexico the presence of risk feeding behaviours in the teenager population has turned into a social problem. The results indicate 18.3% of the teenagers who were concerned about gaining weight, eating too much or losing control when

eating. (National survey of Health and Nutrition [ENSANUT] 2006).

Results: Because of a perceived rejection from my father due to the physical changes of my body, as I was turning into a woman and moving away from my dad, I unconsciously wished to continue being a girl and having a girl's body to keep my father's love and attention.

When did the disorder start? At the age of 13 - now I am 24. I was a thin person, I was never fat. One day my parents punished me for two months and I was not allowed to go out with my friends, and the only thing that I was doing was eating and eating, without realizing that I had already gained too much weight and it was then that I started vomiting.

Conclusion: Young people at the university are reactive to factors such as corporal dissatisfaction, concerned about their weight and the social pressure of aesthetic issues, regardless the socioeconomical context at a family or academic level.

KEY WORDS: Statement of life, Young, Anorexia.

RESUMEN

Introducción: El presente relato biográfico tiene como objetivo conocer la experiencia vivida, a través de sus propias palabras, de una estudiante

universitaria de la carrera de Psicología de la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros UAT., con anorexia y bulimia.

En México la presencia de conductas alimentarias de riesgo en la población adolescente se ha convertido en un problema social. Los resultados señalan que 18.3% de los jóvenes estaban preocupados por engordar, consumir demasiado o bien perdieron el control para comer. (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT] 2006).

Resultados: Rechazo de parte de mi padre debido a los cambios físicos me estaba convirtiendo en mujer, y eso era que me estaba alejando de mi papá y entonces inconscientemente seguía siendo niña y tenía un cuerpo de niña para seguir teniendo la atención y amor de mi padre.

Cuando empecé con la enfermedad a los 13 años, actualmente tengo 24, era una persona delgada, nunca fui gorda, un día me castigaron en mi casa sin salir por dos meses y lo único que hacia era comer y comer sin darme cuenta que ya había subido mucho de peso entonces empecé a vomitar.

Conclusión: Los jóvenes universitarios en general están siendo susceptibles a factores como la insatisfacción corporal, preocupación por el peso y la influencia o presión social a través del estético corporal de la delgadez, sin importar el contexto socioeconómico en el que se desenvuelve a nivel familiar, social o escolar.

PALABRAS CLAVE: Relato de Vida, Joven, Anorexia.

INTRODUCCIÓN

En los Estados Unidos la Prevalencia de la población afectada The Eating Disorder Referral and Information Center –El Centro de Información y Referencia sobre Desórdenes de la Alimentación– cree que cerca de 10 millones de Norteamericanos padecen hoy en día de desórdenes alimentarios 90% mujeres y 10% son hombres; mientras que The Harvard Eating Disorders Center –Centro de Trastornos Alimentarios de la Escuela Médica de Harvard– estima que el total de afectados es de aproximadamente 5 millones. El Instituto Nacional de Salud Mental no tiene cifras exactas, pero confirma que sea cual sea el número total de afectados

por desórdenes de la alimentación, entre los afectados por anorexia, 1 de 10 muere finalmente por inanición, suicidio o complicaciones médicas tales como fallo en los riñones u otros (Lang, 2001).

En México la presencia de conductas alimentarias de riesgo en la población adolescente se ha convertido en un problema social. Los resultados señalan que 18.3% de los jóvenes reconocieron que en los tres meses previos a la encuesta les preocupó engordar, consumir demasiado o bien perdieron el control para comer. Otras prácticas de riesgo son las dietas, ayunos y el exceso de ejercicio con el objetivo de bajar de peso. A este respecto, 3.2% de los adolescentes indicó haber practicado estas conductas en los últimos tres meses. En menor proporción se encuentra la práctica del vómito autoinducido y la ingesta de medicamentos. Por otra parte, se observó que la práctica de estas conductas alimentarias es una situación que afecta a las mujeres en mayor proporción y, entre ellas, las más afectadas son las del grupo de 16 a 19 años. (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT] 2006).

En una sociedad que enfatiza el modelo ideal de la juventud, la belleza y el cuerpo esbelto, en ocasiones son las propias madres que empujan a sus hijas a hacer una dieta el mensaje contenido en ese tipo de actitudes y que tanto difunde los medios de comunicación es que es preferible ser delgada la joven que aun conserva una actitud complaciente acepta la dieta y disfruta de los halagos que recibe de los demás. Conforme el tiempo transcurre se hace evidente que su delgadez es patológica y que su actitud ante esta es obsesiva y compulsiva. Su conducta con respecto a los alimentos se modifica radicalmente. Se niega a comer cualquier tipo de alimentos y se muestra negativa y obsesionada. Mientras más estricta es la exigencia que se le hace de que debe alimentarse, mayor es su resistencia a hacerlo, incluso recurre a trampas y engaños, si le es necesario para dar la apariencia de que está comiendo lo suficiente.

La familia entera empieza a rebelarse en contra de ella. La paciente anoréxica suele recordar los comentarios que recibían por su obesidad y considera que el rechazo de sus amigos surgió a partir de su exceso de peso mientras mayores son el rechazo y sus agresiones que recibe, mayor es la canti-

dad de alimentos que consume para así aliviar su sufrimiento emocional. Pese a que la madre en la apariencia era cariñosa y hacia todo lo que la sociedad le exigía (Lipkin, Cohen 1984).

Todavía la bulimia y la anorexia nerviosa no se consideran un problema de salud pública, estos trastornos de la alimentación ya comienzan a detectarse entre la población femenina mexicana. De acuerdo con datos de 1996, de 0.2 al 0.8% de la población general y entre el 1 y 2% de las adolescentes del mundo occidental sufría de anorexia nerviosa. La proporción entre varones y mujeres era, aproximadamente, de 1 a 10. La frecuencia de la bulimia es más alta que la de anorexia; sin embargo, se sabe que los datos de frecuencia de estos padecimientos pueden estar sub o sobreestimados debido al método de diagnóstico.

Para el caso de México la información sobre la prevalencia y incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son escasos. Datos con los que se cuenta mencionan que para la Ciudad de México, 0.9% de los hombres y 2.8% de las mujeres sufren de estos padecimientos. Entre las principales causas registradas como determinantes de los TCA se encuentran las socioculturales y las familiares y, dentro de la perspectiva individual, el anhelo de delgadez y la insatisfacción del propio cuerpo, por lo que la práctica de dietas restrictivas suelen ser antecedentes constantes, así como la obesidad (Perez, Vega y Romero, 2007).

La anorexia nerviosa es la tercera enfermedad crónica más común entre las mujeres adolescentes, y se calcula que ocurre en 0.5% a 3% de todos los adolescentes. Ocurre generalmente en la adolescencia, aunque todos los grupos de edad son afectados, incluyendo las personas ancianas y los niños de hasta seis años de edad. Entre los mediados de los años cincuenta y los años setenta, la incidencia de la anorexia aumentó por casi 300%. Las indicaciones son, sin embargo, que la tasa puede estar estabilizándose (Álvarez y Meni, 2002).

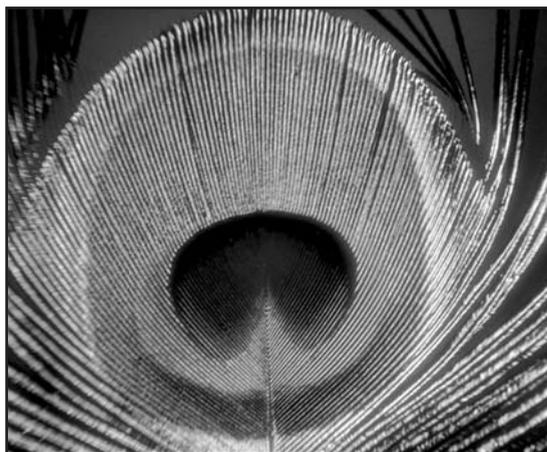
La anorexia nerviosa se define como un trastorno del comportamiento alimentario cuyo síntoma más evidente es una notable pérdida de peso como resultado de una reducción de la ingesta de comida, que puede ir acompañada de un aumento del ejercicio físico, presencia de vómitos y abusos de laxantes y diuréticos, todo ello unido a un

miedo intenso al aumento de peso, así como a alteraciones de la imagen corporal, además de alteraciones biológicas entre las que destacan las anomalías en las pruebas endocrinológicas y la amenorrea (Bastidas, 2000). Durante las dos últimas décadas, la incidencia de este problema ha pasado de valores de 0,64 en la década de los setenta a 6,3 en la década de los ochenta.

Lo cual representa, en la última década, valores del orden de 34 casos nuevos por año por cada 100.000 habitantes en mujeres con edades comprendidas entre 15 y 29 años (Fernandez & Turon, 1998). En la actualidad estos trastornos representan la tercera enfermedad crónica más frecuente en mujeres adolescentes y adultas jóvenes, llegando a ser un importante problema de salud en esta población.

En 2000, las investigadoras Georgina Álvarez Rayón y Rosalía Vázquez Arévalo, de la Escuela Nacional de Estudios Superiores, plantel Iztacala, de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), estudiaron a 2168 alumnas de entre 16 y 22 años de escuelas públicas y privadas de la zona metropolitana de la Ciudad de México. Se encontraron con que 11 por ciento presentaban síntomas de anorexia, y 14.4% de bulimia.

Es importante que los trabajadores de la salud se percaten de que la anorexia es sólo un síntoma de un estado patológico, la paciente puede estar utilizándolo como un mecanismo de defensa sobre problema más profundo como una depresión grave o pensamientos suicida. Quizás esté utilizando la inanición como una manera de ejercer control sobre sí misma.



misma, su familia o amigos.

El tratar de eliminar el síntoma sin atacar el problema básico puede llevar fácilmente a un comportamiento más destructivo. Frecuentemente el comportamiento anoréxico se inicia cuando la hija deja el hogar quizás para ir a la escuela o universidad. Como es incapaz de reconocer cuándo se siente satisfecha, suele ingerir cualquier alimento que se encuentre a la mano. Si no confía en su propio cuerpo que es incapaz de indicarle cuándo dejar de comer, resulta preferible no empezar a hacerlo.

El presente relato biográfico tiene como objetivo conocer su experiencia vividas con anorexia y bulimia a través de sus propias palabras es una estudiante universitaria de la carrera de Psicología de la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros UAT. Flor es una joven de 24 años de edad, de nivel socioeconómico alto, residente de Matamoros Tamaulipas México se encuentra en proceso de rehabilitación y lucha día a día para salir delante de este problema. Este relato se apejó a la ley general de salud en materia de investigación de los seres humanos

RESULTADOS/TRASCRIPTIÓN LITERAL DE LA ENTREVISTA

Relato Biográfico

Los comienzos de este tipo de trastorno. Como es la anorexia.

Cómo está Flor. Háblame cómo iniciaste con esta situación. Bueno, en mi caso personal yo inicié esta enfermedad a los 13 años actualmente tengo 24 y es ahora cuando puedo ver que mi enfermedad es cien por ciento emocional, ya que ahora puedo darme cuenta que mis emociones no las pude manejar, y siempre el manejar mis emociones fue a través de mi cuerpo de mi peso y mi talla con cosas externas.

Esto yo lo inicié a la edad de 13 años como ya lo mencioné anteriormente, tengo una familia disfuncional obviamente, cuando entre a la etapa de la adolescencia, yo empecé a sentir mucho rechazo de parte de mi papá. Siempre ha sido una persona muy autoritaria, muy sobre protector más en la etapa de la infancia y actualmente todavía lo es porque era muy allegada. Era y es la persona a la que más unida emocionalmente me siento. Él era mi ídolo, era como todo mi mundo. Entrar a la



etapa de la adolescencia y empecé a sentir rechazo de parte de mi padre entonces fue también como una manera para culpar por el hecho de ser mujer, de estarme convirtiendo en una mujer y eso era que me estaba alejando de mi papá. Y entonces inconscientemente, y ahora lo veo así pero yo no lo veía a esa edad y fue una manera de seguir siendo niña y tener un cuerpo de niña y seguir teniendo la atención y amor de mi padre. Y claro obviamente siempre lo tuve pero no lo pude entender. Ahora, era de una manera diferente y la anorexia y bulimia son adicciones, que adicción significa “a” sin dicción, palabra que así entiendo y así fue que nunca hablaba ni expresaba por miedo y por inseguridad. Pero muchas cosas que entonces se presentaron en la etapa de mi adolescencia fue para mi papá que le costó mucho trabajo comprender ese cambio en mí y empezó a controlar mucho mi vida. Entonces la anorexia fue para mí una manera de control, de seguir controlando yo mi ambiente y mi entorno a través de la comida. Esta era mi manera de expresarme. Yo sentía coraje, impotencia, una frustración o algo así y lo que hacía era desquitarme con la comida en lugar de hablarlo o expresarlo. Así es como yo inicié. Yo empecé con la enfermedad de la bulimia, una te lleva a la otra. Cuando empecé era una persona delgada, nunca fui gorda. Yo fui siempre una mujer muy delgada. Un día al empezar a comer recuerdo muy bien que me castigaron en mi casa sin salir por dos meses y lo único que hacía era comer y comer sin darme cuenta y cuando empecé a salir me di cuenta que había subido mucho de peso. Me la pasaba comiendo y entonces

quise compensar lo que había subido y no podía dejar de comer y entonces empecé a vomitar, vomitar, vomitar. Yo me autoinducía el vómito empecé con una obsesión por la comida, comía y empecé comiendo y vomitando, comiendo y vomitando. Tenía “atracones” le llamamos “comidotras” muy fuertes en cantidades industriales de comida y lo devolvía hasta que me controlaba totalmente y dejé de hacer todo lo que debería. Dejé de ir a la escuela, ya no salía con mis amigas. Ya era muy diferente. Después estaba hasta cierto punto “asqueada” de esa vida, de estar vomitando pero me fui al extremo. Yo me acuerdo perfectamente que la misma enfermedad me hacía pensar que yo jamás podría ser anoréxica. Cómo pude dejar de comer, para mí la comida es un placer es lo que me fascina. Más tarde, es decir, cuando yo estaba así sin comer ya no quería vomitar, ya no quería vomitar. Yo sentía como que no podía escudar empecé a tener trastornos más graves mentales y emocionales por la anorexia y empecé a bajar y a bajar de peso y entre más bajaba más gorda me veía pero eso es muy raro pero así es. Ahora me doy cuenta cómo empecé el problema pero padezco de los dos trastornos.

Actividad recreativa

Actualmente empecé a hacer una hora de ejercicio diaria pero es también parte de la enfermedad. Muchas personas que se obsesionan con el ejercicio y hay gentes como yo que por completo lo eliminamos de nuestra vida. Como parte de mi recuperación tengo que hacer ejercicio porque sí hubo una temporada donde me obsesioné tanto con el ejercicio, que actualmente no estoy haciendo nada.

¿No te gusta ningún deporte?

No me gusta, nunca me ha gustado, antes lo hacía para bajar de peso como parte de mi enfermedad. Para quemar calorías pero no porque me gustase.

Estudios

A los trece años inicié con estos trastornos en ese tiempo yo estaba en la secundaria lo que pasa con esta enfermedad es que es crónica degenerativa y mortal. Esta enfermedad no se detiene, va aumentando y va aumentando al principio. Yo

hacía mi vida con la enfermedad pero la hacía. Iba a la escuela, salía con mis amigas tenía novio. Después conforme fue avanzando es obvio fui a la secundaria después a la preparatoria jamás faltaba. Después cuando me fui a Monterrey a la universidad y estaba sola, ahí me di cuenta que es importante la supervisión de los padres. Cuando empiezas con el problema, la bulimia no es muy notorio. No es muy fácil que la gente se de cuenta que no varía porque no bajas de peso al contrario permaneces igual puedes subir de peso. Cuando yo estaba en Monterrey la enfermedad fue para arriba, para arriba, para arriba y fue cuando a mí ya no me interesó ir a la escuela incluso me levantaba, me bañaba y me arreglaba para ir a la escuela y cuando pasaba por la cocina ya me quedaba ahí y así fue.

Relaciones interpersonales

“Bueno actualmente “híjole” es algo muy difícil aceptarlo pero ahora, el día de hoy puedo decirlo, yo no puedo relacionarme todavía. Sí puedo pero me siento, me cuesta mucho trabajar relacionarme con las personas entre comillas normales. Yo tengo que relacionarme con personas como yo. Ahorita mis compañeras que están en recuperación como yo son personas que me siento igual dentro de mí sentía especial diferente es un sentimiento de inferioridad, tremendo ya no platicaba con gente de mi edad ya no me interesaban las actividades propias de la edad como ir al cine, a la disco. Empecé a perder el interés de todo incluso no me interesaba los novios, los hombres no me interesan nada. Llegué al punto que no quería vivir, relacionarme, llegué al punto donde yo sólo me sentía a gusto en mi casa y conforme fue avanzando mi enfermedad incluso ya ni en mi casa me sentía a gusto. No me sentía dentro de mi familia. Sentía que no pertenecía ni siquiera a mi propia familia y ahorita gracias a Dios estoy en ese proceso reintegrándome a la sociedad por que estoy en una sociedad. No puedo apartarme y yo me esfuerzo por hacer actividades que corresponden a una persona de mi edad. Y a lo mejor no me interesan mucho, pero bueno, gracias a Dios tengo el deseo por la anorexia y la bulimia que ya no tenía deseos por nada, no tenía esa iniciativa. Lo único que me producía placer era verme delgada verme los huesos la comida era el único placer”.

Para mí es mi droga es lo que yo lucho todos los días, mas ahora reconozco que es vital para mí el ser humano no puede vivir sin comer, un ejemplo mi enfermedad es una adicción como el alcohólico o un drogadicto no puede vivir sin la sustancia, bueno como yo me enfrento a la sustancia que es la comida tres veces al día incluso cuando estoy despierta incluso en los comerciales, en restaurantes en todos lados me tengo que relacionar con la comida. Y sí para mí, es eso es como mi droga.

Buscado ayuda profesional

Bueno, como todo al principio, estuve muchos años en la etapa de negación aunque dentro muy de mi, yo sabia que necesitaba ayuda y me auto engañaba a mi misma decía yo voy a poder, yo decía voy a poder y me acuerdo que yo lo intenté y no pude, no pude y no lo podía aceptar por lo mismo soy muy exigente, es como una derrota yo sabía, decía que podía controlar todo mi cuerpo, yo controlaba mi ambiente familiar, todo, en las desnutriciones que tuve estuve muy grave llegué a pesar 27 kilos pero ni así reaccionaba. Me realizaron dos operaciones de intestino porque se me paralizó, porque mi cuerpo no recibía alimento alguno y le agradecía a Dios porque estuve un mes y medio en hospital en terapia intensiva estuve ahí porque pesaba muy poco y por las operaciones y fue muy peligroso y yo dije gracias a Dios que me mando esto porque así voy a reaccionar pero no, al salir de ahí vuelvo. Es una enfermedad mental son patrones, siempre he dicho que es como un demonio, mostré que se te mete dentro de ti y te controla como un títere, te maneja. Las veces que me interne que fueron nueve internamientos era porque mis papas me decían o me obligaban a hacerlo ya que decían si no te internas te corremos de la casa nosotros ya no podemos seguir así. Pero realmente dentro de mi yo me sentía muy mal, me sentía muy débil, me siento que no puede hacerme más daño porque es como que yo me hago me gusta hacerme daño no es porque me guste pero es mi manera de sacar mis emociones haciéndome daño a mi, entonces era cuando me internaba para agarrar fuerzas para seguir destruyéndome, entonces me subían de peso, yo llegaba y otra vez a lo mismo ya estaba fuerte entre comillas fuerte me auto engaña-

ba, engañaba a todo mundo trataba de engañar a los terapeutas, psicólogos, médicos aunque la que se estaba engañado era yo hasta que llegué a un punto que ya había que perder todo, literalmente mi manera de llamar la atención y de manipular mi medio ambiente ya no me funcionaba. Para mí la manera de controlar y manipular y obtener lo que quería era por medio de la enfermedad su compasión y decía pobrecita esta enferma yo no puedo hacer esto mamá yo no puedo hacer esto papá porque estoy enferma. Incluso en la escuela sacaba ventaja ya que por mi enfermedad decía faltaba y me perdonaban la falta y los exámenes me perdonaban todo y yo le veía muchas ganancias a todo esto o sea que de pronto mi familia tarde o temprano se dio cuenta que era una manipulación de mi parte ya que lejos de hacerme bien me están perjudicando

Por caer en ese juego que yo creaba me quedé sola sin amigos, sin amigas y sin novio sin escuela ya no tenía motivación ni entusiasmo ya no tenía nada ni fuerza para estar de pie para estar sentada en la clase. Me acuerdo que estaba en una universidad me tenían que poner un cojín en la banca para que mis huesos no me molestaran tanto, recuerdo que me subían cargada las escaleras ya era una vida denigrante humillante para mí y yo me sentía orgullosa y llegó el punto en que dije sabes que, Flor tienes que decidirte, o vives o mueres, extrema la decisión o te mueres ya, o vas a vivir pero a vivir pero dignamente. Como te la merece tu y tu familia yo jamás pensé que podía tener una vida y fue cuando yo decidí pedir ayuda, pero mis papas me la negaron estaban ya cansados de mi actitud y me dijeron no vamos a caer en tu juego ya fue mucho y a ver cómo lo haces. Yo le pedí ayuda a un tío y me dijo dale para adelante y mis papás al enterarse lo que estaba yo haciendo me apoyaron. Gracias a Dios me fui recuperando pero me cuesta mucho trabajo pedir ayuda porque es como una derrota, pero ahora cada segundo tengo que derrotarme porque me doy cuenta que siempre y cuando yo sentía que tenía la razón en todo siempre me di contra la pared me caí muchas veces, muchas veces y ahora se que no puedo, que mi mente y mis emociones no me dejan pensar y actuar como debe ser y entonces hay que pedir ayuda para cualquier decisión para cualquier cosa,

no solo para las área de mí vida porque esta enfermedad afecta a todas las áreas de mí vida no sólo la física, sino que también a la familiar en todas las áreas.

Centros de apoyo

A diario voy a mi junta de doce pasos aquí desgraciadamente en Matamoros no hay grupos para atención de trastornos de alimentación anónimos como lo son en México donde yo estuve, entonces voy a un grupo de doble "A" a diario voy y eso es lo que me mantiene, estuve con los mejores psiquiatras, los mejores doctores los mejores y obviamente me ayudaron pero realmente mí enfermedad no es física como mucha gente cree no es, otra cosa, es emocional es totalmente emocional entonces yo necesito expresar totalmente mis emociones, y sacar todas mis emociones a diario, a diario ahorita estoy en ese proceso yo estoy en un grupo de doble "A", la enfermedad es la misma porque tanto es una adicción como una enfermedad es exactamente, exactamente la misma simplemente con sustancias diferentes la misma es la comida tenga terapia con una psicoterapeuta tres veces a la semana lunes, miércoles y viernes y voy a México una vez por mes porque estoy en mi "Año de cuidado continuo" porque así se le llama al grupo en el que estoy asistiendo.

Rechazo

Me he sentido con rechazo era cuando estaba en actividad del 100%, con el comer, el comer y vomitar me hacia sentir muy cansada porque obviamente llega el punto en que la gente sí te rechaza, sí te rechaza porque ya no quieren estar cerca de ti ya nadie quería estar cerca de mí porque era una vida incluso mi familia ya no quería estar cerca de mí. Quería estar lo más lejos, era lo mejor, ahora me siento al contrario aceptada, apoyada igual porque me relaciono con gente, trato de relacionarme con gente que está en recuperación que entiende de esto pero en ningún momento me sentí rechazada.

Ahí es cuando más rechazada me sentía siempre me sentía totalmente rechazada me sentía diferente, me sentía mala, me sentía sucia, no se cómo podía pertenecer a la sociedad yo que por ser tal mala.

Imagen

Físicamente, bueno ahorita no se mi peso todavía pero peso alrededor de 52 kilos jamás había pesado eso siempre estuve pesando la mitad, menos de la mitad si algún día me hubieran dicho tu ibas a pesar alrededor de 52 kilos o 53 nunca me hubiera imaginado, yo simplemente no lo hubiera aceptado jamás, me hubiera imaginado como una obesa, ahorita es cuando mejor me siento y me gusto así más, me acepto y más me aceptan los demás pero no es lo que me aceptan sino que es lo que así misma ahorita es la primera vez cuando me acepto mi cuerpo mi feminidad acepto que soy una mujer que ya no puedo tener el cuerpo de niña y es como me da risa, nunca me hubiera imaginado con ese peso, ahora me siento feliz, siento vivir. Yo recuerdo que algún día estando internada en cuidados intensivos llegué a decirle a la doctora que me atendía que prefería que en lugar de estar alimentado con alimentación Parenteral yo me quería arrancar la instalación, me la quería quitar porque yo no quería que entrara ninguna caloría a mi cuerpo y preferiría estar muerta que estar gorda, ahora veo la diferencia claro que sí.

¿En tu imagen anterior como te veías antes de esta recuperación?

Esto es lo raro, yo me veía siempre me vi gorda pero en una cosa que siempre vas queriendo más y más. Yo me acuerdo que no quería pesar 45 kilos, yo me iba a sentir lo máximo y para mí era un triunfo llegar a ese peso, me quise más cuando llegue a 42 y así fue hasta que llegue a pesar 27 kilos y 26 al llegar a ese peso me sentí más gorda. Estaba en los huesos ya no podía caminar tirada en la cama yo no servía mi delgadez que yo tanto buscaba y de que me servía mi delgadez, ser delgada era como una aceptación ante la sociedad y ante los demás pero nunca fue así yo andaba en la calle la gente se acercaba y me tocaba me decían cosas como "si podían hacer oración por mí" y es que había señoras que se les rodaban las lagrimas cuando me veían, esto a mí me gustaba porque me decían interiormente que era porque estoy flaca, estoy flaca pero al contrario cuando hacían un comentario como "el que bien te ves" para mí era la muerte porque me daba coraje porque sentía que estaba gorda según yo y ahora estos kilos que tengo no los cambiaría por nada, no lo cambiaría.

¿Hay algo más que quieres comentarnos?

Sí que esta enfermedad termina de tres formas. Si no buscan ayuda yo ya pasé por dos ella, que fueron una en la cárcel, en la clínica psiquiátrica y la última la muerte.

CONCLUSIÓN

La anorexia y la bulimia, se presentan en la adolescencia como parte de la crisis del desarrollo, del crecer, del descubrirse. Advierte que también es producido por múltiples factores: neurobiológicos, socioculturales, psicológicos y familiares.

Los jóvenes universitarios en general están siendo susceptibles a factores como la insatisfacción corporal, preocupación por el peso y la influencia o presión social a través del estético corporal de la delgadez, sin importar el contexto socioeconómico en el que se desenvuelve a nivel familiar, social o escolar.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, G. G., Meri, B., M (2002) Bulimia y Anorexia <http://www.monografias.com/trabajos/buliano/buliano.shtml>
- Bastidas A, Cantó T y Font E. (2000) Anorexia nerviosa: abordaje multidisciplinar. Rev ROL Enferm. jun; 23(6);pp.423-430.
- Fernández Aranda F, Turón Gil V. (1998) Variables epidemiológicas en anorexia y bulimia nerviosas. En: Trastornos de la alimentación. Barcelona: Masson, pp 3-4.
- Lang, J.(2001) "Eating disorders afflicting men, too", Scripps Howard News Service, <http://www.eatingdis.com/men.htm>
- Lipkin, B.,G, C.,G.R (1984) Atención emocional del paciente La presa mexicana s.a. México ediciones científicas.
- Olaiz, G.,Rivera, J.,Rojas, R.,Villalpando, S. Hernández M & Sepúlveda, J (2006) Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Instituto Nacional de Salud Pública
- Pérez, G, S. Vega, G. L & Romero J, G (2007) Prácticas alimentarias de mujeres rurales: ¿una nueva percepción del cuerpo Salud Pública Méx Vol. 49(1):p.p 52-62



TEORÍA Y MÉTODO

PRIORIZACIÓN DE VALORES ENFERMEROS. ESTUDIO DE UN DISTRITO SANITARIO DE SEVILLA

M^a. Dolores Guerra Martín

Profesora colaboradora Departamento de Enfermería de la E.U. Ciencias de la Salud. Universidad de Sevilla. Licenciada en Antropología



PRIORISATION OF NURSING VALUES. STUDY ON A HEALTH DISTRICT IN SEVILLE

SUMMARY

Objective

The objective of this research project is to find out what knowledge nurses have of the values and which of them are implemented when giving assistance in their work place.

Materials and methods

A transversal descriptive study was carried out, through the production of structured questionnaires/surveys. Inclusion criterion: having worked in health centres for a minimum of five years.

Results

1. Development of care and values: Nurses think that both human values and technical aspects are developed in 86.7% of the cases, whilst 13.3% of them think that they only develop human values, no-one thinks that there are only technical issues involved in nursing care.

2. Prioritized values: Empathy, respect, humanity, technical and scientific knowledge, communication, hope, health education, equity, professionalism and use of own nursing work methodology, compassion, etc. A total of thirty five values have been prioritized by the nurses.

Conclusions

The nurses who participated have a similar working culture and also some similar common values, given that they have been working in health centres for quite a long time. Surveys on values do not evidentiate any behaviour, but what we can show is an awareness of the participants.

KEY WORDS: Values, Primary Care and Nurses.

RESUMEN

Objetivo

El objetivo del trabajo de investigación es averiguar qué conocimientos tienen las enfermeras de los valores y cuáles desarrollan en la prestación de cuidados, en sus lugares de trabajo.

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal, mediante la realización de cuestionarios / encuestas estructuradas. Criterio de inclusión: llevar más de cinco años trabajando en centros de salud.

Resultados

1. Desarrollo cuidados y valores: Opinan las enfermeras, que se desarrollan tanto valores humanos, como técnicas (ambas cosas) en un 86,7% de los casos, siendo un 13,3% las que opinan que sólo se desarrollan valores humanos, no

habiendo ninguna enfermera que opine que en los cuidados enfermeros, sólo conllevan el desarrollo de técnicas.

2. Valores priorizados: Empatía, respeto, humanidad, conocimiento científico-técnico, comunicación, ilusión, educación para la salud, equidad, profesionalidad y uso de metodología de trabajo propia enfermera, compasión, etc. Hasta un total de treinta y cinco valores han priorizado las enfermeras.

Conclusiones

Las enfermeras encuestadas tienen una cultura del trabajo similar y unos valores compartidos también, similares, ya que llevan trabajando bastante tiempo en centros de salud. Las encuestas de valores no evidencian ningún comportamiento, lo que podemos evidenciar es una percepción de los encuestados.

PALABRAS CLAVES: Valores, Atención primaria y Enfermeras.

INTRODUCCIÓN

El objetivo del trabajo de investigación es averiguar qué conocimientos tienen las enfermeras de los valores y cuales desarrollan en la prestación de cuidados, en sus lugares de trabajo. En concreto, en varios centros de salud (Decreto 195/1985. Capítulo preliminar, Art. 3.) de Atención Primaria de Salud del Distrito Sanitario (Decreto 195/1985. Capítulo preliminar, Art. 1.1.) Aljarafe, de la provincia de Sevilla.

El tema de estudio seleccionado, se presenta como novedoso y poco investigado en el ámbito de la Atención Primaria, aunque, el tema de los valores sí se encuentra ampliamente teorizado; sobre todo por psicólogos (Schwartz, 1987, 1995 y 1997), filósofos (Cortina, 1996, 1997 y 1998), teólogos (Torralba, 1998, 1999 y 2000); aunque, no está tan investigado en Atención Primaria, es por lo que creemos necesaria la investigación en el terreno laboral, en concreto los valores profesionales de las enfermeras que trabajan en Centros de Salud. El trabajo de estas enfermeras, no sólo se realiza en Centros de Salud, también, realizan visitas en los domicilios de los pacientes y trabajan

con la comunidad. Siendo la organización del trabajo, mediante las fórmulas de trabajo en equipo multidisciplinar por programas y por población (Mompert, 2000).

En la filosofía de la Atención Primaria, existe un cambio de la atención aislada y mantenida casi exclusivamente por el médico, por la actuación de un equipo de salud multidisciplinario (Decreto 195/1985. Capítulo preliminar, Art. 1.1.), exigiendo un proceso dinámico y progresivo donde cada profesional tiene su competencia específica y la de colaboración, estimulando el respeto mutuo y el reconocimiento de las funciones y limitaciones de cada disciplina.

Es por lo que hay que hacer referencia al clima organizacional, que distingue una organización de otra, tiene permanencia relativa en el tiempo, e influye en la conducta de las personas en su centro de trabajo (Gibson, 1983), al existir fuertes interrelaciones entre los profesionales, es de gran importancia el ambiente de trabajo creado dentro de estos centros de salud, como espacio físico territorial (Sabuco I Cantó, 1996, p.80: "El espacio es siempre, en tanto que soporte material un resultado social y dialéctico de los sistemas productivos, de concretas relaciones socio-políticas, cargado de valoraciones y percepciones cognitivas en el que las culturas del trabajo adquieren una máxima significación") en donde trabaja el equipo de salud.

Se han seleccionado para el estudio a las enfermeras que lleven trabajando como mínimo cinco años en centros de salud. El motivo de plantear un mínimo de cinco años de trabajo en centros de salud, es para que estas enfermeras seleccionadas, tengan una cultura del trabajo similar con unos valores compartidos también, similares. Es por lo que, en el trabajo de campo hemos definido el concepto de cultura del trabajo, de Palenzuela, sobre cultura del trabajo: "Conjunto de conocimientos teórico-prácticos, comportamientos, percepciones, actitudes y valores que los individuos adquieren y construyen a partir de su inserción en los procesos de trabajo y/o la interiorización de la ideología sobre el trabajo, todo lo cual modula su interacción social más allá de su práctica laboral concreta y orienta su específica cosmovisión como miembros de un colectivo determinado" (Palenzuela, 1995).

El concepto de cultura del trabajo se convierte en uno de los principios generadores de identidades colectivas, junto a la cultura de género y la cultura étnica, que componen lo que Moreno, ha definido como la matriz cultural (Moreno, 1991). Es por lo que podemos afirmar que estas enfermeras tienen una identidad colectiva propia y particular que las identifica como grupo.

Todos estos aspectos que rodean a la vida laboral de estos profesionales hacen que tengan una realidad percibida que es un producto socialmente construido y pertenece a contextos sociales específicos (Berger y Luckman, 1996). Por lo que, los resultados del presente trabajo de investigación que a continuación vamos a presentar, no se podrán extrapolar al resto del colectivo enfermero, pertenece esta realidad exclusivamente, a las enfermeras estudiadas, como hemos ido explicando a lo largo de esta introducción.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio se corresponde con una fase preliminar, con un muestreo expresivo, que no necesita de una muestra representativa, ya que no vamos a extrapolar nuestros resultados a ninguna otra población, por lo que escogemos una muestra intencional. Lo que se ha realizado es un estudio descriptivo transversal, mediante la realización de encuestas estructuradas (Polit y Hungler, 2000): “Las encuestas se emplean para reunir información acerca de conocimientos, opiniones, actitudes e intereses de los entrevistados”) a las enfermeras de Atención primaria (Ver anexo).

El tipo de muestreo ha sido intencional, donde se han seleccionado varios centros de salud, del Distrito Sanitario del Aljarafe (se corresponde con zonas periurbanas y rurales). La muestra intencional estará compuesta por enfermeras que trabajan en centros de salud de nueve zonas básicas de salud, con el requisito de que lleven trabajando al menos cinco años en centros de salud, urbanos o rurales.

Las zonas básicas son las siguientes: Camas, Castilleja de la Cuesta, Coria del Río, Mairena del Aljarafe, Olivares, Pilas, San Juan de Aznalfarache, Sanlúcar la Mayor y Tomares, que se corresponden con los centros de salud igualmente seleccionados.

La plantilla de enfermeras de dichos centros de salud es la que expongo a continuación. Camas: 15 enfermeras, Castilleja de la Cuesta: 8 enfermeras, Coria del Río: 12 enfermeras, Mairena del Aljarafe: 16 enfermeras, Olivares: 4 enfermeras, Pilas: 6 enfermeras, San Juan de Aznalfarache: 12 enfermeras, Sanlúcar la Mayor: 6 enfermeras y Tomares: 6 enfermeras. El total de la plantilla de enfermeras asciende a ochenta y cinco enfermeras diplomadas.

RESULTADOS

Hemos realizado un total de 60 cuestionarios, lo que se corresponde con un 70% del total de la plantilla de enfermeras. El 30% restante se corresponde con enfermeras que hemos tenido que desechar por no cumplir el requisito de llevar, al menos cinco años trabajando en centros de salud y con algunas enfermeras que no hemos podido localizar o no han querido contestar el cuestionario.

- Grupos de edades: La media de edad de los encuestados de 39,23 años.
- Sexo: 55% de enfermeras y un 45% de enfermeros.
- Años de servicio en Atención Primaria: Entre 5 – 11 años: 65% encuestados.
- Desarrollo cuidados y valores: Opinan las enfermeras, que se desarrollan tanto valores humanos, como técnicas (ambas cosas) en un 86,7% de los casos, siendo un 13,3% las que opinan que sólo se desarrollan valores humanos, no habiendo ninguna enfermera que opine que en los cuidados enfermeros, sólo conllevan el desarrollo de técnicas.
- Valores: En cuanto a los valores que nos han escrito los encuestados, nos encontramos con treinta y cinco, que vamos a escribir a continuación, por orden de aparición en las encuestas, sin ningún tipo de priorización: comunicación, compasión, respeto, accesibilidad, metodología de trabajo, adaptabilidad, educación para la salud, coordinación, responsabilidad, humanidad, conocimiento científico técnico, cuidados integrales, mediadores en los cuidados, ilusión, ayudar a las cuidadoras, compromiso, empatía, equidad, paciencia, intimidad, asertividad, confidencialidad, justicia, tolerancia, complacencia, vocación, compañerismo-trabajo en equipo, capacidad de

razonamiento, autoridad, beneficencia, profesionalidad, proteger y mejorar el medio ambiente, confianza, eficiencia y ética profesional.

• Definiciones de los valores

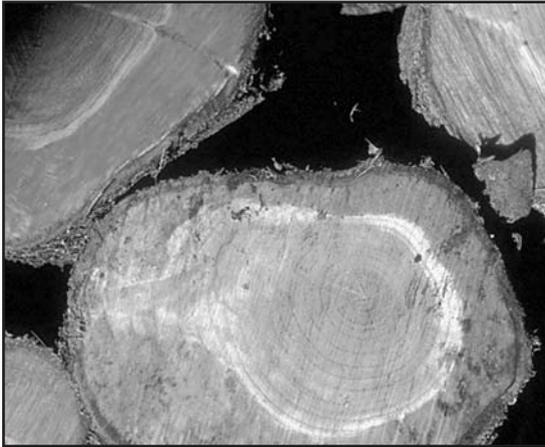
A continuación, vamos a comentar las definiciones que nos han expuesto los encuestados de los 35 valores que nos han escrito, iremos describiéndolos, siguiendo el orden en que han ido apareciendo en los cuestionarios:

- **Compasión:** La definen mayoritariamente como ponerse en la piel del paciente (al igual que han definido a la empatía); ser sensible al dolor y situaciones desfavorecidas de nuestros pacientes; dar apoyo emocional-psicológico y ayudar al afrontamiento por pérdidas de seres queridos.
- **Respeto:** Hacen referencia al respeto a las decisiones del paciente/familia y a sus creencias y valores; respeto por la vida; respeto a las decisiones de los pacientes; tratarlos con educación y cubrir sus necesidades; conocer sus valores para comprender a los pacientes.
- **Accesibilidad:** Como disponibilidad de recursos y profesionales para el paciente; ser accesible al usuario.
- **Metodología de trabajo:** Hacen referencia a seguir un método de trabajo; a seguir las etapas del proceso enfermero con los pacientes y a que sirve la metodología de trabajo para tener objetividad para priorizar problemas de salud.
- **Adaptabilidad:** Ante los cambios y condiciones de trabajo y también, lo definen como, trabajar en cualquier condición de trabajo.
- **Educación para la salud:** Para el autocuidado y mejoramiento de la calidad de vida; pilar básico para la prevención y sirve para crear estilos de vida saludables.
- **Coordinación:** Entre atención primaria y hospital y entre los distintos miembros del equipo de salud.
- **Responsabilidad:** Como capacidad de aceptar las consecuencias de los actos de las enfermeras y no perjudicar al paciente; evitar lo que pueda perjudicar al paciente y mejora continua de conocimientos y habilidades.
- **Humanidad:** Tener sensibilidad a los problemas de los demás; tener tacto en el trato; humanidad para enseñar a los pacientes y cuidadores; pensar:

mañana puedo estar yo, en su lugar y hay que tener en cuenta el entorno y a la familia.

- **Conocimiento científico técnico:** Los relacionan con la profesionalidad (que también, lo han puesto como valor), con la actualización de conocimientos para valorar necesidades de nuestros pacientes; cómo llevar a la práctica los conocimientos adquiridos a lo largo de la formación continuada; habilidades técnicas y humanas y que es importante tener una base teórica enfermera.
- **Cuidados integrales:** Tener en cuenta la globalidad y la individualidad; para prestar cuidados; persona compuesta de cuerpo y alma, donde hay que tener en cuenta su entorno y que hay que conocer la globalidad del paciente para valorarlo en conjunto.
- **Mediadores en los cuidados:** Mediar entre los distintos profesionales, familia, instituciones; mediadores para mejorar la calidad y mediadores en el equipo de salud, ser su enfermera de referencia
- **Ilusión:** Lo definen mayoritariamente como motivación y como renovarse cada día a pesar de los inconvenientes que rodean al trabajo.
- **Comunicación:** Escucha activa, escuchar para conocer las necesidades del paciente; mostrar interés por lo que nos cuentan; crear un ambiente adecuado para la comunicación; adaptarse a cada paciente y familia y también, la definen como capacidad de establecer una relación verbal con el usuario.
- **Compromiso:** para mejorar la calidad de la atención; como actitud de predisposición hacia los pacientes y familia; confidencialidad en todo lo que nos ha confiado y ayudarle a resolver sus problemas y comprometernos a dar los mejores cuidados, como un derecho de los ciudadanos.
- **Empatía:** Han definido empatía como ponerse en la piel del paciente (al igual que han definido compasión); establecer relaciones con el paciente y familia y dicen que la empatía sirve para pensar en el interés del paciente.
- **Ayudar a las cuidadoras:** Mediante una red social de ayuda y apoyo familiar.
- **Equidad:** No tener sesgos de preferencias; evitar que por afinidades de gusto con nuestros pacientes, los tratemos mejor que a otros; igualdad;

- tener en cuenta a los menos favorecidos y hacer un reparto de recursos equitativos.
- Paciencia: Necesaria para trabajar con pacientes crónicos en Atención Primaria; constancia, no decaer nunca y tener la calma suficiente para atender las demandas.
 - Intimidación: Nos ponen que cada individuo es único y necesita que se le cuide su intimidad.
 - Asertividad: No lo han definido ninguno de los 5 encuestados que la han puesto.
 - Confidencialidad: Mantener el secreto profesional y guardar los datos acerca del paciente.
 - Justicia: Dar al que más lo necesite y justicia para todos.
 - Tolerancia: Hacia las ideas, religión, cultura... de los pacientes.
 - Complacencia: No lo ha definido el único encuestado que lo ha puesto.
 - Compañerismo y trabajo en equipo: Como requisito necesario para abordar al paciente.
 - Vocación: Sentirse a gusto con su profesión, con su trabajo; llamamiento o inclinación hacia la profesión enfermera a pesar de no tener reconocimiento social.
 - Capacidad de razonamiento: Distintos problemas, distintas actuaciones enfermeras, aplicando el conocimiento científico; tener pensamiento crítico, con conocimiento científico.
 - Autoridad: Es bueno que los usuarios noten nuestra autoridad y no sentirse manipulado y presionado por los pacientes.
 - Beneficencia: Ayuda desinteresada hacia los demás.
 - Profesionalidad: Algunos encuestados han definido al conocimiento científico técnico, como profesionalidad. Necesidad de una base teórica enfermera, que se nos identifique como profesión humanitaria, con habilidades y destrezas; también refieren los encuestados, que la profesionalidad sirve para darnos categoría y que la población nos reconozca.
 - Proteger y mejorar el medio ambiente: Utilizar todos los medios a nuestro alcance, para conseguirlo.
 - Confianza: Requisito necesario para una mejor calidad de cuidados y para una mejor relación terapéutica.
 - Eficiencia: Adecuado uso de los recursos y del tiempo.
- Ética profesional: Beneficencia, no-maleficencia. Atender a la dignidad humana, con justicia, equidad... para proporcionar unos cuidados de calidad.
- Valores priorizados: De entre todos los valores que han escrito las enfermeras en sus encuestas, en cuanto al más escrito por ellas, sin tener en cuenta el lugar en que lo han escrito en la encuesta, tenemos los siguientes resultados (Ver gráfica):
 - El valor que ocupa el primer lugar, es la empatía, que la han escrito en veintisiete veces.
 - En segundo lugar, con el mismo número de veces, nos encontramos con el respeto y la humanidad, escritos en veintiuna ocasiones cada uno.
 - El tercer lugar, lo ocupan indistintamente, el conocimiento científico técnico y la comunicación, que lo han escrito diecinueve veces cada uno.
 - En cuarto lugar, tenemos con diez referencias cada uno, ilusión, educación para la salud, equidad, profesionalidad y metodología de trabajo.
 - En quinto lugar, los valores que han escrito nueve veces cada uno, han sido: compasión, responsabilidad y accesibilidad.
 - En sexto lugar, los valores compromiso y cuidados integrales, los han escrito ocho veces cada uno.
 - En séptimo lugar, el valor de la confidencialidad, lo han escrito siete veces.
 - En octavo lugar, han escrito seis veces el valor de paciencia.
 - En noveno lugar, tenemos los siguientes valores: asertividad, vocación y tolerancia, que los han escrito cinco veces cada uno.
 - En décimo lugar, han escrito cuatro veces cada uno los valores de ética profesional, justicia, intimidad, compañerismo y mediadores en los cuidados.
 - En undécimo lugar, los valores siguientes: protección al medio ambiente, capacidad de razonamiento, coordinación, ayudar a los cuidadores, adaptabilidad y eficiencia, los han escrito en tres ocasiones cada uno de ellos.
 - En duodécimo lugar, tenemos los valores de beneficencia, confianza y autoridad, que los han escrito dos veces cada uno.
 - En la décimo tercera posición, han escrito una sola vez el valor complacencia.



DISCUSIÓN

Las enfermeras encuestadas tienen una cultura del trabajo similar y unos valores compartidos también, similares, ya que llevan trabajando bastante tiempo en centros de salud y han tenido que superar un concurso oposición, casi la mitad de ellas para poder tener la plaza en propiedad; además, contamos con la opinión tanto femenina como masculina de la enfermería, en una proporción bastante igualitaria, lo que nos proporciona información, desde ambos puntos de vista.

Los valores expresan lo correcto o lo incorrecto para una organización, es por lo que cuando preguntamos, que valores conlleva el desarrollo de los cuidados enfermeros en Atención Primaria. Mayoritariamente, los encuestados han contestado, que los valores humanos y técnicas (86,7%), a este respecto, tenemos que decir, que la tarea de cuidar requiere conocimientos de orden espiritual y psicológico, siendo más difícil de integrar en las actividades diarias, que las habilidades y procedimientos de orden técnico (Brykczynska, 1992, p. 20).

También se observa cómo el entorno laboral, durante todos sus años de ejercicio profesional ha sido similar, lo que les ha llevado a ser tan unánimes en esta respuesta; como diría Cortina, para conocer la identidad de las profesiones y de las sociedades, es fundamental saber qué valores son los preferidos, porque ellos configuran el modo de ser de unas y otras (Arroyo, 1996).

En nuestro estudio, hemos planteado que nos escriban los encuestados los valores, en vez de ponérselos nosotros porque nos parecía más enri-

quecedor y menos guiados, por el investigador, que también, tiene su propia escala de valores y puede influir con sus opciones de valores en las contestaciones de los encuestados. Los valores son difíciles de medir y se corre el riesgo de influir al encuestado si se le presenta una encuesta con las opciones de valores que pueden elegir.

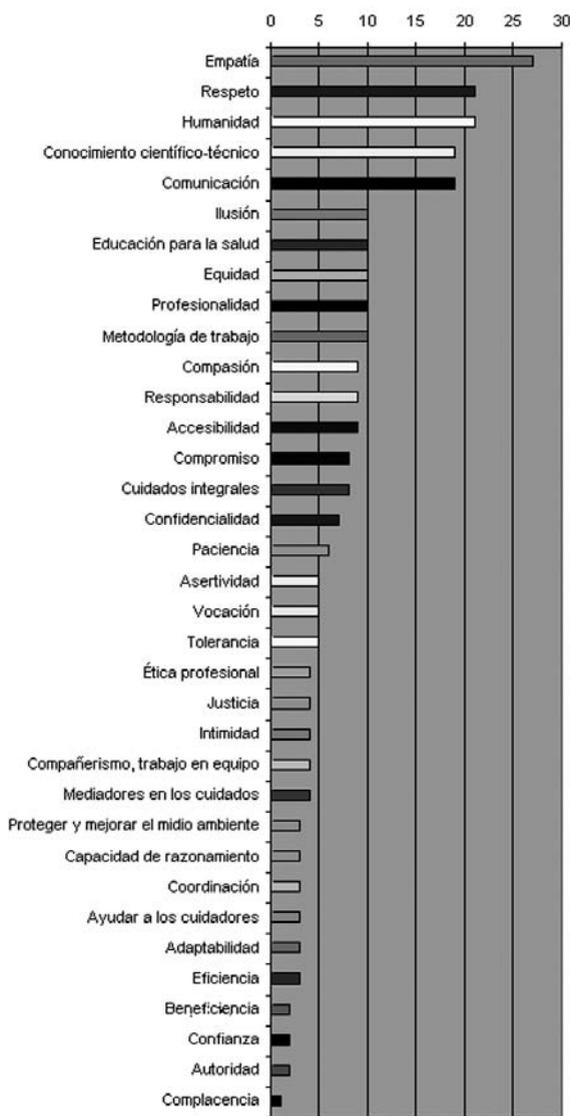
En un estudio realizado sobre los valores elegidos por estudiantes de enfermería (Pérez, Barallobre, Cuadrado, Cuadri, M. J. y Jara, 2002, p.34), utilizaron un cuestionario de elaboración propia, que contenía ocho cualidades significativas. Estos autores se plantearon en la discusión como limitación al estudio, el haber limitado a priori el número de valores sobre los que se les consultaba a los encuestados, porque las respuestas de los encuestados, se habían condicionado.

Cuando realizamos encuestas de valores, lo que estamos haciendo, es pedirles su opinión, sobre algún tema en concreto a los encuestados, nos hablarán de sus preferencias, de lo que ellos aprecian o reconocen como ideal de comportamiento, dentro de su contexto histórico y cultural. Aunque no evidencian ningún comportamiento, lo que podemos evidenciar es una percepción de los encuestados. Sin embargo, no hay que menospreciar estas investigaciones, ya que son un material sociológicamente valioso lo que las enfermeras opinan en estos momentos, sobre el desarrollo de valores en la prestación de cuidados (Sarrible, 1996, p. 72-79).

BIBLIOGRAFÍA

- Arroyo, M.P. (1996). Ética y legislación en enfermería. Madrid: Ed: McGraw-Hill Interamericana.
- Berger y Luckman. (1996). Introducción del libro: La construcción social de la realidad. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Brykczynska, G. (1992). Caring. Some philosophical and spiritual reflections, en Moya, J., Brykczynska, G. (eds.). Nursing Care. London: Edward Arnolf.
- Cortina, A. (1996). En Arroyo, M. P., Cortina, A., Torralba, M. J. y Zugasti, J. Ética y legislación en enfermería: Parte I. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Cortina A. (1997). El ethos: el carácter moral de las personas y las profesiones. En: Arroyo MP, Cortina A, Torralba MJ, Zugasti J. Ética y Legislación en enfermería. Madrid: Mc.Graw-Hill Interamericana.
- Cortina, A. (1998). El mundo de los valores. Ética mínima y educación. Sta. Fé de Bogota: El Búho.
- Decreto 195/1985. Regula la ordenación de los Servicios de Atención Primaria de Salud en Andalucía. Capitulo preliminar.

Gráfica de los valores priorizados



ANEXO

Cuestionario sobre los valores en Atención Primaria (forma parte de uno más amplio, aquí se exponen los referidos a los ítems utilizados en este trabajo).

El siguiente cuestionario forma parte del trabajo de investigación titulado: Los valores profesionales de las enfermeras de Atención Primaria, del Programa de Doctorado Nuevas Tendencias

nar, Art. 3. El Centro de Salud: “Es la estructura física y funcional que permite el adecuado desarrollo de la Atención Primaria de Salud, integral, permanente y continuada por parte del equipo de profesionales sanitarios y no sanitarios que actúan en el mismo”.

- Decreto 195/1985. Regula la ordenación de los Servicios de Atención Primaria de Salud en Andalucía. Capítulo preliminar, Art. 1.1. Atención Primaria de Salud, “primer nivel de los cuidados sanitarios, integra la asistencia preventiva, curativa, rehabilitadora y la promoción de la salud de los ciudadanos”.
- Decreto 195/1985. Capítulo preliminar, Art. 1.1. Distrito de Atención Primaria de Salud, “como integración de varias Zonas Básicas de Salud, con recursos sanitarios suficientes para desarrollar en su totalidad el nivel primario de atención a la población, constituye la unidad de planificación y gestión de los servicios de atención primaria”.
- Decreto 195/1985. Capítulo preliminar, Art. 1.1. El Equipo Básico de Atención Primaria “es el conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios cuyo ámbito territorial de actuación es la Zona Básica de Salud y con localización física preferente en los Centros de Atención Primaria”.
- Gibson y otros. (1983). Organizaciones. Conducta. Estructura: Proceso. México: Ed. Interamericana.
- Mompert. M. P. (2000). Administración de Servicios de Enfermería. Barcelona: Masson.
- Moreno, I. (1991). Identidades y rituales. Estudio introductorio. Madrid: Taurus.
- Palenzuela P. (1995). Las culturas del trabajo, una aproximación antropológica. Sociología del trabajo, 24.
- Pérez, A., Barallobre, A., Cuadrado, A., Cuadri, M. J. y Jara, F. (2002). Perfil de valores profesionales elegido por estudiantes de enfermería al inicio de sus estudios. Experiencia en Sevilla. Enfermería clínica, 12(3).
- Polit D. y Hungler B. (2000). Investigación científica en Ciencias de la Salud, 6ª ed.; México: McGraw-Hill.
- Sabuco I Cantó, A. (1996). Procesos de trabajo, territorialización y relaciones de poder en las marismas del Guadalquivir. VII Congreso Antropología Social. Zaragoza: Instituto Aragonés de Antropología.
- Sarribe, G. (1996). Bioética y valores sociales. En Materiales de Bioética y Derecho. Ed: Casado, M. Barcelona: Cedecs editorial.
- Torralba, F. (2000). Constructos éticos del cuidar. Enfermería Intensiva, 11(3):136-141.
- Torralba, F. (2000). Filosofía del cuidar. Enfermería Intensiva, 11:101-110.
- Torralba, F.(1999). Lo ineludiblemente humano. Hacia un fundamentación de la ética del cuidar. Labor Hospitalaria 3-99, nº 253. Institut Borja de Bioética.
- Torralba, F.(1998). Antropología del cuidar. España: Institut Borja de Bioética y Mapfre.
- Schwartz, S. H. y Bilsky, W. (1987). Toward a universal psychological structure of human values. Journal of Personality and Social Psychology, 53.
- Schwartz, S. H.; Versakalo, M; Antonovsky, A. y Sagiv, L. (1997). Values priorities and social desirability: Much substance, some style. British Journal of Social Psychology, 36.
- Schwartz, S. H. y Sagiv, L. (1995). Identifying culture-specifics in the content and structure of values. Journal of Cross-Cultural Psychology, 26.

Asistenciales y de Investigación en Ciencias de la Salud. Realizado por M^a Dolores Guerra Martín.

El cuestionario es voluntario y anónimo, por lo que solicitamos vuestra amable aportación e interés en la contestación del mismo. Si al finalizar el mismo queréis escribir algún comentario o sugerencia lo podéis escribir al finalizar las preguntas

Gracias por vuestra colaboración.

1. Tiempo de servicio en centros de salud:

2. Edad:

3. Sexo:

Señala la opción correcta. El desarrollo de los cuidados enfermeros en Atención Primaria, conlleva el desarrollo de:

- Valores humanos
- Técnicas
- Ambas cosas

Enumera los cinco valores más importantes, que conlleven los cuidados enfermeros y define cada uno de ellos:

Valor 1:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Valor 2:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Valor 3:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Valor 4:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Valor 5:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

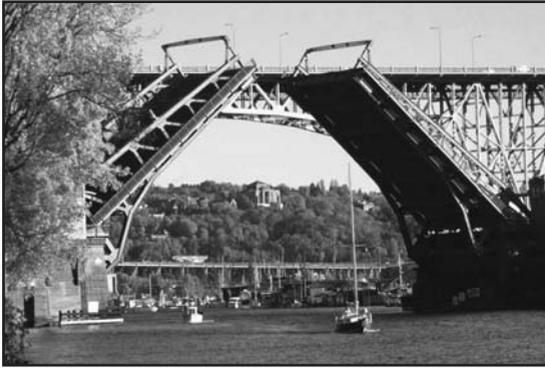
.....

.....

LA DISCIPLINA ENFERMERA: EPICENTRO DE LOS ERRORES CLÍNICOS

Myriam Fernández Martín

*Enfermera. Doctoranda del programa "Enfermería. Cultura de los Cuidados".
S.C. Cerner Corporation*



accidentes de coche, cáncer de mama o SIDA. (IOM, 2000).

Posteriormente, estudios similares se realizaron en países como Reino Unido y Australia, con sistemas de salud diferentes, demostrando que las estadísticas eran las mismas.

El análisis de las causas de estos errores se ha centrado en una perspectiva cuantitativa y en un perfil profesional determinado: los médicos.

Este artículo se centra en un análisis de estas causas desde el perfil profesional que pasa más tiempo con los pacientes: las enfermeras.

PALABRAS CLAVE: Error médico, error clínico, calidad total.

NURSING DISCIPLINE: EPICENTRE OF MEDICAL MISTAKES

SUMMARY

In 2000 the US Institute of Medicine disseminated its book *To err is human* which stated that every year more people die in the US due to clinical mistakes than to traffic accidents, breast cancer or AIDS (IOM, 2000).

Later, similar studies were carried out in countries with different national health services, such as the UK and Australia, showing similar results.

The analysis of the causes of these mistakes has focused on a quantitative perspective and a professional profile: doctors.

This article focuses on an analysis of these causes from the perspective of the professional who spends longer with patients: nurses.

KEY WORDS: Medical mistake, clinical mistake, total quality.

RESUMEN

En el año 2000 el Instituto de Medicina de los EE.UU da a conocer la publicación de un libro titulado "Equivocarse es humano" que ponía de manifiesto que cada año mueren en EE.UU más personas por errores clínicos que por

INTRODUCCIÓN

En el año 2000 el Instituto de Medicina de los EE.UU da a conocer la publicación de un libro titulado "Equivocarse es humano" que ponía de manifiesto que cada año mueren en EE.UU más personas por errores clínicos que por accidentes de coche, cáncer de mama o SIDA. (IOM, 2000). El informe demostraba que mediante estudios retrospectivos realizados en hospitales de Nueva York, Colorado y Utah, se podía inferir que cada año mueren en los EE.UU entre 44.000 y 98.000 personas por error clínico, es decir, lo equivalente a que un avión Boeing 747 cayese todos los días y muriesen todos sus ocupantes.

La realidad es que el error clínico es la quinta causa de muerte en los EE.UU. Posteriormente, estudios similares se realizaron en países como Reino Unido y Australia, con sistemas de salud diferentes, demostrando que las estadísticas eran las mismas.

Las atenciones en salud siempre buscan beneficiar a los pacientes, y la obligación de no dañar está presente desde el Juramento Hipocrático como primaria. Sin embargo, producto de una combina-

ción compleja de procesos, tecnologías e interacciones humanas, dichas atenciones conllevan la probabilidad de eventos adversos que pueden o no dañar al paciente. Estos generan un aumento de reclamaciones y/o acciones judiciales así como un mayor costo global del cuidado clínico. Pero la parte más importante es lo que suponen para el paciente y su familia. Además del derecho a que se le prodiguen cuidados para recuperar su salud, el enfermo tiene derecho a que se le suministren con suma consideración, es decir, respetando su condición de ser humano.

Pese a la evidencia de los eventos adversos no han sido grandes los esfuerzos hacia su prevención. La mayor parte de ellos han ido encaminados hacia una de las causas: “los errores de medicación” y hacia uno de los colectivos: “los médicos”. Es muy llamativa la escasa existencia de estudios realizados con enfermeras, cuando son ellas las que se encuentran 24 horas con el paciente y quienes desarrollan gran parte de las intervenciones de vigilancia y control que podrían prevenir éstos.

La adopción de sistemas de prevención de eventos adversos se ha tornado un imperativo ético y una necesidad de la práctica clínica, y aunque tales sistemas tienen un costo, más elevado es el costo que debe asumirse por la ocurrencia de ellos, cuando estos son prevenibles.

Evento Adverso es el daño producido por la intervención clínica (más que por la enfermedad o condición del paciente) que prolonga el tiempo de ingreso o provoca una invalidez al tiempo del alta. No todos son prevenibles, y no todos son causados por error. El Error clínico es aquel evento adverso que puede ser prevenido con los conocimientos científicos actuales y puede tener dos orígenes: error de ejecución: fracaso durante la ejecución de un plan para llegar a un objetivo o resultado esperado. Y el error de planificación que es utilizar un plan equivocado para llegar a un objetivo o resultados esperados.

Las causas de los errores clínicos son: errores en la comunicación entre los distintos profesionales (médicos, enfermeras, fisioterapeutas) que atienden al paciente; mal seguimiento de los estudios complementarios por desorganización en la documentación, ubicación, etc.; inadecuada documentación; errores en procedimientos clínicos;

infecciones de heridas; equipamiento defectuoso y errores de medicación.

En el American Family Physician (Maxwell, 2003), consultando médicos de EEUU y Australia, Canadá, Reino Unido y Holanda se realizó un estudio sobre cuáles eran las causas más frecuentes de error médico para ellos, no dudaron en colocar como primer motivo el error en la prescripción de medicamentos.

En el estudio del Instituto de Medicina de los EE.UU se calcula que unas 7000 muertes ocurren todos los años por efectos adversos a medicación.

El 56% de ellos se producen en el momento de la indicación, un 34% de los errores se producen en la administración del fármaco por parte de la enfermera y un 10% restante en un error en la dispensación de la droga en la farmacia.

Sin restar importancia a los efectos adversos causados por medicación, el propio Instituto Nacional de Medicina de los EE.UU reconoce que el estudio de estos efectos ha sido más extenso por diversas razones: es uno de los tipos más comunes de error, existe un número sustancial de pacientes afectados y son medibles en cuanto a gastos sanitarios se refiere. Existen además otras claves metodológicas como el uso extenso de la prescripción de drogas que hace fácil identificar un posible evento adverso, y que es de los pocos procesos que proveen una buena documentación, mucha de ella automatizada. Y además las muertes atribuibles a errores de medicación son registradas en los certificados de defunción. Pero explica, que existen probablemente otras áreas que han sido estudiadas en menor medida y que pueden ofrecer igual o mayor oportunidad de mejorar la seguridad de los pacientes.

En las últimas dos décadas han ido sucediéndose cambios sustanciales en la asistencia a la salud y el cuidado de los pacientes. Muchas organizaciones han expresado su preocupación de que éstos y otros cambios hayan afectado adversariamente la habilidad de las enfermeras para proveer seguridad en el cuidado.

En respuesta, el Departamento Norteamericano de Salud y Servicios Humanos y la Agencia para el Cuidado e Investigación en la Calidad (AHRQ) pidió al Instituto de Medicina de los EE.UU. realizar un estudio para identificar aspectos claves sobre el entorno de trabajo de las enfermeras y

cómo dichos aspectos podían impactar en la seguridad de los pacientes. Así, se creó un comité de seguimiento para estos estudios.

Las horas extensas de trabajo de las enfermeras en los hospitales, las cargas del mismo (el ratio enfermera/paciente), los problemas en las instituciones (incluyendo los diseños pobres de los procesos de trabajo), la falta de soporte a la toma de decisiones, las barreras sociales y físicas que obstaculizan la comunicación interprofesional, son algunos de los hechos que fueron analizados. El resultado fue un libro publicado por el Instituto de Medicina de los EE.UU en el 2004 titulado "Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses"

El personal de enfermería representa el componente más amplio del equipo de salud. Enfermeras tituladas y auxiliares de enfermería representan un 54% de los trabajadores sanitarios.

Las intervenciones enfermeras fundamentales son aquellas derivadas de la vigilancia: valoración, evaluación, monitorización de los pacientes; siendo éstas un mecanismo muy importante en la detección de errores clínicos y prevención de eventos adversos. Si el estado del paciente decae, éste será detectado por la observación enfermera del deterioro físico o cognitivo. Son los únicos profesionales que se encuentran 24 horas al día con sus clientes. El control de los pacientes requiere de gran atención, conocimientos y respuesta por parte de las enfermeras. Podríamos decir que las enfermeras son el epicentro sísmico de la seguridad de los pacientes. Todo pasa por su control y ellas coordinan y gestionan lo que ocurre. Según la ANA (Asociación Americana de Enfermeras) la evaluación del paciente es la base de los cuidados de las enfermeras tituladas (ANA, 1998).

Una revisión de 81 estudios publicados predominantemente desde 1990, que examinaba la relación entre las estructuras y procesos de las organizaciones hospitalarias y los eventos adversos y mortalidad de los pacientes, demostró que la vigilancia enfermera era uno de los tres procesos variables de las organizaciones que reducen la mortalidad de los pacientes (Mitchell et al, 1997).

Esta evaluación constante del paciente establece a las enfermeras en un rol descrito como "la línea de defensa" de la seguridad del paciente

según la JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) en 2001.

Además de la vigilancia, las enfermeras son responsables de coordinar el cuidado de los pacientes. Entre las que existen distintas intervenciones de integración como planificar los cuidados de los pacientes, implementar las indicaciones de tratamiento dadas por otros profesionales, evaluar el estado constante y al alta para el seguimiento y control, educar al paciente y a la familia, además de una gran cantidad de prácticas no deseables por su presencia continua en el hospital, en su mayoría burocráticas.

Entonces, si las enfermeras cobran un papel de relevancia en la seguridad de los pacientes y tienen un rol determinante a la hora de reducir los eventos adversos y errores clínicos; de una forma completamente independiente no solo ética sino también legalmente, ¿cómo es posible que igual que encontramos encuestas y estudios realizados a médicos sobre las causas más determinantes de error médico, para poder estudiarlas y saber cómo reducir las, no las encontremos hechas a enfermeras sobre el error enfermero?

MARCO TEÓRICO VS. MARCO CONCEPTUAL

La filosofía de la calidad total se concentra en una forma unánime en el concepto de conseguir "cero" errores. Parece entonces lógico que el estudio que se centre en la reducción de los eventos adversos deba encuadrarse en este marco teórico. La calidad asistencial es el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud. (Avedis Donabedian, 1973).

La Calidad de la Atención de Enfermería podemos definirla como la consecución del conjunto de características y acciones que posibilitan la restauración en cada paciente, del nivel de salud que nos es dado remitirle. Esta definición está basada en la definición de la función propia de Enfermería que nos aporta Virginia Henderson.

Donabedian explica en su modelo de calidad total cómo tras el establecimiento de objetivos es necesaria la valoración de la necesidad. Y establece una presentación esquemática de cuáles son los

componentes que entran en juego en el proceso de atención sanitaria.

La necesidad es la causa que determina el comportamiento cliente y el comportamiento del cuidador.

El comportamiento del cliente pasa por varias fases desde que aparece la necesidad: reconoce la necesidad (recognition of need), decide buscar cuidados (decision to seek care), entra en el proceso de búsqueda (process of seeking care) y asume el rol de enfermo y mantiene los cuidados (assuming the sick role and maintaining care). Estas fases en continua relación bidireccional con otras personas de su entorno (other lay persons).

El comportamiento del proveedor de cuidados también pasa por varias fases desde que aparece la necesidad: proceso de diagnóstico y toma de decisiones (diagnostic process and decision making), estrechamente relacionado con la fase de la búsqueda de cuidado del cliente, y la toma de decisiones terapéuticas y proceso (therapeutic decision making and process). Estas dos fases, en continua interacción con otros profesionales.

Al finalizar estas fases ambos entran en el uso de servicios (use of service) y concluyen en el resultado de salud o modificación de la necesidad (health outcomes, modification of need)

En un análisis comparativo entre este modelo propuesto por Donabedian y el modelo de Virginia Henderson cabe resaltar las grandes similitudes que existen.

Podríamos entonces asegurar el modelo de Virginia Henderson como referente teórico en el marco conceptual de la calidad total para el análisis de cómo, por qué y cuándo suceden los errores clínicos donde intervienen las enfermeras.

Además Avedis Donabedian encuadra este modelo de necesidad englobado el proceso anteriormente descrito en una estructura organizativa y en entorno regido por factores socio-culturales.

MATERIAL Y MÉTODOS

El primer paso del estudio tiene de por sí un propósito doble: por un lado recoger información sobre qué causas enfermeras están consideradas, entre las enfermeras, como las más determinantes para producir un error clínico y qué interrelación existe entre ellas; y por otro lado, examinar de

manera global los hábitos, las conductas, creencias y opiniones de las enfermeras sobre estas causas de error para poder averiguar cuáles son las posibles soluciones.

Es entonces evidente que se trata de un diseño explicativo donde no sólo se analizarán las causas sino también las razones y sensaciones de los hechos, y que tiene que conjugar dos tipos de metodologías una cuantitativa, a través de un cuestionario que ayude al primer propósito, y por otro lado el trabajo en grupos de discusión que facilite el segundo.

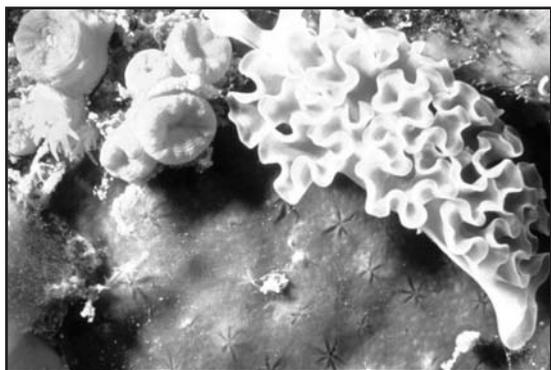
En palabras de Jesús Ibáñez, “las llamadas técnicas cuantitativas investigan el sentido producido (los hechos). La técnica de grupo de discusión investiga el proceso de producción de sentido, que no es más que la reproducción de la unidad social de sentido y en ello reside su valor técnico” (1990)

La intención del uso de ambas metodologías es entonces simplemente sumar conocimiento.

Aunque existen tendencias que no están de acuerdo con el uso de ambas metodologías conjuntamente es importante detallar que en este caso la unicidad de la experiencia personal (lo cualitativo) y los aspectos comunes de las necesidades y los cuidados respectivos (lo cuantitativo) debían trabajar conjuntamente.

La idea de complementar ambas metodologías es con la finalidad de que se vigoren mutuamente. Así el conocimiento de origen cuantitativo se asentará sobre bases cualitativas, de forma que “toda medición se halla fundada en innumerables suposiciones cualitativas acerca del instrumento de medida y de la realidad evaluada”, “el empleo combinado de técnicas cualitativas y cuantitativas en una investigación puede contribuir a controlar corregir los sesgos propios de cada método” (Cabrero y Richart, 1995). Por eso es importante la elección de un modelo estadístico que encaje con los datos, la interpretación de los resultados a que dé lugar y la generalización de los descubrimientos a otros entornos y que se halle basado en un conocimiento cualitativo.

Según Goffman (1963), en las estrategias para la interacción con los otros, existe siempre un objetivo idéntico: hay una lucha por la información en la que los seres humanos pretenden averiguar todo lo posible de los demás, procurando que los otros



sepan sólo aquello que se les quiere contar. Este duelo por la información se organiza de manera consciente e implica estrategias comunicativas tanto verbales como no verbales. Por ello se decidió pasar primero los cuestionarios y luego proceder a los grupos de discusión, una vez éstos ya estaban rellenos, evitando así condicionar las respuestas, permitiendo explicar el por qué, cómo y para qué de las mismas.

La gestión de la tensión en la investigación abierta depende del tipo de realidad social que se aborda. Los profesionales pretenden mostrar que su práctica se adecua a las expectativas sociales (honestidad, rigurosidad, capacidad). Por ello se les explicó a los encuestados que la finalidad del estudio era aumentar la seguridad de los pacientes y que no se trataba en absoluto de una evaluación de su trabajo si no de evidenciar las causas enfermeras que contribuían a los errores clínicos, es decir, se les dió el objetivo general del estudio. Intentando evitar así el efecto Hawthorne, donde los observados actúan positiva o negativamente respecto al investigador. Los cuestionarios fueron evidentemente anónimos.

La herramienta a utilizar fue un cuestionario de evaluación de actitudes profesionales de enfermería ante los errores clínicos (CEAPE/EC).

El cuestionario constó de tantos ítems como los definidos por el Instituto de Medicina de los EE.UU en su estudio del 2000 como causantes de los errores clínicos, donde para su valoración se logró una escala de intervalos tipo Likert donde las causas se establecían de totalmente

determinante a nada determinante. Esta decisión se tomó en base a la descripción de ese cuestionario como un cuestionario exploratorio, dada la dificultad para medir estas causas y más en el trabajo enfermero diario, y puesto que cualquier otra escala no reflejaría la realidad diaria.

Posteriormente se analizaron los cuestionarios. Para mayor comprensión de éstos, se transformaron dichos adjetivos en puntuaciones: asignando a totalmente determinante una puntuación de 4, a muy determinante una puntuación de 3, a determinante una puntuación de 2, a poco determinante una puntuación de 1 y a nada determinante una puntuación de 0.

El grupo de discusión es una estrategia centrada en procesos grupales, que permitió el acceso al terreno de las actitudes y experiencias propias de los protagonistas. La interacción grupal facilitó al grupo generar, crear, construir un material cualitativo de gran sentido y utilidad para el propósito de este estudio. Además tiene un carácter abierto y flexible, necesario en este objeto, que permite desviarse del guión establecido y adaptarse al discurso desarrollado sin dejar de lado los objetivos.

De las 24 personas encuestadas y dado un carácter exploratorio, se conjugó un grupo de discusión de 10 personas donde, se procuró tener todas las variantes discursivas en cada uno de los grupos: diferentes rangos de edades (desde 21 años a 45) y diferentes estructuras jerárquicas (enfermeras recién diplomadas, enfermeras de mayor experiencia, supervisoras de enfermería).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El análisis del Cuestionario de Evaluación de Actitudes Profesionales de enfermería ante los errores clínicos (CEAPE/EC) otorga los siguientes datos que se irán comparando con los obtenidos de los grupos de discusión.

Las causas que las enfermeras consideran de rango superior a 3, es decir aquellas que se califican

Núm	Causa según IOM	Media	%	Des. T
1	Errores en la comunicación entre los distintos profesionales (médicos, enfermeras, fisioterapeutas) que atienden al paciente	3.45	86.25	0.64
3	Inadecuada Documentación	3.2	80	0.64

can como muy determinante o totalmente determinante de producir error clínico son:

Lo que quiere decir que las enfermeras consideran “causas comunicativas” aquellas más determinantes de error clínico, con porcentajes ambas por encima del 80%. La desviación típica demuestra que en ambos casos existe consenso.

Las enfermeras participantes de los grupos de discusión explicaron la falta de comunicación y la comunicación no efectiva que existe en los círculos que se generan alrededor del paciente. Lo que nos llevó a la conclusión de clasificar varias “sub-causas” que fomentan la causa determinante de “Errores de Comunicación”:

- Falta de óptima comunicación interprofesional: sobretodo médico-enfermera pero también con otros profesionales como fisioterapeutas y dietistas También se reseñó la falta de comunicación continuada, a pesar de los partes entre los turnos enfermeros, estrechamente ligado a la falta de adecuada documentación.
- Falta de óptima comunicación inter-ubicacional: extensible a la anterior parece mayor agravio el hecho de la falta de continuidad y comunicación con los centros de salud, centros de especialidades y consultas externas o atención domiciliaria, donde la información llega bien a través de un informe, y a veces ni siquiera este es el caso.
- Falta de óptima comunicación con el paciente y su familia: es increíble, que las cargas de trabajo, o al menos, esa es la justificación que las enfermeras autoevalúan, hagan tratar a los pacientes aún a día de hoy como patologías y camas, en lugar de nombres de personas. Y parece que no resulta tan extraño oír: “el de la cama 222, sí el del EPOC”... Parecería lógico practicar la escucha activa más a menudo si el paciente es el centro de atención. Las enfermeras participantes en el grupo de discusión comentaban cómo ellas mismas a veces se paraban a pensar cómo era posible que fuesen a pinchar una vía sin antes haber mantenido una conversación que resultase efectiva. Parece que la valoración inicial sería el momento adecuado para realizar esto, pero ¿qué pasa cuando la valoración la realiza la enfermera

del turno que recibe al paciente y en turnos siguientes no se “re-evalúa”?

Además en un proceso de confusión como el que normalmente acarrea el ingreso en un hospital, el debut de una enfermedad, la continuidad de los cuidados de otra que sea crónica, el paso por una cirugía...¿cuánta información efectiva tienen los pacientes y familiares de su proceso, pruebas diagnósticas, evolución, etc?

En cuanto a la “Inadecuada Documentación” con un porcentaje muy cercano a la causa anterior, un 80%, las enfermeras califican las siguientes sub-causas:

- Falta de conciencia por parte de las propias enfermeras de la importancia de documentar los cuidados y hacerlo bien. Siempre priorizan otras actividades antes de documentar.
- Falta de consenso a la hora de la documentación. Empieza a implantarse la planificación de cuidados, integrando lenguajes como la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association 2006), NIC (Nursing Interventions Classification) y NOC (Nursing Outcomes Classification), pero existe un gran hueco en formación metodológica y en el uso adecuado de estas taxonomías en la práctica.
- La planificación de cuidados no se continúa de una manera adecuada. Las enfermeras comentan cómo en algo tan “sencillo” como una cura de úlcera por presión no existe consenso a la hora de curar con los mismos productos y mucho menos al continuar los cuidados en algunos casos.
- No existe fácil acceso a la información de referencia de una manera óptima. Ya sea información definida por el hospital como protocolos de actuación, o bien, referencia científica sobre últimas recomendaciones o artículos publicados

Núm	Causa según IOM	Media	%	Des. T
2	Mal seguimiento de los estudios complementarios por desorganización en la documentación, ubicación, etc	2.6	65	0.79
7	Errores de medicación (dosis, interacciones, alergias)	2.45	61.25	1.079
6	Equipamiento defectuoso	2.41	60.25	0.76
4	Errores en procedimientos clínicos ya descritos	2.12	53	0.97
5	Infecciones de Heridas	2.04	51	0.84

aplicables en el momento de la práctica clínica. Es decir, la falta de Cuidado Asistencial Guiado por el Conocimiento Científico, la Enfermería Basada en Evidencia.

Aquellas causas definidas por el Instituto de Medicina de EE.UU que las enfermeras españolas consideran de rango 2, es decir aquellas que opinan que son determinantes como causas enfermeras a la hora de producir errores clínicos son en orden descendente las presentadas en el siguiente cuadro:

En todas las causas anteriormente descritas existe consenso menos en las causa número 7: "Errores de medicación", donde la desviación típica se presenta por encima de 1, tal y como se muestra en la Fig.1. Gracias a los grupos de discusión se pudo averiguar que dicho motivo es porque no todas las enfermeras estaban de acuerdo con que el error fuese una causa enfermera en la administración, si no más bien proveniente de una prescripción médica.

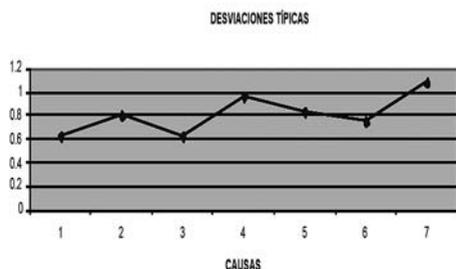


Fig.1. La única desviación típica >1 es la correspondiente a los "Errores de Medicación"

En cuanto a la causa del mal seguimiento de los estudios complementarios, las enfermeras apuntaron dos motivos como principales: la falta de organización en el trabajo, y la cantidad de trámites burocráticos a la hora de reclamar una prueba que no ha seguido su curso habitual.

La causa de "Equipamiento defectuoso" con un 60.25% de calificación determinante se fundamenta, según explican las enfermeras, en la falta organizacional para el seguimiento del equipamiento con los servicios de farmacia o almacén, sin una estructura definida.

En cuanto a los "Errores en procedimientos clínicos ya descritos" que las enfermeras califican

con un 53%, explican la falta de acceso rápido a dicha documentación, el rápido cambio por parte de las instituciones en el desarrollo de nuevos protocolos o planes de cuidados sin la información al alcance de cualquier enfermera, y la falta de formación metodológica por parte de muchas de ellas.

Las Infecciones de Heridas las justifican como falta de medidas de higiene adecuada en los hospitales, pero también como falta de consenso a la hora de continuar los cuidados de una forma unificada.

No existen causas que las enfermeras españolas consideren como poco o nada determinantes, tal y como se muestra en la Fig.2. Este dato es muy importante, gracias al grupo de discusión se pudo saber que el motivo de esto se explica porque no existe ninguna causa donde la disciplina enfermera no esté involucrada. Lo que demuestra una vez más, su lugar estratégico.

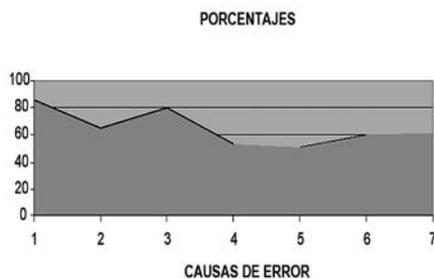
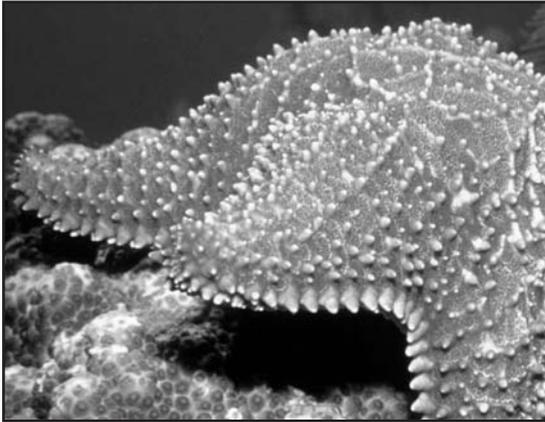


Fig. 2. No existen causas poco o nada determinantes. Todos los porcentajes superan el 50%

CONCLUSIONES

Los cambios ocurridos durante los últimos decenios nos llevan a entrever el futuro reservado a los cuidados enfermeros y a prepararnos. Una investigación doctoral hecha por una enfermera (Johnson, 1990), ha demostrado que un cambio de paradigma se produce actualmente en los cuidados enfermeros y que este cambio es evidente a través de los escritos profesionales y científicos de las enfermeras. Johnson sostiene que las enfermeras se orientan hacia un paradigma holístico. Es el paradigma que ha sido presentado como la gran corriente de pensamiento de "la transformación".

La enfermera se encuentra en la "línea de defensa del paciente" es la que conoce cuando está



estable, cuando algo no va bien, y la primera en percibirlo y gestionar los recursos necesarios para controlar cualquier situación de urgencia. Se encuentra en el círculo central de los cuidados de los pacientes.

La vigilancia enfermera es uno de los tres procesos variables que reducen la mortalidad de los pacientes. Cuando hablamos de errores clínicos esta gestión aparece aún si cabe más evidente.

De las 7 causas que el IOM (Institute of Medicine) de los EE.UU establece de error médico, las causas que las enfermeras españolas consideran más determinantes como propias a la hora de producir errores clínicos son: errores en la comunicación y la inadecuada documentación. Con elevado nivel de consenso. En todas las demás causas existe consenso excepto en los errores de medicación. Lo que demuestra que no existe consenso con estudios realizados a otros profesionales, que ponían el error de prescripción de medicamentos en primer lugar y que las enfermeras tienen una gran capacidad autocrítica, así como autoevaluativa.

La dinámica de Grupo de Discusión fue de gran importancia ya que con los cuestionarios no se podrían haber desglosado las subcausas que propiciaban cada una de las anteriores así como, el análisis en profundidad realizado por las enfermeras para llegar al origen del problema y poder establecer así soluciones realistas.

Las soluciones propuestas por las enfermeras en el grupo de discusión para la reducción de las dos causas que consideran principales: errores de comunicación e inadecuada documentación fueron:

1.- Adopción de modelos comunicacionales que mejoran los resultados clínicos. La comunicación centrada en el Paciente.

Es importante ser consciente de que las habilidades en la comunicación no dependen solamente de la capacidad innata de cada uno, sino que se deben también a una formación adecuada.

La comunicación con el paciente forma parte fundamental del proceso asistencial. Es tanto un uso cotidiano en la profesión enfermera, que parece haber sido hasta hace poco, una base que todos debían conocer de forma más bien intuitiva que adquirida, pasando por alto algo tan importante como que fuera promovida por la formación. Poco a poco, se ha valorado la gran importancia de que la comunicación con el paciente se vea respaldada por un proceso de aprendizaje y destreza por parte de los profesionales.

Modelos desarrollados con el paciente como centro y no la enfermedad como tal, han demostrado un impacto positivo sobre ciertas enfermedades y las respuestas en sus tratamientos.

Esta formación debe ser multidisciplinar para todos los profesionales que rodean el círculo centrado en el paciente.

2.- Entrenamiento a enfermeras y otros profesionales en habilidades de autocontrol y comunicación relativas a la información sobre el paciente grave.

Aunque en muchas ocasiones se dice que las enfermeras no informan y que esto es labor médica, todos somos conscientes de que a la hora, sobretodo, de tratar con pacientes graves esto no es tan cierto. La comunicación con la familia es inherente a los cuidados enfermeros y el momento de la información es un momento duro para la enfermera que requiere habilidades de autocontrol y de comunicación.

Habría pues que plantearse si un entrenamiento en estas habilidades mejora el dominio de los recursos necesarios para una buena comunicación con los familiares de un paciente grave.

3.- Docencia en técnicas de comunicación y entrevista: necesidad de un modelo integrador.

Las habilidades de comunicación y de relación interpersonal suponen una de las bases fundamen-

tales de la práctica de los profesionales sanitarios y uno de los factores más importantes que determinan la calidad de los servicios de salud. Integrar los sistemas cognitivoconductuales y psicodinámicos en la enseñanza de técnicas de comunicación para conseguir profesionales sensibilizados hacia los problemas psicosociales de sus pacientes, que a la vez sean capaces de ofrecer cuidados en los que sus enfermos se sientan comprendidos, parece de forma directa conducirlos hacia la necesidad de una visión humanista y empática de dichos cuidados.

La docencia en este tipo de temas requiere una visión, además, multiaxial de la enfermedad y gran capacidad para el trabajo en equipo. Siendo necesaria la participación de todos los componentes que mantengan alguna relación con el enfermo. El trabajo unidisciplinar sólo reforzaría el “narcisismo corporativista”.

4.- Creación de culturas organizacionales de retención: Hospitales Magnéticos.

Adoptar las características de los “hospitales magnéticos” para crear un lugar de trabajo confortable y atrayente transforma positivamente el trabajo de la enfermería para el uso de información de manera óptima. Las organizaciones deben empezar a plantearse porque los enfermeros prefieren trabajar en un hospital o en otro y comenzar a perfilar posibilidades de incentivos formativos o financieros.

5.-La adopción de Sistemas de Información Guiados por el Conocimiento y Centrados en el Paciente.

Un registro electrónico no debe ser solo un depósito donde se introducen los datos de los pacientes, debe ser una herramienta que introduzca mejoras comunicacionales, informativas y científicas, que integre todos los servicios y departamentos que existan en el hospital y que lo haga de una forma científica, con acceso on-line a la última evidencia o descubrimiento. Las decisiones organizacionales deberían ser basadas en estos puntos.

Además estos sistemas deben incorporar toda una serie de reglas de negocio, que realmente les haga inteligentes, que no solo prevengan de posibles eventos adversos, sino que además puedan inducir la correcta actuación de los profesionales.

6- Incorporación de la figura de Enfermera Referente: entendiendo por Enfermera Referente aquella que valora e identifica necesidades de cuidado del paciente y su familia, planifica las intervenciones necesarias y evalúa los resultados alcanzados, estableciendo los canales necesarios para que continúen cuando el paciente es dado de alta.

Según los descubrimientos realizados, este campo queda aún en gran medida por explorar. Los pasos siguientes a continuar en el estudio podrían centrarse en el análisis de los resultados según variables de edad/ experiencia profesional, graduación académica, relación con la cultura organizacional, nivel de la familiarización con los registros electrónicos integrados, nivel de familiarización con el uso metodológico.

Queda mucho por hacer, es cierto que “Equivocarse es humano”, pero lo importante es reflexionar y reconocer dónde fallamos.

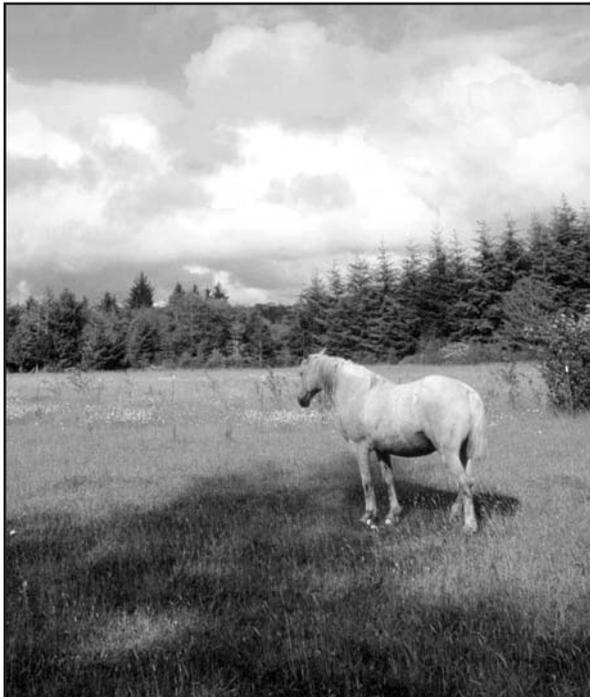
Lo importante de los errores es que nos han de servir para mejorar, para sacar de ellos una experiencia positiva. Tal y como afirmó Ramón y Cajal: “Lo peor no es cometer un error, sino tratar de justificarlo, en vez de aprovecharlo como aviso providencial de nuestra ligereza o ignorancia.”

Lo mejor de todo esto, lo más importante y consustancial al ser humano es que nuestros errores son una clara muestra de nuestra capacidad de elegir, de nuestra libertad de criterio, de nuestro derecho a equivocarnos. Pero ¿qué pasa cuándo nuestros derechos sobrepasan la barrera del derecho del otro?, ¿Cuándo producen un daño al primer derecho que tiene toda persona por el hecho de nacer: el derecho a la vida?, para hacer uso de este derecho, hemos de tener claro los deberes que comporta: el de rectificar y el de pedir disculpas. Ya se sabe que “rectificar es de sabios”. En palabras de Colliere no hay que olvidar que “se puede vivir sin tratamientos, pero no sin cuidados”.

BIBLIOGRAFÍA

- Aiken, L, Sochalski, J, Anderson, G. (1996). Downsizing the hospital nursing workforce. *Health Affairs*, 15 (4): 88-92.
- Alfaro, R. (1997). *El pensamiento crítico en enfermería: un enfoque práctico*. Barcelona: Masson
- ANA (American Nurses Association)(1998). *Standards of Clinical Nursing Practice*. Washington DC: ANA.
- Blendon, R, DesRosches, C, et. al. (2002). *The New England Journal of Medicine*, 347, 1933-1940.

- Cabrero, J y Richart, M. (1995) El debate investigación cualitativa frente a investigación cuantitativa. *Enfermería Clínica* (6) núm. 5
- Committee of the Work Environment for Nurses and Patient Safety (2004). *Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses*. Washington D. C: IOM.
- Charlesworth, M (1996). *La bioética en una sociedad liberal*. New York: Cambridge University Press.
- Department Of Health del Reino Unido: www.doh.gov.uk
- Donabedian, A (1973). *Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care*. Massachusetts: Harvard University Press.
- El médico no es responsable de los errores de la enfermera (2004) disponible en: www.comtf.es/NOTICIAS/NOTICIAS.
- Goffman, E. (1963) *Estigma*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Guasch, O. (1997) *Observación Participante*. Cuadernos Metodológicos núm 20. Madrid: CIS.
- Ibáñez, J. (1990). *Autobiografía (los años de aprendizaje de Jesús Ibáñez)*. *Anthropos* (113): 9-25.
- JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) (2001). *Front Line of Defense: The Role of Nurses in Preventing Sentinel Events*. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission Resources.
- Joint Comisión on Accreditation of Healthcare Organizations, (2005). *Health Care at the Crossroads: Strategies for addressing involving nursing crisis*. <http://www.jointcommission.org>
- Kérouac, S et. al (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson.
- Kohn, L, Corrigan, G, Molla, S. (2000). *To err is human: building a safer health system*. Washington D. C: IOM.
- Martín, M. *Bioética y derecho cit. en Gracia, D (1989). Fundamentos de Bioética*. Madrid: Eudema.
- Maxwell, M. (2003). *New Study Shows Communication Errors are Frequently the Root Cause of Medical Errors*. *American Family Physician*, 67. (4).
- Mitchell, P, Shortell, S. (1997). *Adverse outcomes and variations in organization of care delivery*. *Medical Care*,35 (11):NS19-32.
- Mompart, M.P. (1995). *Administración de los servicios de Enfermería*. Barcelona: Masson.
- Moreno Rodriguez, A (2005). *La calidad de la acción de enfermería*. *Enfermería Global* (6).
- OMS (2002). [Http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA55/sa5513.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA55/sa5513.pdf)
- Perez, C. (2002) *Sobre la metodología cualitativa*. *Revista Española de Salud Pública* (76): 373-380.
- Ruiz Giménez Cortés, J (1982). *Derechos fundamentales de la persona (comentario al art. 10 de la CE) en "Comentarios a las leyes políticas"* (dirigidos por Oscar Alzaga), (I). Madrid.
- Silber J, Williams S, Krakauer H, Schwartz S. (1992). *Hospital and patient characteristics associated with death after surgery: A study of adverse occurrence and failure to rescue*. *Medical Care* 30(7):615-627.
- Suarez, M. (2005). *El grupo de discusión: una herramienta para la investigación cualitativa*. Barcelona: Alertes.
- Vuori, H.V. (1988). *El control de calidad en los servicios sanitarios*. Barcelona: Masson.
- Wilson RM, Runciman WB et al. (1995)/ *The Quality in Australia Health Care study*. *Medical Journal of Australia*. (163): 458-471.



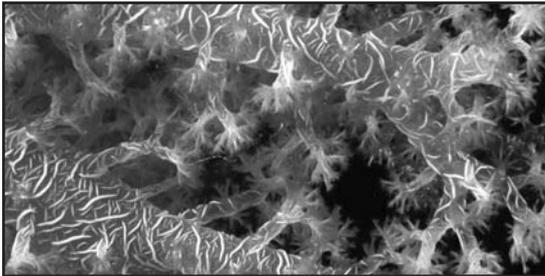
MODELO DE SIMULACIÓN ALTERNATIVO PARA LA REALIZACIÓN DE PRÁCTICAS CLÍNICAS DE ENFERMERÍA: PELÍCULA CINEMATOGRAFICA

Luis Suárez Quirós* Covadonga Ramón Lavandera**

**Profesor Enfermería Comunitaria*

***Profesora de Metodología de Enfermería*

E. U. Enfermería de Gijón



ALTERNATIVE MODEL OF SIMULATION FOR THE ACCOMPLISHMENT OF NURSING CLINICAL EMBLEMMENTS: CINEMATOGRAPHIC FILM

SUMMARY

PURPOSE: The aim of this project is to value the utility of a film as a complementary model of simulation to the reality, getting to observe situations related to the process of health and illness, its influence in health patterns, the ways to satisfy the needs felt or perceived by people, as well as, determined aspects related to the context, specially the relationships established between the main caregiver and the person who receives the cares.

MATERIAL: For the accomplishment of the work, the film that has been used is: "Mar a dentro" that narrates the real story of a person who after suffering an accident, becomes unabled, totally dependent of the people around him.

METHOD: Gordon's health functional patterns are used for the analysis, considering the dialogues between the personages, the observation of the context where the situation is carried out and the relationships between the main caregiver and the dependent person.

"Borrar el pasado puede hacerse. No es sino cosa de olvidar de lamentar y de retractarse. Pero lo que no se puede evitar es el futuro".
Oscar Wilde

"Qué son dos metros para un humano, para mí, son necesarios para llegar a ti, poder tocarte, es un viaje imposible, una quimera, un sueño, por eso me quiero morir".
Ramón Sampedro

RESULTS: It is an extended nuclear family constituted by five members, one of which is a person totally unabled in its autonomy, whose sister acts as the main caregiver.

In the personal valuation of Ramon Sanpedro, as the central starring of this film, the following patterns have been detected: the metabolic nutritional; elimination; activity/exercise; cognitive/perceptive; self-perception/self-concept; role/human relationships; sexuality/reproduction; facing problems/tolerance to stress; values/beliefs.

CONCLUSIONS: The use of films as models of simulation of the reality allow to the student the accomplishment of practical experiences suitable in the learning process, determining the observation of the health-illness process, in scenes of great realism and, also the interactions of people and their behaviours in diverse situations.

The analysis of films constitutes an interesting way of learning when the acts analyzed are necessary in the human care that serves for the maintenance of life and the special relationships established when taking care of another person.

KEY WORDS: Pedagogical material. Model of simulation. Anthropological method. Familiar valuation. Process of health and illness. Health

Functional patterns. Disfunctional patterns. Nursing Diagnoses. Care. Informal care. Barden. Personal interaction.

RESUMEN

OBJETIVO: La finalidad de este trabajo es valorar la utilidad de una película como modelo de simulación complementario a la realidad, permitiendo observar situaciones relacionadas con el proceso salud-enfermedad, su influencia en los patrones de salud, las maneras de satisfacer las necesidades sentidas o percibidas por los personajes, así como, determinados aspectos relacionados con el contexto, especialmente las relaciones que se establecen entre el cuidador principal y la persona que recibe los cuidados.

MATERIAL: Para la realización del trabajo se ha utilizado la película “Mar adentro”, que narra la historia real de una persona que después de sufrir un accidente, se convierte en tetrapléjico, totalmente dependiente de las personas que le rodean en el mantenimiento de su vida.

MÉTODO: Se utilizan para el análisis los patrones funcionales de salud de M. Gordon, teniendo en cuenta los diálogos entre los personajes, la observación del contexto donde se lleva a cabo la acción y las relaciones que se establecen entre el cuidador principal y la persona cuidada.

RESULTADOS: Se trata de una familia nuclear ampliada constituida por cinco miembros, uno de los cuales es una persona totalmente dependiente, que tiene como cuidadora principal a su cuñada.

En la valoración personal de Ramón Sanpedro, que así se llama el personaje central de la película, se han encontrado los siguientes patrones disfuncionales: El nutricional metabólico. Eliminación. Actividad/ejercicio. Cognitivo/perceptivo. Auto-percepción/autoconcepto. Rol/relaciones. Sexualidad/reproducción. Afrontamiento/tolerancia al estrés. Valores/creencias.

CONCLUSIONES: La utilización de películas como modelos de simulación de la realidad permite al estudiante la realización de experiencias prác-

ticas de gran utilidad en el proceso de aprendizaje, favoreciendo la observación de los procesos de salud-enfermedad, en escenarios de gran realismo y, también, las interacciones de las personas y sus conductas en diversas situaciones.

Constituyen un medio muy interesante cuando se analizan los actos que son necesarios en el cuidado humano que sirven para el mantenimiento de la vida y la relaciones especiales que se establecen al cuidar a otra persona.

PALABRAS CLAVES: Material pedagógico. Modelo simulación. Método antropológico. Valoración familia. Proceso salud-enfermedad. Patrones funcionales de salud. Patrones disfuncionales. Diagnósticos Enfermería. Cuidado. Cuidado informal. Burden. Interacción personas.

INTRODUCCIÓN

Las fuentes históricas de tipo cualitativo entre las que se encuentran las culturales: verbales (escritas/orales) y no verbales (semiológicas/audiovisuales), según Aróstegui, (1995), pueden ser utilizadas en la investigación histórica de enfermería, “constituyen un material de trabajo ineludible para los historiadores”, (Siles, 1999) y, también, como materiales pedagógicos en la educación para la salud, (Siles, 2000) y como modelos simulados para las prácticas de los estudiantes (Siles, 1993).

El material biográfico utilizado puede ser muy diverso, incluyendo: “biografías, diarios, cartas, necrológicas, historias de vida, relatos de vida, historias de experiencias personales, historias orales e historias personales”, (Plumer, 1989). En el caso de historias de la vida, estas deben ser tomadas “en sentido amplio que ha englobado las autobiografías definidas como vidas narradas por quienes las han vivido, o informes producidos por los sujetos sobre sus propias vidas y las biografías entendidas como narraciones en las que el sujeto de la narración no es el sujeto final de la misma (...). Asimismo, se pueden utilizar historias de vida para designar tanto relatos de toda una vida como narraciones parciales de ciertas etapas o momentos biográficos (...), (Sarabia, 1985).

El auge en nuestros días del cine y la televisión, han llevado a estos medios audiovisuales las correspondientes versiones autobiográficas o biográficas de las vidas de personas que han padecido o padecen enfermedades. El cine cuando trata aspectos de la vida real de los seres humanos, es una expresión muy eficaz a través de la cual se pueden describir las experiencias de las personas en distintos momentos de sus vidas y en las variadas situaciones relacionadas con el proceso de salud-enfermedad. A partir de las escenas de realismo que aportan determinadas películas, éstas permiten su utilización como materiales didácticos para la formación de los estudiantes de enfermería e, incluso, de los propios profesionales de la salud.

Las series de televisión y las películas de contenido biográfico constituyen un material de primera magnitud para el estudio antropológico de los cuidados. Las narraciones biográficas que describen las experiencias de los personajes, permiten una comprensión profunda de las circunstancias por las que pasan las personas en la vida, y, es en ese contexto de esfuerzo hermenéutico, donde la obra narrativa revela su potencial pedagógico y antropológico, (Siles, J. 2000).

Es en este sentido, en el que las películas permiten analizar, reflexionar, comprender e interpretar el significado de las experiencias de cada individuo, relacionadas con su salud y con la enfermedad. Experiencias que abarcan tanto a la persona que padece la enfermedad, como a la de sus familiares y amigos. “El sentido de las acciones dependen de la intencionalidad de los actores y de sus interpretaciones” (Siles, J. 2000).

El objetivo de este trabajo es el de valorar la utilidad de una película como modelo de simulación complementario a la realidad, permitiendo observar situaciones relacionadas con el proceso salud y enfermedad, su influencia en los patrones de salud, las formas de satisfacción de las necesidades sentidas o percibidas por los personajes, así como, determinados aspectos relacionados con el contexto, especialmente las relaciones entre el cuidador principal y la persona que recibe los cuidados.

El uso de textos autobiográficos, como modelo simulado al realizar prácticas en el proceso de

resolución de problemas de enfermería, se ha utilizado en el caso de pacientes terminales y (...) constituyen un puente entre la teoría y la realidad acercando la experiencia del paciente al estudiante, (Siles, 1993).

La utilidad pedagógica del modelo propuesto servirá tanto para los estudiantes de enfermería, como paso intermedio y previo para la valoración de enfermería en personas dependientes y la de los cuidadores informales y, también, para las enfermeras como material pedagógico en su formación de postgrado.

El modelo que se utiliza como material pedagógico es la película: “Mar adentro” de Alejandro Amenabar que narra la etapa final de la vida de una persona tetrapléjica. La película se basa en la obra escrita por el protagonista de la historia Ramón Sampedro, persona que intentaba desesperadamente dar a conocer su situación y pedía el derecho a la eutanasia (Sampedro 1996).

En el estudio antropológico de los cuidados, la observación es una herramienta de gran utilidad que permite captar con detalle una situación real; en este caso, se utilizarán las técnicas de observación, aplicadas a una situación simulada. El tipo de observación que se realice dependerá del paradigma utilizado por el estudiante y debe realizarse “desde una perspectiva superadora de las limitaciones neopositivistas (...) y que adopte un enfoque hermenéutico considerando la naturaleza de las situaciones de salud-enfermedad como realidades complejas que deben estudiarse holísticamente (Siles 1995).

Por otra parte, para poder entender todos los aspectos relacionados con el cuidado, es necesario tener presente los dos planteamientos filosóficos fundamentales que respaldan el cuidado, uno es el humanista que considera como elemento central el respeto al ser humano y, el otro, la filosofía existencialista que abre la puerta a los planteamientos de interaccionismo simbólico.

El interaccionismo simbólico reposa sobre tres premisas básicas, (Blumer 1982): 1) La conducta social que se ha de entender basada en los significados que las cosas tienen para las personas; 2) Los significados se aprenden en la interacción con los demás. El significado está vinculado a la situación; 3) El significado no es permanente ni estable, cam-

bia al modificarse las circunstancias. Es desde el punto de vista del interaccionismo simbólico desde donde podemos comprender las razones que impulsan a las personas a hacer o a tener determinados comportamientos, comportamientos como consecuencia de sus experiencias personales, de las situaciones que está viviendo de los significados de los que se disponga y de como este considera su situación.

Las enfermeras tienen que considerar los significados que los usuarios atribuyen a sus situaciones, esto les permite comprender mejor a sus clientes, conocer cuáles son sus necesidades y planificar y efectuar un cuidado individualizado y adaptado a la propia persona y sus demandas.

La película facilita la observación de una etapa de la vida del protagonista, la experiencia que ha vivido, las situaciones y los significados atribuidos a mismas. Esta observación, nos permite entender el comportamiento de un ser humano que no puede moverse con autonomía, tiene una dependencia total por lo que considera que su vida no tiene sentido en esas circunstancias, el significado que él atribuye a su dependencia total. Se plantea con gran claridad las relaciones que se establecen con su cuidadora principal y determinadas situaciones de conflicto que se producen durante la convivencia con las personas que le rodean.

El contexto social donde tiene lugar las actividades relacionadas con el cuidado es muy significativo, influye directamente en el tipo de cuidado que se realiza y en este caso se observa en el seno de un grupo familiar de la Galicia rural. El modelo actual de familia nuclear, formado por el padre, la madre (o los que pueden ejercer esta función), los hijos y, en ocasiones, los abuelos y parientes próximos, donde cada uno tiene unas funciones bien delimitadas, siendo las relaciones afectivas entre ellos el vínculo más potente, (Macías, 1994).

La madre en la familia tradicional tiene la función de cuidar, ella es la responsable de los cuidados del grupo familiar y específicamente de las personas dependientes que conviven en el seno de la familia y lo hace de un modo especial aportando amor, ternura y comprensión.

Para manejar de los datos que permitan a las enfermeras conocer las necesidades de cuidados de las personas que precisan de los servicios de enfermería es necesario realizar una valoración que per-

mite el conocimiento de la situación inicial y continuada a lo largo de todo el proceso de salud de las personas y las repercusiones que se producen en el seno del grupo familiar.

No hay consenso sobre el tipo de datos que es necesario recoger en la realización de una valoración familiar. Sin embargo, determinada información proporciona una imagen general que es útil para identificar los problemas y necesidades de salud de la familia, como son: las características familiares, factores socio-económicos, factores ambientales e historia clínica y de salud, (Sánchez, 2000).

Con respecto a las características familiares, es preciso identificar el tipo de familia según la clasificación del modelo de la OMS modificado por De la Revilla (1994), en qué etapa del ciclo vital se encuentra y, sin duda, en el caso de la existencia de miembros de la familia en situación de dependencia, quién o quienes son las personas encargadas de sus cuidados.

El tener información relacionada con los factores socio-económicos y ambientales es de gran interés para los profesionales de la salud, especialmente en el caso de situaciones económicas comprometidas, así como, conocer el nivel cultural de los miembros de la familia y las condiciones de habitabilidad de la casa residencia. Además, es importante conocer la historia clínica y de salud de cada uno de sus miembros y en particular cuáles son los hábitos y costumbres con respecto a las prácticas sanitarias básicas y, especialmente, los principales problemas de salud de cada uno de los integrantes del grupo familiar.

Cuando en el seno de la familia hay algún individuo que especialmente requiere los servicios de enfermería, se necesita realizar una valoración individual, pudiendo utilizarse en la misma diversos instrumentos de valoración específicos, en esta ocasión se maneja el marco de valoración establecido para los patrones funcionales de salud de (Gordon, M. 1996).

El término patrón funcional de salud, se define como: “una configuración de comportamientos que ocurren de forma secuencial en el transcurso del tiempo” (Gordón, 1996). Es la secuencia de comportamientos, más que los hechos aislados, lo que permite a la enfermera realizar el juicio clínico en el que identificará los patrones disfunciona-



les (diagnósticos enfermeros). Es a partir de la recogida selectiva de información con lo que se efectúa la construcción mental del patrón, siendo fundamental la entrevista individual en la que se tiene especial atención a la descripción del propio cliente y sus expresiones “literales”, la exploración física y las observaciones efectuadas por la enfermera.

Es necesario valorar todos y cada uno de los once patrones de salud, que constituyen una división artificial del funcionamiento integral humano, porque no pueden ser entendidos de manera aislada. Los patrones están “interrelacionados, éstos son interactivos e independientes” (Gordón, 1996).

Saber efectuar una adecuada valoración de cada uno de los once patrones funcionales, reconocer los patrones disfuncionales y las interrelaciones que existen entre ellos, son habilidades imprescindibles para identificar los problemas del usuario.

El cuidado asociado profesionalmente a la enfermería, no es una actividad exclusiva de las enfermeras. Cuidar es una actividad humana, (Hughes 1971), actividad fundamental para el mantenimiento de la especie, cuidar es fundamental para “... la protección de la dignidad humana y la conservación de la humanidad, (Watson 1988). El cuidado como actividad doméstica ha sido tradicionalmente una actividad realizada por mujeres, (Gram., 1983). Para distinguir el cuidado que realizan las enfermeras, del cuidado no remunerado que proporciona la familia, los vecinos o los parientes, se denomina a este último cuidado informal o familiar. Y se realiza cuando hay una nece-

sidad de cuidado personal en las personas dependientes que pertenecen al grupo familiar y este es fundamental para que puedan permanecer en el hogar (Domínguez 1999).

El cuidado informal es realizado principalmente en nuestra sociedad por mujeres, es necesario conocer, en este caso, que influencia tiene en el mismo las mujeres y, también, los aspectos éticos del mismo.

El análisis de la ética del cuidado requiere considerar, previamente, los patrones de desarrollo moral de los seres humanos. Según Carol Gilligan, plantea la posibilidad de un patrón de desarrollo moral asociado al género femenino, basado en la responsabilidad personal asumida en las interacciones con otros individuos (Feito, 2005).

Nodding (1984), teniendo en cuenta el supuesto de Gilligan, propone una teoría ética que incluye el cuidado como elemento fundamental, estableciendo una distinción entre el cuidado “ético” y el cuidado “natural”. Manifiesta que el cuidado natural, se aprende en el núcleo familiar, es en su seno donde hay una relación humana, una respuesta afectiva básica que el ser humano experimenta. Desde ese cuidado natural, se produce una expansión hacia la preocupación por las otras personas que le llevará al cuidado ético. Es una preocupación por uno mismo que se transforma en cuidado del otro.

Existe la apreciación, de que esta preocupación por el cuidado, “es algo asequible a todas las personas, aunque es más apropiado de la experiencia femenina en la medida que se deriva del cuidado recibido” (Feito, 2005).

Relacionado con el cuidado, Noddings (1984) incorpora tres elementos fundamentales: la receptividad (receptivity), referida directamente con la aceptación de la persona cuidada por parte del cuidador; la conexión (relatedness), establecida al existir una relación en la que se generan unas respuestas del cuidador ante las demandas de la persona cuidada; y la respuesta o sensibilidad (responsiveness), es un compromiso que adquiere el cuidador hacia la persona cuidada, compromiso que supone para el cuidador la ejecución de unas tareas que favorecen su realización personal.

La conexión que se establece entre el cuidador y la persona cuidada es de naturaleza especial, hay

una reciprocidad, en la que se produce un nivel de intimidad muy estrecho, hasta el punto de considerar que “el cuidar trata sobre el amor”, (Tschundin 1986), o como “un trabajo de amor”, (Graham 1983). En el caso del cuidado informal, esa estrecha relación se sustenta para la persona que se está cuidando en un vínculo de parentesco afectivo- amoroso y es de crucial importancia en el cuidado (Cuesta 2004).

El cuidar está relacionado con determinadas características que tienen que ver con la ética humana, conocidas como “las cinco C del cuidar” y que son: compasión, competencia, confianza, conciencia y compromiso, (Roach, 1987). Siendo todas ellas de gran trascendencia, es necesario resaltar dos: la compasión y el compromiso. La compasión como “reconocimiento del otro como persona y la respuesta vivencial de solidaridad, derivada de la experiencia personal”; y el compromiso, en el sentido de “respuesta afectiva que se refiere a la convergencia del deseo personal y la obligación elegida”. El “sentir con” que se manifiestan en unos valores que determinan la acción del cuidar: “la receptividad hacia el otro, la relación con él y la respuesta a sus demandas”, (Feito, 2005).

Otro aspecto interesante es el impacto físico y psicológico que repercute en la persona encargada de realizar las tareas de cuidado relacionadas con la(s) persona(s) dependiente(s). Se utiliza el concepto de *burden* o carga para referirse al impacto que tiene en el bienestar del cuidador la responsabilidad de proporcionar cuidados (Montorio 1999). El cuidado de una persona con dependencia total supone una carga física y psicológica muy seria para la persona encargada de realizar el cuidado, afectando a las diferentes esferas de su vida y llegando, en determinados casos, a mermar su salud.

MATERIAL Y MÉTODO

Se necesita que los participantes tengan una formación previa relacionada con la valoración familiar y, también, con la utilización de los patrones funcionales de salud.

Se proyecta la película titulada “Mar adentro”. En primer lugar, se hace una proyección completa con la finalidad de tener una visión general de la

película y a continuación, se realizan proyecciones parciales, dejando un período de tiempo entre cada segmento, con la finalidad de poder escribir los textos más significativos de los diálogos de los personajes y las observaciones de mayor interés, según los objetivos que previamente se han descrito a los alumnos.

Se pretende aplicar el método antropológico al texto cinematográfico, utilizando como modelo una adaptación de la secuencia propuesta en el método antropológico de los cuidados, (Siles, 2000). La secuencia propuesta consiste en: 1) Observación sistemática. Lectura sistemática del texto; 2) Análisis de contenido utilizando como categorías los patrones funcionales de salud; 3) Análisis y tratamiento de los datos obtenidos, identificando las necesidades de salud y los posibles diagnósticos de enfermería.

Los estudiantes deberán percibir los datos más significativos del grupo familiar, los comentarios y expresiones de Ramón Sampedro, las informaciones aportadas por los personajes principales, las relaciones familiares y, especialmente, la relación e interacción entre la cuidadora principal y la persona cuidada.

Es importante señalar el enorme interés que tiene para los participantes el realizar una minuciosa observación del contexto y las situaciones de cuidado que narra la película, así como, las expresiones verbales y no verbales de los personajes, puesto que estas expresiones son de enorme utilidad para valorar los patrones funcionales que permitirán identificar posteriormente las hipótesis diagnósticas relacionadas con el caso.

RESULTADOS

Los nombres y las abreviaturas establecidas para la identificación de los personajes de interés y para el estudio son los siguientes: Ramón Sampedro (Rs). Manuela (M) su cuñada y cuidadora principal. José (J) su hermano. Javier (Ja) su sobrino y cuidador ocasional. Abuelo (A), padre de Ramón Sampedro. Rosa (R), amiga. Julia (J), abogada y amiga. Gené (G), miembro activo de la asociación pro-eutanasia. Padre Francisco (PF) un jesuita.

Descripción del grupo familiar: Es una familia nuclear ampliada, compuesta por cinco miembros:

el padre, la madre, un hijo adolescente, el abuelo y el tío (persona dependiente). La familia se encuentra en la etapa del ciclo vital de final de la extensión, que corresponde con la etapa de desarrollo en la que tiene gran importancia la educación del hijo adolescente.

La familia parece tener unas condiciones económicas limitadas, sólo perciben una pequeña pensión RS y los recursos aportados para la actividad agrícola de la familia. La vivienda es típica del medio rural de Galicia, unifamiliar, de varias plantas y aislada de otras viviendas. Tiene un índice de hacinamiento de uno que es el adecuado para los integrantes familiares, con serias barreras arquitectónicas para acceder al baño y al exterior de la casa. El baño no reúne las condiciones necesarias para poder atender a una persona del tipo gran dependiente. No parece que tengan ningún aparato que permita la movilización de la persona dependiente (no hay grúas, ni camillas especiales), únicamente tienen una silla de ruedas que no se utiliza habitualmente y no es la adecuada para una persona tetrapléjica. Tampoco hay una cama adaptada, ni los dispositivos antiescara que se precisan para este tipo de personas. No hay problemas aparentes de higiene en la vivienda y existe una separación correcta entre el lugar donde residen los miembros de la familia y los animales domésticos.

Se desconoce el estado de salud de los miembros de la familia, como el nivel de vacunación de los integrantes familiares, percepción y actitudes relacionadas con la salud.

Datos de valoración de Ramón Sampedro: Los datos más relevantes del personaje principal que se pueden obtener después de la proyección cinematográfica, ordenados según los diferentes patrones funcionales, son los siguientes:

P-1.- PERCEPCIÓN-MANEJO SALUD

Se trata de un varón, de aproximadamente unos 45 años de edad, que ha sufrido un accidente que le causó la fractura de las primeras vértebras cervicales y su correspondiente lesión medular y, como consecuencia de las secuelas, padece una tetraplejía que le imposibilita el movimiento corporal y la sensibilidad en todo el cuerpo, a excepción de cabeza, cara y cuello .

Antecedentes familiares: sólo se conoce el fallecimiento de su madre (causa desconocida).

Antecedentes personales: antes del accidente, era un joven de 19 años de edad, que trabajaba de marinero, y había recorrido el mundo debido a su trabajo, tenía novia y hacía una vida normal para su edad. Se desconoce patología infantil y no consta que padeciese ningún tipo de enfermedad en ese momento.

Hábitos tóxicos: desconocidos, a excepción de ser un fumador ocasional.

Situación actual: En la actualidad y desde hace unos 26 años, es una persona sin movilidad en las cuatro extremidades, convirtiéndose en una persona totalmente dependiente. Primero, lo cuidó su madre y después de su fallecimiento lo hace como cuidadora principal su cuñada.

No acepta la situación de inmovilidad derivada de su tetrapléjica, considera que ese estado le impide tener una vida digna. Acepta sin problemas los cuidados de su familia.

No precisa medicación de manera regular y toma algún antiansiolítico en situaciones de crisis.

La cuidadora principal realiza los cuidados de forma diligente y debido a la dilatada experiencia no parece que existan problemas en su ejecución.

Datos película: Rs informa a la abogada de todos los datos relacionados con el accidente y se puede ver el momento del accidente.

Ju: le pregunta por su juventud, qué hacía cuando era joven. Rs. No le gusta hablar del pasado, dice: “mira que llovió desde entonces”, Ju: ¿tan mala memoria tienes?. RS: “no, es que no ,....., a los 19 años recorrí el mundo, ...” . Hay fotos de él recorriendo el mundo, Estambul, Holanda, etc, y de un joven que hace una vida normal, tiene novia, sale a divertirse, bailar, pescar, etc.

P-2.- NUTRICIONAL/METABÓLICO

No se tienen datos del patrón alimenticio, se puede deducir que es un patrón similar al que realizan las familias campesinas gallegas, debido a que el medio de sustentación de la familia está relacionado con la actividad agrícola. La observación de la cara y de la piel del cuerpo parece que está bien hidratada, si bien se desconoce el estado de la piel de las zonas de la espalda, glúteos y parte posterior de las piernas.



Datos película: Rs come en su habitación, separado del resto de los miembros de la familia y precisa una ayuda total para poder alimentarse.

...

Imágenes de la familia comiendo. RS, recluso en su en su habitación de la que no se mueve, escucha música.

...

Aspecto físico: Existen imágenes de Rs en decúbito supino, donde se puede apreciar que tiene un peso corporal dentro de los límites normales, piel y faneras sin problemas.

P-3.- ELIMINACIÓN

Tiene incontinencia urinaria que precisa sonda-je vesical continuado e incontinencia fecal que le obliga a usar pañales.

Datos película: En una escena la cuidadora M. le dice que: “te voy a cambiar la sonda” y también se pueden observar imágenes de Rs desnudo donde se observa que usa pañales.

P-4.- ACTIVIDAD-EJERCICIO

Afectación del movimiento en las cuatro extremidades, no tiene autonomía ni tan siquiera para poder moverse y necesita ayuda para modificar su posición en la cama. Precisa de cambios posturales c/ tres horas.

Es dependiente total en todo tipo de cuidados (higiene, alimentación, movilidad, eliminación).

No parece que tenga problemas respiratorios ni cardio-vasculares.

Datos película: RS se ve que no mueve su cuerpo desde el cuello hacia abajo. La cuñada,

Manuela (M), viene a cambiarlo de posición, debido a que han pasado 3 horas..

RS: “ ya pasaron 3h., me tienen que cambiar de postura”. Hay momentos donde se puede ver como le dan de comer o indican que le van a realizar la higiene personal.

Se niega a utilizar la silla de ruedas y permanece continuamente en su cama.

...//...

Ju: porque hay muchas alternativas a tu incapacidad... la silla de ruedas. RS: “aceptar la silla de ruedas es aceptar una migaja”

...

G plantea a la familia la necesidad de sacar a Ramón de casa para ir a la Coruña a la Audiencia. M comenta la dificultad de convencerlo y dice: “no es que no le apetezca, es que no quiere la silla, para sacarlo de casa uno o dos veces al año, ya es un triunfo”

Aspecto físico: se puede ver a Rs desnudo y en posición de decúbito supino, en estas imágenes se observan las retracciones importantes en manos y pies como consecuencia de la inmovilidad.

P-5.- SUEÑO / DESCANSO

No hay datos de alteración del patrón del sueño, parece que hace una pequeña siesta y sólo en ocasiones padece crisis nocturnas de agitación y nerviosismo que le impiden conciliar el sueño.

Datos película: Existe alguna escena donde M le dice que aproveche para dormir un rato la siesta y hay otra escena donde se ve a Rs con una crisis nocturna, en la que recibe atención y compañía por parte de M y le da un tranquilizante. Rs le dice: “...dame más de una, dos o tres mujer, no te preocupes que con esto no me suicido”

P-6.- COGNITIVO / PERCEPTIVO

No tiene percepción de su cuerpo, a excepción de la cabeza, cuello y cara. No parece que tenga desorientación temporo-espacial. No hay alteración de las funciones cognitivas: capacidad de lenguaje, memoria, resolución de problemas, juicio, capacidad intelectual y toma de decisiones.

Datos película:

Memoria: Ju: Dame algunos datos del día que cambié tu vida. ¿Cuándo ocurrió?. RS- 23 agosto del 68.

Capacidad intelectual: Se produce una discusión de interés: el tío no quiere ver el fútbol y le dice al sobrino: para ver el fútbol tienes que convencerme con argumentos sólidos. El sobrino lo intenta,..., y su tío le dice: “pero, bueno, crees que eso son argumentos” (RS demuestra su buena capacidad de raciocinio).

...

En una ocasión Manuela le enseña a Julia una caja con muchos escritos realizados por Ramón. Esta demuestra con sus escritos que tiene una gran capacidad descriptiva y de abstracción. M dice: “la gran mayoría son poesías”.

Estado de los sentidos: No tiene sensibilidad en el cuerpo. El sentido del olfato es el que le provoca las sensaciones más agradables.

...//...

Tacto: el hijo de Rosa, le pellizca con fuerza en una mano. Rs no siente nada, lo ve y hace como que le duele, gritando Ay!, Ay! Y después le guiña un ojo.

...

Rosa le acaricia y le besa en la mano. R le dice: “deja eso, me haces sentir como un cura... deja la mano mujer (sonriendo), ¿no ves que no la siento?

Olfato:

Hablando del mar, Ramón comenta que algunas mañanas le llega el olor del mar y aprovecha para explicar las sensaciones que le provoca el olfato. R dice: “el olfato es lo que me provoca las sensaciones más intensas, las fantasías, tu olor, por ejemplo, cuando tengo ensoñaciones contigo”. Ju, le pregunta: ¿De qué van? Y R contesta: “de muchas cosas, pero todas tienen algo en común, en todas puedo moverme, entonces tu olor se hace más fuerte y me mareo”.

...//..

Resolución de problemas: Mantiene una buena capacidad de resolución de problemas, como se puede observar en muchas ocasiones.

Datos película: comprobamos en diferentes escenas la situación de inmovilidad de Rs, y la utilización de diversos instrumentos ideados por él para poder escribir con la boca, descolgar el teléfono, las instrucciones que idea para que su sobrino pueda acondicionar la silla de ruedas.

Toma de decisiones: Es una persona muy firme en sus decisiones, con una fuerte personalidad y gran capacidad de enfrentarse a todos (hermano,

sistema judicial, representantes de la iglesia católica) para defender el derecho a lo que considera una muerte digna.

Datos película Existe una discusión final con su hermano, cuando Ramón quiere irse de casa al pueblo de Boiro con Rosa, porque ella le ayudó a suicidarse. En la discusión, Ramón es muy duro con su hermano que intenta convencerlo de que no se suicide. R le dice: “Qué vas a hacer ¿atarme a la cama más de lo que estoy o atibórrame a somníferos como en el Hospital?. Para mí, lo que cuenta es lo que las personas tienen en la cabeza, tú no tienes más que aserrín y no voy a seguir siendo esclavo de tu ignorancia y tus creencias de monaguillo”.

P-7.- AUTOPERCEPCIÓN / AUTOCONCEPTO

Percepción de sí mismo: Considera que dado su estado de total dependencia se describe a sí mismo como una persona que no sirve para nada y debido a esa situación y con esas condiciones no merece la pena vivir.

Datos película: En una ocasión cuando Julia le pide explicaciones del significado de los sentimientos que se profesan, R. dice: “mírate, mírame a mí ¿A dónde vamos Julia?, míranos”.

...

Ju- ¿Por qué morir? RS- gestos, .. a ver. ”la vida para mí, en este estado no es vida, no es una vida digna”

Imagen corporal: como consecuencia de la inmovilidad presenta cambios importantes en su cuerpo, con retracciones en manos y pies. Es consciente de su imagen y del deterioro que presenta derivado de su falta de actividad física.

...//...Reconoce su imagen y dice: “enseño mi imagen para que si no pueden entrar en el dolor psicológico de las personas, entiendan que la vida no es esto”.

...

Ju: ¿Cómo eras de joven? RS: Por qué, ¿tan feo te parezco ahora?

Valía personal: Presenta una muy baja estima de su valía personal que le hace desear la muerte y acabar con su actual tipo de vida. Tiene un fuerte sentimiento de impotencia, no puede llevar a cabo ningún tipo de deseo personal sin la ayuda de los demás.

...//...Ju: le comenta que ha estado leyendo sus escritos y le dice: “lo que has escrito es maravilloso, esto es publicable”. RS: “claro mujer que es publicable, ahora se publica cualquier cosa”.

...

RS, ¿Qué son dos metros para un humano? para mí, son necesarios para llegar a ti...., poder tocar-te.... es un viaje imposible, una quimera, un sueño, por eso me quiero morir.

...

Durante una fuerte discusión con su hermano, RS, le dice; “¿Qué pasaría si mañana tienes un accidente y mueres?, ¿lo pensaste?¿pensaste que pasaría conmigo?, tendría que cuidar yo a la familia, ¿no?, a tu mujer, a tu hijo, a tu papá, con mi miseria de pensión”.

P-8.- ROL / RELACIONES

La familia ha organizado su vida en base a la situación de salud de Rs., mantiene una buena relación con la familia de la que, además, se siente satisfecho. Existe un elemento de conflicto con su hermano derivado de las ideas opuestas que mantienen ambos con respecto al suicidio.

La cuidadora principal es su cuñada, aunque en alguna ocasión el sobrino le ayuda, manteniendo con él una relación paterno-filial.

No parece estar en desacuerdo con sus relaciones sociales, si bien reconoce que debido a su estado, éstas están absolutamente limitadas y se ciñen a las visitas que le hacen algunos amigos, perdiendo muchos de ellos a consecuencia del accidente, incluso llega a romper las relaciones de pareja que mantenía con anterioridad.

Datos película ...//...Cuándo silba, inmediatamente se levanta alguien para atender a su llamada. En este caso, es una respuesta tan asumida por la familia que el sobrino lo utiliza como disculpa para levantarse de la mesa donde está comiendo para ver el fútbol en la habitación del tío.

...//...

Después del accidente relata como lo dejó con su novia, cuando ella, en el hospital le pidió que se casase. Rs le dijo: “mira vete de aquí,... y olvídame”

Relaciones familiares:

- Manuela (cuñada) es la cuidadora principal, mujer, ama de casa de 45 a 50 años. Existe un gran

entendimiento con RS, acepta sus ideas con resignación y pena, colabora con las personas que le quieren ayudar a cumplir sus deseos, la eutanasia.

Es la que realiza todo tipo de cuidados, hace la comida y le da de comer, lo lava, le afeita, le da los cambios posturales, le cambia la sonda, le acompaña en las crisis, le da la medicación, le cuida en todo tipo de detalles, para que no pase frío, etc.

...//...

Existen numerosas escenas en las que se pueden observar las relaciones de cuidados entre Rs y su cuñada M.

- José (hermano): Deja el mar y se va a vivir al pueblo para ayudar a su hermano, y con él va toda la familia. Ideas tradicionales con respeto a la muerte, mantiene un fuerte conflicto con RS, no acepta que este quiera matarse y menos en su casa. Está pendiente de él, pero no parece que realice ningún tipo de actividad de cuidado

...//...Dice: “las ideas son libres, pero no está bien. Todos queremos lo mejor para él ¿Por qué quiere morirse?. No autorizo que en mi casa se mate nadie”.

...

Después de la intervención de un jesuita en un telediario, se produce una fuerte discusión entre Ramón y su hermano y le recrimina lo siguiente: J: “Ahora ya estarás contento, toda tu familia en la TV, sigue así, hasta que nos caiga a todos la cara de vergüenza”. J. sigue riñendo y dice: “voy a decirte una cosa, soy tu hermano mayor y me tienes que hacer caso.

J le dice: “soy tu hermano mayor (muy excitado), y mientras esté vivo, aquí no se va matar nadie, en esta casa, no se va a matar nadie” y se marcha. Rs queda llorando, con gran angustia.

...

En la discusión con su hermano, cuando le dice que no quiere ser esclavo de sus ideas, J le contesta: Yo ¿no soy un esclavo también? o cómo crees que me siento, tuve que dejar la mar para estar contigo, mi mujer y mi hijo, todos esclavos para estar contigo”.

- Javier (sobrino): Tiene una relación especial de tipo paterno-filial, le enseña, le riñe, le pide que cuide a su abuelo. Acompaña a Rs, acude siempre a su llamada (silbido). Es un cuidador práctico-

hizo la máquina que permite escribir a RS con la boca y los diferentes aparatos utilizados por Rs, pasa los escritos de Rs al ordenador, etc.

...//... Ramón mantiene un nivel de exigencia alto. En una ocasión, silba, para llamar y reñir a su sobrino, que está enfadado por que no transcribe bien sus escritos en el ordenador, tiene faltas de ortografía y expresiones erróneas. Y le dice, muy enfadado: “¿Qué te enseñan en el Instituto ...? así prefiero que no lo hagas, así, me haces trabajar el doble”. Javier sale de la habitación muy disgustado, pero al poco tiempo, comienza a corregir los escritos en el ordenador.

- Abuelo: Es una persona mayor, con cierto déficit sensorial, parece que acepta con resignación el deseo de su hijo de suicidarse, se mantiene al margen en las discusiones, pero le produce una gran tristeza. No opina sobre el problema principal

...//...

Dice: “¿Hay una cosa peor que la muerte de un hijo y que este se quiera morir?”.

...

J, el hermano de Rs le dice a su padre, “¿Y usted, papá, no le va a decir nada?”. RS, comenta: “tú a padre no lo metas en esto, lo que tengas que decirme, me lo dices a mí y punto”. El abuelo se va de la habitación sin hacer ningún tipo de comentario.

Amigos: Mantiene muchos amigos desde la juventud, vienen a verle regularmente y a informarle de cosas que suceden en el pueblo y de sus vidas personales. Establece relación con Julia y Rosa, relaciones que llegan a ser más profundas que una simple amistad.

...//...

Ju- ¿Sigues viendo a los amigos? RS. Unos sí, otros no. Este mes vinieron a verme muchos amigos, algunos lo hacen desde hace 25 años, lo cual no deja de causarme admiración. Disfrutan contándome sus historias y yo, encantado.

...

Rosa (Ro), inicia una relación de amistad, lo visita un día, y comenta que parece tiene visitas de amigos a menudo, ella le dice: “oí que mucha gente viene a visitarte”. Después se inicia con ella una relación de amistad profunda, “amor” (como lo entiende RS).

...

Con Julia entabla una relación muy íntima, en todo momento y se le llega a recordar porque persigue un fin muy claro:

RS: le dice a Julia “no quiero nada, sólo ayuda para poder suicidarme, antes estaba todo claro, ahora no sé si vienes aquí a cuestionarlo todo, buscando no sé bien qué, te metes en mis sentimientos”.

Sus relaciones sentimentales tienen una única finalidad, el que le ayuden a suicidarse. El concepto de amor de Ramón es muy especial:

RS: “la persona que a mí me ama, es la persona que me ayude a morir, eso es amor, Rosa, eso es amarme”.

P-9.- SEXUALIDAD / REPRODUCCIÓN

Existen problemas relacionados con la sexualidad de Rs, como consecuencia de la falta de movilidad y los problemas de sensibilidad ya que desde hace 26 años no mantiene relaciones sexuales de ningún tipo. Al poco tiempo del accidente, rompió las relaciones con su novia.

Confiesa tener sueños y fantasías eróticas en algunas ocasiones.

Datos película:

Ju- Le pregunta si quería a su novia.

Rs: “Esa no era la cuestión, la cuestión era si yo estaba dispuesto a amar en este estado”.

Ju- me dices que te niegas a amar.

Rs: “porque no puedo amar”. Ju: me dices que los tetrapléjicos no pueden amar.

RS: “¿Quién habla de los tetrapléjicos?, yo hablo de mí”.

Ju- hay otras formas de hacer el amor.

RS: sí, claro.

Ju: ¿te han besado algún día en estos 27 años?. RS no le contesta directamente y lo hace con: “y ahora, ¿vas a hacer una demostración?”.

...

Fantasías eróticas/sueños:

Con Julia, que está en bañador en la playa. Llega volando hasta ella, mientras la acaricia y la besa.

...

Bromea con la relación amorosa

Con Gene: Rosa quiere pasar unos días contigo, para conocerte mejor. RS: “¿a ver si se ha enamorado de mí?”; G: sabes que el tío que vino con

ella, está muy bueno. RS: “¿me vas a dejar por un abogado?, tú te lo pierdes”

P-10.- ADAPTACIÓN / TOLERANCIA AL ESTRÉS

No acepta las consecuencias derivadas de su problema fundamental, la falta de movilidad. No admite esa situación, ni siquiera quiere utilizar alternativas como la silla de ruedas. Considera que ante su situación, la falta de intimidad y libertad, no le queda otra alternativa que el suicidio. Piensa que no tiene ningún control sobre su vida y responde con un deseo profundo de no continuar viviendo.

Hay momento de gran tensión y estrés, especialmente cuando piensa en la imposibilidad absoluta que tiene para poder cumplir su deseo: disponer de su vida. En estas situaciones, pierde la tranquilidad y entra en una gran agitación y crisis nerviosas, llantos y precisa de tranquilizantes para el control de las crisis.

Datos película:

Con Ro discute sobre los problemas y el sentido de la vida, y le dice: “no hay que huir de los problemas”. RS: “yo no huyo de los problemas, al contrario”. Ro: vine para decirte que la vida... RS: “Que la vida qué...Ro: que la vida vale la pena.

RS: sonrío, dice: “¿a qué viniste?, ¿á convenirme?, si quieres ser mi amiga, empieza por respetar mi voluntad y no me juzgues” Se enfada mucho, se mete con ella, la insulta y la llama mujer frustrada que tiene ganas de encontrar sentido a su propia vida, termina diciendo entre dientes: “eso, corre tú que puedes”

...

Ju: porque hay muchas alternativas a tu incapacidad...la silla de ruedas. RS: “aceptar la silla de ruedas es aceptar una migaja”

...

Le preguntan: ¿Por qué ríes tanto Ramón? RS dice: “cuando uno no puede escapar y dependes constantemente de los demás, aprendes a llorar, riendo”

...

Julia en una carta le comenta que se ha sentido muy identificada con Ramón, y que entiende cuando él habla, que cuando una persona depende de

los demás para todo, le falta la intimidad y la libertad.

...//...

La reacción ante situaciones especiales:

Julia, en casa con Ramón, al bajar la escalera, entra en una crisis, y cae desmayada. RS: reacciona muy asustado “¿Qué pasa? ¡Julia!. ¿Estás bien?. ¡Julia!. Ma..Manuelaaa (voz agitada, respirar entrecortado), llama repetidamente a Manuela. ¡Ah!, ¡Ah!, ¡Ah!, chillá, Manuelaaaa”...

...

Cuando escribió el libro con Julia, habían pactado que ella lo traería y se suicidarían juntos. Al recibir el libro por correo, comprende que no va a ser posible y que ella se ha echado para atrás. Por la noche sufre una gran crisis nerviosa, con gran agitación y llantos y despierta a la familia:

R: “¡Ay!, ¡Ay!, ¿por qué no me conformo con esta vida?, ¿por qué me quiero morir?, ¡me quiero morir!”.

Su cuñada le ayuda a que se tranquilice con palabras suaves, le da varios tranquilizantes y pasa la noche vigilando sus sueños hasta que se despierta bien entrada la mañana.

P-11.- VALORES Y CREENCIAS

Sólo tiene plan para el futuro, plan que parece estar ideado con gran precisión y que le permitirá suicidarse. Considera que la vida en esa situación no tiene sentido. Cree que la vida es un derecho y no una obligación, y cree que ni las autoridades políticas, judiciales o religiosas tienen derecho a impedirle disponer libremente de la misma.

Considera que la muerte es algo natural, forma parte de todos nosotros y, en su caso, es la única solución posible, pues es, según sus propias palabras, el regreso al equilibrio.

Mantiene una posición muy crítica con la institución de la iglesia, no tiene ninguna práctica religiosa y considera que después de la muerte no existe más que la nada.

Mantiene unas creencias muy firmes con respecto al derecho de las personas a disponer de sus vidas y se puede concluir que hay un equilibrio entre sus valores, creencias y acciones. Y opina que con el paso del tiempo se llegará a entender su deseo de suicidio.

Datos película:

Opinión que tiene Ramón de la vida: “Es un callejón sin salida, donde los días y las noches no acaban nunca.

...//..

RS: habla de la muerte; “La muerte siempre está ahí, nos toca a todos, forma parte de nosotros, ¿Por qué se escandalizan porque digo que quiero morir?”

...

Ju: no te gusta mirar al pasado, ¿verdad?. RS: claro, yo miro al futuro. Ju: ¿Qué es el futuro para ti? RS: “La muerte, igual que para ti, a ver si soy yo el único que pienso en la muerte” Ju: no, pero hay más cosas en qué pensar.

...

Gene (G) explica cuando RS llamó a la sociedad con el fin de pedir ayuda para morir. Le tiene que decir que no le van a poner cianuro en su boca. RS se enfadó muchísimo, les insultó. Les sorprendió lo claro que lo tuvo siempre (habla del suicidio), no vaciló nunca, lleva 26 años en este estado.

...

Y comenta que el suicidio junto a Julia será: “la muerte más dulce imaginada, amor puro y compartido, será el regreso al equilibrio”.

...

Idea sobre el más allá:

RS habla con Rosa por la noche, antes del día señalado para suicidarse. Y dice: “... lo que pasa es que después de morimos no hay nada, como antes de nacer, nada”, R: cómo puedes estar tan seguro. RS: “... no estoy seguro, es un palpito, como cuando el abuelo dice que mañana va a llover y llueve”.

...//...

Existe equilibrio con los valores, creencias y acciones:

Al final, poco antes de suicidarse, cuándo Rosa lo esta preparando para el momento final. RS dice: “Señores Jueces, Autoridades políticas y religiosas, qué significa para Uds. la dignidad, sea cual sea la respuesta de sus creencias, sepan que esto no es vivir dignamente, yo hubiera querido al menos morir dignamente, hoy cansado de la desidia institucional, me veo obligado a hacerlo a escondidas, como un criminal”.



“... Renuncio al bien máspreciado, mi cuerpo, considero que vivir es un derecho, no una obligación, como ha sido en mí caso, obligado a soportar esta penosa situación durante veintiocho años, cuatro meses y algunos días. Pasado este tiempo hago balance del camino recorrido y no me salen las cuentas de la felicidad, sólo el tiempo que discurrió contra mi voluntad, durante casi toda mi vida, será a partir de ahora mi aliado, sólo el tiempo y la evolución de las conciencias, decidirán algún día si mi petición era razonable o no.”

HIPÓTESIS DIAGNÓSTICAS:

Exclusivamente se deben establecer hipótesis diagnósticas ya que existen bastantes evidencias (características definitorias) que permiten la validación de algunos de los diagnósticos, pero no se puede realizar la validación diagnóstica, debido a que los datos están recogidos exclusivamente mediante observación y no se puede llevar a cabo una entrevista personal, una exploración física y una confirmación de los datos observados.

P. Nutricional metabólico: Riesgo deterioro integridad cutánea

P. Eliminación: Incontinencia fecal e incontinencia urinaria total.

P. Actividad/ejercicio: Riesgo síndrome de desuso. Déficit autocuidados: total.

P. Cognitivo/perceptivo: Trastorno percepción sensorial: cinestésica y táctil.

P. Autopercepción / autoconcepto: Impotencia. Desesperanza. Baja autoestima crónica. Trastorno de la imagen corporal

P. Rol/relaciones: Riesgo cansancio rol del cuidador. Deterioro de la interacción social.

P. Sexualidad/reproducción: Disfunción sexual. Patrón sexual inefectivo.

P. Afrontamiento/tolerancia al estrés: Aflicción crónica. Deterioro de la adaptación. Síndrome post-traumático.

P. Valores/creencias: Sufrimiento espiritual

RELACIONES ENTRE LA CUIDADORA PRINCIPAL Y LA PERSONA CUIDADA:

Existen numerosas escenas en la película que nos permiten conocer el tipo de relación que se establece entre la persona que realiza las actividades de cuidado, la cuñada “Manuela” y Ramón Sampedro. Entre los aspectos de mayor relevancia, destacaríamos la actitud de comprensión de Manuela hacia su cuñado, como puede deducirse de la contestación siguiente.:

...//... Ju: le pregunta: ¿Qué es lo que piensa de su cuñado que quiere morirse?. M: “es lo que él quiera”. Ju: Pero tú, ¿tú qué querrías?, ¿qué preferirías?. M: “lo que yo opine no importa, lo que realmente importa es lo que él quiera”.

“Existe no sólo comprensión, sino cariño y afecto. Se establece una relación especial entre cuidador y persona cuidada, es una relación de enorme cariño y amor materno-filial.

...//... M. reprocha al jesuita su intervención en la televisión en la que comenta que su familia no le da el cariño suficiente. R: “Dijo en la TV que la familia de Ramón no le damos el suficiente cariño, para que lo sepa que en esta casa no se dejó de querer a mi cuñado ni un sólo día, que para eso vengo yo cuidándolo desde hace muchísimo tiempo y lo quiero como a un hijo”.

...//...

Existe una gran complicidad. En una ocasión mientras Manuela le da de comer con cariño, pausadamente, limpiándole la boca con cuidado, le dice: “¿Tendrás tú queja?”. RS: ¿Por qué?. M: “Por que no pasa un minuto, sin que entre una mujer en esta casa, ni que te fueras a hacer un harem”. Se producen miradas cómplices y llenas de ternura. RS, dice: “ Ay! Manuela, tú ya sabes que yoooo, “sólo estoy casado con una mujer”. Miradas. M: “sí, con la muerte, con la muerte, tú no quieres nada más”. Miradas tiernas y amplias. RS dice: ¡No!

Comprensión, cariño y amor son los componentes fundamentales en una relación de cuidados informales, pero también, sin duda, una entrega

absoluta durante todo el día para poder responder a las necesidades de cuidados de una persona dependiente que precisa de atención continuada las veinticuatro horas del día.

DISCUSIÓN

El uso de películas con contenido realista que describan situaciones de personas en distintos momentos, situaciones de salud y enfermedad, sirven como modelos de simulación alternativos y favorecen, sin duda, el proceso de aprendizaje de los estudiantes de enfermería. Además, son un paso intermedio entre el estudio teórico de las necesidades humanas y las enseñanzas clínicas que se realizarán después con situaciones reales en diferentes contextos (hospital, centro de salud, domicilio, etc.). Permiten un abordaje holístico de las prácticas simuladas al establecer un puente entre éstas, las prácticas simuladas tradicionales y la realidad (Siles, 1993).

Para que el proceso de aprendizaje se dé en condiciones de efectividad, es necesario que se establezcan determinadas condiciones: el estudiante debe tener un dominio claro del proceso de resolución de problemas y aplicar los diferentes pasos del método antropológico a los textos cinematográficos. Se efectuará una observación metódica de las situaciones de cuidados, y una recogida minuciosa de los diálogos entre los personajes y las expresiones “literales” relacionadas con el proceso salud-enfermedad, pero no es necesario tener ningún tipo de experiencia en el análisis de tipo cinematográfico.

Sin estas condiciones previas, los resultados carecerían de significación podría existir un proceso de interpretación deficiente, como ocurre también en los casos de utilización de modelos simulados a través de textos escritos (Siles, 1993).

El que el espectador pueda visualizar la película en varias ocasiones y una de ellas, segmentada en partes, le permitirá tener una comprensión mayor de las situaciones que se desarrollan.

La valoración individual es preciso que se realice a partir de la utilización de los once patrones de salud, con lo que se hará una valoración integral del ser humano. En la situación de Ramón Sampedro, hay un patrón disfuncional clave, el de actividad-ejercicio. Este patrón no sólo no se

puede entender de manera aislada sino que es imprescindible analizar como influye en el resto de los patrones funcionales que están relacionados con los componentes psicológicos y sociales. Los patrones están íntimamente interrelacionados y son interactivos como señala (Gordón. 1996).

El interaccionismo simbólico, (Blumer 1982), señala que la conducta depende de los significados que tienen las situaciones para las personas, es desde esta posición que se entiende la conducta de Ramón Sampredo y, así, lo dice con claridad en varias ocasiones: “yo no hablo de los tetraplégicos, hablo exclusivamente de mí”. El interaccionismo simbólico plantea, además, que los significados cambian en interacción con los demás y se modifican con las circunstancias. Estos dos aspectos se pueden observar con meridiana claridad en el personaje de Rosa que pasa de una situación en la que pretende disuadirle para que no se suicide, RS le dice: “a qué viniste, a convencerme, si quieres ser mi amiga, empieza por respetar mi voluntad y no me juzgues” ...//... “la persona que a mí me ama, es la persona que me ayude a morir, eso es amor, Rosa, eso es amarme”. Y Rosa al final es la persona que le ayuda a cumplir su deseo.

Para que se dé una situación de cuidado es necesario que se establezca una relación especial entre dos personas, el cuidador /a y la persona cuidada. Se puede destacar la receptividad, la aceptación, la relación de ayuda sin condiciones que Manuela tiene con su cuñado: “Lo que yo prefiera no importa, Ramón quiere morirse, para mí todo está muy claro”; la gran conexión existente entre ambos, como se puede apreciar en determinadas secuencias, por ejemplo: cuando le da de comer, y el permanente compromiso, sin condiciones, sin horarios, sin ningún tipo de restricciones en todas las tareas relacionadas con el cuidado. Atención durante la crisis nocturna de Ramón, cambios posturales periódicos, cuidados relacionados con la intimidad –cambios de sonda vesical– etc. Elementos denominados por Nodding como receptividad (receptivity), conexión (relatedness) y respuesta o sensibilidad (responsiveness).

El cuidado informal se produce de manera más efectiva cuando existe un vínculo de parentesco afectivo-amoroso, (De la Cuesta, C. 2004). En esta película, se puede constatar ese vínculo especial

entre ambos, es un vínculo de amor filial como llega a verbalizar Manuela: “ ...//... en esta casa no se dejó de querer a mi cuñado ni un sólo día, ...//... y lo quiero como a un hijo”. Esta relación especial que se establece en el proceso de cuidar, ha sido considerada por numerosos autores, una relación de amor, amor profundo hacia la persona que se cuida. Tschundin: “el cuidar trata sobre el amor”. Graham: como “un trabajo de amor.

Ningún otro miembro del grupo familiar es capaz de establecer los valores que determinan la acción de cuidar como lo hace la persona que es la cuidadora principal, en este caso Manuela, valores que Feito (2005) señala como: “la receptividad hacia el otro, la relación con él y la respuesta a sus demandas”.

CONCLUSIONES

La utilización de películas como modelos de simulación de la realidad permite al estudiante la realización de experiencias prácticas de gran utilidad para el proceso de aprendizaje, favoreciendo en escenarios de gran realismo la observación de los procesos de salud–enfermedad y las interacciones de las personas en estas situaciones y sus conductas. Son un medio muy interesante para analizar las características necesarias del cuidado humano para el mantenimiento de la vida y la relación que se establece al cuidar a otra persona, características que son claramente especiales.

BIBLIOGRAFÍA

- Aróstegui, J. (1995). La investigación histórica: teoría y método. Crítica, Barcelona.
- Blumer, H. (1982). Interaccionismo simbólico: Perspectiva y método. Barcelona. Hora.
- Caja, C. Enfermería Comunitaria III. Edit. Salvat.
- De la Cuesta C. (2004). Cuidado artesanal. La invención ante la adversidad. 1ª Ed. Medellín. Colombia. Universidad de Antioquia
- De la Revilla, L. (1994). La atención longitudinal: el ciclo vital familiar. En: De la Revilla L. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Barcelona. Doyma.
- Domínguez, A. (1999). Sociología del cuidado. Enfermería Clínica. 9 (4):50.
- Feito, L. (2005). La ética del cuidado como modelo de la ética de enfermería. Metas de Enfermería; 8 (8): 14-18.
- Gordon, M. (1996). Diagnóstico Enfermero. Proceso y aplicación. 3ª Ed. (Versión en español) Madrid. Mosby / Doyma Libros S.A.
- Graham, HA. Caring: a labour of love. En: En Cuesta Benjumea, C (2004). Cuidado artesanal ante la adversidades. 1ª Ed. Medellín. Colombia. Universidad de Antioquia

- Hughes, EC. (1971). *The sociological eye*. Nueva Brunswik: Transaction. En Cuesta Benjumea C. (2004). *Cuidado artesanal. La invención ante la adversidad*. 1ª Ed. Medellín. Colombia. Universidad de Antioquia.
- Macias, R. (1994). *La familia*. Antología de la sexualidad humana. Mexico, D.F. Consejo Nacional de la Población
- Montorio I, Yanguas J, Diaz Veiga P. (1999). *El cuidado del anciano en el ámbito familiar*. En: Izal M, Montorio I, editores. *Gerontología conductual: bases para la intervención y ámbitos de aplicación*. Madrid; Síntesis.
- Noddings N. (1984). *Caring: a feminine approach to ethics and moral education*. Berkeley: University of California Press. En Feito, L. (2005). *La ética del cuidado como modelo de la ética de enfermería*. *Metas de Enfermería*; 8 (8): 14-18.
- Plumer, K. (1989). *Los documentos personales*. Introducción a los problemas y bibliografía del método humanista. Siglo XXI, Madrid.
- Roach, MS. (1987). *The human act of caring*. Ottawa: Canadian Hospital Association. En Feito, L. (2005). *La ética del cuidado como modelo de la ética de enfermería*. *Metas de Enfermería*; 8 (8): 14-18.
- Sampedro, R. (1996). *Cartas desde el infierno*. Planeta, Barcelona.
- Sánchez, A.; Aparicio, V.; Germán, C.; Mazarrasa, L.; Miralles, A.; Sánchez, A. (). *Actuación de enfermería comunitaria. Sistemas y programas de salud*. McGraw-Hill, Madrid
- Siles, J.; Fernández S, P; Pérez-Cañaveras, R. M.; García H, E. (1993). *Las alteraciones en la vida cotidiana de enfermos terminales a través del análisis de textos. Un modelo simulado para las prácticas con el proceso de Enfermería*. *Enfermería Científica*; 131 : 4-9.
- Siles, J., García, E. (1995). *Las características de los paradigmas y su adecuación a la enfermería*. *Enfermería Científica* 160/161: 10-15.
- Siles, J. (1999). *Historia de la enfermería*. Editorial Aguaclara, Alicante.
- Siles, J.(2000) *Antropología narrativa de los cuidados*. Por una rentabilización pedagógica de los materiales narrativos. Consejo Valenciano de Enfermería. Alicante.
- Sarabia, B. (1989). "Historias de vida". *Revista española de investigación sociológica* 29: 165-186.
- Tschundin, V.(1986). *Ethics in nursing. The caring relationship*. Londres: Butterworth-Heinemann. En Feito, L. (2005). *La ética del cuidado como modelo de la ética de enfermería*. *Metas de Enfermería*; 8 (8): 14-18.
- Valdivia, C. (1986). *Curso de pedagogía*. Colección C. Poveda. 25ªEd. Madrid. Díaz Santos S.A.
- Watson J. (1988). *Cuidado Humano en Enfermería*. En *Enfermería: Ciencia Humana y Cuidado Humano. Una teoría de enfermería*. National League for Nursing., 9 – 30.

ANEXO I: Tipología de los once patrones de salud:

Patrón percepción de salud-manejo de salud: Describe el patrón de salud y bienestar percibido por el cliente y cómo maneja la salud.

Patrón nutricional-metabólico: Describe el patrón de consumo de alimentos y líquidos del cliente relativo a las necesidades metabólicas y aportes complementarios.

Patrón eliminación: Describe los patrones de función excretora (intestino, vejiga y piel).

Patrón actividad-ejercicio: Describe los patrones de actividad, ejercicio y sueño.

Patrón sueño-descanso: Describe los patrones de sueño, descanso y relax.

Patrón cognitivo-perceptual: Describe los patrones sensorio-perceptual y cognitivo.

Patrón autopercepción-autoconcepto: describe el patrón de autoconcepto del cliente y las percepciones de sí mismo (autoconcepto/valía, imagen corporal, estado emocional).

Patrón rol-relaciones: Describe el patrón del cliente de los papeles de compromiso y relaciones.

Patrón sexual-reproductivo: Describe los patrones del cliente de satisfacción e insatisfacción con el patrón de sexualidad; describe el patrón de reproducción.

Patrón adaptación-tolerancia al estrés: Describe el patrón general de adaptación del cliente y la efectividad del patrón en términos de tolerancia al estrés.

Patrón valores-creencias: describe los patrones de valores, creencias (incluidas espirituales) y objetivos que guían las elecciones o decisiones del cliente.

MISCELÁNEA

BIBLIOTECA COMENTADA

Diploma de Estudios Avanzados en la Universidad Autónoma de Tamaulipas (Méjico)

El pasado mes de mayo en las instalaciones de la Universidad Autónoma de Tamaulipas (Ciudad Victoria, Méjico), tuvo lugar el acto de presentación de los trabajos de investigación para la obtención del Diploma de Estudios Avanzados de las doctorandas que realizan el programa de doctorado "Enfermería y Cultura de los Cuidados" impartido por la Universidad de Alicante. Estos estudios se realizan en virtud del convenio firmado para dicho efecto entre ambas universidades y los resultados no pueden ser más esperanzadores: todas las doctorandas obtuvieron con gran brillantez su Diploma de Estudios Avanzados, por lo que desde este medio, todos los integrantes del grupo "Enfermería y Cultura de los Cuidados" les enviamos nuestra más sincera felicitación deseándoles lleguen a culminar sus respectivos trabajos con tesis doctorales de gran potencial y calidad.

Hermelinda Avila Alpirez
 María de la Luz Martínez Aguilar
 M^a. Velia Margarita Cárdenas Villareal
 Paulina Aguilera Pérez.
 Tranquilina Gutierrez Gómez
 Luz Quintero Valle
 Juana Fernández González Salinas
 Aurora Felix Alemán.
 Santiaga Esparza
 Hortensia Castañeda
 M^a Elena Pérez Vega
 Maribel Avila Medina
 Esmeralda Vázquez Treviño.
 María del Socorro Piñones
 Olga Lidia Banda González
 Cynthia Ybarra González
 Ramona Medrano Martínez
 Margarita Ortega
 Mercedes Pineda
 Isabel Castillo
 Guadalupe Vázquez Salazar



Nota: Grupos de doctorandas con los doctores Ruiz, Rizo y Siles (miembros del tribunal evaluador).

Un enfermero que vela por el cuidado de la historia



Manuel Solórzano combina su trabajo como ATS con la recuperación de capítulos olvidados del pasado sanitario de Gipuzkoa, entre los que destaca el dedicado a Francisco Zaragüeta

Solórzano, trabaja como enfermero del servicio de oftalmología del Hospital Donostia, pero la auténtica pasión de Manuel Solórzano es bucear en la historia como si de un detective del tiempo se tratara. Cada tarde, cambia su bata blanca por la lupa con la que recorre hemerotecas e infinidad de archivos, haciendo gala de una paciencia que no conoce límites.

Según explica el propio ATS, «empecé hace exactamente diez años, en 1995, cuando me di cuenta de que no existían investigaciones referidas a enfermería. La gente se engaña, cree que en internet puede encontrar de todo y no es así, sólo está aquello que antes se ha escrito y se ha colgado en la red».

Desde entonces, este vecino de Gros, cuyo mayor deseo es lograr ser admitido en la Real Sociedad Bascongada de los Amigos del País, no ha cesado de buscar cualquier pista que le permita reconstruir los principales capítulos del pasado sanitario de Gipuzkoa. Una fotografía, un manual publicado siglos atrás, la colección de revistas que acabó en un mercadillo o los informes salidos de la pluma de quién sabe qué funcionario. Todo puede servir a la hora de elaborar estudios como el centrado en el dispensario médico de Santa Isabel, el que resume el funcionamiento del Hospital de Amara o el libro que recopila los cien años de historia del Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería de Gipuzkoa.

Su último trabajo tiene como protagonista a Francisco Zaragüeta y Linzuain, uno de los practicantes más antiguos que desempeñó su labor en Gipuzkoa. «Decidí escribirlo precisamente por esta razón y porque me animó su bisnieto, mi amigo Bixen Zaragüeta», señala Solórzano.

La vida de este navarro, nacido en 1796 en el municipio de Espinal, se condensa en cerca de una veintena de páginas que narran los capítulos de mayor relevancia de su trayectoria profesional, una trayectoria que comenzó a gestarse en el Colegio de Cirujanos de Navarra y posteriormente en la Universidad de Zaragoza, donde obtuvo el título de cirujano.

En el Archivo municipal de Hernani se conserva una copia del certificado que las autoridades académicas expidieron en 1821, con el que se da «licencia y facultad cumplida al dicho Don Francisco Zaragüeta, para ejercer libremente, y sin recurrir en pena alguna la expresada facultad de Cirugía, en todas las ciudades, villas y lugares de los reinos y Señoríos de Su Majestad empleando los medicamentos locales, y haciendo las operaciones que juzgare convenientes, inclusa la sangría, para la curación de las enfermedades externas».

Su contrato laboral con el ayuntamiento de Hernani fue renovándose hasta que en 1874, tras 47 años de dedicación a la villa, el cirujano dejaba constancia de su deseo de renunciar debido, según se argumentaba, «a su avanzada edad y los achaques que ha contraído en su penoso y no interrumpido servicio, ni de día ni de noche, y muy especialmente por haberse resentido de la vista, en la imposibilidad física de continuar desempeñando su cargo».

Tenía en aquel entonces 78 años y solicitaba de esta forma su jubilación. Sólo seis años después, en noviembre de 1880, Francisco Zaragüeta moría a la edad de 85 años.

Manuel Solórzano hace hincapié en «la gran cantidad de años que estuvo ejerciendo su profesión, incluidas las Guerras Carlistas, que, como no había médicos, tuvo que hacerlo él todo».

Cronología

1796: Francisco Zaragüeta y Linzuain nace en Brunete, municipio navarro de Espinal.

1821: Obtiene el título de cirujano por la Universidad de Zaragoza y contrae matrimonio con Juana Josefa Larrarte, con quien tiene seis hijos.

1826: Obtiene la plaza de cirujano titular de la localidad de Hernani.

1841: Su esposa fallece, a los 43 años de edad.

1842: Contrae de nuevo matrimonio con Vicenta Manuela Joaquina de Fernández Ayarragaray.

1874: Solicita al consistorio hernaniarra su jubilación tras 47 años de servicio ininterrumpido.

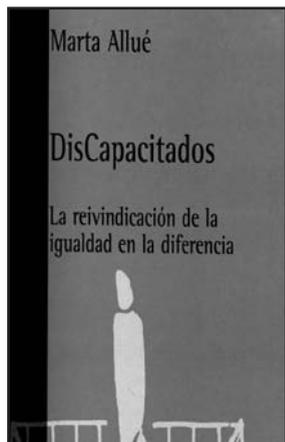
1880: Fallece a la edad de 85 años

Diario Vasco, 29 de abril de 2005

http://www.diariovasco.com/pg050429/prensa/noticias/San_Sebastian/200504/29/DVA-SSB-194.html

Trabajo Publicado en: Artículo publicado nº 298 con fecha 29 - 04 al 06 - 05/2005. Francisco Zaragüeta y Linzuain (Practicante de Hernani Gipuzkoa).- 1796 – 1880

<http://www.euskonews.com/0298zbk/gaia29804es.html>



**DISCAPACITADOS
- LA REIVINDICACIÓN DE LA
IGUALDAD EN LA
DIFERENCIA.
EDICIONES
BELLATERRA.
BARCELONA 2003.**

MARTA AULLÉ

“Nadie está a salvo de sufrir una pérdida. Todos somos (o hemos sido) temporalmente

validos”. Esta frase del Prefacio alerta al lector, a cualquier lector, de la importancia del texto. Subraya la fragilidad de la vida y le sitúa en un plano de igualdad con los personajes del texto, todos reales.

Discapitados es el producto de una experiencia personal, la de Marta, que en 1991 sufrió un accidente y como consecuencia de este perdió la piel por quemaduras, sufrió amputaciones, vio reducida su vista, tacto y la movilidad. También es el producto de un estudio etnográfico que se desarrolla a lo largo de tres años utilizando la entrevista formal a personas independientes que sufren algún trastorno físico y por ello les hace ser discapacitados. Mediante el trabajo la etnográfico Marta (la autora) se abre a la experiencia de otros y la entrelaza con la suya propia, así en este libro lo vivido y lo estudiado se conforma en una unidad. Elementos auto etnográficos y etnográficos se funden en los capítulos enriqueciendo y matizando la experiencia de vivir con una discapacidad. Marta

realiza un texto antropológico de interés metodológico para los investigadores, su posición de investigadora, discapacitada y antaño acompañante de su padre discapacitado le permite un punto de vista autorizado. La finura de sus observaciones, la bibliografía en que sustenta sus argumentaciones y la potencia con la que transmite su experiencia personal hace de este un libro convincente y lo que es más importante, un texto que transforma al lector por lo que le enseña sobre sí mismo y sobre la experiencia del otro. La discapacidad toma otro sentido, uno concreto y cotidiano, deja de ser un constructo teórico, ajeno para convertirse en algo cercano y humano. Este libro proporciona luz y sentido a la reciente ley de dependencia, es recomendable para todos, pero especialmente para el personal de salud y de trabajo social.

Es un libro necesario, que logra su propósito, muestra las actitudes de las personas válidas frente a la diferencia y describe las relaciones sociales entre las personas discapacitadas y las que no lo son. Consta de 13 capítulos, los dos primeros introducen teóricamente el tema en estudio, en el tercero la autora desvela su implicación personal y en el cuarto nos revela como realizó el trabajo etnográfico. En el resto de los capítulos, Marta trata los temas que hacen parte de la experiencia de ser discapacitado tales como la rehabilitación, el uso de prótesis y sillas de ruedas, las barreras físicas, el estigma, la experiencia del trabajo en la discapacidad y las diferencias y similitudes de las personas con discapacidad. Este es un libro vivo, bien escrito y crítico, un libro que hay que leer.

Carmen de la Cuesta Benjumea

LA CONSTRUCCIÓN SOCIOCULTURAL DE LOS PIES: UNA PERSPECTIVA DESDE LA ANTROPOLOGÍA DEL CUERPO

ISABEL GENTIL

Editorial: Nuevos Autores. ISBN 84-89268-16-9

Lo sorprendente y relevante de esta excelente investigación doctoral, hoy condensada en libro, es comprobar cómo de un tema, o mejor, una palabra, “pies”, pueda construirse un armonioso, complejo y estructurado estudio, que va analizando, desde muy distintas y complementarias perspectivas esa parte inferior del cuerpo humano.

La investigación se realizó utilizando metodología cualitativa y desde la perspectiva de la antropología del cuerpo. ¿Somos cuerpo o tenemos un cuerpo?

El arranque de su interés por esta temática y el desafío inicial de su estudio fue el observar la radical diferencia de frecuencia de patologías en los pies de los hombres y de las mujeres. La naturaleza no hace distintos los pies de los hombres de los pies de las mujeres, pero la sociedad se encarga de crear la diferencia al diseñar calzados totalmente opuestos para hombres o para mujeres ¿qué lógica encierra?

La investigación se estructura en tres partes. Se inicia con una visión diacrónica de las representaciones sociales del cuerpo y los pies en distintos tiempos históricos y culturales. La segunda parte se centra en la sociedad actual, donde investiga en grupos humanos para los cuales los pies pueden tener significados opuestos, desde personas con cojera a aquellos que “viven” de sus pies: futbolistas y bailarinas; también en órdenes religiosas descalzas y los pies desnudos en el erotismo.

En las personas con cojera, la vivencia de unos pies enfermos es utilizada como núcleo de reflexión para construir su identidad y para entender lo social. En los futbolistas, la percepción privilegiada de unos pies altamente eficientes que permite tener un trabajo socialmente valorado encierra un temor extremo a la lesión que ellos resuelven mediante la magia, aunque trabajan en un mundo altamente tecnificado. Las admiradas bailarinas son ensombrecidas bajo unos pies torturados y

deformados, pero como esencia de lo femenino no pueden lamentarse, sólo mostrarse sonrientes. Los pies libres de calzado tienen significados muy diferentes según se perciban como descalzos o como desnudos. Penitencia o erotismo.

La tercera parte explora la historia del calzado interpretada con una perspectiva de género, pues sólo así se puede hallar la lógica que encierra que a un género se le estimule a utilizar calzado lesivo para su propia salud.

Parece que el cuerpo de las mujeres obligatoriamente debe ser cuerpo frágil como corresponde al sexo “débil” al que ellas pertenecen y se elabora artificialmente enfermedad para ratificar esa debilidad innata. Y el cuerpo de los hombres, cuerpo fuerte, se construye socialmente para ratificar esa fortaleza por esencia. Pero analizando los significados de las acciones y discursos socialmente elaborados puede deconstruirse lo dado como “natural”.

Se llega a la conclusión de que los humanos nos valemos de todo para significar el mundo percibido por los sentidos y el cuerpo, nuestra más cercana experiencia, es bueno para significar el mundo y sus misterios. Tenemos un cuerpo biológico pero la construcción del mismo se hace desde la cultura. Los pies son buenos para simbolizar la contradicción humana.

El presente estudio también sirve para crear puentes entre disciplinas biológicas, humanas y sociales –a veces tan enfrentadas– al mostrar otra perspectiva de enfoque de un mismo objeto de estudio: los pies humanos, y ayudar así a ampliar horizontes y a la mejor comprensión de la humana condición.

El ser humano, en contraste y necesario forcejeo, a veces armónico, a veces cruento, entre su biología y su simbolismo, construye su destino existencial, caminando necesariamente sobre sus dos pies, en un bipedismo de naturaleza-cultura, que le constituyó como ser humano simbólico. Y sobre estos dos pies (biología/simbolismo) tendrá que caminar hacia el futuro en su destino cósmico.

Dr. Tomás Calvo Buezas
Catedrático de Antropología Social
Universidad Complutense de Madrid.

