

CULTURA DE LOS CUIDADOS

3^{er}. Cuatrimestre 2011 • Año XV - N.º 31

SUMARIO

EDITORIAL

- Situación de la investigación en enfermería en Méjico

FENOMENOLOGÍA

- Tú pierdes, yo gano
- La pinchaculos
- Entrevistas fenomenológicas con egresados de una Institución psiquiátrica: Relatos de experiencias
- Un viaje a Newark en busca de la polio
- Cuidados de Enfermería en el siglo XXI. Una mirada hacia el arte de cuidar

HISTORIA

- La matritense sociedad de ministrantes
- La profesionalización de la enfermería en Lleida a partir de las Hijas de la Caridad
- Los antecedentes a la colegiación obligatoria de las matronas en Madrid
- Expostos, amas, rodeiras e hospitaleiras: personagens dum problema maior da saúde pública entre o vintismo e a regeneração (1820-1852)

ANTROPOLOGÍA

- La comunicación interprofesional desde la cultura organizacional de la enfermería asistencial
- Visión de los pacientes musulmanes de la competencia en comunicación intercultural de los profesionales de enfermería que los cuidan: El proyecto
- Cultura enfermera alrededor de las prácticas profesionales efectuadas por estudiantes de enfermería

TEORÍA Y MÉTODO

- Método Canguru: perfil das mães de recém-nascidos
- Fundamentos teórico metodológicos de investigación en historia de la enfermería

MISCELÁNEA

- Entrevista a Concha Fernández González
- Entrevista a Lourdes Aso Torralba
- BIBLIOTECA COMENTADA
- Conclusiones III Simposio Iberoamericano de Historia de la Enfermería; XII Congreso Nacional y VII Congreso Internacional de la Historia de la Enfermería y VII Jornadas Internacionales de Cultura de los Cuidados



ASOCIACIÓN NACIONAL DE HISTORIA
Y ANTROPOLOGÍA DE LOS CUIDADOS



CONSEJO DE ENFERMERÍA DE LA
COMUNIDAD VALENCIANA

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

CONSEJO EDITORIAL

DIRECCIÓN/ EDITOR

José Siles González

COMITÉ EDITORIAL

Luis Cibanal Juan - Carmen Solano Ruiz

CONSEJO DE REDACCIÓN

COORDINADORA

Ana Lucia Noreña Peña

MIEMBROS CONSEJO REDACCIÓN

Miguel Ángel Fernández Molina

Eva M^a Gabaldón Bravo

Elena FerrerHernández

Flores Vizcaya Moreno

José Ramón Martínez Riera

Juan Mario Domínguez Santamaría

M^a Mercedes Rizo Baeza

Mercedes Nuñez del Castillo

Miguel Castells Molina

Rosa Pérez-Cañaveras

Manuel Lillo Crespo

Isabel Casabona Martínez

Cristián Ortega Rojo

Rodrigo Santos Gómez

Departamento de Enfermería.

Universidad de Alicante

COORDINADOR INFORMÁTICO Y PÁGINA WEB

Pablo Díez Espinosa

DIRECCIÓN FINANCIERA

Organización Colegial de Enfermería de la Comunidad Valenciana

- José Antonio Ávila Olivares. Enfermero, Presidente del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA).

- Francisco Mulet Falcó. Enfermero. Tesorero del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA).

- Belén Paya Pérez. Enfermera, Presidenta del Colegio Oficial de Enfermería de Alicante.

- Juan José Tirado Dauder. Enfermero. Presidente del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia.

- Francisco J. Pareja Lloréns. Enfermero. Presidente del Colegio Oficial de Enfermería de Castellón.

COMITÉ CIENTÍFICO O ASESOR

Manuel Amezcua Martínez

Presidente de la Fundación Index. Profesor asociado Universidad de Granada (España).

Carmen Chamizo Vega

Enfermera. Doctora por la Universidad de Alicante. Profesora Universidad de Oviedo. Oviedo (España)

César Hueso Montoro

Doctor por la Universidad de Alicante. Profesor Universidad de Granada (España).

Manuel García Martínez

Enfermero y licenciado en Antropología social y cultural. Doctor por la Universidad de Sevilla. Profesor asociado Universidad de Sevilla (España).

Guillermo Silva Magaña

Doctor por Universidad de Alicante. Profesor titular. (Universidad de Colima, Méjico).

Carlos Lousada Lopes Subtil

Profesor titular Escola/Faculdade: Escola Superior de Enfermagem. Viana do Castelo (Portugal)

Antonio C. García Martínez

Licenciado en Historia. Doctor en Historia Profesor Titular Universidad de Huelva (España)

María Elisa Moreno-Fergusson

Profesora Asociada de la Facultad de Enfermería y Rehabilitación de la Universidad de La Sabana, Colombia. Editora de la revista Aquichan.

Esperanza de la Peña Tejeiro

Enfermera. Profesora Titular Escuela de Enfermería. Universidad de Extremadura (España)

Cecilio Eseverri Cháverri

Enfermero e Historiador de la enfermería Centro Asistencial San Juan de Dios. Palencia (España)

Francisca Hernández Martín

Enfermera y Licenciada en Historia. Presidenta del Seminario de Historia de la Enfermería. Doctora por la Universidad Complutense de Madrid. Profesora Titular Escuela de Enfermería, Universidad Complutense de Madrid. Madrid (España)

Francisco Herrera Rodríguez

Doctor en Medicina. Historiador de la Enfermería. Catedrático de la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. Universidad de Cádiz (España)

Amparo Nogales Espert

Enfermera. Licenciada en Historia. Doctora por la Universidad de Valencia. Profesora Titular. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos I, Madrid (España)

Natividad Sánchez González

Enfermera. Profesora Escuela de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Albacete (España)

Francisco Ventosa Esquinaldo

Enfermero. Historiador de la Enfermería. Superior Gerente del Hospital San Juan de Dios "Juan Grande" Jerez/Cádiz (España) Carmen de la Cuesta Benjumea Ph.D en Enfermería. Profesora Visitante Universidad de Alicante (España)

Marilyn Douglas

Doctora en Enfermería. Profesora, School of Nursing University of California, San Francisco (EEUU)

Fernando Porto

Doctor en enfermería por la escuela de Enfermagem Anna Nery/ UFRJ. Professor Adjunto da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da UNIRIO (Brasil)

Beatriz Morrone

Profesora Titular de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Mar del Plata. Investigadora Categorizada II. Integrante del Banco Nacional de Evaluadores para Proyectos de Investigación del Ministerio de Cultura y Educación (Argentina).

Ximena Isla Lund

Magister en Enfermería. Doctora por la Universidad de Alicante. Profesora Universidad del Bio-Bio. (Chile)

Raquel Spector

Doctora en Enfermería. School of Nursing Boston College. Boston (EEUU)

Rick Zoucha

Enfermero. Doctor en Enfermería. Profesor Asocio. Universidad Duquesne Pittsburgh PA (EEUU)

Taka Oguiso

Enfermera y licenciada en derecho. Doctora Universidad de São Paulo. Profesora Titular Emérita. Universidad de São Paulo (Brasil)

Genival Fernandes de Freitas

Enfermero y licenciado en Derecho. Doctor por la Universidad de São Paulo. Profesor Titular. Universidad de São Paulo (Brasil)

Cultura de los Cuidados. Revista Sociofundadora del Consejo de Editores de Revistas de Enfermería Iberoamericanas.

INDIZADA E INSCRITA EN:

Cultura de los Cuidados está incluida en las bases de datos:

- CAPES/QUAL. Base de datos de revistas del Ministerio de Educación de Brasil.
- LATINDEX. Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal.
- "Scientific Commons" Details at a Glance: Publications: 31,839,799 - Repositories: 1,157
- BDIE, ENFISPO, EBSCO, PUBLISHING, CUIDATGE, CUIDEN CINHAL y hemerotecas digitales como: Cantárida y RUA (repositorio Institucional Universidad de Alicante: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/831>)

Coordinadora RUA. Ana L. Noreña

SUSCRIPCIONES:

Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA) C/. Xàbia, 4 - 3^a Pta. 10 - 46010 Valencia
 Tarifas 3 números (1 año). España y Portugal: 12,02 euros
 Alumnos Enfermería: 7,21 euros
 Extranjero: 18,03 euros

CORRESPONDENCIA:

Carmen Solano Ruiz. Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante. Campus de Sant Vicente del Raspeig
 Ap 99. E-03080 Alacant - Alicante
 Revista «on line»:
<http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/831>
 ISSN: 1138-1728-Dep.Legal: A-1309-1997
 Título clave: Cultura de los Cuidados
 Título abreviado: Cul. Cuid.
 Tirada/ Producción: 3.000 ejemplares

IMPRESIÓN Y ACABADO:

Edita: Consejo de Enfermería Comunidad Valenciana (CECOVA)
 Diseño editorial, maquetación e impresión: AROA Diseño y Comunicación. Alicante (España)

LA DIRECCIÓN DE LA REVISTA NO SE HACE RESPONSABLE DE LOS CONTENIDOS DE LOS ARTÍCULOS.

MARCA ESPAÑOLA N.º 2.816.560 DENOMINADO CULTURA DE LOS CUIDADOS BOE. 16/04/2008.

SUMARIO

NORMAS DE PUBLICACIÓN	4
Criterios de evaluación y selección de artículos.....	7
EDITORIAL	
Situación de la investigación en enfermería en Méjico	9
ROSA A. ZÁRATE GRAJALES	
FENOMENOLOGÍA	
Tú pierdes, yo gano.....	16
CONCHA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ	
La pinchaculos.....	20
LOURDES ASO TORRALBA	
Entrevistas fenomenológicas con egresados de una Institución psiquiátrica: Relatos de experiencias.....	24
TAIANE SOARES VIEIRA, CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	
Un viaje a Newark en busca de la polio.....	30
FRANCISCO HERRERA RODRÍGUEZ	
Cuidados de Enfermería en el siglo XXI. Una mirada hacia el arte de cuidar	41
AMPARO NOGALES ESPERT	
HISTORIA	
La matritense sociedad de ministrantes	56
RAÚL EXPÓSITO GONZÁLEZ	
La profesionalización de la enfermería en Lleida a partir de las Hijas de la Caridad	64
LORENA LOURDES TEJERO VIDAL, CARMEN TORRES PENELLA	
Los antecedentes a la colegiación obligatoria de las matronas en Madrid	69
M ^a DOLORES RUIZ-BERDÚN	
Expostos, amas, rodeiras e hospitaleiras: personagens dum problema maior da saúde pública entre o vintismo e a regeneração (1820-1852).....	77
CARLOS LOUSADA SUBTIL, MARGARIDA VIEIRA	
ANTROPOLOGÍA	
La comunicación interprofesional desde la cultura organizacional de la enfermería asistencial	85
CONCEPCIÓN LUCAS GARCÍA, CARMEN ISABEL GÓMEZ GARCÍA, JOSEFA M ^a ANTÓN HURTADO	
Visión de los pacientes musulmanes de la competencia en comunicación intercultural de los profesionales de enfermería que los cuidan: El proyecto	93
FERNANDO PLAZA DEL PINO, MARGARITA VEIGA DEL PINO	
Cultura enfermera alrededor de las prácticas profesionales efectuadas por estudiantes de enfermería	99
MITZI LETELIER VALDIVIA, JOSÉ SILES GONZÁLEZ, ANA LUISA VELANDIA MORA	
TEORÍA Y MÉTODO	
Método Canguru: perfil das mães de recém-nascidos.....	110
ANA LUCIA BARRETO DANTAS, CELMA DE OLIVEIRA BARBOSA, CHRISTIANE NEVES DE SOUSA, CLEANNE GONÇALVES DO NASCIMENTO	
Fundamentos teórico metodológicos de investigación en historia de la enfermería	118
ANA LUISA VELANDIA MORA	
MISCELÁNEA	
- Entrevista a Concha Fernández González	127
- Entrevista a Lourdes Aso Torralba	128
- BIBLIOTECA COMENTADA.....	129
- Conclusiones III Simposio Iberoamericano de Historia de la Enfermería; XII Congreso Nacional y VII Congreso Internacional de la Historia de la Enfermería y VII Jornadas Internacionales de Cultura de los Cuidados	140

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 en minúscula en tres idiomas en este orden: español, inglés y portugués, seguido del nombre de los autores (no más de 6), en minúscula. En primer lugar las iniciales en mayúsculas separadas por un punto y seguido por los apellidos en minúsculas por ejemplo: M^a.C. Solano Ruiz. Mediante un asterisco (superíndice) escribir su rango académico más elevado o profesional y la dirección de contacto del primer autor junto con su correo electrónico y teléfono. En la segunda

página: resumen del trabajo no superior a 200 palabras (en inglés, portugués y español. Se incluirán, además de cuatro a cinco palabras clave en los tres idiomas. Las siguientes páginas incluirán el contenido del artículo evitando poner subíndices y notas al pie de página, con una extensión no superior a los 17 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 en minúsculas 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: Cibana, I. L.. ed. Las revistas españolas de enfermería, Síntesis, Madrid: 88-102 (Capítulo de Libro).

Para citar documentos/ artículos "on line":

Pagani, R.. (2002). Informe técnico. El crédito europeo y el sistema educativo español. 425 Available http://www.eees.ua.es/http://aneca.es/modal_eval/docs/doc_download/426_27th_July_2008.

- Las ilustraciones, gráficas y fotografías se enviarán en otro archivo, 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: letra Times New Roman, tamaño letra 12, a doble espacio.
- Los autores deberán realizar el "check list" disponible en este enlace, previo a la remisión del artículo.

STRUCTURE OF JOURNAL AND NORMS OF PUBLICATION

Although subject to variations in the interest of contextualizing the journal philosophy, will include sections such as:

- Editorial.
- Phenomenology section devoted to the publication of original and / or reviews of clinical phenomenology. They will also take place in this section, the clinical experience of professionals in whatever form of expression, narrative, essay, poetry or art. Finally, also be eligible for the original publication, in the opinion of the editorial board, contribute to the development of humanistic nursing (in any of its aspects).
- History: intended for publication of original and / or revisions of nursing history.
- Anthropology: section reserved for the inclusion of original and / or revisions of anthropological work on nursing care.
- Theory and methods nurses: section dedicated to the publication of original and / or reviews that contribute to both theoretical and philosophical development of nursing as their methods and practical applications.
- Other: Section dedicated to the dissemination activities, news, calendar etc., reviews, new books.
- Letters to the Editor

PRESENTATION OF WORK

- Structure of the manuscript: On the first page will contain the article title in lowercase in three languages in this order: Spanish, English and Portuguese, followed by the name of the authors (no more than 6), in lowercase. First initial capital letters separated by a period followed by the surnames in lowercase eg: M^a.C. Solano Ruiz. By an asterisk (superscript) write their highest academic level or professional contact and address of the first author with his email and phone. On the second page: abstract of the work not exceeding 200 words (in English, Portuguese and Spanish. shall include in addition to four to five keywords in

these languages. The following pages include the contents of the article to avoid subscripts and footnotes footer, with an extension not exceeding 17 pages, the last page is devoted to the literature.

- The citation system is adopted in the journal according to the Harvard law-APA: the text will only appear in lower case the name of the author and the date in brackets, eg (Lopez, 1998). The bibliography at the end of the article will be numbered and arranged alphabetically by author's surname eg

Sanchez, J. (1997) History of the Journal panacea. Polity Press, Barcelona (Book)

Sanchez, J. (1997) History of the Journal panacea. Nursing Science 8, 22-27 (Journal Article)

Sanchez, J. (1997) History of the Journal panacea. In: Cibana, I. L.. ed. The Spanish journals nursing, Synthesis, Madrid. 88-102 (Chapter in Book).

To cite documents / articles "on line":

Pagani, R.. (2002). Technical Report. The European credit and the Spanish educational system. Available http://www.eees.ua.es/http://aneca.es/modal_eval/docs/doc_425. downloaded 42627th July 2008.

- The illustrations, charts and pictures will be sent to another file, indicating your order number and title in footer or the reverse in the case of the photographs. Graphs, preferably, should be submitted in black and white.
- Presentation: Times New Roman, size letra 12, double-spaced.
- The authors should make the "check list" available here, prior to the submission of the article.

ESTRUTURA DA REVISTA E NORMAS DE PUBLICAÇÃO

Embora sujeita a variações no interesse de contextualizar a sua filosofia, a revista vai incluir recursos como:

- Editorial.
- A secção dedicada à Fenomenologia da publicação do original e / ou opiniões da fenomenologia clínica. Eles também serão realizados nesta secção, a experiênciaclinica dos profissionais, independentemente da forma de expressão, a narrativa, o ensaio de poesia, ou de plástico. Finalmente, também será elegível para a publicação original, na opinião do conselho editorial, contribuir para o desenvolvimento da enfermagem humanística (em todos os seus aspectos).
- História: destinadas a publicação do original e / ou revisões de história da enfermagem.
- Antropologia: seção reservada para a inclusão de original e / ou revisões de trabalho antropológico sobre cuidados de enfermagem.
- enfermeiras Teoria e métodos: seção dedicada à publicação de opiniões originais e / ou que contribuam para o desenvolvimento teórico e filosófico da enfermagem como os seus métodos e aplicações práticas.
- Outros: Seção dedicada a actividades de divulgação, notícias, calendário etc, resenhas de livros novos.
- Cartas ao editor

DE APRESENTAÇÃO DE TRABALHO

- Estrutura do manuscrito: Na primeira página vai conter o título do artigo em letras minúsculas em três idiomas, nesta ordem: Espanhol, Inglês e Português, seguido do nome dos autores (não mais que 6), em letras minúsculas. Primeira letra inicial maiúscula, separados por um ponto seguido pelo sobrenome em minúsculas, por exemplo: M^a C. Solano Ruiz. Por um asterisco (sobrescrito) escrever seu mais alto grau académico ou contato profissional e endereço do primeiro autor com o seu e-mail e telefone. Na segunda página:.. Resumo do trabalho não superior a 200 palavras (em Inglês,

Português e Espanhol, para além de quatro a cinco palavras-chave em todas as três línguas. As páginas seguintes incluem o conteúdo do artigo para evitar subscritos e notas rodapé, com uma área não superior a 17 páginas, a última página é dedicada à literatura.

- O sistema de nomeação é adotado na revista de acordo com a Harvard-lei APA: o texto não aparece apenas em letras minúsculas o nome do autor ea data entre parênteses, por exemplo (Lopez, 1998). A bibliografia no final do artigo serão numerados e dispostos em ordem alfabética pelo sobrenome do autor, por exemplo

Sanchez, J. (1997) História da panacéia Journal. Polity Press, Barcelona (Book)

Sanchez, J. (1997) História da panacéia Journal. Enfermagem da Ciência 8, 22-27 (Journal Article)

Sanchez, J. (1997) História da panacéia Journal. In: Cibana, I. L.. ed. Os espanhóis periódicos de enfermagem Síntese, Madrid. 88-102 (Capítulo de Livro).

Para citar documentos / artigos "on line":

Pagani, R.. (2002). Relatório Técnico. O crédito Europeu e do sistema educativo espanhol. Disponível http://www.eees.ua.es/http://aneca.es/modal_eval/docs/doc_425.baixado_426_27_de_julho_de_2008.

- As ilustrações, gráficos e fotografias serão enviadas para um outro arquivo, indicando o seu número de ordem e título em rodapé ou o inverso no caso das fotografias. Gráficos, de preferência, devem ser apresentadas em preto e branco.
- Apresentação: Times New Roman, tamanho letra 12, com espaçamento duplo.
- Os autores devem fazer o "check list", disponível aqui, antes da apresentação do artigo.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE ARTÍCULOS

La revista Cultura de los Cuidados publica artículos en español, portugués e inglés. La recepción de los mismos pasa por un proceso de selección en una primera revisión por el Consejo editorial verificando el cumplimiento de los requisitos propios de la revista, descritos en las indicaciones a los autores, en caso de no cumplir estas condiciones se le notifica al autor o autores para que realicen los cambios oportunos.

Posteriormente tras la clasificación temática y preservación del anonimato del manuscrito los documentos son enviados a dos especialistas de reconocido prestigio en el área de conocimiento, para que procedan a su evaluación. Una vez recibidos los conceptos de los pares académicos se toma una decisión conjunta con el Consejo Editorial que puede ser de aceptación con ajustes, de aceptación definitiva o de rechazo comunicándolo al autor o autores a través de correo electrónico o postal.

En caso de que la decisión del Consejo Editorial sea la de rechazo se remitirá el informe de los evaluadores junto con la decisión adoptada por el Consejo Editorial que fundamenta esta decisión.

Los manuscritos que sean considerados para publicación previa modificación, se notificarán con una propuesta concreta de modificación o con el informe de los evaluadores. Los autores dispondrán de un máximo de 2 semanas para comunicar a la secretaria de redacción su decisión en la modificación del mismo y en el plazo máximo de dos meses se comprometerán a entregar la versión revisada.

La revista se reserva el derecho de realizar revisiones de estilo que faciliten la claridad y la comprensión del texto.

Los factores donde se fundamenta la decisión sobre la aceptación o rechazo de los trabajos por parte de la redacción de la revista son los siguientes:

- La originalidad, novedad y actualidad del tema.
- Relevancia y aplicabilidad de los resultados.
- Calidad metodológica. Fiabilidad y validez
- Presentación, buena redacción, organización y coherencia lógica del texto.
- La inclusión en los manuscritos enviados de, al menos, una cita de artículos publicados en Cultura de los Cuidados.

EVALUATION CRITERIA AND SELECTION OF ARTICLES

“Cultura de los Cuidados” (The Culture of Care) Journal publishes articles in Spanish, Portuguese and English. Admission will be subject to a selection process in a first review by the Editorial Board to verify compliance with the requirements of the Journal, as stated in the instructions for authors. In the case these conditions are not met, the author or authors will be notified in order to make the necessary changes.

After accomplishment of topic classification and preservation of the anonymity of the paper, documents are submitted to two specialists of recognized prestige in the corresponding area of knowledge for evaluation. Once peer academic report is produced, decision is reached together with the Editorial Board to either accept with adjustments, final acceptance or rejection that will be notified to the author or authors by email or post.

Should the decision of the Editorial Board be to reject, the evaluators’ report will be sent together with the decision of the Editorial Board that substantiates this decision.

Manuscripts to be considered for publication after amendment shall be notified with a specific proposal for amendment or with the evaluators’ report. Authors will have a maximum of 2 weeks to inform the Assistant Managing Editor of their decision of amendment and the deadline for submitting the revised version is two months maximum.

The Journal reserves the right to make revisions in style to facilitate clarity and understanding of the text.

The factors which ground the decision on acceptance or rejection of papers by the Journal Editor are:

- Originality, novelty and contemporary issues.
- Relevance and applicability of the results
- Methodological quality, reliability and validity
- Presentation, good writing, organization and logical consistency of the text.
- The inclusion in manuscripts submitted to at least one citation of articles published in Culture Care.

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO E SELEÇÃO DE ARTIGOS

A Revista Cultura de los Cuidados publica artigos em Espanhol, Português e Inglês. O recebimento dos mesmos está sujeito a processo de seleção, em primeira revisão, pelo Conselho Editorial, no qual verifica-se o cumprimento dos requisitos próprios da Revista, descritos nas indicações aos autores. Em caso de cumprimento dessas condições, será notificado o autor ou autores para que realizem as mudanças oportunas.

Em seguida, depois da classificação temática e preservação do anonimato do manuscrito, os documentos serão enviados a dois especialistas de reconhecido prestígio na área de conhecimento, para que procedam à avaliação. Uma vez recebidos os conceitos dos dois pares acadêmicos, toma-se decisão conjunta com o Conselho Editorial, que pode ser de aceitação com ajustes, de aceitação definitiva ou de recusa, comunicando-se a decisão ao autor ou autores, por meio de correio eletrônico ou postal.

Se a decisão do Conselho Editorial for de recusa do artigo, será informado ao autor ou autores acerca dessa decisão adotada pelo referido Conselho, apresentando-se os fundamentos que a justificam.

Os manuscritos que forem aprovados para publicação, porém com prévia modificação, far-se-á notificação ao autor ou autores com uma proposta concreta de modificação e com informe dos avaliadores. Os autores disporão de no máximo 2 semanas para se comunicarem com a Secretaria de redação acerca da modificação proposta e no prazo máximo de dois meses se comprometerão a devolver a versão corrigida, caso tenham concordado com as correções.

A Revista reserva para si o direito de realizar revisões de estilo que facilitem a clareza e compreensão do texto.

Os fatores que fundamentam a decisão sobre a aceitação ou recusa dos trabalhos, por parte da redação da Revista são os seguintes:

- A originalidade, novidade e atualidade do tema;
- Relevância e aplicabilidade dos resultados;

- Qualidade metodológica, confiança e validade;
- Apresentação, boa redação, organização e coerência lógica do texto.
- A inclusão em manuscritos submetidos a pelo menos uma citação de artigos publicados nos Cuidados de Cultura.

Editorial

Situación de la investigación en enfermería en Méjico

Situation of the nursing,s research in Mexico

Situação da pesquisa em enfermagem no Méjico

Mtra. Rosa A. Zárata Grajales

*Profesora de Tiempo Completo, Coordinadora de Investigación ENEO-UNAM/
Directora Adjunta del Centro Colaborador de la OMS/OPS/ENEO.*

INTRODUCCIÓN

En México, la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) es la instancia Universitaria reconocida como pionera y líder en diversos proyectos para el desarrollo de la Enfermería profesional. Para el caso particular de la investigación la ENEO ha buscado su desarrollo como eje de crecimiento disciplinar, así como para contribuir a la salud de la población como objetivos estratégicos definidos desde hace varios años en el Plan de Desarrollo Institucional y que permita la consolidación de la investigación como eje para el crecimiento de la Disciplina así como para incorporar a la escuela en el sistema de investigación en nuestra Universidad y en nuestro País.

Así, en este artículo se plasman los logros que en materia de investigación ha alcanzado la ENEO, sin perder de vista que aún quedan muchos retos. Se integra el estado que guarda la investigación en la ENEO, el Diagnóstico estratégico, las áreas de oportunidad en materia de investigación tales como el Comité de Investigación y la Red de Unidades de Investigación en Enfermería. Desde 2004, de manera regular se han promovido el desarrollo de políticas institucionales de investigación, como la participación en proyectos Multidisciplinares con la Facultad de Medicina y de Psicología de la UNAM, la creación de la Red de Unidades de

Investigación con los Institutos e Instituciones Nacionales de salud, la constitución de Grupos de Investigación y la edición de la Revista Enfermería Universitaria. Así también se incorporan algunos datos sobre la investigación a través de las publicaciones en las revistas de enfermería. Es de esperar que este documento permita al lector mostrar un balance de lo realizado en materia de investigación en la ENEO, el camino que ha seguido para su organización y desarrollo así como las oportunidades para el desarrollo y consolidación.

La investigación en la ENEO. El Plan de Desarrollo Institucional.

La ENEO a partir de los Planes de Desarrollo de los últimos diez ha incorporado como tarea sustantiva la Investigación, por lo que ha revisado su estructura, la organización, la necesidad de integrar un Comité para atender las políticas y cumplir con las acciones estratégicas contempladas y dirigidas a la consolidación de la Investigación como función sustantiva institucional.

Es cada vez más ostensible la necesidad de establecer políticas y estrategias de desarrollo para el mejoramiento de la investigación en enfermería que permita dar respuesta a los cambios y necesidades presentes y futuras de las personas, familias y grupos para proteger su salud, prevenir enfermedades y muertes

evitables; así como establecer acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la salud y al bienestar de todas las personas; además como un aporte institucional hacia los Objetivos del Desarrollo del Milenio.

La Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México, plenamente identificada con lo anterior, hace suyo el compromiso ineludible de velar por la calidad y pertinencia en la formación de futuros profesionales de enfermería, pues reconoce plenamente el papel estratégico de este proceso, ya que en estos profesionales recaerá la responsabilidad de ofertar una atención de calidad y en su caso, de la generación de modelos innovadores de atención y de gestión del cuidado, ante las crecientes y diversas necesidades de la población mexicana¹. Considerando todo lo señalado en este año; la ENEO plantea los siguientes proyectos para tal fin en materia de investigación: Fortalecimiento y desarrollo de la investigación, Mejorar la Gestión e incrementar la Calidad y Productividad. Esto sin duda resultado del diagnóstico institucional y los antecedentes que enmarcan a la ENEO y sus funciones sustantivas en los años anteriores así como la visión estratégica de sus directivos con una perspectiva de largo alcance.

Dentro de estos logros resultado del trabajo de profesores, estudiantes y dirigentes de la ENEO se encuentra la creación de un área física que contara con la infraestructura necesaria para la actividad de investigación dentro de la Escuela, se construyó la Unidad de Investigación inaugurada por el entonces Rector de la UNAM, Dr. Juan Ramón de la Fuente, en el mes de febrero del año 2007. La unidad fue construida en 878 metros cuadrados. Se ubican en ella profesores, técnicos académicos y estudiantes de pregrado y posgrado que par-

ticipan en los diferentes grupos y líneas de investigación.

Por otro lado y al asumir que la investigación no puede ser una actividad aislada se apoyó la conformación de grupos de investigación disciplinar e interdisciplinar, a los cuales se les conminó a formar e integrar a su equipo a estudiantes de pre y posgrado buscando a su vez con esto iniciarlos y estimularlos en el camino de la investigación. De igual manera se propició la participación de estos grupos de investigación y sus proyectos en las convocatorias emitidas por la UNAM y fuera de ella para obtener financiamiento para su desarrollo. Así también fue necesario diseñar el sistema de información (2009) el cuál ha permitido elaborar los catálogos de investigaciones realizadas en la dependencia, definir indicadores de resultado y tomar decisiones para el apoyo y fortalecimiento de la tarea.

Dentro de este contexto de avances de la investigación en la ENEO, se inició la difusión de los resultados en el año 2003 con la edición de la Revista Enfermería Universitaria, con el objetivo de difundir las aportaciones de enfermería en materia de docencia, investigación y práctica que pueden ser fuente de consulta para los profesionales interesados en el cuidado de la salud². Es importante señalar que en esta publicación participan profesionales de la enfermería, la comunidad universitaria y de los servicios de salud. Actualmente la Revista se publica de manera trimestral y está incluida en la base de datos CUIDEN de España, así como en el Sistema de Información LATINDEX del Departamento de Bibliografía Latinoamericana de la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM y se encuentra en línea en el catálogo de publicaciones de la UNAM³ y está siendo evaluada para su indexación en bases de datos internacionales.

En el 2007 se consideró necesario analizar la producción científica y el desarrollo de las líneas de investigación en la ENEO en el marco de las políticas nacionales e internacionales en esta materia por lo que, en el mes de junio del año 2008, se realizó el Seminario Taller Organización de la Actividad Científica en la ENEO; durante el cual se definieron las áreas, grupos y líneas de investigación así como las políticas de operación y de visibilidad de la productividad científica en la Escuela.

Durante esta actividad académica los responsables de los diversos proyectos de investigación analizaron en qué medida cada proyecto podía circunscribirse a un grupo y/o línea de investigación. Lo anterior implicó la adopción del trabajo en grupo para alcanzar entre otras cosas, el mejoramiento en la gestión de los procesos relacionados con la investigación, diseño, evaluación, financiamiento, difusión, articulación con la docencia y la extensión universitaria, la producción de conocimiento y la generación de semilleros de jóvenes investigadores y apoyar la inserción de investigadores en un mundo globalizado etc.

Así también se diseñó el Sistema de registro, seguimiento y productividad de proyectos, el cual tiene como base el catálogo de indicadores de desempeño de entidades y dependencias universitarias para registrar los proyectos de manera automatizada y medir la productividad científica a través de los indicadores de investigación que tiene la UNAM. Del año 2003 a la fecha, se han registrado 41 proyectos de investigación de los cuales 12 se han concluido, 29 están en proceso, 6 son proyectos multidisciplinarios: 5 con la Facultad de Medicina y 1 con la Facultad de Psicología. De los 29 proyectos vigentes, 13 se han apoyado con financiamiento, en ellos participan profesores y alumnos de pregrado y posgrado. En cuanto

a algunos indicadores de productividad de los proyectos, en el último año 22 publicaciones científicas: 10 nacionales, 7 internacionales y 5 de divulgación; se han publicado 3 libros, 34 capítulos de libro y una guía clínica basada en evidencia⁴.

Podrá observarse en todo lo anterior que la perspectiva es consolidar la investigación como uno de los ejes para el desarrollo de la escuela y de la disciplina, los retos son apoyar mayor participación en grupos de investigación multidisciplinarios del ámbito local, nacional e internacional, alcanzar indicadores de desempeño científico cada vez más altos que posibiliten la evaluación, ingreso y permanencia en el Sistema Nacional de Investigadores (SNI), contribuir con los resultados de las investigaciones al diseño de políticas nacionales en materia de salud y enfermería, consolidación de los grupos y líneas de investigación como una estrategia de profundización temática, publicación de los resultados de la investigación, mismos que deberán mostrar su impacto en los diversos ámbitos de ejercicio profesional.

Para lo anterior se deberán establecer acciones que favorezcan y alienten el trabajo y desarrollo de todos y cada uno de los grupos de investigación, entre otras; apoyo técnico, administrativo y bibliohemerográfico; orientación, asesoría y capacitación en aspectos teórico metodológicos relativos a la investigación y la publicación; establecimiento de convenios para el trabajo multidisciplinario e interinstitucional, estancias doctorales y posdoctorales y la formación de profesores con estudios de doctorado en Enfermería ; así también destinar recursos institucionales como capital semilla a través de convocatorias internas para el desarrollo de proyectos en aquellas áreas de interés institucional.

Una de las estrategias que creemos en los próximos años contribuirá al desarrollo de la investigación es la conformación de redes y comunidades científicas de Enfermería en las Américas, lo anterior facilitado por los recursos informáticos y la velocidad de la comunicación. Estas redes constituyen una estrategia sólida para potenciar la contribución de las enfermeras a la promoción de la salud y la mejora constante de los servicios, así como para proveer el acceso universal y equitativo de la atención a la salud.

La Red de Unidades de Investigación en enfermería ENEO Institutos Nacionales e Instituciones de Salud inició sus trabajos en el mes de octubre del año 2007 con los siguientes objetivos: compartir información y conocimiento de Enfermería en diversas áreas, Identificar problemas, intereses y prioridades comunes relativos a la práctica, la gestión, la investigación y la educación en materia de los diversos campos del conocimiento y generar alternativas de transformación compartidas, realizar investigación multicéntricas entre sus integrantes y promover la articulación entre sus integrantes para ampliar y fortalecer sus actividades de cuidado, enseñanza, investigación y cooperación técnica.

Los convenios con los institutos e instituciones de salud para el establecimiento de unidades de investigación son: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), Instituto Nacional de Cardiología (INCar), Instituto Nacional de Cancerología (INCan), El Instituto Nacional de Pediatría (INP), Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN), Instituto Nacional de Perinatología (INPer), Centro Materno Infantil del Grupo de Es-

tudios del Nacimiento (CIMIGEN), Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) y el Hospital de Jesús.

En estos años se lograron avances importantes en la organización de la Red de unidades de investigación entre los que destaca: la elaboración del diagnóstico situacional de cada una de las Unidades que integran la Red para detectar fortalezas y debilidades, se apoyó la infraestructura para la investigación en las unidades y se definieron programas de trabajo y proyectos de investigación conjuntos. La Red de Unidades de Investigación programa cursos, seminarios sobre diversos tópicos de investigación de Enfermería, realiza reuniones de trabajo y se fortalece como grupo de investigación para mejorar la investigación en enfermería en sus instituciones de salud.

Por otro lado y con el propósito de avanzar hacia la creación de grupos y unidades de investigación se organizó el Seminario-Taller: Organización de la Actividad Científica en la ENEO para definir los grupos, líneas prioritarias y proyectos que permitirían sistematizar el trabajo y consolidar el sistema de investigación.

En este taller se conformaron los siguientes grupos y líneas de investigación:

Grupo	Líneas de investigación
1.- Educación en enfermería	<ul style="list-style-type: none"> • Procesos pedagógicos • Evaluación Educativa • Enseñanza clínica
2.- Gestión del Cuidado de Enfermería	<ul style="list-style-type: none"> • Calidad del cuidado • Gestión y regulación de recursos humanos • Mercado y Desempeño laboral
3.- Cronicidad y bienestar	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado y práctica de enfermería en enfermedades crónicas • Enfermería y salud familiar • Cuidadores primarios.
4.- Filosofía e Historia del cuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Historia de la Enfermería en la ENEO
5.- Salud de las mujeres y género	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de sí mismo y del otro. • Sexualidad, procreación de los seres humanos y cuidado cultural
6.- Ciencias sociales, salud y enfermería.	<ul style="list-style-type: none"> • Salud y cultura • Migración y mercado laboral

Los integrantes de los grupos trabajaron de manera colegiada a fin de dar: sustento teórico; justificación, conceptualización teórico metodológica, identificación de núcleos temáticos, propósitos y metas, así como la productividad que cada grupo había generado⁵.

Retos y Perspectivas

La Investigación de enfermería si bien es una actividad sustantiva en muchas universidades e instituciones del país tiene retos que hay que remontar y que en el ámbito nacional se reflejan en las características de sus publicaciones, al respecto (García, Gómez, Aguilar y cols⁶). en su artículo sobre las Tendencias y Características de la investigación en enfermería en México señalan a partir de una revisión de 2005 a 2010 de sus publicaciones, que la producción de artículos fue de 358 y sus principales temáticas la clínica con un 36.9%; enfermería comunitaria, 23.7%, educación, 21.5% y el resto relacionados con temas de administración y enfermería familiar entre otros; el número de autores por artículo tuvo una media de 3.38 y el grado académico del primer autor en su mayoría fu con estudios de maestría un 41.1%. Otro de los hallazgos encontrados por los autores se refieren a que el 75% de los autores proceden de instituciones universitarias y solo el 18% de instituciones del sector salud y solo el 10% de los artículos incluyeron estudiantes.

Con respecto al financiamiento de los proyectos, los autores destacan el 80% de los artículos revisados no destacan el tipo de financiamiento recibido ni su procedencia, el 3.6% de ellos mencionan que los recursos fueron asignados por los propios investigadores y solo el 2% del Consejo de Ciencia y Tecnología.

En relación a las consideraciones éticas del proyecto el 27% de los artículos revisados contaron con evaluación de un Comité de éti-

ca e investigación institucional y el 52.2% con el consentimiento informado implícito en el artículo y el resto no lo informó. Así también evaluaron el número de referencias citadas por artículo encontrando que en promedio el número de estas fue de 6.7% + - 4.7 y 2.7 + - 3.1 referencias electrónicas.

En relación a las características metodológicas de los artículos evaluados por dichos autores, mencionan que el paradigma predominante en el 77.5% de las investigaciones fue el cuantitativo, 16% cualitativo y 6.5% mixto. El 56% de los estudios cuantitativos fueron descriptivos, el 23% correlacionales, 14% experimentales y 7% exploratorios; la tercera parte de ellos utilizaron análisis paramétrico y el cerca de la mitad análisis no paramétrico; el porcentaje restante ambos tipos de análisis; así también identificaron que el 86.7% de los estudios fueron transversales. Por otro lado los estudios identificados por los autores relacionados con el paradigma cualitativo en su mayoría fueron etnográficos el 33.7 %, con teoría fundada el 32.6%.

Por otro lado en el trabajo realizado por Ailinger, Nájera, Castrillón y Manfredi⁷ quienes analizaron un total de 263 trabajos presentados en los coloquios panamericanos de Investigación en Enfermería identificaron que la principal temática abordada fue la relativa a Salud Pública con un 32%, de recursos humanos 23% y el 14% en el entorno clínico. La mayoría de las investigaciones fueron realizadas y presentadas por profesores incorporados a instituciones educativas y el 13% de enfermeras de los servicios clínicos o comunitarios. En otro estudio reportado por Balseiro y Torres⁸ analizaron tres años de publicaciones de una revista universitaria nacional, partir de la opinión de los lectores y autores de artículos de la misma, la muestra incluyó ochenta artículos publicados del 2004 al 2006; encontrando que

solo 12 correspondieron a artículos de investigación y la opinión de los expertos respecto a los mismos fue que el 68% eran originales y que los artículos aportan en los general elementos para el desarrollo de la práctica profesional.

Otro estudio presentado y publicado en las memorias del X Coloquio Panamericano celebrado en Buenos Aires Argentina⁹ integra 79 trabajos presentados por México de los cuales el 39% corresponden al área educativa, 23% al área clínica 19% a estudios en la “comunidad” y el resto aspectos de gestión académica y de servicios de enfermería.

CONCLUSIONES:

Si bien este trabajo presenta algunos datos que se pueden considerar como características y tendencias de la investigación realizada y publicada por los profesionales de enfermería en los últimos años, de ninguna manera pretende ser concluyente ya que es una revisión que explora la situación en nuestro país y permite identificar algunos elementos entre ellos la consistencia entre los análisis realizados por la Federación Argentina de enfermeras en las memorias de X Coloquio Panamericano de investigación en Buenos Aires en relación a que la mayor parte de la investigación en los países de la región la realizan los profesores de las instituciones educativas o bien los alumnos de posgrado adscritos a alguna de ellas y por lo tanto se continua la tendencia de realizar en su mayoría estudios de este tipo, situación que se puede identificar también en la ENEO, seguidos por los temas relacionados con intervenciones de enfermería en el área clínica, la gestión y los problemas diversos de salud.

Se identifica también en el país que el avance y consolidación de los estudios de posgrado en el nivel de maestría se identifica una mayor

producción de artículos científicos resultados de trabajo investigativo o de revisión de literatura realizada por estudiantes. Sin embargo también se observa poco trabajo multidisciplinar situación que deberá ser atendida a fin de favorecer la inscripción de proyectos a bolsas que apoyan trabajos con una nueva organización de grupos académicos en desarrollo o consolidados.

La Enfermería en México como disciplina se ha desarrollado en los últimos años, el proceso de profesionalización, los estudios de posgrado, el reconocimiento a su objeto de estudio: el cuidado a la vida humana abre escenarios para su continuo fortalecimiento, prueba de ello es que ha venido ampliando y profundizando su cuerpo de conocimientos que hoy se caracteriza por su pluralidad, el uso de diversos enfoques, metodologías y corrientes teóricas; muestra la riqueza de la práctica del cuidado pero también su complejidad.

Si bien tenemos avances en estos aspectos se identifican retos, que pasan por la academia y los servicios de salud en la identificación de la importancia de la Enfermería no solo por su hacer técnico científico sino por su potencial contribución intelectual al estudio de los fenómenos de la salud y del cuidado a la salud y a la gestión del sistema.

Por ello se requiere formar profesionales de la enfermería que se constituyan en una masa crítica de profesionales clínicos, comunitarios, investigadores, teóricos y políticos que orienten en nuestro país las decisiones en salud, de cuidado a la vida, de formación profesional y de ciencia y tecnología; si esto no se atiende en el mediano plazo seguramente la sociedad encontrará respuesta en nuevos agentes de salud que den respuesta a las necesidades a bajo costo y seguramente con riesgo para la vida y salud de las poblaciones.

Debemos avanzar con mayor rapidez, hoy día nos es suficiente identificar el objeto de estudio de la disciplina y de la praxis de la enfermería, el cuidado, es necesario asumir el reto de contribuir a modificar los entornos del cuidado, fundamentar la praxis en evidencia científica; pero también asumir el reto de que esa praxis tenga sensibilidad, creatividad y toque humano y que no solo sea identificada por nosotros los profesionales del cuidado sino sobre todo por la sociedad.

Esto último implica identificar las necesidades sentidas por la población en el cuidado a la salud e intervenir con cuidados profesional que apunten al bienestar colectivo o individual, adelantarnos, nos demanda comprender el significado de los cambios demográficos y epidemiológicos, de los sistemas y servicios de salud a fin de a través de la investigación diseñar modelos de intervención profesional costo efectiva que contribuyan a mejorar los indicadores de salud, posicionar a la enfermería en el escenario de la comunidad científica y hacer visible la importancia del cuidado para la vida y el desarrollo de un país.

NOTAS:

¹ ENEO. Plan de desarrollo Institucional 2011 – 2015, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Secretaría de Planeación Documento impreso ENEO. México, 2011.

² <http://www.eneo.unam.mx/eneosite/index.php>.

³ www.revistas.unam.mx

⁴ ENEO-UNAM. Informe de Gestión 2007-2010. México.

⁵ Rubio, S. Zárate, R y Balseiro, L. La Organización de la Investigación en la ENEO. Grupos, Líneas y Proyectos. Ed. Porrúa, México. 2010.

⁶ García, Pérez, Aguilar y cols. Tendencias y características de la investigación en enfermería publicada en México. Rev Enfermería Universitaria. Vol8. año8. No.1 Enero-Marzo 2011.

⁷ Ailinger, Nájera, Castrillon y Manfredi. Nursing Research in Latin América: 1988-1998. Rev. Latino-am Enfermagem (internet). 2005, 13(6): 296-298 (Consultado el 10 Agosto 2011). Disponible en <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6a02.pdf>

⁸ Balseiro, L. Torres, MA. Evaluación Interna y Externa de Revista Enfermería Universitaria de la ENEO-UNAM 2004-2006; 6 (1): 12-21.

⁹ X Coloquio de Investigación en Enfermería: La Investigación de Recursos Humanos de Enfermería por la salud. Buenos Aires, 2006 Noviembre 27-30. AEERA, FAE; 2006.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ENEO. Plan de desarrollo Institucional 2011 – 2015, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Secretaría de Planeación Documento impreso ENEO. México, 2011.

2. <http://www.eneo.unam.mx/eneosite/index.php>.

3. www.revistas.unam.mx

4. ENEO-UNAM. Informe de Gestión 2007-2010. México.

5. Rubio, S. Zárate, R y Balseiro, L. La Organización de la Investigación en la ENEO. Grupos, Líneas y Proyectos. Ed. Porrúa, México. 2010.

6. García, Pérez, Aguilar y cols. Tendencias y características de la investigación en enfermería publicada en México. Rev Enfermería Universitaria. Vol 8. año8. No.1 Enero-Marzo 2011.

7. Ailinger, Nájera, Castrillon y Manfredi. Nursing Research in Latin América: 1988-1998. Rev. Latino-am Enfermagem (internet). 2005, 13(6): 296-298 (Consultado el 10 Agosto 2011). Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6a02.pdf>

8. Balseiro, L. Torres, MA. Evaluación Interna y Externa de Revista Enfermería Universitaria de la ENEO-UNAM 2004-2006; 6(1): 12-21.

9. X Coloquio de Investigación en Enfermería: La Investigación de Recursos Humanos de Enfermería por la salud. Buenos Aires, 2006 Noviembre 27-30. AEERA, FAE; 2006.

Fenomenología

Tú pierdes, yo gano

You lose, I win

Você perde, eu ganho

Concha Fernández González

Relato ganador premio Vida y Salud de Narrativa en su XI Edición (modalidad absoluta)



“Tú pierdes, yo gano”. Una vez más, el gordito Moncada me escupía la maldita frase con un aire de superioridad impropio de su torpeza. Pero, a decir verdad, no sólo era el gordito Moncada –al que hacía extremadamente feliz que hubiera alguien que fuera más lento que él– también me la decían el resto de chicos con los que jugaba. Yo era el último siempre en cualquier tipo de competición que se planteara. Perdía al rescate, al balón prisionero, al escondite, a pídola... Cuando jugábamos al fútbol nadie quería que fuese en su equipo y lo mismo ocurría con los otros juegos de grupo. Yo me sentía fuerte, ágil. Mi cuerpo flacucho y fibroso era, además, un aliado, pero me entorpecía una bota con una suela de corcho de diez centímetros que pesaba como una losa, aunque sirviera para igualar mis asimétricas piernas. Había nacido con una luxación de ca-

dera que me tuvo escayolado de cintura para abajo desde mis primeros días de vida hasta cumplidos los seis meses. Después, al parecer, usé arneses que mantenían mis piernas abiertas y dobladas, botas de tracción, etc. Aquello no sirvió para nada y, a pesar de todas las incomodidades por las que pasé, mis piernas comenzaron a crecer de manera desigual.

“Tú pierdes, yo gano”. Cada vez que crecía me tenían que poner una capa más de corcho en la suela de la bota con lo que su peso aumentaba en la misma proporción que aumentaba mi torpeza. Siempre llegaba el último en las carreras que los niños echábamos por diversión, muy por detrás del gordito Moncada que, invariablemente, era el penúltimo y aprovechaba esta ventaja para soltarme su frase preferida: “tú pierdes, yo gano”. Según parecía, competía sólo contra mí porque era evidente que él era tan perdedor como yo, bueno, como yo no, un poco menos.

Por eso fui dejando de jugar con mis amigos y también de echar carreras con ellos. Casi sin darme cuenta, empecé a aislarme y para ello busqué un lugar tranquilo en el que la soledad fuera mi única compañía. Lo encontré en la cala de los Cristianos, una pequeña playa alejada del pueblo y rodeada de acantilados. Allí me refugiaba muchos días al salir del colegio. Me sentaba en la playa, me quitaba las

botas y enterraba mis pies en la arena, sintiendo la caricia, todavía tibia, que me procuraba. Luego observaba durante horas la inmensidad del mar. Así descubrí los miles de azules que escondía y que siempre estaban relacionados con su caprichoso estado de ánimo. Si el mar tenía un color azul oscuro, casi índigo, estaba enfadado y próximo a romper con furia contra las rocas. Si su color era turquesa tenía un día tranquilo que invitaba a adentrarse en él. Entre estos dos extremos había una amplia gama de azules que se identificaban con otros tantos estados de ánimo: azul celeste, turquesa, aguamarina, añil, oscuro, índigo, eléctrico, ultramar... Azul, siempre azul.

Al descubrir el placer que me provocaba la soledad y la contemplación del mar acentué mis escapadas y llegué a hacerlo diariamente. Mi escondite no era frecuentado por nadie. Estaba lejos del pueblo y el acceso no era fácil. Allí me encontró el nuevo profesor de gimnasia. Acababa de llegar al pueblo a tan sólo dos meses de que el curso terminara. Sustituía al titular, que había sufrido un accidente de coche. Cuando él llegó yo me tiraba de la pierna más corta por lo que no me di cuenta. Tenía la falsa esperanza de que si tiraba de ella cada día durante un buen rato, lograría que me creciera y llegaría a ser como la otra, prescindiendo de la fea e incómoda bota. Él se aproximó en silencio, descalzo y amortiguadas sus pisadas por la arena, de manera que no lo advertí. Cuando me habló estaba tan concentrado en mi estiramiento que me sobresalté:

- ¿Qué haces?

- Nada, le respondí ruborizado.

Pero él no se rindió y, como si hubiera adivinado en qué me ocupaba, añadió:

- No sigas esforzándote, la pierna no crecerá más porque tires de ella. Es más, podrías lastimarte.

Bajé la cabeza avergonzado. Se sentó a mi lado y estuvimos un largo rato en silencio. Yo no sabía qué decir. Me sentía ridículo. Finalmente fue él quien habló.

- ¿Te gusta el mar?, preguntó.

Entonces, empecé a contarle lo que sentía contemplándolo. Le hablé de sus colores, de sus estados de ánimo, del rumor de las olas, de la espuma que parecía puntillas, de su olor, de su sabor. Después, le dije que si yo hubiera nacido pez en lugar de niño no tendría piernas y no sería una más corta que otra y no tendría que escuchar siempre la famosa frasecita "tú pierdes, yo gano" que todos se creían con derecho a decirme. Hablé demasiado de todo lo que me ocurría y que nunca había contado a nadie. Y no sé por qué lo hice y más con un desconocido que acababa de llegar al pueblo. Quizás por eso, porque era un desconocido. Cuando me callé me di cuenta de ello, pero ya era tarde. Él escuchó todo el tiempo sin interrumpirme y todavía continuó en silencio un gran rato cuando yo ya había terminado. Luego, mientras cogía un puñado de arena en la mano y la dejaba deslizarse suavemente entre sus dedos, me preguntó:

- ¿Sabes nadar?

No, no sabía nadar. Si no podía andar bien ¿cómo iba a arriesgarme a meterme en ese mar, hermoso, pero impredecible, que tenía tanta agua que daba vértigo?

- No, contesté.

- Pues yo te voy a enseñar.

No me preguntó si quería aprender. No pidió mi opinión. No me consultó. Dijo que él me iba a enseñar y lo dio por hecho. Cuando le recordé la desigualdad de mis piernas respondió:

- En el agua, eso da igual.

Desde aquel día nos reunimos todas las tardes en nuestro rincón secreto. Yo puse la ilu-



sión, él la perseverancia. Hacíamos en la arena ejercicios de respiración, de braceo, aeróbicos. Cuando creyó que ya sabía la teoría básica, me invitó a meterme con él en el mar. Después, me pidió que me lanzara al agua y pusiera en marcha todo lo que me había enseñado en tierra. Respiré con torpeza, braceé con desacierto, moví las piernas con incompetencia, pero él no se desanimó. Colocó su mano en mi tripa y me sujetó para que no me hundiera. Aquel día y todos los demás que siguieron estuvo a mi lado corrigiéndome, animándome y apoyándome hasta que creyó que estaba preparado para nadar sin ayuda. Cuando dejó de sujetarme yo me mantuve a flote, capaz de avanzar sin tragar agua y me sentí ágil, ligero y veloz, como si hubiera conseguido romper un hilo invisible que me mantenía permanentemente atado a mis botas y que me impedía volar. Ya no pesaba más mi pierna izquierda, ya no había ningún lastre que me anclara al suelo. Por primera vez en mi vida supe lo que era la libertad.

Después de aquella tarde hubo muchas más. El curso terminó y el profesor se marchó. Yo iba perfeccionando ya solo mi estilo y el mar se convirtió, además de en un amigo, en un cómplice. Empecé a desarrollar tal dependencia del agua que durante todo el verano no falté un solo día a la cita. Soñaba, constantemente, con el momento en que me reencontrara con ella y nos abrazáramos en una danza íntima y feliz.

En septiembre, al inicio del curso, se reincorporó el profesor accidentado y no volví a ver al suplente nunca más. Se llevó nuestro secreto con él. Sin embargo, su enseñanza sirvió para que siguiera practicando en el mar sin desánimo. Sólo faltaba a mi cita cuando las olas se encrespaban, su color era azul oscuro y su ánimo enfurecido. Seguía buscando el aislamiento y nadie estaba al corriente de mi afición. Quería conservar sólo para mí esa excitante sensación de poder y libertad. Así, en absoluta soledad me imaginaba, según los días, ser un delfín amistoso e inteligente, un tiburón agresivo y poderoso o una sardina humilde y discreta. Mientras lo hacía, me fundía en una simbiosis perfecta con el agua, a veces tan perfecta, que me costaba salir y volver a calzar mi bota que me esperaba paciente sobre la arena, recordándome que yo era un ser terrestre, no marino y que, a pesar de que me empeñara en lo contrario, tendría que volver a caminar y a enfrentarme con mis piernas asimétricas que me hacían cojear.

“Tú pierdes, yo gano”. Pasó el tiempo y crecimos todos. Aunque cada vez estaba menos tiempo con mis amigos, el gordito Moncada – que ya no era gordito pues con la adolescencia había pegado el estirón y había adelgazado– se empeñó en provocarme delante de las chicas, un día en que habíamos acudido todos a merendar a la playa.

- Tú sabes nadar ¿no?

Sé que esperaba que le dijera que no para humillarme de nuevo y demostrar, una vez más, su superioridad sobre mí, por eso puso cara de sorpresa cuando le contesté:

- Sí.

- ¡Ah!, -se sorprendió- entonces te reto a echar una carrera hasta la boya.

Todos me observaron, algunos con compasión. Las chicas me miraron primero a los

ojos, luego a las piernas y finalmente a mi bota ortopédica que descansaba tumbada sobre la arena.

- Acepto, contesté.

Hubo un murmullo general. No supe, ni quise interpretar de qué tipo. Yo era el perdedor y nadie apostaba por mí. Incluso hubo alguna chica que intentó que desistiera argumentando que no estábamos en igualdad de condiciones. Sé que lo hacía con buena intención, pero a mí me hizo daño su comentario.

Se trazó una línea sobre la arena y nosotros nos pusimos detrás. Aquel día el mar tenía un intenso color azul aguamarina. El gordito Moncada -que ya no era gordito- se acercó a mí antes de la salida y mirándome con suficiencia me soltó: "tú pierdes, yo gano" y se apartó.

Sí, podría haber sido así. Él había mejorado sus habilidades durante el verano para deslumbrar a las chicas que ya empezaban a interesarnos a todos y era buen nadador, pero aquel día, cuando comenzó la carrera, me concentré y

elegí convertirme en un pez vela, el más rápido del océano. No sería capaz de alcanzar los 109 kilómetros por hora que él recorría, pero me metí en su cuerpo, activé la aleta caudal, estiré el hocico, desplegué la cola en forma de media luna y ondulé el cuerpo al ritmo de las olas que parecían componer una hermosa sinfonía marina sólo para mí. Y nadé como nunca lo había hecho antes, sintiéndome el ser más poderoso del océano, el más raudo, el más fuerte, el más ágil, el mejor.

Gané. Gané por primera vez en mi vida, sacando al gordito Moncada una gran distancia, alzándome con un triunfo que me supo a sal, a brisa, a escamas plateadas, a conchas, a coral, a estrellas de mar.

Cuando el gordito Moncada - que ya no era gordito- llegó a la playa, todo el mundo me rodeaba y algunos todavía aplaudían. Me quedé mirándole, avancé hacia él cojeando por la asimetría de mis piernas y, muy bajito, para que nadie me oyera, le susurré:

- Tú pierdes, yo gano.



La pinchaculos

The click ass woman

o clique ass

Lourdes Aso Torralba

Relato ganador premio Vida y Salud de Narrativa en su XI Edición (Modalidad estudiantes/profesionales de la salud)



A veces me despierta un dolor, no tanto físico (que sí los padezco), sino mucho más profundo, como si naciera de bien adentro. Quizá debería llamarlo “miedo oculto”; a lo desconocido, al futuro, al ruido de los zuecos de las enfermeras y, a hacer memoria y comprobar que se ha gastado la pila de mis neuronas.

Cuándo salga a la calle, no he de olvidar comprar alguna, pues a lo mejor así recupero recuerdos sobre lo que he de hacer hoy, los rostros de las visitas.

Aquí huele raro, como a desinfectante fuerte que no se disimula ni con el alcohol alcanforado que nos recomiendan para las friegas en el pecho con las que combatir los resfriados.

Sé que estoy en una especie de mezcla entre hospital de día y residencia de tres estrellas porque se ve que no llega para lujos.

La enfermera de turno entra en la habitación para asegurarse de que aún llevo el termómetro en el sobaco, habla del día tan espléndido y pregunta: ¿cómo está usted? Me recuerda

a los payasos de la televisión pero no se lo digo. Supongo que creería que le estoy tomando el pelo. Eso sí, levanta las sábanas sin miramientos para comprobar que la sonda no se me ha salido de su sitio, anota en el papel la cantidad de orina que han eliminado mis riñones y vuelve a recolocarlos todo. Dice que enseguida van a venir a asearme como es debido y, aún me atrevo a responderle que puedo yo solo, que si me dejan, me meto debajo del plato de la ducha, que eso sí es lavarse de verdad.

Parece estar de acuerdo en ayudarme y llevándome del brazo, a pasitos cortos, como si fuéramos las muñecas de famosa caminito del portal, alcanzo el destino.

Se queda conmigo, no vaya a ser que me caiga y me parta la crisma. Sin embargo, ella dice que todo lo que pueda hacer solo, debo hacerlo. Valora mi independencia o aunque sólo sea, el deseo de valerme por mí mismo.

Cuándo termino de enjuagarme, me alcanza una toalla y después, ropa limpia que huele a hospital tanto como la que acaba de enroscar en forma de balón.

He mirado el menú y, aunque me había hecho ilusiones de que hoy me trajeran chocolate grueso, mi glucosa no me lo permite.

En su lugar, me han dado a elegir entre leche blanca o una infusión con dos galletas tostadas que saben a serrín.

Esta mañana, tampoco nadie ha olvidado el vasito de plástico blanco con mi nombre y las pastillas de colores. Son seis. Si me dejaran,

jugaría al tres en raya un rato, grandes contra chicas. Me acerca un vaso palmero de agua con más lejía y se espera para que no haga trampa ni escupa el preparado químico sobre el macetero del pasillo. Para los huesos, el corazón, la tensión, el colesterol, el azúcar, el tiroides y alguna patología más que ya no me acuerdo.

Sólo después de todo este ritual, me dejan salir abrigado a dar un paseo por el jardín. A mí, entre el estanque y los árboles, me parece un sanatorio para tuberculosos pero mejor no lo digo. Aquí no se puede decir según qué cosas. Mejor es no molestar mucho y acostumbrarse a la rutina porque, estar aquí al menos garantiza unos cuidados. No puedo volver a casa. Pobres hijos, con lo ocupados que están. Ellos tienen su vida y aquí, vivimos como podemos, tirando a bien.

Sin embargo, aunque la catarata del ojo derecho a menudo me gasta alguno de sus guiños, el otro día la vi, a la pinchaculos. No tenía el aspecto tan fiero que nos aterrizzaba de niños, ni tampoco sujetaba el maletín de cuero, ni los instrumentos que ponía a hervir en el fogón de casa. El pelo se le había vuelto blanco, pero estaba seguro de que era ella.

Pensé que tampoco sería tan mal lugar si los del gremio metían sus pies en él. Tuve que hacer memoria para recordar su nombre. Dorotea. A nosotros nos parecía de críos nombre como de reina inglesa venida a menos o como la protagonista de un culebrón de novela, el caso era no que no la llamábamos Doro, ni Dorotea, ni señora, sino la pinchaculos.

Además estaba la nena. Salomé. A nosotros no nos parecía ninguna princesa idumea, hija de Herodes Filipo y Herodías, porque una princesa no podía pasarse el día gritando uuuuuuahhhhhhhhhiiiiiii, que va.

Dorotea llegó con la nena al pueblo, quizá intentando esconderla de las malas lenguas

o quizá quería protegerla de las burlas en un lugar más reducido. Porque nosotros siempre habíamos oído que mucho podía saber de asuntos de medicina pero la nena le había salido medio lela. Un síndrome raro, de los que aparece en uno de cada diez mil niños. Y le había tocado a la pinchaculos.

La nena solía caminar despacio porque las piernas parecían sujetas por hilos de guiñol y, asentar los pies en el suelo a la primera le llevaba su tiempo. Su cara era tierna, como de muñeca, pero lo peor eran los gritos que se nos metían por los tímpanos hacia adentro en una frecuencia de onda tan dañiña que nos obligaba a aullar también.

Ahora me parecen similares a los lamentos de algunos internos a los que la morfina no les calma los dolores, pero entonces, todos éramos niños.

Por eso, cuándo la pinchaculos nos decía que nos remangáramos el brazo, que tocaba vacunar, no sé si pensábamos que la parálisis empezaría así, como con la nena, y después terminaríamos dando alaridos por los pinares, pero apretábamos los dientes y la dejábamos hacer.

Alguno de los de la pandilla, si tenía hermanos mayores, nos venía con el cuento de que a la nena le había mordido un perro con rabia y que eso era muy contagioso. Así que la nena de la pinchaculos se pasaba las horas acurrucada en su mundo y nosotros la evitábamos por miedo.

Ninguno sabíamos de la tristeza de la madre, porque ese síndrome no era cosa buena. La esperanza de vida no superaba la edad adulta y, aunque ella procuraba proporcionarle a la nena todos los cuidados, sería la naturaleza la que tendría la última palabra.

Lo que nadie sabía era si Dorotea había aprendido el oficio antes o después de lo de la



na. Lo que sí se decía era que había perdido al marido en la guerra y que había estado en Alemania como Dama de la Cruz Roja. Quién más, quién menos, especulaba sobre el origen de la nena.

La pinchaculos para sus cosas era muy rígida. No tenía pelos en la lengua cuándo se trataba de echar la bronca a nuestras madres. Que hicieran el favor de lavarnos bien y de sacarnos los piojos porque sino, nos íbamos a enfermar todo el pueblo. Y que nos hicieran comer verdura, que para eso las daba el huerto. Tenía tanto genio que cuándo Don Jacinto nos hablaba en clase de Atila, rey de los hunos, a nosotros nos parecía que hablaba de ella, porque era como si por espada, cogiera sus jeringuillas y, al grito de “adelante” las clavaba sobre nuestros traseros para curar los enfriamientos.

Quedaba en el aire la imagen de la pinchaculos nada parecida a la que estaba interna, sentada en una silla y con las manos sobre el regazo.

Recuerdo que por aquella época de los hunos, le tomaba prestadas las llaves de los armarios de cristal a Don Jacinto para leer también sobre la Agustina de Aragón y sobre héroes y heroínas tan grandes como Dorotea.

Porque para entonces, ya había ocurrido la desgracia de la nena y la pinchaculos seguía como si nada. Yo no me creía que no estuviera dolida, ni que no corriera sangre por las venas,

ni que de tanto ver el mal ajeno, se hubiera inmunizado. Era muy distinto su dolor, como si cuándo la nena ya no pudo respirar, ella hubiera dado un paso hacia delante en su propia vida.

Todavía me resulta asombroso como el cerebro humano encaja los golpes, como el músculo cardiaco se amolda a los contratiempos y el ser vivo recupera su orden.

Porque aquella mujer a la que temíamos de niños, ya nos estaba dejando huella. Nos enseñó a mirar a la muerte de frente y sin temores, porque antes de meter a la nena en el ataúd blanco, nos invitó a los niños a despedirla.

No sé si mis compañeros sufrieron pesadillas. A mí me recordó a esas fotografías que don Jacinto había traído a clase de las reinas egipcias preparadas para dormir para siempre en los mausoleos de las pirámides. Quizá pensaba eso porque Salomé era un nombre poco común en nuestros días, o porque al verla vestida de blanco, con las manos cruzadas y sin aullar, había perdido el miedo que me causaba en vida. Parecía simplemente dormida, como si la verdad de la que hablaban (la muerte), estuviera ocurriendo en otro lugar, como si los que la habían conocido antes que nosotros, rieran al verla tan hermosa.

Porque nosotros todavía no sabíamos cosas de medicina y Don Jacinto no se las apañaba bien para explicarnos por dónde bajaban las venas y subían las arterias, ni se sabía de memoria tantos huesos como la pinchaculos.

Fuimos valientes para sacar huesos de las tumbas del cementerio y con ellos, aprender cómo era nuestro cuerpo. Las tardes de los jueves, ella venía y nos daba clases, porque decía que aprender no hacía mal a nadie, que entrenaba la mente y alejaba los malos vientos.

Nos enseñaba a curar una herida, a dar un punto con hilo de coser o incluso traía vendas

para que aprendiéramos a liarlas bien sin cortar la circulación. A veces, le brillaban los ojos, como si se acordara de las piernas amputadas en la guerra o de los gritos de los soldados alemanes con la metralla incrustada en los huesos, pero nada decía de esa época, como si ocultara visiones que deseara borrar de la memoria.

A veces, conforme fui creciendo, me preguntaba si habría visto matar judíos, si habría conocido la peste o si la gente se le habría muerto de tuberculosis. También me preguntaba si la habrían acusado de bruja y los guardias del tricornio la habrían perseguido alguna vez para acabar con sus huesos en un pueblo tan pequeño como el nuestro. Era cierto que la pinchaculos mujer era menos frecuente que los hombres. Pero igual traía bebés al mundo que apañaba una muela.

Porque cuándo el hijo del alcalde nació sordomudo, le perdimos la pista a la pinchaculos, como si el coraje con el que había llegado, se hubiera esfumado por completo, o porque una amenaza mucho mayor se hacía cernido sobre su cabeza.

Se fue sin despedirse o quizá nos ahorró a todos el mal trago de elegir bando.

Sin embargo, su huella permaneció en todos nosotros. Hubo una época en la que me hubiera gustado estudiar medicina, pero el dinero en casa no nos alcanzaba más que para ir al Seminario, cursar el bachiller y rebotarme antes de cantar los votos. Empecé a trabajar en un banco y aunque con alguna estrechez, salí también del pueblo. El botones era sordomudo y muchas veces, pensaba si sería el hijo del alcalde, si no andaría lejos la pinchaculos y qué ocurrió de verdad.

Ahora nos cuidan a los dos, como si la vida no tuviera más enigmas que estar sano y enfermar, depender o ser independiente, tener miedo a la muerte o asumirla con la naturalidad que nos enseñó desde niños.

Quizá podría quejarme del trato de las enfermeras, aunque sólo fuera un reclamo de atención, pero ellas están puntuales, anticipándose siempre a nuestras necesidades.

La que me atiende, me pregunta si conozco a la pinchaculos. Me ha visto observarla largo rato y aunque aquí permiten que cada uno tenga sus aventuras, le ha sorprendido que me embelese con ella por la diferencia de edad.

Le digo que cuándo yo era niño, estuvo una larga temporada en el pueblo, que entonces le tenía miedo, pero ya no.

Sonríe. Ambos asentimos que es una gran mujer. Todavía parece disfrutar enseñando a las discípulas, o refunfuña simplemente para asegurarse de que existe todavía.

Desde luego, no ha desenterrado el recuerdo de la nena, como si aquello que fue de joven, fuera vacío fugaz y, no tuviera más meta que las paredes de la residencia, el olor a desinfectante y la jeringuilla con la que inyectar vida al mundo.

Tal vez sea mejor que no le recuerde quién fue ni quién soy. Aquí, el olvido, es la mejor medicina.



Entrevistas fenomenológicas con egresados de una Institución psiquiátrica: Relatos de experiencias*

Phenomenological interviews with graduates from Psychiatric Institution: stories of experiences*

Entrevista fenomenológica com egressos de Instituição Psiquiátrica: Relatos de experiências*

Taiane Soares Vieira¹; Claudete Ferreira de Souza Monteiro²

¹ *Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Piauí - UFPI. Mestranda do Programa de pós-graduação Mestrado em enfermagem da UFPI. Membro do Grupo de Estudos sobre Enfermagem, Violência e Saúde Mental da UFPI. Teresina, PI. Endereço: Rua Bom Jesus 2636, Memorare, CEP: 64009 - 230, email: supertai18@hotmail.com*

² *Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora adjunto da Universidade Federal do Piauí da Graduação e do Programa de Mestrado em Enfermagem. Coordenadora do Grupo de Estudos sobre Enfermagem, Violência e Saúde Mental da UFPI. Teresina, PI.*



ABSTRACT

This article aims to describe my experience in applying the method of Heideggerian research, in particular the phenomenological interviews with people with mental illness discharged from psychiatric institutions that are currently residents of Therapeutic Residential Services (SRTS). We interviewed nine residents of SRTs in Piauí. In this step several times to walk were striking as the strategy of rapprochement with the interviewees, the location of interviews and even stirring account of the subjects. This experience enabled me to identify what is necessary and important to

establish empathy with the subjects, there is no formula for conducting the interview, but it is the researcher to identify the best strategy for obtaining the reports. So is that the empathetic experienced by me in getting the reports of respondents in essence residents through phenomenological interview was crucial to uncovering the meaning of the subjects lived in the daily life of these devices.

Key words: Mental Health, assisted living, self-reporting.

RESUMEN

Este artículo pretende describir la experiencia en la aplicación del método de investigación de Heidegger, en particular las entrevistas fenomenológicas con las personas con enfermedad mental dados de alta en las instituciones psiquiátricas en las que se encuentran actualmente los residentes de la terapéutica de Servicios Residenciales (SRTS). Se entrevistaron a nueve residentes de la SRT en Piauí. Se repitió esta fase varias veces y los

resultados fueron sorprendentes dado que incidió en la estrategia de acercamiento a los sujetos, el escenario de las entrevistas y en el nivel de agitación de los sujetos. Esta experiencia me permitió identificar lo que es necesario e importante para establecer empatía con los sujetos, no existe una fórmula para la realización de la entrevista, pero es el investigador el que debe identificar la mejor estrategia para la selección de los informantes. En conclusión, la empatía experimentada por el entrevistador al obtener los informes de los sujetos residentes mediante la entrevista fenomenológica resultó crucial para descubrir el significado de las vivencias de la vida cotidiana de estos sujetos en estas instituciones.

Palabras clave: salud mental, vida asistida, auto-informes.

RESUMO

Este artigo tem por objetivo descrever minha experiência na aplicação do método Heideggeriano de investigação, em particular a entrevista fenomenológica, com portadores de transtorno mental egressos de instituições psiquiátricas que atualmente são moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs). Foram entrevistados nove moradores de SRTs no Piauí. No caminhar dessa etapa vários momentos foram marcantes como: a estratégia de aproximação com os depoentes, o local das entrevistas e o próprio relato emocionante dos sujeitos. Essa experiência possibilitou-me identificar que é necessário e importante o estabelecimento da empatia com os sujeitos da pesquisa, que não existe fórmula para a condução da entrevista, mas cabe ao pesquisador identificar a melhor estratégia para a obtenção dos relatos. Assim é que a relação empática vivenciada por mim na obtenção dos relatos

dos moradores depoentes em sua essência por meio da entrevista fenomenológica foi fundamental para se desvelar o sentido do vivido dos sujeitos no cotidiano desses dispositivos.

Palavras-chave: Saúde Mental, Moradias assistidas, Auto-relato.

INTRODUÇÃO

O portador de transtorno mental desde a idade média sofre exclusão social. Nesta época esse sujeito era tido como algo que profanava os preceitos da igreja católica, por agir de forma diferente aos preceitos difundidos por tal religião. Com o passar dos tempos, no período da renascença foi tido como pessoa improdutivo já que não servia para as atividades capitalistas de então. Surgem nesta época os hospitais gerais para 'varrer' a carga insana das cidades, silenciando assim a loucura (Silva; Fonseca, 2003. Foucault, 2003).

À época da revolução francesa, o 'louco', começa a ser 'tratado' em locais próprios, os hospitais psiquiátricos. Agora a ênfase seria dada a doença mental e esta seria tratada e não mais silenciada. Para tal seria necessário, segundo o criador destas instituições, Philippe Pinel, um tratamento moral e disciplinar para que esse sujeito voltasse a racionalidade (Basilgia, 2005).

Com o passar do tempo esse tratamento moral e disciplinar ganhou outros significados e condutas. Os portadores de transtorno mental além de serem excluídos socialmente receberiam tratamento desumano e marcado pelo sofrimento físico. Sob a lógica pineliana é difundido o pensamento de que as pessoas com problemas mentais deveriam ser encarceradas, retiradas do convívio 'normal' da sociedade e tratadas sob as mais variadas formas de coerção e privações. Essa lógica manicomial herdada desde a época de Pinel ainda hoje é

vivida em nossa sociedade (Amarante, 2007)

Essa lógica começou a ser combatida, no Brasil, pela atual reforma psiquiátrica iniciada desde a década de 70. Porém com todos os avanços nessa área, culturalmente a lógica asilar ainda se faz hegemônica e esse sujeito ainda sofre sob o estigma social e consequentemente com a exclusão das pessoas que vivem ao seu redor.

Nesse contexto trabalhar com sujeitos portadores de transtorno mental é uma experiência complexa e muito delicada, uma vez que além de precisar ter uma sensibilidade muito grande para se poder compreender e assistir esses sujeitos, é necessário se abster de todos os preconceitos advindos ao longo do tempo para com essas pessoas. Elas precisam ser inseridas novamente em sociedade e a elas serem dados todos os direitos que lhes foram tirados ao longo dos tempos.

O presente trabalho trata da experiência vivenciada com sujeitos portadores de transtorno mental moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) no Piauí. Esses sujeitos são pacientes egressos de longos períodos de internação em hospital psiquiátrico que estão estáveis em relação a sua patologia, porém não possuem suporte social e nem familiar para se manterem fora de instituições asilares.

Tais sujeitos são assistidos pelo governo federal em parceria com o estado, os quais destinam locais para eles viverem e serem novamente reinseridos na sociedade. Esses locais são moradias localizadas na comunidade com o objetivo de levar novamente a experiência do morar, do habitar e do compartilhar com as pessoas as experiências múltiplas de convívio social.

Wachs et al (2010) afirmam que os usuários de SRTs ao circularem pela cidade, ao se relacionarem com pessoas na sociedade, ao se apropriarem de lugares antes não habitados

que produzam sentido para suas vidas, ao realizarem escolhas a partir de seus desejos e ao viverem novos processos de subjetivação, potencializam os processos de desinstitucionalização da loucura, objetivo tão almejado pela atual reforma psiquiátrica brasileira.

Diante do exposto o interesse em trabalhar com portadores de transtorno mental com quadro estável residentes de SRTs foi despertado à medida que percebeu-se a necessidade de dar voz à subjetividade desses sujeitos no tocante a vida nesses dispositivos pondo em evidência a melhoria de vida e a mudança da antiga vida marcada por sofrimento em hospitais psiquiátricos para uma vida de novas possibilidades na cidade.

Assim, ao ingressar no mestrado em enfermagem pela Universidade Federal do Piauí, vislumbrando a possibilidade de pesquisar o presente tema, optou-se por buscar conhecer o vivido desses sujeitos enquanto principais atores sociais que vivenciam o fenômeno como ele é em sua essência. Como guia de investigação escolhi o método fenomenológico de Martin Heidegger, por ser adequado ao objeto do meu estudo: o vivido do ser-morador no cotidiano dos Serviços Residenciais Terapêuticos, e, por permitir desvelar o objeto como um fenômeno que parte da subjetividade e da experiência vivida, que só pode ser compreendido no sujeito que a vivencia.

A fenomenologia propõe um retorno aos fenômenos sendo estes definidos como aquilo que aparece a consciência como objeto intencional, há uma busca as essências captadas por uma visão que se encontra presente na experiência vivida. É uma possibilidade de olhar as coisas como elas se manifestam para descrevê-las com rigor, pois, através da descrição rigorosa é que se pode chegar à essência do fenômeno. Mostra e explicita o ser nele mesmo e se



preocupa com a essência do vivido (Capalço, 2008).

A fenomenologia possibilita um retorno às coisas nelas mesmas, conhecer o fenômeno como este se mostra a consciência. Através da linguagem possibilita desvelar o cotidiano do mundo do ser pesquisado, tornando realidade aquilo que faz sentido para esse ser (Monteiro et al, 2008).

Na obtenção da descrição do vivido do ser-morador no cotidiano dos SRTs utilizei a entrevista fenomenológica como recurso metodológico. Esta é uma etapa importante do método fenomenológico proposto pelo filósofo alemão Martin Heidegger. Este tipo de entrevista permite esclarecer o objeto como um fenômeno que parte da subjetividade e da experiência vivida que geralmente escapa à observação objetiva. Propõe-se a dar respostas quando se quer analisar um fenômeno e seus significados atribuídos pelos sujeitos que o vivem ou o experienciam (Monteiro, 2005).

O método fenomenológico Heideggeriano de investigação se apresenta em quatro momentos. A entrevista fenomenológica faz parte do primeiro momento do método. Neste o filósofo traz que é necessário se aduzir o sujeito através de questionamento e para isso uma relação de empatia deve ser estabelecida. O pesquisador pergunta ao sujeito, durante a entrevista, e ele responde descrevendo o vivido, o percebido, a experiência (Monteiro,

2005). Essa descrição se faz pela linguagem, que se manifesta pela escrita, pela fala, pelos gestos ou mesmo pelo silêncio. Para que haja compreensão é necessária escuta atenta daquilo que se fala (Heidegger, 2009).

O segundo momento é de alerta, no qual o pesquisador deve realizar uma suspensão de juízo de valor diante do fenômeno descrito pelo interrogado. Husserl denominou esta etapa de epoché, ou seja, é a suspensão de toda carga de crenças, significados, percepções que o pesquisador pode deter sobre o fenômeno (Martins; Bicudo, 2006). Segundo o método em questão não se deve aplicar nenhuma idéia do pesquisador por mais evidente que seja.

O terceiro momento em Heidegger é a compreensão vaga e mediana, onde os significados são atribuídos pelos sujeitos sobre determinado fenômeno. E o último momento é a interpretação ou hermenêutica onde o sentido é desvelado do ser pesquisado a partir das estruturas fundamentais desse ser.

Com base no primeiro momento do método em Heidegger, o qual foi considerado de extrema importância para aproximação entre sujeito e pesquisador, bem como de fundamental relevância para os resultados da pesquisa é que se fez um relato sobre como se deu essa interação. Assim este artigo tem como objetivo descrever minha experiência na aplicação do método Heideggeriano de investigação, em particular a entrevista fenomenológica, com egressos de instituições psiquiátricas que atualmente são moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs). A entrevista buscou o sentido do vivido desses sujeitos nesses dispositivos.

APROXIMAÇÃO DOS SUJEITOS E OBTENÇÃO DOS RELATOS

Foram entrevistados nove moradores em dois municípios do Piauí, Teresina e União.

Antes de realizar a entrevista foram organizados encontros com os sujeitos para se estabelecer a empatia entre pesquisador e pesquisado, para que o modo genuíno de acesso ao sujeito fosse conseguido.

É importante salientar que a pesquisa de mestrado da Universidade Federal do Piauí da qual esse relato se originou foi submetida à apreciação e aprovação pelo comitê de ética e pesquisa (CEP) da referida universidade, aprovada sob o número CAAE-0252.0.045.000-10. Foram obedecidos todos os critérios da resolução 196/96, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos.

No caminhar por essa etapa vários momentos foram marcantes e outros difíceis de conduzir. As dificuldades resultaram de dois elementos principais: Primeiro por que o método Heideggeriano de investigação possui um rigor particular e deve ser seguido de forma minuciosa se obedecendo todos os pressupostos e segundo por que mesmo sendo estudiosa da saúde mental descobri que ainda tinha alguns preconceitos com relação aos sujeitos entrevistados.

Inicialmente na fase de aproximação me deparei com algumas surpresas. Em meu imaginário, fruto da lógica incapacitante dada ao sujeito portador de transtorno mental, difundida pela lógica manicomial que permeia nossa sociedade, este não iria responder ao rigor metódico desse tipo de pesquisa e iria ser difícil o acesso a esse sujeito.

Surpreendi-me com a recepção calorosa e lúcida dos entrevistados. Foram necessários alguns encontros e conversas antes da entrevista propriamente dita com os moradores para que a empatia entre pesquisador e pesquisado fosse estabelecida. A relação empática foi primordial para que o ser-sujeito se revelasse em sua essência.

As conversas foram muito enriquecedoras e nesses encontros não só expliquei aos moradores sobre aspectos relevantes da pesquisa como também pude perceber como esses sujeitos possuem modos de vida particulares como qualquer pessoa dita “normal”, são pessoas comuns que vivem um cotidiano diferenciado somente pelo fato de sofrerem de um transtorno psíquico e infelizmente por causa disso serem estigmatizados pelos que vivem ao seu redor.

Após os encontros iniciais realizados pude superar preconceitos existentes em meu imaginário com relação ao portador de transtorno mental e também pude perceber como esses sujeitos sofrem psicicamente com o tratamento dado a eles pela sociedade.

As entrevistas aconteceram em local reservado escolhido pelo entrevistado para que o mesmo se mostrasse em sua essência. Aqui cabe ressaltar que todos os moradores dos SRTs pesquisados se encontravam estáveis com relação a sua patologia no momento da entrevista.

Com relação ao local das entrevistas tive um pouco de dificuldade no início uma vez que o local deveria ser reservado e livre de acontecimentos que pudessem vir a interferir no relato espontâneo do sujeito. Nos SRTs pesquisados além dos nove entrevistados ainda residiam outros moradores com algumas dificuldades de linguagem ou de comunicação. Estes no início se mostraram um pouco insatisfeitos com a impossibilidade de serem entrevistados, e de certa forma acabavam atrapalhando as tentativas de entrevistas.

Como havia essa intervenção, as entrevistas eram suspensas e agendadas para outro dia. Foram necessárias algumas conversas com os moradores não entrevistados e com o passar do dias o problema foi resolvido. Os relatos foram obtidos individualmente em locais onde o entrevistado se sentisse à vontade para relatar

a essência do seu vivido nos SRTs.

O fato mais marcante da entrevista foi o próprio relato emocionante dos sujeitos sobre a vida durante a internação em instituições psiquiátricas e a nova vida em SRTs. Não só a fala era gravada em dispositivo digital como também eram realizadas anotações em um diário de campo de outras formas de discurso observadas durante as entrevistas como a não verbal, e do silêncio, o que contribuiu posteriormente para interpretação dos resultados.

Em muitos momentos os sujeitos se emocionavam quando relatavam sobre as mudanças ocorridas em suas vidas como se mostravam entristecidos em suas feições quando falavam do tratamento recebido em instituições psiquiátricas e preconceito e estigma da sociedade por exemplo. Por inúmeras vezes, nos momentos dos depoimentos emocionava-me e comovia-me com suas falas, várias vezes sentei e chorei junto com os entrevistados

Ao final das entrevistas pude perceber o quão rico é o método fenomenológico e como o ser se faz compreender a partir da entrevista. Dessa forma a entrevista fenomenológica foi determinante para aproximação do modo de existir desses sujeitos no seu cotidiano de vida, desvelando o que vêm ao encontro de acordo com o seu modo de ser-no-mundo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse meu caminhar pelo método Heideggeriano de investigação, em especial a entrevista fenomenológica possibilitou-me a identificação de que é necessária é necessário e importante o estabelecimento da empatia com os sujeitos da pesquisa e que não existe fórmula para a condução da entrevista, mas cabe ao pesquisador a melhor estratégia para a obtenção dos relatos.

A relação empática vivenciada por mim na obtenção dos relatos dos moradores depoentes

em sua essência por meio da entrevista fenomenológica foi fundamental para se desvelar o sentido do vivido dos sujeitos no cotidiano desses dos SRTs.

REFERÊNCIAS

- Amarante P. (2007) Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro (Brasil): Fiocruz.
- Basaglia F. (2005) O circuito do controle: do manicômio à descentralização psiquiátrica. In: Amarante P (organizador). Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro (Brasil): Garamond.
- Capalço C. (2008) Fenomenologia e ciências humanas. Aparecida, SP (Brasil): Idéias & Letras.
- Foucault M. (2003) A História da Loucura. São Paulo (Brasil): Ed. Perspectiva.
- Heidegger M. (2009) Ser e Tempo. 4. ed. Petrópolis: Vozes.
- Monteiro CFS. (2005) Marcas no corpo e na alma de mulheres que vivenciam a violência conjugal: uma compreensão pela enfermagem [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- Monteiro CFS et al. (2008) Vivências maternas na realidade de ter um filho autista: uma compreensão pela enfermagem. Rev Bras Enferm, 61(3): 330-335.
- Martins J, Bicudo MAV. (2006). A pesquisa qualitativa em psicologia. São Paulo (Brasil): Centauro.
- Wachs F et al. (2010) Processos de subjetivação e territórios de vida: o trabalho de transição do hospital psiquiátrico para serviços residenciais terapêuticos. Physis, 20(3): 895-912.

Un viaje a Newark en busca de la polio

A trip to Newark in search of polio

Uma viagem de Newark em busca de pólio

Artículo basado en la Ponencia al III Simposio Iberoamericano de Historia de la Enfermería, XII Congreso Nacional, VII Internacional de Historia de la Enfermería y VII Jornadas Internacionales de Cultura de los Cuidados

Francisco Herrera Rodríguez

Facultad de Enfermería y Fisioterapia (Universidad de Cádiz)

*A Juan Valentín Fernández de la Gala,
amigo y cómplice literario.*

“¿Por qué pilló Allan la polio?
¿Por qué ha tenido que enfermar y morir?”
Philip Roth, Némesis.

“Sigo siendo el amorfo Roth”.
Philip Roth (2008).

ABSTRACT

In this paper we present a study on Philip Roth's latest novel, *Nemesis*, in which the American writer reflects on the epidemic of polio in Newark (1944)

Key words: Philip Roth; Literature; epidemic, poliomyelitis, *Nemesis*.

RESUMO

Neste artigo apresentamos um estudo sobre o último romance de Philip Roth, *Nemesis*, em que o escritor norte-americano reflete sobre a epidemia de poliomielite em Newark (1944).

Palavras-chave: Philip Roth; Literatura; epidemia, poliomielite, *Nemesis*.

RESUMEN

En este artículo presentamos un estudio sobre la última novela de Philip Roth, *Néme-*

sis, en la cual el escritor norteamericano reflexiona sobre la epidemia de poliomielitis en Newark (1944).

Palabras clave: Philip Roth; Literatura; Epidemias; poliomielitis, *Némesis*.

“*Némesis*” es la última novela publicada por Philip Roth, el gran escritor norteamericano para el que el célebre crítico Harold Bloom reclama una y otra vez el Premio Nobel de Literatura. Roth es un escritor muy laureado y, lo que es más importante, leído y valorado, tanto en América como en Europa; todo ello al margen de sus peculiaridades neuróticas que según las lenguas de doble filo han sido reflejadas descarnadamente por Woody Allen en “*Desmontando a Harry*”, una magnífica comedia, ácida y felliniana, a la que hay que cogerle el punto para disfrutarla. Alguien ha dicho que Roth y Allen son como dos hermanos gemelos a los que separaron al nacer y es que hay muchos temas comunes en sus respectivas obras (familia, infancia, amor, desamor, sexo y una presencia capital de lo judío), y probablemente más de una espina clavada y mutuas afrentas, pero dejemos este asunto a la prensa sensacionalista norteamericana o mejor a la gente que estudia todas estas cuestiones con seriedad (figura 1).



Figura 1: Caricatura de Philip Roth. Rotulador (FHR, 2011).

Philip Roth nació en 1933 en Newark, ciudad del condado de Essex en el estado de Nueva Jersey; observamos en el conjunto de su obra, además de los temas apuntados, una gran preocupación por la salud y la enfermedad; recuerdo ahora a ese androcéntrico personaje de *“El pecho”*, David Kepesh, que aparece de pronto convertido en una glándula mamaria de más de 70 kilogramos de peso, imagen que por cierto también aparece en la filmografía de Woody Allen; en esta novela el protagonista demanda constantemente gratificaciones eróticas, pero a partir de un momento duda sobre su equilibrio mental y pregunta si se ha vuelto loco o realmente le está pasando lo que le está pasando. Todo muy kafkiano y con netas resonancias de *“La metamorfosis”*. No se olvide que Kafka es uno de los referentes literarios de Philip Roth. En *“El animal moribundo”*, una de

sus novelas más criticadas, también hay alusiones kafkianas y aparecen las enfermedades nuevamente, por ejemplo: la apoplejía y muerte de George O’Hearn y el cáncer de mama que padece la protagonista, Consuelo Castillo, una antigua alumna y amante de un profesor, picaflor e insaciable, que encuentra su mejor alimento erótico en las jóvenes que quedan fascinadas por el verbo y la erudición que despliega en las aulas. La apoplejía y el cáncer de próstata están presentes en otra de sus novelas, *“Elegía”*, que no entusiasmó a algunos críticos; sin olvidarnos de uno de sus libros más logrado *“Patrimonio. Una historia verdadera”*, en el cual narra magistral y entrañablemente la reacción de su propio padre, Herman Roth, cuando ya octogenario le diagnostican un tumor cerebral; hecho que provoca un auténtico cataclismo en sus vidas, a la vez que le permite a Roth rendir tributo a la tenacidad y capacidad de lucha de su progenitor, de quien ya había escrito en *“Los hechos”*: *“Su sabiduría consiste en relatar, y su repertorio nunca ha sido muy amplio: familia, familia, familia, Newark, Newark, Newark, judío, judío, judío. Como yo, más o menos”*. José Manuel Guelbenzu, escritor y crítico literario, dijo de este libro que *“es una deuda de amor y un acto de entendimiento”*. Efectivamente, eso es lo que encontramos en *“Patrimonio”*: un intenso acercamiento paternofiliial, no muy común en la literatura universal, en el que está presente la vida, la salud, la enfermedad y la muerte. La lectura de este libro nos lleva a corroborar la idea que recientemente ha publicado Vicente Verdú sobre la importancia de la comunicación entre las personas y muy particularmente cuando llega la enfermedad:

“Los seres humanos se han matado entre sí, pero entre ellos se halla la fuente de la curación a lo largo de los siglos. Los diferentes mitos en

torno al religioso cuerpo místico tienen su traducción en la verdad (laica y dogmática) de que mediante la relación con los demás las penas se demedian y, al menos temporalmente, se amortizan”.

Pero centrémonos ya en “Némesis”, una novela escrita con lenguaje eficaz y directo, aunque con un desarrollo clásico que recuerda a aquello del planteamiento, el nudo y el desenlace, o bien a los tres actos de una obra de teatro, aunque al final encontramos una sorpresa en el desvelamiento de quién es realmente el narrador; un narrador que sitúa a esta novela muy cercana a los estudios de algunos antropólogos, historiadores, psicólogos sociales y sociólogos que cultivan fervorosamente las historias de vida. No cabe duda de que Philip Roth se ha documentado con una bibliografía muy selecta para construir este libro como es el caso de “*Polio Voices*” de Julie Silver y Daniel Wilson, entre otras; pero seguro que también ha tenido muy presente los recuerdos personales de esta epidemia de polio de 1944 cuando contaba tan sólo 11 años de edad; aunque somos consciente de que el escritor norteamericano ha desmentido alguna vez que su obra revista un carácter autobiográfico y que prefiere que sus libros se lean “*como obras de ficción*”; esto es perfectamente posible porque su obra amalgama la experiencia de lo vivido y la imaginación, resultando un estilo propio que le otorga a sus textos una dimensión artística. Si la obra de Roth interesa es precisamente porque habla de la vida y de lo vivido de una manera diferente, ya que como suelen decir los críticos literarios posee una “*voz propia*”.

Volvamos a la novela. El desarrollo de la misma se lleva a cabo parcialmente en Newark (Nueva Jersey), ciudad natal y territorio mítico en la literatura de Roth/Zuckerman; como Comala lo es para Rulfo o Macondo para Gar-

cía Márquez o Santa María para Onetti o la Argónida para Caballero Bonald; todos estos escritores, aunque no estoy seguro en el caso de Philip Roth, tienen una marcada huella de William Faulkner, recuérdese en ese sentido la influencia ejercida por “*Santuario*”. Influenciado o no por Faulkner, Roth consigue transformar el Newark real en un Newark mítico, referente universal para todos los seres humanos. Eso en literatura sólo lo consiguen los grandes escritores.

¿Pero qué pasó en Newark en el verano de 1944? Una epidemia de poliomielitis aterrizó a la población y mató a niños que aún tenían toda una vida por delante. Pero además no se olvide que en esos momentos los Estados Unidos participaban activamente en la II Guerra Mundial. Tiempos de guerras, tiempos de enfermedad. El planteamiento está servido para que aflore una historia dramática, o trágica como indica Guelbenzu, en la que surgen preguntas fundamentales sobre la vida, la muerte y la enfermedad. Una novela cuyo marco genérico es una asoladora epidemia; esto recuerda, por ejemplo, a “*La peste*” de Albert Camus, obra que Philip Roth leyó concienzudamente antes de redactar su “Némesis”. Conviene, pues, ya que la acción de la novela está marcada por tiempos de guerra y de enfermedad, que acudamos a la Enciclopedia y aclaremos el significado de esta enigmática palabra, Némesis:

“Diosa de la venganza. Tenía santuarios. Es la personificación de una noción esencial del pensamiento helénico: la del equilibrio inmutable de la condición humana. Todo hombre que incurre en “desmesura” provoca la ira de los dioses o de sus celos, y se atrae la venganza personificada en Némesis, representación mitológica de la justicia y suerte personal del ritmo del destino, que a menudo hace que los excesos

de prosperidad o de orgullo vayan seguidos de grandes desgracias”.

Al leer este texto uno se pregunta inmediatamente: ¿esta venganza se ceba en el personaje central de la novela, Bucky Cantor?, un joven entusiasta que por problemas en la vista no puede ir a la guerra como sus amigos, ¿o bien sobre la sociedad norteamericana en su conjunto? Y la respuesta es que nadie se libra y mucho menos el “señor Cantor”. No se olvide que son años “... en que parecía que las mayores amenazas en la tierra eran la guerra, la bomba atómica y la polio”. Al final se pagó un precio muy caro, individual y colectivamente. Según avanzamos en la narración observamos que hay un cierto planteamiento levítico: la ruptura del “*equilibrio inmutable*” de la condición humana, como consecuencia de una atroz guerra, tiene su castigo con una enfermedad que fustiga a buena parte de la población y sobre todo a niños inocentes llenos de fuerza y de entusiasmo. El joven protagonista Bucky Cantor, gran deportista e instructor deportivo, se pregunta sobre el papel de Dios, justo en el momento en que bajan a la tumba el ataúd de un alumno suyo y el rabino recita una plegaria, pregunta que en cierta medida recuerda el discurso radical de Mark Twain en “*Reflexiones contra la religión*”:

“Sin duda, tampoco él (Bucky Cantor) se hubiera atrevido a volverse contra Dios por arrebatarse a su abuelo cuando el anciano alcanzó una edad adecuada para morir. Pero ¿y por matar a Allan con la polio a los doce años? ¿Por la misma existencia de la polio? ¿Cómo podía haber perdón –y no digamos aleyuys- ante una crueldad tan demencial?”.

En otro momento de la novela, pero siguiendo la misma línea de pensamiento, el protagonista se plantea radicalmente lo siguiente: “¿Y qué pinta Dios en todo esto? (...)

¿Por qué sitúa a un niño de Weequahic en la Newark infestada de polio durante el verano y a otros en la espléndida reserva natural de las montañas Pocono? O bien estas otras: “¿Por qué no atendió Dios las plegarias de los padres de Allan Michaels? Deben haber rezado, lo mismo que los padres de Herbie Steimar. Son buena gente, son buenos judíos. ¿Por qué Dios no hizo nada por ellos? ¿Por qué no salvó Él a sus hijos?”. Bucky Cantor se rebela humana e intelectualmente contra Dios por todo ello y trata de comprender estos interrogantes y sucesos amparándose en los argumentos de cierta filosofía existencialista, amparándose en la idea de la “*tiranía de la contingencia*”; es decir, en la idea de que estamos solos y desvalidos ante el azar.

Algunos chicos enferman en Newark; pero, en principio, 40 casos de polio en una ciudad con 429.000 habitantes, según las autoridades sanitarias, no es cifra suficiente para declarar la existencia de una epidemia. Sin embargo a los más viejos de la población, según se narra en la novela, les viene a la mente la epidemia de polio de 1916 “*en el nordeste de Estados Unidos, cuando se habían dado más de 27.000 casos y 6.000 fallecimientos. En Newark había habido 1.360 casos y 363 muertos*”.

En 1944, año en que se desarrolla la acción de la novela, aún no existía una vacuna efectiva contra la enfermedad, por lo que muchos niños estaban abocados a la parálisis de los músculos respiratorios, al pulmón de acero y, por supuesto, a la muerte. Ante este panorama, en la mente de los padres tampoco producía una especial tranquilidad que el famoso presidente Franklin Delano Roosevelt, enfermo también de polio, hubiera creado una institución benéfica, la “*March of Dimes*”, que se encargaba de recoger dinero para la investigación y de la ayuda económica a las familias de los afectados. No nos sorprende en absoluto

esta inquietud familiar y social, ya que la poliomielitis causó estragos en la década de los cuarenta y en la de los cincuenta. De hecho en los Estados Unidos el número anual de casos se multiplicó por cuatro a partir de 1930, llegando a alcanzar cifras del orden de 55.000 a 60.000 casos por año durante la primera mitad de la década de los 50. Algunos ejemplos numéricos nos permiten comprobarlo: en 1944 la tasa en Estados Unidos fue de 13,78 casos por 100.000 habitantes (gráfico 1), aunque en Dinamarca, Suiza y Suecia era peor con 48,02, 41,11 y 41,40, respectivamente. En España la morbilidad, en 1944, era muy inferior aproximándose a 2; sin embargo en la provincia de Cádiz en ese mismo año la situación era muy preocupante con 6,27 casos por 100.000 habitantes.

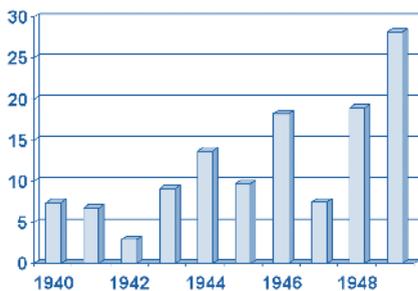


Gráfico 1: La poliomielitis en Estados Unidos (1940-1949) (Número de casos por 100.000 habitantes). Obsérvese la situación en 1944 (13,78), aunque en años posteriores de la década de los cuarenta la situación empeoró, sobre todo en 1946, 1948 y 1949. Elaboración propia (2011). Fuentes: Nájera E y col (1975) y León Rega P. y Echevarría Mayo JM.

No vamos a entrar en detalle pero en este “Newark ecuatorial”, como es calificado en la novela, la enfermedad avanza y se cobra vidas; por ello la población empieza a buscar culpables, con argumentos más o menos racionales; nuevamente encontramos que en una situa-

ción de catástrofe epidémica se buscan chivos expiatorios. El miedo provocó que en Newark la situación no fuera diferente y entre otras “etiologías” algunos miembros de la población señalaron como responsable a la leche de vacas sucias que beben los niños, a las botellas de la leche sin esterilizar, a un “retrasado” del barrio llamado Horace, a una brisa que llegó después de un calor sofocante, a los perritos calientes de un local de Syd, a las moscas, a las granjas porcinas de Seacaucus, a las asistentes de color que trabajaban en el barrio de Weequahic, a los italianos del instituto de East Side; en este último caso no olvidaban la visita hostil que hicieron estos italianos al colegio donde trabajaba el abnegado y voluntarioso Bucky Cantor. Leamos el pasaje porque no tiene desperdicio, tanto en lo etiológico como en el odio y resentimiento existente dentro de una misma población:

“-¿Qué venís a hacer aquí? –les preguntó el señor Cantor.

-Estamos propagando la polio –respondió uno de los italianos (...).

-Más bien parece que estáis propagando problemas –le dijo el señor Cantor- ¿Por qué no os largáis de aquí? (...).

-No, no –insistió el chico italiano-, no hasta que hayamos propagado algo de polio. Nosotros la tenemos y vosotros no (...).

-Mira, la polio no es ninguna broma (...).

En aquel momento, el jefe de la jauría, que era por lo menos quince centímetros más alto que el señor Cantor, dio un paso adelante y escupió en el suelo. Dejó allí un viscoso gargajo, a unos pocos centímetros de las zapatillas del señor Cantor”.

Todo un símbolo, a mediados de los años cuarenta, ese “gargajo” arrojado al suelo en este barrio de Newark, sobre todo si tenemos en cuenta lo que estaban padeciendo los judíos en

Europa y más concretamente en Alemania; he aquí uno de los grandes hallazgos narrativos de Roth en la novela, relacionando de forma inexorable odio, racismo, guerra y enfermedad; de forma análoga a lo que hizo Albert Camus cuando correlaciona el nazismo con la peste. Vargas Llosa también ha señalado el sentido metafórico del “cólera hindú” en “La muerte en Venecia” de Thomas Mann.

Pero ahí no queda la cosa porque el propio Bucky Cantor es acusado por la señora Kopferman por hacer jugar a “softball” a los niños que están a su cargo:

“-¡Usted! -le gritó la mujer-. ¿Tiene la desfachatez de llamar? (...).

-Le aseguro, señora Kopferman, que tengo cuidado con todos los chicos.

-¿Por qué entonces mis hijos están paralizados? ¡Mis dos hijos! ¡Todo lo que tengo! ¡Explíquemelo! Los deja correr como animales por ese patio...¡y se extraña de que cojan la polio! ¡Por su culpa! ¡Debido a un idiota imprudente e irresponsable como usted! -Y la mujer colgó sin decir nada más”.

Un médico le dice a Bucky Cantor algo así: tranquilo el softball no produce la polio, la produce un virus; “*puede que no sepamos gran cosa de la polio, pero eso lo sabemos con certeza*”; sin embargo, la señora Kopferman lanza la acusación porque seguro que en su entorno ha escuchado que algunos médicos relacionan la fatiga física con la polio. En la década de los cincuenta, por ejemplo, Barraquer y Sales afirman lo siguiente: “*Cierto número de factores pueden favorecer la aparición de una forma paralítica de la poliomiélitis. Entre los más importantes hay que citar la fatiga física; tanto clínica como experimentalmente se ha demostrado la importancia del factor fatiga en el periodo preparalítico*”. Además de todo esto unos opinan que habría que poner “brazaletes” identi-

ficando a las familias en las que hay enfermos y otros que se cierran los centros. El miedo va ganando la partida, léase el siguiente diálogo entre Bucky Cantor y algunos de los niños que están a su cargo:

“-*Sé que es duro para vosotros, muy duro. Debemos confiar en que mejorarán y en que pronto estarán de nuevo en el centro.*

-*Puedes acabar metido en un pulmón de acero para siempre –dijo Bobby Finkelstein, un chico tímido que era de los más silenciosos, uno de los tres niños que él había visto trajeado en los escalones de la sinagoga tras el funeral de Allan Michaels”.*

-*Es cierto –replicó el señor Cantor-. Pero esos casos son de parálisis respiratoria, que es muy infrecuente. Es mucho más probable que te recuperes. Es una enfermedad grave, puede hacer mucho daño, pero también hay quien se recupera. A veces de forma parcial, pero en muchas ocasiones completamente. La mayoría de los casos son relativamente leves. –Habla con autoridad, y la fuente de su conocimiento era el doctor Steinberg”.*

Nadie entiende en Weequahic, el barrio judío de Newark, lo que pasa; los más racionales hablan de virus, pero lo que impera es el miedo como en la peste de Londres, narrada por Defoe, o en la peste de Orán de Albert Camus o en la ceguera de Saramago, y, en cierta forma, en el miedo latente que se percibe en algunos pasajes de “La Montaña mágica” de Thomas Mann. El miedo a la muerte, el miedo a la enfermedad y quizás también el miedo a la vida o a las incertidumbres de la vida que unos tratan de resolver con la cooperación activa, el recogimiento y la oración, la indiferencia o la inconsciencia, y otros quizás con la dispación, la mutilación y la violencia. En esta línea habría que repasar algunos de los carismáticos personajes de Dostoievski.

Miedo, sí, pero también la culpa está muy presente en la novela, quizás sea el argumento central de la misma, sobre todo cuando se cuenta el estado anímico de Bucky Cantor muchos años después de esta epidemia de polio; para entenderlo hay que tener en cuenta que este hombre llevaba labrada en su conciencia la culpa a fuego: se siente culpable de que su madre hubiera muerto en el parto, de que su padre hubiera sido un ladrón, de haber sido portador de la polio, de haber transmitido la enfermedad a la que iba a ser su cuñada, de no haber ido a la guerra, de haber desertado del colegio cuando la epidemia se cebaba con sus alumnos, de haber soñado por un momento que iba a ser feliz. El señor Cantor, el hombre más responsable entre los hombres responsables, se siente culpable de todo y por todo, y muchos años después de la epidemia es una pálida sombra que deambula por las calles de la ciudad. Es la sombra de un superviviente que se siente culpable de todo cuando simplemente es una víctima más de las muchas que generó esa encrucijada histórica de los años cuarenta. Leamos:

“En general, le rodeaba un halo de fracaso indeleble mientras hablaba de todo lo que había silenciado durante años, de un hombre no solo físicamente lisiado por la polio sino también desmoralizado por una vergüenza perenne. Era la misma antítesis del mayor prototipo de víctima de la polio del país, Franklin Delano Roosevelt, (...). La parálisis y todas sus secuelas habían dañado irremediabilmente la seguridad en sí mismo y su virilidad, y se había retirado por completo de esa faceta de la vida. Se consideraba asexuado, una especie de cartucho de foguero, una valoración que no podía resultar más humillante para un muchacho que había alcanzado la mayoría de edad en una época de sufrimiento y conflictos para la población esta-

dounidense, cuando los hombres debían ser impertérritos defensores del hogar y del país”.

Philip Roth podía haber escrito un ensayo histórico, pero quizás apostó por lo más difícil construir una novela con un personaje prodigioso, Bucky Cantor, que en algunos momentos recuerda al Joseph K. de Franz Kafka; no se olvide que Josep K asume una culpa desconocida, “culpa sin delito”, y el señor Cantor asume con un coste terrible para su persona una culpa de la que no es responsable, tan solo es una víctima más. Tanto Josep K como el señor Cantor viven sus respectivas pesadillas: uno, la pesadilla de tener que defenderse de no se sabe qué y el otro de la pesadilla de la polio en Newark e Indian Hill. El caso es que ambos acaban cargando con la culpa, injustamente. Philip Roth apuesta por lo más difícil porque la novela, mezcla sin duda de ficción y de realidad, expone sin resentirse datos numéricos de enfermos y muertos, la evolución del cuadro clínico (fiebre, espasmos musculares, parálisis, etc.), el pánico que producía el pulmón de acero o la terapia de la enfermera australiana Elizabeth Kenny (1886-1952). Es sabido que la Hermana Kenny utilizaba el tratamiento con calor húmedo en la fase aguda de la enfermedad para combatir los espasmos musculares; posteriormente, una vez pasada la fase de dolor, realizaba la movilización pasiva de los músculos; en definitiva: rehabilitar en vez de inmovilizar (figuras 2 y 3). Philip Roth describe magistralmente los padecimientos de Bucky Cantor, desde los primeros síntomas a la terapia de la Hermana Kenny, no en vano la enfermera australiana recorrió los Estados Unidos y Canadá en los años 40 para explicar su método a las enfermeras; aunque sea larga la cita, merece la pena leerla con atención:

“Y finalmente empezó el cataclismo: el monstruoso dolor de cabeza, el agotamiento

debilitante, las fuertes náuseas, la fiebre muy alta, el insoportable dolor muscular, seguidos al cabo de otras cuarenta y ocho horas por la parálisis. Permaneció ingresado tres semanas antes de que dejara de necesitar catéteres y enemas, y lo trasladaron a la planta superior para iniciar el tratamiento con compresas de lana calientes que le aplicaban alrededor de brazos y piernas, pues tenía las cuatro extremidades dañadas. Sufrió cuatro penosas sesiones con las compresas calientes, que en conjunto duraban de cuatro a seis horas todos los días. Por suerte la enfermedad no le había afectado a los músculos respiratorios, por lo que no fue necesario introducirlo en un pulmón de acero que le ayudara a respirar (...). Finalmente (lo) trasladaron en ambulancia al Instituto Hermana Kenny de Filadelfia (...). Allí continuó el tratamiento por medio de compresas calientes, junto con dolorosos estiramientos de los músculos contraídos de los brazos, las piernas y la espalda...”.

Merece la pena, con fines didácticos, insistir con una descripción más pormenorizada de la terapia de Elizabeth Kenny (Glanzmann, 1946). Leamos:

“La resolución de estos espasmos musculares durante el primer tiempo del período paralítico representa la primera y principal intención del tratamiento

Kenny. El espasmo muscular puede ser fácilmente localizado por el médico ante la presencia de dolores en el músculo correspondiente y por la limitación de sus movimientos activos y pasivos (...). El tratamiento precisa iniciarlo inmediatamente. Consiste en mojar un trapo de franela en agua caliente, escurriéndolo dos veces, al lado mismo de la cama del enfermo, y aplicándolo rápidamente en el miembro. La compresa debe cubrir totalmente la región del músculo espástico sin que impida los movimientos de las articulaciones. Esta compresa húmeda y caliente se cubre con una tela impermeable y luego con un paño de franela seco. Se cambiará cada dos horas, y en algunos casos cada cuarto de hora,

durante las doce horas del día. No se emplean pomadas. Hay que evitar las quemaduras escurriendo la compresa hasta que quede bien seca. Con este tratamiento desaparecen los espasmos regularmente al cabo de una semana. El tratamiento debe proseguirse hasta que el músculo contraído se relaje y sean posibles los movimientos articulares normales (...). Mis Kenny rechaza, y con razón, el antiguo tratamiento que inmovilizaba a los miembros con vendajes de fijación (...). De todos modos, precisa evitar que durante el tratamiento precoz según el método de Kenny se incurra en



Figura 2: Método de Miss Kenny. Apoyo para evitar el pie equino (Fotografía tomada de Glanzmann, 1946).



Figura 3: Método de Miss Kenny para el tratamiento de la parálisis infantil (Fotografía tomada de Glanzmann, 1946, que a su vez la tomó de JAMA, volumen 118, número 17, 1942).

practicar ejercicios y masajes demasiados violentos que pueden ser perjudiciales y empeorar la parálisis”.

Se debe subrayar que el método de Miss Kenny tuvo detractores en 1944, lo comprobamos en el siguiente texto de Barraquer y Sales: *“Mucho se ha hablado en estos últimos tiempos del método de Miss Kenny, (...). Estas maniobras no pueden perjudicar al enfermo e incluso son favorables; pero sin duda todo ello ha sido excesivamente sobrevalorado. Una Comisión Americana (1944) nombrada para estudiar y evaluar el método de Kenny llegó a la conclusión de que <no previene ni siquiera disminuye el grado de parálisis permanente>”. Sin embargo Ferreras y Rozman, en la década de los setenta, recomiendan “los fomentos calientes húmedos (4 sesiones al día de 1 hora) sobre los músculos doloridos y espasmodizados”.*

Philip Roth, pues, describe el calvario clínico y terapéutico del señor Cantor, pero sobre todo su hipertrofiado sentimiento de culpa que le hace vivir la enfermedad como un castigo que debilita su identidad y acentúa su vulnerabilidad, convirtiéndose en una sombra que no vive sino que sobrevive, prisionero para siempre de todo lo que sucedió en 1944. Al leer la novela se aprecia que Bucky Cantor, en 1971, décadas después de la epidemia, padece también lo que se llama el síndrome post-polio. Leamos este párrafo para comprobarlo:

“El señor Cantor aún tenía el brazo izquierdo imposibilitado y la mano izquierda inútil, y renqueaba a causa de las lesiones en la musculatura de la pantorrilla izquierda. La pierna había empezado a debilitarse mucho en los últimos años, tanto en la parte inferior como en la superior, y también había empezado a dolerle intensamente por primera vez desde su rehabilitación casi treinta años atrás. En consecuencia, tras los exámenes médicos y un par de visitas a

la tienda de material ortopédico de su hospital, había empezado a ponerse debajo del pantalón una abrazadera que le sujetaba la pierna izquierda. Apenas le aliviaba el dolor, pero junto con un bastón le ayudaba a mantener el equilibrio y la estabilidad en los pies. No obstante, el mismo señor Cantor decía que si continuaba empeorando –como les sucede a menudo al cabo de los años a muchos supervivientes de la polio que padecen lo que se conoce como síndrome postpoliomielítico-, más tarde o más temprano acabaría en una silla de ruedas”.

José María Guelbenzu lo ha expresado bien: *“...Némesis se parece más a una tragedia en la medida que el destino implacable actúa sobre el personaje”.* Bien señalado porque la tragedia, el destino y la culpa comienzan a tejer su tupida red sobre el señor Cantor desde la muerte de su madre en el parto. En definitiva podemos concluir que en *“Némesis”* la epidemia, el miedo y la culpa ofrecen un retablo de las obsesiones y temores del pueblo norteamericano, como bien ha expresado Rosa Ballester al estudiar la obra de David M. Oshinsky. Obsesiones y temores que son colectivos, pero que obran y, sobre todo dañan, a personas concretas en esta terrible década de los cuarenta; década, como hemos visto, marcada por la guerra y la enfermedad.

AGRADECIMIENTOS

- A Miguel Ángel Ruiz Jiménez que me recomendó esta novela de Philip Roth.
- A Mari Carmen Fedriani Garci por sus traducciones del inglés.

BIBLIOGRAFÍA

- Águila Maturana, AM.; Álvarez Badillo, A.; Miangolarra Page, JC; Rodríguez Rodríguez, LP. (2002): “Influencia de las epidemias de poliomielitis sobre la rehabilitación en España (1949-1969)”. *Rehabilitación (Madr)*: 36(1),

- pp. 42-49.
- Aguilar, A. (2011): "A golpes de martillo". Babelia, 23 de abril.
 - Aparicio Maydeu, J. (2008): "El 'strip-tease' literario de Philip Roth". Babelia, 1 de noviembre.
 - Ballester Añón, R. (2008): "Entre la metáfora y la realidad. Discapacidad e identidad en la historia de la poliomiélitis". *Dynamis*: 28, pp. 419-425.
 - Barraquer Ferré, L. y Sales Vázquez, R (1956): "Poliomiélitis". En: VALERO-RIBAS, J. (dir.): *Enciclopedia Salvat de Ciencias Médicas*. Salvat editores, SA. Barcelona, tomo IV, pp. 535-543.
 - Caballero Bonald, JM. (1999): "Prólogo" a Camus, A.: *La peste*. Traducción de Rosa Chacel. Millenium. Madrid.
 - Caligaris, H.: "Las huellas de un escritor excepcional". En: http://letras-uruguay.espaciolatino.com/aaa/caligaris_hugo/philip_roth_las_huellas.htm (Consultado el 17 de septiembre de 2011).
 - Camus, A. (1999): *La peste*. Traducción de Rosa Chacel y prólogo de José Manuel Caballero Bonald. Millenium. Madrid.
 - Ceballos, C., A (1944): "Breves observaciones sobre la poliomiélitis y su tratamiento". *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*: 23(12), pp. 1.072-1.080.
 - Christie, A. (2003): *Némesis*. Debolsillo. Barcelona.
 - Cruz Hernández, M. (1972): *Pediatría y Puericultura*. Editorial Romargraf. Barcelona, tomo 2º, pp. 1553-1576.
 - Farreras Valentí, P. y Rozman, C. (1978): *Medicina Interna*. Editorial Marín, SA. Barcelona, tomo II, pp. 815 y ss.
 - Glanzmann, E. (1946): *La parálisis infantil epidémica (poliomiélitis)*. Versión española y notas de Pedro Farreras Valentí y Agustín Pérez Soler. Colección Española de Monografías Médicas. Barcelona.
 - González Rodríguez, P. (1953): *Aspectos epidemiológico y social de la poliomiélitis. La parálisis infantil en España*. Madrid.
 - Guelbenzu, JM. (2011): "La culpa y el destino". Babelia, 12 de marzo.
 - Herrera Rodríguez, F. (2006): *Antonio Orozco Acuaviva: un médico humanista en la Academia Hispanoamericana*. Real Academia Hispanoamericana. Cádiz.
 - Herrera Rodríguez, F. (2011): *Las enfermedades de Sísi-fo*. Reflexiones sobre literatura, medicina y enfermedad. Imprenta Rimada. Cádiz.
 - Kafka, F (1984): *El proceso*. Traducción de Feliu Formosa. Editorial Bruguera. Barcelona, 1984.
 - Laval R., E. (2007): "Anotaciones para la historia de la poliomiélitis en Chile". *Rev. Chil. Infect*: 24(3), pp. 247-250.
 - Lax, E.: "Conversaciones con Woody Allen". En: <http://www.casadellibro.com/capitulos/9788426436759.pdf> (Consultado el 17 de septiembre de 2011).
 - León Rega, P. y Echevarría Mayo, JM: "La poliomiélitis y el síndrome post-polio: una breve revisión". En: <http://www.postpoliomexico.org/PolioPostPolioBreveResumen.html> (Consultado el 14 de julio de 2011).
 - Márquez, AC.: "Faulkner's presence in latin American literatura". En: <http://dspace.uah.es/jspui/bitstream/10017/4820/1/Faulkner's%20Presence%20in%20Latin%20American%20Literature.pdf> (Consultado el 3 de agosto de 2011).
 - Nájera, E. y col. (1975): "Análisis epidemiológico de la situación actual de la poliomiélitis en España". *Revista de Sanidad e Higiene Pública*: 49, pp. 953 y ss.
 - Nettel, G.: "El pecho, de Phillip Roth". En: <http://letraslibres.com/resvista/libros/el-pecho-de-phillip-roth> (Consultado el 17 de septiembre de 2011).
 - Nueva Enciclopedia Larousse (1984). Barcelona, tomo 7, p. 6943.
 - Núñez, S.: "Epidemia de poliomiélitis en Costa Rica. Año 1944". En: <http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v24n8p681.pdf> (Consultado el 14 de julio de 2011).
 - Núñez, S. (1945): "Poliomiélitis. Epidemia en Costa Rica, año 1944". *Revista Médica de Costa Rica*: XII, 136, pp. 497-500.
 - Pérez Marc, G. (2007): "Filosofía de la enfermedad: vulnerabilidad del sujeto enfermo". *Archivo Argentino de Pediatría*: 105(2), pp. 134-142.
 - Platero, S.: "Un judío incómodo". *Diario El País* (Montevideo, Uruguay), 1-X-2010. En: http://www.elpais.com.uy/suplemento/cultural/un-judio-incomodo/cultural_518092_1... (Consultado el 14 de agosto de 2011).
 - Righetti, M. (2006): "Historias de vida entre la literatura y la ciencia". *Perfiles educativos*: XXVIII (2006), 113, pp. 81-105.

- Roth, Philip (2002): El animal moribundo. Traducción de Jordi Fibla. Alfaguara. Madrid.
- Roth, Philip (2006): El pecho. Traducción de Jordi Fibla. Mondadori. Barcelona.
- Roth, Philip (2007): Patrimonio. Una historia verdadera. Traducción de Ramón Buenaventura. Debolsillo. Barcelona.
- Roth, Philip (2009): Los hechos. Traducción de Ramón Buenaventura. Debolsillo. Barcelona.
- Roth, Philip (2010): Lectura de mí mismo. Traducción de Jordi Fibla. Debolsillo. Barcelona.
- Roth, Philip (2011): Némesis. Traducción de Jordi Fibla. Mondadori. Barcelona.
- Ryken, A.: "Polio in Twentieh Century America: A "Children's Disease" in a Child-Centered Culture. En: <http://digitalcommons.lmu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1024&context=ulra&sei-redir=1#search=%22PARALYZING%20FEAR%20NINA%20GOLDEN%22> (Consultado el 1 de septiembre de 2011).
- Sarabia, B. (1985): "Historias de Vida". Revista Española de Investigaciones Sociológicas: 29, pp. 165-186.
- Soiza Larrosa, A. (2005): "La peste". Salud Militar: 27, 1, pp. 113-126.
- Twain, M. (2007): Reflexiones contra la religión. Traducción de Mario Muchnik. Trama editorial. Madrid.
- Vargas Llosa, M. (2007): La verdad de las mentiras. Punto de Lectura. Madrid, 2007.
- Verdú, V. (2011): "Los enfermos hablan entre sí". El País, 2 de julio, p. 34.
- Wilson, Daniel J. (2009): "And they shall walk: ideal versus reality in polio rehabilitation in the United States". Asclepio: LXI, 1, pp. 175-192.



Cuidados de Enfermería en el siglo XXI. Una mirada hacia el arte de cuidar

Nursing care in the 21st century. A look into the art of caring

Cuidados de enfermagem no século XXI.

Um olhar sobre a arte de cuidar

Amparo Nogales Espert

Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Juan Carlos I Madrid.



ABSTRACT

This article is the complete version of the paper with which I participated in the roundtable dedicated to the history and phenomenology, on the occasion of the celebration of the XII National Congress, VII International History of Nursing and the VII National Conference on Culture of Care, which took place at the University of Alicante, on 24 November 2011. The paper is divided into two parts, the first part collects and briefly discusses some points, which will undoubtedly help to stay afloat in society current complex and

unsettling. The second part is an attempt to approach the deep space of the subtlety and beauty, pointing to the nursing care as a means to achieve a high degree of humanism in the profession.

Key words: History of Nursing, art of care, human dignity.

RESUMO

Este artigo é a versão completa do papel com o qual eu participei na mesa-redonda dedicada à história e à fenomenologia, por ocasião da celebração do XII Congresso Nacional, História VII Internacional de Enfermagem e da VII Conferência Nacional de Cultura da Care, que teve lugar na Universidade de Alicante, em 24 de novembro de 2011. O artigo é dividido em duas partes, a primeira parte coleta e brevemente discute alguns pontos, o que certamente contribuirá para manter à tona na sociedade atual complexa e inquietante. A segunda parte é uma tentativa de abordagem do espaço profundo da sutileza e beleza, apontando para o cuidado de enfermagem como um meio para atingir um alto grau de humanismo na profissão.

Palavras-chave: História da Enfermagem, a arte do cuidado, dignidade da pessoa humana.

RESUMEN

El presente artículo es la versión completa de la ponencia con la cual participé en la mesa redonda dedicada a la historia y la fenomenología, con motivo de la celebración del XII Congreso nacional, VII Internacional de Historia de la Enfermería y las VII Jornadas Nacionales de Cultura de los Cuidados, que tuvo lugar en la Universidad de Alicante, el pasado 24 noviembre de 2011. La ponencia se divide en dos partes, la primera parte recoge y analizan brevemente algunos puntos, que sin duda, ayudan a mantenernos a flote en la sociedad actual, compleja y desestabilizadora. La Segunda parte es un intento por acercarnos al espacio profundo de la sutileza y la belleza, apuntando a los cuidados de enfermería, como medio para alcanzar un alto grado de humanismo en la profesión.

Palabras clave: Historia de Enfermería, arte de cuidar, dignidad humana.

Los cuidados de enfermería han mantenido a lo largo de la historia de la humanidad una base y una razón de ser: calmar el dolor, proporcionar confort y bienestar y ayudar en general al enfermo necesitado. Esta ayuda al enfermo ha ido diferenciándose en el transcurso del tiempo y ampliando las formas y posibilidades de ayudar conforme la ciencia y la tecnología médicas han crecido, ampliando las posibilidades de actuar contra la enfermedad, hasta unos límites que hace unos años no nos hubiéramos atrevido a sospechar.

En consecuencia, las posibilidades de curación, recuperación o, en todo caso de mejora de una enfermedad, han crecido de forma exponencial a finales del siglo XX y los albores de siglo XXI en que ahora nos encontramos y por tanto, la esperanza de la humanidad y del hombre de hoy en que la medicina y sus

representantes, en nuestro caso la enfermería, tienen conocimientos, es decir, poder, para ayudarles a salir de su estado de enfermedad, ha alcanzado las cotas más altas, nunca hasta ahora logradas en la historia de los cuidados a la persona humana.

En esta intervención, dentro del tiempo que se nos ha asignado, quisiéramos dirigir una mirada hacia el cuidado de enfermería como arte, con el propósito de abrir, en la medida de nuestras posibilidades, un camino quizás estrecho pero, en todo caso, una búsqueda de sentido del arte y la belleza que pudieran constituir una ayuda más a la enfermería para mejorar las expectativas del enfermo actual de recibir más amplios cuidados.

Partiré para este propósito de un convencimiento anterior, el de que, como enfermeras, debemos potenciar nuestra vida interior, especialmente el mundo de la sensibilidad, abierto a recoger sensaciones, impresiones, sentimientos, que nos conforman como personas cada vez más sensibles, para que todo ello pudiera abrirnos a una forma de cuidar especialmente matizada por esta sensibilidad, que abre en nosotros nuevas posibilidades de tomar iniciativas, nuevas formas de estar activas ante el enfermo. Goethe dice así: "Todo objeto nuevo, si lo observamos atentamente, (si somos sensibles a su significado) abre un nuevo órgano en nosotros" (Safranski, 2011:14).

Pretendemos, por tanto, realizar una breve valoración de ciertos aspectos personales, apuntando hacia la búsqueda del encuentro con uno mismo, a fin de ir penetrando en el propósito de llegar a convertirnos en conocedores del espíritu, manteniendo así mismo una observación tranquila y minuciosa frente al mundo exterior, para llegar a ser receptores y motivadores de impulsos. No olvidemos que la enfermera se encuentra ante una persona

que debe superar a la enfermedad y con frecuencia precisa ser apoyada más allá de lo meramente físico.

Vamos a dividir esta intervención en dos partes. En la primera planteamos unos puntos de referencia sobre cuestiones esenciales del ser humano que nos ayuden a resituarnos en esta sociedad inestable y utilitarista. En la segunda parte intentaremos el acercamiento a una línea en el horizonte de la vida humana, una suerte de skyline o línea en el cielo, aquél espacio profundo de la sutileza y la belleza, para apuntar desde allí a los cuidados de enfermería. Creemos que acercándonos a esta línea en el cielo de lo personal podemos llegar a una actitud estética del espíritu y ver cómo la enfermería puede encontrar otras posibilidades de alcanzar un importante grado de humanismo, ampliando así su espacio en los cuidados.

PRIMERA PARTE:

En ella recogemos varios puntos de referencia para mantenernos a flote en esta sociedad compleja y desestabilizadora. Estos puntos escogidos, de los cuales realizamos un breve análisis son: 1 dignidad humana, 2 amor como eje de actuación, 3 búsqueda de la verdad y 4 el hombre como ser histórico e incompleto.

1. Dignidad Humana.

En reconocimiento de la especial singularidad humana se ha concedido a la persona el calificativo de dignidad. Esta valoración cualitativa, hoy frecuente en nuestro lenguaje, procede de épocas antiguas. Petrarca habló de la dignidad humana, pero especialmente en los albores del Renacimiento, Giovanni Pico de la Mirándola se referirá ampliamente a la dignidad como cualidad del hombre en su libro "Oratio de hominis dignitate" (Pico de la Mirandola, 2004), publicado póstumamente en

1496 y más tarde aparecido como "Discurso sobre la dignidad del hombre".

Afirma Pico de la Mirándola que el hombre es un ser afortunado y merecedor de admiración al poseer unas cualidades, las cuales, por sí mismas, le otorgan este calificativo de dignidad. Son las siguientes:

a. Capacidad de observar, contemplar y apreciar la belleza, como una cualidad excelente, depositada en el espíritu del hombre.

b. Poseer libertad para modelarse a sí mismo, como facultad de elegir entre opciones opuestas, para llegar a una superación de sí mismo, o bien permanecer sin esfuerzo de modificación personal.

c. Poseer una naturaleza dispuesta a adaptarse a nuevas circunstancias y experiencias, a crecer, madurar y dar frutos propios.

d. La persona humana es un ser contemplativo, preparado para recogerse en su interior y ser analítico y reflexivo.

e. El hombre tiene capacidad para llegar a ser todo aquello que se proponga. Puede no contentarse con la mediocridad y aspirar a la excelencia.

f. El hombre es un ser amador, capaz de interesarse y sentir afecto y atracción hacia los demás.

g. Puede desarrollar el hombre su inteligencia mediante razonamiento, buen juicio y vida activa.

Estas cualidades de apreciar lo bello, ser libre y elegir, adaptarse y crecer, contemplar y recogerse en sí mismo, llegar a ser cuanto se proponga, practicar una actitud de amor a los hombres y desarrollar su inteligencia, todas ellas conceden en su conjunto el valor de dignidad a la persona humana, colaborando de este modo a lograr la plenitud de la vida.



Cuando hablamos hoy de dignidad, deberíamos tener presentes estas potencialidades reunidas en la persona al cuidado de la enfermera, una persona que, en su situación biográfica de enfermedad, mantiene sus cualidades, aspiraciones y esperanzas, como la más elevada forma de realización humana.

2. Amor como eje de actuación.

Para alcanzar una vida plena de satisfacción y felicidad, es un factor clave para Eric Fromm, ser capaz de amar. Para este filósofo, uno de los que más se han interesado por el amor humano, éste, el amor, constituye una experiencia personal basada en un interés real por las personas y en una actitud positiva y afectiva hacia ellas. Podemos hablar del amor como una forma de estar ante la vida, expresado, por ejemplo, en el modo de comportarse la enfermera ante los pacientes y en su trabajo.

Se ama con la experiencia, desarrollando una actitud de disposición y unos requisitos tan necesarios para amar como para desarrollar cualquier otro arte, requisitos como disciplina, concentración, paciencia, preocupación, dedicación y buenas condiciones físicas (Fromm, 1994):

1. Disciplina:

Resulta imprescindible para practicar cualquier arte, entendiendo amar como un arte.

No hay actividad que pueda considerarse arte si solo se desarrolla esporádicamente. Hace falta, por tanto, una seria disciplina para practicar una actitud de interés y dedicación a los demás, continuamente y sin paréntesis.

2. Concentración:

Mantener una actitud consciente en cada actuación, supone saber bien qué hacemos en todo momento. Es una condición importante para practicar un arte, actuar concentradamente con una actitud afectiva hacia la persona cuidada; ello produce resultados estimulantes y beneficiosos para la actividad de cuidar. Actuar concentrado, ayuda así mismo a ser sensibles con uno mismo y a extender esa sensibilidad hacia los demás.

3. Paciencia:

Adquirir experiencia en una actividad, en el arte de amar, significa repetir pacientemente esta actitud y mantenerse atento en toda actuación. Es difícil obtener buenos resultados en breve tiempo. Mantener un comportamiento afectivo pacientemente conduce a que fluyan de nosotros disponibilidad, actos de acogida y receptividad hacia los demás.

4. Preocupación:

Para practicar un arte, el arte de amar, es importante sentirse interesado en llegar a dominarlo. Esta preocupación se traduce en trabajar a conciencia y en estar pendiente de los objetivos trazados y de los resultados, poniendo empeño en evitar trivializar las pequeñas vivencias experimentadas por la persona cuidada.

5. Dedicación:

Es decir, emplearse a fondo en el propósito de aprender a amar de forma satisfactoria, has-

ta convertirnos en expertos en el arte de amar, en artistas de este arte. Dedicar tiempo a este propósito significa tenerlo en cuenta cada hora de nuestra jornada y cada día, en el trabajo y fuera de él.

6. Buenas condiciones físicas:

No es un matiz banal la recomendación de mantener buenas condiciones físicas entre los requisitos para la práctica de amar. Recuperación y descanso adecuados son necesarios para cumplir las exigencias de los cuidados de enfermería, para lo cual se precisa no sentirse cansado, falto de tono activo, en estos casos, falto de motivación para una conducta afectiva.

El amor como experiencia personal consistente en un interés verdadero por las personas y en una actitud positiva y afectiva hacia ellas, hace posible entender el amor de la enfermera hacia la persona enferma, y ofrece la posibilidad de ponerlo en práctica generalizadamente, teniendo en cuenta los requisitos comentados.

No solo amor a las personas, se habla también de amor a los proyectos, a la vida, a las ideas; es necesaria para una existencia plena una motivación hacia el trabajo, las acciones, hacia aquello que se emprende a diario. Goethe lo expresó de este modo: “Si no se habla con una participación amorosa, con cierto entusiasmo parcial, no queda nada digno de hablarse. El agrado, la alegría, la participación en las cosas es lo único real y lo único que trae de nuevo realidad, todo lo demás es fútil y frustrante”, (Safranski, 2011).

Viendo el amor desde otras perspectiva, podemos decir que el amor da felicidad, que amando se es feliz, que amando se da, y que nos sentimos en verdad tanto más felices, cuanto más damos de lo nuestro y de nosotros mismos. De tal manera que aquél que no da

algo de sí, finalmente pierde. Así lo dice Séneca en una obra sobre la felicidad, “De vita beata”: “Nunca hago mejores inversiones que cuando doy. Pues qué, me dirás, ¿das para recibir?. No, doy para no perder”, (Marías,2002:31).

3. Búsqueda de la verdad.

Vivir la enfermería como una gran aventura significa darnos cuenta de los importantes descubrimientos que nos permite realizar, de las decisiones que tomamos en su ejercicio y de las que nos esperan, algunas determinantes para nuestra existencia. Vivir la enfermería como una aventura significa que en ella depositamos nuestros proyectos, nuestras inquietudes y esperanzas. Nos ofrece la posibilidad de encontrar la belleza y la grandeza de la vida y, puesto que también nos muestra la proximidad de la muerte y su condición final de inevitable para el hombre, la enfermería nos incita, mientras transcurre nuestro camino entre la vida y la muerte, a caminar en busca de la verdad.

La enfermería, en su trato con la enfermedad y la muerte, nos plantea una actividad apasionante, la de buscar respuestas a las inquietudes fundamentales y últimas del ser humano, las de encontrar la ilusión de transmitir la esperanza a los corazones atenazados por la enfermedad.

La enfermería nos lanza a encontrar la luz para comprender mejor nuestro quehacer, nos empuja a encontrar los fundamentos sólidos del cuidado, a buscar más allá de la capacidad técnica, la cual, si se reduce a sí misma solo deja una visión sesgada de la enfermería.

La enfermería favorece en nosotros la disposición para buscar la verdad del ser humano y de la vida propia, nos coloca tan cerca de la humanidad que, aún en estos tiempos en los cuales se nos presenta al hombre como simple consumidor, podemos también adivinar el

espíritu humano, seguir indagando sobre las cuestiones esenciales del hombre, al tiempo que convivimos con el final y el principio de la vida y el dolor de la existencia humana. ¿Es posible experimentar el impulso hacia delante de la enfermería?

Quizá lo experimenten aquellas enfermeras abiertas a las vibraciones de su ejercicio en los diferentes momentos de su actividad profesional. Quizá podamos experimentar el impulso del cuidado sobre el cuidador, siendo enfermeras convencidas de la capacidad de avanzar en el camino hacia la verdad, existente en la persona humana.

La aspiración a buscar la verdad nos acompaña a lo largo de la historia del pensamiento, tal como lo tuvo previsto Platón: “Busca la verdad mientras eres joven, pues si no lo haces, después se te escapará de entre las manos” (Ratzinger, 2011:62).

El camino hacia la verdad total necesita siempre una actitud humilde. Nunca llegaremos a la verdad completa, Somos inconclusos caminantes en un proceso incompleto de formación y transformación.

Ratzinger piensa: “La verdad misma siempre va a estar más allá de nuestro alcance. Podemos buscarla y acercarnos a ella, pero no podemos poseerla del todo: más bien es ella la que nos posee a nosotros y la que nos motiva. En el ejercicio intelectual y docente, la humildad es así mismo una actitud indispensable, que protege de la vanidad que encierra el acceso a la verdad” (Ratzinger, 2011:63).

4. El hombre como ser histórico

Somos seres históricos precisamente por tener una vida inconclusa, porque la vida humana, mientras es vida, está recorriendo un camino a lo largo del cual, el hombre constantemente cambia y se modifica, experimenta,

aprende y olvida, siente de una determinada forma, tiene nuevas preferencias y abandona otras.

El hombre tiene conciencia de ser y de estar siendo y, además, tiene conciencia de poder ser, lo cual significa que en el ahora de la persona se encuentran las innumerables posibilidades de ser en el futuro.

“El hombre es animal histórico, viviente, capaz de progresar y de regresar, cosa que en modo alguno puede decirse de cualquier especie animal... La conducta del hombre en cambio, y tanto en su vida individual como en su vida específica, va cambiando constantemente a lo largo de su edad, es “idem sed aliter”, lo mismo pero de otro modo, y esto da carácter histórico, tanto a la vida del individuo humano, como a la del grupo social al que pertenece” (Ratzinger, 2011:63).

Desde esta visión del hombre como ser histórico y por tanto inacabado, o en devenir, en sucesión y transformación, tomamos la propuesta de Edith Stein, que da título a una de sus obras filosóficas: “Acto y potencia”, (Ratzinger, 2011:63). Para enlazar con el hecho histórico de la vida humana, y decir que, tal vez el carácter inconcluso de la vida del hombre, pueda hacer que veamos en el acto humano, en la actuación puntual en un cuidado concreto, la potencia de los actos futuros, de lo que puede llegar a realizar el cuidador y todavía no se ha concretado en una realidad. Probablemente el acto humano (de la enfermera que cuida), encierra la potencia de los actos realizables en el futuro.

Como ser histórico, la persona enfermera puede pretender caminar progresivamente, aunque sea de manera fragmentaria, hacia la asimilación de los conocimientos necesarios para proporcionar cuidados más satisfacto-

rios para el paciente y para sí misma, desde los cuatro puntos de referencia aquí presentados: conservar la dignidad humana; amar como eje de actuación, búsqueda de la verdad y considerar al hombre como ser histórico.

En relación con los dos últimos puntos, búsqueda de la verdad y contemplar al hombre como ser histórico, ponemos sobre el papel las palabras de Edith Stein: “Ningún sistema de pensamiento humano alcanzará jamás un punto de perfección tal que pueda satisfacernos... también puede ser el camino que conduzca a un contacto vivo con los antiguos pensadores y a la comprensión de que, a pesar del tiempo y de las barreras constituidas por las naciones y las escuelas, todos los que buscan realmente la verdad tienen algo en común” (Stein, 2004:14).

Respecto a los dos primeros puntos comentados anteriormente, dignidad humana y amar como eje de actuación, vamos a fijarnos, para terminar esta primera parte, en la visión de Ortega y Gasset en su consideración de la vida humana como realidad radical, como punto de origen de todas las posibles actividades de la vida. En esa realidad radical, se encuentran todas las formas de experiencia de lo real. Y esas formas de experiencia de lo real, que seguidamente presentamos, incluyen actividades por las cuales el hombre tiene reconocida su dignidad: inteligencia, imaginación, apertura al futuro, ensimismamiento y soledad, capacidad de juzgarse, libertad y responsabilidad. El hombre es acreedor de dignidad, por su capacidad para actuar abierto hacia el amor como una necesidad humana preferente, a través de la convivencia social.

Veamos las actividades de la vida humana concebidas por Ortega y Gasset como realidad radical:

1. “Ejercitar mi inteligencia como razón vital, y puesto que existo en la historia, como ra-

zón histórica. Solo considerada como función de la vida puede entenderse realmente lo que es la razón. Apoyada en creencias y experiencias, nuestra razón produce ideas, y tanto mis creencias como mis ideas están radicadas en mi vida y para mi vida”.

2. “Proyectarme imaginativamente hacia el futuro desde mi pasado actualizado en mi presente. El recuerdo es la carrerilla que nos tomamos para dar un enérgico salto hacia el futuro. La futurición es nota esencial de la existencia humana; el hombre es un ser futuro, dirá Julián Marías”.

3. “Crear a mí mismo, realizando bien o mal el futuro imaginado y proyectado. Vivo hacia el futuro, sintiéndome a mí mismo, o juzgándome a mí mismo, imaginándome a mí mismo, creándome a mí mismo”.

4. “Convivir humanamente con los demás, tanto de un modo social, esto es, con los hombres para mí presentes, como de un modo histórico, con los hombres para mí pretéritos. La razón vital se hace así razón histórica, y cada vida se convierte en un punto de vista dentro del todo de la humanidad. Existir es coexistir”.

5. “Ensimismarme, recluírme en lo más íntimo de mí mismo. Por tanto vivir experimentando que el elemento de que estoy hecho, que el hilo de que estoy tejido, es la soledad”.

6. “Juzgarme moralmente a mí mismo por el modo como he realizado mi libertad. Vivir según la condición de realidad radical que para el hombre es la vida, lleva esencialmente consigo la responsabilidad”, (Lain, 1998:118).

SEGUNDA PARTE

Intentamos acercarnos a una línea en el horizonte de la vida enfermera, el espacio profundo de la sutileza y la belleza apuntando a los cuidados de enfermería. Creemos que, acercándonos a esa línea, en la dimensión

transcendente de la vida humana, a una actitud estética del espíritu, la enfermería puede llegar por otras vías a alcanzar un respetable grado de humanismo, ampliando así su espacio en los cuidados.

El arte se ha representado referido a la enfermería a lo largo de la historia; en España no han faltado obras publicadas de enfermería en las que aparece el arte como elemento propio de enfermería. Recordemos la “Instrucción de Novicios de la Orden de la Hospitalidad. Tomo 2, Arte de Enfermería”. P. José Bueno y González O. H. Madrid, 1833, (Ventosa, 2011). La enfermería ha sido transmitida como ciencia y arte en gran parte de las Escuelas de Enfermería españolas del siglo XX, aunque después la consideración de arte haya sido abandonada al olvido, desde el punto de vista formativo.

Hemos dividido esta segunda parte en los siguientes apartados:

1. La belleza en el ámbito de enfermería
2. Pintura y arte de enfermería
3. Literatura y arte de enfermería
4. Arte actual y arte de enfermería
5. Práctica y arte de enfermería

1. La belleza en el ámbito de enfermería

Umberto Eco en su “Historia de la belleza” utiliza el adjetivo de bello para calificar una cosa que nos gusta. Además no solo nos parece bello aquello que nos gusta, sino que quisiéramos poseerlo. Resulta bella una cosa que estimula nuestro deseo. Otras veces se califica de bella una acción, como la del que cuida a un leproso. En definitiva, dice Eco, “hablamos de belleza cuando disfrutamos de algo por lo que es en sí mismo, independientemente del hecho de que lo poseamos. Es bello aquello que, si fuera nuestro, nos haría felices, pero que sigue siendo bello, aunque pertenezca a otra persona”, (Eco, 2010:8).

La relación entre belleza y arte es la siguiente: mientras la belleza puede ser una cualidad poseída por ciertos elementos de la naturaleza (un hermoso árbol, un bello claro de luna), la función del arte consiste en hacer bien las cosas que hace, de manera que resulten útiles a la finalidad que tienen asignada, de forma que hacen arte el escultor, el barquero o el barbero que fabrican una bella cosa, una escultura, una barca o un corte de pelo. Han sido artistas por tanto, todos ellos, al igual que los poetas y escritores que han explicado qué era para ellos lo bello y han producido obras bellas.

El ideal de belleza también es diferente en uno u otro momento de la historia, según las culturas y las épocas. De este modo no puede hablarse de belleza como de algo inmutable, puesto que ha ido adoptando distintos prototipos en cada momento histórico. Diferentes pintores han sostenido distintos modelos de belleza según cada país y época histórica, incluso puede decirse que varios modelos de belleza coexisten en una misma época.

La bella acción de cuidar a un enfermo, no está sujeta a estos cambios, contrariamente se mantiene inalterable, debido a que la sensación de ser cuidado con arte la experimenta el enfermo, y responde invariablemente a un cuidado afectivo, junto a la satisfacción de necesidades básicas.

Veamos como ejemplo la referencia a los cuidados prestados por San Juan de Dios a los enfermos en el siglo XVI, dejando al lector la libertad de opinar si a esto podría llamarse arte y bello cuidado; si los enfermos al ser tratados de esta manera se sentirían cuidados con arte y si, finalmente, un enfermo del siglo XXI al verse atendido de semejante forma, no podrá sentir que es cuidado con arte: “Todo el día se ocupaba en diversas obras de caridad, y a la noche, nunca se recogía sin primero visitar a

todos los enfermos, uno a uno, y preguntadles cómo les había ido, y cómo estaban, y qué habían menester, y con muy amorosas palabras consoladlos en lo espiritual y temporal”, (Castro, 2011:25).

2. Pintura y arte de enfermería

Sin duda el arte de la pintura deja en la enfermera resonancias influyentes para el arte de cuidar. Recordemos, aunque sea muy brevemente, algunos aspectos de las obras de Leonardo de Vinci, (Vezzoli, 2011). En el taller de Verrochio en Florencia, donde ya se vive un refinado humanismo, se despiertan en Leonardo sus extraordinarias dotes de observador, dibujante y pintor. Más tarde en su “Tratado de la pintura”, hablará con entusiasmo del estímulo provocado en su imaginación por las manchas en la pared, “porque en las cosas indefinidas el espíritu se abre a nuevas invenciones” (Vezzoli, 2011:28). En sus obras Leonardo comenzará a experimentar una nueva sensibilidad ante las sugerencias expresadas por la luz, a la que logra hacer vibrar en distintos juegos de densidad e intensidad.

Obra fundamental en la formación de Leonardo es “La Anunciación”, realizada en el taller de Verrochio, junto con otros alumnos, considerada después obra maestra del Quattrocento, imprescindible para admirar el proceso artístico vivido en los talleres de la época, desde el proyecto iconográfico, el dibujo preliminar y los posteriores toques pictóricos, con las siguientes intervenciones especializadas. La intervención directa de la mano de Leonardo se produjo sobre la cabeza del ángel y de la Virgen, las ropas y el paisaje, según opinan los expertos.

El conjunto del cuadro resulta de una belleza cautivante, la actitud reverente del ángel, en un rostro afable y al mismo tiempo consciente



de la magnitud de su revelación, junto a una actitud de reconocimiento hacia la otra persona, presenta una figura enfundada en ropajes de gran elegancia y representatividad. Al otro lado, la Virgen, mostrada en un joven rostro expresando a un mismo tiempo serenidad y expectación, con el brazo derecho en reposo y el izquierdo levantado en leve actitud de sorpresa, revestida su persona de vestimenta llena de elegancia y sencillez.

Solamente las figuras, sin ocuparnos del resto del cuadro, encierran una muestra palpable de haber captado el significado del acto y potencia (ya mencionado más arriba), plasmado en una instantánea. Se trata de un instante singular en el cual un enviado de Dios viene a comunicar un hecho trascendental. La otra figura, la de la virgen María, deja traslucir a través de su expresión corporal, su vestimenta, gesto y sobre todo su rostro, serenidad y expectación a un mismo tiempo. Este es el acto, el hecho plasmado en el cuadro. Pero así mismo, el propio acto que se muestra, contiene la potencia, no de lo que está siendo, sino de la consecuencia, de lo que puede ser y aquello que realmente será después. En el acto inmóvil aparece la fuerza de aquello que ocurrirá más tarde. El conjunto del cuadro, con las vestimentas, posturas y rostros de las dos figuras sobre el telón de fondo en el cual son presen-

tadas, transmite la sensación de estar ante un instante grandioso.

El otro ejemplo que hemos tomado de Leonardo es la Monna Lisa. En su conjunto toda la representación consiste en una figura de mujer, sobriamente vestida con ropajes en tonalidades oscuras, sobre un fondo de naturaleza también oscuro, para resaltar la figura femenina y en especial el rostro. La posición corporal de la joven retratada es reposada, con ambas extremidades apoyadas en los brazos de una silla en la cual aparece sentada; la mano derecha sobre la izquierda y aquella con los dedos separados en actitud de relajación.

Todo el cuadro atrae la atención del observador sobre el rostro de Monna Lisa, y ésta parece lanzar interrogantes a todo aquél que la contempla, de tal modo que el observador queda atrapado por la fuerza de un rostro y una sonrisa enigmáticos.

Después de la primera impresión el observador del cuadro cae en la cuenta de que los ojos de Monna Lisa no le miran fijamente a él, sino que están mirando de reojo hacia su izquierda, a la vez que sonríe levemente. Lo que realmente parece querer mostrar el pintor es la figura, presente y estática en el acto de estar ahí y, en ella, la potencia de aquello que comienza a suceder en su persona. ¿Qué es lo que está contemplando la joven?; ¿hacia dónde dirige su pensamiento?; ¿qué ocurrirá en Monna Lisa en el instante después de pasar por el pintor?.

El hecho cautivador del cuadro está en la perfección de la pintura y en el poder de atracción de un rostro, que comienza interpelando al observador y sonriéndole con sonrisa benevolente, para pasar después a una mirada dirigida a otro lugar más allá del observador, en un ejercicio de introspección reflexiva verdaderamente enigmático, como guardando un secreto que no desea comunicar. Este es el mis-

terio conservado en el lienzo desde hace más de cinco siglos.

¿Dónde encontrar el valor del arte de la pintura para el arte de enfermería?. La pintura hace de la persona, y de la persona enfermera, una experta en observación, transmitiendo con la experiencia mayor grado de sutileza para captar detalles de la figura y la relación con el enfermo que, por su profundidad, o por su levedad, pasan sin duda desapercibidos. La enfermera experimentada en observación, puede advertir mensajes gestuales que, en muchos casos pueden no ser recogidos. Y aprende en todo caso, dos cosas importantes: una la disposición con la que hay que acercarse al cuadro y a la persona a su cuidado, para recoger la mayor información posible, y dos, aprende a encontrar la belleza en las obras de arte y la belleza, a veces escondida en la persona a su cuidado, y a disfrutar de ambas. Es de esperar que un cuidado en estas condiciones se convierta realmente en arte.

3. Literatura y arte de enfermería

El arte en todas sus experiencias pertenece a la vida. A través de la literatura el arte se expresa hasta cimas difícilmente superables. Veremos varias muestras del arte, su expresión y manifestación a través de los escritos de dos grandes poetas y escritores de todos los tiempos: Goethe y Schiller, a finales del siglo XVIII.

Para Goethe el arte viene a ser un cobijo contra los hechos negativos ocurridos en la historia. Para Schiller el arte es “un impulso originario de la libertad”. Por eso en sus “Cartas de Kallias”, quiere presentar una nueva teoría de lo bello diciendo: “la belleza es libertad en aparición”, (Safrański, 2011:90-91). Hay ahí una autodeterminación en el hombre al crear belleza, y en la naturaleza al mostrarse de manera bella. En el mundo estético de Schiller

entran en juego la belleza, la gracia y la dignidad, cuando relaciona la belleza corporal con el vestido, los ropajes: “La belleza es el conjunto logrado entre el vestido y el cuerpo. En ese conjunto cada elemento logra su mejor forma y hace posible con ello la bella impresión del todo”. Este es el pensamiento fundamental sobre la belleza: “la belleza juega con los materiales, las cosas, las materias, las ideas, el lenguaje, de modo que expresa su correspondiente sentido y valor propio, y así éstos permanecen libres y a la vez quedan incluidos en un todo” (Safranski, 2011:92).

En el “Tratado sobre la gracia y la dignidad” de 1793, Schiller define la gracia como “la reconciliación entre el impulso y la libertad, naturaleza y razón”. Si se logra esta reconciliación el hombre se convierte en “alma bella”, definida de este modo: el alma bella... “con gran facilidad, como si desde ella actuara solo el instinto, practica los deberes más penosos de la humanidad, y el sacrificio más heroico que arranca a las tendencias naturales, se presenta ante nuestros ojos como la acción voluntaria de esa tendencia”. Así pues, “el deber no ha de dominar sobre el querer, sino que el querer ha de ser cultivado por el arte, de tal manera que asuma el deber en su voluntad”. “En ocasiones, debo forzarme a algo. En estos casos no se muestra belleza ni gracia, pero sí, en cambio, dignidad”, (Safranski, 2011:92).

Mientras para Schiller la belleza se define como “libertad en la aparición”, para Goethe en su ensayo de 1794 titulado “En qué medida la idea de que la belleza es perfección unida con la libertad puede aplicarse a las naturalezas orgánicas” afirma sobre la belleza: “No es el movimiento lo primero en ser bello, sino que ya lo es el aspecto de una figura concentrada vigorosamente en sí misma, como la de un león, en el que se echa de ver que le es posible

u múltiple uso libre de todos sus movimientos, tan pronto como él quiera, de modo que el supremo sentimiento de belleza, va unido con el de confianza y esperanza”, (Safranski, 2011:108).

Safranski opina: “Sin duda la ciencia puede aprenderse, pero, ¿también la gracia?. Es evidente que no, pero en todo caso, la cabeza técnica puede aprender a escuchar mejor las sensaciones, no para dejarse llevar al lado de ellas, sino con el fin de usarlas para los propios fines sin infringirles violencia”, (Safranski, 2011:111-112). Sobre el arte Schiller opina: “el arte crece en perfección cuanto más artificiosidad pierde y más se acerca a la coherencia orgánica con la naturaleza; y, a la inversa, la naturaleza, con su finalidad sin fin, aparece como una obra de arte”, (Safranski, 2011:162).

Goethe escribirá la “Teoría de los colores”, dando vuelos mucho más lejanos a su idea del arte y de la belleza, situando al amor muy cerca de la belleza y la satisfacción de la vida, con esta frase ya expresada más arriba: “Si no se habla con una participación amorosa, con cierto entusiasmo parcial, no queda nada digno de hablarse. El agrado, la alegría, la participación en las cosas es lo único real y lo único que trae de nuevo realidad, todo lo demás es fútil y frustrante”, (Safranski, 2011:164-165).

La necesidad de apertura hacia uno mismo y ante la vida, las cosas y la naturaleza es el punto de partida para captar la belleza allá donde se encuentre. Veamos la opinión de Goethe, de Schiller y de Safranski en este sentido:

Goethe: “Cerrados frente al propio interior, (los hombres) se pierden en la distracción. Aquí no puede abrirse paso ningún temple poético”.

Schiller: “Si falta ese temple, el hombre no experimentará lo simbólico en los objetos. La riqueza de significación del objeto es una



función de la plenitud de significación del sujeto. Si el hombre tiene esa plenitud de significación, cada calle, puente, nave, e incluso un arado, será capaz de comunicarle alguna cosa”.

Para Safranski, en ambos pensadores, Goethe y Schiller, “los objetos no revelan su riqueza por sí mismos, sino solamente a través de un sujeto desarrollado; se trata aquí de un fenómeno de resonancia. Hay que abrir el objeto, cosa que solo puede hacer un sujeto que se abre. ¿Cómo lo logra?. No solo por la relación consigo, sino además, por la relación con el mundo. Por tanto, el proceso de apertura es recíproco. Cada uno se experimenta a sí mismo a través del mundo, y experimenta el mundo a través de sí mismo”, (Safranski, 2011,195). Finalmente, frente a la captación de la belleza y creación del arte, Schiller opinará que “es la actitud estética del espíritu la que produce todo esto, el temple estético del espíritu”, (Safranski, 2011:202).

Para enfermería la belleza es también “libertad en aparición”, la aparición de un cuidado con arte en la libertad de practicarlo por parte de la enfermera cuidadora, la cual ha tomado esta autodeterminación. En la estética de Schiller belleza, gracia y dignidad aparecen relacionadas, mostrándonos a las enfermeras, cómo gracia y dignidad van unidas a belleza, pues la belleza se expresa a través de materiales, objetos, palabras y gestos, y hasta en la

forma de llevar el vestido, un uniforme puede expresar belleza.

Un alma bella, “practica los deberes más penosos de la humanidad”, los cuidados de enfermería más desagradables, hechos bellamente, convierten a la persona enfermera en un alma bella. El deber no ha de dominar sobre el querer; la enfermera trabaja bellamente porque quiere hacerlo así. Lo que se muestra entonces hacia fuera es la dignidad de esta profesional.

Para Goethe la belleza está ya presente en la persona, incluso antes de la acción, en la figura enfermera, podríamos decir, “vigorosamente concentrada en sí misma”, pues en ella está presente la posibilidad de movimientos y acciones, y así, “el supremo sentimiento de belleza va unido con el de confianza y esperanza”, dice el escritor. Confianza y esperanza es lo que debe desprenderse de la persona de la enfermera.

¿Cómo aprender la gracia desde la técnica?. Escuchando mejor las sensaciones. O sea, aguzando la observación y la sensibilidad. Puede lograrse a través de la afición al arte, en este caso, la literatura.

En una actitud amorosa ante la vida y en la relación con las personas hay, así mismo, belleza para Goethe.

Permanecer abiertos a la vida, y también ante la naturaleza y las cosas son el inicio para captar la belleza allí donde esté, en la figura, las palabras o las acciones de un enfermo, por ejemplo.

La riqueza de significados que pueden tener los objetos, la naturaleza o las personas, no están solo contenidos en ellas mismas, sino sobre todo, en el temple, en la plenitud del sujeto para captar significados, en la enfermera preparada, en nuestro caso. Y si la enfermera está bien dispuesta, la naturaleza, las cosas y

las personas le comunicarán alguna cosa. De modo que para Goethe y Schiller “los objetos no revelan la riqueza por sí mismos, sino a través de un sujeto desarrollado, pues se trata de un fenómeno de resonancia”. Y así en la enfermera sensibilizada para captar la belleza resuena y se hace patente la belleza que le revelan la naturaleza, las cosas y las personas. “Hay que abrir los objetos (cosas, personas), dicen los autores, y esto solo puede hacerlo un sujeto que se abre”. ¿Cómo se hace?. Mediante un proceso de apertura de uno mismo, y ante la naturaleza, siendo receptivo.

¿Qué nos hace producir arte?. Dice Schiller, la actitud estética del espíritu, el temple estético del espíritu. La disposición, preparación, apertura y voluntad.

4. Arte actual y arte de enfermería

En el arte actual, la arquitectura y cualquier arte en general se convierten en asunto de reflexión. Pongamos como ejemplo a la artista Fernanda Fragateiro, Portugal 1962, que muestra en las formas y texturas de sus obras escultóricas, sus motivaciones y respuestas al arte, (Fragateiro, 2011).

Es necesaria una mirada sosegada para recoger las sensaciones de sencillez y delicadeza reveladas en sus esculturas. “La belleza, dice la artista, es un arma poderosa”. La obra de arte solo existe cuando sale afuera, cuando se comunica. El arte de enfermería se genera no cuando se presenta impreso en un papel, sino cuando aparece en el hacer y ser de la enfermera. Es entonces cuando el arte de enfermería sale al espacio y puede ser visto desde el exterior y sentido por el enfermo que lo recibe y por la propia enfermera, desde cuyo ser y hacer se genera.

Para Fragateiro, “hasta el más mínimo detalle tiene un sentido; todo cambio, por pequeño

que sea, implica un nuevo rumbo. Y creo, dice, en la magia de los materiales y de la obra de arte” (Fragateiro, 2011:27). Desde este punto de vista, la primera actitud de la enfermera consciente del arte de enfermería, será permanecer alerta para percibir el más mínimo detalle del entorno y del propio enfermo, para recoger hasta el más pequeño cambio, pues ellos apuntan hacia un nuevo rumbo que está ocurriendo en la situación, en el ambiente o en el estado de ánimo del enfermo y aún de la propia enfermera.

El mundo, para un artista no debe verse desde una posición cerrada, coincidiendo aquí con la importancia de permanecer abiertos propuesta por escritores clásicos. Hace falta una actitud personal, una disposición del profesional. La artista Fragateiro expresa: “Me gusta llegar a un lugar, tirar de él como si de un hilo se tratara y alcanzar otro punto”, (Fragateiro, 2011:27). Todo lo contrario es mostrarse indiferente ante el entorno y a cuanto ocurre; la autora propone actuar, tomar la iniciativa como artista, tirar del hilo de la situación, actuar con gestos, palabras, actitudes. El arte de enfermería solo puede ponerlo en movimiento la enfermera.

En la visión más actual del arte, Fragateiro no ve la utopía como algo imposible, “la utopía, expresa, es simplemente querer llegar a un sitio mejor” (Fragateiro, 2011:27). En una aplicación correspondiente, podríamos ver el arte de enfermería, aún en nuestros días, no como una utopía inalcanzable, sino sencillamente, como un camino hacia algo mejor.

Destacar por lo que hemos visto, como realmente llamativo y aplicable al arte de cuidar en 2011, que trabajar en enfermería con sutileza, entendida como poder de penetración, como habilidad para hacer algo primorosamente, significa comprender que esta dis-

posición sutil, es para el artista un arma que transforma la sociedad (Fragateiro, 2011:27).

5. Práctica y arte de la enfermería

El arte de enfermería está presente en nuestra historia. En el libro “Instrucción de Nobicios del Orden de la Hospitalidad” (San Juan de Dios) de 1668, figura una detallada normativa sobre los cuidados puntuales que deben aprender los novicios, de los que veremos algunos ejemplos. Lo interesante es que esta obra se revisa en 1833, y aparece con un nuevo título, “Arte de enfermería”, al que ya nos hemos referido. De modo que los ejemplos presentados a continuación, son realmente considerados arte de enfermería desde mediados del siglo XVII hasta bien entrado el siglo XIX:

1. El cuidador “debe de tener un ánimo dilatado y sin límites... ha de considerar que va a ser sirviente... no menospreciando obrar con esa perfección aún las cosas que son de poco momento”.

2. Al hacer la cama del enfermo, “nunca le acostará en cama agena, manifestando con el cariño del obrar, que la caridad... aparta todo temor de daño que de la obra pueda resultar”.

3. “Acabado de hacer las camas, serán los Nobicios los primeros en el limpiar de los vasos y tomar las escobas para barrer”.

4. “... Luego les lave los pies y se los bese con toda caridad. Después le desnude, acueste y anime con la esperanza de la salud”.

5. “... A los que estuviesen sangrados, se mire tal vez si la venda de la sangría esta bien atada, que sin duda es grande el peligro que hay en no estando”.

6. “Procure el Nobicio llevar la comida al enfermo más necesitado, a quien animará con amorosas palabras a que coma; y si fuere necesario le ministrará la comida a la boca”.

7. “De la necesidad que hay de que el enfermero sea cuidadoso y prudente en el servicio de los enfermos”.

8. “... También se requiere que el que los ha de aplicar (los remedios), los execute con fidelidad, diligencia y prudencia”.

9. “Que sea puntual la ejecución del que sirve en lo mandado... Asentada esta verdad de cuan necesaria sea la puntualidad del enfermero para que ella sea más perfecta es necesario que el tal enfermero entienda algo del pulso, sepa sangrar, y aún hacer alguna substancia y almendrada y también tener mucha noticia de los remedios que aquí se ponen, y del modo de ejecutarlos y de otros” (Victoria, 1668: 117-129 y 324-327).

En estos textos encontramos plasmado el arte de enfermería. Si quisiéramos mirar hacia el arte de cuidar del siglo XXI, tendríamos que contemplar cómo se materializa el arte de enfermería en nuestros días, y podríamos decir que el arte es hoy un despliegue interior de la enfermera, en cuanto persona, dispuesta a ayudar en todo a la persona necesitada en la aplicación de los cuidados.

Tendríamos que decir, en segundo lugar, cómo se contempla el arte de los cuidados, para ver que se encuentra en la visión, aplicación y recepción de estos, es decir, qué observa el que ve los cuidados, el que los ve y los aplica, y el que ve y recibe dichos cuidados.

En tercer lugar, precisando un poco más formularíamos la pregunta: ¿dónde está el arte de los cuidados?. Para responder que el arte de cuidar se encuentra realmente en la propia persona enfermera, su imagen y su expresión; en aquello que hace en la aplicación de cuidados y técnicas, y en el sentimiento que todo ello provoca en quien lo observa, lo ejecuta y en aquél que lo recibe.



CONCLUSIONES

Para terminar con una última mirada hacia el arte de cuidar en el siglo XXI basándonos en los aspectos comentados en esta intervención, vamos a manifestar que nuestro reto actual consiste en una apertura radical hacia lo otro distinto a mí; apertura hacia las personas, momentos y ambientes, más allá de uno mismo. Dicha apertura solo puede pasar a través de una disposición personal y un aprendizaje, incluyendo siempre en el centro de nuestra vida, a las otras personas.

Como ya ha sido expresado, “el centro de la vida humana, no es el yo, sino el tú, lo cual significa que el centro de gravedad de mi acción y de mi pensamiento, están fuera de mí mismo” (Torralba, 1998: 323).

No quisiera terminar esta intervención sin dejar expresado mi agradecimiento hacia mi profesión de enfermería y de historia, de las que he recibido mucho. Y manifestar a ustedes mi profundo reconocimiento por prestar atención a unas reflexiones que no se si pueden ser de alguna utilidad, pero solo con que hayan merecido su atención en algún pequeño aspecto, aunque sea mínimamente, me daría de sobra por satisfecha.

BIBLIOGRAFÍA

- De Castro, F. (1585) Historia de la vida y sanctas obras de Joan de Dios y de la institución de su Orden. Granada f 44 v. 45. En: Ventosa E, F. (2011) Pensamiento de San Juan de Dios y la Orden Hospitalaria y su relación con la enfermería: Conceptos y valores. Tesis Doctoral. Madrid.
- Eco, U. (2010) Historia de la belleza. De bolsillo. Barcelona.
- Fragateiro, Fernanda. La sutileza es un arma poderosa. Diario ABC. Cultural, Madrid, 24 Septiembre, 2011, pp. 27-27.
- Fromm, E. (1994) El arte de amar. Paidós. Barcelona.
- Lain E, P. (1996) Idea del hombre. Galaxia Guttemberg. Circulo de Lectores. Barcelona.
- Lain E, P. (1998) Alma, cuerpo, persona. Galaxia. Guttemberg. Circulo de Lectores. Barcelona.
- Marías, J. (2002) Sobre la felicidad. Séneca. Alianza Editorial. Madrid.
- Pico de la Mirandola, G.(2004) Discurs sobre la dignitat de l'home. P.U.V. Valencia.
- Ratzinger, J. (2011) Discursos e intervenciones. Jornada Mundial de la Juventud. San Pablo. Madrid.
- Safranski, R. (2011) Goethe y Schiller. Historia de una amistad. Tusquets. Barcelona.
- Stein, E. (2004) Ser finito y ser eterno. Fondo de Cultura Económica. México.
- Torralba, F. (1998) Antropología del cuidar. Fundación Mafre Medicina. Madrid.
- Ventosa E, F. (2011) Pensamiento de San Juan de Dios y la Orden Hospitalaria y su relación con la enfermería: Conceptos y valores. Tesis Doctoral. Madrid.
- Vezzoli, A. (2011) Leonardo Da Vinci. Arte y ciencia del Universo. Blume. Barcelona.
- Victoria, O. H. A. (1668) Instrucción de Nobicios del Orden de la Hospitalidad. En: Ventosa E, F. (2011) Pensamiento de San Juan de Dios y la Orden Hospitalaria y su relación con la enfermería: Conceptos y valores. Tesis Doctoral. Madrid, pp. 197-200.

Historia

La matritense sociedad de ministrantes*

The society of ministrantes matritense*

A sociedade de ministrantes matritense*

Raúl Expósito González

Enfermero. Servicio de Anestesia y Reanimación. Hospital "Santa Bárbara". Puertollano

() Comunicación presentada al III Simposio Iberoamericano de Historia de la Enfermería. XII Congreso Nacional y VII Internacional de Historia de la Enfermería. VII Jornadas Internacionales de Cultura de los Cuidados. Alicante, 24, 25 y 26 de noviembre de 2011*



ABSTRACT

From the second half of the nineteenth century spanish practicanes y ministrantes voluntarily began to band together to defend their interests. The city of Madrid belongs the glory of being first place in Spain where in 1860 a Society of Ministrantes was established which was essentially a Mutual Aid Society.

Despite being set up and running in fact, this Society was not finally approved by the Public Authorities. However continues to hold meetings and actively work for the class. Next to the Court and by advertising inserted in "La Voz de los Ministrantes" was screened at the national level, subsequently organized Colleges and Associations of Practicantes in other

spanish cities, which is the beginning of class corporatism in our country.

Key words: Society, Association, Corporatism, Ministrantes, Practicantes.

RESUMO

Partir da segunda metade do século XIX os ministrantes e os practicantes espanhóis começaram a associar voluntariamente para defender seus interesses. A cidade de Madrid pertence a glória de ser o primeiro lugar na Espanha onde em 1860 era uma Sociedade de Ministrantes, que era essencialmente uma Sociedade de Auxílio Mútuo.

Apesar de ser configurado e funcionando de fato, esta empresa não foi finalmente aprovado pelo Poder Público. No entanto, a Sociedade continua a realizar reuniões e trabalhar ativamente para a classe. Junto ao Corte e pela publicidade inserida em "La Voz de los Ministrantes" foi exibido em nível nacional, posteriormente organizados Colégios e Associações de Practicantes em outras cidades espanholas, que é o início do corporativismo de classe em nosso país.

Palavras-chave: Sociedade, Associação, Corporativismo, Ministrantes, Practicantes.

RESUMEN

A partir de la segunda mitad del siglo XIX los ministrantes y practicantes españoles de forma voluntaria comenzaron a asociarse para defender sus intereses. A Madrid le corresponde la gloria de ser la primera plaza en España donde a tal efecto, en 1860 se constituyó una Sociedad de Ministrantes que en esencia era una Sociedad de Socorros Mutuos.

Pese a estar constituida y funcionando de facto, esta Sociedad finalmente no fue autorizada por los Poderes Públicos. No obstante, continuó celebrando reuniones y una activa labor en favor de la clase. Próxima a la Corte y gracias a la propaganda inserta en “La Voz de los Ministrantes” se proyectó al ámbito nacional, organizándose posteriormente Colegios y Asociaciones de Practicantes en otras ciudades españolas, lo que supone el inicio del Corporativismo de la clase en nuestro país.

Palabras clave: Sociedad, Asociación, Corporativismo, Ministrantes, Practicantes.

1. INTRODUCCIÓN: LOS MINISTRANTES Y EL PANORAMA SANITARIO ESPAÑOL DEL SIGLO XIX.

En los primeros compases de la España del siglo XIX aún no se había producido la unificación de los estudios de Medicina y Cirugía. A lo largo de toda la centuria fueron varios los intentos por parte de los legisladores para su consecución, circunstancia ésta que en ocasiones lejos de simplificar el elevado número de titulaciones existentes, complicó si cabe aún más la situación, llegando a coexistir los antiguos y los nuevos títulos y, por tanto, nuevas dificultades en la práctica diaria para deslindar las competencias de los diferentes tipos de profesionales (Herrera, 2000).

Cumpliendo lo prevenido en el artículo 27

del Plan general de estudios del 17 de septiembre de 1845 que disponía que un futuro reglamento señalaría las condiciones bajo las cuales se autorizaría para ejercer la sangría y demás operaciones de la cirugía menor o ministrante, la Real Orden de 29 de junio de 1846 incrementaba la por aquel entonces larga familia quirúrgica, dando nacimiento a una nueva especie de facultativos: los ministrantes (Albarracín, 1973), término con el que socialmente eran conocidos esta nueva clase sangradores (Ávila, 2010). Cabe recordar que en aquellos momentos entre médicos y cirujanos existían hasta trece clases de Profesores, cada uno con estudios diferentes, o por lo menos con atribuciones diversas y derechos distintos (Boletín de Medicina, Cirujía y Farmacia, 1846, 4: 29).

La licencia de sangrador facultaba para realizar sangrías generales o tópicas; aplicar medicamentos al exterior, poner toda especie de cáusticos o cauterios y hacer escarificaciones; limpiar la dentadura y extraer dientes y muelas y; para ejercer el arte del callista. Previo pago de 100 reales de vellón, podían obtener también dicha licencia los individuos de la antigua clase de sangradores, así como los que tuviesen título de la misma clase expedido por el extinguido Protomedicato de Navarra (CLE, 1846). Entre tanto, la prensa afín a los llamados médicos y cirujanos puros, si bien es cierto que en principio estaba conforme con la creación de estos facultativos, consideraba que no debía haberse llevado a cabo hasta que todas las clases antiguas se hubiesen reducido a una sola (Boletín de Medicina, Cirujía y Farmacia, 1846, 31: 252). Teniendo en cuenta las experiencias de nivelaciones previas, es decir, las reglamentaciones promulgadas para el tránsito desde las clases más inferiores de facultativos a las superiores, poco tiempo después, llevaron a cabo una propaganda de desprestigio contra

la clase de ministrantes insertando en sus columnas artículos que transmitían una imagen de intrusismo:

“... Habiendo por una parte facilidad suma de adquirir el título de sangrador, confundiéndose éste con el que se dio a los cirujanos desde 1827 a 1836, y existiendo en fin tan lamentable confusión en las clases facultativas, debió suponerse que los nuevos sangradores no omitirían diligencia alguna para confundirse entre la multitud de cirujanos, como si perteneciesen a la clase, con daño de estos, de la humanidad y notable descrédito de la profesión”. (Boletín de Medicina, Cirujía y Farmacia, 1847, 64: 94).

Pese a que los ministrantes tenían un campo profesional bien definido (Jiménez, 2007), para “paliar” estos supuestos excesos, el Consejo de Instrucción Pública dictó una Real Orden de 1 de marzo de 1847 designando las circunstancias que debían concurrir en quienes aspirasen al título de sangradores (CLE, 1847), asegurándose así que los ministrantes realizaban los mínimos estudios previstos en la Real Orden de 29 de junio de 1846.

Por si no fuera bastante, en 1855 la clase sufría un serio revés con la Ley de Sanidad de 28 de noviembre, donde el Ministro de la Gobernación Julián de Huelbes dejaba fuera del arreglo de partidos a los ministrantes ya que no se contemplaba la creación de plazas titulares por los ayuntamientos salvo para médicos, cirujanos, farmacéuticos y veterinarios, desoyendo así las propuestas que varios alumnos de la clase de Ministrantes dirigieron en el mes de mayo por medio de una carta a la Comisión de Sanidad de las Cortes encargada del estudio del anteproyecto de Ley (Feria, 2010).

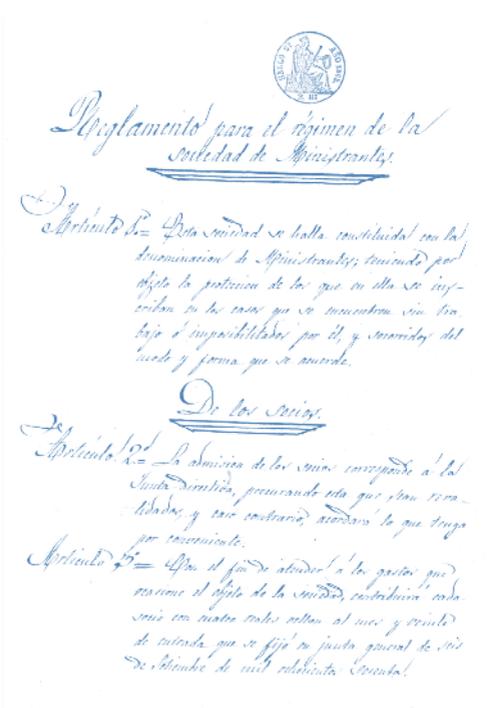
Después de once años desde su creación, el artículo 40 de la Ley de Instrucción Pública de 9 de septiembre de 1857 ponía fin a la enseñanza de la cirugía menor o ministrante,

señalando que un nuevo reglamento determinaría los conocimientos prácticos que se había de exigir a los que aspirasen al título de practicantes. Este reglamento fue aprobado el 21 de noviembre de 1861.

2. DEFENSA DE LOS INTERESES DE LOS MINISTRANTES.

A la vista del panorama nada alentador, la clase de ministrantes comenzó a tomar conciencia de sus problemas. Para defender sus intereses, llevaron a cabo una serie de actuaciones aisladas y puntuales de diversa índole, como la de los ministrantes de Barcelona que en 1854 recurrieron a la prensa profesional – en este caso de los veterinarios – dando una hoja suelta en cada número del periódico de la misma ciudad, “El Albéitar” para hacer la defensa de la abandonada clase. En 1855 y como ya señalamos con anterioridad, los alumnos de la clase de ministrantes remitieron una carta a las Cortes en la que proponían varias modificaciones relativas a su carrera en el proyecto de Ley de Sanidad. Algunos años más tarde, en el mes de julio de 1860 el noticiero madrileño “La Correspondencia de España” veía bueno que la clase de ministrantes también tuviese su representación en la prensa al dar la noticia de que un ministrante estaba reuniendo material para dar a luz un periódico que trataría exclusivamente del arte del dentista. Creemos que se trataba de Salvador Villanueva, quien a la postre fue el director del periódico “La Voz de los Ministrantes” dedicado exclusivamente a la instrucción y defensa de la clase de ministrantes. Sin embargo, de todas las acciones llevadas a cabo por los ministrantes y practicantes, la más importante fue la constitución en Madrid de una Sociedad de Ministrantes, la primera en España, iniciándose así el movimiento asociativo y corporativo de la clase.

3. SOCIEDAD DE MINISTRANTES DE MADRID: ORIGEN Y DESARROLLO.



Madrid fue la primera ciudad española donde se estableció una Sociedad de Ministrantes. Si bien es cierto que el reglamento manuscrito (véase Figura 1) para el régimen de esta sociedad está firmado el 17 de diciembre de 1862, de la lectura del mismo se observa que ya funcionaba en 1860:

“Artículo 3º: Con el fin de atender á los gastos que ocasione el objeto de la Sociedad, contribuirá cada socio con cuatro reales vellón al mes y veinte de entrada que se fijó en junta general de seis de Setiembre de mil ochocientos sesenta.”

Todo indica que efectivamente la organización apareció en 1860 tal y como refleja el informe de 9 de abril de 1863 remitido por la Junta Municipal de Beneficencia de Madrid al Gobernador Civil de la provincia para la apro-

bación del Reglamento para el régimen de la Sociedad de Ministrantes y en el que textualmente se puede leer:

“... esta sociedad cuenta ya tres años de existencia”

Probablemente, en dicha sesión de seis de septiembre de 1860, donde se acuerdan las cuotas de ingreso y mensuales, quedó constituida la matritense Sociedad de Ministrantes.

El mencionado Reglamento para el régimen de la Sociedad de Ministrantes firmado por los señores Luciano López, Juan Sabuco y Salvador Villanueva se componía de 18 artículos y ofrece los detalles básicos sobre el funcionamiento interno de la asociación que básicamente era una Sociedad de Socorros Mutuos. Tenía por objeto la protección y auxilio de sus socios sin trabajo o imposibilitados como consecuencia del mismo, cumpliendo así con los principios característicos del corporativismo: solidaridad y defensa de los intereses de la clase. En todo este asunto insistimos en recordar la Ley de Sanidad de 1855 que no preveía la creación de plazas en los ayuntamientos para ministrantes quedando muchos de ellos sin empleo.

La Sociedad de Ministrantes era administrada por una Junta Directiva compuesta por un Presidente, un Vicepresidente, un Secretario, un Tesorero y cuatro Vocales, siendo todos estos cargos gratuitos y voluntarios y nombrados en Junta General por mayoría de votos. La Junta Directiva celebraba como mínimo dos reuniones al mes y estaba sometida al control de sus socios, ya que para los gastos ocasionados por la Sociedad superiores a 200 reales era necesaria la aprobación del presupuesto en Junta General demostrando el carácter participativo de esta organización. Dicha Junta también nombraría una Comisión para el examen de las cuentas presentadas por la Junta Direc-

tiva a las generales ordinarias. La Comisión “Supervisora de cuentas” compuesta por tres individuos se encargaría de presentar un informe escrito en la primera Junta a celebrar.

La admisión de socios era competencia de la Junta Directiva. La cuota de entrada en la Sociedad era de 20 reales de vellón y después una contribución mensual de 4 reales de vellón. Cada socio era poseedor de un carnet o patente con una numeración correlativa y donde figuraba su nombre.

La Sociedad de Ministrantes de Madrid conforme al Reglamento, debía celebrar Junta General de socios dentro de los primeros ocho días del mes de septiembre. Mediante anuncios insertos en el periódico madrileño “La Voz de los Ministrantes”, (véase figura 2) decano de la prensa profesional de ministrantes y practicantes que vio la luz por primera vez el viernes 15 de enero de 1864 y cuyo Director era Salvador Villanueva, Presidente de la entidad en agosto de 1864 siendo su Secretario don Francisco Campos. Anteriormente había sido Presidente Nicolás Lete de Mateo fallecido el 21 de noviembre de 1863. Así todo, la Sociedad celebraba sus reuniones en los salones de Capellanes donde se abordaban temas de sumo interés para la clase.

AVISO.

La Junta Directiva de la sociedad general de ministrantes, ha acordado celebrar una reunion el dia 9 de agosto á las siete de la tarde en los salones de Capellanes; para resolver definitivamente sobre lo que tenemos dicho en los suplementos al núm. 8 y 11 de nuestro periódico.

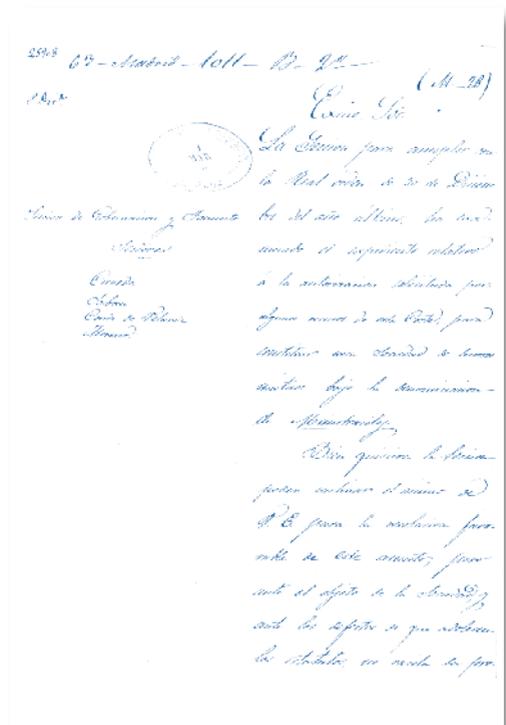
Lo que tenemos una satisfaccion en hacerlo público por si gustan concurrir los ministrantes y practicantes y tomar parte en la discusion, sean ó no sean socios.

El secretario, FRANCISCO CAMPOS.

A modo de ejemplo, en sesión el 9 de agosto de 1864 los ministrantes y practicantes de

la Corte, discutieron sobre la principal y razón de ser de la Sociedad como era el pedir al Gobierno mejoras en el presente y porvenir de la clase. En una brillante intervención, el señor Villanueva leyó un borrador que recibió la aprobación general para su remisión al Director de Instrucción Pública y en la que se exponía la situación anómala de ministrantes y practicantes en España señalando como remedio la suspensión de la enseñanza para dotar a los actuales ministrantes y practicantes de una mayor instrucción en determinadas materias y así alcanzar el título de cirujano.

De la lectura del expediente de solicitud de autorización de la Sociedad fechado en 1865 (véase figura 3) se desprende que finalmente no obtuvo el permiso pertinente pese a estar constituida y funcionando de facto desde 1860, advirtiendo al Gobernador Civil de Madrid para que tomase las medidas necesarias para la disolución de la Sociedad.



Creemos que por su contenido es necesario transcribir el informe de la Sección de Gobernación y Fomento:

MINISTERIO DE LA GOBERNACIÓN

Dirección General de Beneficencia y Sanidad

Neg.º 2.º

* Hay un sello (ilegible)

El Presidente del Consejo de Estado.

Madrid 30 de Diciembre de 1864

De Real Orden comunicada Sra. y con el objeto de que la Sección de Gobernación y Fomento de su alto cargo se sirva informar cuanto estime oportuno remito á V. E. el expediente de una sociedad de socorros mutuos que bajo la denominación de Ministrantes se trata de establecer en esta Corte. Dios etc. = El Subsecretario.

* Hay una firma

* Hay un sello (ilegible)

Sección de Gobernación y Fomento

Señores: ilegible, ilegible, Conde de Velarde y Moreno.

Excmo. Sr.

La Sección para cumplir con la Real Orden de 30 de Diciembre del año último ha examinado el expediente relativo á la autorización solicitada por algunos vecinos de esta Corte, para constituir una Sociedad de socorros mutuos bajo la denominación de Ministrantes.

Bien quisiera la sección poder incluirla al ánimo de V. E. para la resolución favorable de este asunto, pero ante el objeto de la Sociedad y ante los defectos de que adolecen los estatutos no vacila en proponer que no debe en manera alguna autorizarse.

Según el artículo 1.º de los Estatutos la Sociedad tiene por objeto la protección de los socios que se encuentren sin trabajo ó imposibilitados por él. Y como si bien esto es permitido si es lícito el socorro de las personas imposibilitadas por el

trabajo se halla terminantemente prohibida por la jurisprudencia mandaba observar la Real orden de 4 de Noviembre último toda asociación que tenga por objeto la protección mutua de los proletarios que se encuentren sin él; de aquí, que la Sociedad de los Ministrantes, que no será otra cosa que una asociación de proletarios para protegerse y ampararse en las épocas que se hallasen sin trabajo, venga á ser de las que no pueden autorizarse de conformidad á dicha Real orden.

No es de este momento ni va por consiguiente á ocuparse la Sección de las razones en que se apoya dicha prohibición, pues además basta á su propósito consignar la exposición legal que impide esta clase de sociedades aun exponiendo que fuera lícito y permitido el objeto de la asociación, tampoco podrá autorizarse su reglamento en que, como dice muy oportunamente la Junta Provincial de Beneficencia ni se expresan la clase de socorros á que tienen derecho los asociados ni las circunstancias y tiempo de obtenerlos.

De manera que, ora se atienda al objeto de la sociedad, ora á los defectos de que adolecen los estatutos formados para el régimen de la misma, no debe autorizarse.

Pero como en artículo 1.º se informa que la Sociedad se halla constituida y en ejercicio, y lo mismo se expresa en el informe de la Junta Municipal de Beneficencia surge no solo denegar la autorización que se solicita, si V. E. lo estima conveniente, sino prevenir al Gobernador de esta provincia que se adopte las medidas necesarias para la resolución de aquella por ser una sociedad de las prohibidas, pero encargándole que al ejecutar esta providencia obre de manera que no se extraigan los fondos recaudados, si lo hubiere sino que, ó se incaute de ellos para distribuirlos entre los asociados, o cuide de que se practique por persona de su confianza.

En mérito á lo expuesto la Sección es de pa-

recer: 1º que no debe autorizarse la constitución de la Sociedad denominada de los Ministrantes, y 2º que resultando del expediente que a pesar de no hallarse autorizada la asociación se encuentra constituida y en ejercicio, se oiga al Gobernador de esta provincia adopte las medidas necesarias para disolver inmediatamente la expresada asociación pero procediendo de manera que no se extravíen los fondos que tengan recaudados.

V. E. sin embargo, acordará con S. M. lo más acertado. Dios que á V. E. etc. Madrid 24 de Febrero de 1865.

Excmo. Sr.

El Presidente (ilegible) de la Sección

Ilegible

** Hay una firma*

Excmo. Sr. Ministro de la Gobernación

Varios son los interrogantes que surgen alrededor de la trayectoria y desenlace que tuvo la Matritense Sociedad de Ministrantes. La prudencia por ahora nos hace ver este tema con ciertas cautelas y plantearnos ciertas reflexiones, pues si no fue autorizada, ¿por qué se siguieron convocando reuniones y publicándose los acuerdos tomados en las mismas? ¿Fue finalmente autorizada la Sociedad tras reformar sus Estatutos?

4. CONCLUSIONES.

La idea de que los ministrantes y practicantes se reuniesen en cuerpo profesional nació en Madrid. La corporación fundada en 1860 con este fin se tituló Sociedad de Ministrantes, teniendo por objeto la protección de sus socios en los casos que se encontrasen sin trabajo o imposibilitados por él.

Gracias a los artículos de opinión escritos por Villanueva y sus compañeros de en las páginas de “La Voz de los Ministrantes” en los que se hacía una denuncia de los problemas de

la clase y una activa labor de defensa de los intereses, la Sociedad de Ministrantes de Madrid se proyectó al ámbito nacional, continuando su ejemplo los ministrantes y practicantes de Sevilla fundando dos Colegios, uno en 1864 de sangradores y practicantes y otro de dentistas en 1865, así como los compañeros de Barcelona que se constituyeron en sociedad en 1866 bajo las siglas de la Unión de Cirujanos, Ministrantes y Practicantes de Barcelona (Expósito, 2011b).

Concluimos este estudio, señalando que mientras no se demuestre lo contrario, Madrid tiene el honor de ser la ciudad española en la que se inició el movimiento asociativo y corporativista de los ministrantes y practicantes.

BIBLIOGRAFÍA

Fuentes primarias:

- Boletín de Medicina, Cirujía y Farmacia, 1846, 4: 29; 31: 252; 1847, 64: 93-94.
- Colección Legislativa de España, 1846. Tomo XXXVII: 522-524; 1847. Tomo LX: 240-242; 1855. Tomo LXVI: 431-448; 1857. Tomo LXXIII: 265-319.
- El Siglo Médico, 1854, 3: 23.
- Expediente de la Sociedad de Socorros Mutuos titulada Ministrantes establecida en Madrid, 1865.
- Gaceta de Madrid, 25 de septiembre de 1845: 1-5.
- La Correspondencia de España, 1860, 678: 2.
- La Voz de los Ministrantes, 184-1867.
- Ministerio de Fomento. Dirección general de Instrucción Pública. Negociado primero: Reglamento para la enseñanza de practicantes y matronas, 21 de noviembre de 1857.

Fuentes secundarias:

- Albarracín, A. (1973) La titulación médica en España durante el siglo XIX. Cuadernos de Historia de la Medicina Española 12, 15-80 (Artículo revista)
- Ávila, J. A. (2010) ¿Existió realmente una titulación oficial con el nombre de ministrante? Cultura de los Cuidados 27, 12-29 (Artículo revista)

- Expósito, R. (2009) Historia de la prensa profesional de los ministrantes y practicantes en España en el siglo XIX. *Cultura de los Cuidados* 26, 12-21 (Artículo revista)
- Expósito, R. (2011a) Ministrantes y practicantes en los albores del corporativismo odontológico español: los colegios de sangradores y dentistas de Sevilla. *Gaceta dental* 229, 96-105 (Artículo revista)
- Expósito, R. (2011b) Cómo empezó todo: los precursores de los colegios de practicantes en España. *Investigación & Cuidados* 20, 6-16 (Artículo revista)
- Fera, D. (2010) Los ministrantes ante la Ley de Sanidad de 1855. Análisis de la petición enviada a la Comisión encargada del Dictamen. En *La Transformación de la Enfermería. Nuevas miradas para la Historia* (González, C. y Martínez, F. ed.), Editorial Comares, Granada pp. 295-310 (Capítulo de Libro)
- Herrera, F. (2000) Un capítulo de la enfermería: la “cirugía menor” en la España del siglo XIX. *Cultura de los Cuidados* 7-8, 18-26 (Artículo revista)
- Jiménez, I. (2006) Las titulaciones quirúrgico-médicas a mediados del siglo XIX: los ministrantes. *Cultura de los Cuidados* 19, 16-36 (Artículo revista)
- Jiménez, I. (2007) Los manuales para la enseñanza de los ministrantes. En *Cuidadoras en la Historia: Protagonistas de ayer y de hoy. Actas del III Congreso Internacional y VIII Congreso Nacional de Historia de la Enfermería*, Diputación Provincial de Zaragoza, Zaragoza pp. (Capítulo de Libro)
- Méndez, F. (1866) Defensa de la clase médica contra las pretensiones de cirujanos y practicantes. *Establecimiento tipográfico de T. Fortanet, Madrid* (Libro)

RELACIÓN DE FIGURAS

- Figura 1. Primera página del Reglamento de la Sociedad de Ministrantes (1862).
- Figura 2. En las páginas de “La Voz de los Ministrantes” se anunciaban las convocatorias de las reuniones de la matritense Sociedad de Ministrantes.
- Figura 3. Primera página del informe emitido por la Sección de Gobernación y Fomento relativo a la autorización de la Sociedad de Ministrantes de Madrid (1865).

La profesionalización de la enfermería en Lleida a partir de las Hijas de la Caridad

The professionalization of Lleida nursing from the Daughters of Charity

A profissionalização da Lleida enfermagem da Filhas da Caridade

Lorena Lourdes Tejero Vidal*; Carmen Torres Penella**

* *PhD, MSN, RN. Hospital Santa María de Lleida. Profesora Asociada Facultad de Enfermería Universidad de Lleida.*

** *PhD, MScN, RN. Profesora Titular de Universidad. Facultad de Enfermería Universidad de Lleida.*



ABSTRACT

The aim of this study is to describe the process of professionalization of nursing in Lleida from the arrival of the Daughters of Charity of St. Vincent de Paul in St. Maria Hospital.

MATERIALS AND METHODS: Historical study by documentary observation technique and analysis of legislative documents. The documents used are: copy of the deed of establishment of the Daughters of Charity of St Maria Hospital (1792) and the Constitutions for the government of the Holy City General Hospital in Lleida (1797).

RESULTS: In the copy of the deed states that the sisters in charge of the regime and care of patients according to the rules of the institute and that both the government and direction inside and outside of them depends on the congregation. In the Constitutions of 1797, credits that have been beneficial to the organization of the hospital to care. Emphasize potential negative disclosures about them.

CONCLUSIONS AND DISCUSSION: The establishment of the Daughters of Charity health care improved patients and health center. The monetary compensation helps us so we can talk of professionalization of nursing.

Keywords: Nursing, Daughters of Charity, Professionalization

RESUMO

O objetivo deste estudo é descrever o processo de profissionalização da enfermagem em Lleida a partir da chegada das Filhas da Caridade de São Vicente de Paulo no Hospital de Santa Maria.

MATERIAIS E MÉTODOS: Estudo histórico pela técnica de documentário de observação e análise de documentos legislativos. Os documentos utilizados são: cópia da escritura de constituição da Filhas da Caridade do Hos-

pital de Santa Maria (1792) e as Constituições para o governo da Cidade Santa General Hospital, em Lleida (1797).

RESULTADOS: Na cópia do ato que declara as irmãs responsáveis do regime e dos cuidados dos pacientes de acordo com as regras do instituto e do governo e direção tanto dentro quanto fora deles depende da congregação. Nas Constituições de 1797, os créditos que tenham sido benéficas para a organização do hospital para atendimento. Enfatizar as potenciais divulgações negativas sobre eles.

CONCLUSOES E DISCUSSAO: O estabelecimento das Filhas da Caridade de saúde melhorou e pacientes do centro de saúde. A compensação monetária nos ajuda para que possamos falar de profissionalização da enfermagem.

Palavras-chave: Enfermagem, Filhas da Caridade, Profissionalização.

RESUMEN

El objetivo del estudio es describir el proceso de profesionalización de la enfermería en Lleida a partir de la llegada de las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl en el Hospital de Santa María.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio histórico mediante técnica de observación documental y análisis de documentos legislativos. Los documentos utilizados son: copia de la escritura del establecimiento de las Hijas de la Caridad en el Hospital de Santa María (1792) y las Constituciones para el gobierno del Santo Hospital General de la Ciudad de Lérida (1797).

RESULTADOS: En la copia de la escritura se establece que las hermanas se encargarán del régimen y cuidados de los enfermos según las reglas de su instituto; y que tanto el gobierno y

dirección interior y exterior de ellas dependerá de la Congregación. En las Constituciones del 1797 se acredita que han resultado beneficiosas tanto para la organización del hospital como para la atención sanitaria. Ponen énfasis en posibles divulgaciones negativas con respecto a ellas.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN: El establecimiento de las Hijas de la Caridad mejoró la atención sanitaria de los enfermos y la salubridad del centro. La contraprestación económica nos ayuda para que podamos hablar de profesionalización de enfermería.

Palabras clave: Enfermería, Hijas de la Caridad, Profesionalización.

INTRODUCCIÓN

El Hospital General de Santa María nace de la decisión el 30 de julio de 1453, de situar en intramuros un nuevo hospital que englobase los diversos hospitales existentes hasta el momento en la ciudad de Lleida (Conejo, 2002). No existe unanimidad a la hora de establecer el número de hospitales que fueron fusionados en aquel momento. Según el historiador Pedro Sanahuja (Sanahuja, 1944), serían 7 los fusionados: el de Pere Moliner, Santa Trinitat, Santa Magdalena, Cofradía de Clergues pobres, Sant Tomàs, el de Fillach y el de Vilanova.

El nuevo hospital estaba destinado a la acogida y atención de los pobres de “Cristo” tanto sanos como enfermos, y su financiación se llevaba a cabo con dinero público, donativos particulares entre otros, a través la labor caritativa de la Pía Almoína.

Desde la puesta en marcha de este nuevo hospital, siglo XV hasta finales del siglo XVIII, la práctica de los cuidados de enfermos estuvo en manos de congregaciones eclesiásticas hospitalarias, de los hospitaleros y de sirvientes (Facultat d’Infermeria UdL, 2011). Dentro

de este periodo, aún sin determinar exactamente, el término que designaba el oficio de hospitalero, cambia por el de enfermero/a. Un ejemplo lo tenemos en los libros de cuentas del Hospital del año 1772, en los que se constata el pago del salario a los enfermeros y asistentes; especificando en estos últimos que eran los encargados de realizar las sangrías, la limpieza de las cuadras y la realización de las primeras curas como se ha encontrado en el libro de cuentas del Hospital perteneciente al Fondo de la Pia Almonia.

A mitad del siglo XVIII, la calidad de la práctica de cuidados a la que se sometían los pobres que llegaban al hospital fue decayendo hasta tal punto que las condiciones de insalubridad del mismo fueron tales que nadie quería ingresar en el hospital y las quejas de la vecindad fueron en aumento. La gente miraba el hospital con repugnancia sobre todo por la falta de enfermeros y sirvientes que se dedicasen con esmero a la atención de los enfermos, situación que se ve reflejada en la copia de la escritura del convenio de las Hijas de San Vicente de Paul con el Hospital Santa María de Lleida. Este preocupante hecho llevó a los administradores del hospital a plantearse la forma de subsanar esta situación. Conocedores de la obra de Vicente de Paül y de sus Hijas de la Caridad dedicadas al cuidado de enfermos y desvalidos, como solución a sus males, propusieron al obispo de Lleida instalar en el hospital las Hijas de la Caridad.

El establecimiento de las Hijas de la Caridad en España data de 1790 después de un proceso de aprendizaje de seis postulantes españolas que marcharon en 1782 a Narbona para abrazar la Congregación fundada por San Vicente de Paül y aspirar a ser Hijas de la Caridad (Hernandez, 1988).

Con la revolución francesa, estas seis Hijas

de la Caridad españolas regresan a España y se instalan en un primer momento en Barcelona para asistir a los enfermos del Hospital de Santa Creu. Por razones aún por dilucidar, no todas las hermanas se quedaron en Barcelona; cuatro de ellas, se instalaron en Lleida para hacerse cargo de la atención sanitaria de los enfermos en el antiguo Hospital de Santa María de Lleida en 1792, debido a las buenas referencias que se tenía en aquel momento de la atención que suministraban las Hijas de la Caridad a los enfermos.

El Permiso Real para el establecimiento de las mismas en el Hospital Santa María data el 11 de Agosto de 1792. La escritura del contrato para su establecimiento se autoriza el 30 de noviembre de 1792 y el día 3 de Diciembre del mismo año empiezan su servicio en el hospital. Servicio que se desarrolla a lo largo de dos siglos hasta la actualidad.

OBJETIVOS

El objetivo del estudio es el de analizar el inicio del proceso de profesionalización de la enfermería en Lleida comprendido desde la llegada de las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paül en 1792 en el Hospital de Santa María, hasta las Constituciones del 1797.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio histórico, a partir de fuentes documentales y bibliográficas. Las técnicas utilizadas son la observación documental y el análisis de texto de documentos legales administrativos referentes al gobierno del hospital y a la vinculación de las Hijas de Caridad en el mismo.

Los documentos utilizados para el estudio son dos: la copia de la escritura del establecimiento de las Hijas de la Caridad en el Hospital de Santa María en 1792 y las Constituciones

para el gobierno del Santo Hospital General de la Ciudad de Lérida del 1797 del Archivo del Institut d' Estudis Ilerdencs y del Archivo Municipal de Lleida

Elementos de estudio: Las condiciones laborales y las competencias profesionales en cuidados de enfermería de las Hermanas de la Caridad en el transcurso de estos primeros cinco años de estancia en el Hospital, así como otro personal de enfermería en las figuras de practicante y enfermero.

RESULTADOS

La copia de la escritura del establecimiento de las Hijas de la Caridad en el Hospital de Santa María con fecha 30 de noviembre de 1792, empieza destacando la situación precaria por la que pasaba el Hospital en aquellos años, y cuáles fueron los motivos para la solicitud de implantación de la congregación en el mismo. Se trata del primer contrato que existe en el estado español del las Hijas de la Caridad con una institución hospitalaria. Establece que las hermanas de la caridad se encargarán del régimen y cuidados de los pobres enfermos según las reglas de su Instituto y delimita que el gobierno exterior del hospital dependerá de los señores administradores. En el cuarto punto de la contrata establecen que *“tanto el gobierno y dirección interior y exterior de ellas solo deben estar inmediatamente sujetas a la Congregación de la Misión, es decir al Visitador de la misma Congregación de la provincia de España, y del Superior de la Casa de la Congregación de la Misión de Lérida”*. Fue este punto el más polémico y que dejaron claro, ya que había creado conflictos a su paso por Barcelona.

En el momento de la contrata, el número de hermanas de la caridad que se autorizan es el de cuatro, pero se deja abierta la posibilidad de aumentar su número en función de las ne-

cesidades del hospital. La provisión por parte de los administradores del hospital de víveres, vestiduras propias de la congregación y la asistencia sanitaria a las hermanas, se determina como uno de los requisitos dentro de la contrata.

Las primeras constituciones conocidas del Hospital de Santa María datan del 1797. Se estructuran en 7 apartados, siendo la constitución primera la delimitación del régimen, composición y organización de la junta para el gobierno del Hospital.

Es en la constitución III se deja constancia de los beneficios que la instalación de las hermanas de la caridad en el hospital aporta. De ellas dicen: *“la experiencia ha acreditado su utilidad, y las ventajas que logra el Hospital, ya en la mejor asistencia de los Pobres, ya en el aseo y limpieza de las camas y habitaciones, ya en el cuidado de los niños expósitos, ya en el manejo económico y fiel de lo que se distribuye por sus manos”*. Son además las encargadas de la limpieza de las “quadras” y de velar por las noches a los enfermos.

En la constitución V, se delimita la figura del practicante como un asistente de los médicos y de los cirujanos. *“Debe ser un mozo hábil e inteligente”*. Será él el encargado hasta ese momento de distribuir las medicinas recetadas, siempre con la cautela de la observación de los enfermos.

En la constitución VIII, se presenta la figura del enfermero. Destacando al inicio de esta apartado lo siguiente *“Aunque las Hermanas de la Caridad son propiamente las Enfermeras que asisten a los Enfermos, repartiéndoles la comida, haciendo las camas, y cuidando del aseo y limpieza de las Quadras, y velar de noche, alternando entre ellas mismas según ordena la Presidente; hay ciertos oficios que no pueden hacer por sí, ni es decente que los hagan con los de otro*

sexo. Por lo mismo la Junta debe nombrar un Enfermero, que estará baxo las órdenes de las Hermanas...". El enfermero, según las constituciones, deberá ser un "hombre de buenas costumbres, y sin aquellos vicios groseros que son bastantes comunes..."

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

En el transcurso de un lustro, el antiguo hospital de Santa María experimento mejoras en la organización y atención sanitaria de los enfermos que eran atendidos en el mismo. La pregunta es, ¿son las Hermanas de la Caridad responsables de dichas mejoras? Desde nuestro punto de vista, la aportación que hicieron debido a su bagaje de conocimientos, habilidades y actitudes con las que desarrollaban su gestión y atención de cuidados directos a los enfermos así lo ratifica. En ambos documentos, pueden verse como los administradores eran conscientes de la repercusión que supondrían las aportaciones de dicha congregación al hospital. Con el paso del tiempo, pudieron objetivar los resultados obtenidos.

El hecho de que la actividad que desarrollaban perdurase en el tiempo (concepto de durabilidad) y que hubiese una contraprestación económica, hace que se pueda hablar de profesión enfermera, como establece el profesor Hall. Estos dos factores unidos a la constitución de un servicio a la sociedad, la disposición de un cuerpo de conocimientos, el establecimiento de normas propias y la posibilidad de gobernarse a uno mismo (entre otros), son requisitos necesarios para poder hablar del proceso de profesionalización (Hernandez, 2006).

Hay que tener en cuenta que las hermanas no estaban solas para llevar a cabo el arduo trabajo de cuidar a enfermos, sino que disponían tanto de practicantes como de enfermeros;

figuras dentro del hospital, que con anterioridad a la llegada de las hermanas habían sido los únicos que habían realizado los cuidados a los enfermos. Este hecho, pudo ser motivo de recelo por la pérdida de poder que suponía, como se ve reflejado en las Constituciones del Hospital del 1797.

BIBLIOGRAFÍA

- Archivo Institut d'Estudis Ilerdencs. Madriguera, D.I. (notarios). Copia de escritura de convenio de las Hijas de San Vicente de Paul con el Hospital de Santa María de Lérida. Lérida 30 noviembre de 1792. Legajo núm. 47. SAIEI.
- Archivo Institut d'Estudis Ilerdencs. Constituciones para el Gobierno del Santo Hospital General de la Ciudad de Lerida, hechas de orden del supremo consejo de Castilla con arreglo a la nueva planta y forma aprobada por este supremo tribunal. Madrid. Oficina de Don Blas Román. 1797.
- Archivo Municipal de Lleida. Fons Pia Almonia, Vol 097/337. Llibre de comptes de l'Hospital General de Lleida.
- Conejo da Pena, A. (2002) L'Antic Hospital de Santa María. Seu de L'Institut d'Estudis Ilerdencs. Ed. Institut d'Estudis Ilerdencs
- Facultat d'Infermeria de la Universitat de Lleida. (2011) 25 anys treballant amb cura. Apunts històrics de l'Escola d'Infermeria de Lleida. Ed. Universitat de Lleida; 53-72
- Hall, C.M. ¿Quién controla la profesión? Rol de la Asociación Profesional. XV Congreso Cuadrienal del CIE. México, 1973.
- Hernandez Martin, F (2006). Las Hijas de la Caridad en la profesionalización de Enfermería. Rev. Cultura de los Cuidados; 10 (20): 39-49.
- Hernandez Zapatel, C. (1988) Las hijas de la Caridad en España 1782-1856. Ed. CEME; 93-121.
- Sanhuja, P. (1944) Historia de la beneficencia en Lérida: La Almonia de la Catedral. Vol I. Lleida: Institut d'Estudis Ilerdencs.

Los antecedentes a la colegiación obligatoria de las matronas en Madrid

The background to the mandatory professional association of midwives in Madrid

O plano de fundo para a concessão de licenças obrigatórias de parteiras em Madrid

M^a Dolores Ruiz-Berdún

Matrona, Diplomada en Estudios Avanzados en Historia de la Ciencia por la Universidad de Alcalá, profesora de la Unidad Docente de Matronas de Madrid, profesora colaboradora de la EUE Cruz Roja de Madrid



ABSTRACT

This work aims to clarify definitively, the dates of constitution and the purposes of various corporate partnerships that arose prior to the mandatory professional association in 1930 and assess the so hackneyed hypothesis that, prior to that date, did not exist between the midwives collective interest by the professional association.

Keywords: Midwives, corporatism, mandatory professional association.

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo esclarecer definitivamente, as datas da Constituição e efeitos de diversas parcerias corporativas que surgiram antes do licenciamento compulsório do ano 1930 e avaliar a hipótese, tão banal que, antes dessa data, não existia entre o colectivo de parteiras interesse pela associação profissional.

Palavras-chave: Parteiras, corporativismo, licenças obrigatórias.

RESUMEN

El presente trabajo pretende aclarar, de manera definitiva, las fechas de constitución y los fines de las diversas asociaciones corporativas que surgieron con anterioridad a la colegiación obligatoria del año 1930 y valorar la hipótesis, tan manida, de que, antes de esa fecha, no existía entre el colectivo matronal interés por la asociación profesional.

Palabras clave: Matronas, corporativismo, colegiación obligatoria.

I. INTRODUCCIÓN

En 1930 se aprobó por Real Orden de 7 de mayo la colegiación obligatoria de las matronas [1]. Nuestro objetivo con la presente

investigación ha sido averiguar qué tipo de organizaciones corporativas existieron entre las matronas madrileñas anteriores a la colegiación obligatoria.

En un artículo publicado en 1899 en *El Eco de las Matronas* denominado «Los males que afligen a la clase de Matronas y su tratamiento», su autor, José Esbert y Roca (Esbert, 1899a y 1899b) decía refiriéndose al asociacionismo del colectivo de matronas: «Las que mangonean el gremio, procuran prescindir de la generalidad de las demás que pudieran desquiciar sus planes. La inmensa mayoría de las otras, llevadas de inconcebible apatía, ni procuran reunirse, ni aunar fuerzas». Queríamos comprobar si esta argumentación tenía fundamento o si por el contrario formaba parte de la campaña de desprestigio que tuvieron que sufrir las matronas por parte de personas que invadieron su campo competencial.

Aunque las matronas se unieron de manera esporádica en determinados momentos con diversos fines reivindicativos [2], no parece que llegaran a establecerse grupos organizados hasta finales del siglo XIX. También hubo matronas pertenecientes a grupos sanitarios multidisciplinarios, como el caso de Juana Idígoras, que en junio de 1893 fue elegida síndico por el Gremio de cirujanos de tercera, matronas y comadrones que no sean médicos [3].

Algunos autores han señalado el retardo en la constitución de organizaciones corporativas formadas por matronas con respecto al colectivo de practicantes (Siles, 1999). Sin embargo, en el caso de Madrid esto no fue exactamente así. Mientras la primera asociación corporativa de practicantes exclusivamente madrileña [4], el Colegio de Practicantes de Madrid, se registraba en 1905, diez años antes había surgido el Colegio de Profesoras Titulares de Partos de Madrid [5]. Este último, no obstante debemos decir que, aunque ganó en precoci-

dad no lo hizo en longevidad, ya que tuvo una existencia efímera, pues tan solo estuvo activo entre 1895 y 1896. La otra organización corporativa que vamos a considerar en el presente artículo es el Colegio de Matronas de Madrid y su provincia, que inició su andadura en 1922.

II. EL COLEGIO DE PROFESORAS TITULARES DE PARTOS DE MADRID

La constitución del Colegio de Profesoras Titulares de Partos de Madrid, se produjo en una reunión mantenida en el domicilio de la matrona Inés Echavarría, organizándose la primera Junta Directiva que quedó formada como sigue [6]:

- Presidenta: Dorotea Porqueras.
- Vicepresidenta: Petronila Pérez.
- Secretaria: María Casellas.
- Vicesecretaria: Dolores Petisme.
- Vocales: Rosa Figuerola, Carmen Pando, Inés Echavarría María Iribarren y Rosalía Solana.

La mayoría de estas matronas estaban tituladas por la Universidad Central de Madrid, siendo la más veterana de ellas Petronila Pérez, cuyo título fue registrado en 1852 y la más novata Dolores Petisme que se acababa de titular en 1895 [7].

El Colegio de Profesoras Titulares de Partos de Madrid aparece registrado con el número de orden 789 (tablas 1 y 2), declarándose como una asociación de tipo «cooperativo». La fecha de su presentación fue el 12 de julio de 1895, y su domicilio social inicial estaba en la calle San Roque 12 y 14, que era a la vez el domicilio de su presidenta Dorotea Porqueras (imagen 1) [8]. Adjuntaron como documentación dos copias de los Estatutos y una del Reglamento del Colegio. Posteriormente, en octubre de 1895, se modificó la Junta Directiva, añadiéndose otros miembros y sus estatutos fueron reformados el 30 de noviembre de ese



Imagen 1: Examen de los cuatro semestres de la enseñanza de matronas de Dorotea Porqueras.

mismo año, cambiando su domicilio social a la calle Corredera Alta de San Pablo número 4, 1º y 2º, que era además el domicilio de la matrona Filiberta García [9].

Su finalidad era defender los intereses del colectivo, para lo cual desarrollaron diversas actividades entre las que se encontraban darse a conocer en diferentes ámbitos. Con este fin, mantuvieron una reunión en septiembre de 1895 con el presidente de la Diputación provincial, que por entonces era Eugenio Cembrain España [10]. Pero tal vez su acción más significativa fue la reunión mantenida en enero de 1896 con el ministro de Hacienda, con el objetivo de reclamar una disminución en la tarifa de la contribución industrial que consideraban muy elevada para sus modestos ingresos y que en 1895 ascendían a la cantidad anual de 130,34 pesetas [11][12]. El Colegio de Profesoras Titulares de Partos de Madrid fue dado de baja del registro de asociaciones por no presentar documentos ni declarar domicilio social.

III. EL COLEGIO DE MATRONAS DE MADRID Y SU PROVINCIA

El Colegio de Matronas de Madrid y su provincia se constituyó en 1922. Concepción

Marín y Petronila Lahoz, como miembros fundadores del mismo, presentaron el reglamento al Gobernador Civil de Madrid el 5 de diciembre de 1922, siendo aprobado por éste cinco días más tarde (imagen 2). Su inscripción se produjo con el número de orden 3784, figurando su primer domicilio social en la calle del Barco nº 15, 1º, y el siguiente en la calle Juanelo nº 13 y 15 [13].



Imagen 2: Reglamento del Colegio de Matronas de Madrid y su provincia.

Al reformar sus estatutos en enero de 1927, se incluyó un cambio de denominación según la cual el Colegio de Matronas de Madrid y su provincia pasó a llamarse Unión de Matronas de Madrid y su provincia, sin embargo en la prensa madrileña de la época siguieron utilizándose ambas denominaciones indistintamente, e incluso una tercera, la Unión Matronal de Madrid. También se nombró una nueva Junta directiva, que quedó formada por las siguientes matronas [14]:

- Presidenta: Concepción Marín.
- Vicepresidenta: Petronila Lahoz.
- Secretaria: María Santamaría.
- Vicesecretaria: Magdalena Nevado.
- Tesorera: Josefina Piñeiro.
- Contadora: África Biencinto.
- Revisoras de cuentas: Teresa Sancho, Ramona Fernández.
- Vocales: Rosa Mora, Estefanía Raso, Paz Íscar, María Iglesias, Inés García.

Buscando hacer realidad el objetivo recogido en el artículo primero del Reglamento del Colegio, relativo a «contribuir a que las Matronas alcanzasen el mayor grado de mejoramiento, progreso y cultura», la Unión de Matronas de Madrid y su provincia organizó el «Primer Congreso Nacional del Matronas Españolas». El congreso se desarrolló entre los días 16 a 20 de mayo de 1929, en la Real Academia de Medicina presentándose entre otras las ponencias siguientes [15]:

- Ventajas morales y materiales del establecimiento de la colegiación obligatoria, por Concepción Marín.
- Prescripción de medicamentos en casos urgentes por Clara Soria y Ramona Marín, ponentes procedentes de Barcelona.
- La protección de la infancia en España por Pilar Pérez.

El Congreso se clausuró el día 20 de mayo y fue presidido por el director general de Sanidad, Antonio Horcada Mateos. La vicesecretaria del la Unión de Matronas de Madrid, Magdalena Nevado, leyó las conclusiones del Congreso, que se habían resumido en un conjunto de peticiones:

- Instituir la hoja de inscripción del recién nacido.
- Definir claramente las carreras y competencias de las matronas, practicantes y enfermeras.

- Considerar a la matrona como el único personal auxiliar en el parto.
- Posibilidad de prescripción por parte de la matrona de los medicamentos mínimos exigidos en el parto.
- Exigencia de cumplimiento de la creación de plazas en la Beneficencia Municipal.
- Establecer la colegiación obligatoria.
- Derogación del artículo octavo del Real Decreto de 30 de agosto de 1928, referente a que aquellas que no quisieran obtener la titulación oficial, tras cursar dos años de estudios teóricos y prácticos, tuviesen la posibilidad de obtener un certificado de estudios, sin validez oficial, que las habilitase exclusivamente para la asistencia caritativa a parturientas que fuesen menesterosas, o de su propia familia.

El Director General de Sanidad opinó que algunas de estas conclusiones no eran prácticas, pero apoyó la propuesta de colegiación obligatoria. Las matronas consideraban la colegiación obligatoria como una estrategia para luchar contra el intrusismo proveniente, ya de gente sin formación, ya de otros profesionales sanitarios. Recogiendo el sentir del colectivo, la presidenta y la secretaria de la Federación Nacional de Matronas solicitaron el establecimiento de la colegiación obligatoria al Ministerio de Sanidad, que se haría realidad unos meses más tarde con la Real Orden de 7 de mayo de 1930.

Mientras tanto, continuando con el objetivo de mejorar el nivel científico de sus asociadas, a finales de noviembre de 1929, la Unión de Matronas de Madrid y su provincia publicó su primer boletín al que se denominó Unión Matronal nombrando como directora del periódico a la matrona y practicante Pilar Pérez Ramos (imagen 3) [16].

El 7 de junio de 1930, las matronas de Madrid celebraron una Junta general en el domicilio de Empleados y Obreros del Ayuntamiento,



Imagen 3: Pilar Pérez Ramos, directora del boletín *Unión Matronal*.

que estaba localizado en la calle Santa Clara número 4, con el fin de constituirse en el Colegio Oficial de Matronas de Madrid, y así cumplir la Real Orden de 7 de mayo de 1930 [17]. Este quedó oficialmente constituido el 7 de agosto de 1930 en un solemne acto celebrado en el salón de actos del Colegio de Médicos de Madrid [18]. Desde este momento surgió una nueva etapa en el asociacionismo de las matronas madrileñas (imagen 4).



Imagen 4. Membrete del Colegio Oficial de Matronas de Madrid en 1932.

Una vez creado el Colegio Oficial de Matronas de Madrid, la Unión de Matronas decidió disolverse, pasando su capital a la creación

de un Montepío o mutua para sus antiguas asociadas. Para redactar el proyecto de reglamento de dicha mutua, se nombró una comisión formada por María Ruiz, Luisa Veira, Isabel de Luis y Pilar Pérez Ramos. Las antiguas socias de la Unión de Matronas de Madrid y su provincia que estuviesen al corriente de pago de sus recibos, pasarían de manera automática a pertenecer a la nueva mutualidad; a aquellas que tuvieran recibos pendientes de pago se les dio un plazo de un mes para hacerlos efectivos, o de lo contrario, en caso de querer pertenecer a la nueva organización, deberían pagar la cuota de entrada de 15 pesetas, cantidad que se les pedía a las matronas de nuevo ingreso [19]. De esta manera se creó la Mutua de Matronas de Madrid el 31 de marzo de 1931, permaneciendo activa hasta el 31 de marzo de 1941, fecha en que fue disuelta.

IV. CONCLUSIONES

Como hemos podido comprobar, las matronas establecieron grupos corporativos para la defensa de sus intereses antes de que se estableciera la colegiación obligatoria. No solo eso, fueron ellas mismas las que solicitaron esa colegiación obligatoria como medio de luchar contra el intrusismo. También fueron pioneras en intentar ampliar sus competencias, intentando conseguir algo que aun no se ha logrado hoy día, como es la prescripción enfermera.

NOTAS

[1]- Gaceta de Madrid, 09/05/1930.

[2]- En la tesis que estamos a punto de presentar se recogen algunas de estas reivindicaciones.

[3]- El Gremio de cirujanos de tercera, matronas y comadrones que no sean médicos, se creó en base a la organización de la contribución industrial, o impuestos que debían pagar los profesionales. Las matronas estaban comprendidas entre las profesiones de orden civil. La elección de Juana Idígoras como síndico aparece en la prensa de la época:

«Los nuevos síndicos», La Iberia, 17/06/1893, pág. 1.

[4]- El primer grupo corporativo de practicantes que aparece en los libros de registro de asociaciones es la Asociación General de Practicantes de España, que surge en 1903.

[5]- Las tablas 1 y 2 han sido elaboradas recogiendo las organizaciones corporativas de matronas y practicantes anotadas en los libros de registro de asociaciones por orden cronológico de Inscripción hasta el 18 de julio de 1936, firmas del Archivo General de la Administración, firmas (08)30 36/3104, (08)30 36/3105, (08)30 36/3106, (08)30 36/3107, (08)30 36/3108, (08)30 36/3109, (08)30 36/3110, (08)30 36/3111, (08)30 36/3112, (08)30 36/3113, (08)30 36/3114, (08)30 36/3115, (08)30 36/3116, (08)30 36/3117 y (08)30 36/3118.

[6]- «Noticias», El País, 01/07/1795, pág. 3.

[7]- Libro de asientos de las reválidas de Cirujano, Sangrador y Matrona, desde 1º de octubre de 1851, en que principia el curso de 1851 á 1852 que recoge dichas reválidas entre los años 1851 y 1856 Archivo General de la Universidad Complutense de Madrid AH-0328 y Libros de registro de títulos, Archivo General de la Administración, (05) 8 Libro 105 Top. 16/64.40-64.409.

[8]- Expediente de alumna de la Universidad Central de Madrid, Archivo Histórico Nacional, fondo Universidades, leg. 1638, exp. 1.

[9]- El Imparcial, 01/05/1890, pág. 4.

[10]- El Imparcial, 06/09/1895, pág. 3

[11] La Correspondencia de España, 31/01/1896, pág.2.

[12]- Tarifa 4ª de la contribución industrial 1894-95, Archivo General de la Administración, (01)15.3 Libro 9321 Top. 11/22.506-25.105.

[13]- Archivo General de la Administración, (08)30 36/3111.

[14]- «Unión de Matronas de Madrid», La libertad, 27/01/1927, pág. 6.

[15]- «Un congreso de matronas españolas», La Voz, 11/05/1929, pág. 4.

[16]- «Boletín del Colegio de Matronas», El Heraldo de Madrid, 27/11/1929, pág. 2.

[17]- «Colegio de matronas», La Libertad, 06/06/1930, pág. 9.

[18]- «El Colegio oficial de Matronas de Madrid», Federación Sanitaria Madrileña, septiembre de 1930, págs. 35-36.

[19]- «Una mutua y una disolución», Federación Sanitaria Madrileña, diciembre de 1930, pág. 40.

BIBLIOGRAFÍA

- Barreiro Pereira, P. y Bermejo, J.M. (2009) El Colegio de Enfermería de Madrid. Cien años de Historia. Madrid
- Esbert y Roca, J. (1899) Los males que afligen a la clase de Matronas y su tratamiento. El Eco de Las Matronas, Dentistas, Callistas y Practicantes de Cirugía, 7, 80-84.
- Esbert y Roca, J. (1899) Los males que afligen a la clase de Matronas y su tratamiento. El Eco de Las Matronas, Dentistas, Callistas y Practicantes de Cirugía, 8, 95-99.
- Estatuto de los Colegios Oficiales de Matronas, disponible en <http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1930/129/A00913-00915.pdf>
- Montesinos Vicente, F. (2011) Organización corporativa y autogobierno En: Practicantes, Matronas y Cirujanos Dentistas en la España Contemporánea (1855-1932), Universitat de Girona pp. 307-402
- Reglamento del Colegio de Matronas de Madrid y su provincia (1922) disponible en <http://www.bibliotecavirtualmadrid.org/118n/consulta/registro.cmd?id=30>
- Siles González, J. (1999) Corporativismo en España. En Historia de la Enfermería, Aguacalera, Alicante pp. 300-311

Denominación	Evolución y denominaciones posteriores	Nº de Registro	Fechas de Presentación y de constitución	Primer presidente	Primer domicilio social
Colegio de Profesoras Titulares en partos de Madrid	Dada de baja	789	12/07/1895 21 /11/1895	Mª Amparo Ramírez	C/ San Roque nº 12 y 14 entresuelo
Asociación General de Practicantes de España	Disuelta el 14 de junio de 1904	1349	01/02/1903 14/02/1903	Juan José Fernández	C/ Abada nº 27 tienda
Colegio de Practicantes de Madrid	Colegio de Auxiliares de Medicina y Cirugía . Después: Colegio de Auxiliares de Medicina y Cirugía de Madrid.	1549	15/03/1905 31/03/1905	Carlos Chies	C/ Esperanza nº 3 principal
Asociación española de auxiliares de Medicina	Consta como dada de baja	3318	18 /08/1918 30 /08/1918	Luis López	C/ Mayor nº 1
Sindicato de practicantes y matronas del distrito de Getafe	Disuelto el 19 de junio de 1926	3595	15/06/1920 25/07/1920	Agapito Ocejo	Leganés
Colegio de Matronas de Madrid y su provincia	Unión de Matronas de Madrid y su provincia. Dada de baja	3784	10/12/1922 12/01/1923	Petronila Lahoz	C/ Barco nº 15 1º
Sindicato Católico de Practicantes de Medicina y Cirugía de Madrid	Consta como dado de baja		07/04/1926 20/04/1926	Baldomero Coello	Plaza del Marqués de Comillas nº 7

Tabla 1: Movimientos corporativos de matronas y practicantes en Madrid por orden de aparición en los libros de registro de asociaciones (primera parte).

Denominación	Evolución y denominaciones posteriores	Nº de Registro	Fechas de Presentación y de constitución	Primer presidente	Primer domicilio social
Federación Matronal Española	Consta como dada de baja	4392	20/10/1926 03/11/1926	Ángela Zapata	C/ Granada nº 2 principal izda
Colegio Matronal de Castilla la Nueva	Unión Matronal de Castilla la Nueva	4406	20/11/1926 29 /11/1926	Antonia Álvarez	C/ Caridad nº 3 bajo
Federación Nacional de Colegios de Practicantes	Disuelta el 21/05/1930	4429	20/01/1927 01/02/1927	Leonardo Sánchez	C/ Reina nº 2
Asociación de Practicantes de sociedades benéfico-sanitarias	Consta como dada de baja		21/03/1927 01/04/1927	Fernando Mateos	C/ Reina nº 2
Asociación de matronas Puericultoras, alumnas de la Escuela Nacional	Consta como dada de baja	5008	21/01/1930 20/02/1930	Mª Antonia Carrillo	Paseo de Rosales nº 18
Federación Nacional de Colegios de Practicantes de España	Consta como dada de baja	5112	31/05/1930 15/06/1930	Balbino García	C/ de la Reina nº 2
Asociación muto-benéfica del Colegio Oficial de Practicantes de Madrid	Disuelta en virtud de la OM de 14 /04/1943	5207	12/11/1930 30/12/1930	Luis López	C/ Pelayo nº 3

Tabla 2: Movimientos corporativos de matronas y practicantes en Madrid por orden de aparición en los libros de registro de asociaciones (segunda parte)

Denominación	Evolución y denominaciones posteriores	Nº de Registro	Fechas de Presentación y de constitución	Primer presidente	Primer domicilio social
Asociación de Matronas de Sociedades	Pasa al registro de asociaciones profesionales el 01/07/1933	5294	13/04/1931 25/04/1931	Purificación de la Alcea	Avda. Pi y Margall nº 18
Mutual de Matronas de Madrid	Disuelta el 31 de marzo de 1941	5355	23 /03/1931 02 /06/1931	María Ruiz	Avda. Pi y Margall nº 18
Agrupación de Matronas de Madrid y sus límites.	Pasa al registro de asociaciones profesionales el 1 de julio de 1933	5394	01/06/1931 12 /06/1931	Áurea Rubio Villanueva	C/ Piamonte nº 2
Agrupación de Practicantes de Medicina y Cirugía de Madrid y su provincia	Pasa a registro de asociaciones profesionales el 1 de julio de 1933	5415	30 /05/1931 18 /06/1931	Ernesto Santa Cruz	C/ Piamonte nº 2
Asociación de auxiliares sanitarios		5425		Fernando Tello	C/ Ramón de la Cruz nº 70
Federación de Colegios Oficiales de Matronas Españolas	Consta como dada de baja	5707	03/02/1931 02 /12/1931	Concepción Marín	Avda. Pi y Margall, nº 18
El Ateneo de Practicantes	Disuelta el 15 de enero de 1936	5785	23 /01/1932 23 /01/1932	Eliseo Cobo	C/ Rosalía de Castro nº 36
Asociación de Practicantes de la Cruz Roja Española	Consta como dada de baja	6255	22 /12/1932 09/01/1933	Enrique Almansa	C/ Rosalía de Castro nº 36

Tabla 3: Movimientos corporativos de matronas y practicantes en Madrid por orden de aparición en los libros de registro de asociaciones (tercera parte)

Expostos, amas, rodeiras e hospitaleiras: personagens dum problema maior da saúde pública entre o vintismo e a regeneração (1820-1852)

Foundlings, nannies, attending sisters and hospitaller sisters:
characters of a major public health problem between vintismo and
regeneração (1820-1852)

Expósitos, niñeras, hermanas asistentes y hermanas hospitalarias:
figuras ante un problema de salud pública entre el vintismo y la
regeneración (1820-1852)

Carlos Lousada Subtil*; Margarida Vieira**

* *Doutorando em Enfermagem (Especialidade em Filosofia e História da Enfermagem) no Instituto de Ciências da Saúde - Porto | Universidade Católica Portuguesa. Professor Coordenador. Escola Superior de Saúde IPVC*
Membro da Sociedade Portuguesa de História da Enfermagem

** *Professora Associada. Instituto de Ciências da Saúde | Porto - Universidade Católica Portuguesa*
Membro da Sociedade Portuguesa de História da Enfermagem



ABSTRACT

The practice of Pediatric and Child Health Nursing in Portugal is now clearly identified and differentiated. Nevertheless, it had a lengthy evolution in which we point out the existence and the role of nannies, attending sisters and hospitaller sisters in assisting foundlings.

Our purpose is to highlight these characters as well as the political and institutional environment in which they lived between Vintismo and Regeneração (1820-1852),

According to the historical method, we

analyzed both the debates at Cortes Gerais e Extraordinárias (1821-1822) and the legislation produced between 1821 and 1839. We also consulted specific bibliography.

We present the result of those debates, the principles stated in the project of the Regulamento da Saúde Pública as far as foundlings are concerned and the laws enacted in that period.

A heavy legacy of the Antigo Regime, foundlings were one of the main Public Health problems for which all solving strategies failed. The problem persisted and expanded throughout the 19th century.

From that time to modern Nursing, nannies and other “devoted women”, as they attempted to prevent abandoned children from dying, did play a relevant caring and communitarian role in assisting children until the late 19th century.

Keywords: History, 19 th Century; History of Nursing; Public Health Nursing; Pediatric Nursing; Child, Abandoned.

RESUMEN

En Portugal, las prácticas de salud infantil y enfermería pediátrica están bien identificadas y diferenciadas. Sin embargo, tuvieran una larga evolución que indica la existencia y el papel de las nodrizas y hospitalarias en la atención de los expósitos.

Se pretende poner de relieve estos personajes y el entorno político e institucional en el que vivían, entre el Vintismo y la Regeneração (1820-1852),

De acuerdo con la metodología histórica, se procedió a la análisis de los debates en las Cortes Generales y Extraordinarias (1821-1822), de la legislación producida entre 1821 y 1839 y a la consulta bibliográfica específica.

Se presentan los resultados de estas discusiones, los principios esbozados en el proyecto de Reglamento de Salud Pública acerca de los expósitos y la legislación que se publicó durante este período.

Los expósitos, un pesado legado del Antiguo Régimen, constituyen un problema importante de salud pública para el que ensayaron estrategias de resolución que han fracasado. El problema persistió y se ha ampliado durante el siglo XIX.

En el trayecto que conduce a la enfermería moderna, las nodrizas y otras “mujeres consagradas”, procurando tirar a la muerte muchos niños abandonados, desempeñaron hasta finales del siglo XIX, un significativo papel cuidativo y comunitario en la asistencia a los niños.

Palabras clave: Historia del Siglo XIX; Historia de la Enfermería; Enfermería en Salud Pública; Enfermería Pediátrica; Niño abandonado.

RESUMO

Em Portugal, as práticas da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica são hoje bem identificadas e diferenciadas. Contudo, tiveram, uma longa evolução da qual se assinala a existência e o papel das amas, rodeiras e hospitalarias na assistência às crianças expostas.

Pretende-se destacar estas personagens e o ambiente político e institucional em que viveram, entre o Vintismo e a Regeneração (1820-1852),

Segundo a metodologia histórica, procedeu-se à análise dos debates nas Cortes Gerais e Extraordinárias (1821-1822), da legislação produzida entre 1821 e 1839 e à consulta de bibliografia específica.

Apresentam-se os resultados desses debates, os princípios enunciados no projeto de Regulamento da Saúde Pública acerca dos “expostos” e a legislação que foi publicada neste período.

Os “expostos”, pesada herança do Antigo Regime, constituíram um dos principais problemas de Saúde Pública para o qual se ensaiaram estratégias de resolução que não surtiram efeito. O problema subsistiu e ampliou-se ao longo de todo o século XIX.

No percurso que nos conduz à moderna Enfermagem, as amas e outras “mulheres consagradas”, procurando arrancar inúmeras crianças abandonadas à morte, desempenharam, até finais do século XIX, um papel cuidativo e comunitário relevante na assistência à criança.

Palavras-chave: História, século XIX; História da Enfermagem; Enfermagem de Saúde Pública; Enfermagem Pediátrica; Criança abandonada.

1. INTRODUÇÃO

Atualmente, as práticas de Enfermagem diferenciam-se relativamente ao sujeito a que se destinam e aos contextos em que se verificam os cuidados, graças ao modelo de formação que se foi instalando nos anos 70-80 do século XX. Distinguiu-se, assim, a formação graduada, ao nível do enfermeiro generalista, da formação pós-graduada, ao nível dos enfermeiros especialistas (Amendoeira, 2006).

Antes da criação de hospitais especializados na segunda metade do século XIX, já existiam práticas de cuidados orientadas para as crianças doentes e hospitalizadas, abandonadas ou em qualquer outra situação de desvantagem e vulnerabilidade.

No processo de identificação da prática de cuidados prestados pelas mulheres, no período compreendido entre os finais da Idade Média e o final do século XIX, Collière atribuiu predominantemente às mulheres consagradas esse papel cuidativo, chamando à atenção para a crescente secularização e valorização económica dessa prática de cuidados (Collière, 1989).

Sendo verdade que os cuidados aos “expostos” se fundam na ancestral divisão sexuada do trabalho que atribuía à mulher as práticas relacionadas com a manutenção da vida, assistência na doença e na morte, esses mesmos cuidados acabaram por se confundir e transformar numa estratégia de sobrevivência pessoal e de suporte à economia familiar, dando à atividade um carácter profissionalizante. É nesta perspectiva que encaramos o papel das amas no longo percurso que nos conduz à enfermagem da atualidade.

2. METODOLOGIA

Pretende-se destacar os “expostos” como um dos maiores problemas de saúde pública

da época e para o qual o novo poder liberal ensaiou algumas estratégias de resolução. Terá sido no período Vintista que foram feitas as primeiras tentativas de rutura com o paradigma assistencial do Antigo Regime.

Propomo-nos fazer uma abordagem onde estejam presentes os principais elementos do complexo sistema envolvido na criação dos “expostos”: as questões institucionais (as casa da roda e as amas), o confronto ideológico e os atores envolvidos (debates nas Cortes, pareceres da Comissão de Saúde Pública, estudos, exposições e reclamações da autoria dos municípios, médicos do partido, amas e outros atores), as questões políticas que ressaltam da relação do poder central com os poderes periféricos (Câmaras e Misericórdias) e, finalmente, as questões governativas ao nível da estrutura administrativa prevista no projeto de Regulamento Geral da Saúde Pública.

Utilizando a metodologia de investigação histórica segundo o paradigma genealógico proposto por Michel Foucault, recorreremos a fontes primárias (“Debates das Cortes Gerais e Extraordinárias da Nação Portuguesa” e “Coleções de Leis e outros documentos oficiais”, de 1821 a 1839) e, em complemento, consultámos bibliografia especializada sobre o assunto.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O seu primeiro passo foi deitar inculcas em cata de uma ama de leite; mas, se ela não aparecesse, havia de remediar-se a criação da menina com o artifício das mamadeiras. Como lhe ficasse em caminho, foi perguntar ao médico se os dois pequenos de Lemenha estavam perigosos. O doutor, quanto aos pequenos, disse que não só os dois, mas todos cinco estavam mortalmente atacados de varíola; e que o mais novo, uma menina de poucos meses, já estava febril, e a erupção tinha começado.

(...)

Os quatro filhos estavam sobre a enxerga, a pequenita na canastra, e a ama rogava pragas, maldizia o dia em que nasceu, e que a levasse o Diabo naquela santa hora. Ela tinha pedido a Deus que lhe matasse todos os filhos, quando os feridos eram dois; agora revoltava-se contra o Deus condescendente que abria uma sepultura para todos. A menina não pegava ao seio, espumava vômitos, parecia muito aflita, queimava como brasas e arquejava com grande cansaço.

(...)

In: Camilo Castelo Branco (1886) - Vulções de lama

No período em estudo, os “expostos” emergiram como um dos principais problemas de saúde pública que carecia de resolução prioritária, de entre tantos outros que decorriam do estado calamitoso em que se encontrava o país depois das invasões francesas, tais como a deficiente vigilância sanitária nos portos e fronteiras para sustentar as doenças infetocontagiosas, as péssimas condições de higiene do ambiente, o controlo e vigilância de mendigos e vagabundos, o controlo da prática dos vários empregados da saúde, as boticas, a vigilância dos alimentos e os enterros no interior das igrejas.

As preocupações com a infância desvalida e abandonada remontavam aos primórdios da nacionalidade, inspiradas nos princípios doutrinários do cristianismo. Na perspectiva de evitar o livre arbítrio das famílias e da sociedade, procurava proteger-se os enjeitados através da institucionalização de um sistema público do qual foram emblemáticos o Hospital dos Meninos Órfãos de Lisboa, fundado por D. Beatriz no século XIII, o Hospital de Santa Maria dos Inocentes, em Santarém e a Real Casa dos Expostos em Coimbra, criados pela Rainha D. Isabel (Fonte, 2005, p. 109).

A análise das políticas assistenciais e de saúde pública no Antigo Regime não se pode confinar às grandes instituições e requer o estudo prévio das estruturas do poder e das relações sociais entre as diferentes organizações que o detinham, muito especialmente a nível local (Abreu, 2005, p. 127). A Coroa sempre atribuiu aos povos a resolução dos seus problemas na área da beneficência e, nesse sentido, os “expostos” eram um problema dos povos e das comunidades locais a quem competia responder às necessidades da sua criação, através das câmaras que tinham a prerrogativa de lançar impostos que serviam, entre outras coisas, para sustentar estas crianças. Todavia, desde as Ordenações Manuelinas, esta responsabilidade foi oscilando entre as misericórdias e as câmaras até que, com a revolução liberal, a criação dos “expostos” passaria paulatinamente para a alçada destas últimas (Pardal, 2005, p. 141).

A partir do início do século XVIII, houve um aumento muito significativo de crianças expostas, de casos de infanticídio e abortos, em consequência duma estratégia de proteção da honra das famílias no caso das crianças nascidas de relações extraconjugais ou filhos de mães solteiras ou como forma de assegurar a sobrevivência das famílias que viviam em condições abaixo do limiar da pobreza, num contexto de atraso global do país, desgastado pelas invasões francesas e envolvido em conflitos de poder (Fonte, 2005, p. 112). Os discursos e as práticas sobre o aborto, o infanticídio e os “expostos” denotavam objetivos que estavam na confluência dos princípios da solidariedade e caridade cristã e da necessidade duma política de incremento da população, criando, assim, condições para que a situação se transformasse num “negócio” paradoxalmente denunciado mas consentido (idem, p. 561).



Ser ama era uma ocupação cujo desempenho não podia ser feito por homens, era uma atividade feita exclusivamente por mulheres embora tutelada por homens. Num tempo em que não havia alternativas eficazes ao leite materno, amamentar crianças era uma ocupação que podia ser exercida relativamente a crianças de todos os grupos sociais embora os “expostos” representassem um mercado de proporções gigantescas, uma espécie de setor público financiado pelas câmaras municipais (Sá, 2005, p. 109).

O projeto de Regulamento Geral da Saúde Pública apresentada às Cortes em 13 de outubro de 1821 por Soares Franco, membro da Comissão de Saúde Pública, continha um capítulo dedicado aos “expostos” mas esse projeto não chegou a ser discutida e só mais tarde (1837) é que esse Regulamento veio a ser aprovado mas sem qualquer referência aos “expostos” pois, entretanto, em 1835, tinha sido criado o Conselho Geral de Beneficência e, pelo Decreto de 19 de setembro de 1836, criadas e regulamentadas as rodas de “expostos” em todo o Reino. Os problemas subsistiram e agravaram-se ao ponto de ser necessário elaborar um novo Regulamento em 1867.

Para a compreensão deste processo tão longo e que entrou pelo século XX, destacaremos alguns aspetos i) dos debates que se fizeram nas Cortes, ii) do projeto de Regulamento Geral da Saúde Pública de 1822 e iii) do quadro legislativo posterior ao Vintismo.

OS DEBATES NAS CORTES

Às Cortes e à própria Coroa tinham sido apresentadas várias memórias, exposições, petições e reflexões. A situação dos “expostos” e das casas onde eram criados era deplorável. Em todas as rodas, a mortalidade era excessivamente elevada (90%); as instalações eram péssimas, com pouca luz, húmidas e um cheiro insuportável. A mesma ama dava de mamar a três e mais crianças, causa que, aliada às precárias condições de higiene pessoal e ambiental, era suficiente para a propagação de aftas. Eram poucas as candidatas a amas porque o pagamento dos seus ordenados andava muito atrasado.

Os debates e os pareceres da Comissão de Saúde Pública organizaram-se em torno das seguintes medidas: a) encontrar as soluções no contexto das comunidades de origem dos “expostos”, não misturando os bens públicos com os dos povos; b) ampliar a rede das rodas à custa de edifícios públicos já existentes, de preferência em casas nos subúrbios das cidades e vilas com quintais para permitir a criação de cabras e vacas de forma a haver leite fresco em abundância e evitar-se o uso das mameadeiras de vidro a que os franceses chamavam biberon; b) garantir o financiamento da sua criação através das Misericórdias e Câmaras, reorientando prioritariamente os rendimentos das primeiras para este fim e permitindo às segundas a contração de empréstimos, para não sobrecarregar os povos com mais impostos; c) pagar os ordenados das amas em atraso.

Contudo, alguns deputados achavam que estas medidas não eram suficientes pelo que era necessário encontrar uma estratégia mais global, com motivações políticas e demográficas, isto é, se a população do país estava a decrescer devido a uma elevada taxa de mortalidade e diminuição da natalidade e se os

“expostos”, sendo filhos da Nação, deviam ser sustentados pela Nação (Portugal. Assembleia da Republica, doc. cons. elet. em 2011).

O PROJETO DE REGULAMENTO GERAL DA SAÚDE PÚBLICA DE 1822

Este projeto previa que as câmaras assumissem a supervisão da criação dos “expostos”, dos hospitais e da polícia de saúde.

Nesta tarefa, seriam apoiadas por juntas caritativas ou de beneficência, compostas por 3 a 5 senhoras respeitadas e virtuosas, coadjuvadas pelo pároco e médico do distrito; estas três entidades, em função da natureza dos problemas, articular-se-iam com a Câmara, a Misericórdia ou Inspetor da Saúde. O objetivo era o de providenciar as melhores condições para as rodas e casas de criação onde as crianças deviam permanecer em número reduzido e pelo menor tempo, entregando-as a amas de fora o mais cedo possível.

O acolhimento, batismo, registo da entrada, medidas de conforto durante a sua estadia e o registo de mortes eram objeto do Regulamento. As crianças e amas que estivessem doentes, particularmente com problemas contagiosos (aftas, sarna), ficariam sujeitas a regime de isolamento.

Ao entregar uma criança a amas de fora, o médico deveria atestar o seu estado de saúde e que a mulher reunia atributos de “ser boa ama” enquanto o pároco devia atestar das suas boas qualidades.

Aos “expostos” seria colocado um selo de chumbo pendente ao pescoço por uma liga que não pudesse ser tirada pela cabeça, para evitar burlas por parte de mulheres solteiras ou

mesmo casadas que procurassem criar os filhos à custa dos dinheiros públicos ou a cuidar de crianças supostamente enjeitadas, trocados ou que já tivessem falecido.

Sempre que fosse receber o salário, a ama deveria levar o exposto consigo e um atestado do pároco e do médico a certificar ser aquele o exposto e que estava a ser bem tratado.

Aos seis meses, o “exposto” teria direito a novas roupas e aos treze terminava o período da lactação (Fig. 1). A criança poderia ficar à sua guarda até aos 5 anos, passando a mulher a designar-se ama-seca. Aos 5 anos, poderiam voltar para as casas ou colégios donde tivessem saído. As meninas seriam ensinadas a ler e escrever, costurar e demais trabalhos para se fazerem boas donas de casa ou criadas de servir, educando-as na prática e exercício das virtudes religiosas e civis. Os meninos iriam aprender as primeiras letras, não havendo professor no próprio colégio. Mas também podiam continuar à guarda da mesma ama ou doutra desde que fossem capazes na sua educação.



Fig. 1 – Itinerário dos Expostos desde a admissão na Casa da Roda até à entrada no mundo do trabalho

Aos sete anos, os rapazes passariam para a casa de lavradores ou mestres, para aprenderem um ofício e tinham preferência nos lugares da fundição, do arsenal ou outros estabelecimentos públicos e municipais; as meninas continuariam nos colégios até aos 15 anos e depois podiam ser criadas de servir em famílias de provada probidade.



Mensalmente, as amas e as crianças aos seus cuidados, deviam apresentar-se ao médico do distrito para serem examinadas, sendo emitido um parecer para o inspetor de saúde da comarca e para o mordomo ou administrador da respetiva casa dos “expostos”. As senhoras da junta caritativa deveriam visitar as casas das amas em dias inesperados para observarem o tratamento e cuidados prestados às crianças. Trimestralmente, a Comissão deveria informar o inspetor de saúde e este a Junta de Saúde sobre o recenseamento de “expostos” no tocante a admissões, doenças, óbitos e suas causas (idem).

O QUADRO LEGISLATIVO POSTERIOR AO VINTISMO

A legislação mais significativa viria a ser publicada no período setembrista, por Mouzinho da Silveira. A 19 de setembro de 1836, a Rainha apressou-se a elaborar um decreto (Collecção de leis e outros documentos oficiais publicados desde 10 de setembro até 31 de dezembro de 1836, 6ª Série, 1837), com caráter provisório, com o objetivo de resolver a principal causa da elevada taxa de mortalidade das crianças abandonadas. Já tinha havido tentativas de legislar sobre o assunto mas a instabilidade e as ocorrências políticas tinham obstado a que tal intenção fosse levada a efeito. Neste decreto atribuiu-se a administração dos estabelecimentos dos “expostos” à responsabilidade das câmaras cujo quadro de compe-

tências ainda não tinha estabilizado, depois da reforma de 1832 (Manique, 1996). As disposições deste Decreto viriam a ser confirmadas na Portaria de 14 de março de 1838 (Collecção de leis e outros documentos oficiais publicados no ano de 1838, 8ª. Série, 1838).

4. CONCLUSÕES

Os dados apresentados evidenciam o problema dos “expostos” como uma pesada herança do Antigo Regime que, lentamente, foi passando da esfera familiar, da igreja e das misericórdias para a esfera do estado, particularmente ao nível dos poderes periféricos representados pelas câmaras municipais.

Sendo um dos principais e maiores problemas de saúde pública durante a monarquia constitucional, ensaiaram-se algumas estratégias de resolução que, sendo pouco eficazes, fizeram com que este problema subsistisse e se ampliasse ao longo do século XIX, numa complexa conjugação de fatores de diversa natureza desde a economia, a política, a tradição e a moral familiar. A elevadíssima taxa de mortalidade neste grupo de crianças era causada pelas péssimas condições das casas da roda, das casas das amas, da facilidade de contágio de certas doenças, da falta de leite, da fome e condições de saúde frágeis.

No projeto Regulamento Geral da Saúde Pública de 1822 que não chegou a ser discutido e aprovado, desenhou-se uma estratégia ambiciosa e aparentemente consistente para dar resposta a um problema cuja gravidade é descortinável nas próprias medidas que foram sugeridas. Daquele projeto decorrem dois modelos de intervenção relacionados com os protagonistas do problema: um, relacionado com a educação e tutela da criança desde o nascimento até à idade adulta e, o outro, no sentido de controlar e disciplinar as casas de “expostos”

e as amas mediante um esquema que envolvia, por um lado, a junta de senhoras respeitáveis, o médico e o pároco, e, a outro nível, a camara, a misericórdia e o inspetor de saúde.

O propósito que nos conduziu aos “expostos” pretende também desocultar personagens centrais na assistência à criança: as rodeiras, as amas (do leite ou secas) e as hospitaleiras que, sobrevivendo à custa de parques e atrasados ordenados, desempenharam, à altura, um papel verdadeiramente cuidativo, de caráter comunitário, numa luta desesperada pela manutenção da vida e arrancando à morte uma pequena parte das crianças que pertenciam à multidão dos “filhos de todos nós”. Estas amas leigas também fazem parte das “mulheres consagradas” de que fala Collière quando se refere às bégúines, às filhas de S. Vicente de Paulo ou às filhas da caridade que, em regime monástico ou secularizadas, se dedicavam ao serviço das crianças doentes e mais pobres. Umhas e outras iniciaram uma longa caminhada que nos conduz aos atuais enfermeiros e enfermeiras que, no hospital, no centro de saúde ou na comunidade, cuidam de crianças doentes e promovem a saúde infantil.

É neste sentido que a partir do século XVIII poderemos considerar três períodos na génese da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: i) um primeiro período até finais do século XIX representado por mulheres consagradas, amas, rodeiras e hospitaleiras, personagens que representaram a assistência às crianças desfavorecidas, doentes e abandonadas; ii) um segundo período até meados do século XX, caracterizado pela criação de hospitais de crianças e serviços de pediatria nos hospitais gerais cujos enfermeiros se distinguiam por competências específicas na prática de cuidados a crianças e, finalmente, iii) um terceiro período que se inicia nas décadas de 70-80 do século passado, com a criação das especializações em

enfermagem de saúde infantil e pediátrica e a proliferação destes profissionais por toda a rede pública de cuidados de saúde infantil e pediátrica.

BIBLIOGRAFIA

- Abreu, L. (2005). Câmaras e Misericórdias. Relações políticas e institucionais. En Os Municípios no Portugal Moderno. Dos forais manuelinos às reformas liberais, (Edições Colibri e CIDEHUS - EU), Lisboa pp. 127-188
- Amendoeira, J. (2006). Uma biografia partilhada da Enfermagem. A segunda metade do século XX (1950-2003). Um contributo sócio-histórico. Formasau, Coimbra
- COLLECÇÃO DE LEIS e outros documentos oficiais publicados desde 10 de setembro até 31 de dezembro de 1836, 6ª Série (1837). Imprensa Nacional, Lisboa
- COLLECÇÃO DE LEIS e outros documentos oficiais publicados no ano de 1838, 8ª. Série (1838). Imprensa Nacional, Lisboa
- Collière, M.-F. (1989). Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de Enfermagem. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, Lisboa
- Fonte, T. A. (2005). No limiar da honra e da pobreza. A infância desvalida e abandonada no Alto Minho (1698-1924). Ancorensis Cooperativa de Ensino/NEPS (Universidade do Minho), Vila Praia de Ancora
- Manique, A. P. (1996). Liberalismo e instituições administrativas (1822-1910). En Revista Portucalense (I. S. Politécnico, ed.), pp. 21-50.
- PORTUGAL. Assembleia da Republica. [s.d.]. Debates Parlamentares: Cortes Gerais e Extraordinárias da Nação Portuguesa. [Em linha]. [Lisboa]: Disponível en WWW:< URL: <http://debates.parlamento.pt/catalog.aspx?cid=mc.c1821>
- Pardal, R. (2005). As relações entre as Câmaras e as Misericórdias: exemplos de comunicação política e institucional. En Os Municípios no Portugal Moderno. Dos forais manuelinos às reformas liberais (Edições Colibri e CIDEHUS - EU), Lisboa, pp. 139-148)
- Sá, I. (2005). O Trabalho. En História Económica de Portugal 1700-2000, Vol. I. Século XVIII (ICS, Imprensa de Ciências Sociais), Lisboa, pp. 93-121

Antropología

La comunicación interprofesional desde la cultura organizacional de la enfermería asistencial

Interprofessional communication from the organizational culture of nursing care

Comunicação interprofissional desde a cultura organizacional de cuidados de enfermagem

Concepción Lucas García*. Carmen Isabel Gómez García**. Josefa M^a Antón Hurtado***

* *Enfermera asistencial Hospital Rafael Méndez. Profesora asociada Departamento de enfermería de la Universidad de Murcia. Facultad de Ciencias Sociosanitarias de Lorca*

** *Profesora titular de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Murcia. Departamento de enfermería. Facultad de Enfermería de la Universidad de Murcia.*

*** *Profesora titular de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Murcia. Área de Antropología Social. Facultad de Filosofía de la Universidad de Murcia*



ABSTRACT

Introduction: Good communication between health professionals is recognized as essential for proper patient care, but many authors claim that it remains one of the unfinished business of healthcare organizations.

Objectives: To explore the expectations and ideas nurses have about interprofessional

communication in an intensive care unit in a district hospital and establish its relationship to cultural, organizational and personal.

Material and methods: This is a descriptive qualitative methodology, using data collection in-depth semi-structured interviews.

Results: After content analysis identified two categories: expressions of the reality of the communicative interactions between professionals and professional expectations and their proposals for improvement.

Conclusions and Discussion: Each health profession has a different culture that makes each one has its own values and disciplinary point of view of the needs of the patient but also different styles of communication.

It is important to recognize that effective communication is complex and multifactorial, but the leaders should take the concern and interest expressed by professionals to promote initiatives for the exchange and collaboration.

Key-words: Professional cultures, communication, nursing. Teamwork.

RESUMO

Introdução: A comunicação adequada entre os profissionais de saúde é reconhecida como indispensável para um bom atendimento dos pacientes, mas muitos autores garantiram que continua a ser um dos negócios inacabados de organizações de saúde.

Objectivos: Explore as expectativas e as idéias que enfermeiras comunicação interdisciplinar em uma unidade de cuidados intensivos hospital regional e estabelecer sua relação com aspectos culturais, organizacionais e pessoais.

Materiais e métodos: Esta é uma pesquisa descritiva com metodologia qualitativa, usando a coleção de dados semi-estruturados em entrevistas em profundidade.

Resultados: Após análise de conteúdo foram estabelecidas duas categorias: expressões sobre a realidade das interações comunicativas entre os profissionais e as expectativas de profissionais e suas sugestões de melhoria.

Conclusões e discussão: cada profissão da saúde tem uma cultura diferente, que faz cada um ter seus próprios valores e o ponto de vista disciplinar as necessidades do paciente mas também estilos de comunicação diferentes. É importante reconhecer que uma comunicação eficaz é complexa e multifatorial, mas os líderes devem aproveitar a preocupação e o interesse manifestado por profissionais para promover iniciativas para o intercâmbio e a colaboração.

Palavras-chave: culturas profissionais, comunicação, enfermagem. Trabalho em equipe.

RESUMEN

Introducción: La comunicación adecuada entre los profesionales de la salud es reconocida como indispensable para un adecuado cui-



dados de los pacientes, pero numerosos autores aseguran que sigue siendo una de las asignaturas pendientes de las organizaciones sanitarias.

Objetivos: Explorar las expectativas e ideas que tienen los profesionales de enfermería con respecto a la comunicación interprofesional dentro de una unidad de cuidados intensivos de un hospital comarcal y establecer su relación con aspectos culturales, organizacionales y personales.

Material y método: Se trata de una investigación descriptiva con metodología cualitativa, usando para la recolección de datos entrevistas semiestructuradas en profundidad.

Resultados: Tras el análisis de contenido se establecieron dos categorías: expresiones sobre la realidad de las interacciones comunicativas entre los profesionales y expectativas de los profesionales y sus propuestas de mejora.

Conclusiones y Discusión: Cada profesión sanitaria tiene una cultura diferente, que hace que cada uno tenga sus propios valores y punto de vista disciplinario de las necesidades del paciente pero también diferentes estilos de comunicación.

Es importante reconocer que la comunicación efectiva es compleja y multifactorial, pero

los líderes deberían aprovechar la preocupación y el interés expresados por los profesionales para promover iniciativas para el intercambio y la colaboración.

Palabras clave: Culturas profesionales, comunicación, enfermería. Trabajo en equipo.

INTRODUCCIÓN

La comunicación adecuada entre los profesionales de la salud es reconocida como indispensable para un adecuado cuidado de los pacientes (Leonard, Graham y Bonacum, 2004.), y relacionando la deficiente comunicación con los errores médicos y la seguridad del paciente (Salas et al, 2009), la calidad de la atención, la eficacia y el rendimiento (Baker, Day y Salas, 2006), así como con la satisfacción y el estrés de los profesionales, y la creación de entornos de trabajo saludables (Clark, 2009). Pero numerosos autores aseguran que sigue siendo una de las asignaturas pendientes de las organizaciones sanitarias (Arizeta, Portillo y Ayestarán, 2001). En el contexto hospitalario y de la atención aguda, constatan que los fallos en la comunicación provocar un aumento de daño al paciente, de la duración de la estancia hospitalaria y del uso de recursos, así como mayor insatisfacción en los profesionales (Zwarenstein y Reeves 2002). Concretamente acentúan su transcendencia en entornos de alta complejidad y dinamismo, como son las Unidad de Cuidados Intensivos (Reader, Flin, Mearns y Cuthbertson, 2009).

La comunicación permite a las personas construir relaciones interpersonales funcionales que les posibilita para trabajar conjuntamente y lograr las metas previstas (Gil y Barrasa, 2003). Presupone dos conceptos el de relación entre un emisor y un receptor, y el de transmisión de información, para ello es ne-

cesario establecer unas condiciones idóneas y tener una predisposición para la emisión e intercambio de significados (Cleries y Kronfly, 2000).

Con nuestra investigación hemos querido indagar en los aspectos que pueden estar interviniendo en las interacciones comunicativas entre los profesionales de la salud en una UCI polivalente de 9 camas de un hospital comarcal público de 283 camas, perteneciente a la red de Hospitales del Servicio Murciano de Salud.

OBJETIVOS

Este trabajo ha tenido como objetivos explorar las expectativas e ideas que tienen los profesionales de enfermería con respecto a la comunicación interprofesional dentro de una unidad de cuidados intensivos de un hospital comarcal y establecer su relación con aspectos culturales, organizacionales y personales, allí presentes.

Pretendemos a través de las opiniones expresadas por los profesionales de enfermería detectar los problemas de comunicación en esta unidad así como las propuestas de mejora que ellos sugieren.

Metodología

Se ha diseñado un estudio de investigación descriptivo con metodología cualitativa y enfoque etnográfico, usando como técnica para la recolección de datos entrevistas semiestructuradas en profundidad que se realizaron entre abril y junio de 2010.

Los sujetos de nuestro estudio, son los profesionales de enfermería que trabajan de forma habitual en esta unidad de cuidados intensivos. En la consideración de no realizar más entrevistas se ha tenido en cuenta el principio de saturación teórica (Glaser y Strauss, 1980).

Se incluyeron en el estudio a enfermeros con una experiencia laboral en la unidad de estudio superior a dos años y con predisposición para colaborar, así como la máxima variabilidad en cuanto a edad, sexo y trayectoria profesional. Se les envió una carta de presentación explicando los objetivos y características de la investigación y haciendo hincapié en la importancia de su colaboración, remarcando el anonimato y que su participación en la entrevista suponía su autorización para el uso de los datos de la misma. Después de obtener los permisos correspondientes por parte de la comisión de investigación del hospital, las entrevistas se realizaron en la propia unidad, en una sala privada y después de concertar una cita previamente con el entrevistado.

Se realizó grabación de audio y posteriormente se realizó transcripción literal. La categorización y codificación de las entrevistas se realizó tras repetidas lecturas de las transcripciones y por consenso entre los investigadores.

RESULTADOS

Tras el análisis de contenido se establecieron dos categorías generales principales: expresiones sobre la realidad de las interacciones comunicativas entre los profesionales y expectativas de los profesionales y sus propuestas de mejora.

• *Expresiones sobre la realidad de las interacciones comunicativas entre los profesionales.*

Los informantes expresan mayoritariamente la opinión de que la comunicación es insuficiente tanto a nivel intraprofesional como la interprofesional, pero consideran esta última como más deficitaria. Lo que concuerda con las afirmaciones de los autores que aseguran que compartir la información y los objetivos sigue siendo una de las asignaturas

pendientes y de los grandes retos de las organizaciones sanitarias.

Destacan que la comunicación informal es la más utilizada y acentúan la importancia de que existan más canales formales y más fluidos, con protocolos y documentos escritos que recojan la información relevante y necesarios también para la puesta al día y el aprendizaje de los nuevos profesionales que se incorporan a la unidad:

“La información es informal, es lo que hemos estado hablando antes, es el boca a boca, nada formal, escrito, dicho o protocolizado. Los relevos y el tratamiento médico están más o menos especificados y luego uno es como es, y escribe más o menos”. (E 5)

La transmisión de esta comunicación informal se ve favorecida por las características del servicio y por la relación de confianza que se establece entre las personas que trabajan juntas habitualmente. De manera que el grupo tiene importantes funciones de “ayuda”, tanto en la realización de tareas como de apoyo emocional:

“Aquí como el espacio es cerrado, estamos un montón de horas mucha gente, entonces pues claro, hasta ya casi nos sabemos todos los de todos los enfermos, aunque no lo lleves tu, pero ya sabes que aquel ha vomitado,.. ¿Yo que sé? al haber pocos enfermos, eso favorece, es más fácil. Y luego la comunicación que hay entre nosotros también, el llevarse bien, el comunicarse bien...”(E 2)

Los informantes expresan la inquietud que les provoca el no saber en ocasiones qué objetivos se han marcado los facultativos con el paciente. El conocimiento de informaciones del paciente se considera también de gran utilidad para el establecimiento de relaciones adecuadas con los familiares de estos. Reconocen que por las características del servicio y también



por la buena relación que en general hay con los intensivistas, mucha de esta información se solicita y es aportada, de manera informal, pero que esto depende en gran medida de las características personales tanto de enfermeros como de médicos, y de la relación personal que haya entre ellos. Se hace también referencia a la jerarquización y a las culturas profesionales, el mantener los espacios profesionales, produce en ocasiones distanciamiento y conflictos:

“Hay poca información formal. A lo mejor le preguntas al médico y se explaya, a lo mejor otro es más escueto, o te da más apuro acercarte, ya depende del carácter de cada persona y parece que te cuesta más acercarte a preguntarle. [...]. Muchas veces no sabemos el camino que van a seguir con los pacientes, no sabemos nada. Venimos hacemos los cuidados de enfermería nuestros pero no llegamos mas allá”. (E 1)

Generan conflicto la existencia de rumores y de críticas y se considera que es necesario hablar sobre los errores de forma abierta y constructiva, como oportunidad para aprender y mejorar.

“Nos tenemos que comunicar. Y decirnos las cosas aunque fallemos, más que decirnos lo bueno, decirnos lo malo, para mejorarlo. [...] Lo bueno también, pero lo malo para mejorarlo, porque si no, pues lo mismo estamos cayendo siempre en lo mismo”. (E6)

• *Expectativas de mejora de la comunicación y propuestas de los profesionales.*

En los discursos aparece recurrentemente la necesidad de crear espacios y tiempos para compartir informaciones, unificar criterios, elaborar, actualizar protocolos y realizar formación continuada. Se considera que sería positivo que las reuniones fuesen de corta duración, dentro del horario de trabajo dirigidas adecuadamente para no desviar la atención, y centradas en pocos temas claves. También se apunta que sería más eficaz hacer pequeños grupos de trabajo, para discutir temas de interés y hacer protocolos etc., y que hay que asegurar la difusión a todas las personas de los acuerdos y propuestas alcanzados de forma oral y escrita:

“Para mí lo más importante sería eso de hablar. Juntarnos más, [...] Y si hacemos una reunión, todo escrito eso se le pasa a la gente de lo que se está hablando, y que cada uno tenga una carpetica con esas cosas. Y cuando venga uno nuevo también se lo das. Entonces si tuviéramos todo protocolizado o escrito, sería más fácil”. (E 5)

A nivel interprofesional expresan un gran interés por conocer más acerca de los objetivos y líneas de trabajo que se marcan los facultativos con los enfermos y que en las actividades más interdependientes se establezcan objetivos comunes, a través de sesiones y reuniones conjuntas, y también participando en la información a familiares:

“Y yo creo que hace falta unas sesiones médicas con nosotros, interdisciplinares y se lo he dicho a ellos y todo, aquí hace falta. [...] tú no sabes lo bueno que es para enfermería, trabajar así.” (E1)

“Yo he oído que en otros sitios, que para informar a los familiares se va el enfermero y el médico e informan los dos. Aquí vamos ni



arrimados. Si, sería positivo el que tu pudieras decirle lo que has hecho, y que él especificara. [...] Hay temas que podemos hablar con las familias y que son temas nuestros”. (E 5)

Se identifica como esencial la implicación de los líderes de la unidad y de la organización, como guías, pero también como propulsores de las medidas necesarias para poder poner en funcionamiento estos cambios:

“Tendría que haber una persona más o menos guía, o varias personas, que no hace falta que sea una sola. Es verdad que hay líderes que no son jefes, que la gente se incentiva, se motiva, porque haya alguien que los motive, que motive el trabajo en equipo, y que se intente canalizar los malos rollos, crear buen ambiente. Eso ¿cómo se hace? Desde mi punto de vista, hablando y hablando. (E 5)

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Hemos considerado que la investigación cualitativa era la adecuada para nuestro objeto de estudio, ya que nuestra pretensión ha sido ver como los actores daban sentido e interpretaban su realidad. Reconocemos, por tanto, que los datos no son generalizables, pero si pueden ser de gran utilidad para intervenciones concretas dentro de la unidad de estudio, ya que ponen de manifiesto la experiencia y la

interpretación de los sujetos en su propio contexto (Salamanca Castro, 2006).

Las expectativas e interpretaciones de los actores está influida por diversos factores, de la propia organización, pero también autobiográficos, atribuibles a la formación, experiencias vividas y también a las características personales. Pero en las entrevistas aparecen vivencias compartidas, que hacen aflorar categorías comunes.

La comunicación es vista por los profesionales de enfermería como una herramienta imprescindible para el cuidado del paciente, pero es valorada como insuficiente en términos generales, destacando la falta de consenso, de intercambio de informaciones sobre los pacientes y las dificultades en la transmisión de nuevas técnicas y habilidades. Creen necesario mejorar la comunicación conjunta dentro del equipo para prestar unos cuidados adecuados, lo que consideran es también beneficioso para el aprendizaje interprofesional y la solución de problemas (Kvarnström, 2008; Simmons y Sherwood, 2010)

Las dinámicas comunicacionales que se establecen están influenciadas en gran medida por las relaciones jerárquicas existentes, por la percepción de los distintos roles y límites profesionales, y la ausencia de apoyo organizacional al trabajo en equipo real (Zwarenstein M, Reeves S 2002). Cada profesión sanitaria tiene una cultura diferente, fruto de las diferencias en los ambientes de socialización y aprendizaje, que hace que cada uno tenga sus propios valores y punto de vista disciplinario de las necesidades del paciente pero también diferentes estilos de comunicación (Leonard, Graham y Bonacum, 2004). Lo que en ocasiones complica y hacen ineficaces las relaciones comunicacionales, con patrones unidireccionales y con poca reciprocidad.

Para salvar estas barreras los autores remarcan la necesidad de establecer relaciones interdisciplinarias basadas en la confianza y el respeto mutuo (D'Amour y San Martín, 2006), y en el conocimiento y reconocimiento de lo que puede aportar cada profesional, en este sentido cabe destacar la importancia de la formación no solo en habilidades técnicas individuales sino también en habilidades sociales y de comunicación (Dave, Dault y Priest, 2007).

Pero el establecimiento de las relaciones de confianza depende de múltiples factores personales pero también organizacionales, entre los que juega un papel importante la alta rotación del personal de enfermería (Lucas, Gómez y Antón, 2011).

Es importante reconocer que la comunicación efectiva es compleja y está influenciada por múltiples factores: situacionales, de personalidad, de conocimientos, de valores culturales, etc., pero fomentar la comunicación estandarizada puede ayudar a transmitir la información oportuna necesaria para asegurar unos cuidados seguros y de calidad, lo que implica el desarrollo de comunicación abierta, basada en la confianza (D'Amour y San Martín, 2006) y la relación entre los miembros del equipo para el aprendizaje, el respeto y la comprensión mutua, así como la participación en toma de decisiones y responsabilidades. Estos cambios precisan la implicación de la organización para desarrollar estrategias institucionales que favorezca la participación y que dediquen tiempo y recursos para suministrar a los individuos las herramientas necesarias para el trabajo colaborativo (Rubio et al, 2006), entre las que cabe destacar actividades de aprendizaje que promuevan la comunicación interprofesional eficaz (Dave, Dault y Priest, 2007).

Los líderes deberían aprovechar la preocupación y el interés expresados por los profesio-

nales, y promover iniciativas para el intercambio y la colaboración.

BIBLIOGRAFÍA

- Arizeta, A.G. ; Portillo, I. y Ayestarán, S. (2001). Cambio Organizacional y Cultural en un Hospital: percepciones y discurso de sus impulsores. *Rev Calidad Asistencial*, 16:22-28.
- Baker, DP; Day, R y Salas, E. (2006). Teamwork as an essential component of high-reliability organizations. *Health services research*, 41 (4, part. II), 1576-1598.
- Clark P.R. (2009). Teamwork: building healthier workplaces and providing safer patient care. *Critical care nursing quarterly*, 32 (3): 221-231.
- Cleries X, Kronfly E (2000). El aprendizaje de habilidades de comunicación por parte de profesionales sanitarios: reflexiones a partir de diversas experiencias. *Educ Med*;3(1): 9-18.
- D'Amour, D., San Martín Rodríguez, L. (2006). La colaboración entre los profesionales de la salud. Contexto, dinámica y elementos determinantes. En *Revista rol de Enfermería*, 29(6) 425-430
- Dave C., Dault M. y Priest A (2007). Effective Teamwork in Healthcare: Research and Reality *Priest Healthcare Papers*, 7 (Sp): 26-34
- Gil Rodríguez, F.; Barrasa Notario, A. (2003). Comunicación en las organizaciones. En Gil Rodríguez, F. Alcover de la Hera, C.M. (Coordinadores). *Introducción a la psicología de las organizaciones* (pp. 321- 353). Madrid. Alianza editorial S.A.
- Glaser, B. G. y Strauss, A.L. (1980). *The discovery of grounded theory : strategies for qualitative research*. (11ª ed.). New York. Aldine.
- Leonard, M., Graham, S., Bonacum, D. (2004). The human factor: The critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Qual Saf Health Care*, 13: 85-90.
- Lucas García, C., Gómez García, C., Antón Hurtado, JMª. (2011) *Culturas del trabajo y prácticas profesionales: estudio exploratorio del trabajo en equipo en la unidad de cuidados intensivos del hospital universitario*

- Rafael Méndez de Lorca. En Andréu Abela J. y
- Pérez Corbacho AM. (eds.). Actas de la Conferencia Iberoamericana de Investigación Cualitativa. (pp.232-234). Universidad de Granada.
 - Plaza Escribano, T. et al. (2009). Comunicación interna en el equipo de enfermería. *Metas de enfermería*, 12 (1), 8-12.
 - Reader, TW, Flin, R., Mearns, K., Cuthbertson, BH. (2009). Developing a team performance framework for the intensive care unit. *Critical care medicine*, 37(5):1787-1793.
 - Rubio Rico, L., et al. (2006). Relaciones interdisciplinarias y humanización en las unidades de cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva*, 17(4):141-53.
 - Salamanca Castro A. B. La investigación cualitativa en las ciencias de la salud. *Nure Investigación*. 2006; 24. Consultado el 1/02/2010 en: http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/FMetod_24.pdf
 - Salas, E. et al. (2009). What are the critical success factors for team training in health care? *The Joint Commission journal on quality and patient safety*, 35(8): 398-405.
 - Simmons, D., Sherwood, G. (2010). Neonatal intensive care unit and emergency department nurses' descriptions of working together: building team relationships to improve safety. *Crit Care Nurs Clin North Am*, 22(2):253-60
 - Zwarenstein, M., Reeves, S. (2002). Working together but apart: Barriers and routes to nurse-physician collaboration. *Jt Comm J Qual Improv*, 28: 242-247.



Visión de los pacientes musulmanes de la competencia en comunicación intercultural de los profesionales de enfermería que los cuidan: El proyecto

View of the Muslim patients on the intercultural communication competence of the nursing professionals who attend them:
The Project

Pacientes visão muçulmana “de competência de comunicação intercultural de enfermeiros que cuidam: O Projeto

Dr. Fernando Plaza del Pino*; Margarita Veiga del Pino**

* *Enfermero complejo hospitalario de Torrecárdenas (Almería).*

Profesor Asociado Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad de Almería.

** *Mediadora cultural de la Cruz Roja (Almería).*



ABSTRACT

In this article we present the project we are carrying out in the 2010-2012 period (FIS: PS09/01449). This study is the continuation of the investigation we started in 2007 with the financing of the Consejería de Salud of the Junta de Andalucía (the Andalusian Government Health Office) (PI424-2007) in which

we analyze the Intercultural Communicative Competence of the Nursing professionals dealing with Muslim patients from the point of view of the professionals themselves. Now we aim at evaluating the Intercultural Communicative Competence of the Nursing professionals from the point of view of the Muslim immigrant users-patients.

Objective: To know how the patients receiving the care value the Intercultural Communicative Competence of the nurses and nursing assistants.

Methodology: Qualitative study, in-depth interviews and discussion groups as a data collecting strategy. Informants: men and women of Muslim tradition who have been hospitalized in one of the Public Hospitals of the province of Almería (Spain).

Conclusion: Being aware of the perceived deficiencies will enable us to elaborate a series of suggestions-proposals for intervention aimed at improving the health care and attention offered to this collective of population.

Key words: Intercultural Communication/ Muslims/ Immigration/ Nursing.

RESUMO

Neste artigo, estamos desenvolvendo o projeto no período 2010-2012 (FIS: PS09/01449). Este estudo é uma continuação da investigação que começou em 2007 com financiamento do Ministério da Saúde da Junta de Andalucía (PI424-2007) em que analisamos a Competência Comunicativa Intercultural de profissionais de enfermagem para pacientes muçulmanos a partir do ponto de vista próprios profissionais.

Agora temos a intenção de avaliar a competência de comunicação intercultural de enfermeiros profissionais a partir da perspectiva dos pacientes, os usuários imigrantes muçulmanos.

Objetivo principal: Para saber o valor da competência comunicativa dos enfermeiros e auxiliares de enfermagem próprios pacientes “sob os cuidados.

Metodologia: estratégia de coleta de dados qualitativos entrevistas em profundidade e grupos focais.

Informante: Homens e mulheres de tradição muçulmana que foram internados em um hospital público en Almería.

A principal conclusão: Conhecer as deficiências percebidas desenvolvemos um conjunto de sugestões, propostas de acção para melhorar os cuidados de saúde e cuidados prestados a esse grupo populacional.

Palavras-chave: Comunicação Intercultural/ Muçulmanos/ Imigração/ Enfermagem.

RESUMEN

En este artículo presentamos el proyecto que estamos desarrollando en el periodo 2010-2012 (FIS: PS09/01449). Este estudio es continuación de la investigación que comenzamos en 2007 con la financiación de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (PI424-2007) en el que analizamos la Com-

petencia Comunicativa Intercultural de los profesionales de Enfermería ante pacientes musulmanes desde el punto de vista de los propios profesionales.

Ahora pretendemos valorar la competencia en comunicación intercultural de los profesionales enfermeros desde el punto de vista de los pacientes-usuarios inmigrantes musulmanes.

Objetivo principal: Conocer como valorar la competencia comunicativa de las enfermeras y auxiliares de enfermería los propios pacientes objeto del cuidado.

Metodología: Estudio cualitativo, estrategia de recogida de datos las entrevistas en profundidad y los grupos de discusión.

Informantes: Hombres y mujeres de tradición musulmana que hayan estado hospitalizados en uno de los hospitales públicos de Almería.

Conclusión principal: Conociendo las deficiencias percibidas podremos elaborar una serie de sugerencias-propuestas de intervención para mejorar la atención sanitaria y los cuidados que se ofrecen a este colectivo poblacional.

Palabras clave: Comunicación Intercultural/ Musulmanes/ Inmigración/ Enfermería.

Los movimientos migratorios a nivel planetario han llegado a tener tal envergadura en los últimos años que de los 6.500 millones de personas que formamos la población mundial, en la actualidad hay más personas viviendo fuera de su país de origen que en ningún otro momento de la historia: 1 de cada 35 personas es un migrante internacional, es decir, el 3% de la población mundial, lo que suponen unos 200 millones de personas.

El reto de cuidar en una sociedad multicultural a menudo fracasa porque falla la comuni-

cación; por ignorancia, por actitudes negativas o incluso por rechazo hacia la diferencia cultural (Vilá, 2007), porque no son capaces de comunicarse con el diferente, de comunicarse con el paciente diferente, incapacidad que se traduce en el fracaso del más importante acto de comunicación que realiza el profesional de Enfermería: el cuidado.

La importancia emergente de desarrollar competencias que favorezcan la comunicación intercultural, especialmente en el medio sanitario, ha llevado a plantear este estudio. Nos centramos en pacientes inmigrantes musulmanes, al suponer éstos el colectivo de extranjeros más numeroso en la zona donde se desarrollará el estudio, la provincia de Almería, donde se estima que viven alrededor de 100.000 musulmanes, entre un 17 y un 20% de la población total (INE, 2010), siendo las personas de origen marroquí el grupo nacional más numeroso, por otro lado, las personas de tradición musulmana son las peor valoradas por los profesionales de la salud (Plaza del Pino 2010), esta valoración negativa coincide con la de la población autóctona en general (Cea D'Ancona 2002, Gualda 2003, Navas et al 2004).

En 2007 comenzamos un estudio, financiado por la Junta de Andalucía; PI424-2007 (Plaza del Pino, 2012) en el que analizamos la Competencia Comunicativa Intercultural de los profesionales de Enfermería ante pacientes musulmanes desde el punto de vista de los propios profesionales. Algunas de las conclusiones de ese estudio son las siguientes:

1- Que el paciente extranjero se valora como un paciente complicado; por la posible barrera idiomática, por el posible choque cultural o porque quizás se le perciba como un paciente que produce una mayor carga de trabajo, en el caso de los musulmanes además se unen los prejuicios y estereotipos arraigados

en la sociedad española acerca de este colectivo.

2- La falta de formación en cuidados culturales en Enfermería, a menudo, hace que se detecten problemas por las diferencias culturales; conflictos por las costumbres, malentendidos, situaciones que hacen que no se llegue a un trabajo adecuado y a una relación cordial con el extranjero al que se atiende.

3- Se incide en que paralelamente al respeto cultural hay que asegurar un trato no discriminatorio del paciente ni por los profesionales ni por otros usuarios del servicio público. Así mismo, se pretende conseguir que todo paciente, independientemente de su pertenencia cultural, respete unas normas básicas de convivencia (higiene, visitas,...).

4- Se recomienda formar al personal de Enfermería del Sistema Nacional de Salud, servicio público y universal, para poder atender y cuidar adecuadamente a la universalidad de pacientes que se puedan tener; conociendo otras culturas, otras maneras de vivir el proceso salud-enfermedad, las teorías y modelos enfermeros que profundizan en los cuidados culturales, la competencia cultural en Enfermería, fomentando el contacto intercultural, mejorando y adaptando los cuidados enfermeros y de esta forma ganar en reconocimiento y respeto cultural, así como en calidad en los cuidados.

Como continuación de ese estudio pretendemos valorar la competencia en comunicación intercultural de los profesionales enfermeros desde el punto de vista de los pacientes-usuarios inmigrantes musulmanes.

En este artículo presentamos el proyecto que estamos desarrollando en el periodo 2010-2012 con la financiación correspondiente al Subprograma de Proyectos de Investigación en Salud de ayudas de la Acción Estratégica en

Salud en el marco del Plan Nacional de I+D+I 2008-2011.

La existencia prácticamente nula (hasta donde conocemos) de estudios en el ámbito sanitario que profundicen en la comunicación entre los profesionales y los pacientes extranjeros, ninguno desde el punto de vista del propio paciente, hace que nuestro proyecto sea novedoso y oportuno ante la realidad multicultural de la sanidad en nuestro país. Este estudio nos permitirá completar la visión de la comunicación de ambos protagonistas del cuidado; profesional enfermero (1ª parte; estudio financiado por la Junta de Andalucía) y paciente-usuario inmigrante musulmán (2ª parte) y estamos convencidos que nos descubrirá, desde los propios pacientes, cuales son las carencias que perciben en los profesionales y como repercuten éstas en los cuidados que reciben.

EL ESTUDIO

OBJETIVOS

Objetivo General:

- Conocer la visión que los pacientes inmigrantes musulmanes tienen de la competencia comunicativa intercultural de los profesionales de Enfermería que los cuidan.

Objetivos Específicos:

- Acercarnos a la experiencia de hospitalización de pacientes-usuarios inmigrantes musulmanes y su relación con el personal de Enfermería.

- Conocer la percepción que tienen los pacientes-usuarios inmigrantes musulmanes del respeto a sus creencias y tradiciones en torno al proceso salud-enfermedad por parte del personal de Enfermería que los atiende.

- Llegar a una evaluación final de las fortalezas y debilidades de la situación que permita elaborar una serie de sugerencias-propuestas de intervención.

MÉTODO

Se utilizará metodología cualitativa para conseguir los objetivos propuestos, puesto que según de la Cuesta (2006) “el método cualitativo resulta el más adecuado para entrar en el nivel de los discursos o significados logrando una comprensión profunda y rica de los fenómenos, una comprensión que tiene en cuenta las circunstancias de los participantes y su cultura”.

El método de estudio será la teoría fundamentada (Grounded Theory), también llamada la teoría fundamentada en los datos; una metodología general para desarrollar teoría que está enraizada (grounded) en información sistemáticamente recogida y analizada (Strauss y Corbin, 1994).

Como estrategia de recogida de datos realizaremos entrevistas en profundidad y grupos de discusión. Tanto las entrevistas como los grupos de discusión serán grabados (previo consentimiento de los participantes). Para garantizar la validez cualitativa del estudio se tendrá especial cuidado en recolectar los datos de manera abierta dejando que los informantes hablen libremente y sin sentirse juzgados.

Informantes

Este estudio se desarrollará entre los pacientes-usuarios inmigrantes musulmanes de los hospitales públicos de la provincia de Almería; Hospital Torrecárdenas de la capital, Hospital de Poniente de El Ejido y Hospital La Inmaculada de Huerca Overa. Se ha decidido realizar el estudio en hospitales al valorar que es en estos espacios donde el paciente extranjero y su familia conviven más estrechamente con los profesionales de Enfermería y donde el mantenimiento de sus costumbres, tradiciones de salud, alimentación, sentido de la intimidad, relaciones familiares y de género pueden verse más alteradas.

Es nuestro propósito buscar la máxima variabilidad posible entre los informantes para conseguir acercarnos lo más posible a la experiencia comunicativa de los pacientes musulmanes en su relación con el personal, para ello se seleccionarán participantes de distintos grupos de edad, género, años de estancia en nuestro país, diferente nivel de conocimiento del castellano, etc.

El número de informantes total entre los pacientes-usuarios inmigrantes musulmanes que se necesitarán para realizar esta investigación no se puede determinar a priori ya que el tamaño de la muestra tendrá un propósito teórico; el número de personas entrevistadas, grupos de discusión realizados y observaciones, dependerá de la saturación de información que se consiga.

Se puede estimar que posiblemente se necesiten entre 30 y 40 entrevistas en profundidad y de 2 a 4 grupos de discusión.

Dimensiones a estudiar

Hemos marcado una serie de dimensiones a priori sobre las que se va a profundizar, aunque al ser ésta una metodología flexible no se les atribuye un carácter cerrado. Algunas de las dimensiones/aspectos sobre los que se indagará.

- Trato recibido por el personal de Enfermería.

- Respeto a las costumbres y tradiciones musulmanas en torno al proceso salud-enfermedad.

- Percepción de haber sido objeto de conductas discriminatorias por parte de los profesionales de Enfermería.

- Percepción del conocimiento de los usos culturales musulmanes que tiene el personal de Enfermería.

- Percepción de la interpretación de cos-

tumbres y tradiciones del musulmán que hacen los profesionales de Enfermería.

- Carencias percibidas en el trato o en el sistema sanitario por los pacientes musulmanes.

- Posibles áreas de mejora.

Análisis de datos

El análisis y la recolección de datos se realizarán en forma concurrente. Tras la transcripción de las primeras entrevistas y grupos de discusión se realizará un análisis de contenido preliminar buscando en los textos los temas más destacados que aparezcan, comenzando de esta manera una primera categorización, posteriormente se utilizará el programa informático EdEt para conseguir, a partir de procesos de agrupamiento y síntesis de categorías, construir metacategorías que nos permitan alcanzar nuestros objetivos. En todo el proceso el equipo de investigación será riguroso aunque no rígido.

Para aumentar la validez de las conclusiones obtenidas realizaremos técnicas de triangulación entre las conclusiones de las entrevistas, grupos de discusión y notas de campo.

Limitaciones del estudio:

Este estudio tiene dos principales limitaciones:

- Las diferencias cultural e idiomática con la población objeto del estudio.

El equipo de investigación es consciente que las limitaciones que pueden suponer las diferencias cultural e idiomática con la población objeto del estudio, al ser todos los investigadores andaluces, de tradición cristiana y lengua materna castellana. Para evitar estas limitaciones se recurrirá a la participación de ayudantes musulmanes (hombres y mujeres) que colaborarán en el desarrollo de las entrevistas, grupos de discusión y en su traducción al castellano cuando sea necesario. Al contar como perso-

nal externo de hombres y mujeres musulmanas que dominan tanto el árabe, o el bereber (en el caso de informantes originarios del Norte de Marruecos) y el español, además de traductores idiomáticos se espera que sean útiles como “traductores interculturales” y así salvar la posible doble limitación cultural e idiomática.

- El entorno físico del estudio.

El estudio se ceñirá a pacientes-usuarios inmigrantes musulmanes de hospitales de la provincia de Almería, esto supone que se conseguirá un acercamiento a su situación y a su propia experiencia y, aunque no es fin de la investigación cualitativa plantear generalizaciones, este hecho determinará que la visión que reflejemos en las conclusiones sea la de estos pacientes en este entorno y no otra. No se descarta el desarrollo de un estudio similar en otros ámbitos de atención sanitaria diferentes a la especializada como es la Atención Primaria, donde las circunstancias en el desarrollo de la comunicación enfermera-paciente son distintas y, por tanto, las conclusiones pueden diferir. De igual forma también se plantean estudios similares en otras zonas geográficas donde la presencia de población musulmana difiera de la de Almería.

CONCLUSIONES

La existencia prácticamente nula (hasta donde conocemos) de estudios en el ámbito sanitario que profundicen en la comunicación entre los profesionales y los pacientes extranjeros, ninguno desde el punto de vista del propio paciente, hace que este proyecto sea novedoso y oportuno ante la realidad multicultural de la sanidad en nuestro entorno.

Las conclusiones de esta investigación podrán ayudar a mejorar la relación enfermera-paciente musulmán y de esta manera mejorar

la asistencia que les ofrecemos desde el Sistema Sanitario Público, los resultados también podrán ser útiles para mejorar la comunicación intercultural del resto de profesionales sanitarios.

BIBLIOGRAFÍA

- Cea D'Ancona, MA. (2002). La medición de las actitudes ante la inmigración: evaluación de los indicadores tradicionales de racismo. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas* 2002; 99; 87-111. (Artículo de revista)
- De la Cuesta, C. (2006). Naturaleza de la investigación cualitativa y su contribución a la práctica de Enfermería. *Metas de Enfermería* 2006; 9(5): 50-55. (Artículo de revista)
- Gualda, E. (2003). Evolución de las migraciones en Andalucía y actitudes de los andaluces ante la inmigración. (Documento de Trabajo) Workshop: Migraciones en el Sur de Europa. Sevilla: Fundación Centro de Estudios Andaluces.
- INE. (2010). Población a 1 de enero de 2010. Disponible en: <http://www.ine.es/inebase/cgi/um>. Consultado el 6/09/2010.
- Navas MS, Pumares P, Sánchez J, García MC, Rojas A, Cuadrado I. et al. (2004) Estrategias y actitudes de aculturación: la perspectiva de los inmigrantes y de los autóctonos en Almería. Sevilla; Consejería de Gobernación. Junta de Andalucía. (Libro)
- Plaza del Pino, FJ. (2010). Cuidando a pacientes musulmanes. Las fronteras de la Enfermería en la comunicación intercultural. Almería; Universidad de Almería. (Libro)
- Plaza del Pino, FJ. (2012). Comunicación Intercultural de la Enfermería con musulmanes. Saabrücken; LAP LAMBERT Editorial Académica Española. (Libro)
- Strauss A, Corbin J. (1994). Grounded Theory methodology: an overview: 273-285 (Capítulo de libro). Denzin N. K. and Lincoln I. (eds.) *Handbook of Qualitative Research*, Thousands Oaks, CA: Sage
- Vilà R. (2007) Comunicación Intercultural. Materiales para Secundaria. Madrid: Narcea S.A. (Libro)

Cultura enfermera alrededor de las prácticas profesionales efectuadas por estudiantes de enfermería

The culture of nursing professionals about practices conducted by nursing students

A cultura dos profissionais de enfermagem sobre as práticas realizadas por estudantes de enfermagem

¹ Mitzi Letelier Valdivia; ² José Siles González; ³ Ana Luisa Velandia Mora.

¹ Licenciada en Enfermería y Magister en Gerontología Social. Profesor Investigador U. de los Andes, Santiago de Chile. Doctoranda U. de Alicante.

² Doctor en Historia, Licenciado en Pedagogía y Diplomado en Enfermería. Catedrático de la E.U. de Enfermería. U. de Alicante.

³ Doctora en Ciencias Médicas, con mención en Salud Pública. Instituto de Medicina Sanitaria de San Petersburgo, Rusia. Profesora Emérita, Universidad Nacional de Colombia.



ABSTRACT

Course 2010/2011 ten students of nursing at the University of Alicante were sent to nursing EU countries to conduct their professional practices. This raises the concern to understand the nurse culture in the context of the European Union from the experience of nursing students Erasmus. Material and Methods. Ethnography. Strategy of data collection: observation. Role of non-participant observer researcher. Informant: Erasmus student nurs-

es 2010/2011 academic year. Sources: Written (field notes). Ethical issues. Consent is sought for teachers and students to attend coordination meeting and informative. Descriptive analysis by Boyle (1994). Results: The data reported characteristics of the context of learning, esenario practices, practical experience of students and caregivers practices in the various scenarios. Subcategories are identified as a mentor, teaching methods, range, type of practical work, learning, practice carers. Conclusion: The professional culture in the context of the Union remains diverse in terms of the level of training and practice carers. As components of culture emerge the importance of mentor figure for its proximity to the student and identifies contextual features that promote student learning.

Keywords: Cultural Characteristics, Education Nursing, Faculty Practice Nursing, Practical Nursing, Professional Training.

RESUMO

No período letivo 2010 / 2011 dez alunos de enfermagem foram enviados levanta da U.

da Universidade de Alicante para países da União Europeia para realizar suas práticas profissionais. Isto levanta a preocupação de entender a cultura enfermeira no contexto da União Europeia a partir da experiência de enfermagem estudantes Erasmus. Material e Métodos. Etnografia. Estratégia de coleta de dados: observação. Papel das organizações não-participante pesquisador observador. Informante: estudante Erasmus enfermeiras ano lectivo 2010/2011. Fontes: Escrito (notas de campo). Questões éticas. Consentimento é procurado por professores e alunos para assistir à reunião de coordenação e informativo. Análise descritiva por Boyle (1994). Resultados: Os dados reportados características do contexto de aprendizagem e ambiente profissional, onde eles fazem a prática clínica. Subcategorias são identificados como um mentor, métodos de ensino, série, tipo de trabalho prático, de aprendizagem, os prestadores de cuidados prática. Conclusão: A cultura profissional no contexto da União continua diversificada em termos do nível de encarregados de educação treinamento e prática. Como componentes da cultura emerge a importância da figura do mentor de sua proximidade com o aluno e identifica os recursos contextuais que promovem o aprendizado do aluno.

Palavras-chave: Características Culturais, Educação em Enfermagem, Prática do Docente de Enfermagem, Enfermagem Prática, Capacitação Profissional.

RESUMEN

Del curso 2010/ 2011 diez estudiantes de enfermería de la Universidad de Alicante, fueron enviados a distintos países de la UE para realizar sus prácticas profesionales. Surge así la inquietud de comprender la cultura enfermeira en el contexto de la Unión Europea desde

la experiencia de los estudiantes de enfermería Erasmus. Material y Método. Etnografía. Estrategia recolección de datos: observación. Rol del investigador: observador no participante. Informantes: estudiantes de enfermería Erasmus del curso 2010/2011. Fuentes: Escrita (notas de campo). Aspectos éticos. Se solicita consentimiento a profesores y alumnos para asistir a reunión de coordinación e informativa. Análisis del tipo descriptivo según Boyle, (1994). Resultados: los datos informan características del contexto del aprendizaje, del escenario de las prácticas, la experiencia práctica de los alumnos y de las prácticas cuidadoras en los diversos escenarios. Se identifican sub categorías como mentor; métodos de enseñanza, autonomía; tipo de trabajo práctico, aprendizajes; practicas cuidadoras. Conclusión: La cultura profesional en el contexto de la Unión sigue siendo diversa en cuanto al nivel de formación y prácticas cuidadoras. Como componentes de la cultura emerge la importancia de la figura del mentor por su cercanía con el estudiante y se identifican características del contexto que favorecen el aprendizaje del estudiante.

Palabras Clave: Características Culturales, Educación en Enfermería, Práctica del Docente de Enfermería, Enfermería Práctica, Capacitación Profesional.

INTRODUCCIÓN

La experiencia de movilidad geográfica e intercambio como parte de los programas de Enseñanza Superior en Enfermería no es algo nuevo, tal como lo pone en evidencia el documento nº 199 de la OMS publicado en 1960.

La Enseñanza Superior de Enfermería en España a partir de la integración de los estudios en la Universidad (1977) supuso un paso adelante en su proceso de profesionalización;

es decir, en la transición de la disciplina enfermera desde una etapa técnica a una profesional (Martínez, 2007). Más tarde, en la década de los 90, el proceso de cambio que sufre la Universidad (Real Decreto 1231/2001) permite a los estudiantes alcanzar un mayor protagonismo en el proceso de enseñanza-aprendizaje. Así, los estudios de la diplomatura en enfermería empiezan a estar en consonancia con la normativa europea que propugna la libre circulación y el intercambio de profesores y estudiantes en el marco comunitario.

Esta nueva oportunidad en el desarrollo de la profesión y de los futuros profesionales se cristaliza en 1998 a través de lo que se ha denominado Programa Erasmus. El “Programa Erasmus” es el programa más destacado e importante por su éxito y sus repercusiones, siendo el embrión y origen del actual proceso de integración del Espacio Europeo de Educación Superior [EEES] y la Convergencia de las universidades de la Unión Europea [UE]. Y esta convergencia ha dado paso al nuevo Programa de Aprendizaje Permanente (Lifelong Learning Programme), que sigue integrando la acción Erasmus. Entonces, la creación del Espacio Europeo de Educación Superior (Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, 2003) en este nuevo milenio, supone una oportunidad única para la mejora de la calidad de la enseñanza superior en toda Europa, abriendo también una nueva etapa para la formación en Enfermería con el establecimiento desde el 2003 del Sistema Europeo de Créditos [European Credits Transfer System –ECTS–] (Real Decreto 1125/2003), el Suplemento Europeo al Título (Real Decreto 1044/2003) y la nueva estructura de los estudios de Grado (Real Decreto 55/2005) y Posgrado (Real Decreto 56/2005) en el 2005. Hechos todos que han contribuido a modificar el escenario de la



educación en enfermería a partir de la reformulación de planes de estudios y metodologías sobre la base de un aprendizaje orientado desde los nuevos paradigmas educativos de la sociedad del conocimiento y de la información: innovación docente y aprendizaje a lo largo de la vida (Libro Blanco, 2005).

Contexto Prácticas Clínicas de Enfermería en la U. de Alicante.

El período ordinario de realización de prácticas clínicas corresponde a la matrícula de un curso completo y consta de 4 módulos clínicos de 4 semanas de duración cada uno de ellos, a realizar en los meses de enero a mayo, en turnos rotativos semanalmente (turno en horario de mañana, de 8 a 15 horas y en horario de tarde, de 15 a 22 horas). En el período extraordinario de ejecución de prácticas clínicas, realizado de modo excepcional y por causas justificadas, el estudiante puede realizar como máximo 2 módulos más por curso académico (de acuerdo con su matrícula), a cumplir en el periodo extraordinario de verano (junio - julio). La Comisión de Prácticum del Centro, al finalizar el primer cuatrimestre, en función de la solicitud del estudiante, de los re-

cursos sanitarios disponibles y de los objetivos docentes, establecerá la asignación a los estudiantes. Esta planificación es publicada por la Escuela, presentada a los centros asistenciales, antes del inicio del período clínico, en virtud del convenio de colaboración vigente. Es decir, los estudiantes deben realizar 12 módulos clínicos para toda la titulación.

Contexto del estudiante del Programa Erasmus de Enfermería.

La Universidad de Alicante dentro del Programa de Aprendizaje Permanente (Lifelong Learning Programme) mantiene “acuerdos Erasmus” con 383 instituciones de Educación Superior, entre las que continúan destacando las de Francia, Alemania, Italia y Reino Unido. Y le siguen en orden de importancia Portugal, Bélgica y Finlandia. Además, como reconocimiento a la tarea realizada por la universidad en el fomento y difusión de las actividades que apoya el Programa Erasmus, la Comisión Europea le ha concedido la Carta Universitaria Ampliada, que establece el marco general para las actividades de cooperación a nivel europeo que un centro de enseñanza superior puede realizar en el marco del programa Erasmus como parte del Programa de Aprendizaje Permanente (PAP). La Carta Universitaria Erasmus debe concederse como requisito previo para que el centro de enseñanza superior organice la movilidad de los estudiantes y el personal docente y de otro tipo, imparta los cursos intensivos de idiomas y los programas intensivos de Erasmus, y presente su candidatura para proyectos multilaterales, redes y medidas de acompañamiento y organice visitas preparatorias. La Carta Universitaria Erasmus se basa en la Decisión relativa al PAP (Decisión nº 1720/2006/CE), que abarca el período de 2007 a 2013. Los objetivos específicos del PAP

figuran en el artículo 1, apartado 3, de dicha Decisión (Diario oficial UE del 31.03.2011)

En la Diplomatura en Enfermería la experiencia de intercambio a través del Programa Erasmus tiene diez años de trayectoria, y a través de él la/os estudiantes de tercer nivel se trasladan a distintos países de la Unión para realizar su programa de prácticas clínicas. Dichas experiencias están integradas en las asignaturas del Plan de Estudios y se realizan durante el segundo cuatrimestre en centros clínicos asistenciales.

En el caso de los estudiantes Erasmus, tras cumplir una serie de requisitos de excelencia académica y dominio del inglés [B1], acceden a cursar su practicas clínicas en instituciones de salud de otro país de la Unión Europea suscrito a convenio con el Departamento de Enfermería de la Universidad de Alicante. Además, una vez seleccionados, deben completar una serie de otros requisitos que varían de acuerdo al país y la institución de destino. Así por ejemplo, todos deben preparar y entregar los denominados “papeles de movilidad” que conforman el contrato de subvención y compromiso del alumno. También, deben rellenar el “formulario de solicitud” y el “acuerdo de aprendizaje” los cuales deben ser completados en la institución que los acoge para permitir el reconocimiento de los estudios cursados a su regreso. A partir de aquí hay una serie de variaciones según el país de destino.

Para el Reino Unido el estudiante debe adjuntar un certificado de antecedentes y rendir un test psicológico, esto como requisito contemplado en las normativas que regulan el trabajo con personas. En otro orden de cosas se les solicitan una serie de exámenes clínicos relacionados con la certificación de los niveles de inmunidad para el bacilo de Koch, para el virus de Hepatitis B y otras enfermedades como

la difteria, tétanos, meningitis entre otras; así como la prueba de SAM para determinar si son portadores del staphylococcus aureus. Todas estas disposiciones se deben interpretar como parte de la existencia de una cultura de cuidados centrada en la protección al paciente. Además y siempre dentro del Reino Unido, se les suelen solicitar cartas de recomendación, medida que responde a las mismas políticas de seguridad de los cuidados. Por último, otros países como Alemania y Finlandia les suelen solicitar además un currículum vitae que considere también sus intereses personales, inclusive este último solicita una carta de motivaciones.

Lo anterior se complementa con una serie de formularios relativos a las ayudas económicas a las que pueden acceder los estudiantes de intercambio procedentes tanto de la Universidad como de sus respectivos Gobiernos Provinciales y Ayuntamientos. Estas ayudas contribuyen a costear los gastos de alojamiento y traslado en los cuales deben incurrir los estudiantes, por cuanto vivir la experiencia Erasmus, también supone un esfuerzo económico personal a los estudiantes y sus familias.

Marco Teórico.

Toda investigación debe estar enfocada dentro de un marco teórico. Su utilidad recae en aportar una lógica que ordena y enmarca desde un enfoque conceptual y teórico el fenómeno de estudio. Esto porque “ningún fenómeno es un hecho dispuesto para ser recogido. Se precisa pues elegir entre los fenómenos, entre los diferentes aspectos de un mismo fenómeno, y estas elecciones sólo pueden hacerse en función de un marco teórico” (Cresswell y Godelier, 1981:21)

En la actualidad, en el mundo científico impera la tendencia caracterizada por la op-

cionalidad de paradigmas, estrategias de investigación y métodos de análisis, también por el descubrimiento y re-descubrimiento de modos de investigación cualitativa junto al reconocimiento de la actividad investigativa como un proceso multicultural. Entonces, estos hechos reflejan que la necesaria coexistencia de los distintos tipos de paradigmas es un signo de la presencia de las distintas tradiciones científicas que co – existen hoy.

El paradigma es concebido como el sistema de creencias básicas, principios o supuestos de carácter ontológico [naturaleza de la realidad estudiada], epistemológico [modelo de relaciones entre el investigador y lo investigado] y metodológico [modo de obtener conocimiento de la realidad]. Y todos ellos están relacionados entre sí, de modo que la creencia básica asumida por el investigador en lo ontológico, le lleva a adoptar posturas consonantes con cada uno de los elementos descritos; es decir, una posición onto-epistemológica (Guba y Lincoln, 1985, 90,94:113-145). Y desde la necesaria producción de conocimiento también desde la disciplina de enfermería, investigar exige determinar el paradigma con que se mirará esa realidad, tener presente la situación y el tema de estudio (Cabrero J y Richart M, 1996).

En esta monografía el fenómeno al cual se intenta proporcionar sentido y legitimación es a la experiencia cultural según la cual un grupo de alumnos de enfermería se aproximan a la cultura enfermera en un contexto y escenario de prácticas fuera de su país, pero dentro del marco del Espacio Europeo de Educación Superior. Este hecho es importante de investigar porque las ciencias humanas o sociales buscan comprender el significado, los valores y la intencionalidad del ser humano autor de la acción. Para ello no olvida las diferencias



existentes entre los sujetos a la luz de sus respectivos contextos históricos sociales. (Arnal, del Rincón, y Latorre, 1992: 12), (Hesse, 1991:105).

Esta situación lleva a los investigadores a plantearse la aplicación de la perspectiva hermenéutica entendida esta desde su origen lingüístico [hermeneutiké téchne, ars interpretationis] como el arte de la interpretación que debe su cualificación tradicional a la dimensión práctica del término -Hermes- [el mensajero de los dioses] y como tal, alude a transformación. Sin embargo, esta palabra alcanza una plena comprensión cuando se reemplaza la anterior expresión griega por hermenéa, en palabras de (Kerényi, K., 1963:133-4) “[...] alfa y omega de la hermenéutica” (Ferraris, Maurizio, 1988:9). Desde la hermenéutica en la actualidad, se plantea que no es posible entender -algo- a no ser a través de símbolos y textos donde éstos últimos, siempre permiten nuevas lecturas. Por tanto, la interpretación no acaba en el texto, sino que se abre a la configuración de mundos más humanos. Este tipo de conocimiento se fundamenta en una concepción de hombre espiritual e histórico y toma como modelo de partida a la estética porque lo que está en juego es el obrar humano y la felicidad del hombre, posición asumida en esta investigación.

Esto viene a significar que las ciencias sociales pueden investigar experiencias vividas [concepto de Erlebnis] por las personas, relacionándolas con su contexto socio-histórico y cultural (1980:82 leído en Valles, 2007: 24) y donde el acto de conocer no es distinto del objeto conocido, (Ferraris, M.,1988,2000:153). Al respecto se plantea que la -vida misma- se autointerpreta, tiene estructura hermenéutica (Gadamer, 1960), por tanto, es la base de las ciencias del espíritu (Ferraris, M.,1988,2000:150).

Marco Metodológico.

Con este marco, se plantea como objetivo para este estudio: Describir las características de la cultura enfermera en torno a las prácticas profesionales de los estudiantes Erasmus de la Universidad de Alicante, en el escenario Europeo de Educación Superior, en Enfermería.

Para ello y desde la perspectiva de la realidad que abarca el fenómeno de estudio se plantea un diseño cualitativo con enfoque etnográfico. En primer lugar la etnografía se basa en el trabajo de campo, rúbrica de la antropología cultural, ciencia que estudia los grupos humanos a través de su cultura, “es un campo sistemático de estudio o campo de conocimiento que intenta, a través de la experimentación, la observación y la deducción, dar explicaciones fiables de un fenómeno, con referencia al mundo material y físico” (Prentice - Hall,inc, 1993:937). Así, el trabajo etnográfico se caracteriza por su talante holístico, y se ocupa de estudiar las formas en que la cultura afecta a la experiencia individual, o en ofrecer una visión global del conocimiento, de las costumbres y de las instituciones de un pueblo (Barfield, 1997, 2000:43).

Entonces, a diferencia de otras ciencias sociales, la antropología ofrece una perspec-

tiva transcultural a través de la comparación constante de costumbres de una sociedad con otra (Kottak, 2006:4) Es decir, cultura entendida como el conjunto de posibilidades de información de una sociedad (García Marco, 1995:113). A su vez, las sociedades humanas, informadas conforme a los parámetros culturales, cada vez dependen más de la cultura para su reproducción y su adaptación al entorno, al ser este entorno cada vez más, producto de la acción del hombre (García Marco, 1995:113). Entonces, el conocimiento del fenómeno de estudio requiere de una base biológica (ser humano) y cultural (contexto), sin la cual no puede transmitirse ni utilizarse la información. Por ello, en este estudio se considera tanto a los sujetos (alumnos Erasmus) como al escenario (Unión Europea) donde ocurre la transmisión de información, es decir, Instituciones de Salud vinculadas a los Departamentos de Enfermería en los países de Portugal, Reino Unido y Finlandia.

En tanto la cultura enfermera “es el todo complejo estructurado de elementos [objetos materiales, actos corporales, ideas, valores, sentimientos] y hechos culturales, que abarcan extensas áreas de la vida del ser humano, los cuales son aprendidos o pueden aprenderse y por tanto se transmiten social y mentalmente más que biológicamente entre generaciones que comparten una cultura (...)” (Letelier, 2011).

MATERIAL Y MÉTODO

Trabajo de campo.

La Estrategia de recolección datos considera como técnica la observación, herramienta etnográfica por excelencia. El rol del investigador es el de observador no participante. Los informantes son diez estudiantes enviados durante el curso 2010/2011 a Lisboa, Aberdeen, Newcastle, Glasgow, Hyvinkaa a través del

Programa Erasmus. Las Fuentes de donde se extraen los datos son escritas (notas de campo) y documentales (memoria de los estudiantes). La validez interna del estudio, está sujeta a la pertinencia teórica y práctica dada por la actualidad el tema y por la accesibilidad al campo e informantes. La necesidad de negociar un marco de interacción con los actores se cautela a través de las consideraciones éticas, según las cuales se establece contacto con los estudiantes una vez gestionadas la autorización a nivel institucional y, en virtud de la regulación de confidencialidad de los datos personales de los estudiantes, se recurre a la figura del portero quien, antes de que el investigador entre en contacto con los estudiantes, solicita su consentimiento a los alumnos. De esta manera la investigadora puede asistir como observador no participante a una reunión de coordinación e informativa en la cual además acontecería la situación de intercambio de experiencias entre los estudiantes enviados el curso anterior 2009/2010 y los del curso actual 2010/2011, hecho de interés para este estudio. El control de la subjetividad se logra a través de la estrategia de comparar los datos obtenidos durante la observación con los datos registrados por los alumnos en las memorias que deben entregar como parte del compromiso que asumen con la organización del Programa Erasmus, el cual contempla una autorización previa para ser empleadas como material de consulta de profesores y alumnos de la universidad.

El análisis realizado es del tipo descriptivo (Boyle, 1994), porque los datos analizados son parte de una investigación más amplia aún en curso.

RESULTADOS

El discurso de los alumnos de enfermería Erasmus desvela las características del con-

texto de aprendizaje que encontraron los estudiantes durante su experiencia de intercambio en distintos países y ciudades de la Unión Europea, durante el curso 2010/2011 y dan a conocer rasgos de las practicas cuidadoras en dichos entornos.

Contexto del aprendizaje.

Práctica docente: De los datos emerge la figura del mentor (Reino Unido) o tutor de prácticas: “(...) cada estudiante va con una mentor, vas con una enfermera y haces su turno”. Esta persona es un profesional a juicio de los estudiantes con buena base teórica (Portugal): “Llegan hasta el fondo, mínimo detalle para que llegues al fondo de por qué haces las cosas” Para cumplir esta función se les libera de carga asistencial: “Tienen menos carga pues para que puedan enseñarnos”. Además, en opinión de los estudiantes su desempeño guarda relación con el hecho que son evaluados por sus tutelados: “Y se esfuerzan porque luego tú los evalúas”.

Métodos de enseñanza: se desprenden de los métodos empleados por el mentor y que los estudiantes valoran positivamente porque se basan en la relación personal entre ambos: “están contigo”; “te acompañan”, “se esfuerzan por que tú aprendas”, “hacen hincapié en cosas que se nos escapaban”. Además está el fomento de la autonomía: “(...) te dejan hacer todo lo que quieras hacer si te ven motivada, te ayudan en todo”. Sin embargo esta realidad no es la misma en todos los escenarios: “un mes ayudando al ordenador (...) no me enseñaron nada, (...) primera visita, te pone con auxiliar”.

Experiencia práctica de los estudiantes: sobre el tipo de trabajo práctico que realizan aquí las opiniones varían entre los estudiantes; “haces trabajo de auxiliar”, “no puedes hacer nada, haces cursos y te dejan hacer cosas, ni



cambiar sueros” (RU) o “trabajo es el mismo” (Portugal); situación que revela las diferencias imperantes entre los países de la unión. En tanto la experiencia vivida aporta a los estudiantes algunos de los siguientes aprendizajes: “hay que ser súper puntual, yo decía 7.30 voy bien, pero tu llegabas 7.30 y estaban todas sentadas y luego me sentía súper mal que la gente llega 1 hora antes y si llegas tarde no se dice nada pero se quedan a recuperar”, “cosas positivas que aprendes, cosas negativas que no hay que aprender”. Sobre los lugares de las prácticas las opiniones también difieren: “yo súper contenta, (...) yo en la vida me he levantado 6 am para ir a trabajar e íbamos con una felicidad, yo me levantaba feliz”, “todo es tan distinto que te cuesta acostumbrarte”, “ves la mala pata que donde vayas a caer, la persona con que vayas a caer”.

Rasgos de las prácticas cuidadoras.

Nivel de enfermería: los datos dejan traslucir diferencias en la formación del nivel técnico de enfermería que aún existe en el contexto de la unión. “No necesitan titulación y están allí porque les gusta” (Reino Unido), “(...) nos explicaron que como auxiliar llega sin preparación, formación todo lo hace la enfermera, nota que el cuidado integral se los das, se lo haces todo y no se te pasan las cosas” (Portugal).

Distribución del trabajo: el equipo de enfermería cumple funciones y realiza actividades que también varían de un lugar a otro: “Personas de la limpieza que pulen el suelo pasan a hacer las camas, y con desinfectante limpian todas las mesas, las baranditas, los hierros de las camas, pastillas de desinfectante y lo haces tú para desinfectar todo”, “allí todo el mundo hace de todo”, “hay auxiliares que ponen vía (...)” (Reino Unido); “(...) todo lo hace la enfermera, nota que el cuidado integral se lo das, se lo haces todo y no se te pasan las cosas” (Portugal); “enfermeras que se ocupan de la administración”, “(...) ponen rulos, preparan desayunos, la siesta una pasada” (Finlandia).

Prácticas cuidadoras: los estudiantes identifican un tipo de cuidado más personalizado y centrado en la seguridad: “15 pacientes por equipo, 3 enfermeras y 2 auxiliares” (Reino Unido); “se vuelcan sobre el paciente (...) que esté cómodo, todo lo que necesite, la almohada, oye no hay úlceras allí”, “no verás ni un abuelito que se levante y no salga una persona joven a ayudarlo” (Reino Unido) y centrado en la seguridad y bienestar del paciente: “hay tantas pastillas, firma tú, firma tú” (Reino Unido), “(...) en todas las habitaciones había lavado de manos y en la salida de cada habitación, para eliminar corto punzante. En Escocia no hay ni medio paciente que entre sin lavarse las manos, está lleno de carteles en todas partes “ahora tiene que lavarse las manos”; “yo no he escuchado ningún reclamo sobre los pacientes, ellos siempre súper alegres, ¿cómo estás hoy?” (Reino Unido).

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

A la luz de los resultados y volviendo la mirada al objetivo planteado al inicio es posible afirmar que la característica cultural que destaca en torno a las prácticas profesionales de los estudiantes en distintos países de la Unión

es la “diversidad” y esta característica se interpreta partir de las distintas situaciones experimentadas y relatadas por los estudiantes.

La importancia de este conocimiento radica en que esta situación afecta las oportunidades de aprendizaje de los alumnos. Es decir, los hechos develados revelan que la coexistencia de dos realidades paralelas: un profesional de enfermería muy cualificado junto a un personal técnico con distintos niveles de formación y esta situación afecta la experiencia práctica de los estudiantes al momento de acceder a realizar determinadas actividades cuidadoras. Así, en unos escenarios las prácticas del alumno se centran más en los cuidados básicos y en otros en los cuidados más avanzados. Esto se explica porque la profesionalidad de una profesión pasa por el desarrollo de la cultura profesional y el avance en los niveles de formación, autonomía y compromiso con el trabajo (Fernández Pérez, 1988; García García, 1986; 1996; 2006; Ortega y Valera, 1991) (García García, Emilio; Martínez Pérez, Lourdes; Carvalho da Veiga, Elizabeth; 2007)

Además, se puede deducir de los datos que la cualificación del profesional a cargo del estudiante también interviene en el modo como se desarrolla la experiencia del alumno de enfermería, tal como se describe en relación a la figura del mentor. Esta situación es coherente con las características del buen profesor señaladas por informes de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico [OCDE] y estos hechos, además, influyen en la valoración que el estudiante hace de la experiencia de intercambio Erasmus. En este último aspecto también interviene el tipo de cuidado otorgado en su lugar de prácticas, desvelándose como satisfactoria para los estudiantes la experiencia dentro de un entorno de cuidados personalizados.

REFERENCIAS

- Arnal, J., del Rincón, D., y Latorre, A. (1992). Nociones básicas sobre investigación. En *Investigación Educativa. Fundamentos y Metodología* (1ª ed., págs. 2-23). Barcelona, España: Labor, S.A.
- Barfield, T. (Ed.). (1997, 2000). *Diccionario de Antropología. The dictionary of anthropology.* (C. S. Rodrigo, Trad.) Bellaterra. Barcelona.
- Boyle, J. S. (1994, 2003). Estilos de etnografía. En U. d. Facultad de Enfermería, & J. M. Morse (Ed.), *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa* (E. Zimmerman, Trad., 1ª ed., págs. 197-214). Antioquía, Colombia: Universidad de Antioquía.
- Cabrero J, Richart M. (1996) El debate de la investigación cualitativa frente a la investigación cuantitativa. *Enfermería clínica*; 6 (5): 212-217.
- Cresswell, M. y Godelier, M. (1981) Útiles de encuesta y de análisis antropológicos. Ed. Fundamentos. Madrid.
- Diario Oficial de la Unión Europea 31.3.2011. Convocatoria de propuestas específica — EAC/16/11. Carta Universitaria Erasmus 2012 (2011/C 99/05) obtenido 7 12 2011, desde <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2011:099:0030:0030:ES:PDF>
- Decisión nº 1720/2006/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 15 de noviembre de 2006, por la que se establece un programa de acción en el ámbito del aprendizaje permanente. <http://eur-lex.europa.eu/lex/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2006:327:0045:0068:ES:PDF>
- Ferraris, M. (2000). *Historia de la Hermenéutica.* (Pérez de Tudela, J. traductor. *Storia dell'ermeneutica.* R: C: S: Libri S.p.A., Milán; Bompiani, 1988). Ediciones Akal, S.A. Colmenar Viejo-Madrid.
- Fernández Pérez, M. (1988). *La profesionalización del docente.* Madrid: Escuela Española.
- Gadamer, H.G. (1960, 1975, 1977). *Verdad y Método. Fundamentos de una hermenéutica filosófica.* (traductor Olasagasti, Manuel. Sígueme, Salamanca. 1992: 63-71). *Wahrheit und Methode.* 4ª edición. Tübinga, Mohr. 1975.
- García García, E. (1986). *Función, Status y Rol del Profesor.* En J. Mayor (dir.). *Sociología y Psicología Social de la Educación.* Madrid: Anaya.
- García García, E. (2006). *Las competencias del profesor en la sociedad del conocimiento.* En R. Mejía (Coord.). *Educación, globalización y desarrollo humano.* Santo Domingo, RD: Buho.
- García Marco, Francisco Javier (1995, jul.-dic) *Hacia un modelo de intervención en los procesos de transmisión del conocimiento.* *Scire.* 1 (2) págs. 109-118.
- Guba, E., y Lincoln, Y. (1985, 90,94). *Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. Por los rincones: antología de métodos en la investigación social,* (C. Denman, y J. Haro,
- Hesse, M. (1991) *Ciencias de la naturaleza y ciencias del espíritu.* En *Filosofía de las ciencias humanas y sociales* (J. Mardones, 1ª ed., págs. 103-106). Barcelona: Anthropos.
- Kerényi, K. (1963, 1964). *Orígenes e sentido de la hermenéutica: (O.M. Nobile, en archivo de filosofía, 1-2:129-137). Hermeneia und Hermeneutik. Griechische grundbegriffe,* Zurich, págs. 42-52.
- Kottak, C. P. (2006). *¿Qué es la Antropología?* En *Antropología Cultural. Cultural Anthropology* (11ª en español, traducida de la 11ª edición en inglés (ed.), págs. 3-21). Madrid: Mc Graw Hill.
- Letelier, M. (2010). *Aproximación a la Transmisión – Adquisición de cultura profesional en enfermería: Experiencia de un grupo de enfermeras principiantes graduadas de la Universidad de los Andes, Santiago de Chile.* Tesis Suficiencia Investigadora no publicada. Universidad de Alicante.
- Libro Blanco. (2005). *Titulo de Grado en Magisterio.* Madrid: ANECA.
- Martínez Martín María Luisa, (2007). *30 años de evolución de la formación enfermera en España.* *Educación Médica*; 10 (2): 93-96.
- Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, (2003). *La integración del sistema universitario español en el Espacio Europeo de Educación Superior. Documento Marco.* Madrid.
- Ortega, E; Varela, A. (1991). *La profesión de maestro.* Madrid: CIDE.
- Prentice - Hall, inc. (1993). *Webster's new world encyclopedia* (College ed. revisada, ilustrada ed.). New York: autor.

- Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos Generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería.
- Real Decreto 1125/2003, de 5 de septiembre, por el que se establece el sistema europeo de créditos y el sistema de calificaciones en las titulaciones universitarias de carácter oficial y validez en todo el territorio español.
- Real Decreto 1044/2003, de 1 de agosto, por el que se establece el procedimiento para la expedición por las universidades del Suplemento Europeo al título.
- Real Decreto 55/2005, de 21 de enero, por el que se establece la estructura de las enseñanzas universitarias y se regulan los estudios universitarios de Grado.
- Real Decreto 56/2005, de 21 de enero, por el que se regulan los estudios universitarios oficiales de Posgrado.
- Valles, M. S. (1999, 2000, 2003, 2007). Variedad de paradigmas y perspectivas en la investigación cualitativa. En Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional (cuarta ed., págs. 47-68). Madrid: Síntesis, S.A.



Teoría y Método

Método Canguru: perfil das mães de recém-nascidos

Kangaroo Care: Profile of mothers of newborns

Método canguro: Perfil de las madres de los recién nacidos

Ana Lucia Barreto Dantas*; Celma de Oliveira Barbosa**; Christiane Neves de Sousa***;
Cleanne Gonçalves do Nascimento****

* *Enfermera. Maestría en enfermería de posgrado en la Universidad Federal de Piauá (UFPI), Brasil.*

** *Nutricionista. Maestría en Ciencias de la salud por la Universidad Federal de Piauá (UFPI), Brasil.*

, * *Académica de enfermería por la Universidad de Santo Agostinho, Teresina. Piauí, Brasil*



ABSTRACT

This study deals with a cross-sectional survey, with the technical resources of a quantitative approach carried out in a public maternity hospital located in the south zone of Teresina (PI), which aims to characterize the profile of mothers of infants in Kangaroo Mother Care. It was interviewed all the mothers who participated in the Kangaroo Mother Care during March-April 2011, a total of 45 mothers using a questionnaire containing 14 questions, and

data were analyzed with the Epi Info version 6.04b. With respect to socio-demographic profile, 46.69% of respondents were between 20 and 29 years, 66.70% mixed, 64.40% resided within the state, married 53.30%, 28.90% had completed high school full occupancy was 28.90% to 68.90% of household incomes less than or equal to the minimum wage. As the profile of health was 57.80% primipara 66.70%, 77.80% had no previous abortion, cesarean section was 57.80%, 59.10% with a pregnancy duration of 31 and 34 weeks, 77.80% had less than six prenatal visits. With base in the findings and current literature, we found that the socio-demographic and economic changes have strong influence on health conditions and therefore the reality experienced by the mother influences the practice of Kangaroo Care.

Keywords: Kangaroo Mother Care. Pre-term Newborns. Neonatal nursing.

RESUMEN

Este estudio trata de un estudio transversal, con un enfoque cuantitativo y recursos técnicos a cabo en una maternidad pública ubicada en el sur de Teresina (PI), que tiene como

objetivo caracterizar el perfil de las madres de los niños en Cuidado Madre Canguro. Se entrevistaron a todas las madres que participaron en el Cuidado Madre Canguro en el período marzo-abril de 2011, un total de 45 madres, utilizando un formulario que contiene 14 preguntas, cuyos datos fueron analizados con el 6.04b versión Epi Info. Con respecto a la socio-demográficos, 46,69% de los encuestados tenían entre 20 y 29 años, 66,70% mixta, 64,40% residía en el estado, 53,30% casados, 28,90% había completado la escuela secundaria la plena ocupación fue 28,90% y 68,90% de los ingresos familiares iguales o inferiores al salario mínimo. En cuanto al perfil de salud de 57,80% fueron primigesta, primípara 66,70%, 77,80% no mostró ningún aborto anterior, 57,80% tenían un parto por cesárea, 59,10%, con una duración de un embarazo en el 31 y 34 semanas, 77 80% con menos de seis consultas prenatales. Basándose en las conclusiones y la bibliografía actual, se observó que el socio-demográficas y económicas ejercen una fuerte influencia sobre la salud y por lo tanto, la realidad experimentada por la madre influye en la práctica de canguro.

Palabras clave: Cuidado Madre Canguro. Recién nacido prematuro. Enfermería Neonatal.

RESUMO

Este estudo trata-se de uma pesquisa do tipo transversal, com recursos técnicos de abordagem quantitativa realizada em uma Maternidade Escola pública localizada na zona sul de Teresina (PI), que tem por objetivo caracterizar o perfil das mães de recém-nascidos no Método Canguru. Foram entrevistadas todas as mães que participaram do Método Canguru no período de março a abril

de 2011, totalizando 45 mães, utilizando um formulário contendo 14 questões, cujos dados foram analisados no programa estatístico Epi Info versão 6.04b. Com relação ao perfil sócio-demográfico, 46,69% das entrevistadas tinham entre 20 e 29 anos, 66,70% parda, 64,40% residia no interior do estado, 53,30% casada, 28,90% tinham ensino médio completo, 28,90% tinha ocupação do lar e 68,90% com renda menor ou igual a um salário mínimo. Quanto ao perfil de saúde 57,80% era primigesta, 66,70% primípara, 77,80% não apresentou aborto prévio, 57,80% teve parto cesáreo, 59,10% com duração da gestação de 31 e 34 semanas, 77,80% fez menos de seis consultas de pré-natal. Com base nos dados encontrados e na literatura vigente, observou-se que as condições sócio-demográficas e econômicas exercem forte influência sobre as condições de saúde e, por conseguinte, a realidade vivida pela mãe influencia a prática do Método Canguru.

Palavras-chave: Método Canguru. Recém-nascido pré-termo. Enfermagem neonatal.

INTRODUÇÃO

A assistência aos recém-nascidos pré-termo vem alcançando avanços importantes e aumentando as chances de sobrevivência desses bebês de baixo peso. Entre esses avanços, encontram-se não somente o uso de equipamentos modernos, mas também tecnologias de cuidado, como o Método Canguru, que tem na mãe uma figura indispensável nos cuidados e tratamentos do bebê.

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2009) em todo o mundo, nascem, anualmente, 20 milhões de bebês pré-termo e de baixo peso. Destes, um terço morre antes de completar um ano de vida. Dados mais recentes mos-

tram que, no Brasil, o percentual de recém-nascidos tanto pré-termo, como baixo peso ao nascer foi, respectivamente, de 6,7 % e 8,3% no ano de 2008.

No Piauí, o percentual de recém-nascidos pré-termo varia de 4,4% no estado para 6,7% na capital, e com baixo peso ao nascer esse percentual varia de 7,0% no estado para 8,6% na capital (Brasil, 2010).

O percentual de óbitos neonatais devido ao baixo peso pode variar dependendo da prevalência do baixo peso e da qualidade dos cuidados disponíveis desde o início da gestação. À medida que a gravidez transcorre e que o bebê intra-útero se desenvolve, ele começa a ser pensado e imaginado por meio das representações que pai e mãe oferecem às sensações que ele provoca. (Brasil, 2009).

Essas múltiplas representações maternas dão origem aos bebês chamados de fantasmáticos ou imaginários, que são produto das fantasias inconscientes da mãe. No nascimento do bebê real, a mulher tem que realizar um luto do bebê imaginário, o que irá oferecer paradigmas no cuidado e atenção que serão dispensados por ela ao seu filho (Folino, 2008).

Amparado no processo epidemiológico do nascimento de recém-nascido pré-termo, principalmente nas questões neonatais, em 1979, no Instituto Materno-Infantil de Bogotá (Colômbia), os médicos Edgar Rey Sanabria e Héctor Martínez Gómez desenvolveram o Método Canguru tendo como objetivo reduzir a mortalidade neonatal (Arivabene; Tyrrel, 2010).

Esse método consiste em uma tecnologia de assistência neonatal que implica contato pele a pele precoce entre a mãe e o recém-nascido de baixo peso de forma crescente pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente. Na década de 1990, esse método foi introduzido no Brasil por iniciativa própria

de algumas maternidades e expandiu-se rapidamente em todo o país (Gontijo et al, 2010).

Com a Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007, o Ministério da Saúde normatizou a implantação do Método Canguru, definido no documento como um modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado que reúne estratégias de intervenção bio-psico-social (Brasil, 2007).

O Método Canguru possibilita a participação da mãe e de outros familiares de forma direta e integral no atendimento das necessidades do filho, porém, o nascimento pré-termo com seus riscos e conseqüências, faz com que o foco da assistência seja voltado para o recém-nascido pré-termo. O fato de o Método Canguru ser uma estratégia que contempla a tendência de humanização e integralidade do cuidado sinaliza que a assistência deve ser dirigida não só ao bebê, mas também à sua família, principalmente a mãe (Martins, Santos, 2008).

Para proporcionar os cuidados às mães Cangurus, na perspectiva da integralidade da assistência, é necessário, acima de tudo, sensibilidade para compreender que essas mulheres não são invisíveis. Elas estão inseridas em contextos sociais reais que impõem, de forma sutil ou não, as dificuldades da sua vivência (MARTINS; SANTOS, 2008).

O Método Canguru já foi amplamente discutido e relatado em vários estudos, principalmente em relação aos benefícios trazidos para a recuperação do recém-nascido pré-termo e de baixo peso. No entanto, um componente importante, que é a mãe, foi pouco considerado visto a sua indiscutível importância no sucesso do método. Ainda assim, os trabalhos que reportam à mãe estão mais voltados às perspectivas e sentimentos maternos frente ao nascimento pré-termo.



A enfermagem, junto à equipe multidisciplinar, tem desempenhado papel fundamental na implementação do Método Canguru. Cabe aos profissionais de enfermagem ensinar às mães, bem como à família, a compreender este processo antecipado do nascimento e prepará-los para o cuidado durante a internação hospitalar e após a alta para casa. Para tal, os profissionais têm enfrentado dificuldades na adesão devido ao contexto no qual esta mãe pode estar inserida. Dessa forma, o presente estudo teve como objetivo caracterizar o perfil das mães de recém-nascidos, pois o conhecimento deste é imprescindível na busca de estratégias que ajudem as mães no desenvolvimento do Método Canguru.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa do tipo transversal, com recursos técnicos de abordagem quantitativa descritiva realizada em uma Maternidade Escola pública, localizada na zona sul de Teresina (PI). A referida maternidade tem como responsabilidade prestar assistência integral à mulher na idade fértil desde a pré-concepção, independente do seu grau de risco, à gestante de alto risco em caráter de rotina e de urgência e emergência e também à criança até a idade de cinco anos. A escolha deste local de estudo se deu em função dessa maternidade ser o centro de referência materno-infantil do

estado, que dispõe de alojamento conjunto especial onde o Método Canguru é desenvolvido (Enfermaria Canguru).

Participaram desta pesquisa todas as mães que participavam do Método Canguru no período de março a abril de 2011, totalizando 45 mães. A amostra do estudo foi não-probabilística e por método de conveniência, onde foram escolhidas as mães que atenderam aos critérios pré-estabelecidos. A pesquisa usou como critério de exclusão as mulheres que não desejaram participar da pesquisa.

Utilizou-se um formulário previamente estruturado, constituído por perguntas fechadas, divididas em perfil sócio-demográfico e perfil de saúde, totalizando 14 questões. Os dados obtidos foram analisados através do programa estatístico Epi Info, versão 6.04b, que calcula as porcentagens, médias e desvios padrões (WHO, 1996).

Quanto aos aspectos éticos, a pesquisa respeitou as questões éticas que envolvem pesquisas com seres humanos preconizadas pela Resolução N° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), garantindo os princípios da autonomia (respeito à dignidade da pessoa humana), beneficência (máximo de benefícios e mínimo de riscos e danos), não maleficência (danos preveníveis serão evitados) e justiça e equidade (relevância social da pesquisa e garantias iguais aos participantes da mesma).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As variáveis estudadas foram agrupadas em duas tabelas. A tabela 1 refere-se ao perfil sócio-demográfico e a tabela 2 refere-se ao perfil de saúde das mães de recém-nascido no Método Canguru.

A tabela 1 mostra que entre as mães de recém-nascidos no Método Canguru prevaleceu a faixa etária entre 20 e 29 anos de idade com

46,69%. Os dados encontrados aproximam-se da realidade no país e no estado. Segundo a Empresa de Processamento de Dados do SUS (DATASUS, 2008) no Brasil e no Piauí, respectivamente, 53,62% e 57,32% das mães de nascidos vivos tinham entre 20 e 29 anos.

De acordo com Silva e Surita (2009), mulheres muito jovens e muito idosas são consideradas de maior risco para resultados adversos e complicações durante a gravidez, parto e pós-parto.

A maioria das mães entrevistadas declarou-se parda (66,70%), raça também predominante entre as mães de nascidos vivos no país segundo dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) em 2008.

Quanto à procedência, a grande maioria (64,40%) era do interior do estado. Esse resultado expressivo pode estar relacionado às dificuldades de acesso aos serviços de saúde, visto que no interior do estado não há serviços públicos especializados para gestantes de alto risco. Dessa forma, a maternidade onde foi realizada esta pesquisa, atende grande demanda de pacientes provenientes de outras cidades e mesmo de outros estados por ser referência no atendimento de alta complexidade a gestantes e recém-nascidos.

Quanto ao estado civil, a prevalência foi de mães casadas (53,30%). Todavia, pode ter ocorrido subnotificação de informações devido ao constrangimento em declarar-se mãe-solteira. Pesquisa realizada por Silva et al (2009) aponta que mães sem companheiro fixo tem chance 7,92 vezes maior de desenvolverem o parto pré-termo como complicação da gravidez.

Em relação à escolaridade, a maioria das mães (28,90%) concluiu o ensino médio, no entanto, uma parcela significativa (26,70%) não terminou o ensino fundamental. O Mi-

nistério da Saúde (2005) considera a baixa escolaridade um fator de risco para a gestação, podendo contribuir até mesmo para a mortalidade materno-infantil.

No que se refere à ocupação, o estudo revelou que a maior parte apresentou ocupação do lar (28,90%), ou seja, trabalho doméstico sem remuneração. Contudo, uma parcela considerável era agricultora (22,20%), o que sugere que maior parte delas exerce atividades que necessitam de grande esforço físico. Silveira et al (2008) aponta que mães que pertencem à força de trabalho livre e trabalham em pé apresentam risco de desenvolverem parto pré-termo.

Com relação à renda mensal, mais que dois terços das mães (68,90%), tinham um salário mínimo ou menos para manter a família. Silva, Caetano e Silva (2006) afirmam que o nível socioeconômico e cultural representa a soma de vários fatores, incluindo o nível de instrução e a ocupação. Segundo as pesquisadoras, estes fatores interferem no padrão de vida familiar, na higiene e saúde, no tipo de moradia, no nível de vida, nos cuidados com a saúde e até na assistência pré-natal.

Na tabela 2 constatou-se que a grande maioria das mães era primigesta (57,80%) e primípara (66,70%). Segundo dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), vêm ocorrendo um declínio na fecundidade em todo o país, em todos os grupos sociais, independente da renda, cor e nível social.

As mulheres que apresentaram aborto anterior, que é um fator de risco para o nascimento pré-termo, foram minoria, 77,80% das entrevistadas relataram que não tiveram aborto prévio. No entanto, como foi observado por Mariutti et al (2010), as mulheres geralmente sentem constrangimento ou medo em

declarar abortos prévios resultando em subnotificação de informações.

Patah e Malik (2011) afirmam que o Brasil apresenta alto de índice de cesarianas, o que corresponde a cerca de 40%. Se somente for considerada a rede particular, as cesáreas chegam a até 90% em alguns hospitais. Esse alto índice também foi observado em nosso estudo visto que 57,80% das mulheres tiveram partos cesáreos.

O elevado número de cesarianas, acima do índice nacional, encontrado entre as mães do Método Canguru nesse estudo, pode ter relação com os riscos inerentes ao parto pré-termo que geralmente necessitam de intervenção cirúrgica como foi observado por Ramos e Cuman (2009).

A duração da gestação que predominou neste estudo foi entre 31 e 34 semanas (59,10%). De acordo com os dados de 2008 do SINASC, considerando apenas os recém-nascidos pré-termo, no Piauí cerca de 80% nasceram entre a 32ª e 36ª semana de gestação, que também é a faixa predominante para todo o país.

O Ministério da Saúde através da portaria 569 (2000) preconiza a realização de no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação e todos os exames correspondentes a eles. Neste estudo todas as mães realizaram o pré-natal, contudo a grande maioria das mães (77,80%) realizou menos que seis consultas. Esses resultados são preocupantes, pois apesar de todas as entrevistadas relatarem ter comparecido às consultas de pré-natal, não houve a realização do mínimo de consultas, salientando a necessidade de haver uma conscientização com relação à continuidade da assistência.

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu traçar o perfil sócio-demográfico e de saúde das mães de recém-nascidos no Método Canguru. Mediante os dados obtidos, verificou-se que a maioria da população estudada está compreendida na faixa etária de 20 a 29 anos, de raça parda, com ensino médio completo, casada, residente no interior do estado, com ocupação do lar e renda financeira igual ou inferior a um salário mínimo. Com relação ao perfil de saúde, a maioria das mulheres era primigesta, primípara, sem história de aborto prévio, submetida a parto cesáreo, com duração da gestação entre 31 e 34 semanas, e a maioria realizou menos que seis consultas de pré-natal.

Buscou-se, portanto, através desta pesquisa, melhorar a assistência prestada às mães no Método Canguru, voltando o olhar dos profissionais de saúde não só ao recém-nascido pré-termo, mas também à mãe, bem como registrar a relevância desta temática para a enfermagem, por se tratar de uma profissão que tem em sua essência o cuidado.

Esta pesquisa proporcionou um novo olhar sobre uma temática tão importante, contribuindo no desenvolvimento teórico e prático a cerca do Método Canguru. Acredita-se que esses resultados possam abrir caminhos para novas pesquisas que abordem outros aspectos não contemplados no presente estudo, ampliando o conhecimento a cerca da temática abordada.

REFERÊNCIAS

- Arivabene J.C.; Tyrrell M.A.R. (2010) Método mãe canguru: vivências maternas e contribuições para a enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem 18(2), 262-8.
- Brasil (2005) Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações

- Programáticas Estratégicas – Brasília.
- Brasil (2007) Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007. Dispõe sobre norma de orientação para implantação do método canguru, Brasília.
 - Brasil (2009) Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde da Criança – Brasília.
 - Brasil (2010) Ministério da Saúde. Cadernos de Informação de Saúde. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm?saude=http%3A%2F%2Ftabnet.datasus.gov.br%2Ftabdata%2Fcadernos%2Fcadernosmap.htm&botaoook=OK&obj=http%3A%2F%2Ftabnet.datasus.gov.br%2Ftabdata%2Fcadernos%2Fcadernosmap.htm>>. Consultado em 14/10/2010.
 - DATASUS (2008) Empresa de Processamento de Dados do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde/Departamento de Informática do SUS. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>. Consultado em 04/05/2011.
 - Folino, C.S.G. (2008) Encontro entre a psicanálise e a pediatria: impactos da depressão puerperal para o desenvolvimento da relação mãe-bebê e do psiquismo infantil. Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-16022009-161643/pt-br.php>>. Consultado em 27/03/2011.
 - Gontijo, T.L. et al (2010) Avaliação da implantação do cuidado humanizado aos recém-nascidos com baixo peso: método canguru. J. Pediatr. 86(1), 33-9.
 - IBGE (2010) Mulheres mais escolarizadas são mães mais tarde e têm menos filhos. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza>.
 - Mariutti, M.G. et al (2010) Abortamento: um estudo da morbidade hospitalar no país. Rev. Bras. Medicina 37(4), 97-103.
 - Martins, A.J.V.S.; Santos, I.M.M. (2008) Vivendo do outro lado do método canguru: a experiência materna. Rev. Eletr. Enf. 10(3), 703-10.
 - Patah, L.E.M.; Malik, A.M. (2011) Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. Rev. Saúde Pública 45(1), 185-94.
 - [php?id_noticia=1717&id_pagina=1](http://www.saude.gov.br/saudebusca/detalhe.php?id_noticia=1717&id_pagina=1)>. Consultado em 19/06/2011.
 - Ramos, H.A.C.; Cuman, R.K.N (2009) Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. Escola Ana Nery 13(2), 297-304.
 - Silva, E.T.; Caetano, J.A.; Silva, A.R.V (2006) Assistência Pré-Natal de um Serviço de Atendimento Secundário. Revista Brasileira em Promoção da Saúde 19(4), 216-23.
 - Silva, J.L.C.P.; Surita, F.G.C. (2009) Idade materna: resultados perinatais e via de parto. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia 31(7), 321-5.
 - Silva, L.A. et al (2009) Fatores de risco associados ao parto pré-termo em hospital de referência de Santa Catarina. Revista da AMRIGS 53(4), 354-60.
 - Silveira M.F. et al (2008) Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. Rev. Saúde Pública 42(5), 957-64.
 - SINASC (2008) Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos. Brasília: Ministério da Saúde/Departamento de Informática do SUS. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>. Consultado em 04/05/2011.
 - WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION (1996). EPI – INFO, versão 6.04b. Introducing user,s Guide circulating drafton.



Variáveis	N=45	%
Idade (anos)		
≤19	15	33,33
20-29	21	46,69
≥30	09	19,98
Raça		
Branca	08	17,80
Negra	07	15,50
Parda	30	66,70
Procedência		
Capital (Teresina)	16	35,60
Interior	29	64,40
Estado Civil		
Casada	24	53,30
Solteira	11	24,70
União Estável	10	22,00
Escolaridade		
Não estudou	01	2,20
Ensino fundamental incompleto	12	26,70
Ensino fundamental completo	03	6,70
Ensino médio incompleto	12	26,70
Ensino médio completo	13	28,90
Ensino superior	04	8,80
Ocupação		
Do lar	13	28,90
Assalariada	09	20,00
Profissional autônoma	07	15,50
Estudante	06	13,40
Agricultora	10	22,20
Renda financeira (salários mínimos)		
≤ 1	31	68,90
1 - 2	11	24,40
≥ 3	03	6,70

Tabela 1 – Perfil sócio-demográfico das mães de recém-nascidos no Método Canguru quanto à idade, raça, procedência, estado civil, escolaridade, ocupação e renda financeira. Teresina, Piauí, 2011.

Variáveis	N=45	%
Número de gestações		
01	26	57,80
02	11	24,40
03	04	8,90
04	02	4,50
05	01	2,20
09	01	2,20
Número de partos		
01	30	66,70
02	11	24,40
03	02	4,30
04	01	2,20
08	01	2,20
Abortamentos anteriores		
Sim	10	22,20
Não	35	77,80
Tipo de parto		
Cesáreo	26	57,80
Vaginal	19	42,20
Duração da gestação* (semanas)		
≤ 30	12	26,67
31 - 34	26	59,10
35 -37	05	11,40
≥ 38	01	2,83
Consultas de pré-natal		
<6	35	77,80
≥ 6	10	22,20

*Houve uma perda, pois a mãe não soube informar a duração da gestação.

Tabela 2 - Perfil de saúde das mães de recém-nascidos no Método Canguru quanto ao número de gestações, número de partos, abortamentos anteriores, tipo de parto, duração da gestação, consultas de pré-natal e intercorrências clínicas e obstétricas. Teresina, Piauí, 2011.

Fundamentos teórico metodológicos de investigación en historia de la enfermería

Foundations theoretical research in history of nursing metodologicos

Fundamentos teóricos e metodológicos da pesquisa em história da enfermagem

Ana Luisa Velandia Mora

Ph. D. en Ciencias Médicas. Profesora Titular Emérita. Universidad Nacional de Colombia.



ABSTRACT

The theoretical foundations used in my historical research in nursing are framed within the sociology of professions and within it, the notion of professionalism. The history of the professionalization of nursing has more to do with the historical or socio externalist perspective, ie to look at the evolution of society from the perspective of nursing and from there to contribute to improving the health of the people.

Memory is the dimension of the story that legitimates, supplies and cohesive identity to give meaning. We are talking about a temporal and spatial memory, which is essential for reconstructing the history of nursing anywhere in the world.

Identify aspects of reality not visible to the naked eye, is something that conventional sources can not achieve and which does not help us much oral testimony. The personal interview is thus basic.

Finally, I want to research the history of nursing from the examination of my own experiences. The most significant projects, based on the theoretical foundation and the methodology used can be: History of Nursing in Colombia and Living Heritage School of Nursing at the Universidad Nacional de Colombia.

Keywords: nursing, history, methodology.

RESUMO

Os fundamentos teóricos utilizados em minha pesquisa histórica em enfermagem estão enquadrados dentro da sociologia das profissões e dentro dela, a noção de profissionalismo. A história da profissionalização da enfermagem tem mais a ver com a perspectiva histórica ou sócio externalista, isto é, olhar

para a evolução da sociedade a partir da perspectiva da enfermagem e de lá para contribuir para melhorar a saúde da pessoas.

A memória é a dimensão da história que legitima, suprimentos e identidade coesa para dar sentido. Estamos falando de uma memória temporal e espacial, que é essencial para reconstruir a história da enfermagem em todo o mundo.

Identificar aspectos da realidade não visível a olho nu, é algo que as fontes convencionais não conseguem atingir e que não nos ajuda muito testemunho oral. A entrevista pessoal é assim básico.

Finalmente, quero pesquisar a história da enfermagem a partir do exame das minhas próprias experiências. Os projetos mais significativos, com base na fundamentação teórica ea metodologia utilizada pode ser: História da Enfermagem na Colômbia e na Escola herança viva de Enfermagem da Universidade Nacional da Colômbia.

Palavras-chaves: enfermagem, história, metodologia.

RESUMEN

Los fundamentos teóricos utilizados en mi investigación histórica en enfermería están enmarcados dentro de la sociología de las profesiones y dentro de ella, la noción de profesionalización. La historia de la profesionalización de la enfermería tiene más que ver con el enfoque socio histórico o perspectiva externalista, es decir, que mire la evolución de la sociedad desde la óptica de la enfermería y desde allí poder contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población.

La memoria es la dimensión de la historia que legitima, suministra y cohesiona la identidad al otorgarle un sentido. Estamos hablando

de una memoria temporal y espacial, que resulta imprescindible para la reconstrucción de la historia de la enfermería en cualquier lugar del mundo.

Detectar aspectos de la realidad no visibles a simple vista, es algo que las fuentes convencionales no pueden lograr y a lo cual sí nos ayudan mucho los testimonios orales. La entrevista personal es, pues, básica.

Finalmente, quiero hablar de investigación en historia de la enfermería desde el examen de mis propias experiencias. Los proyectos más significativos, atendiendo a la fundamentación teórica y la metodología utilizada, pueden ser: Historia de la Enfermería en Colombia y Patrimonio Vivo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia

Palabras clave: enfermería, historia, metodología.

Sociología de las profesiones

Los fundamentos teóricos utilizados en mi investigación histórica en enfermería están enmarcados dentro de la sociología de las profesiones.

Desde Weber, quien introduce el concepto de vocación, pasando por Turner, Schipperges, Durkheim, Gramsci, Hughes, Foucault y Bourdieu, muchos estudiosos han construido con sus trabajos una sociología de las profesiones, la cual ha servido como base para estudios de profesiones de salud, (Wilensky and Lebox 1958), (Wilensky 1964), (Parsons 1976), (Hall 1976), (Freidson 1976; Freidson 1978), (Lomnitz and Fortes 1981), (Latapí 1985), (Machado 1995), (Fernández Pérez 2001), (Duque Naranjo and López López 2002), (Eslava Castañeda 2004); y de enfermería, (Martínez Benítez, Latapí et al. 1985), (Hall 1986), (Leddy and Pepper 1989), (Bocáz Salazar, Figueroa

Figueroa et al. 1990), (Collière 1993), (Velandia-Mora 1995), (Hernández Conesa 1995), (Acevedo Tarazona 1999), (Barbosa Gómez and Baptista 1999), (Baptista and Barreira 2000; Baptista 2000, Abril), (Cárdenas Becerril 2005), (Cárdenas Becerril 2009).

Parsons habla de dos categorías primarias de profesiones: 1) la erudición misma: investigación, fomento del saber, transmisión del conocimiento actualizado; 2) la rama aplicada del conocimiento a asuntos prácticos. Cada uno de estos grupos tiene intereses que les son propios: en la rama académica prima lo cultural, mientras que en la rama aplicada, prima lo social. La denominación de cada grupo la determinaría su ejercicio: a) los que ejercen la rama académica serían los científicos, encargados de institucionalizar las disciplinas a través del complejo universidad - academia; b) los que ejercen la rama aplicada, es decir, la parte práctica de las disciplinas, serían los profesionales. Por consiguiente, el carácter de científico o profesional de una persona, está dado más por el rol que ésta desempeñe: académico o práctico, que por el área de conocimientos a que está dedicada.

Dado que los puntos de contacto entre profesiones y disciplinas son constantes y significativos, es de máximo valor el estudio conjunto desde las dos acepciones. Podríamos hablar de una convergencia entre la base cognitiva de las profesiones y el concepto de disciplina elaborado por Foucault. El espectro de actividades entre profesiones y disciplinas se ha hecho así prácticamente continuo y existen territorios en los cuales cualquier distinción obligaría a separar en aspectos una actividad determinada. (Foucault 1985), (Hernández and López Carrascal 2002).

El profesional de enfermería se mueve en un campo del conocimiento que le es propio, el

cual combina las dimensiones disciplinarias y de prestación de servicios, contextualizadas de acuerdo a una visión humanista de la realidad; esto significa que debemos profundizar los análisis filosóficos (ontológicos), epistemológicos, metodológicos y de aplicación práctica. (Velandia Mora 1995, a)

Es oportuno recordar aquí la diferencia que planteó Gramsci (y que luego desarrolló Foucault), entre profesional e intelectual: el primero, el profesional, es quien asume una profesión como la forma de ganarse la vida; el segundo, el intelectual, es quien mira el mundo desde su profesión, y desde ella se compromete con el desarrollo de la sociedad. (Gramsci 1967).

En la sociología de las profesiones, los sociólogos desarrollaron la noción de profesionalización. En tal sentido la obra de Weber, citado por González, señaló el camino al concebir el proceso de profesionalización como aquel en el que el profesional, técnico o experto, era atrapado por la maquinaria burocrática como una de sus criaturas; lo cual se asemeja al concepto de profesional orgánico de Gramsci. (González Leandro 1999), (Gramsci 1972). Para enfermería, esto implica la necesidad de hacer una historia tanto internalista como externalista de nuestra profesión.

A los indicadores de profesionalización como tal, añadimos otros relacionados con el profesionalismo y las actitudes profesionales o atributos actitudinales. Hoy estamos reiterando la necesidad de pasar de la profesionalización al profesionalismo. Entendemos la profesionalización como el fenómeno de reconocimiento social a las ocupaciones que han logrado o buscan un status profesional (Rodger 1985), citado por (Velandia Mora 1994, a); y el profesionalismo como una de las formas institucionalizadas de control ocupacional, o



como actitudes profesionales o atributos actitudinales. (Hall 1976), (Bocáz Salazar, Figueroa Figueroa et al. 1990)

A nuestra manera de ver, la historia de la profesionalización de la enfermería tiene más que ver con el enfoque sociológico o perspectiva externalista; y la historia del profesionalismo de la enfermera, se relaciona más con una mirada epistemológica y filosófica a la evolución de la disciplina profesional.

Categorías utilizadas en las historias de profesiones y disciplinas en Colombia

Un análisis somero de las categorías utilizadas por los diferentes autores en la Historia Social de las Ciencias, nos permite identificar que el criterio general de análisis fue el proceso de institucionalización específico a cada una de las áreas del conocimiento implicadas. (Orozco 1993). Este enfoque es evidente en la Historia de la Astronomía, y en este mismo sentido, se analizan la física, la geología y la química.

Los “historiadores” de la Medicina dentro de este estudio, analizan la práctica médica centrados en el estudio de las estructuras e instituciones médicas en lo referente a escuelas y facultades de medicina y en la institución hospitalaria. Se perciben cuatro categorías de aná-

lisis: la producción de conceptos, la práctica médica, la investigación en el dominio médico y la historia de las estructuras e instituciones médicas.

Juana Hernández cita a Esteban Albert: “El desarrollo de una disciplina científica no es sólo el producto de los presupuestos internos de su objeto ni el precipitado natural, espontáneo y súbito de una sistematización de los enunciados internos o de las representaciones de los fenómenos que estudia. Antes que eso, es siempre, o casi siempre, también el producto de una historia y de una práctica profesional” (Hernández Conesa 1995). El mismo Albert en el prólogo al libro de Hernández, dice: “Algunas de las profesiones que han llegado a constituirse como disciplinas con un cuerpo teórico propio no pueden reconocerse epistemológicamente, sin el sentido de su historia como profesión”. (Albert 1995). Dicho de otra manera, “las comunidades, personas, profesiones e instituciones desarrollan una imagen de su propio pasado que les sirve para perfilar una identidad, cohesionar a sus miembros y reflexionar sobre su futuro” (Cueto 1996).

El enfoque sociológico o de perspectiva externalista de la historia de la enfermería, pretende profundizar en el análisis socio histórico, es decir, que mire la evolución de la sociedad desde la óptica de la enfermería y desde allí poder contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población; este enfoque fue el utilizado en el trabajo “Análisis socio histórico del proceso de profesionalización de la enfermería en Colombia”, al cual la Editorial de la Universidad Nacional, bautizó como Historia de la Enfermería en Colombia, para su publicación como libro. (Velandia Mora 1995; Velandia Mora 1995, d).

José Siles, lo analiza de otra manera. Él considera que en el terreno de la historia de

la enfermería es preciso establecer de qué idea de enfermería se parte, para poder llegar a una idea de su historia. Y partiendo de ahí, hace una historia de corte internalista, al hacer el análisis etimológico de los conceptos nurse y enfermera; lo cual contribuye en gran medida a la clarificación del significado histórico del mismo. Pero también expone que al igual que el hombre sólo puede expresarse a través de su existencia en la sociedad – y como tal ha de ser estudiado por la historia –, la historia de la enfermería ha de ser estudiada teniendo en cuenta las características de la sociedad a la que pertenece. Y añade: “ni siquiera puede hablarse de una enfermería actual que pueda desvincularse de su historia, dado que la enfermería en la sociedad del momento es, en cada cultura, el conjunto de reglas, roles, prácticas y relaciones que condicionan causalmente su acción y su imagen en la sociedad...”. (Siles González 1999). Esto, dentro de este contexto, sería una historia externalista de la enfermería.

Historia y Memoria

Por otra parte, si consideramos que existen formas diversas de objetivación de los conocimientos, es decir, de manifestación de su existencia, toda la riqueza científica de la sociedad hasta el momento, se manifiesta como una enorme acumulación de distinto tipo de publicaciones que constituyen la “unidad fundamental de la fijación del conocimiento científico” que, y a la postre, se convierte en la “memoria social de la humanidad”. (Velandia Mora 1989, b).

La memoria es una reconstrucción del pasado que no es fiel con todos y cada uno de los elementos de la realidad; se elabora siempre con experiencias nuevas y diferentes, se reproduce siempre haciendo selecciones, es parte de la historia y es justo la parte que se

constituye como referente de la identidad de la sociedad. Cada pueblo tiene su memoria. La memoria es la dimensión de la historia que legitima, suministra y cohesiona la identidad al otorgarle un sentido. La razón de ser de la memoria es reforzar la idea de continuidad en el colectivo. La memoria colectiva por su parte es una idea simbólica representativa que se forja en el conjunto de tradiciones (rituales, mitos, creencias) que poseen los integrantes del grupo o cultura y que determina su adscripción al grupo.

Renán Vega Cantor en el prólogo a un libro de carácter histórico (Varela Mora and Duque Ortiz 2010), nos dice que algunos autores suelen suponer que entre historia y memoria existe una contradicción antagónica, porque piensan que la primera es el reino de la objetividad y que es lo externo al sujeto, mientras que la segunda es el escenario interior de la plena subjetividad y entre las dos no deberían existir relaciones de ningún tipo. Los autores estudiosos de las fuentes orales consideran que tal separación entre lo objetivo y lo subjetivo es muy relativa y no debe considerarse una barrera infranqueable que impida la reconstrucción de la historia del presente. En realidad, entre memoria e historia existen muchos puentes que no se deben romper, aunque eso no implique caer en la perspectiva contraria de exaltar de manera exclusiva a la memoria, desconociendo la importancia de la investigación histórica, como se hace hoy en el mundo, cuando los “abusos de la memoria” se han convertido en un amplio y extendido negocio.

En la reconstrucción histórica deben reconocerse las limitaciones inherentes a sus procesos tradicionales de conocimiento, tales como el alcance de las fuentes escritas, para incorporar otras voces, las de los testigos directos de los acontecimientos, los cuales pueden

“ofrecer elementos de conocimiento fáctico inaccesibles por otras fuentes, pero, sobre todo, pueden ayudar a restituir la calidad de una experiencia histórica, que cambia de textura una vez se enriquece con las vivencias de sus actores”, dice Vega, citando a Enzo Traverso.

Poder detectar aspectos de la realidad no visibles a simple vista, es algo que las fuentes convencionales no pueden lograr y a lo cual sí nos ayudan mucho los testimonios orales. Pero, además, otro elemento que reconcilia la memoria y la historia está relacionado con el hecho elemental que el historiador no vive fuera y alejado de las “pasiones del mundo”, lo cual significa que padece los condicionamientos de su contexto social, cultural y nacional. Precisamente, ese esfuerzo similar lo intentan hacer los investigadores que combinan su experiencia profesional como investigadores junto con su “experiencia vivida”; lo cual es evidente en los autores respecto a su memoria personal, necesariamente referida a su experiencia de vida, en este caso como enfermera y al conocimiento sobre el contexto que rodea a la enfermería colombiana. Estamos hablando entonces, de una memoria temporal y espacial, que resulta imprescindible para la reconstrucción de la historia de la enfermería en cualquier lugar del mundo.

Con la corriente de la Nueva Historia, toman mucha importancia las fuentes orales: directas, suministradas por las personas que estuvieron vinculadas a los hechos en calidad de participantes (actores) o testigos; o indirectas, las que transmiten la información de manera colectiva, a través de una “cadena transmisora”, o de carácter impersonal. (García 1979).

Pero la historia de vida, dada su particularidad de producción, se sitúa en una posición privilegiada ya que a primera vista, resulta obvio que implica mucho más que la tarea de

recopilar, elegir, ordenar e interpretar documentos de diversa índole. (Delgado and Gutiérrez 1997)

La Historia Oral es un instrumento de inmensas posibilidades en la investigación histórica del mundo presente. Permite lo que E. J. Hobsbawm llamó “la historia desde abajo”; la cual se ha extendido por campos como la historia de las relaciones de género y la historia local. Ha penetrado en ámbitos de la realidad social que la historiografía clásica había dejado desatendidos: grupos marginales, analfabetas, discriminados, etc. Pero ello no significa que no sea una forma de investigación “académica”, ni que se pueda aplicar sólo con grupos marginales o pueblos ágrafos. (Hobsbawm 1998),(Hobsbawm 2000)

La entrevista personal es, pues, básica. Algunos autores la llaman encuesta oral, así como en algunos casos, las preguntas de una entrevista semiestructurada pueden ser respondidas por escrito, y entonces se convierten en testimonios o entrevistas escritas. Si bien es cierto, que presenta problemas de “distanciamiento” y que su problema crítico y técnico, reside en las dificultades de su objetividad, su exhaustividad, su transcripción correcta (la tecnología moderna ha creado facilidades que obvian este problema), la dinámica especial que se entabla entre entrevistador y entrevistado, la complementariedad con otras fuentes, etc.; tiene las ventajas de toda comunicación inmediata que permite abrir nuevas vías de información. Se trata de una técnica que prima absolutamente lo cualitativo, lo subjetivo, con problemas de censura y autocensura y ofrece también la ventaja de que la forma tan peculiar de recoger la información no impide que con posterioridad se puedan aplicar a su tratamiento técnicas refinadas, como las de análisis de contenido. (Aróstegui 1995).



Una herramienta metodológica aún más interesante es la elaboración de videos que representan de forma audio – visual la historia de la enfermería y de tal manera, se constituyen en un patrimonio vivo, que ayudan a construir una Historia Viva. Los videos son herramientas muy valiosas que contribuyen a enriquecer la investigación histórica y aun cuando su producción es todavía incipiente en enfermería, cada vez es más utilizada y aceptada. (Bermúdez González and Ostiguín Meléndez 2011)

Tal vez pueda resultar pedagógico, pero ante todo considero que es lo más honesto de mi parte, hablar de investigación en historia de la enfermería desde el examen de mis propias experiencias. Los proyectos más significativos, atendiendo a la fundamentación teórica y la metodología utilizada, pueden ser:

Historia de la Enfermería en Colombia (2ª edición en prensa)

- Objetivos y Propósitos
- Fundamentos Teórico Metodológicos:
 - Sociología de las profesiones.
 - Ejes de Análisis: la práctica de enfermería, discriminada por áreas: asistencial, administrativa, investigativa y gremial; el sistema educativo, el desarrollo científico tecnológico de la profesión, en un asomo a la historia internalista o epistemológica de la enfermería, y la situación legal y organizativa del gremio.
 - Entrevistas semiestructuradas.

- Herencias recibidas entre los siglos XVI al XIX: religiosa, militar, femenina y étnica.
- Análisis socio histórico por etapas, establecidas conforme al desarrollo de la sociedad colombiana, especialmente en los aspectos relacionados con la salud y la educación.
- Tendencias y Perspectivas, en el paso del Siglo XX al XXI.

Esta segunda versión del libro. Historia de la Enfermería en Colombia, está enriquecida con nuevas fuentes primarias, representadas en testimonios orales obtenidos por la autora a través de entrevistas grabadas por ella, las primeras durante su año sabático en 1989 y no utilizadas plenamente en la primera versión; y otras realizadas durante las dos décadas siguientes, especialmente en 2010 y algunas en 2011. Así como testimonios obtenidos de la respuesta de algunas enfermeras sobre el mismo formato de entrevista, la cual fue enviada por correo electrónico y respondida por escrito por ellas.

Otra experiencia investigativa, utilizando nuevas herramientas audiovisuales, fue el proyecto:

Patrimonio Vivo

- Génesis: la Universidad Nacional de Colombia, motivó a sus Facultades a que forjaran una historia viva de la misma, entrevistando y filmando a profesores de alta trayectoria, que se constituían en su patrimonio vivo.
- Objetivo: Construir un patrimonio filmico histórico de la enfermería en la Universidad Nacional de Colombia y las historias de vida de profesoras de la misma.
- Metodología: Se utilizó un proceso participativo que permitió: revisión de fuentes documentales, construcción de bases de datos, elaboración de fichas de contenido y reseñas

de documentos, elaboración de entrevistas de apoyo y realización de documentos fílmicos históricos.

- Resultados: 2 videos institucionales:

- El Departamento de Enfermería en Salud Mental

- Pioneros y Pioneras de la Enfermería en la Universidad Nacional de Colombia

- 5 historias de vida de Ex Decanas de la Facultad de Enfermería:

- Consuelo Gómez Serrano

- María Mercedes Durán de Villalobos

- Inés Durana Samper

- Nelly Garzón Alarcón

- Ana Luisa Velandia Mora

Espero que este resumen de mi experiencia investigativa, haya sido de algún interés para los lectores y, ante todo, que les pueda ayudar un poco en sus proyectos futuros.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acevedo Tarazona, Á. (1999). "En búsqueda de una reflexión científico – disciplinaria de la profesión de enfermería" *Revista MedUNAB* Vol.2 N. 4 Abril: 43-46.
- Albert, M. E. (1995). Prólogo al libro: *Historia de la Enfermería*, de Juana Hernández Conesa. Madrid, Interamericana McGraw – Hill.
- Aróstegui, J. (1995). *La investigación histórica: Teoría y Método*. Barcelona, Editorial Crítica.
- Baptista, S. d. S. (2000, Abril). "A enfermagem na Universidade Brasileira: Buscando Espaços, Conquistando Posicoes." *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Escola Anna Nery 4(1-3): 21-30.
- Baptista, S. d. S. and L. d. A. Barreira (2000). "A enfermagem na Universidade Brasileira: Buscando Espaços, Conquistando Posições." *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Escola Anna Nery 4(1-3): 21-30.
- Barbosa Gómez, M. d. I. L. and S. d. S. Baptista (1999). *A luta pela politização das enfermeiras. Sindicalismo no Rio de Janeiro: 1978 - 1984*. Rio de Janeiro, Editora Anna Nery, UFRJ. 1.
- Bermúdez González, A. and R. M. Ostigúin Meléndez

(2011). *Video e história da enfermagem. Pesquisa em História da Enfermagem*. T. Oguisso, P. F. d. S. Campos and G. Fernandes de Freitas. Sao Paulo (Brasil), Editora Manole Ltda.

- Bocáz Salazar, I., M. Figueroa Figueroa, et al. (1990). *Actitudes profesionales, situación de las enfermeras de la Región VIII de Chile*. *Revista Horizontes de Enfermería*. Chile, *Revista Horizontes de Enfermería*. Año 1 No. 1: 24-30.
- Collière, M. F. (1993). *Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*. Madrid, Interamericana – McGraw Hill.
- Cueto, M. (1996). *Salud, Cultura y Sociedad en América Latina: nuevas perspectivas históricas*. *Historia Social de la Salud Pública en América Latina*. I. d. E. Peruanos. Lima, Instituto de Estudios Peruanos – Organización Panamericana de la Salud: 234 – 254.
- Cárdenas Becerril, L. (2005). *La profesionalización de la enfermería en México*. México, D. F., Pomares. 1: 320.
- Cárdenas Becerril, L. (2009). *Cuidado profesional de Enfermería en México*. B. Arana Gómez. México D. F., Federación Mexicana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Enfermería, A. C. - FEMAFEE. 1.
- Delgado, J. M. and J. Gutiérrez (1997). *Historias de Vida e Historia Oral*. Bogotá, ICFES: 251 – 292.
- Duque Naranjo, C. and H. López López (2002). *La odontología en Colombia*. *Historia, Cultura y Sociedad*. Bogotá, Universidad el Bosque, Colección Humanidades. Tomo II.
- Eslava Castañeda, J. C. (2004). *Buscando el reconocimiento profesional. La salud pública en Colombia en la primera mitad del siglo XX*. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia.
- Fernández Pérez, J. A. (2001). "Elementos que consolidan el concepto de profesión. Notas para su reflexión." *Revista Electrónica de Investigación Educativa REDIE*. 3(2).
- Foucault, M. (1985). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. Madrid, Siglo XXI.
- Freidson, E. (1976). *Personal Médico*. Madrid, Editorial Aguilar.
- Freidson, E. (1978). *La profesión médica. Un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. Barcelona, Península.1.
- García, A. (1979). *Metodología de la Investigación Histórica*. I: *Las fuentes orales*. La Habana, Ministerio de Edu-

- cación Superior, Departamento de Textos y Materiales Didácticos.
- González Leandro, R. (1999). *Las Profesiones. Entre la vocación y el interés corporativo. Fundamentos para su estudio histórico.* Madrid, Editorial Catriel, S. L.
 - Gramsci, A. (1967). *La formación de los Intelectuales.* México, Editorial Grijalbo.
 - Gramsci, A. (1972). *Los intelectuales y la formación de la cultura.* Buenos Aires, Editorial Nueva Visión. 1.
 - Hall, C. M. (1986). “¿Quién controla la profesión? Rol de la asociación profesional.” *Fundamentos Conceptuales de la Profesión de Enfermería. Manual Educativo Folleto 2.* Bogotá: Asociación Nacional de Enfermeras: 53 – 56.
 - Hall, R. (1976). *Organizaciones, Estructura y Proceso.* Madrid, Prentice Hall Internacional.
 - Hernández, C. A. and J. López Carrascal (2002). *Disciplinas.* Bogotá, ICFES.
 - Hernández Conesa, J. (1995). *Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de enfermería.* Madrid, Interamericana McGraw – Hill.
 - Hobsbawm, E. (1998). *Sobre la Historia.* Barcelona, Editorial Crítica.
 - Hobsbawm, E. (2000). *Entrevista sobre el Siglo XXI.* Barcelona, Editorial Crítica.
 - Huaiquán Silva, J. (Septiembre de 2011). *Investigación histórica e identidad profesional. XI conferencia iberoamericana. III Encuentro Latinoamérica Europa. IV Simposio de Investigación de Educación en Enfermería.* ALADEFE. Coímbra, Portugal.
 - Latapí, P. (1985). *Las profesiones en la sociedad capitalista. Sociología de una profesión. El caso de la Enfermería.* M. M. e. a. Martínez Benítez. México, Centro de Estudios Educativos, A. C. Capítulo I: 19 – 42.
 - Leddy, S. and J. M. Pepper (1989). *Bases conceptuales de la enfermería profesional.* Washington, L.B. Lippincott – OPS.
 - Lomnitz, L. and J. Fortes (1981). “Ideología y Socialización: el científico ideal.” *Relaciones Vol. II, No. 6:* 41 – 64.
 - Machado, M. H., Ed. (1995). *Profissoes de saúde: uma abordagem sociológica.* Río de Janeiro, Fiocruz.
 - Martínez Benítez, M. M., P. Latapí, et al. (1985). *Sociología de una profesión. El caso de enfermería.* México, Ediciones Nuevomar.
 - Orozco, L. E. (1993). *Fundamentos Teórico Metodológicos. Historia Social de las Ciencias.* Bogotá, COLCIENCIAS. Tomo I.
 - Parsons, T. (1976). *Profesiones Liberales. Enciclopedia Internacional de Ciencias Sociales.* Madrid, Editorial Aguilar. 8: 538 – 547.
 - Rodger, G. (1985). “Profesionalización de la enfermería.” *Revista ANEC, Bogotá Año XVI, No. 43, Junio:* 54 – 56.
 - Siles González, J. (1999). *Historia de la Enfermería.* Alicante, Editorial Aguaclara.
 - Toro Gómez, J. (2006). “Hacia dónde va la medicina y la enfermería.” *Actualizaciones en Enfermería 9(1):* 6-7.
 - Varela Mora, L. M. and D. Duque Ortiz (2010). *Juan de la Cruz Varela. Entre la historia y la memoria.* Bogotá, Universidad Antonio Nariño Fondo Editorial. 1: 356.
 - Velandia Mora, A. L. (1989, b). “Aspectos científicos que caracterizan el desarrollo científico de una disciplina.” *Revista Cubana de Enfermería 5(1-2):* 5-15.
 - Velandia Mora, A. L. (1994, a). *La formación de los profesionales de la salud orientada hacia el sujeto de atención y no hacia su problema médico. 6º Congreso Latinoamericano y 8º Congreso Mundial de Medicina Social.* Guadalajara, México, Asociación Latinoamericana de Medicina Social. 1.
 - Velandia Mora, A. L. (1995). *Historia de la Enfermería en Colombia.* Bogotá, Universidad Nacional de Colombia.
 - Velandia Mora, A. L. (1995, a). *La Historia de la Enfermería colombiana como instrumento de identidad profesional. XII Coloquio Nacional de Investigación.* Acofaren. Bucaramanga, Universidad Industrial de Santander.
 - Velandia Mora, A. L. (1995, d). *Historia de la Enfermería en Colombia.* Bogotá, Universidad Nacional de Colombia.
 - Velandia-Mora, A. L. (1995). *Historia de la Enfermería en Colombia.* Bogotá, Universidad Nacional de Colombia.
 - Weber, M. (1993). *Concepción luterana de la profesión. La ética protestante y el espíritu del capitalismo.* Barcelona, Ediciones Península, S. A. 16ª Edición: 81 – 107.
 - Wilensky, H. L. (1964). “¿The professionalization of Everyone?” *The American Journal of Sociology Vol. LXX, Number 2, September:* 137 – 157.
 - Wilensky, H. L. and C. N. Leboux (1958). *Industrial Society and Social Welfare.* New York, Rusell Sage Foundation.

Miscelánea

Concha Fernández González (Guadalajara) ha resultado ganadora en el premio “Vida y Salud de Narrativa” en su XI edición (categoría absoluta), dotado con 600 euros (patrocinado por la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Alicante y la Asociación de Historia y Antropología de los Cuidados), el premio ha recaído en el relato titulado: “Tú pierdes, yo gano”



Concha Fernández González

¿Qué es lo que te motiva a escribir?

Pues, supongo que una inquietud, una necesidad de expresarme por medio de la literatura, una forma de conjurar mis fantasmas y de poner voz a mis preocupaciones.

¿Cuál es el mensaje que quieres transmitir con tu relato?

Que, si somos perseverantes, podemos superar nuestras propias limitaciones.

¿Puedes contarme alguna anécdota interesante?

Te voy a contar una anécdota divertida que tiene mucho que ver con la literatura y con los certámenes literarios. Hace años gané un premio de novela y los organizadores del certamen me reservaron una habitación en un parador de cinco estrellas para asistir a la entrega de premios. El día que llegue, después de registrarme fui a dar una vuelta por las instalaciones -a las que sólo podían acceder los huéspedes- y me encontré con la gobernanta del hotel que me preguntó con desconfianza si yo estaba alojada allí. Le contesté que sí y ahí quedó la cosa. Al día siguiente los periódicos regionales recogían la noticia de la entrega de los premios literarios y yo aparecía en varias fotografías. Cuando fui a dejar el hotel la gobernanta -que el día anterior había puesto en duda que yo fuera huésped del parador- apremiaba al conserje para que cogiera mi maletas con estas palabras: vamos, rápido, las maletas

de doña Concha.

Ha sido la única vez que me han llamado doña Concha y que mi estatus social ha cambiado gracias a un premio literario.

¿De donde surgió el interés por escribir el relato TU PIERDES, YO GANO?

Como siempre que escribo, yo no busqué escribir este relato, sino que el relato me buscó a mí. Suelo decir que me encanta escribir porque me cuento cuentos que no me sé y así surgió TÚ PIERDES, YO GANO. Pensé en una imagen de un niño con una discapacidad mirando el mar y, a partir de ahí, el relato se escribió solo.

¿Cómo te relacionas con la situación del minusválido?

Con mucha empatía. Me pongo en su lugar y admiro su esfuerzo por adaptarse a un mundo pensado, la mayor parte de las veces, por y para los que no tenemos discapacidades. En este aspecto, soy muy crítica con la falta de solidaridad social que existe.

¿Tienes planeada tu próxima obra?

No, nunca planeo mi literatura, como te he comentado antes, las historias vienen a mi encuentro. A veces es una imagen, o una palabra, o un comentario lo que provocan de manera fortuita el nacimiento de un relato.

¿Cómo te visualizas en el futuro?

Desde el punto de vista personal me visualizo viajando por el mundo, feliz, sana y serena. Literariamente me imagino escribiendo hasta que sea una abuelita desmemoriada.

¿Cuales son tus libros y escritores favoritos?

Mi libro fetiche, quizás porque fue el primer libro que leí que me hubiera gustado

escribir a mí es “El principito”. Además tengo varios libros favoritos que releo de vez en cuando, entre ellos, “La Fiesta del chivo” de Vargas Llosa, “El corazón de las tinieblas” de Joseph Conrad, “Palmeras Salvajes” de Faulkner y “El amor en los tiempos del cólera” de García Márquez.

También estos cuatro escritores forman parte de mis preferidos.

En su XI edición el Premio “Vida y Salud de Narrativa” (para estudiantes y profesionales de enfermería), dotado con 300 euros. (patrocinado por el Colegio Oficial de Enfermería de Alicante y la Asociación de Historia y Antropología de los Cuidados), el premio ha recaído en el relato titulado: “La Pinchaculos” del que es autora doña Lourdes Aso Torralba (jaca/ Huesca)



Lourdes Aso Torralba

¿Cómo surge la motivación de escribir este relato?

Nunca sé muy bien cómo va a evolucionar el relato pero sí quería hacer hincapié en la labor de las enfermeras en las residencias de la tercera edad, dónde los pacientes se sienten inválidos y se les debe motivar para que realicen las actividades básicas de forma independiente. Introduje a una paciente que en su día había sido enfermera, en la época en la que hasta para cualquier gripe se utilizaban inyectables y el nombre de “pinchaculos” servía para aterrorizar a los niños. Y con esa enfermera quise hacer un recorrido rápido por los comienzos de la Enfermería, en zonas de guerra en los que se empezaron a realizar cuidados básicos que incrementaban los índices de supervivencia.

¿Se trata de una experiencia real o imaginada?

Se trata de una experiencia totalmente ficticia en la que podía sumar datos de una manera libre. No me suele gustar la escritura autobiográfica porque me parece más difícil

de adquirir libertad a la hora de narrar.

Eso no quiere decir que alguna vez sí haya escrito relatos en los que incluya muchos detalles reales pero intento intercalarlos de tal forma que cuándo el lector se acerca a mi relato, no distinga exactamente qué pertenece a la realidad y qué a la ficción.

Desde su experiencia, ¿cómo ve la comunidad al profesional de enfermería? ¿Esa imagen es estable o se modifica con el paso del tiempo?

En estos momentos los profesionales de enfermería hemos dejado atrás la imagen de ser los “pinchaculos” porque nuestras funciones no sólo son asistenciales sino también docentes, administrativas e investigadoras. Estamos en continuo avance y crecimiento, máxime desde que nuestra profesión con las nuevas regulaciones tiene mil caminos por cubrir, desde los Grados, las Especialidades y la Licenciatura. Desde los primeros modelos de enfermería hasta nuestros días hemos avanza-

do en todos los campos de nuestra profesión de manera muy positiva y nuestra labor ha de seguir cuidando de forma integral a nuestros pacientes.

Finalmente, ¿que ha significado para usted la experiencia de participar en este concurso literario?

No era el primer año que participaba en este certamen. Me gusta escribir pero ganar este concurso de relatos para profesionales de Enfermería ha supuesto una enorme alegría,

sobre todo porque brinda la posibilidad de que hablar de la profesión, de intentar acercar nuestra labor cotidiana no exenta de dificultades a los demás. No pensé en ningún momento que fuera a ser el elegido puesto que opino que a veces, esto es cuestión de suerte y seguro que había muchos relatos entrañables, con un alto contenido emocional, por lo que sólo tengo palabras de agradecimiento para quienes decidieron que mi relato era merecedor de una distinción.

Biblioteca comentada

CULTURA DE LOS CUIDADOS: HISTORIA DE LA ENFERMERÍA IBEROAMERICANA

Siles González, J; Oguisso, T; Fernandes de Freitas, G; Souza Campos, PF. (2011)
Editorial Club Universitario, Alicante.
ISBN978-84-9948-312-2, 352 páginas.

En este libro dedicado a la historia de la enfermería se recoge la aportación de un conjunto de países de habla portuguesa y española pertenecientes al continente latinoamericano y a la península ibérica. En el mismo los diferentes autores arrojan luz sobre una compleja y rica realidad histórica, la enfermería, intentando mostrar las cuestiones esenciales que identifican los cuidados de enfermería, pero sin mutilar la realidad investigada, sin caer en reduccionismos que simplifican y sesgan la vasta variedad cultural que ha configurado los cuidados a través del tiempo. Los historiadores de la enfer-

mería partimos de la doble responsabilidad de mantener activo el principio holístico que caracteriza tanto a la disciplina histórica como a la enfermería, porque tal como afirmaba el profesor Pierre Vilar, la historia es una ciencia dinámica y global; dinámica porque no deja de cambiar a través del tiempo y, global, porque esos cambios son provocados por diversos factores. En esa misma tendencia o sintonía se halla la enfermería: cuidado empírico, religioso, racional o científico que es global/ universal y que adopta una multiplicidad de formas que van cambiando (dinámica de la enfer-

mería) según varían los factores que los condicionan: religiosos, económicos, ideológicos y, sobre todo culturales y de género (globalidad). La gran dificultad y mérito de estos investigadores, estriba en su afán por desarrollar la historia de la enfermería, una disciplina invertebrada por la escasez o ausencia de trabajos en el ámbito iberoamericano hasta hace



apenas unas décadas. En sus diferentes países y de forma, en su gran mayoría tan artesanal como marginal (cuantitativamente hablando), han ido tejiendo una red que les ha servido para comunicarse e intercambiar experiencias en eventos realizados con tanto empeño como dificultad, pero cuyos grandes e importantes logros se reflejan, por ejemplo, en la materialización de este libro. Los historiadores de la enfermería de habla española y portuguesa tenemos por delante mucho camino por recorrer, pero, poco a poco, lo van recorriendo mediante eventos internacionales como los celebrados en Sao Paulo en el año 2007 (I Simposio Iberoamericano de Historia de la enfermería), o el que tuvo lugar en Lisboa en el año 2009 (II Simposio Iberoamericano de Historia de la enfermería); o el próximamente previsto, la tercera edición de este evento multicultural y multinacional, que se celebrará en Alicante (España) en Noviembre de 2011 conjuntamente con las VII Jornadas Internacionales de Cultura de los Cuidados y el XII Congreso Nacional y VII Internacional de Historia de la Enfermería. Todos estos encuentros indican la progresiva vertebración y consolidación de la historia de la enfermería en un contexto tan rico en la materia enfermera como el iberoamericano.

Para conjurar el peligro que conlleva abarcar una realidad histórica tan rica, compleja

y variada como la de la enfermería latinoamericana y la ibérica, y evitar la desnaturalización de la investigación cualitativa, de la que la historia puede ser la reina dada su naturaleza global, dinámica, hermenéutica y crítica, se ha optado por dotar a los autores de la mayor libertad metodológica, de contenido y, también, de forma. Con esta actitud flexible y adaptativa se ha intentado evitar el enclaustramiento colectivo –de todos los autores– en una brillante y seductora jaula con barrotes de oro (celosa guardiana de la ortodoxia normativa) y, asimismo, no caer en ese virtuosismo tan colmado de viciedumbre que acompaña al elitismo, tan vigente por desgracia, en la Academia. Esperemos que, de esa forma, amparados en la estética de la libertad y el trabajo juicioso, hayamos conseguido mantener avizorantes la perspectiva holística y, siguiendo a Vilar, ser fieles a la dinámica y a la globalidad de la historia de la enfermería. Por último, expresar nuestro más sincero y emotivo agradecimiento y reconocimiento a todos los autores que han hecho posible con su abnegada entrega y consideración, la edición de este libro que, deseamos, sea sólo el inicio de una larga serie de volúmenes fruto del trabajo en común de los historiadores de la enfermería iberoamericana.

HISTÓRIA DA ENFERMAGEM

Porto, F. y Amorin, W. (2010) *História da Enfermagem*. Editora: Yendis, 2010 Edição: 1 Número de páginas: 504 Acabamento: Brochura Formato: Médio

O objetivo deste livro é quebrar paradigmas que envolvem o cuidado como profissão, este livro vem mostrar como o profissional necessita conhecer a história que o circunda, podendo assim construir uma perspectiva do futuro e dar sua contribuição à profissão. Dedicado aos estudantes e profissionais de enfermagem, a obra narra toda a trajetória



cuidado de la familia.

Beatriz Morrone a la hora de escribir de-
rocha la energía que sólo pueden malgastar
los clarividentes que, desde el punto de vista
de la disciplina enfermera, han vivido mucho
tiempo en contextos poco amables, que han
experimentado situaciones poco propicias
cuando no hostiles, que saben cómo huele el
humo negro de la injusticia (Dictadura Mili-
tar, Guerra de las Malvinas); pero que, a su vez,
han tenido y siguen manteniendo, la energía
vital y la convicción necesarias para seguir
apostando por el cambio, por la justicia, por
la libertad; en definitiva, por soltar las amarras
que mantienen en el mismo puerto el buque
de la enfermería. La determinación de abrir
espacios, airear la casa de la enfermería, otear
horizontes y, en definitiva, soltar amarras para
empezar a navegar como una flota unida bajo
la misma bandera.

No se trata de transformar en colonizadora
a la colonizada, sino, más bien, de empezar a
navegar con la conciencia de un rumbo pro-
pio que se ha marcado asimismo el colectivo
enfermero tras una profunda reflexión y un no
menos exhaustivo debate crítico y autocrítico.
En definitiva cambiar “La nave de los locos” de
El Bosco en la que cada uno de los tripulantes
marca un rumbo distinto, por una tripulación
que es consciente que comparte una misma
historia y que, en consecuencia, se ha sociali-
zado a la luz de dicha memoria colectiva. Solo
así se puede consensuar un rumbo y marcar
un mismo puerto como objetivo en el horizon-
te del futuro disciplinar.

La colonización intelectual que yo y tan-
tos otros hemos, también, experimentado, es
una relación de dependencia que se construye
desde la amabilidad y la exquisitez del colec-
tivo colonizador. El problema que genera esta
entrañable relación de subordinación es que la

socialización de enfermería se realiza desde los
valores, las creencias, conocimientos, mitos y
prejuicios de otro colectivo diferente y reseta-
ble, pero que no es enfermería. Esto tiene tres
consecuencias inmediatas:

En primer lugar, estamos descansados por-
que sin realizar ningún periplo a través de los
mares de la “historia y la epistemología”, sin sa-
lir del puerto y sin soltar amarras, ya tenemos
en bandeja de plata lo que necesitamos gracias a
la amabilidad de los colectivos disciplinares que
sí han realizado ese viaje histórico epistémico y
que no tienen inconveniente en marcarnos las
coordenadas: norte y sur, este y oeste.

En segunda instancia, el proceso de cons-
trucción teórico práctico de la disciplina tiene
lugar desde esquemas ajenos a la enfermería,
pero contrastados en otras disciplinas. Aquí la
falacia –término empleado consistentemente
por la autora de este libro- estriba en pensar
que en este tipo de injertos multidisciplinarios
no hay posibilidad de rechazos. Se cimenta la
identidad enfermera, pues, desde supuestos
ectópicos y se construye de forma invertebra-
da y verticalmente hasta alcanzar las propor-
ciones de altísimos edificios cimentados en la
más pura falacia.

En tercer lugar, sin reflexión epistémica
propia, no existe una identidad visible de la
enfermería dentro de la taxonomía científica
(esto ocurre particularmente en España)

Sobre las falacias se Todo lo que las en-
fermeras y enfermeros seamos capaces de
reflexionar sobre nuestras teorías, será poco,
porque si de algo anda escasa o deficitaria
nuestra disciplina es precisamente de un de-
bate real y pertinente acerca de nuestra histo-
ria y nuestras teorías. En reiteradas ocasiones
me he referido al proceso de colonización in-
telectual como algo inherente a la enfermería
internacional, pero que ha afectado en mucha

mayor medida a la enfermería iberoamericana. La historia cultural y estética de la enfermería comparte, en lo esencial, la tesis vertebradora del texto que se desarrolla en cinco capítulos:

El primer capítulo “La colonización y la atención de la salud: ¿encuentro de culturas?”, se dedica a la enfermería en el contexto histórico colonial destacando la figura de las mujeres que acompañaron a Pedro de Mendoza y al propio conquistador. La autora emplea “La crónica del Río de la Plata” como fuente principal para describir el papel de la enfermería en el siglo XVI, resultando esclarecedor y significativo el texto escrito por una de esas mujeres que acompañaron a Pedro de Mendoza a mediados del siglo XVI:

“Vinieron los hombres en tanta flaqueza que todos los trabajos cargaban a las pobres mujeres, así en lavarles las ropas como en curarles, hacerles de comer lo poco que tenían, a limpiarlos, hacer centinela, rondar los fuegos, armar las ballestas y sargentear y poner en orden a los soldados. Porque en este tiempo –como las mujeres nos sustentamos con poca comida-, no habíamos caído en tanta flaqueza como los hombres.” (Isabel de Guevara, 2 de julio de 1556).

En este capítulo se describe, asimismo, el papel desempeñado por las mujeres que llegaron a la heroicidad a través de la práctica de la enfermería durante la Guerra de la Independencia iniciada durante la primera década del siglo XIX (otra vez la guerra como escenario en el que la enfermería –y las mujeres- desempeñan un papel crucial cuando no heroico); pero tal vez, lo más interesante de este apartado reside en el planteamiento crítico que la autora construye frente a las “distorciones” científicamente elaboradas por algunos historiadores de la medicina que se ocuparon de esta temática sin reflexionar previamente sobre la naturaleza de la enfermería. He aquí, desde el primer capítulo

el talante deconstruccionista de una historiadora de la enfermería que se siente en la necesidad de reinterpretar lo mal interpretado y desandar lo mal caminado.

El capítulo segundo: “La revolución sanitaria. Tensiones y ruptura: la enfermería en la gestión Carrillo”, se dedica al estudio de factores que, de forma entrecruzada e interactiva, pintan el cuadro decimonónico y dramático de uno de los momentos históricos más efervescentes e intensos de Argentina: proceso de construcción nacional unido a profundas reestructuraciones sociales, políticas y económicas, cambios en la educación y la sanidad que afectan a la estructura paradigmática y que calan en una nueva forma de entender la enfermería.

El tercer capítulo, “La militancia política de los enfermeros: resistencia y lucha en la segunda mitad del siglo XX”, se ocupa de rescatar la imagen de las enfermeras y enfermeros que tuvieron la certeza de lo importante que era la presencia de la enfermería en el particularísimo contexto de la política. Hacer visible la enfermería en los principales órganos de gestión, administración y toma de decisiones integrados en el sistema político. Pero la participación política tiene sus riesgos y cuando surge la dictadura militar las enfermeras que se han hecho visibles como destacadas sindicalistas o por su participación política y sus ideas van a pagar un enorme precio. Ante esta dantesca situación por la que algunos historiadores, simplemente, pasan de puntillas, Morrone, no se amilana y hace frente a la parte de la historia más dramática de su país, la cual tiene su origen con la dictadura militar a mediados de los setenta y el consiguiente plan sistemático de exterminio diseñado por dictadura de 1976 -1983. Intenta rescatar del olvido a aquellos profesionales de la enfermería que desaparecieron tras ser torturadas, violadas y, en muchos casos, arrojadas al mar desde un avión. En primer lugar hace

un recuento de las enfermeras-os que cayeron bajo las garras de los represores, luego realiza una serie de estudios de casos en los que describe las situaciones vividas por estas enfermeras. Pero la autora no se olvida de que la enfermería también es humana y también se ocupa la autora de las enfermeras-os que colaboraron con el terrorismo de Estado, dejando claro que, siguiendo la frase de Terencio y que luego hizo suya Shakespeare: “Nada de lo humano me es ajeno.”

En el cuarto capítulo “La actuación de los enfermeros argentinos en la guerra

del siglo XX”, se trata el tema de la Guerra de las Malvinas entre Argentina e Inglaterra y el papel desempeñado por la enfermería en dicho escenario en 1982. La autora describe como era la medicina de guerra en las Malvinas: Hospital principal con 25 enfermeros, puestos de socorro en diferentes islas de las Malvinas, los buques hospitales, las intervenciones de enfermeros en barcos y submarinos. Pero lo más significativo de este apartado a mi juicio consiste en la descripción de casos en los que se muestra la crueldad de la sanidad militar expresada en primera persona por algunos de los que vivieron y sobrevivieron aquella guerra. Relatos sobrecogedores que, cargados por el tinte trascendente de la tragedia, sobresaltan al lector provocando que deje la lectura para levantarse del sillón, dar una vuelta y respirar hondo para reponerse del espanto que no responde a una novela, cuento o cualquier otro escenario de la ficción; sino que es revelado por la autora desde la más patética realidad. Por último, este capítulo termina con la descripción de la enfermería dentro de las Fuerzas Armadas Argentinas.

En el quinto capítulo, titulado: “Invisibilización de la hegemonía en la formación y el control del ejercicio”, la autora se encarga de arrojar luz sobre los órganos de control so-

ciocorporativo y educativos, como el Protomedicato, encargado de mantener un marco legal del ejercicio profesional. Analiza, asimismo, el papel de la enfermería dentro del sistema educativo, describiendo las diferentes formas de estructurar los estudios de enfermería. Tras este amplio y variado recorrido por los órganos sociocorporativos, sistemas educativo y sanitario; la autora identifica los principales lastres que han obstaculizado el desarrollo científico y profesional de la enfermería e intenta explicar las causas de esa situación profundizando en las relaciones de poder de las distintas estructuras, instituciones y colectivos implicados e interesados en mantener el “status quo” de la enfermería en una situación de aguas estancadas por un período de tiempo indefinido.

Tras la lectura de este espléndido libro, el lector reflexiona sobre la naturaleza de la historia de la enfermería y le vienen a la memoria algunas cuestiones que deberían ser debatidas ampliamente en el contexto enfermero. Debatir, por ejemplo, sobre el papel de la historia y su incidencia en la enfermería. La historia no sólo es la maestra de la vida, sino que es imprescindible para que se dé una socialización científica y profesional que es imposible sin memoria histórica. Tal como señalo en alguna de mis obras de cuyo nombre no puedo o no me quiero acordar: la historiografía enfermera es directamente proporcional al nivel de socialización científica y profesional; de forma que, para superar el “status quo” de la enfermería sumida en esas aguas estancadas que huelen tan mal, es necesario deconstruir (pulverizar el imperio de la falacia) hay que producir historia, conocer nuestra identidad histórica y tomar conciencia de la necesidad, el deseo de cambiar. Libros como este, sin duda, contribuyen a perfilar nuestra historia, rescatar la memoria colectiva y a la socialización de enfermería. En este libro de Beatriz Morrone, nos

encontramos con un claro ejemplo de cómo hay que dar un paso adelante en este proceso de rescate de nuestra memoria histórica, porque Beatriz tiene y utiliza los condimentos imprescindibles para hacer historia:

-Pensamiento crítico preciso para acometer el mundo de la falacia y pulverizarlo mediante el deconstruccionismo para proceder así, tras esa limpieza desde la más absoluta higiene histórica, a la reinterpretación del papel de la enfermería en la historia argentina.

-Como consecuencia de lo anterior, rescatar la memoria histórica de la parte más obviada e intangible de la enfermería; es decir reconstrucción de la memoria histórica mediante el recurso de la historia social y cultural.

-Rigor intelectual vinculado a un compromiso ético y estético que debe caracterizar el trabajo histórico.

-Capacidad creativa para no quedarse anclada en lo estipulado, tal vez de forma tan verosímil como falaz, y producir innovaciones que orienten desde otros esquemas e ideas.

- Invitación al debate reflexivo y crítico para todos los lectores.

Voy a terminar como empecé, haciendo un alarde de beligerancia poco sutil pero extremadamente sentida como muestra de recono-

cimiento a la obra que he tenido el placer y el honor de prologar:

“...La negación del estatuto de esclava o el inicio de la lucha de la mujer por el reconocimiento social, educativo y profesional es consecuencia de un deseo, una pulsión polarizada por la necesidad de un cambio del “ser en sí” al “ser para sí”. Constituye el primer paso mediante el que el ser humano identifica el esfuerzo y la lucha como un mecanismo inherente a la superación del “status quo” (de la sumisión, dependencia o esclavitud) (...) hay que reconocer que la parte más delicada de este proceso de lucha dialéctica la constituye la lucha interna, la guerra civil de mujeres contra mujeres y enfermeras contra enfermeras que siguen sin llegar a consensuar aspectos esenciales y básicos para alcanzar una síntesis de lo que debería ser la enfermería y del papel de la mujer en la sociedad. Dicho de otro modo, hasta que la mujer no alcance su pleno desarrollo en la sociedad, y aun considerando la enorme amplitud de factores interrelacionados y la complejidad del tema, la enfermería seguirá esperando que llegue su momento.

En: Siles, J. (2005) La eterna guerra de la identidad enfermera: un enfoque dialéctico y deconstruccionista.

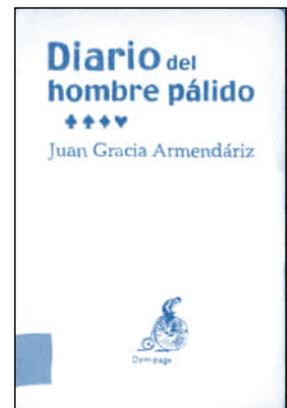
José Siles González

DIARIO DEL HOMBRE PÁLIDO

Juan Gracia Armendáriz

Demipage. Madrid, 2010. Isbn: 978-84-92719-13-6.

En una reseña de periódico tuve noticia de este gran libro titulado “Diario del hombre pálido” de Juan Gracia Armendáriz. En ese momento pensé este nombre me suena, yo he leído algo de él, pero no conseguía saber de qué ni ponerle cara al autor; sin embargo, no busqué el libro por esto sino porque en ese recorte de prensa se afirmaba que el autor del diario contaba su experiencia con la insuficiencia renal, los trasplantes renales y sobre todo con la diálisis. Inmediatamente vino a mi mente una escena que tengo muy fijada: hace algunos años los



riñones de mi padre ya no daban más de sí, su estado de salud dejaba mucho que desear necesitando un ingreso hospitalario tras otro; no sólo por una fractura de la cabeza del fémur sino sobre todo porque sus riñones periódicamente lo transportaban poco a poco al reino del coma urémico, en esos momentos críticos no recordaba su fecha de nacimiento ni el número de su documento nacional de identidad, esto nos avisaba de que la cosa no iba bien e inmediatamente acudíamos al hospital donde le ponían las terapias adecuadas para restaurar su conciencia y su bondadosa sonrisa. Hasta que un día el nefrólogo nos dijo que esto no podía seguir así y que necesitaba la diálisis para sobrevivir. Aún recuerdo la mañana en que lo llevamos en silla de ruedas a la puerta del quirófano para que le hicieran la fístula arteriovenosa y luego ese zumbido o vibración que percibíamos en la yema de los dedos cuando la sangre pasaba por la misma, y la preocupación que teníamos todos nosotros cuando alguna enfermera venía a tomarle la tensión y le decíamos “en ese brazo no, por favor, que tiene la fístula para la diálisis”. Finalmente la muerte airada acabó con la vida de mi padre en la octava planta de un hospital y no fue preciso enchufarlo a la máquina. Estos recuerdos fueron los que me condujeron a este libro de título bellísimo: “Diario del hombre pálido”.

Luego cuando lo tuve en mis manos y leí las primeras páginas percibí que su autor era un letraherido por la prosa de Francisco Umbral, uno de los mejores columnistas de España en la segunda mitad del siglo XX, pero también uno de los escritores que con mejor prosa ha cultivado el género del diario entre nosotros. No voy a entrar aquí en el problema del maridaje de los géneros literarios, cosa que Umbral cultivó como pocos lo han hecho. A veces publicaba un libro y unos decían esto es una novela y otros, no, es un diario o prosa poética. Otros incluso le

censuraban que introdujera entre prosas de alto contenido existencial y humano, comentarios mundanos de los salones madrileños, pero esto era inevitable en Umbral porque desde muy pronto el proustiano mundo de Guermantes lo capturó y esto se refleja a veces en sus columnas periodísticas. De sus diarios, al menos citaré dos: “Diario de un escritor burgués” (1979) y “Un ser de lejanías” (2001), sé que me dejo algunos en el tintero, pero tampoco tengo necesidad en esta reseña de ser exhaustivo; eso sí no me gustaría dejar de citar un epistolario, que no diario, ¿o quizás sí?, titulado “Carta a mi mujer” (2008), o su libro más celebrado y que ha despertado mayor unanimidad entre todos los que escribió: “Mortal y rosa” (1975). ¿“Mortal y rosa” es una novela, un diario o un ensayo íntimo de un hombre desgarrado por el dolor y la enfermedad de su único hijo? Qué más da: es uno de los libros más importantes en la literatura española del siglo XX. Y para colmo de la confusión de los géneros literarios en estos días Juan Diego y Juan Echanove, con una selección de textos de Javier Villán, la han estrenado en el Teatro Fígaro con el título “Elegía por el dolor de un niño”. Si Carmen Linares se ha atrevido a meter a Juan Ramón Jiménez por bulerías, la prosa de Umbral parece que también ha resistido el envite del flamenco universal.

Aquí quería yo llegar porque no andaba desatinado cuando relacioné el nombre de Gracia Armendáriz con el de Francisco Umbral, escudriñé entre mis papeles y mis pdf, y encontré lo que estaba buscando: Juan Gracia Armendáriz defendió su tesis doctoral en 1995, en la Facultad de Ciencias de la Información de la Universidad Complutense de Madrid, con un trabajo de varios cientos de páginas y apéndices documentales titulado: “El artículo diario de Francisco Umbral (1957-1988). Análisis y documentación”. Y precisamente Gracia Armendáriz selecciona como frase que encabeza su

tesis doctoral una extraída de “Mortal y rosa”:

“Artículos, artículos, artículos. Una forma de autodestrucción. He vuelto a hacer artículos, cientos, miles de artículos. Los artículos, primero, fueron mi procedimiento para irme autoestructurando. Eran una construcción piedra a piedra, paso a paso, el hacerse un nombre, un hombre y una vida, día a día, palabra a palabra”.

Umbral era como un gamo herido por la gran literatura; escultor de la palabra como Juan Ramón Jiménez, pero tenía que hacerse un hueco para sobrevivir en el mundo y eso lo hizo a través del periodismo, lo bueno es que sus columnas sirvieron para su supervivencia económica y a la vez para entrar por derecho propio en la historia de la literatura junto a Mariano José de Larra. Desde la atalaya del periodismo dinamitó los géneros literarios, algunos le decían que no sabía hacer novelas; sin embargo, otros dijeron que sus diarios eran novelas. Otros en cambio que era un poeta. Todos acertaban y se equivocaban a la vez; Umbral tenía/tiene una vena poética que contamina todo lo que escribe: desde el periodismo a la novela, desde el diario a la carta, desde la poesía a la poesía. Otra cosa distinta es que llegara a ser en determinados momentos un hombre injusto con su verbo y con su pluma, esa es otra cuestión, que no quita para incluirlo entre los grandes nombres de la literatura que a lo mejor también incurrieron en injusticia en alguna ocasión: Quevedo, Larra, Proust, Juan Ramón Jiménez, Valle Inclán, Cela, Pla, etc.

Gracia Armendáriz le dijo en una entrevista a Belén Garrido:

“Mi tesis doctoral versó sobre el trabajo periodístico de Umbral. Nombrar a Francisco Umbral en un departamento universitario en 1990 era un atrevimiento. Se habían hecho tesis doctorales sobre el trabajo periodístico de Vicent o Gala, pero Umbral era un proscrito para la Universidad, y permanecía arrumbado en su

rincón maldito, con una obra ingente pero virgen de estudios. A mí me deslumbró la lectura de “Mortal y rosa”, una novela extraordinaria y emocionante, de modo que me empecé en mi proyecto de tesis. Acudí a su casa en varias ocasiones para entrevistarle, me convidó a güisqui, me presentó a su gata Loewe, y en él creí ver a un hombre tímido hasta lo patológico que vivía por, sobre, desde, en y entre la escritura”.

Tímido y patológico. En este comentario no entro; no es el momento de discernir aquí si Anna Caballé acierta o se equivoca en algunas cuestiones en su ensayo “Francisco Umbral. El frío de una vida” (2004), obra que por cierto deslumbró a Carlos Castilla del Pino en sus últimos años. Esa es otra cuestión. Si traigo aquí todo esto es para aclarar una parte de la raíz literaria de la que viene Gracia Armendáriz y su notable influencia umbraliana. En el propio título de su libro el adjetivo pálido está muy emparentado con el rosa de “Mortal y rosa”. Entre Armendáriz y Umbral están muy presentes los versos de Pedro Salinas: “Esa corporeidad mortal y rosa, /donde el amor inventa su infinito”. Esa corporeidad mortal y rosa es, nada más y nada menos, que el ser humano que sufre, que ríe, siente, padece y que vive y muere. Nada más y nada menos que todo eso. De este tronco, de esta literatura común provienen Umbral y Armendáriz, compartiendo la prosa para entender la vida o quizás defenderse de la vida. Armendáriz reconoce también su identidad con la obra de Umbral en este Diario magistral y pálido:

“No puedo dejar de recordar Mortal y rosa, de Francisco Umbral; una novela que conmueve hasta el llanto. En cierta ocasión me dijo que deseaba contraer una enfermedad grave para escribir su mejor libro. La falta de imaginación puede ser letal, pensé. Él era un enfermo profesional y se lo llevó la enfermedad antes de escribir ese libro”.

Da igual si “Diario del hombre pálido” es una novela o no. Es un diario, claro está, así parece que lo concibió su autor desde su vivencia de trasplantado que necesita un nuevo riñón y mientras queda supeditado a la máquina que da la vida, pero a la vez puede ser un reportaje periodístico en que da cuenta de las personas que conoció en este trance o bien leerse como una novela, incluso hay poesía en sus páginas y algún que otro cuento. Dejamos esto para los estudiosos de la literatura porque si traemos aquí hoy este libro de Gracia Armendáriz es porque creemos que se debe leer en las aulas para la formación de las enfermeras, médicos y fisioterapeutas. Lo que no dan los sesudos tratados de medicina y cirugía, lo dan estos libros abiertos que abren en canal la vida, los sentimientos y los padecimientos, y sobre todo lo que piensa y siente el ser humano que como Prometeo anda encadenado a su enfermedad queriendo vivir, unos, y queriendo morir otros. Sobre todo esto teorice en “Las enfermedades de Sísifo”, ahora lo que procede es dar a conocer este “Diario del hombre pálido” a los que no lo hayan leído porque ayuda a comprender lo que sucede en la mente de un hombre al que pinchan para una intravenosa o tiene abierto el esternón o depuran su cuerpo con una máquina de las uremias excesivas. Algún sanitario debería de introducir en un manual clínico expresiones como “la fiebre es un latigazo. Una medusa helada”; “siento que un perro me muerde en la clavícula”; “siento una canica de hierro en la garganta”; “el paraíso es un café y un cigarro; el infierno, un plato de pescado hervido”; “el dolor nos jibariza, nos devuelve a nuestros severos límites” o “pienso en todo ello mientras la máquina ronronea en mi oído y veo mi sangre que se aleja de mi cuerpo a través del tubo y es depurada a través de filtros salinos, membranas y circunvalaciones para regresar de nuevo a mi interior, pura

–imagino– como el agua de un manantial de montaña...”. O este otro párrafo: “*Nuestra dieta es estricta: nada de fósforo; nada de potasio. El primero calcifica las arterias; el segundo puede causar un paro cardíaco. La carne y el pescado son ricos en fósforo; las verduras y frutas en potasio, así que nuestra dieta ideal debería limitarse a una ingesta masiva de pan, pasta y arroz, con pequeñas dosis de carne o pescado, alguna pieza de fruta y verdura muy cocida. Están prohibidos los embutidos, las conservas, el chocolate, los lácteos, los frutos secos... Además, hay que limitar la ingesta de líquidos. Un fin de semana sin control de la bebida que se ingiere puede traducirse en un aumento de cinco o seis kilos de peso. La báscula de la sala, donde hemos de pesarnos antes y después de cada sesión, revela nuestra escasa templanza*”. Cómo recuerdo leyendo todo esto las pequeñas excursiones de mi padre a la cocina y sus pequeñas guaridas para los alimentos prohibidos.

Prosa y escritura de alto nivel la de Gracia Armendáriz; goce literario para aprender sobre el ser humano que deambula como un “piel roja”, rosa o pálido, por los meandros de la enfermedad. Como en “Mortal y rosa” o “El hijo de Greta Garbo”, la literatura de Armendáriz se expresa en párrafos aquilatados y bellos como el que sigue:

“La enfermedad no es un hecho premeditado. O no debería serlo. La enfermedad, como la escritura llega impuesta, de ahí que los escritores de verdad se sientan tan incómodos al ser preguntados por su condición. Sin embargo, si son preguntados por sus técnicas narrativas favoritas o por sus escritores amados, hablarán sin parar, igual que los enfermos se vuelven especialmente locuaces cuando nos interesamos por sus dolencias. En ello encuentran un raro consuelo. Pero me temo que escribir no alivia de nada. En realidad, si la escritura dependiera de una cuenta de resultados, más valdría dedicarse

a otra cosa Uno, simplemente, escribe. Con permiso, eso sí, del termómetro”.

La enfermera de “gafas azules” y gesto de “profesora de latín” pincha en la vena del enfermo/paciente para inyectar el medicamento, entonces el paciente/escritor dice: “...la vena no se ha roto. A través de ella me inflo como un odre con el antibiótico que gotea por el tubo”. Cómo recuerda este párrafo a lo escrito por José Luis Sampedro en “Monte Sinaí”. Por todo esto, quizás, el prologuista de la obra dice “que el sanador y sus técnicas y máquinas, tan benéficas como monstruosas, traducirán los mensajes del cuerpo y quizá lo reamaestren”. Este enfermo que sufre, Gracia Armendáriz, reamaestra todo literariamente, como hicieron Sampedro o Harold Brodkey. Armendáriz, “débil e infirme”, aquilata la enfermedad y el dolor de la diálisis en un concentrado néctar que llamamos literatura. Como hizo Francisco Umbral al escribir de su hijo o de su madre. Como muestra un botón:

¿Cómo se reacciona ante un diagnóstico médico que cierra cualquier vestigio de luz? El miedo y el aturdimiento se agolpan detrás de los ojos, como escamas que se pegan a las cuencas vacías. Acaso sea mejor no ver, no saber, mientras ahí fuera todo transcurre con acuosa lentitud y el enfermo se mueve en esa materia densa, sin comprender que la vida continúe ajena a él,...

Este hombre pálido plantea algo fundamental para el ser humano, esté sano o enfermo, en este caso desde su particular “Sanatorio Berghof”: “El miedo se esconde en la mentira, se agazapa en la falta de información, carencia que la institución médica no se molesta demasiado en cubrir, reforzando así una ignorancia benévola que el enfermo, en su intimidad, agradece. Una mentira piadosa”. Personalmente no creo que esto sea siempre así, puede que haya quien quiera que le engañen, pero

siempre habrá quien quiera que le digan la verdad. De una manera o de otra hay que afrontar la terapia: “Pero tarde o temprano llega el día en que el enfermo entra en el circuito de su terapia, en la asunción de una rutina en la que deberá acostumbrarse al escándalo de la sangre y a la fantaciencia de que sus fluidos vitales se alejen de su cuerpo para circular durante cuatro horas entre las membranas y soluciones salinas de una máquina”. Pero el enfermo/paciente tiene también la pluma aguda y ácida para señalar la mirada torva y distante de algunos médicos y enfermeras, y también sabe agradecer a esos ángeles cotidianos, llenos de problemas en sus vidas, que hacen su trabajo con una sonrisa y a veces con un beso. De todo hay en la sanidad pública y en la sanidad privada.

Juan Gracia Armendáriz es un escritor, un hombre, que vive encadenado doce horas a la semana a un riñón artificial, según confiesa a Víctor M. Amela: “Yo no soy mi enfermedad. Mi enfermedad es sólo una circunstancia de mi vida..., aunque muy condicionante”. Gracia Armendáriz cree que “la literatura es una muleta ante el dolor de la existencia...”. Esto recuerda mucho a aquello que dijo Umbral de que el cine es un alto en el dolor de la vida. Pero también nos recuerda a Toulouse Lautrec cuando decía aquello de “si mis piernas fuesen más largas, no habría necesitado pintar”. Toulouse Lautrec peleó contras las fracturas, las intervenciones quirúrgicas, un cuerpo mutilado o demediado y el alcoholismo. A Gracia Armendáriz le trasplantaron un riñón cuando tenía 21 años y esto le ha permitido viajar, casarse, tener una hija, escribir una tesis sobre Francisco Umbral, además de artículos y cuentos, y una novela titulada “La línea Plimsoll”, todo ello a pesar de tener un catéter en la vena cava y estar a la espera de un nuevo trasplante. Cautivo de “fistulas como mordeduras de tiburón”.

“Diario de un hombre pálido” es una obra

escrita “sin rencor ni resentimiento”; pero a la vez hay que cotejar lo que Armendáriz escribe en este libro y lo que dice a periodistas, como a Víctor-M. Abela, sobre sus compañeros de hemodiálisis, habitantes de un “Pabellón de reposo” o de “La montaña mágica”, sobre todo cuando a los enfermos que mueren en estas moradas los sacan por la puerta de atrás, de noche, para no turbar el devenir diario de los que quedan provisionalmente en el solar patrio de la vida. Gracia Armendáriz lo dice en esta entrevista con mucha claridad desde su particular Sanatorio Berghof:

“Ya he pedido que, si muero, lo sepan enseñada mis camaradas de hemodiálisis. Un día no apareció uno, Francisco, y estuvimos intrigados y preocupados durante días”.

Gracia Armendáriz ha dicho alguna vez, en una entrevista de Amilibia: “creo en el poder terapéutico de la literatura. Me ayuda a comprender lo que me sucede”; pero también ha dicho, por ejemplo, en “La nave de los locos” que el propósito de “*Diario del hombre pálido*” es consignar “*mi experiencia de la enfermedad*

y de la literatura, que, en el fondo, no deja de ser otro mal”. Todo esto parece contradictorio y sin embargo puede ser perfectamente complementario. Nuestro escritor dice que prefiere ser un “*piel roja*” antes que un “*hombre pálido*”. Por eso en algún momento pensé en titular esta reseña “*Mortal y pálido como un piel roja*”, aunque al final opté por el bello título del libro. Gracia Armendáriz selecciona frases en los encabezamientos de los capítulos: una, por ejemplo, de Julio Camba, “*toda enfermedad es una aventura*”; y otra de George Steiner: “*El hombre acorralado se vuelve elocuente*”. Efectivamente, “*Diario del hombre pálido*” es una aventura escrita con gran elocuencia literaria por un hombre acorralado que ha sufrido y que tiene voz propia. “*El sol sale para todos*” y cada día los seres humanos en este particular juego de la oca que es la vida estamos en la “*casilla de salida*”. O de partida. Salud, mucha salud para Juan Gracia Armendáriz y para todos.

Francisco Herrera Rodríguez
Universidad de Cádiz

CONCLUSIONES III SIMPOSIO IBEROAMERICANO DE HISTORIA DE LA ENFERMERÍA; XII CONGRESO NACIONAL Y VII CONGRESO INTERNACIONAL DE LA HISTORIA DE LA ENFERMERÍA Y VII JORNADAS INTERNACIONALES DE CULTURA DE LOS CUIDADOS

El éxito de este triple evento cuyo eje temático ha estado compuesto por la síntesis entre la historia y la cultura de los cuidados tiene una lectura cuantitativa: la cantidad de asistentes, ponencias y comunicaciones (casi 250 asistentes; 200 aportaciones entre posters, ponencias y comunicaciones); y otra interpretación de índole más cualitativa: la calidad de las aportaciones presentadas. Efectivamente, en estos días (24, 25 y 26 de Noviembre de 2011)

se han congregado investigadores de la historia y cultura de los cuidados de todas las autonomías españolas y, asimismo, hemos tenido el privilegio de acoger a destacadísimos investigadores de Portugal y, prácticamente, todos los países latinoamericanos: Argentina, Brasil, Colombia, Chile, Méjico, Perú, Venezuela, etc.

Bajo el lema, de remarcado acento sintético, “La historia integradora de culturas y saberes”, se ha desarrollado este triple acon-



Integrantes de la Primera Junta Directiva de la Federación Iberoamericana de Historia de la Enfermería. Alicante España 25 de noviembre 2011

tecimiento en el que la conferencia inaugural fue magistralmente expuesta por la Dra. Taka Oguisso de la Universidad de Sao Paulo en Brasil, y la conferencia de clausura impartida por Francisca Hernández Martín del Seminario Permanente para la Investigación de la Historia de la Enfermería, perteneciente a la Universidad Complutense de Madrid. También, como es tradicional en las jornadas de cultura de los cuidados, tuvo lugar un taller de investigación cualitativa que estuvo a cargo del Dr. César Hueso y del Presidente de la Fundación Index Manuel Amezcua que sobrepasó todas las expectativas de éxito tanto en cuanto a asistentes como a la participación activa de los mismos en los debates suscitados en el transcurso del mencionado taller. Asimismo, este marco ha servido de puente para la presentación de más de una decena de libros de historia y cultura de los cuidados cuyos autores procedían de los diferentes países: Ana Luisa Velandia (Colombia) con su libro de historia de la facultad de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia; Beatriz Morrone (Argentina), disertó acerca de su ensayo histórico sobre la complejidad de la historia de la enfermería argentina (cargada de sobresaltos y dramatismo); Fernando Porto (Brasil) nos presentó una espléndida obra en la que se aborda la historia de la enfermería brasileña, etc.

También, y como es ya tradicional en las jornadas de cultura de los cuidados, se falló el premio “Vida y Salud de Narrativa” en su XI edición. En la modalidad A: Vida y salud (categoría absoluta), dotado con 600 euros (patrocinado por la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Alicante y la Asociación de Historia y Antropología de los Cuidados), el premio ha recaído en el relato titulado: “Tú pierdes, yo gano”, siendo autora del mismo doña Concha Fernández González (Guadalajara). La modalidad B: Vida y salud (para estudiantes y profesionales de enfermería), dotado con 300 euros. (patrocinado por el Colegio Oficial de Enfermería de Alicante y la Asociación de Historia y Antropología de los Cuidados), el premio ha recaído en el relato titulado: “La Pinchaculos” del que es autora doña Lourdes Aso Torralba (jaca/ Huesca).

Pero, sobre todo, mirando al futuro, este evento ha servido para dar a luz un nuevo soporte que va a servir sin duda para aglutinar los esfuerzos de los investigadores de los diversos países integrados en ese pequeño-gran “cosmos” que es Iberoamérica: La Federación Iberoamericana de Historia de la Enfermería se constituyó formalmente el 25 de Noviembre de 2011 con el objetivo de contribuir al intercambio de conocimientos, experiencias y estrategias de todos los investigadores de la historia de la enfermería iberoamericana. En definitiva, y tras todo lo anteriormente expuesto, no nos queda más que expresar nuestro más encarecido agradecimiento a todos los ponentes, comunicantes y asistentes, dado que sin ellos hubiera sido imposible la realización de este gran acontecimiento para la historia de la enfermería y la cultura de los cuidados.

José Siles González
Presidente Comité Científico

REVISTA DE ENFERMERÍA Y HUMANIDADES

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos

Domicilio

Población Cód. Postal Provincia

Teléfono Actividad profesional

BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN

Deseo suscribirme por un año (tres números) al precio de 12 euros que abonaré mediante:

- Cheque bancario nominativo adjunto n.º _____
- Transferencia a BANCAJA, cuenta N.º 2077 0482 16 3100 518783
- Domiciliación bancaria

*Departamento de subscripción: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)
C/. Xàbia, 4 - 3º Pta. 10 - 46010 Valencia*

Cultura de los Cuidados

ORDEN DE PAGO POR DOMICILIACIÓN BANCARIA

Banco o Caja de Ahorros

Domicilio de la Sucursal

Población Cód. Postal Provincia

Cuenta Corriente. Libreta de Ahorros N.º

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Clave del Banco	Clave y n.º de control de la sucursal	N.º de Cuenta Corriente

Ruego a ustedes se sirvan tomar nota del recibo que deberé abonar anualmente en mi cuenta con esta cantidad cuyo recibo será presentado para su cobro por el Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA).

Nombre del titular de la cuenta o libreta

Fdo.: