

CULTURA DE LOS CUIDADOS

REVISTA DE ENFERMERIA Y HUMANIDADES

2º. Semestre 2005 • Año IX - N.º 18

EDITORIAL

- *La búsqueda del significado de la Enfermería en su historia actual*

FENOMENOLOGÍA

- *Cáncer de mama. Una experiencia personal*

HISTORIA

- *Investigación de la Enfermería Militar vista a través del cine: el caso de Pearl Harbor*
- *La enfermería transcultural en España*
- *Florence Nighthingale y el contexto histórico sociocultural de su época*

ANTROPOLOGÍA

- *¿Estamos solos ante la muerte?*
- *El nuevo fenómeno europeo del turismo de salud: estado de la cuestión*
- *Afrontamiento familiar ante la enfermedad mental*
- *Antropología-Enfermería y perspectiva de Género*
- *Calidad del Cuidado del adulto mayor en escenario no Institucionalizado*
- *Holismo e investigación cualitativa en el marco de la antropología de la complejidad.*
Una reflexión sobre la pertinencia metodológica en ciencias socio-sanitarias y humanas

TEORÍA Y MÉTODO

- *Efectos de la televisión sobre la alimentación, la obesidad y colesterolemia en niñas escolares*
- *Imagen de la inmigración a través de las publicaciones científicas españolas*
- *Así nos muestran, ¿Así somos?*

MISCELÁNEA

- *Biblioteca comentada*



CONSEJO DE
ENFERMERÍA
DE LA COMUNIDAD
VALENCIANA

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



ASOCIACIÓN NACIONAL DE
HISTORIA Y ANTROPOLOGÍA
DE LOS CUIDADOS

SUMARIO

DIRECCIÓN
José Síles González

SUBDIRECCIÓN
Luis Cibanal Juan

DIRECCIÓN TÉCNICA Y FINANCIERA
José A. Ávila Olivares
Antonio Verdú Rico
Mercedes Núñez del Castillo
Juan José Tirado Dauder
Francisco Mulet Falcó
Francisco J. Pareja Lloréns

COMITÉ ASESOR NACIONAL
Manuel Amezcua (Granada)
Carmen Chamizo Vega (Gijón)
Alberto Gálvez Toro (Jaén)
Manuel J. García Martínez (Sevilla)
Antonio C. García Martínez (Sevilla)
Esperanza de la Peña Tejero (Mérida)
Cecilio Eserverri Cháverri (Palencia)
Francisca Hernández Martín (Madrid)
Francisco Herrera Rodríguez (Cádiz)
Amparo Nogales Espert (Valencia)
Natividad Sánchez González (Albacete)
Francisco Ventosa Esquimaldo (Salamanca)

COMITÉ ASESOR INTERNACIONAL
Carmen de la Cuesta Benjumea
Marilyn Douglas (EE.UU.)
Ximena Isla Lund (Chile)
Carmen Luz Muñoz Mendoza (Chile)
Cecilia Rohrbach (Suiza)
Raquel Spector (EE.UU.)
M^a Teresa Torres (Ecuador)
Rick Zoucha (EE.UU.)
Asesor Enfermería Militar: Capitan J. Fco. Montes Jiménez

CONSEJO DE REDACCIÓN
SECRETARÍA
Elena Ferrer Hernández *ferrer_ele@gva.es*
REDACTOR ELECTRÓNICO
Pablo Martínez Cánovas
Miguel Castell Molina
Isabel Casabona Martínez
Juan Mario Domínguez Santamaría
Belén Estebán Fernández
Pilar Fernández Sánchez
Eva M^a Gabaldón Bravo
Roberto Galao Malo
Yolanda Gallardo Frías
Pedro Hernández Vidal
Manuel Lillo Crespo
David Molero Tolino
Asunción Ors Montenegro
Rosa Pérez-Cañaveras
M^a Mercedes Rizo Baeza
Carmen Solano Ruiz
Flores Vizcaya Moreno
M^a Teresa Ruiz Royo
José Ramón Martínez Riera

RELACIONES INTERNACIONALES
Maribel Sanz Quintero
M^a José Muñoz Reig
Adrián S. Morse

Cultura de los Cuidados. Revista socio-fundadora del Consejo de Editores de Revistas de Enfermería Iberoamericanas.

SUSCRIPCIONES: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)
C/. Xàvia, 4 - 3^a Pta. 10 - 46010 Valencia
Tarifas 2 números (1 año)
España y Portugal: 12,02 euros
Alumnos Enfermería: 7,21 euros
Extranjero: 18,03 euros
Revista «on line»: <http://enfe.ua.es>
ISSN:1138-1728-Dep.Legal: A-1309-1997
Título clave: Cultura de los Cuidados
Título abreviado: Cul. Cuid.
Edita: Consejo de Enfermería Comunidad Valenciana (CECOVA)
Imprime: Gráficas Estilo. Alicante
LA DIRECCIÓN DE LA REVISTA NO SE HACE RESPONSABLE DE LOS CONTENIDOS DE LOS ARTÍCULOS

NORMAS DE PUBLICACIÓN 4

EDITORIAL
La búsqueda del significado de la Enfermería en su historia actual . . . 5
NOGALES ESPERT, A.

FENOMENOLOGÍA
Cáncer de mama. Una experiencia personal 7
SOLANO RUIZ, M^a C.

HISTORIA
Investigación de la Enfermería Militar vista a través del cine: el caso de Pearl Harbor 11
SALAS IGLESIAS, P. M.
La enfermería transcultural en España 19
CHAMIZO VEGA, C.
Florence Nighthingale y el contexto histórico sociocultural de su época . 24
HANZELIKOVA POGRANYIVA, A.; CARABAÑO MARIBLANCA, M.J.; GARCIA MORENO, M.R.

ANTROPOLOGÍA
¿Estamos solos ante la muerte? 34
MARTÍNEZ CRUZ, M. B.; CALATAYUD GARCIA, J.
El nuevo fenómeno europeo del turismo de salud: estado de la cuestión 38
CASABONA MARTINEZ, I.; LILLO CRESPO, M.; MORA ANTON, M^a D.; GALAO MALO, R.
Afrontamiento familiar ante la enfermedad mental 45
GARCIA LABORDA, A.; RODRIGUEZ RODRIGUEZ, J. C.
Antropología-Enfermería y perspectiva de Género 52
CARRASCO ACOSTA, M^a C.; MARQUEZ GARRIDO, M.; ARENAS FERNANDEZ, J.
Calidad del Cuidado del adulto mayor en escenario no Institucionalizado 60
BANDA GONZALEZ, L.; IBARRA GONZALEZ, C.P.; VAZQUEZ SALAZAR, G.; DE LOS REYES NIETO, L. R.
Holismo e investigación cualitativa en el marco de la antropología de la complejidad. Una reflexión sobre la pertinencia metodológica en ciencias socio-sanitarias y humanas 68
SILES GONZALES, J.; SOLANO RUIZ, C.; CIBANAL JUAN, L.

TEORIA Y MÉTODO
Efectos de la televisión sobre la alimentación, la obesidad y colesterolemia en niñas escolares 84
BARBANCHO CISNEROS, F.J.; PRIETO MORENO, J.; TIRADO ALTAMIRANO, F.; LUIS HERNÁNDEZ NEILA, M.; SANTOS VELASCO, J.; MORENO MÉNDEZ, A.
Imagen de la inmigración a través de las publicaciones científicas españolas 89
LIMIA REDONDO, S.; SALVADORES FUENTES, P.
Así nos muestran, ¿Así somos? 98
FERNANDEZ GARCIA, C.

MISCELANEA
Biblioteca comentada 102

ESTRUCTURA DE LA REVISTA Y NORMAS DE PUBLICACIÓN



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

1.- Editorial.

2.- Fenomenología: sección destinada a la publicación de originales y/o revisiones sobre fenomenología clínica. Asimismo tendrán cabida en este apartado las experiencias clínicas de los profesionales sea cual sea la forma de expresión: narrativa, ensayo, poética o plástica. Por último, también serán susceptibles de publicación los originales que, a juicio del comité de redacción, contribuyan al desarrollo humanístico de la enfermería (en cualquiera de sus vertientes).

3.- Historia: destinada a la publicación de originales y/o revisiones de historia de enfermería.

4.- Antropología: sección reservada para la inclusión de originales y/o revisiones de trabajos antropológicos en materia de cuidados enfermeros.

5.- Teoría y métodos enfermeros: apartado dedicado a la publicación de originales y/o revisiones que contribuyan tanto al desarrollo teórico-filosófico de la enfermería como a sus métodos y aplicaciones prácticas.

6.- Miscelánea: Sección dedicada a la divulgación de actividades, noticias, agenda etc, revisión de novedades editoriales.

7.- Cartas al Director.

PRESENTACIÓN DE LOS TRABAJOS

Para adaptarnos a las normas internacionales se ha seguido el sistema de citas adoptado por revistas internacionales de enfermería tales como: *Journal of Advanced Nursing*, *Journal of Clinical nursing*, *International Journal of Nursing studies*.

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

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

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

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

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

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

- Estructura del manuscrito: En la primera página figurará el título del artículo seguido del nombre de los autores, su categoría profesional y la dirección del primer autor; en la segunda página, un resumen del trabajo no superior a 200 palabras, con 3 ó 4 palabras clave; las siguientes páginas incluirán el contenido del artículo, con una extensión no superior a los diez folios; la última página estará dedicada a la bibliografía.

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

- Dirección donde deben remitirse los manuscritos:

Asociación de Historia y Antropología de los cuidados enfermeros. Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante Apartado 99/ E-03080.

EDITORIAL

LA BUSQUEDA DEL SIGNIFICADO DE LA ENFERMERÍA EN SU HISTORIA ACTUAL SEARCHING THE MEANING OF NURSING IN ITS CURRENT HISTORY

Amparo Nogales Espert

Entender la historia como el conjunto de biografías humanas cuya estela de creatividad ha ido configurando la evolución de la humanidad, es una forma de elevar al ser humano a la categoría de protagonista de cuantos acontecimientos han dado lugar a nuestro pasado y a nuestro presente.

Y pienso en el ser humano corriente; bien mirado, el verdadero artífice de la historia. No me refiero a figuras singulares, como algunos científicos, descubridores, políticos o filósofos, que de forma excepcional y abrupta han modificado el devenir histórico. Hablo del ciudadano normal, del profesional y, en nuestro caso, del profesional de enfermería, cuyo trabajo diario y continuado va modelando su profesión con el transcurrir del tiempo.

Particularmente interesante es contemplar la historia conformada por varios niveles complementarios: la historia del pasado, conocida propiamente como historia, vendría a ocuparse de los seres y acontecimientos que nos han precedido y pertenecen al pasado; y la historia del presente, cuyos participantes somos nosotros mismos, los que venimos dándole forma en su conjunto actual. Sin embargo este segundo nivel constituido por la totalidad de los seres humanos actuales, en realidad está compuesto por la participación directa de cada individuo en su particularidad, por lo que deberíamos añadir un tercer nivel a la historia, el de la historia personal.

Es ésta una orientación dinámica de la historia que recuerda a los historiadores el arsenal de datos disponibles en el transcurrir diario de nuestro tiempo. Pero es algo más, pues si cada uno de nosotros formamos parte de la historia de hoy, resulta que contribuimos directamente a darle forma, es decir,

intervenimos con nuestros actos en la historia actual, y con nuestra conducta hacemos que hoy tenga unas características u otras. Es decir, estamos participando día a día, personalmente, en la formación de la historia. De este modo nos encontramos cargados con una no pequeña responsabilidad, la de ser sujetos activos de la historia.

La Historia de la Enfermería actual se está configurando con las aportaciones de cada enfermera en particular, a través de su obra creativa, su trabajo, bien sea en la actividad investigadora, de gestión, docente o asistencial, y lo hacemos desde la libertad de elegir en cada momento el modo en que queremos hacerlo, lo cual va a depender, finalmente, de la motivación con la que de forma particular vivimos la enfermería.

Buscar hoy nuevamente el sentido de la enfermería y llenarlo de contenido, es uno de los primeros objetivos a proponernos, justamente en una sociedad por la que circula con pujanza un sentimiento generalizado de vacío, una tendencia al conformismo, al abandono de inquietudes, junto a una relajación en el ejercicio de la voluntad.

El “todo vale” y el “poco importa lo que ocurra”, están haciendo entrar a nuestras jóvenes generaciones de enfermeras en colisión directa, desde una sociedad cada vez más relativista, con los valores humanos esenciales y representativos de la enfermería, que deben verse reflejados en la calidad del trabajo que sale de las manos de la enfermera, y concretamente, en los cuidados que presta a cada persona de forma especial.

Para mantener encendida la motivación por la enfermería con una llama potente, a pesar de las modas de esta sociedad, poco dada a dar valor al

esfuerzo personal, es fundamental reencontrar el sentido de la enfermería desde su más honda dimensión de servicio, y desde la conciencia de pertenecer a una profesión vocacionada, es decir, que exige una actitud de entrega personal.

Para encontrar el sentido de la enfermería nos orienta con luminosa claridad el pensamiento de Víctor Frankl quien, desde su búsqueda del sentido de la vida, nos proporciona importantísimas pistas para que encontremos también, de forma análoga, el sentido de la enfermería.

El ser humano necesita autotranscenderse, salir de sí mismo, apuntar hacia algo que no sea él, hacia otro ser humano, a través del amor o a través del cumplimiento de un servicio, y en ese dejarse de lado y olvidarse de sí mismo, es como más se realiza y más se reconoce. Pues bien, es en la enfermería donde la enfermera, posponiéndose a sí misma, se encuentra consigo en la actitud de servir.

Pero hay que encontrar los motivos por los que actuar de una manera, de una forma que posterga intereses personales inmediatos; razones que cada uno debe hallar, sin que puedan ser dictadas, con un talante en el que no deben faltar ni generosidad ni actitud de entrega.

Los profesionales que tienen más capacidad para seguir adelante por encima de las dificultades, de la falta de reconocimiento desde lo económico o lo social, son precisamente aquellas enfermeras que encuentran un sentido a su actividad de cuidar, que se sitúan ante una tarea personal que cumplir y la asumen con la convicción de ser su aportación personal a la vida y a la sociedad, y se hacen cargo de su trabajo desde esta perspectiva.

Ahora bien, el sentido de la enfermería, el sentido de la propia vida, no puede darse, no puede imponerse de manera forzosa, tiene que ser descubierto por cada uno. Y aquí entra en juego la propia conciencia, que es en definitiva quien decide correr el riesgo de buscar y descubrir.

Así pues, uno de los contenidos en los que hemos de formarnos en enfermería es en la educación para la responsabilidad, para aprender a elegir, a distinguir entre lo esencial y lo que no lo es, entre lo que tiene sentido y lo que carece de él, entre ser responsable y no serlo.

Cada día, cada situación y momento tiene un sentido para cada persona, especial y distinto al de

los demás. Cada circunstancia tiene un nuevo sentido aguardando a cada persona desde su particular singularidad. Y no hay situación en la vida que no ofrezca una posibilidad de sentido a cada ser humano. Encontrar este sentido es posible, pero requiere un descubrimiento personal, para lo que hay que poner en juego la voluntad de buscar.

Para Víctor Frankl tres caminos ayudan a descubrir el sentido de la vida: aquello que crea uno mismo, lo que hace; amar a alguien, tener a quién entregarse; encontrar una razón que explique el por qué, incluso en situaciones desesperadas. Los tres caminos nos servirán para encontrar sentido a la enfermería: sentir utilidad en la prestación personal de los cuidados; el amor por el ser humano, especialmente en su situación de necesidad; y encontrar el valor de la vida en especial cuando el sufrimiento es inevitable. La actitud con la que cada persona y la enfermera en particular se enfrenta a una nueva situación, permite transformarla y convertir el cuidado en un servicio. Es la actitud y la disposición lo que transforma el cuidado en algo positivo también para la enfermera.

El primero de los Aforismos de Hipócrates (460-379 a.C.) dice así:

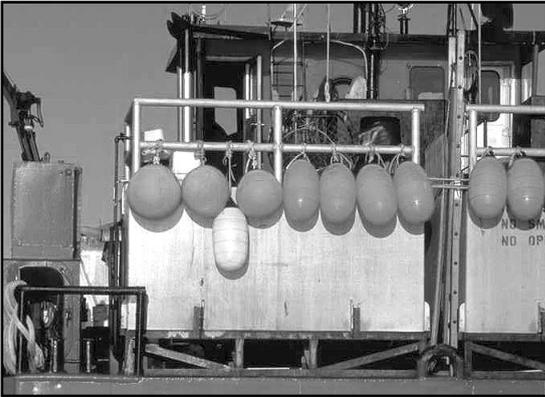
“La vida es corta, el arte largo, la ocasión fugitiva, la experiencia falaz, el juicio dificultoso. No basta que el médico haga por su parte cuanto debe hacer, si por la suya no concurren al mismo objeto el enfermo, los asistentes y demás circunstancias exteriores”. Ya en la época de Hipócrates las enfermeras se consideraban necesarias.

FENOMENOLOGÍA

CÁNCER DE MAMA. UNA EXPERIENCIA PERSONAL

M^a del Carmen Solano Ruiz

Profesora Titular. Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante



BREAST CANCER. A PERSONAL EXPERIENCE

ABSTRACT

The present report shows a personal history of a 35-year-old woman, diagnosed of a breast cancer 2 years earlier. It expresses her own way of living her illness and the different processes she had submitted to fight against it. At the same time, her wish for life and her continuous positive behaviour not to consider herself as “a sick woman”, as well as her developing strategies to face desperate moments in her daily life.

The use of life histories as a working technique in the data gathering could help nurse professionals to discover the personal and real meaning of such an illness, to deepen into the roots of different experiences and to articulate nursing strategies and ways addressed to lessen negative feelings in order to get better evolutions within the process of an illness. At the same time, these type of reports help the main character implied – “the protagonist” - to feel very well acquainted with all those other women undertaking the same sort of process.

Key words: breast cancer, life history.

RESUMEN

Este relato narra la historia personal de una mujer de 35 años de edad, diagnosticada desde hace 2 años de cáncer de mama, muestra su propia vivencia de la enfermedad y los diferentes procesos a los que se debe enfrentar para poder combatirla.

Los deseos de vivir y la negación constante a sentirse enferma así como las diferentes estrategias utilizadas en los momentos de desesperación, la han acompañado en su lucha diaria.

La utilización de las historias de vida como técnica de trabajo en la recogida de datos puede ayudar a los profesionales de enfermería a descubrir el significado propio e individual de la enfermedad, conocer con profundidad la experiencia sentida y establecer así unas actuaciones de enfermería dirigidas a minimizar los sentimientos negativos que favorezcan una evolución más satisfactoria de su enfermedad. Así mismo con este tipo de relatos, la protagonista trata de solidarizarse con todas aquellas mujeres que están atravesando por el mismo proceso.

Palabras clave: cáncer de mama, historia de vida.

INTRODUCCIÓN

A pesar de encontrarnos en pleno siglo XXI, al cáncer se le considera como una enfermedad grave y la primera causa de muertes en España.

Dentro del grupo de las enfermedades oncológicas, el cáncer de mama es el tumor que más afecta a la población de mujeres de los países occidentales.

En los últimos años y como consecuencia de los importantes avances diagnósticos y terapéuticos, junto con las campañas de detección precoz,

la mortalidad en mujeres afectadas por esta enfermedad se ha visto disminuida. Este mismo hecho, a su vez ha provocado un incremento de forma paulatina en la detección y el diagnóstico de mujeres aquejadas por dicha patología. Se estima que 8 de cada 100 mujeres desarrollarán un cáncer de mama antes de los 75 años de edad (López-Albente et al, 2003).

En nuestra sociedad, la mujer es considerada como pilar básico en la estructura familiar y social (Siles, 2005) es por tanto, que el diagnóstico de esta enfermedad específica de la mujer, implica una ruptura en la vida diaria, no sólo a nivel personal si no también a nivel familiar y social, apareciendo así una nueva situación que requiere la necesidad de crear importantes reajustes a todos estos niveles.

El cáncer de mama supone una vivencia muy profunda, cargada de sentimientos: la negatividad hacia la propia enfermedad, la alteración de la propia imagen corporal, la angustia, la desesperación y la incertidumbre son algunas situaciones por las que la persona que la padece deberá afrontar creando estrategias apropiadas a cada proceso (Suárez, 2002).

El objetivo de este estudio es manifestar la experiencia vivida y sentida por una mujer de 35 años de edad diagnosticada de cáncer de mama y enfermedad de Paget, narrada en primera persona.

La protagonista de este relato consideramos que merece especial mención por su fortaleza de ánimo y valentía, por los vigorosos deseos de vivir, por la reacción de lucha ante la enfermedad y por su negación constante a sentirse enferma.

Para conocer su relato, es necesario utilizar un instrumento adecuado como es la historia oral. Este tipo de instrumento nos permite un conocimiento global de la persona a estudiar, así como la posibilidad de conocer el carácter subjetivo, personal e íntimo de sus memorias y opiniones, captando de esta manera todas sus dimensiones, tanto su significado como la interpretación que ésta tiene con respecto al proceso que está experimentando. (Siles, 1999; Amezcua y Hueso, 2004).

A través de una entrevista en profundidad (Vallés, 2000) se obtuvo el relato que posteriormente paso a exponer de forma resumida, sin alterar el contenido del mismo.

La protagonista aceptó su colaboración y en todo momento se sintió cómoda con el desarrollo de la misma. La entrevista se grabó en una cinta audio y la duración de la misma fue de 90 minutos, posteriormente se transcribió íntegramente para proceder al análisis del contenido de forma cualitativa, encontrándose diferentes aspectos a destacar que han sido agrupados en diversas temáticas siguiendo un orden cronológico.

Como conclusión de este estudio, considero que la protagonista de esta historia nos muestra una lección de coraje y de gran capacidad de adaptación en los momentos críticos y que con su historia no sólo es capaz de brindar su apoyo y su valor a todas las mujeres que están atravesando el duro momento de la enfermedad, si no que además a los profesionales sanitarios nos puede ayudar a reconocer el proceso individual y subjetivo por el que cada persona afronta esta situación. No debemos olvidar que tratamos a las personas y no exclusivamente el diagnóstico médico que se le atribuya, y que, por supuesto, debido a la gran complejidad del ser humano ante un mismo evento pueden aparecer múltiples y variadas respuestas.

BIBLIOGRAFÍA

- Amezcua, M y Hueso, C (2004). Cómo elaborar un relato biográfico. Archivos de la memoria 2004; Disponible en : http://www.index_f.com/memoria/metodologia.php. Consulta 8 julio 2005
- López-Albente, G; Pollán, M; Aragonés, N; Pérez-Gómez (2003). Informe sobre la salud de los españoles. Cáncer. Centro Nacional de Epidemiología. Área de Epidemiología Ambiental y Cáncer. Disponible en: <http://193.146.50.130/cancer/cancer1.htm>
- Siles, J. (1999). Historia de Enfermería. Editorial Aguaclara.
- Siles, J; Solano, MC (2005). Estructuras sociales, división sexual del trabajo y enfoques metodológicos: la estructura familiar y la función sociosanitaria de la mujer. En prensa: Investigación y Educación en enfermería. Universidad de Antioquia. Colombia
- Suárez, M (2002). Diagnóstico cáncer: mi lucha por la vida. Ed Galaxia Gutenberg/ Circulo de lectores. Barcelona
- Vallés, M (2000). Técnicas de conversación narración: las entrevistas en profundidad. En: Técnicas cualitativas de investigación Social. Edt Síntesis. Madrid

RELATO

Infancia- Juventud.

Nací el 23 de Octubre de 1969 en Elche y he vivido siempre aquí. Tengo dos hermanos, somos tres en total, yo soy la mayor nos llevamos 5 años

cada uno, mi hermana cinco menos que yo y mi hermano diez. Yo siempre me he considerado muy buena estudiante, he sacado buenas notas lo que pasa es que sabes que vienes de una familia humilde y eso de que nunca te han inculcado algo de estudiar, si estudiaba era porque a mí me gustaba. Me metí en formación profesional hice jardines de infancia pero luego tampoco tenía salidas. Encontré una oficina que no tenía nada que ver con lo que yo había estudiado, pero como también me gustaba empecé como de secretaria.

Con 14 años una amiga y yo nos presentamos a la belleza del barrio, yo estaba un poco llamativa tenía el pelo rubio muy largo rizado, ojos claros, me sentía bien. Soy un poco tímida, cortada, un poco prudente y eso de hablar yo no soy muy parlanchina sobre todo al principio cuando no conoces.

A los 17 años conocí al que hoy es mi marido y cinco años más tarde nos casamos. Estuvimos cuatro años sin tener hijos, el primero lo tuve en el 97, ahora va a cumplir 8 años. Siempre decíamos que queríamos tener tres o cuatro y tenerlos seguidos, yo siempre procuraba encontrarme recuperada y bien y cuando ya me veía con fuerzas “ala” por el otro, así que, al año y medio o así me quedé embarazada de otro niño. Todo muy bien los embarazos fenomenal haciendo deporte y con una vida normal, pero cómo yo quería una nena fui a por ella.

Enfermedad

Cuando di a luz a la niña, le di cuatro meses pecho que me costó muchísimo lo pasé fatal había un pecho que no le gustaba, me hizo unas grietas. Al poco de dejar de darle el pecho noté que me supuraba el pezón, viendo que no mejoraba me fui al hospital por que como tenía antecedentes de fibroadenomas y mastopatía fibroquística, a los 18 años me quitaron un fibroadenoma y al año y medio me quitaron otro, tenía revisiones periódicas por que también tenía antecedentes de una tía que falleció con 33 años de cáncer de mama, y claro eso me marcó mucho.

En el hospital me hicieron un análisis para ver si lo que salía era una infección, me dijeron que no y estaban ahí un poco por que eso fue en junio, luego en julio me dieron los resultados de la

mamografía que me hicieron también en junio y parece que me dijeron que se veía algo raro que había unas microcalcificaciones que no sabían que tenían que hablarlo entre ellos en el consejo de mama.

Como en el mes de Agosto no hay consulta me citaron en Septiembre para decirme que sí que después de estudiarlo y tal que me iban a operar pero que no le dieron urgencia tampoco y que me iban hacer a la vez una biopsia del pezón por que me seguía supurando. Tampoco esperarían que fuese una cosa tan agresiva lo que yo tenía pues desde junio que fui que no tenía nada en el pecho por que las microcalcificaciones no se nota nada en la auto-exploración, sólo tenía lo del pezón y en noviembre que me hicieron lo de la biopsia me notaba ahí unas durezas considerablemente importantes.

Bueno un poco desesperada para ver los resultados que salían y a las dos semanas después me dieron los resultados que habían sido patológicos... que vamos que tenía los dos: la enfermedad de Paget y que tenía microcalcificaciones patológicas y que tenía que intervenir y quitarme la mama y los ganglios de la axila.

Bueno ahí ya un shock bastante traumático, en ese momento tampoco piensas así..., piensas que vas a tener un proceso ahí de pasarlo mal pero que lo primero que piensas es en luchar. La verdad es que hasta que te operan pasan dos semanas y piensas incluso en operarte en una clínica privada. Son las dos semanas más largas de mi vida, tienes los nervios en el estómago, no puedes comer, pero cuando llega el momento de la intervención y te operan y te quitan el pecho para mí fue cuando te quitan una tonelada de encima te quedas descansando.

Después estás ahí que no sabes, también el médico me dijo: “Tranquila que esto está muy localizado” no sé si era para que pasara bien la Navidad que era Navidad o por que el hombre...no lo sé, no lo sé por que yo si que en ese momento estás más receptiva de todo, te fijas en lo que puedan hablar un poco por ahí, si están un poco apartados te fijas en todo te crees te haces montañas, por lo menos yo, de un grano de arena, te fijas si te tratan mejor, si te tratan peor, siempre estás buscando tú, más que lo que hagan es lo que tu quieras un poco analizar, lo que estás viendo es.. por

que luego cuando pasa el tiempo te das cuenta que a lo mejor de algunas cosas sí tenían razón pero de otras son castillos que te has hecho y entonces Francisco siempre me lo dice que nunca hay que, siempre hay que ser lo más optimista, no hacer un castillo antes de tener las cosas, no hacer un problema antes de que aparezca, y si realmente aparece buscar una solución y dársela.

Apoyo emocional

Yo sólo cuento con el apoyo de mi marido, en lo más íntimo y en lo más doloroso. El es bastante fuerte, a lo mejor cuando él esté a solas pero él no me demuestra que esté mal, sabes que las cosas se van llevando y ...

Imagen externa

Ahora otra vez se me va a caer el pelo, llega el verano, me apetece hacer gimnasia, aunque en mi casa puedo me gusta mucho nadar y entonces me planteo que hago me voy con el pañuelo, llega un momento que...yo siempre he intentando guardar la máxima discreción que se entere la menos gente posible no estar de cara a la gente con mal aspecto, si se enteran no me importa, pero no quiero ir cantando ...por que no me digan otra vez...Así que pienso cuando vaya a la playa me llevo la peluca, pues no yo voy a estar cómoda y mis hijos y mi marido y los amigos más cercanos lo saben pues...lo único que si me para es los niños hay algunos que no lo saben no comprenden y no sabes si van a crear rechazo o impactarles y eso es lo que me frena a mí de lo mejor de no llevar la peluca. Yo he tratado explicárselos a mi hijo con naturalidad.

Personal sanitario

En el hospital con las enfermeras muy bien, tengo mal recuerdo del ginecólogo pues pienso que no le dio la importancia que realmente tenía por que cuando recibes la anatomía patológica y ves que tienes un tumor de 7.5 cm, la enfermedad de Paget, afectación de ganglios linfáticos 9 de 12, aunque cuando leo el informe en ese momento no entendía nada, entiendo que es un nivel 3 ,3 y el ginecólogo no te dice nada sólo que tienes que ir a oncología. Aunque a veces prefieres no tener demasiada información aunque a mí me gusta

saber las cosas, pero en ese momento necesitas algo más. Por que cuando fueron a curarme a casa me dijeron que estuviera tranquila que aunque fuera algo malo en estos momentos hay muchos tratamientos que hoy en día hay muchos adelantos, yo necesitaba escuchar eso... que hay posibles soluciones.

Tratamientos

El oncólogo me explico todo y los diferentes tratamientos y que íbamos a probar con uno el que él pensaba que era el más eficaz, esperar resultados y paciencia, pero que la quimioterapia la tienes que pasar.

Recomendaciones

Cada persona reaccionamos de una manera. La reacción tras el diagnóstico es inevitable hay un periodo de tiempo que mientras se asimila y te haces a la idea tienes que pensar que hay que evitar hacer un problema antes de que haya el problema, y si el problema está ahí, que soluciones hay. Tienes que tener esperanza, ser positiva, estar distraída el máximo tiempo posible, evitar el pensar y pensar y darle vueltas.

Son diferentes etapas que tienes que pasar, al principio dices uf! Se me va a caer el pelo pero una vez que se te ha caído y te has adaptado pues quiero decir que yo lo que hacía es siempre estar cómoda yo, intentando pasar lo más desapercibida posible, ir bien arreglada lo tenía como norma ir pintada yo tenía como norma arreglarme bien, antes de que se me cayera el pelo me busqué una peluca similar a mi pelo. Hacer una vida lo más normal posible, no estar pendiente por si te pones mala o no, no estar esperando a que te vas a poner mal y si te pones mal tener la posibilidad de marcharte.

HISTORIA

INVESTIGACIÓN DE LA ENFERMERÍA MILITAR VISTA A TRAVÉS DEL CINE: EL CASO DE PEARL HARBOR

Pedro Manuel Salas Iglesias

*Doctorando Universidad Alicante: Enfermería y Cultura de los Cuidados.
Licenciado Humanidades. Diplomado y Titulado Superior Enfermería
Enfermero Consejería Para la Igualdad y Bienestar Social. Junta Andalucía.
Delegación de Huelva*



INVESTIGATION OF MILITARY NURSING THROUGH THE CINEMA: PEARL HARBOR

ABSTRACT

The axis of this methodological-scientific investigation will be the historical moment of the U.S.A incursion in World War II, following the Japanese bombing to the main North American base in the Pacific, Pearl Harbor. The military cinema as mass media, becomes a useful tool for extracting the social image of nursing during the development of war conflicts, this image maintaining a historical-cultural relation

with them. This film is articulated according to Florence Nightingale's nursing model.

Key words: Investigation, History, Anthropology of Cinema, Epistemology, Military Care, Pearl Harbor, World War II, Theories, Models, Florence Nightingale.

RESUMEN

El eje vertebrador de la investigación metodológico-científica será el momento histórico de la incursión de los EEUU en la Segunda Guerra Mundial, tras el bombardeo japonés a la principal base norteamericana del pacífico en Pearl Harbor. El cine militar como medio de comunicación, es una buena herramienta para extraer la imagen social de la enfermería durante el desarrollo de los conflictos bélicos, manteniendo una relación histórico-cultural con los mismos. Esta película está articulada siguiendo el modelo de enfermería de Florence Nightingale.

Palabras clave: Investigación, Historia, Antropología del Cine, Epistemología, Cuidados Militares, Pearl Harbor, Segunda Guerra Mundial, Teorías, Modelos, Florence Nightingale.

INTRODUCCIÓN

Este estudio tiene la pretensión inicial de dar a conocer el papel y la imagen social, histórica y antropológica representada por la enfermería en la segunda guerra mundial. El elemento desencadenante que ha motivado dicha investigación, ha devenido por el transcurrir de los últimos acontecimientos belicistas como la guerra de Afganistán o

la de Iraq, y que han hecho que la enfermería militar permanezca en auge y sea actual.

Otra de las causas justificativas habría que buscarla en la misma época histórica estudiada, pues se llegarán a formular los verdaderos precedentes de lo que devendrían los cuidados enfermeros militares de otras guerras mundiales posteriores. Por otro lado también, la fuente fílmica objeto de estudio, tiene el interés que precisamente la protagonista sea Enfermera Militar.

En la película merece la pena comentar, la existencia de una marcada ideología política propagandista imperialista de los EEUU, por la que el mismo presidente F.Roosevelt enunciaría respecto a la inclusión de su país en la guerra: "No se desquiten. El mundo está lleno de peligros y en cualquier momento la patria podría llamarlos a morir por la bandera" (lema falsacionista que bien recuerda al del presidente George Bush en su fática política bélica internacional).

La relación de la Enfermería en el film y con el momento histórico estudiado aparecerá desde el mismo momento en que los Estados Unidos declaran la guerra a Japón el 7 de Diciembre de 1941. El ataque fue dirigido por el comandante japonés Fuchida, con una duración de dos horas y llegando a destrozarse cuatro viejos acorazados y otros buques de guerra.

Tras una batalla de cuatro años, la guerra finalizaría con el bombardeo nuclear de Hiroshima y Nagasaki, y una cuantía de más de 237.000 muertos.

De nuevo, la enfermería y los servicios de salud sufrieron las consecuencias de forma radical, pues el conflicto afectaría a cada hombre, mujer y niño de los países beligerantes.

La hipótesis previa para realizar el estudio y que se trata de demostrar es que la película estudiada constituye una buena fuente fílmica para configurar la historia y teoría de los cuidados militares en la segunda guerra mundial. Una segunda línea de investigación y subhipótesis pasa por intentar demostrar que en esta película los cuidados son reproducidos según el modelo de Florence Nightingale.

OBJETIVOS:

- Entre los objetivos generales a cubrir estarían:

Descubrir y analizar los cuidados militares en EEUU. Realizar una investigación interna y externa a esta fuente fílmica para estructurar los cuidados militares.

- Como objetivos específicos que se plantean están:

Aplicar la Heurística a la investigación de los cuidados militares en fuentes externas.

Aplicar la Hermenéutica al análisis interno , para: Describir y analizar los cuidados obteniendo resultados adscritos al modelo Nightingale. Demostrar que los cuidados militares son abordados de manera holística en esta película.

ARGUMENTO DE LA PELÍCULA INVESTIGADA:

Rafe y Danny son dos amigos que han crecido juntos como hermanos, en una zona rural estadounidense y que han aprendido a volar en aviones fumigadores. Su amistad se ha prolongado a lo largo de los años convirtiéndose en pilotos de guerra aéreos. Rafe está enamorado de una enfermera militar (Evelyn) pero pronto es llamado a servir de manera voluntaria en la Fuerza aérea británica (RAF). Combatirá a los Nazis (como representante del ejército aliado norteamericano), mientras que Evelyn y Danny son transferidos al paradisíaco Pearl Harbor en Hawai. Rafe es dado por muerto, lo que hace que Danny y Evelyn se enamoren en medio del dolor y consuelo mutuo, dejándola embarazada. Pero Rafe sigue vivo y regresa a Pearl Harbor. Antes de decidir qué hacer ante esta dramática situación para los tres, Pearl Harbor es atacado por los japoneses. Como acto de venganza de los EEUU deciden enviar una misión suicida hacia Tokio, donde Rafe y Danny son reclutados para pilotar bombarderos. Desde el portaviones americano (USS Hornet) en el pacífico se acercan a 624 millas y lanzan sus bombas sobre las costas de Japón. Aunque las bombas que cayeron en la capital japonesa produjeron daños insignificantes, su repercusión moral fue inmediata, anunciando la resurrección del espíritu ofensivo de los EEUU y de nuevas derrotas.

El período final de la película y desenlace, acaba con la muerte de Danny que salva la vida a su amigo bloqueando las balas de las ametralladoras japonesas que intentaban capturarlos. Evelyn

tras la guerra acabará el resto de sus días con Rafe, que criará al hijo de su mejor amigo y vivirán felices (Touchstone Pictures, Jerry Bruckheimer Films (2001), <http://www.alohacriticon.com/elcriticon/article989.html>).

FICHA TÉCNICA:

En cuanto a la ficha técnica de la película trata-da (<http://www.notejode.net/peliculas/pearl%20harbor/harborhistoria.html>, y en <http://www.labutaca.net/films/4/pearlharbor.htm>), es la que se va a definir a continuación:

Dirección: Michael Bay. Ha dirigido otras películas entre las que destacan: Dos policías rebeldes, La Roca y Armageddon.

Guión: Randall Wallace.

Producción: Jerry Bruckheimer y Michael Bay.

Montaje: Roger Barton, Mark Goldblatt, Chris Lebenzon y Steven Rosenblum

Interpretación: Ben Affleck (Rafe McCawley), Josh Hartnett (Danny Walker), Kate Beckinsale (Evelyn Johnson), Cuba Gooding Jr. (Doris 'Dorie' Miller), Dan Aykroyd (capitán Thurman), Tom Sizemore (Earl), William Lee Scott (Billy), Greg Zola (Anthony Winkle), Ewen Bremner (Red), Alec Baldwin (Doolittle), James King (Betty), Catherine Kellner (Barbara), Jennifer Garner (Sandra), Michael Shannon (Theo), Jon Voight (presidente Roosevelt), Matthew Davis (Joe), Mako (almirante Yamamoto).

Música: Hans Zimmer.

Fotografía: John Schwartzman.

Género: Bélica.

País: EEUU.

Año: 2001.

MARCO TEÓRICO Y ESTADO DE LA CUESTIÓN:

Como partida de este estado de la cuestión cabe mencionar la referencia de otros autores que han investigado el cine como fuente científica empleándolo en la formulación de los postulados de la histórica y antropológica: Shapiro JF (1998), Alonso Barahona, F (1992), (Sola A, Selva M (1991)), Leguineche M. (2001), Choza J. (2002), Fuentes Goyanes E. (1982). Existen estudios internacionales que giran en torno a la figura de enfer-

mería a través del cine: Kalish P (1981), Newby M (1989), Hirata, MC. (2001), Lewes H (1995), y en territorio nacional: (Siles, González J, Cibanal Juan. L., García Hernández E, Gallardo Frías Y, Lillo Crespo M (1998)), Salas Iglesias, PM (2000), (Andina Díaz, E, Bonet Manso, P (2004)). El tema de los cuidados militares ha suscitado investigaciones de la sanidad militar (Martínez Asencio, Palacio Gavin, (2003) y de la historia de la enfermería militar en España (González Yáñez, 2003).

Como marco teórico es importante en primer lugar establecer un análisis antropológico del espíritu histórico y cultural del hombre japonés que existía durante la guerra, y para ello hay que partir del momento crucial histórico fundamentado en el afán de Japón por dominar el Pacífico (incorporándose de esta manera al club de las grandes potencias mundiales). Hay elementos antropológicos en torno al carácter agresivo del banzai japonés, con un espíritu de orgullo de raza (Whitney J., Leguineche M.). El éxito momentáneo de Pearl Harbor conduce al harakiri de muchos almirantes y generales norteamericanos. Se establece un etnocentrismo cultural con el hombre japonés, ya que se compara su cultura con la americana (por parte de algunos generales) y es considerada inferior al describirlos como: pilotos miopes, de dientes podridos por la caries, gente incapaz de poner en pie una potente maquinaria de guerra, de estatura pequeña y poco corpulenta, empleo de adjetivos diminutivos ("los japos" (de japonés)) llegando a alcanzar ideas de índole racista). En el cine esta infravaloración antropológica se verá reflejada en películas como El Puente sobre el Río Kwai (1957), que muestra fenomenológicamente la incapacidad de unos militares japoneses para construir un puente. En cambio, la visión que tiene la cultura japonesa sobre el hombre occidental se encuadra en un fomento de ideas de tipo despreciativas hacia el pueblo americano: materialista, corrupto, aislacionista, desdén de la política de defensa, decadente....

Cuando se enfoca este marco teórico en los cuidados militares es notable fijar como referencia, la situación que la enfermería ha establecido con el potencial configurador de la paradoja en relación con los conflictos bélicos (Siles, 1999). Se pueden llegar a distinguir los siguientes elementos: **1.**

Conocimiento de técnicas y cuidado de heridas, **2.** Conocimiento de procedimientos en cuidados a enfermos, **3.** Incidencia del apoyo sanitario en la eficacia del ejército, **4.** La relación entre el factor político ideológico y la forma de organizar y desarrollar los servicios sociosanitarios, **5.** La guerra como caudal de significados e interpretaciones de experiencias personales.

Con respecto a la enfermería militar en EEUU se hace necesario definir la etapa de la Historia de los cuidados militares durante la Segunda Guerra Mundial (Donahue,1993).

En Julio de 1940 se constituye el Consejo de Enfermería para la Defensa Nacional. Su estructura constitucional, se integra por las seis organizaciones nacionales de Enfermería (ANA, NLNE,NOPHN, ACSN,NACGN, AAIN), los servicios de enfermería federales y representantes de organizaciones como la American Hospital Association. En 1942 con la declaración de guerra el nombre será el de Consejo Nacional de Enfermería para el Servicio de Guerra, del que Stella Goostroy es su nueva jefa.

Tras la creación de la Ley Pública nº 74, LXXVIII del Congreso (conocida como Acta Bolton), se creó el Cuerpo de Enfermeras Cadetes de los EEUU. El programa formativo abarcaba 30 meses; las cuotas, estudios y uniforme eran gratuitos, existía una paga mensual para las estudiantes de las escuelas de Enfermería reconocidas, así como becas de trabajo de postgraduación (enfermeras graduadas).

Por otra parte la Guerra de Crimea y el papel desempeñado por Florence Nightingale, había revolucionado el concepto y el trabajo desarrollado por las enfermeras militares. De hecho, en la Segunda Guerra Mundial, las enfermeras (que serían una parte integrante de la estructura militar), estaban acostumbradas a la organización, habían adquirido un conocimiento experimental (a través de sus propias experiencias) y su preparación previa les facultaba para poder cubrir las necesidades de una guerra moderna de este tipo. Encontraríamos enfermeras militares en cerca de cincuenta países diseminados en los principales puntos de enfrentamiento bélico. Los lugares habituales en los que vivían y trabajaban abarcaban desde las instalaciones del Ejército y la Marina,

hoteles y estructuras adaptadas, barracas de acuartelamiento, tiendas-hospital, chozas de material prefabricado, etc.

La Enfermería comenzará una nueva faceta en la II Guerra Mundial al ejercer sus funciones durante el vuelo militar. Colaborarán en el transporte aéreo como medio de evacuación de los heridos. Los cuidados a los heridos se realizaban en los lugares donde eran colocados en literas de tres a ambos lados de los aviones de carga (a modo de aviones ambulancia). Para acceder a la escuela de enfermería de vuelo, se precisaba previamente formar parte del Cuerpo de Enfermeras del Ejército, continuando con un período mínimo de seis meses en un hospital de la Unidad de las Fuerzas Aéreas. Tras cumplir con estos requisitos se podía acceder a la escuela de enfermería de vuelo.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se trata de un estudio descriptivo transversal de corte histórico-antropológico para los cuidados enfermeros. Se realizará una investigación bifásica cualitativa empleando en la instrumentación de procesamiento de datos, las técnicas de la Heurística (análisis externo a partir de las bases de datos de la red internet) y la Hermenéutica (análisis interno derivado de la propia película).

Los materiales consultados se han investigado en ocho bases de datos de la red internet: Cuiden, Cuidatge, BDIE, TESEO, ISBN, Medline, Biblioteca del Congreso de los Estados Unidos y Corhane. Se han introducido diferentes descriptores que han sido traducidos al inglés para las fuentes internacionales. Entre ellos se encuentran los siguientes: “enfermería militar”, “cine”, “Pearl Harbor”, “segunda guerra mundial”, “antropología del cine”, “guerras”, “cuidados militares”, “historia de la enfermería militar”. Se desecharon los resultados para: la categoría “guerra” por su alto nivel de inespecificidad y poca pertinencia a los cuidados militares, así como con el tratamiento dado para la categoría “historia de la enfermería militar” (debido a los escasos resultados representativos). En la investigación de “cine” se añadió la categorización: “movies nursing” y “cinema nursing” en las bases internacionales.

Para el tratamiento del análisis cuantitativo se ha recurrido al programa informático de cálculo

Excel de Windows XP, así como para su representación gráfica.

La interpretación Heurística ha sido estructurada según la propuesta investigativa del Dr. J.Siles (catedrático de Enfermería y Director de la Asociación de Historia y Antropología de los Cuidados). Por otro lado se han seguido las directrices metodológicas heurísticas marcadas por la investigación de la enfermería basada en la evidencia, en la búsqueda y obtención de resultados significativos.

Para el análisis Hermenéutico se ha seguido las directrices de la adscripción al paradigma hermenéutico de Habermas J., aplicados a una fuente fílmica.

RESULTADOS:

En cuanto a los resultados cuantitativos son los obtenidos en gráfica 1.

De la investigación heurística respecto al ataque a Pearl Harbor en el cine, se descubre que la temática sobre la que versa la película no es original. Así en 1953, Fred Zineman Rueda "De Aquí a la Eternidad", donde se ve reflejado el ambiente confiado que se vivía en la base americana en vísperas de la guerra. Años más tarde en 1970 otra película: "Tora, Tora, Tora", dirigida por Richard Fleischer muestra a los japoneses convertidos en gran potencia económica, con una visión de no ser ya malos (en <http://www.teachwithmovies.org/guides/tora-tora-tora.html>).

De los resultados heurísticos a nivel de historiadores revisionistas se arrojan los descritos a continuación: la existencia de una serie de fallos y negligencias por parte de los americanos para descubrir y evitar el desastre que se avecinaba en Pearl Harbor. Entre ellos destacan: responsables de la seguridad que vieron la aproximación en pantalla de radar-móvil al norte de la isla de Oahu de al menos cincuenta aviones, confundiéndo lo con aviones americanos B-17 que llegaban desde California, y sin tomar medidas de seguridad declaran tan sólo a sus soldados "tranquilos chicos, tomaos un té bien cargado" (Leguineche M.). O también la posición en hilera, de dos en dos de los buques de guerra norteamericanos en la Avenida de los Acorazados, baterías desarmadas

por temor a los sabotajes de una quinta columna japonesa, aparatos de las bases aéreas que también fueron vaciados de combustible y colocados juntos para que fuese más fácil vigilarlos. Se incluye además el gran descuido de esa quinta columna japonesa en las islas Hawai, entre la que se mueven con total facilidad decenas de espías que proporcionaban cuantas informaciones y fotografías aéreas demandaban los generales de Tokio.

Existen resultados heurísticos también encontrados sobre algunos fallos desde el área japonesa: los tres portaaviones que Washington tenía en el Pacífico (Enterprise, Lexington y Saratoga) salieron indemnes del ataque japonés (porque en el momento del ataque se encontraban en otras aguas), el bombardeo sorpresa por aparatoso que fuera sirvió para poco, ya que la orden dada por el almirante japonés Nagano de retirarse del espacio aéreo de Pearl Harbor (antes de un tercer golpe), no consiguió destruir los depósitos de combustible, todos los talleres, almacenes, muelles, decenas de barcos auxiliares, etc. En pocos meses la base al quedar poco dañada volvió a funcionar al ciento por ciento, reflotándose parte de los barcos dañados y permitiendo reiniciar el ataque contra Japón.

Por consiguiente, se puede deducir que de lo que Tokio imaginó como un golpe decisivo a la moral americana, se transformó en la voluntad común de vengar la humillación de Pearl Harbor.

De la segunda fase de la investigación y como resultados Hermenéuticos se han encontrado los que se exponen a continuación:

La enfermería militar de los años cuarenta, es utilizada como mecanismo humano que no cumple en el film un objetivo claro de tipo vocacional al alistarse al ejército para la prestación de cuidados, sino que se solapa por perseguir una doble meta: por un lado el cumplimiento del patriotismo y por otro como base para entablar relaciones amorosas con los soldados. Si bien el hilo argumental, gira en torno precisamente al drama amoroso entre un oficial piloto y su novia enfermera militar.

El lugar donde se desempeñan las funciones de enfermera militar son recogidos en el film de forma clara:

1. Centros de Reconocimiento Militar. Ubicados fuera del frente, en grandes ciudades, cercano a bases militares, aeródromos, etc. Las enfer-

meras y médicos realizan exámenes y reconocimientos médicos para obtener el certificado médico que les faculta para poder pilotar aviones, dar la autorización sanitaria para ir a luchar al frente ,etc. No es sólo suficiente demostrar conocimientos militares en Academias Militares, aprobando exámenes teóricos de distintas materias sino de tener el Gobierno una garantía a efectos de salud, de que están sanos. En estos Centros la Enfermería suele ser femenina , uniformada de blanco, con falda, cofia, delantales y capa de color negro (empleada cuando salen a la calle). Las funciones que desempeñan van desde la administración de inyectables, inoculación de vacunas, revisiones oculares junto con los médicos, toman controles habituales: presión arterial, temperatura, pulso, así como prestación de Cuidados de Enfermería ante situaciones de urgencias ejemplificados en la película en dos momentos: (a). Reacción anafiláctica que sufre Rafe (protagonizado por Ben Haffleck) tras la administración de una vacuna (inyectada por error por cambio de historial médico correspondiente a otro enfermo). (b). Hemorragia nasal traumática producida al descorchar champán francés e impactarle en la nariz a Rafe (novio), cuando están junto a la enfermera Evelyn, ésta intenta cohibir la hemorragia, se le practica taponamientos nasal, y se le aplica hielo local, etc.

2. Hospitales militares base: Ubicados cerca de bases militares, integrados en el casco urbano. Atienden heridos leves que precisan larga recuperación, fracturas, cura por quemaduras de marineros, etc. En la película es el Hospital de la Base de la Marina de Pearl Harbor y será durante el ataque japonés Centro de Referencia Principal Sanitario para todas las urgencias, heridos, etc. de la isla Ohau. El uniforme de las enfermeras en estos Hospitales es de color blanco, con faldas y cofias. La estructura física del Hospital consta de una gran nave muy larga con múltiples ventanales, muy amplios, que permite una constante ventilación del lugar, con cortinas poco tupidas para no impedir el paso de la luz, cercana a estas ventanas se colocan las camas de tubo, una al lado de la otra. En las paredes de enfrente se sitúan las estanterías de material, también de color blanco.

Durante la situación de bombardeo japonés el hospital sufre una transformación: alejan a los enfermos de las ventanas y los cubren con colcho-

nes para protegerlos de los aviones japoneses. Para poder prestar todos los cuidados de urgencia y emergencia necesarios se llegan a ocupar todas las dependencias y salas del hospital, incluyendo mesas de cocina.

Las enfermeras serán las encargadas de valorar tras delegación del servicio médico, ya que las reservas de morfina del Hospital se están acabando, a los enfermos que han recibido poca morfina (realiza marcas en la frente de los enfermos, empleando para ello su propia barra de labios). Debido a que se ven saturados por el gran número de heridos que siguen llegando al hospital, necesitan organizarse, para que sólo entren los que puedan salvarse. Dicha función (de lo que sería en la actualidad la función de Triage) de valoración y clasificación es encargada a la enfermera Evelyn, marcando en la frente de nuevo con lo primero que tienen a mano, su barra de labios con distintas letras indicativas de su estado de salud (C, F,...). Dentro del hospital la enfermera llega a realizar todas las funciones de su campo profesional para salvar la situación bélica, siendo totalmente necesario, salvar vidas. Así se llegan a taponar arterias carótidas con compresión digital, por la falta de medios materiales se recurren para hacer torniquetes las propias medias de las enfermeras, en el hospital precisan de transfusiones urgentes de sangre, siendo los recipientes donde se recogen botellas de cristal de CocaCola Se prima sobretodo el estado de salud y las posibilidades de vida que aún tengan dichos heridos.

Como resultados hermenéuticos con respecto a la metodología enfermera que aparece en la película, es notable la influencia del modelo de Florence Nightingale (Wesley) y su teoría del entorno (excepto en situaciones de bombardeo franco en zonas donde se ubiquen los hospitales base). De acuerdo con Nightingale, las influencias y condiciones externas poco saludables durante la guerra (falta de higiene en campamentos) pueden prevenirse, suprimirse, o contribuir a la enfermedad y muerte. Es objetivo central del modelo ayudar al paciente a mantener su propia vitalidad, mientras satisfacía sus necesidades gracias al control del entorno. Define cinco componentes fundamentales que integran un entorno positivo o saludable: ventilación adecuada, luz adecuada, calor suficiente, control de los efluvios y control del ruido.

Nightingale consideró tres tipos de entorno: físico, psicológico y social. En la película se verán reflejados al registrarse las condiciones del entorno físico y psicológico presentes en los hospitales de base de Pearl Harbor: buena ventilación con amplios ventanales, por donde entra mucha luz, el medio ambiente es apropiado con poco frío, (isla Oahu en Hawái y con mucha tranquilidad cuando no existen bombardeos, de hecho se practican deportes náuticos variados como el incipiente surf), realización de control de efluvios, buenas medidas higiénicas, todas las paredes y suelos son blancos, lo que relaja el sentido de la vista dando sensación de mayor asepsia y limpieza. Las enfermeras que desempeñan allí su labor mantienen buenos niveles de comunicación con los enfermos.

De acuerdo con Nightingale en los hospitales del film, la enfermería influirá sobre el entorno de la persona de forma que le ayude a restaurar la salud, y aunque la teórica no describa específicamente el proceso de enfermería, su teoría lo apoya (la enfermera Evelyn llegará a realizar todo un proceso de enfermería con las cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación cuando estalla el bombardeo nipón y hay que atender a la gran cantidad de heridos que se desencadenan.). La obra fílmica recoge también los cuatro conceptos del metaparadigma de la enfermería incluidos en la teoría de Nightingale: persona, entorno, salud, enfermería.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

La investigación realizada consigue demostrar la hipótesis iniciadora planteada. Se puede concluir que un medio de comunicación como es el cine puede proporcionar información sobre la imagen social de la enfermera a nivel de la historia y la antropología en la segunda guerra mundial. Existen ciertos matices criticables que desvirtúan el ejercicio serio profesional, al usar la disciplina como mecanismo humano para ligar y alcanzar el amor y desvinculándola de la visión historiográfica de este período de la historia de los cuidados. Sin embargo esta situación no es generalizable, alistándose al ejército por causas reales del deber de patriotismo al país que represente, y practicando una enfermería de ayuda con marcado acento sociohumanitario y serio cumplimiento del deber.

En cuanto al número de investigaciones realizadas de la enfermería en el cine a pesar de la aportación documental a la historia y antropología de los cuidados (así como a su objeto metodológico de la Cultura de los Cuidados) existen pocos estudios aún a nivel nacional, por lo que se convierte en una futura fuente de investigación por explorar. La Segunda Guerra Mundial y el ataque de Pearl Harbor fue una gran prueba que superamos pero que jamás volveríamos a olvidar.

Los distintos factores de índole negativo que intervinieron en esta guerra como el término de la vida (muertos) así como la interrupción de los procesos de salud (heridas, lesiones, enfermedades epidémicas, etc.) han permitido el avance en el conocimiento experimental y empírico-científico en la prestación de cuidados bélicos, la macrohistoria y antropología de los cuidados, así como su ampliación también en la posible interconexión de Enfermería con otras disciplinas.

Concluimos el estudio con el espíritu de animación al colectivo enfermero para que investigue y podamos conseguir entre todos, un avance en el conocimiento epistemológico y paradigmático de los cuidados, como instrumento consolidado que permita actuar ante las nuevas necesidades sociológicas, antropológicas, psicológicas y culturales surgidas en esta nueva era de los medios de comunicación.

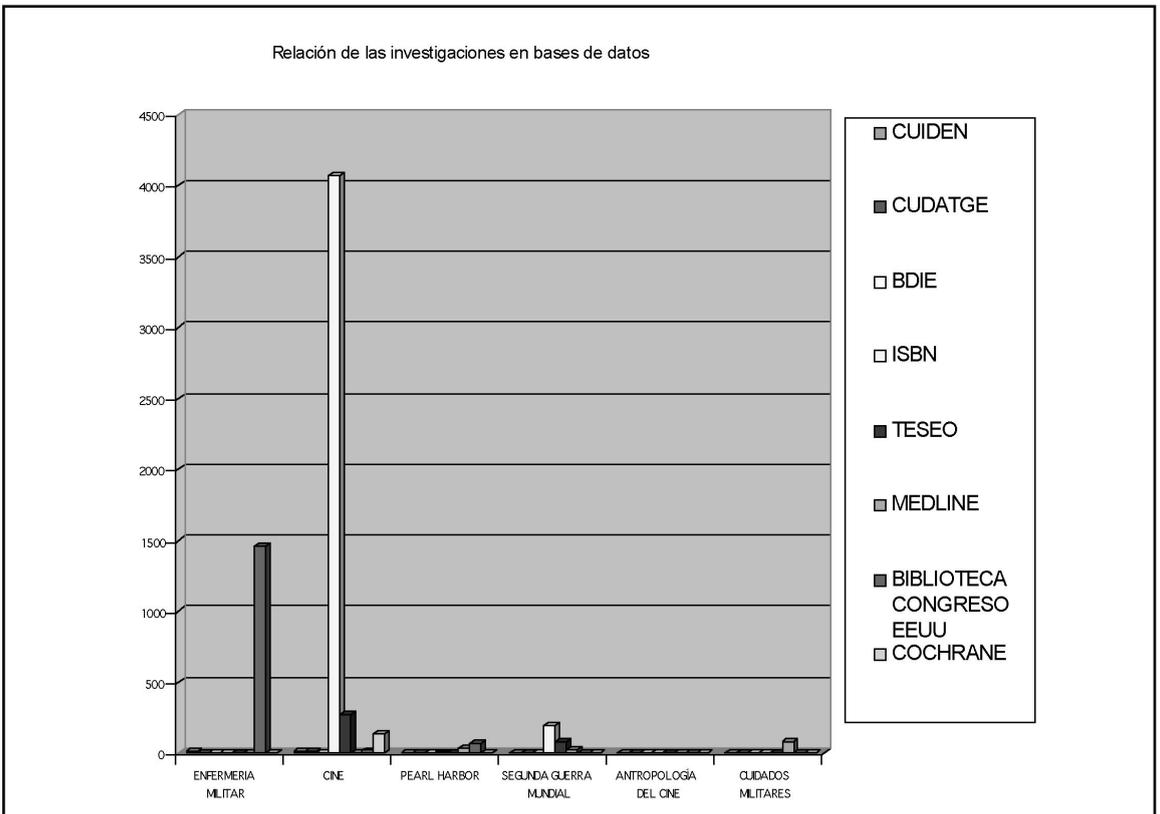
Intentemos vivir en tiempos de paz armónicamente, asentando las bases para la construcción de la enfermería como una ciencia epistemológica de los cuidados y huyamos de las situaciones conflictivas porque la guerra es la mayor plaga que puede afligir a la humanidad. (Martín Lutero, 1483-1546).

BIBLIOGRAFÍA:

- Alonso Barahona, F (1992). Antropología del cine. Centro de Investigaciones Literarias Españolas e Hispanoamericanas. Barcelona.
- Andina Díaz E, Bonet Manso P (2004). La enfermería en "Hablé con ella". *Index Enfermería*. Granada, (44-45):67-71.
- Choza J. (2002). La antropología en el cine occidental. Madrid: Ed. del Laberinto.
- Donahue, M.P. (1993). Historia de la Enfermería. Doyma. España: 410-420.
- El Crítico - Pearl Harbor de Michael Bay: <http://www.aloha-criticon.com/elcriticon/article989.html>. (Marzo 2004).
- Fuentes Goyanes, E. (1982). El cine científico una actividad académica normal. *Rev. Psicología Universitas Tarraconensis*. V-IV (1):31-38.

- González Yáñez,J.(2003).Historia de la enfermería militar española. Santa Cruz de Tenerife. Canarias.Ed. GONZÁLEZ YANES,JERÓNIMO.
- Habermas,J.(1988).La lógica de las Ciencias Sociales.Madrid. Tecnos.
- Hirata, MC. (2001). O cuidado e a força do cinema na criação do mito da enfermira heroína na II Guerra Mundial. Alcalá de Guadaira, Sevilla.
- Kalish P. (1981).When nurses were national heroines:images of nursing in America film. 1942-1945.Nursing Forum, 20 (1),14-6.
- La butaca-Pearl Harbor: <http://www.labutaca.net/films/4/pearlharbor.htm> (Marzo 2004).
- Leguineche,M.(2001).Pearl Harbor.El Cebo. Rev. La Aventura de la Historia. Alianza Ediciones.Madrid: 30-39.
- Lewes H (1995). 20th Century Fox: Nurses have fascinated film makers ever since cinema began a century ago. Nursing Times, 91 (50), 36-7.
- Martínez Asencio S, Palacio Gavin G(2003). Enfermería del cuerpo de sanidad militar. Zaragoza.Ed.Master- Distancia.
- Newby M (1989).Nursing at the movies. Nursing Standard, 3,13.
- Pearl Harbor una película histórica: <http://www.notejode.net/peliculas/pearl%20harbor/harborhistoria.html> (Marzo 2004).

- Pearl Harbor: <http://www.pearlharbor.com>. (Marzo 2004).
- Salas Iglesias,PM (2000).Investigación cualitativa sobre “Vértigo” de Alfred Hitchcock desde una perspectiva humanístico enfermera. Documentos Enfermería. IV (15),15-17.
- Shapiro JF. (1998). Atomic bomb cinema. Spring 17 (1): 126-48.
- Siles González,J. (1999).Historia de la Enfermería. Aguaclara. Alicante.
- Siles,González J, Cibanal Juan.L, García Hernández E (et al)(1998). La Enfermería en el Cine. Imagen durante la Guerra Civil Española. Rol de Enfermería, XXI (244), 25-31. Barcelona.
- Sola A., Selva M (1991). El cine: imagen y conocimiento. Infancia y Sociedad. V(7):101-108.
- Tora-Tora-Tora:www.teachwithmovies.org/guides/tora-tora-tora.html
- Touchstone Pictures,Jerry Brucheimer Films (2001). Pearl Harbor. USA.
- Wesley,R.L(1997). Teorías y Modelos de Enfermería. McGraw-Hill.Interamericana,México:5-14.
- Willmott, H.P. (2001). Pearl Harbor. Londres, Cassell & Co.
- Whitney,J.(1973). El Imperio Japonés. Rev. Historia Universal. Siglo XXI. Madrid.



gráfica 1

LA ENFERMERÍA TRANSCULTURAL EN ESPAÑA

Carmen Chamizo Vega

Licenciada en Enfermería.

Principado de Asturias (España)



TRANS-CULTURAL NURSING IN SPAIN

ABSTRACT

The present study analyzes the state of Trans-cultural Nursing in Spain, from a historical perspective. The outcome shows a lack of knowledge on these trans-cultural nursing theories at their basics although there are some nursing schools really advanced in the matter. In Spain at present, the question is some nursing schools are moving rather slow while others go too fast. Those who “think ahead” are not those in power to promote those theories and to put them into practice. Furthermore, our society is neither yet prepared to approach matters in a “non-medical way” nor yet organized to give an adequate feed-back to theory and practice care.

Key words: Trans-cultural nursing, nursing theories, competence, cultural

RESUMEN

En este artículo se analiza la Enfermería Transcultural en España, desde la perspectiva histórica concluyendo que en dicho país, existe un desconocimiento de estas teorías en la

base, pero sin embargo en ciertas escuelas existe un gran avance, es decir, que en España se va demasiado deprisa (unos) y otros demasiado lentos. Unos piensan y tienen ideas, pero no son los mismos que tienen poder para ponerlo en práctica, y además nuestra sociedad no está preparada para abordar temas “no medicalizados”, ni tiene organizada la retroalimentación de la teoría y práctica de los cuidados.

Palabras clave: Enfermería Transcultural. Teorías de Enfermería. Competencia Cultural

INTRODUCCIÓN

Al leer el programa del Congreso, contacté con las personas de la mesa y comprobé que era disperso el discurso sobre los Modelos transculturales en España, debido quizás a lo novedoso de dichas teorías en dicho país. Comenté el tema con enfermeras expertas y su opinión fue que en España se va demasiado deprisa (unas) y otras demasiado lentas. Unas piensan y tienen ideas, pero no son las mismas que tienen poder para ponerlo en práctica, y además nuestra sociedad (y sistema sanitario) no están preparados para abordar temas “no medicalizados”, ni se tiene organizada la retroalimentación de la teoría y práctica de los cuidados.

El por qué es diverso y revisando la bibliografía y desde una perspectiva histórica se entrevén algunas causas: la falta de asociacionismo en la base, la educación de enfermería en estos temas (que parte de 0 o menos 0, tanto histórica como académicamente), sus docentes y su método (basado más en educar en valores que en enseñar a valorar y a participar), la forma de utilizar el poder (se enseña sumisión en las escuelas y ya sabemos que la que es sumisa nunca puede ser responsable y hacer aquello que se propone.). Además el poder masculinizado se adopta como forma de poder actual, gerencialmente hablando, existe una imposición de modelos frente a otros, en vez de coexistir de una manera articulada y adaptándose a auto-

nomías e instituciones (políticas) y alimentados por los resultados es decir por los indicadores de gestión e investigación.

Mi objetivo en este artículo (1), ha sido aportar una visión de la situación en España de la Enfermería Transcultural, ser conciliadora en diálogo, hacer una propuesta de futuro y dar paso a distintos puntos de vista en el debate, para que se desarrollen los Modelos de Cuidados Culturales en España.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN EN ESPAÑA:

Históricamente en España no existe una tradición asumida en cuanto a la utilización de Modelos de Enfermería y menos aún, si tratan temas tan novedosos como los de la Transculturalidad, Competencia Cultural o Cuidados Culturales, y se debe comenzar por hablar y debatir sobre ello, pues cada vez más son los que se preguntan: “¿Qué es eso? .

Por otra parte los que más hablan sobre estos términos, son los que no tienen los pies puestos sobre la parte asistencial y sobre la realidad de la profesión, además la enfermera “de a pie” concibe lo de “cuidados culturales” como cosa de los “teóricos”, porque no ha tenido una formación en esa línea.

Esta situación ha llevado a que no se empleen y se difundan estos Modelos en España, pese a que las migraciones juegan un papel fundamental en nuestro país.

Son diversos los Modelos de Enfermería Transcultural y Competencia Cultural que aparecen en la Bibliografía anglosajona, pero en las bases de datos españolas son escasos los artículos sobre el tema y sólo destaca la Revista de “Cultura de los Cuidados”, donde se han publicado los modelos de Madeleine Leininger, el de Competencia Cultural de Larry Purnell y el Modelo de Tradiciones Culturales de Rachel Spector. También en las II Jornadas de Cultura de los Cuidados, celebradas el año 2003, en esta misma ciudad Dula Pacquiao, presentó su modelo o implicaciones éticas (también se pueden mencionar los de Camphina-Bacote y Papadopoulos, más conocidos en EEUU).

No obstante hay que decir, que los artículos existentes (2) de autores españoles, se centran en dar a conocer las teorías, sin considerar la aplica-

ción práctica o las experiencias de la aplicación de estos modelos y sus resultados. Incluso podemos observar que aparecen diversas interpretaciones del término “transcultural” que no tienen nada que ver con lo que ahora hablamos.

Interesantes resultan los trabajos de: Lillo, Casabona, Galao y Mora sobre la aplicación de la Enfermería Transcultural en el contexto de la práctica clínica, concretamente trabajando de forma práctica-asistencial con la Etnoenfermería de Leininger, las tradiciones en salud de Spector, la Competencia Cultural de Purnell, Papadopoulos, Meleis y la Ética cultural de Pacquiao. Estos trabajos se han centrado además en la calidad, satisfacción y percepciones desde el punto de vista de la Atención en Cuidados Culturales por parte de Enfermería, así como de la Gestión de dichos Cuidados Culturales. Destacar también el estudio descriptivo de Martínez sobre poblaciones socio-culturales diversas que acuden al sistema sanitario público.

Se puede decir que en España, la Historia sobre la Enfermería Transcultural se reduce a los esfuerzos desde sus inicios por parte de la Asociación de Historia y Antropología de los Cuidados (3), que se ha ocupado en recopilar y trabajar estos modelos de Enfermería; publicando artículos y trabajos relacionados con dicha temática en la Revista Cultura de los Cuidados, organizando unas Jornadas anuales y acudiendo en la medida de lo posible a las Conferencias de la Transcultural Nursing Society.

REFLEXIONES A TENER EN CUENTA EN EL DESARROLLO DE LA ENFERMERÍA TRANSCULTURAL EN ESPAÑA

REFLEXIÓN FILOSÓFICA:

El concepto de Enfermería Transcultural está basado en una ideología y sus modelos son como un marco de interpretación y evaluación de la realidad social referida a los cuidados. Su pretensión es orientar y justificar los cuidados enfermeros en las diferentes culturas y movimientos sociales.

Se puede decir que la ideología que la sustenta, es una ideología, con términos amplios y vagos y por tanto con falta de inserción gerencial o eficacia, en la “vida real”. Es decir que por un lado hablamos de ideologías y teorías antropológicas,

pero por otro, queremos insertar la Enfermería y los cuidados transculturales en un paisaje gerencial político (entendiendo política como algo que engloba todo). Estamos pues hablando de dos cosas: por un lado de un discurso con macroideologías y por otro de organizaciones que funcionan con eficacia y expertos.

Esto no es nuevo para la Enfermería, que desde su profesionalización ha ido construyendo teorías, como discursos legitimadores de las acciones que realizan las enfermeras; pero aún no hemos encontrado el puente entre el discurso-acción y el discurso-teórico. Incluso hoy día tenemos y estudiamos sofisticaciones discursivas (Diagnósticos de Enfermería), que acaban convirtiéndose en pseudoproblemas, e incluso necesitan sus propios expertos para poder abordarlos.

Esa tendencia a la sofisticación hace que exista, en algunas enfermeras, cierto desarme moral en la actividad concreta de cuidar (el rechazo de muchas enfermeras a ser superwoman y vivir por encima de sus posibilidades), y por tanto se puede esperar una pérdida de compromiso (si no les sirve esta teoría para su trabajo individual se desentienden de él; Ej.: ...eso era en la Escuela, ahora ya no...), que es paliada con recompensas individualizadas a través de grupos, donde la necesidad de pertenencia se ve cumplida y donde, si no persisten las recompensas individualizadas, tenderán a no persistir en su acción (...mira ahí va la trascultural...); y si persisten, serán por la incorporación de nuevas personas, quizás sin las ideologías iniciales, que van introduciendo modificaciones según sus propios intereses, lo que conlleva distorsiones a su vez.

Pero por otro lado, también hay que decir que, si nos expresamos con un discurso vago y cómodo, quizás no sea verdadero o no habrá manera de articularse con un discurso político gerencial solvente. Nos encontramos entonces ante un dilema: ***un discurso demasiado amplio y que no tenga inserción o un discurso complejo que no es capaz de llamar a la acción.***

ENFERMERÍA TRANSCULTURAL Y PODER:

Antes de seguir, es preciso definir el término o concepto político de poder. Existen dos conceptos: el de Weber y otro el Francfortiano.

El primero define lo político como actividad gerencial de macroorganizaciones que gestionan lo público.

Sin embargo para la Escuela de Francfort que influye en toda la izquierda y el feminismo europeo y americano, lo político es todo (4).

Quizás esta última, sea la acepción que más hemos admitido en Enfermería, más que la gerencial, aunque en España por circunstancias de la Guerra Civil y las enseñanzas posteriores de la Dictadura, para las enfermeras (mujeres) la política no existía (5).

Esto quizás nos haga parecer una profesión difusa, que unido a la gran carga ideológica y a la ausencia de teorías en España, haya tenido problemas y tiene, a la hora de su inserción político-gerencial y en la medida que su espesor teórico se engrose sufrirá desencajes discursivos.

Pero pongamos que una de nosotras, "enfermera transcultural", llega a ministra de sanidad...¿qué sucedería ...cambiaría leyes, dimitiría a cargos y pondría a enfermeras transculturales en todos los puestos de gestión?. Creo simplemente que los temas gerenciales, no saben de teorías enfermeras ***y habría que abordarlos no con teorías o recursos enfermeros e ideológicos, sino con recursos expertos: este puede ser exigir un sistema de cuota de participación en un poder dado, por lo pronto en las estructuras que afectan a Enfermería y organizaciones relacionadas con problemas sociales y de salud.***

ENFERMERÍA TRANSCULTURAL Y CONOCIMIENTO

Reflexionando sobre la cómo se trasmite el conocimiento, vemos que sólo acontece en comunidades de aprendizaje que presuponen una institucionalización, la presencia de algunas reglas, la adquisición de ciertos hábitos, el ejercicio de determinadas virtudes y la práctica de un esfuerzo compartido. Es decir, no sólo es esencial para la transmisión del conocimiento la sabiduría del maestro, sino también el deseo de saber del aprendiz; es decir, que ***lo importante no es enseñar sino aprender.*** Podríamos decir que por muchos modelos de cuidados transculturales que existan, sino hay enfermeras que los pongan en práctica y los cultiven y desarrollen, no se cumplirán los objetivos

iniciales que dieron origen a estos Modelos Transculturales.

Así como el primer paso del maestro en la antigüedad, era darse cuenta del talento humano y la energía incomparablemente superior a la fuerza de la materia (capacidad de crear una obra frente a tornerarla), en nuestra profesión también hay personas que cuidan y aprenden a su vez “prácticamente” de otras; y éstas no son sólo recursos, sino más bien fuentes de descubrimiento y generación de recursos (en La Odisea, no se le ocurre a Homero decir que Ulises era un recurso: nos muestra narrativamente cómo, en la empresa de su retorno a Ítaca, Ulises se manifestó como “fértil en recursos”). *Es decir que “los maestros” deben de primar el factor humano y ver la práctica y a los que enseñan en ellas, como fuente de implementación de las teorías enfermeras.*

Otro hecho destacable en España, es la formación del profesional de Enfermería, pasando de una eminentemente práctica a una teórica preponderante, con mucho énfasis en la Información (externa), pero no tanto en el Conocimiento (interno). Es decir que la Enfermería ha pasado en poco tiempo a dejar lo artesanal y enfocar sólo lo académico y creo que es muy importante la presencia de “maestros”, más en el sentido en que atribuimos esta expresión a un “maestro albañil”, a un “oficial” (como se decía en el medievo), que en la acepción que se adscribe ampulosamente a un famoso director de orquesta. Pero me refiero a maestros creativos y no soñadores (6).

También la Historia nos ha demostrado cómo se ha pasado de unos paradigmas a otros y que sobre lo que se sabía, se superponía el saber más y el nuevo conocimiento. Esto ocurrió en algunos aprendices con talento que se convirtieron en maestros y cuya orientación fue decir sin miedo, la veracidad de lo que creían.

PROPUESTA DE FUTURO:

Dicho lo anterior, realizo una pregunta: ¿qué hacer para que se desarrolle la Enfermería Transcultural y dichos Modelos en España?.

Tras el silencio y reflexión previos, quiero aportar varias respuestas e ideas que se me ocurren y que pueden dar lugar a otras más:

- Hay que promover mecanismos de horizontali-

dad que hagan que las enfermeras transculturales se reconozcan en una causa y genealogía común, siendo como un gajo de una misma naranja, y demostrando que la Enfermería es de amplísimo arco social e histórico. Así se irá hacia delante con independencia de las adhesiones concretas e individuales a esta o aquella teoría (o modelo).

- La adhesión a la Enfermería Transcultural será muy difícil, si no existe la incentivación individual, representado por políticas concretas. Por qué no puede ser la Enfermería o los Cuidados Transculturales una rampa de salida hacia temas gerenciales y docentes (ámbitos de poder y salida para los licenciados en Enfermería).
- Llamar la atención en los profesionales de Enfermería, sobre la necesidad de recuperar la noción de sabiduría práctica, no lastrada por prejuicios; es decir crear un hábito de aprendizaje continuo de las personas, que fomente en las organizaciones los valores de la innovación y la solidaridad.
- El éxito de la organización de la Enfermería Transcultural en España, es el aumento del conocimiento enfermero en este campo (no sólo de la información) y ello está relacionado con las enfermeras y con su capacidad de pensar, en el sentido de discurrir, de pasar de unos conocimientos intelectuales a otros, es decir, de adquirir conocimientos nuevos. Pero este saber no es potestad de nadie y no es automáticamente transmisible, sino por medio de un aprendizaje. De ahí que lo que debe primar en la organización de la Enfermería Transcultural en el futuro, si queremos tener integración política y social - y por tanto éxito -, es un gran esfuerzo en la calidad de la educación, el aprendizaje y la investigación de estos temas.
- Un puente entre la teoría y la práctica debe ser la ayuda entre ambas y esto no supone que las jerarquías desaparezcan y sólo queden las REDES. Quiere decir que las jerarquías se establezcan en función del saber, en función de los lenguajes que cada uno domine y se conviertan así en protagonistas de una historia compartida: la de la Enfermería con las Culturas.
- La Ética constituye el fundamento y la orientación de toda sabiduría práctica y *la confianza mutua*, basada en la veracidad, es el límite que

ninguna corporación o Asociación ha de vulnerar, porque entonces se haría internamente vulnerable. Este aspecto es importante desarrollarlo en la Enfermería Transcultural en España.

- No hay que perder de vista si se quiere desarrollar un plan de futuro, que la *capacidad, potenciada por lo hábitos teóricos y prácticos, de llegar a saber cosas nuevas y aprender a realizarlas es lo que dará el índice de competitividad; es decir debemos conseguir que la Enfermería Española sea culturalmente competente con respecto a las teorías y la práctica en la Transculturalidad.*

Todos estos planteamientos no quieren proponerles una "revolución", ya que creo que no existe ninguna fórmula mágica para que se desarrolle la Enfermería Transcultural en España, si no que hemos de estar buscando habitualmente soluciones cambiantes, procedimientos oportunos, respuestas operativas a las perplejidades que se nos plantean; perplejidades que ahora siempre son nuevas y cuya respuesta, por lo tanto, no se encuentra en ninguna parte: sólo se halla en el propio proceso de investigación práctica cuyo motor no es otro que el ejercicio implacable de la propia inteligencia.

Agradecimientos: A Manuel Lillo e Isabel Casabona por sus aportaciones. A José Siles y a J. A. Ávila por su deferencia al invitarme al Encuentro celebrado en Junio del 2004 en Alicante.

BIBLIOGRAFÍA:

- Andrews M, Boyle J, editores(1995). Transcultural Concepts in Nursing Care. 2º edition. Philadelphia: Lippincott.
- Brink, P.J. (1999) Transcultural versus cross-cultural. Journal of Transcultural Nursing; 10(1), 6.
- Galao R.; Lillo M.; Casabona I.; Mora Mª D. (2005) ¿Qué es la enfermería transcultural? Una aproximación etimológica, teórica y corporativista al término. Evidentia enero-abril;2(4). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n4/99articulo.php> [ISSN: 1697-638X].
- García Mª I.; López Mª N.; Vicente Mª J. (2003) Formación en relación del personal de enfermería. ¿Responde a una enfermería transcultural?. Index Enferm. invierno. XII(43): 88.
- Giger J, Davidhizar R. (1995) Transcultural Nursing: Assesment and Intervention. 2ª edition. St Louis: Mosby.
- González E, Comelles JMª. (2000) Psiquiatría Transcultural. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Leininger M.(1994) Nursing and Anthropology: Two Worlds to Blend. Columbus: Greyden Press.

- Leininger M. (1995) Transcultural Nursing. New York: McGraw-Hill.
- Lillo M.; Galao R.; Casabona I.; Mora Mª D.(2004) Competencia cultural y cuidados. Análisis conceptual y revisión bibliografica. Evidentia sept-dic;1(3). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n3/76articulo.php> [ISSN: 1697-638X].
- Lipson J.G. (1999) Cross-cultural nursing: the cultural perspective. Journal of Transcultural Nursing. ; 10(1), 7.
- Luckmann J. (1999)Transcultural Communication in Nursing. New York: Delmar.
- Mariano, L.; Encinas, B. (2003) Cuidados y cuidadores transculturales en el Hospital Fernando Fonseca (Portugal). Index Enferm. Otoño. Año XII(42): 63-65.
- Meleis A.I. (2002) Cultural diversity research. En Western Institute of Nursing (Ed.). Silver threads: 25 years of nursing excellence; Denver, CO: Western Institute of Nursing.
- Montoya, R. (2003) Enfermería transcultural [comentario de: Las culturas de la salud. Spector, R.E. y Muñoz, M.J.]. Index Enferm. Invierno. Año XII (43): 85-86.
- Moreno, M.(2003) Inmigración hoy. El reto de los cuidados transculturales. Index Enferm. Otoño. Año XII(42):29-33.
- Purnell L, Paulanka B, editores.(1998) Transcultural Health Care. Philadelphia: F. A. Company.
- Siles J., García E., Cibanal L., Galao R. (1999) La Enfermería Antropológica y Transcultural en el marco de la educación para el desarrollo. Una perspectiva histórica y epistemológica en el umbral del siglo XXI. Revista de Enfermería y Humanidades Cultura de los Cuidados; 6(3): 24-40.
- Siles J. (2003) Antropología y Enfermería. La necesaria simbiosis entre dos disciplinas para vertebrar culturalmente la teoría y la praxis de los cuidados. Index Enferm. Inv. Año XII(43):28-32.
- Spector R. (2000). Cultural Diversity in Health and Illness. 5th edition. Stamford: Appleton & Lange.

- (1) Artículo realizado sobre la ponencia expuesta en ALICANTE 16/6/04. Congreso de Enfermería Transcultural, por la autora .
- (2) Búsqueda realizada en Medline y Cuiden (Rev. Index de Enfermería y Evidentia):
- (3) Creada por enfermer@s de la EUE de Alicante liderados por el profesor José Siles en 1996.
- (4) Valcarcel, A. (1997)La política de las mujeres. Cátedra, pp100
- (5) Discurso del Dr. Palanca a las enfermeras de Cruz Roja Española en 1916. Archivo Nacional de Cruz Roja Española
- (6) La diferencia estriba en que los primeros saben cómo materializar sus ideas, cómo hacer operativos sus proyectos, lográndolo con naturalidad, pues quien domina un oficio posee una especie de empatía con la realidad sobre la que trabaja, de manera que es capaz de distinguir enseguida, lo esencial de lo accidental y saber cuál es el quid de la cuestión, eso que los anglosajones llaman the point.

FLORENCE NIGHTINGALE Y EL CONTEXTO HISTÓRICO-SOCIOCULTURAL DE SU ÉPOCA

Alica Hanzeliková Pogranyivá*

María José Carabaño Mariblanca**

Beatriz Torresano Torresano** María Rosario García Moreno**

**Enfermera - Toledo*

***Estudiantes de Enfermería de UCLM Toledo*



FLORENCE NIGHTINGALE AND THE HISTORICAL, SOCIAL AND CULTURAL CONTEXT OF HER TIME

ABSTRACT

This paper aims to review the life of the founder of professional nursing and the historical, social and cultural context in which it developed.

Florence Nightingale, the first nursing theorist, applied her knowledge of history and philosophy to the study of reality, by focusing on what became the centre of her life: people's health care.

To understand her life it is necessary to remember the situation of a country that had just started the deep transformation of the social relations of production and distribution of material and spiritual goods. As a consequence of the Industrial Revolution, a new social class appeared, the bourgeoisie, transforming not only material standards of living but also thought. Catholic dogmatism turned into religious reform, giving way, in regards to

England, to the establishment of Anglicanism as the official religion and to other Protestant currents.

Key words: Biography of Florence Nightingale, socio-cultural context.

RESUMEN

Este trabajo tiene como objetivo ofrecer un repaso de la vida de la fundadora de la enfermería profesional y del contexto histórico-sociocultural en el cual se desarrolló.

Florence Nightingale era la primera teórica de enfermería, supo aplicar sus conocimientos de historia y filosofía al estudio de la realidad, en particular a esa parte de la realidad que se constituyó en el centro de su vida: el cuidado de la salud de las personas.

Para comprender el curso de su vida hay que recordar que le correspondió vivir en un país que había iniciado la transformación de las relaciones sociales de producción, y distribución de los bienes materiales y espiritual. Como consecuencia de la Revolución Industrial, apareció una nueva clase social la burguesía, que transformaría no sólo las condiciones de vida material de los hombres sino también el pensamiento. Del dogmatismo católico se pasó a la reforma religiosa, dando surgimiento, en el caso de Inglaterra, al anglicanismo como religión oficial, y a otras corrientes del protestantismo. **Palabras clave:** Biografía de Florence Nightingale, contexto socio-cultural.

INTRODUCCIÓN

Florence Nightingale era la segunda hija de William y Frances Nightingale, una familia adinerada de Hampshire. Nació el 12 de mayo de 1820 en Italia, durante un viaje familiar.(gráfica nº1)



Gráfica n°1: Florence Nightingale

En el siglo XIX, al que algunos denominan como el siglo de los viajeros, la literatura de viajes tenían un papel decisivo en el debate cultural y científico dentro del pensamiento británico. Políticos, comerciantes, militares y científicos organizaron expediciones de exploración y los viajeros románticos se lanzaron a recorrer los países exóticos con la idea de la búsqueda de lo diferente. El viajero descubría numerosos motivos de reflexión: las antigüedades y las huellas del pasado clásico, la riqueza o la pobreza de cada región, las costumbres y el carácter de cada pueblo. Los clásicos destinos de los turistas británicos eran el Imperio Clásico (Grecia e Italia), Francia, Suiza, Egipto, India, China y el país más romántico por excelencia España. Eran individuos acaudalados, generalmente rentistas, que disponían de todo el año para viajar, pero la época preferida era el invierno para huir de los rigores de la clima de su país.

Su padre, William Nightingale, era un unitario que estaba involucrado en el movimiento antiesclavista. Su madre, Frances Smith, también, provenía de una familia fielmente unitaria. Su abuelo materno, William Smith, fue diputado durante 46 años, gran defensor de los derechos de los disidentes en materia religiosa y militante por la abolición de la esclavitud.

El término unitario comenzó a ser utilizada en Europa en el siglo XVII. La principal intención del movimiento eran unir todos los grupos disidentes. (Disidentes: protestantes que no son miembros de la iglesia anglicana, incluidos, los metodistas, metodistas primitivos, cuáqueros, baptistas, unitarios, congregacionalistas y miembros del Ejército de Salvamento.) El aspecto más importante del unitarismo consistía en poder desarrollar sus propias opiniones religiosas, por lo tanto, el enlace entre ellas consistía más en su antidogmatismo que en cualquier uniformidad de la creencia. Los unitarios pensaban que Jesús Cristo era un líder religioso, al que se seguía pero no se adoraba, y dudaban que Jesús fuera “el gran ejemplo” a copiar, para perfeccionar nuestra unión con Dios.

Opinaban que los males sociales estaban creados por el ser humano, no infligidos por Dios, y por lo tanto se podía solucionar con esfuerzos humanos. En el siglo XIX los unitarios fueron identificados con la campaña para la reforma social y política, eran activos en los movimientos de la salud pública, la reforma de las prisiones, derechos de las mujeres y la abolición de la esclavitud. El censo religioso de 1851 había 3.153.490 disidentes protestantes, de los cuales 37.156 eran unitarios.

En 1821 la familia Nightingale regresó a Inglaterra, donde Florence tuvo una niñez muy enfermiza debido a que el clima inglés no le favorecía.

William Nightingale, hombre de ideas sociales progresistas consideraba muy importante la educación de la mujer, por eso se ocupó de la formación de sus hijas con una seriedad que por lo general solía reservarse a los hijos varones. Les introdujo en la enseñanza de latín, griego, historia, filosofía, matemáticas y música. Por esta última, Florence sintió un gran entusiasmo pese a no poder cantar, pues su garganta solía estar afectada; la música excitó su imaginación y su apasionada naturaleza, veía en ella una bendición, sin embargo, la primera cosa que recuerda de su niñez era el deseo de cuidar enfermos. Su sueño era visitar los hospitales.

La enseñanza de las niñas de la clase media alta fue muy deficiente hasta mediados del siglo XIX. Las hijas de las familias acomodadas recibían educación en su propio hogar. Los colegios de pago a los que asistían las hijas de clase media con menores recursos solían ser pequeños locales carentes de personal capacitado en los que se enseñaba una cultura muy básica y una serie de habilidades para manejarse en el futuro como amas de casa. En la población trabajadora las posibilidades se reducían a las escuelas de orientación religiosa. En 1870 se creó la ley que generalizaba la enseñanza hasta los 12 años aunque la plena aplicación tuvo que esperar algún tiempo. Estas medidas consiguieron que el analfabetismo femenino decreciera poco a poco hasta igualarse al masculino.

El 7 de febrero de 1837 Florence Nightingale tuvo una experiencia mística donde sintió que Dios le llamaba a su servicio, esto fortalecía su convic-

ción de que no estaba echa para una vida ordinaria. Fue entonces cuando empezó a visitar las viviendas de personas pobres y enfermas tratando de apoyarles y mitigar sus sufrimientos. Prefería hacer estas visitas que acudir a las fiestas y reuniones de sociedad.

En 1840 le rogó a sus padres que le permitieran profundizar en el estudio de las matemáticas. Su madre se opuso pues pensaba que las tareas de hogar no debían descuidarse y consideraba que el destino de su hija era el matrimonio. El padre, pese a haber transmitido a Florence su amor por las matemáticas, le pidió que estudiara temas más apropiados a su condición femenina, como Historia o Filosofía; tras mucho insistir, finalmente, le dieron permiso y aprendió aritmética, geometría y álgebra.

En 1842 conoce al hombre que será el gran amor de su vida, Richard Moncton Milnes, que la pediría el matrimonio. No se casaría con él, pues Nightingale no estaba dispuesta a renunciar a sus convicciones y en la época victoriana una dama de la nobleza y casada no podía tener una profesión. Milnes, por su parte, no entendía, como una persona de una familia acomodada, podía querer una vida de sacrificios.

Al cumplir 23 años reconoce que su verdadera vocación es ser enfermera y comunica a sus padres este deseo; ellos manifiestan una fuerte oposición, ya que la enfermería estaba mal considerada socialmente.

La condición femenina a lo largo del siglo XIX se estaba transformando muy lentamente. En las primeras décadas la mujer estaba excluida de la esfera pública y laboral, primando el rol reproductor. Su dedicación se dirigía al cuidado de su casa y quienes vivían en ella.

Las mujeres de las clases media y alta contaban para el desempeño de los trabajos del hogar con la ayuda de personal doméstico, formado en su mayoría por jóvenes solteras, las que abandonaban este trabajo al casarse. Unas de las pocas actividades independientes de la mujer fuera del hogar era la visita a familias pobres, para ejercer la caridad - actividad entre las mujeres de clase media, que en algunos casos alcanzó niveles de dedicación semiprofesional.

La condición de la mujer comenzó a mejorar a partir de mediados del siglo XIX, gracias a las rei-

vindicaciones femeninas que llevaron a cabo un grupo de mujeres en Inglaterra: desarrollaron una lucha en el plano de los derechos civiles apoyando el divorcio, el control propio de las fortunas de las casadas. Impulsaron la enseñanza secundaria femenina y lucharon por el acceso de las mujeres a la universidad.

La participación en la vida política, la igualdad de derechos no se cumplió hasta 1918 año en el que las mujeres dispusieron del derecho del voto en las elecciones generales.

Durante los años siguientes, Nightingale, seguía decidida a estudiar y ejercer la enfermería, había pedido permiso a sus padres para atender a los enfermos en la Clínica Salisbury, cuyo médico jefe era amigo de la familia, pero no lo había obtenido y llegaría a la conclusión de que solo la viudez o la pobreza podían dar ocasión de trabajar a una mujer con educación.

En este periodo de su vida, recibió cierto estímulo del doctor Samuel Gridley Howe, americano pionero en la enseñanza para ciegos, quien le aconsejó que perseverase en su vocación de enfermera a pesar de la negación de familiares y amigos.

En 1848, Nightingale tuvo la oportunidad de enseñar durante varios meses a los niños pobres en la Ragged School de Westminster. Mostró una gran preocupación por la educación de las niñas. Ayudó a promover lo que era entonces una idea revolucionaria (y religiosa para ella), que los fenómenos sociales podían ser objetivamente medidos y expuestos al análisis matemático.

Con la revolución industrial tuvo lugar el hacinamiento en las ciudades de la población, las carencias higiénicas y las condiciones insaludables de la vivienda y el lugar de trabajo, los barrios mal urbanizados, las largas jornadas laborales de 16 y 18 horas tanto para hombres como mujeres, el trabajo infantil además un descenso continuo del salario. Estas personas habían sido desarraigadas de sus lugares de nacimiento, perdiendo sus propias raíces rurales y artesanales. Se produjo un aumento de la mortalidad infantil en las ciudades, y un aumento de enfermedades como la tuberculosis, la difteria, el cólera, el tifus abdominal etc.

En 1849, después de 7 años de espera, Milnes obtuvo una respuesta definitiva para su oferta de



matrimonio. En su diario, ella explicó el porque de su negativa; “Yo tengo una naturaleza, moral y activa que requiere satisfacción y eso no encontraría en la vida con él. Podría sentirme satisfecha si pasara la vida con él, combinando nuestros diferentes poderes para lograr un gran objetivo. Yo no podría satisfacer esta naturaleza pasando la vida con él, en compromisos sociales y organizando las cosas domésticas.”

Poco tiempo después, Florence Nightingale realizó un viaje por Egipto y Grecia dedicando algún tiempo a tomar apuntes detallados sobre la situación social y sobre los vestigios arqueológicos. En el viaje de regreso, pasó por Alemania, visitó Kaiserswerth, lugar en el que el pastor Theodor Fliedner había fundado en 1836 un hospital que era además orfanato y escuela.

En 1851 convencida la familia de que no cedería en su deseo de ser enfermera, su padre le inscribió en los mejores institutos. Inició sus estudios en el Instituto San Vicente de Paúl en Alejandría, de las hermanas de convento aprendió el valor de la disciplina, la organización y entrenamiento; continuó su formación en el Instituto para Diaconisas protestantes de Kaiserswerth donde demostró ser una alumna capacitada, y al cabo de tres meses de formación el pastor Fliedner le sugirió que publicara un relato sobre la vida en Kaiserswerth destinado a los lectores ingleses. Nightingale estaba deseando que se conociera Kaiserswerth como un

lugar en el que las mujeres pudieran recibir una educación útil. Completó la instrucción práctica que había adquirido en Kaiserswerth visitando los hospitales de Europa y Gran Bretaña. Cuando en 1853 visitó el Hospital Lariboisiere en París, quedó favorablemente impresionada por sus salas, construidas a modo de pabellones. Las salas estaban diseñadas para recibir la luz y el aire fresco, al tiempo que permitían que los “efluidos malignos” o “miasmas” pudieran disiparse entre los largos y estrechos bloques. Su estudio sobre la disminución de la mortalidad en Lariboisiere contribuyó a la “teoría de los miasmas”, que sostenía que la enfermedad surgía espontáneamente en los espacios sucios y cerrados.

En los Estados Unidos de América surgió la corriente de la Higiene Natural, conocida hoy en día como la Higiene Vital. Dicha corriente al principio tiene relación con la hidroterapia y muchos puntos en común con la corriente naturalista clásica, evita al máximo la utilización de cualquier “remedio terapéutico” se apoya en una educación popular para la salud, al mismo tiempo que se basa en cambios de forma de vida para prevenir o curar la enfermedad. El comienzo real del cuidado de la salud basado en la fisiología, o Higiene Natural, como se conoció luego, comenzó con Isaac Jennings en 1822. Los principios de esta teoría consisten en poner el paciente bajo la ley orgánica, y de esta manera dejarlo al poder curativo de la naturaleza. Se confiaba en la capacidad de autocuración del organismo, recomendaba el descanso, el ayuno, la dieta, el aire puro, y otros factores higiénicos. Para Jennings, la enfermedad no es lo contrario de la salud sino un estado de menor salud. Como causas de este agotamiento de la energía vital, Jennings mencionó el esfuerzo excesivo, los errores dietéticos, el te, el café y el alcohol, los excesos sexuales, insuficiente descanso y sueño, tensiones emocionales y estrés.

Silvestre Graham en 1825 se dio a conocer como incondicional de la Higiene Natural y de la reforma de la vida. De manera atrevida afirmó que la forma de vida correcta es mas importante para la salud que cualquier centro medico o los medicamentos.

Mary Gove era la primera mujer higienista que se unió a esta corriente.

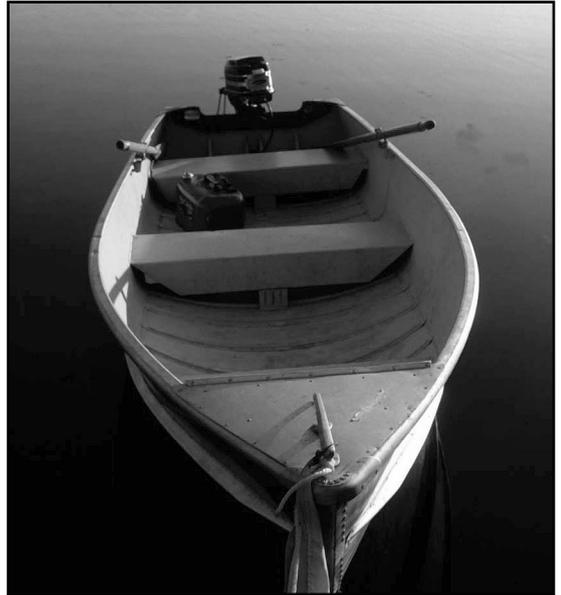
El Higienismo sentaría la base para el desarrollo de la sanidad pública en el Reino Unido a partir de 1830, con medidas tales como la construcción de alcantarillas y el suministro de agua para a las ciudades.

Florence Nightingale se distinguió de los partidarios y de la teoría de los miasmas de su tiempo por la conexión personal que establecía entre sus ideas científicas y religiosas. Para ella Dios habría creado la enfermedad de las miasmas para que el hombre pudiera prevenir mediante la organización del entorno. Las enfermeras al encargarse de la higiene, tenían una oportunidad única para progresar espiritualmente, para descubrir la naturaleza de Dios mediante el aprendizaje de sus “leyes de salud”.

En 1853 Dios le habló por segunda vez, ella interpretó esta llamada como un mensaje para dedicar su vida al servicio del enfermo. Poco después, obtuvo su primer empleo siendo nombrada directora del Sanatorio para señoras invalidas de alta sociedad en Harley Street en Londres. Demostró ser una excelente gerente en el trabajo diario tanto ella como sus enfermeras se atenían sin discusión a las indicaciones de los médicos en todo lo referente al tratamiento, pero a veces hacía caso omiso de las decisiones de la dirección por el interés de los pacientes.

Nightingale tenía un enfrentamiento con el comité del hospital porque no aceptaban a pacientes católicos. Amenazaba que dimitiría a menos que el comité cambiara las reglas y le diera permiso escrito para aceptar no solamente a los católicos romanos sino también a los judíos y cualquier persona de otra religión y permitirles que fueran visitados por sus representantes religiosos. El comité cambió las reglas tal como ella exigió.

En el siglo XIX la religión oficial en Inglaterra era la Anglicana. Los disidentes, los católicos romanos y los judíos sufrieron todo tipo de discriminación legal. Los miembros de estos grupos religiosos no podían ocupar puestos oficiales, ni militares. No podían ingresar a las universidades de Oxford y Cambridge. Como la Cámara de los Comunes y la Cámara de los lores solamente admitió anglicanos, para los miembros de otras iglesias era imposible introducir leyes que garantizarían la libertad religiosa. La iglesia anglicana



perdió su monopolio en 1828. En 1836 forman una comisión eclesiástica para proponer reformas en la iglesia anglicana.

Cuando en 1854 estalló la guerra en Crimea, Nightingale estaba buscando nuevas oportunidades para demostrar sus aptitudes.

La Guerra de Crimea enfrentó a Rusia y a una coalición formada por Gran Bretaña, Francia, el reino de Cerdeña y el Imperio otomano desde 1853 hasta 1856. Las raíces de la guerra estaban en la denominada cuestión oriental, una situación cargada de implicaciones negativas para el equilibrio del poder de Europa.

Desde finales del siglo XVIII Rusia estaba interesado por incrementar su influencia en la península de los Balcanes y arrebatarse a los turcos el control de los pasos marítimos situados entre el mar Negro y el Mediterráneo. Gran Bretaña y Francia consideraban como una amenaza para sus intereses en Oriente Próximo.

La causa de la intervención de Rusia fue un conflicto surgido entre la Iglesia católica y la ortodoxa por el dominio de los lugares sagrados de Palestina, que en esta época pertenecía al Imperio otomano. El sultán otomano, presionado, por Francia decidió en favor de la Iglesia católica en 1852. Rusia insistió en un nuevo acuerdo favorable para los ortodoxos. El embajador británico en Constantinopla ayudó a negociar un acuerdo

amistoso obre los lugares sagrados palestinos. Rusia no contento con el acuerdo, el 1 de julio de 1853 ocupó Moldavia y Valaquia, destruyendo la flota turca, lo que provocó que Gran Bretaña y Francia le declararon la guerra. El reino italiano de Cerdeña se unió poco después. Austria amenazó a Rusia con declarar la guerra si no desocupara Moldavia y Valaquia. Rusia cumplió la petición. Fue en este momento cuando los aliados decidieron emprender una campaña contra Sevastopol. Finalmente el zar ruso Alexander II. aceptó firmar un tratado de paz en el congreso de Paris en 1856.

Con el ejército británico en Crimea se encontraba el primer corresponsal de guerra William Howar Russel, de The Times, quien en 1854 empezó a enviar crónicas sobre las condiciones de los soldados y las grandes carencias en sus cuidados. La preocupación por el bienestar de los soldados se manifestó como una oleada crítica en la opinión pública, e hizo que Sydney Herbert (secretario de Estado para la guerra) designara a Nightingale Superintendente del Cuerpo Femenino de Enfermeras de las Fuerzas Inglesas en el Hospital General Ingles de Turquía el 18 de Octubre de 1854. Poco después Florence embarcó para Escutari acompañada de 38 enfermeras

Al llegar fueron mal recibidas, ni si quiera tenían un lugar donde alojarlas. Los médicos, que nunca habían tenido enfermeras en el ejército, rehusaban admitirlas. Cuando al fin se les permitió ir a trabajar al cuartel, se encontraron con una situación insoportable. El hospital estaba diseñado para 1700 pacientes, pero allí se habían amontonado 4000. Debajo del edificio había una alcantarilla, que atraía a las ratas y otros animales. No había agua, jabón ni toallas, tampoco cuchillos ni tenedores, la comida estaba putrefacta. Se tardaba horas en servir una comida que era incomedible. Los hombres yacían prácticamente desnudos o con uniformes rotos y llenos de mancha de sangre. Había pocas sábanas, pero eran tan toscas que los hombres heridos pedían que se les dejase envueltos únicamente con sus mantas. Se carecía de material medico esencial, y tampoco había ningún tipo de equipamiento de cocina y lavandería.

Las heridas de guerra era, sólo la sexta razón de defunción. Enfermedades como el tifus, cólera y

disentería eran las tres causas principales por las cuales la proporción de muertos era alta.(42,7%)

Los víveres recibidos no se distribuían fruto del abuso de los jefes. Nightingale compró alimentos de su propio dinero, pero esta situación no podía durar mucho tiempo, empezó a cobrar a los soldados los servicios de enfermería. Pronto aparecieron conflictos con los médicos. Parte del conflicto era debido a su carácter; era terca y autoritaria. Era estricta y rígida en su disciplina con las enfermeras y bondadosa con los enfermos.

Nightingale transformó un lugar de horror en un refugio donde los pacientes podían recuperarse. Creó cocinas dietéticas, una lavandería, salas de café que proporcionaban música y recreo y salas de lectura; también organizó clases para los soldados. Además de atender a los pacientes, escribió cartas en nombre de los soldados, organizó un sistema para enviar dinero a sus familias.

El éxito más grande de Nightingale fue el descenso del índice de mortalidad total (de 42,7% al 2%) a los 6 meses de su incorporación.

El creciente interés del público por sus iniciativas dio a su opinión una fuerza de la que no disponían los reformadores en las filas del ejército. Muchas de las recomendaciones de la directora de enfermeras al Secretario de Estado para la Guerra se convirtieron rápidamente en nuevos reglamentos militares.

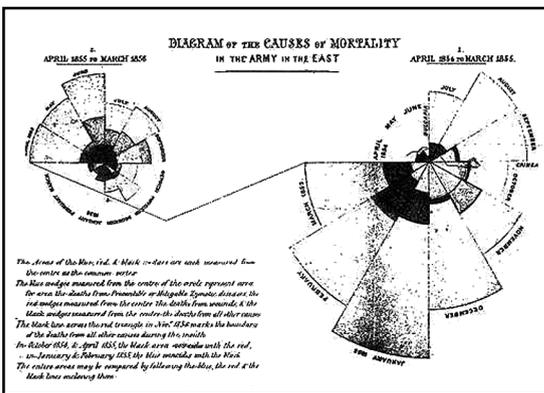
En noviembre de 1855, un grupo de seguidores suyos quisieron renumerarle por su trabajo y por el compromiso que había adquirido con los soldados en Crimea. Con el dinero recogido nació la Fundación Nightingale. Ella por aquellas fechas, estaba sumergida en los problemas de la guerra y no le prestó atención hasta 1860.

En junio de 1856, enfermó de fiebre de Crimea y volvió a Londres, donde fue recibida con honores, sin embargo rechazó el premio de heroína nacional, porque según ella solo cumplió con su deber como ser humano. Su persona levantó tanto interés, que hasta la reina Victoria y el príncipe Albert insistieron en conocer a Florence Nightingale para hablar de su experiencia de la guerra.

Antes de partir de Crimea hizo la promesa a los soldados de seguir luchando por su causa y por esta razón en agosto de 1856, insistió en que se

realizara una investigación de los cuidados de salud en el ámbito militar que dio lugar a la creación de la Comisión Real sobre sanidad en el ejército Británico en 1857.

Con Sydney Herbert como presidente de la Comisión, Nightingale se dedicó a ordenar sus pruebas sobre la mala administración de los hospitales y a reunir estadísticas de la mortalidad. Nightingale publicó sus propias opiniones en su libro *"Notas sobre las cuestiones relativas a la salud, eficacia y administración hospitalaria del ejército británico"*. Incluía una sección de estadísticas acompañadas de gráficas (área polar) Gráfica n°2.



Gráfica n° 2: Diagrama de el área polar. El original era a en color con el área externa en azul, las áreas centrales más oscuras en negro, y las áreas centrales más claras en rojo.

El texto en la esquina dice: Cada una de las áreas de las áreas, azules, rojas y negras, esta medida utilizando el centro como vértice común. Las áreas azules medidas desde el centro del círculo representan área por área las muertes por enfermedades Zymoticas, desde prevenibles hasta mitigables. Las secciones rojas medidas desde el centro representan las muertes de heridas. Las secciones negras medidas desde el centro representan las muertes por otras causas. La línea negra que cruza el triángulo rojo en noviembre 1854 marca el límite de las muertes debidas a todas las otras causas durante ese mes.

En octubre de 1854, y abril de 1855, el área negra coincidió con el rojo, en enero y febrero de 1855, el azul coincidió con el negro. Las áreas completas pueden compararse siguiéndolas líneas limítrofes del azul, el rojo, y el negro.

Florence Nightingale tenía ideas muy avanzadas para su época ya que pensaba que podía educarse al soldado. Era consciente también de los efectos negativos que tanto el alcohol como la prostitución tenían para el ejército. Pensaba que la

condición del soldado era debido más al entorno que a su propia naturaleza.

"Nunca he podido compartir-escríbala- el prejuicio sobre la indolencia, la sensualidad y la ineptitud del soldado. Al contrario, creo (...) que nunca he conocido a una gente tan receptiva y atenta como la del ejército. Si se les ofrece la oportunidad de enviar dinero a casa de manera rápida y segura (...) lo harán. Si se les ofrece una escuela, asistirán a clase. Si se les ofrece un libro, un juego y una linterna mágica, dejarán de beber (Goldie, 1987, pág.21).

Después del éxito de las salas de lectura en Escutari, Nightingale promovió la creación de salas similares en los cuarteles. Elaboró una nomenclatura estándar para las enfermedades y diseñó un Formato Estadístico del Hospital Modelo, que fue aprobado por el Congreso Internacional de Estadística en Londres en 1860.

A partir de 1857 ejerció una gran influencia en la administración sanitaria Británica en la India.

Gran Bretaña fue mucho más que el espacio comprendido por las Islas Británicas, fue la cabeza de un gran imperio colonia. El Imperio Británico de Reino Unido entre 1826-1913 fue la máxima potencia colonial, poseía un gran dominio mientras los demás países (excepto viejas potencias coloniales de la Península Ibérica y Holanda que tenían escasos territorios fuera de sus metrópolis. Tenían posesiones en Australia, las Antillas, la costa del Golfo de Guinea y principalmente en Canadá y la India, convirtiéndose esta en la joya de la corona. La existencia de las colonias incidió en múltiples aspectos de la vida británica. Entre 1870 y 1914, una de cada tres personas emigraban a las colonias, esto era una válvula de escape a las posibles tensiones sociales gracias a su capacidad de absorción de un importante flujo de inmigrantes. Las colonias también contribuyeron a mejorar el nivel de vida de la población británica al facilitar alimentos y materias primas baratas, además aportaron a los habitantes de la metrópolis dosis de autocomplacencia y orgullo patriótico.

El Gobierno Británico emprendió amplias reformas basándose en sus dos informes: *"Observaciones sobre la situación sanitaria del ejército en la India"* y *"Vida o muerte en la India"*

En 1857 conoció a Harry Verney, quien era un miembro liberal de la Cámara de los Comunes. Durante un período largo jugó un papel muy importante en la vida de Nightingale.

Nightingale tenía claras opiniones sobre los derechos de las mujeres. En su libro *“Sugerencias para la reflexión destinadas a los que buscan la verdad en la religión” (1859)* argumentó a favor de la educación superior de las mujeres. Sin embargo se oponía a que las mujeres estudiaran medicina y los hombres enfermería, aludiendo que era más importante tener mejores enfermeras que mujeres médicos.

Hacia finales de 1859 publicó sus *“Notas sobre Enfermería”* como una orientación para la comprensión clara del significado de enfermería que se amplió en 1860 con una sección especial sobre los cuidados de los bebés. Ella misma así presentó su libro:

“De ninguna manera estas notas tienen la intención de ser una regla de pensamiento, por la cual las enfermeras puedan enseñarse así mismas a cuidar, ni mucho menos un manual para enseñar a las enfermeras el arte de cuidar. Están dirigidas sencillamente a dar algunas ideas a mujeres que tienen el cargo personal de la salud de otros.

No pretendo enseñarle cómo, le pido a ella que aprenda de sí misma y con este fin me aventuro a darle algunas ideas.”(Nightingale Prefacio XXV-XXVI)

Puso énfasis en el entorno físico. Su preocupación por un entorno saludable incluía tanto las instalaciones hospitalarias como las viviendas y las condiciones físicas. En este libro definió y describió con detalle los conceptos de ventilación, temperatura, iluminación, dieta y ruido, en otras palabras, el entorno.

El libro vendió millones de ejemplares en todo el mundo, fue traducido a 12 idiomas. Todavía en nuestros días se sigue publicando. Entre sus múltiples obras solamente de este cobró los derechos de autor.

Nightingale desarrolló el primer programa para las enfermeras donde insistía en la formación laica de las mismas. Las circunstancias que llevaron a defender el laicismo en la formación se debe a las controversias surgidas durante la Guerra de Crimea y la aparición del rumor en la prensa sobre que

algunas de sus enfermeras habían intentado convertir a soldados en su lecho de muerte.

Para la fundación de la escuela de enfermería se escogió el hospital de Santo Tomás.

La mayoría de los médicos de Londres se opusieron al proyecto, sólo el 4 % de ellos se mostraron a favor de la escuela, incluso dentro del mismo Hospital de Santo Tomás, se encontró una fuerte oposición liderada por John Flint South, quien publicó el folleto *“Hechos relativos a las enfermeras hospitalarias (1857)”* donde se indicaba que al estar las enfermeras en una posición social similar que las asistentes del hogar y que no necesitan enseñanza.

El estado de salud Nightingale, limitaba su actividad laboral, por eso dejó las funciones de dirección de la escuela. Aunque hubiera gozado de buena salud, probablemente nunca se hubiera dedicado a la enseñanza porque no se consideraba buena profesora de mujeres. En la carta a Mari Mohl en 1861 así lo describe:

“mis teorías no han suscitado mucho interés entre las mujeres. Las que fueron conmigo a Crimea no aprendieron nada de mí y ninguna ha sacado lecciones de la guerra.” Vicinus y Nergaard 1989 pág.230.

Sobre la educación de las enfermeras opinaba: *“La autora de estas líneas, que conoce tal vez mejor que ninguna otra persona en Europa lo que podríamos llamar el trabajo de enfermera de hospital, es decir, la labor práctica de la enfermera, cree sinceramente que es algo imposible de aprender en los libros y que sólo se puede aprender a fondo en las salas de un hospital; también cree que para aprender a administrar cuidados médicos en cirugía, la mejor escuela es observar a una “monja” de cualquier hospital de Londres”* (Nightingale,)

Aunque consideraba que los libros de texto eran inapropiados para enseñar en que consistía la labor de la enfermera, reconocía que son imprescindibles para aprender el campo sanitario y administrativo.

El objetivo de la Escuela Nightingale era preparar enfermeras de hospital, enfermeras visitadoras, matronas, enfermeras que luego fueran dirigentes de enfermería a nivel internacional.

El primer grupo inició sus clases en junio de 1860. La enseñanza duró un año, después forma-

ban parte del personal de un hospital durante dos años. El programa incluía tanto conferencias dadas por los médicos y de las enfermeras dirigidas como prácticas. Una sólida ética impregnaba el programa donde se incluían lecciones para la prevención de las enfermedades, aspectos de la higiene familiar y de la comunitaria, también se prestaba atención, tanto al estado mental del enfermo como a su bienestar físico. La escuela era independiente pero estaba vinculada al hospital y presentaba las siguientes características:

- Las alumnas dependían de la enfermera jefe.
- La Escuela proporcionaba un hogar a las alumnas.
- La instrucción de las alumnas corría a cargo de las monjas y de la enfermera jefe.
- Las alumnas recibían un salario mínimo durante su formación.
- Tras su formación, debían aceptar un puesto en algún hospital elegido por el Fondo .

En 1887, 42 hospitales contaban con enfermeras jefes formadas en la Escuela Nightingale, en la que un total de 520. El éxito de la escuela quedó patente porque sus alumnas conocidas mundialmente como “enfermeras Nightingale” eran solicitadas por los institucionales de diferentes países como: Australia, Canadá, India, Finlandia, Alemania, Suecia y Estados Unidos. Esto permitió la creación de una red internacional de escuelas.

Florence Nightingale consideraba que, una vez que la enfermera había “aprendido a aprender”, el proceso de formación debía continuar más allá de la escuela.

Durante sus últimos años, Nightingale criticaba la profesionalización de las enfermeras y destacaba lo que de específico tenía la actividad de la enfermera y la responsabilidad personal de ésta en el bienestar de las personas. Opinaba que la enfermera tenía que entender su trabajo como una llamada interior o una vocación, más que como una profesión.

Entre 1860 y 1870 se centraba su trabajo en el tema de la educación. Le interesaban los efectos de la escolarización en la salud de los niños. Mostró interés por las escuelas de las colonias británicas. En 1861 dirigió un estudio en 143 escuelas coloniales de Australia, Canadá, Sudáfrica y Ceilán. Opinaba que los métodos educativos Europeos no

eran adecuados para la educación de la población indígena.

En la correspondencia con Sir Grey, gobernador de Nueva Zelanda, ella le explicaba que mantener a niños en un aula llenándoles la cabeza de formulas era desastroso para personas de una cultura que no estaba acostumbrada a esto, hablaba de que este tratamiento ocasionaría problemas de salud, escrófula y tuberculosis y añadía que este hecho sería condenarlos a una muerte lenta. Sus advertencias encontraron oídos sordos.

Nightingale también trabajaba en la creación de un sistema de cuidados intensivos, barracas para soldados casados y hospitales para enfermos mentales.

En 1872 se retiró del servicio activo. Sin lugar a dudas, fue fuente de inspiración para muchos. El mismo fundador de la Cruz Roja Henri Dunant afirmó que las ideas y el ejemplo de Florence Nightingale habían influido en sus ideas y proyectos. En 1893 Lystra Gretter instructora de cuidados en el hospital de Harper en Detroit, Michigan, compuso el juramento de Nightingale. Es una adaptación del juramento hipocrático tomado por los médicos. No hay evidencia que Nightingale tenía conocimiento de su contenido; sin embargo, lleva su nombre.

“Me prometo solemnemente ante Dios y en la presencia de esta asamblea, para pasar mi vida en pureza y para practicar mi profesión fielmente. Abstendré de lo que es deletéreo y dañoso, y no tomaré ni administraré con conocimiento ninguna droga dañosa. Haré todo lo posible para mantener y elevar el estándar de mi profesión, y cuidaré en la confianza todas las materias personales y a todos los asuntos de familia que vienen a mi conocimiento . Con voluntad de la lealtad me esfuerzo para ayudar al médico, en su trabajo, y me dedico al bienestar de todos los que estén confiados a mi cuidado. “

A partir del 1896 se agravó su situación de salud. Se quedó ciega y más tarde perdió otras facultades.

En 1907 el rey Eduardo VII le concedió la “Orden del mérito”, fue la primera mujer con este orden.

En 1908 le dieron la “Libertad honoraria” de la ciudad de Londres.(Otras medallas que recibió:

“Orden de la cruz de mérito” (Alemania), “Medalla de la sociedad Francesa de ayuda a los heridos de las armadas de tierra y mar” (1867), “Cruz de Génova” (1870-1871), “Orden de San Juan de Jerusalén” (1904), “Placa de Honor de la Cruz Roja Noruega” (1910).

Florence Nightingale falleció el 13 de agosto de 1910. La enterraron en el sepulcro de la familia en Wellow. Su ataúd fue llevado por seis sargentos del ejército británico.

Hoy en día los principios de enfermería de Nightingale aún están vigentes. Su teoría (ventilación, temperatura, silencio, dieta e higiene) forma parte del cuidado de enfermería y se consideran tan importantes en la actualidad como hace 150 años.

BIBLIOGRAFÍA:

- FRANK-ELIZONDO (1987) Desarrollo histórico de la enfermería. México. Copilco.

- GOLDIE, S.; (comp.) (1987) Florence Nightingale en la Guerra de Crimea, 1854/1856.
- HERNÁNDEZ CONESA J.(1995) Historia de la enfermería. Getafe. Mc Graw-Hill Interamericana España.
- MARRINER TOMEY A.; RAILE ALLIGOOD M.(2003) Modelos y teorías en enfermería. España. Eservier Science.
- NIGHTINGALE, F.(1990) Notas sobre enfermería. Qué es y qué no es. Salvat.
- Manchester, Reino Unido, Manchester University Press.
- PATRICIA DONAHUE M.(1985) Historia de la enfermería. España. Egedsa.
- VICINUS, M.; NERGAAR, B (comps.)(1989) SIEMPRE VUESTRA, Florence Nightingale. Londres, Virago Press.
- Encarta (marca registrada) Biblioteca de consulta 2002.1993-2001 Microsoft corporation.
- <http://www.Florence-nightingale-avenging>.
- <http://www.Internurse.com/nightingale>.
- <http://redescolar.ilce-edu.Mx/publicaciones>
- <http://www.countryjoe.com/nightingale>
- <http://hipatia.nab.es/paseos/>
- <http://www.spartacus.schoolnet.co.uk/>
- www.zuhaizpe.com (LA MEDICINA DEL SIGLO XIX)
- www.orbita.starmedia.com/Turismo.



ANTROPOLOGÍA

¿ESTAMOS SOLOS ANTE LA MUERTE?

M^a Belén Martínez Cruz*

Javier Calatayud García**

*Enfermera de la Unidad de Cuidados Paliativos**

*Enfermero Urgencias***

Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid)



ARE WE ALONE BEFORE DEATH?

ABSTRACT

Fear and cultism towards death in western societies cause feelings of anguish and loneliness when something as natural as death approaches us. Hiding the truth to patients is quite common. The silence conspiracy is a fact between relatives and patients who see their life ending. For all that, it is worth asking: are we alone before death?

KEY WORDS: Death. Loneliness. Silence conspiracy. Right to information.

RESUMEN

El miedo y el ocultismo hacia la muerte en la sociedad occidental hacen que cuando se acerca algo natural como es el final de la vida aparezcan sentimientos de angustia y de soledad. El ocultar la verdad a un paciente en la actua-

lidad es bastante habitual. La conspiración de silencio es un hecho entre la familia y el paciente que ve que su vida se le está escapando. Por todo ello cabe plantearse la pregunta ¿estamos solos ante la muerte?

PALABRAS CLAVE: Muerte. Soledad. Conspiración de silencio. Derecho a la información

Siempre había pensado en la muerte como algo lejano, tenebroso, algo que no se debía ni mencionar. Todo muy acorde con lo que pensamos la gran mayoría de las personas que habitamos este maravilloso mundo civilizado y desarrollado, el denominado de la “medicina moderna”. A este mundo al que cada vez se le hace más cuesta arriba enfrentarse a algo tan natural como es el morir. Mundo que idolatramos, y nos creemos cada vez más, que es “cuasi perfecto”. Hay que recordar que quizás sea la muerte la que nos ponga los pies en el suelo, ya que a otras cosas, muchos de nosotros nos hemos por desgracia habituado. La guerra ya no es tan cruel porque todos los días la tenemos en casa, en nuestra pantalla del televisor y nos queda lejos. El hambre del llamado por nosotros tercer mundo también está lejos, y nos consolamos con pensar que la culpa la tienen sus gobiernos. Pero hay algo que aunque queramos alejar de nuestras vidas está siempre presente, y más tarde o más temprano nos tocará de cerca, la muerte. Y mi pregunta es: ¿ESTAMOS SOLOS ANTE LA MUERTE?

Como enfermera de una unidad de Cuidados Paliativos considero que en muchas ocasiones así

es. No desde el punto de vista físico, puesto que la gran mayoría de las muertes que yo he vivido con pacientes, siempre han estado acompañados. A lo que me refiero es a ese silencio que persiste incluso hasta el mismo momento. A esa soledad del paciente ante la muerte que se le avecina, y de la que no ha podido ni hablar durante su proceso, por que todos le decían: "...no digas esas cosas que todo va a salir bien". A esa conspiración de silencio, cada vez más habitual y que contrasta tanto con la obligación que tenía el médico de decir la verdad al enfermo en la Edad Media.

Actualmente el debate está centrado en la eutanasia, en su legalización. Pero, ¿no deberíamos antes discutir sobre el conocimiento de la verdad del paciente?. Si ni siquiera somos capaces, a veces, de comunicarle que su evolución no es favorable, y que quizás su pronóstico se reduce a 3, 6 meses, o un año de vida. ¿Cómo queremos darle la opción de solicitar su muerte anticipada y a la carta?

La despedida era un acto fundamental del ceremonial del deceso durante la Edad Media, por tanto la información al paciente era un deber del médico, según un documento pontificio. Pero en la 2ª mitad del s. XIX, se estimó conveniente ocultar al enfermo la gravedad de su estado para protegerle, manteniéndole aislado en un ambiente de falso optimismo, donde las decisiones más importantes se tomaban sin contar con él. Cuando el enfermo se daba cuenta de su situación, ya era demasiado tarde para que alguien se atreviera a decírselo, no solo para ahorrarle sufrimiento a él, sino también para evitárselo a sus allegados. Una situación bastante comparable con la que ocurre actualmente.

La Ley 41/2002, de 14 de Noviembre resalta el derecho a la información, el consentimiento informado y la intimidad de la información relativa a la salud de las personas. El Artículo 4 de esta Ley hace referencia al Derecho a la información asistencial:

1. Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. Además toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informado...

2. La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se

comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.

3. El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle.

El Artículo 5 se refiere al titular del derecho a la información:

1. El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita.

2. El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades...

3. Cuando el paciente, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

Además de los imperativos legales que ya existen, nunca deberíamos olvidar que, informar a un enfermo que tiene una dolencia mortal es, antes que nada, un acto incuestionablemente humano, por supuesto médico, ético y según lo anterior legal. Es cierto que es el médico y no otro profesional el responsable de dar la información sobre un diagnóstico y un pronóstico, pero los demás profesionales que forman parte del equipo asistencial no deberíamos eludir nuestra responsabilidad con actitudes evasivas ante las preguntas de un paciente.

La muerte siempre ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad, quizás sea ahora cuando queramos intentar borrarla de nuestras vidas y abogar por una inmortalidad inventada, que llegamos a creernos. Esta inmortalidad viene dada por los avances tecnológicos, por las vacunas que han erradicado enfermedades como la viruela, o los transplantes de órganos, o sin ir más lejos, algo que creemos que es tan normal como la existencia de la insulina, la cual es de una relativa juventud,

tan solo cumple ahora 84 años. Por el gran arsenal farmacéutico del que podemos valernos los “ricos” de esta sociedad y que son capaces de cronificar nuestras enfermedades, hasta convertirnos en: “paciente de 80 años con pluripatología, HTA, diabetes, gonartrosis, insuficiencia mitral, Epc...” Hace no tantos años esto sería incompatible con la vida.

Este es el precio que tenemos que pagar por todo lo que avanza nuestra sociedad, no estoy diciendo que esto no sea maravilloso, que sean grandes logros del ser humano, y que nos permitan vivir más años y relativamente bien; lo que quiero resaltar es, que todo esto nos hace olvidar que la muerte también forma parte de nuestras vidas. Que como el resto de mamíferos, nacemos, crecemos, envejecemos y morimos, pero se podrían distinguir tres diferencias:

El hombre es el único animal que sabe que envejece

El hombre es el único animal que sabe que ha de morir

El hombre es el único animal que le duele la vejez y le teme a la muerte

Lo que le crea problemas al hombre no es la muerte sino la existencia de ella

...

Solo el hombre está solo. Es que se sabe vivo y mortal. Es que siente huir

-ese río del tiempo hacia la muerte -.

Blas de Otero “Lo eterno”

Así contestaba Antonio Gala a Jesús Quintero a la pregunta:

- ¿Usted viviría mil años?

- *No viviría mil años porque me parece que la muerte no está mal pensada. La muerte da intensidad y vehemencia a la vida. La inmortalidad nos haría sentarnos, acomodarnos. Con mil años por delante, siempre diríamos: lo haré el siglo que viene, lo haré dentro de un par de siglos...*

Solo la idea de plantearnos el ser inmortales creo que nos haría recapacitar sobre lo “bueno”

que es el que la muerte exista. Pensemos en un mundo en el que no existiera, como el que inventó Turoldo en “La muerte del último teólogo”, donde nos hace una hipótesis sobre una isla en la que la muerte no existe, sí el envejecimiento y la enfermedad. En este relato los protagonistas llegan a pedir aplicando el regreso de la muerte.

“Señor, mándanos la muerte, la gran muerte, la bella muerte, perdónanos si en algún tiempo nos hemos lamentado porque se moría, si no hemos sabido ser felices como tu querías, si no hemos comprendido; la muerte es la puerta de la salvación, la entrada a tu palacio; la vida es distancia, nos exilia a uno de otro, nos conduce al desierto...”

Elisabeth Kübler-Ross nos habla de la muerte como “...la culminación de la vida, el tránsito, la despedida antes de entrar en otro lugar; el fin antes de otro principio. La muerte es la gran transición.”

Si tuviésemos todos tiempo de reflexionar, en este mundo repleto de estrés, prisas y úlceras de estómago, donde lo que prima es el ser el primero, el mejor y el más competitivo, nos daríamos cuenta que el ocultar la verdad, o parte de la verdad, o simplemente lo que las personas queremos saber acerca de lo que nos pasa, no es una buena praxis. No se muere mejor no sabiendo que se acerca el final. Esta es la conclusión que nos da la experiencia de los que trabajamos diariamente con la muerte cerca, con el llanto y la tristeza de los que han perdido a un ser querido, pero no le han dicho todo lo que querían, por ocultar lo que el paciente sabía desde hacía ya tiempo, y que él tampoco quiso contar, por no hacer sufrir a nadie.

Hay bastante diferencia entre estas frases que escuchamos a los familiares cuando ingresan en la unidad:

- *“El/ella lo sabe todo sobre su enfermedad desde el principio así lo quiso y respetamos su decisión porque es su vida, desde entonces hemos hablado mucho y hemos solucionado temas pendientes...”*

- *“El/ella no sabe nada, y tampoco queremos que se entere, cuando nos pregunta sobre el tema le decimos que todo va a salir bien, que se curará pronto porque aquí hay muy buenos médicos.”*

¿Mentiras piadosas para proteger? O ¿miedo a enfrentarse a la realidad de la muerte?

Sería razonable meditar sobre estas cuestiones, sobre todo cuando estas “mentiras piadosas” provienen de un profesional.

La conspiración de silencio se define como “un acuerdo implícito o explícito de alterar la información al paciente por parte de los familiares, amigos y/o profesionales sanitarios con el fin de ocultarle el diagnóstico y/o pronóstico y/o gravedad de la situación”.

“ La comunicación puede que, en ocasiones, resulte difícil, pero la incomunicación lo es mucho más”.

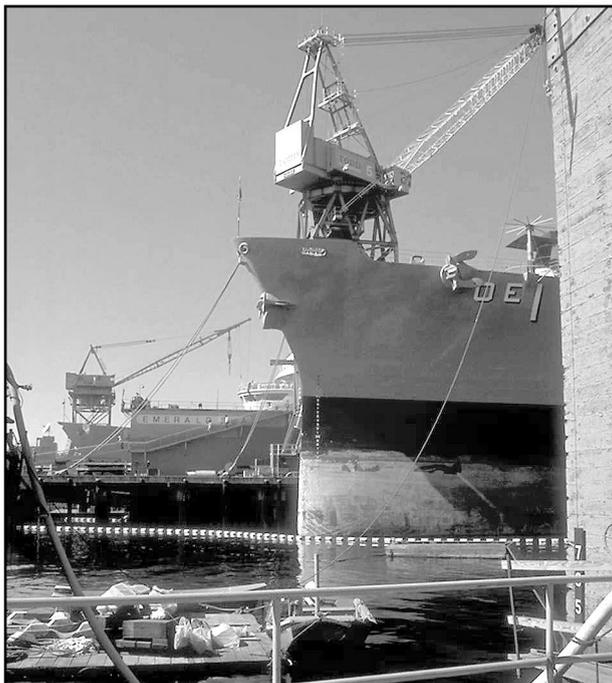
La experiencia indica que en la mayor parte de los casos, la comunicación de la verdad resulta beneficiosa y causa un profundo alivio si se ha sabido dar correctamente. No es una actitud razonable ni decir la cruda realidad sin contemplaciones, ni decir la mentira piadosa creando ese falso optimismo insostenible como si el enfermo hubiese perdido su facultad de entendimiento.

Conviene ir informando poco a poco respondiendo a las inquietudes, dejando siempre una salida a la esperanza, aunque sin mentir. Se trata de un arte que hay que saber desarrollar.

Apartemos por tanto las preocupaciones del día a día, y reflexionemos sobre las respuestas que damos a los pacientes y familiares, que dejan en nuestras manos toda su confianza.

BIBLIOGRAFÍA:

- Arranz P., Barbero J. J., Barreto P., Bayés R. (2003). Intervención emocional en cuidados paliativos Modelo y protocolos. Ariel Ciencias Médicas; Barcelona: 98
- BOE 15 noviembre (2002), núm. 274, (pág. 40126). Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Gómez M. (1994). La comunicación en la relación de ayuda. Cuidados Paliativos e Intervención Psicosocial en enfermos terminales. ICEPSS Las Palmas de Gran Canaria: 267-278.
- Gómez M. (2000). Cómo dar las malas noticias en medicina. Arán; Madrid: 57
- Gómez M. (2003). La muerte familiar. Ars Moriendi. El problema de la muerte en la sociedad actual. Avances en cuidados paliativos. GAFOS; Las Palmas de Gran Canaria:3-29
- Quintero J. Gala A. (1999). Trece Noches. Planeta; Barcelona: 211.
- Kübler-Ross E. (2003). Los niños y la muerte. Luciérnaga, Sexta reimpresión; Barcelona: 11
- López E. (1998), Perspectivas históricas sobre la muerte. Enfermería en Cuidados Paliativos. Panamericana. Madrid: 3-7.
- Toynbee A. (1977). El interés del hombre en la vida después de la muerte. En: Toynbee A., Koestler A. Et al eds. La vida después de la muerte. Edhasa, Barcelona: 25.



EL NUEVO FENÓMENO EUROPEO DEL TURISMO DE SALUD: ESTADO DE LA CUESTIÓN

Isabel Casabona Martínez*

Manuel Lillo Crespo*

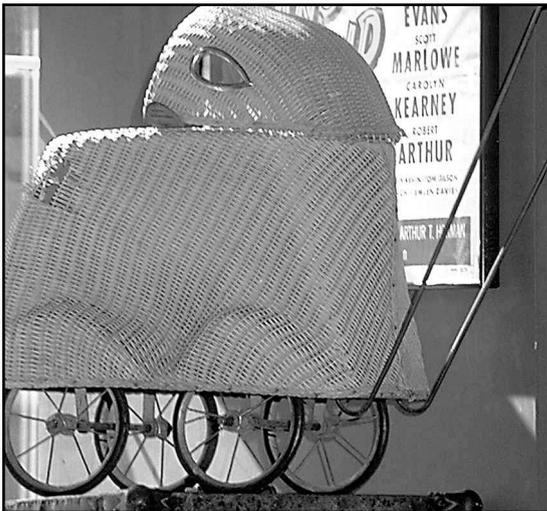
M^a Dolores Mora Antón**

Roberto Galao Malo***

*Clínica Vistahermosa. Profesor/a Asociado/a Departamento de Enfermería.U.A. Diplomado/a en Enfermería, Licenciado/a en Antropología Social y Cultural.

**Directora de Enfermería. Clínica Vistahermosa. Diplomada en Enfermería.

***Clínica Vistahermosa. Licenciado Segundo Ciclo de Enfermería. Diplomado en Enfermería.



THE NEW EUROPEAN PHENOMENON. HEALTH TOURISM. PRESENT SITUATION

ABSTRACT

The present crisis in health system is something common world wide. This crisis can be well detected when watching waiting lists for surgical care treatments, according to the increasing number of operation processes due to the better present surgical and anesthetic techniques. Also due to the more and more demands from the population. This is a process where finance for certain specific processes emphasizes.

The health systems are looking for alternative ways to diminish their waiting lists as well as to

decrease costs. For that reason, the European Union opens its borders to easy a possible traffic of patients among different countries to allow users of a certain Union Estate to move to another one. In some occasions a full team of professionals: doctors and nurses could move from their own European Estate to a different one. But of course, this type of transfers do present certain problems. The native country must guarantee that the care the patient will get in another country will be similar to its own. The receiving country faces the challenge of caring patients with a different culture, a different language and as a consequence different ways for considering health where illness and hospitalization differ as well.

Clinica Vistahermosa – in Alicante – has been pioneer in that sense, in the whole Spain, and within Europe. CV. has agreements and protocols signed with Portugal, U.K. and Holland. As a matter of fact, it has been receiving patients from the later for several years now.

As we have been showing in several studies, there is a new phenomenon we may call “Health Tourism” in Alicante, as patients integrate not only for health techniques but for leisure time as well as they book hotel rooms for post-operative sessions.

Present situation, challenges and consequences of this new phenomenon are presented in this study.

KEY WORDS: health exchanges, administration, transcultural perspectives, cultural competences, satisfaction, quality of care, health tourism

RESUMEN

La crisis de los sistemas sanitarios es algo común en todos los países del mundo.

Esta crisis se ve especialmente reflejada en las listas de espera para tratamientos de cirugía, en la medida en que el número de intervenciones aumenta debido a las mejoras de las técnicas quirúrgicas y anestésicas así como al incremento de la demanda de la población. Todo esto conlleva que los gastos en estas materias específicas se disparen.

Los sistemas sanitarios vienen buscando alternativas que aceleren las listas y disminuyan los costes. Con este fin, la Unión Europea ha abierto las fronteras al tráfico de pacientes entre países, lo que permite que usuarios de un estado vayan a operarse a otro, en ocasiones con médicos y equipo del propio país de origen. Sin embargo esto plantea ciertos problemas: el país de origen debe garantizar que la asistencia va a ser similar a la que se le prestaría en este, debe elegir el tipo de intervenciones y el tipo de pacientes adecuados y un largo etcétera. El país de destino afronta el reto de cuidar a unos pacientes con una lengua y una cultura diferentes y por lo tanto con unas creencias sobre la salud, la enfermedad y la hospitalización diferentes.

La Clínica Vistahermosa ha sido pionera a este campo en el ámbito español y europeo, gracias a los acuerdos firmados entre nuestro país y otros como Portugal, Gran Bretaña u Holanda. De este último venimos recibiendo pacientes desde hace varios años.

Tal y como venimos reflejando en diferentes estudios, se está dando un fenómeno nuevo que denominamos “Turismo de Salud” en la provincia de Alicante, puesto que los pacientes realizan actividades de ocio, y ocupan habitaciones de hotel tras los primeros días de hospitalización.

El estado de la cuestión, los retos, problemas y repercusiones de este nuevo fenómeno son abordados en este estudio.

PALABRAS CLAVES: Intercambio sanitario, gestión, transculturalidad, competencia cultural, satisfacción, calidad cuidados, turismo sanitario.

INTRODUCCIÓN / OBJETIVOS:

El problema de las listas de espera es algo común en todos los sistemas de salud de los países del ámbito europeo. La apertura de fronteras entre los países de la Unión ha permitido el traspaso de pacientes aprovechando los diferentes recursos de los miembros con el fin de disminuirlas y así mejorar la calidad de sus servicios. Desde hace tres años la Clínica Vistahermosa de Alicante, propiedad de la compañía ASISA, viene realizando un programa en el que se interviene a este tipo de pacientes procedentes de Holanda de cirugía traumatológica. Se trata de una experiencia pionera dentro del ámbito sanitario español. La organización de este tipo de actividades de intercambio sanitario es compleja debido a todos los trámites burocráticos y socioculturales que hay que salvar (elección del país, idioma, selección de pacientes, convalidación de títulos, etc.). En cualquier caso se consigue la disminución de las listas de espera del país de origen, se desarrolla la actividad asistencial del centro privado en cuestión, se aumentan las competencias culturales del personal que participa e inevitablemente supone un impulso para el fenómeno turístico del lugar de acogida, en este caso de Alicante que ya de por sí es uno de los destinos elegidos por los europeos a la hora de disfrutar de sus vacaciones e incluso buscar una residencia fija para todo el año –como estamos viendo en los últimos años-. Es lógico pensar que estos extranjeros proceden de diferentes culturas donde parten de unos hábitos y costumbres distintos a las que se puedan dar en Alicante pero tienen la particularidad de que no sólo son turistas que acuden a pasar sus vacaciones en las costas alicantinas sino que se caracterizan porque:

- Vienen a España, concretamente a Alicante, con la finalidad de someterse a una intervención quirúrgica en la Clínica Vistahermosa a través del Proyecto sanitario “Plan de Choque” que comienza a darse entre países de la Unión Europea.

- Consecuentemente los días antes y después de la intervención realizan turismo y actividades de ocio por la provincia.

- Sus acompañantes y/o familiares también realizan estas actividades turísticas junto a ellos –es decir antes y después de la intervención- así como durante el período de ingreso del paciente.

- Durante su ingreso en la Clínica, estos pacientes extranjeros deben adaptarse a unas normas, hábitos, costumbres...completamente distintas a las suyas propias y que ellos no eligen, como en el caso del fenómeno turístico donde son ellos los que eligen probar las costumbres o hábitos de “otros” –en este caso los alicantinos-.

Conocer estos hábitos y costumbres de personas ajenas que en un momento dado toman contacto con nuestra cultura podría abrir muchas puertas a otros trabajos de tipo político, económico y social, con la finalidad de mejorar la infraestructura de nuestra Provincia. ¿De qué forma se integran estas personas en nuestra cultura?, ¿qué es lo que les atrae de ella?, ¿qué es lo que adoptan en sus costumbres?, ¿qué es lo que conocemos de ellas?, ¿qué podemos aportarles?; estas son algunas de las cuestiones que subyacen de este discurso donde las raíces alicantinas y su interrelación con el “extranjero” se convierte en el medio primero para llegar a su respuesta. Sin embargo, en este trabajo exponemos principalmente el ESTADO DE LA CUESTION que subyace con respecto a dicho fenómeno y la LINEA DE INVESTIGACIÓN desarrollada.

JUSTIFICACIÓN DEL TEMA:

Tras un análisis de la experiencia propia de los investigadores como profesionales sanitarios, se ha observado que tras un período aceptable de tiempo, los extranjeros europeos – alemanes, noruegos y británicos en su mayoría - que se asientan en las colonias y urbanizaciones de la Costa Alicantina desarrollan una serie de respuestas sociales susceptibles del análisis antropológico. Sin embargo, actualmente asistimos a un fenómeno nuevo protagonizado por Holandeses que acuden a Alicante con la finalidad de someterse a intervenciones quirúrgicas –ya que en su país de origen las listas de espera suponen un problema social y político-. Estos holandeses aunque su principal objetivo es de tipo sanitario, se convierten en turistas una vez llegan a Alicante y no sólo ellos sino también sus acompañantes o familiares. Podríamos denominarlos por tanto como “turistas de segunda intención”. A su vez resulta curioso el hecho de que estos holandeses pasan un período de tiempo hospitalizados en la Clínica Vistahermosa de Alicante en contacto con el sistema sanitario español y en contacto

directo con profesionales alicantinos, dieta alicantina, costumbres, hábitos propios de la zona, etc...

Por otra parte se realizó el trabajo en la Clínica Vistahermosa por ser centro sanitario de elección en cuanto al Plan de Choque con la Unión Europea –es el centro pionero en Alicante y uno de los primeros en España- y por tratarse de uno de los centros más emblemáticos y con mayor tradición en la provincia de Alicante.

MATERIAL Y METODO:

Tras una exhaustiva búsqueda bibliográfica y documental, hemos observado que no existe ningún trabajo editado, realizado bajo las mismas condiciones del que se presenta aquí.

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos MEDLINE, CINAHL y CUIDEN. A partir de esta se puede afirmar que existe un vacío absoluto en la literatura mundial de trabajos que aborden de manera específica la forma en que los extranjeros perciben un sistema sanitario que no es el suyo, de forma práctica y todavía resulta más extraño encontrar algo en relación a lo que hemos denominado el “turismo de salud” nacido a partir del intercambio de pacientes entre países –bajo la gestión comunitaria-.

DESARROLLO / ESTADO DE LA CUESTION:

Las listas de espera referentes a cuidados en salud no urgentes, en procesos quirúrgicos ambulatorios, así como en terapias o pruebas diagnósticas de diversa índole representan una de las problemáticas en los sistemas sanitarios públicos de países europeos tales como el sistema sanitario español, alemán, holandés o británico (MARTI, 2002). Es en algunos de estos países donde se han pretendido reducir las listas de espera empleando los servicios de las instituciones privadas, sin embargo el volumen que estos centros privados pueden soportar no es suficiente para cubrir las expectativas de los centros públicos. Otra de las estrategias políticas que han llevado a cabo algunas de estas naciones es la de trasladar a grupos de pacientes a otros centros –instituciones privadas concretamente- de países vecinos que también forman parte de la Unión Europea. Algunos países como España intentan solventar actualmente la situación problemática del

fenómeno “lista de espera” desde dentro de sus fronteras, mientras que otros como Gran Bretaña, Alemania u Holanda contemplan en sus políticas sanitarias la opción de un Sistema de Salud fuera de sus fronteras y centrado en la reutilización de los recursos sanitarios dentro de su propio continente. Casos significativos dentro de esta problemática son como se viene diciendo los de:

- Gran Bretaña donde ya se han comenzado a realizar planes de choque sanitarios intereuropeos, favoreciendo la comparación entre sistemas sanitarios y donde se han replanteado la información al paciente y la mejora de la asistencia (BERMAN & HIGGINS, 2002). A su vez, las políticas sanitarias contemplan el que se compartan determinadas unidades específicas –como los servicios de radiodiagnóstico y medicina nuclear- para rentabilizar el sistema (KUNKLER, 2001).

- Alemania donde algunas compañías ofertan la posibilidad de realizar intervenciones a sus asegurados fuera de sus fronteras (PAYNE, 2001).

- Holanda donde la sanidad privada no puede hacerse cargo de determinadas intervenciones y comienza su andanza dentro del fenómeno de los planes de choque sanitarios dentro de la Unión Europea (UE) en cooperación con países como Bélgica o actualmente, España.

Los órganos que conforman la Unión Europea –La Comisión Europea, el Tribunal de Justicia de la Unión Europea- se encuentran frente a una de las cuestiones de actualidad en materia de salud (HERMANS, 2000) y que se centra en la mejora de la calidad de los servicios a partir de la disminución y erradicación de dichas listas. Las reformas en las recién creadas leyes de la UE y a partir de las Leyes de Maastrich abogan por un consentimiento explícito en lo referente a planes de choque internacionales dentro de las Eurregiones –tal y como se denomina en la Comisión Europea y en el Tribunal de Justicia de la UE a los estados o naciones que conforman la UE-. Ante unas reglas que hasta el momento sólo han matizado el panorama político y económico del problema de las listas de espera, se hace necesaria una clara gestión desde todos los ámbitos de la salud y por supuesto de los cuidados que se le ofertan a los pacientes desplazados a otros centros en otros países y con culturas totalmente distintas.

Con la firma del Tratado de la Unión Europea (Maastricht, febrero 1992) y posterior reforma: el Tratado de Ámsterdam (Ámsterdam octubre 1997), se garantiza la desaparición de fronteras y la libre circulación de los ciudadanos de los países miembros de la Unión Europea.

Para ello se debe contar con la opinión de los profesionales sanitarios involucrados en el proceso de cuidar, así como de aquellos pacientes sometidos a las nuevas redes de asistencia, no únicamente desde el punto de vista diagnóstico y del tratamiento o intervención quirúrgica, sino también desde la perspectiva de la salud como algo psicosocial, procurando en todo momento la satisfacción del paciente y también del profesional autóctono.

Como se ha mostrado hasta el momento cada vez son más los europeos que reciben tratamientos médicos y atención sanitaria fuera de sus propios países de procedencia. Este fenómeno afecta a campos como el de las migraciones entre países –movimientos fuera de las fronteras-, la atención médica complementaria y los tratamientos preautorizados.

Centrando algo más el tema que a este trabajo compete, desde el año 1998 cada vez son más las clínicas privadas holandesas que han aparecido con la finalidad de hacer frente al grave problema de las listas de espera de la sanidad pública. Las leyes y la Justicia Europea han permitido esta situación siempre y cuando repercuta en el bienestar social y no se perjudique al paciente, es decir, que los centros sean de calidad para el mismo (BROUWER & HERMANS, 1999).

Actualmente en España nos encontramos ante el primer caso de Plan de Choque sanitario de un país de la UE como es el caso de Holanda. Desde hace dos años la Clínica Vistahermosa de Alicante, propiedad de la compañía ASISA, viene realizando un programa en el que se intervienen a este tipo de pacientes procedentes de Holanda de cirugía traumatológica. Se trata de una experiencia pionera dentro del ámbito sanitario español. Hasta el momento parece que esta nueva modalidad de atención internacional y dentro de la UE sólo se ha caracterizado por su efectividad a la hora de reducir el problema de las listas de espera de los países que la conforman, sin embargo este objetivo parece haber eclipsado otros como el de la satisfacción del paciente ante el nuevo sistema sanitario o la com-

petencia del profesional ante pacientes de otras culturas. Actualmente son 148 los pacientes holandeses pertenecientes al plan de choque que durante dos años han pasado por las instalaciones de la Clínica Vistahermosa y se han observado situaciones comprometidas derivadas del choque cultural que se ha dado en cuanto a las necesidades básicas y ámbitos de la vida cotidiana (LILLO, 2003c). Los profesionales sanitarios de los cuidados se ven obligados a tratar con estos pacientes sin conocer las características de su cultura de procedencia, así como el mismo paciente quien debe adaptarse a hábitos, costumbres y situaciones completamente desconocidas para él.

Los últimos análisis de las tendencias migratorias en diversos países de la Comunidad Europea (OCDE, 1998) y en España (PAJARES, 1998; Instituto de Estudios Transnacionales, 1997) alertan sobre la necesidad de desarrollar políticas adecuadas para hacer frente a las nuevas situaciones, de forma integral, de colectivos de inmigrantes que van a necesitar un importante apoyo educativo y sociosanitario en el que la enfermería transcultural debe desempeñar un papel de primer orden. Uno de los problemas que acechan de forma especialmente preocupante en este contexto inmigratorio es el conflicto intercultural de forma que se deben activar las conciencias para no acabar practicando una enfermería parcelada por grupos culturales (BARBADILLO, 1997; CALVO, 1997; ESPADA, 1997; VV.AA., 1997). Sin duda alguna la sociedad española y también la europea debe prepararse para una convivencia plural. Pero la convivencia multicultural implica cuidados especiales (KRISTEVA, 1991).

España, país que se presenta a la recién estrenada Unión Europea como una nación de servicios y donde el turismo parece ser una de sus principales fuentes de ingresos se enfrenta actualmente a un nuevo fenómeno sociocultural: “los planes de choque intereuropeos”. Los sistemas sanitarios españoles llevan años haciendo frente a una realidad que ha ido en alza como es la presencia de extranjeros en el sistema sanitario español, de hecho más de la mitad de municipios con un 25% de extranjeros esta en la provincia de Alicante. Sin embargo los servicios de salud todavía continúan trabajando de la misma forma y no existen protocolos, publicaciones ni siquiera se han hecho nuevos plantea-

mientos acerca de dicha diversidad cultural en la comunidad científica. Los estudios pasan por ser principalmente poblacionales y demográficos y en su defecto tocan el tema de la Inmigración desde la perspectiva del Trabajo Social. Un estudio del INE desvela que los principales destinos que la población extranjera elige para su residencia son, en líneas generales, poblaciones turísticas localizadas en el Mediterráneo o Canarias –con británicos y alemanes en su mayoría- poblaciones que necesitan mano de obra agrícola, ubicadas fundamentalmente en Almería y Murcia –marroquíes, predominantemente- y pequeñas poblaciones del interior, donde la minoría extranjera esta en función de la primera comunidad que se asienta allí. En los últimos años, en toda la costa mediterránea española, ha habido un aumento muy importante de la población del centro y del norte de Europa tanto como residentes durante todo el año como de no residentes, es decir, turistas o que ocupan un período vacacional (y que también son susceptibles de ingreso hospitalario). En concreto en la provincia de Alicante encontramos grupos numerosos de escandinavos en la comarca de la Marina Alta (sobre todo en Alfaz del Pí) e ingleses en Torrevieja. El grupo que nos ocupa comprende a holandeses en su mayoría. Estos grupos de población suelen estar jubilados y la edad media está por encima de los 60 años. Todo esto tiene como consecuencia que el número de hospitalizaciones de estas personas vaya en aumento. Para este grupo, la costa levantina se encuentra entre sus preferencias a la hora de disfrutar de sus vacaciones, por lo que también el número de hospitalizaciones de no residentes es considerable (LILLO, 2003c).

Como se demuestra el sistema sanitario alicantino se encuentra más que acostumbrado a trabajar con usuarios procedentes de culturas totalmente diferentes y sin embargo todavía no se ha puesto manos a la obra en cuanto al estudio de la satisfacción de este tipo de pacientes, su calidad, sensibilidad cultural de los profesionales que les atienden, competencia cultural, así como el universo de los valores y creencias.

Resumiendo podemos decir que no existe ningún otro trabajo en los catálogos bibliográficos que trate a los pacientes de los planes de choque intereuropeos desde la perspectiva de la Enfermería Transcultural y concretamente desde temáticas

como la satisfacción o la competencia cultural. El fenómeno de los planes de choque entre las Eurregiones solamente aparece reflejado en la literatura como un problema político, legal y económico o simplemente como un hecho descrito pero no analizado específicamente (MARTI, 2002; BERMAN & HIGGINS, 2002; PAYNE, 2001; HERMANS, 2000; BROUWER & HERMANS, 1999).

LINEA DE INVESTIGACIÓN:

La línea de trabajo en la cual se ha enfocado dicho fenómeno a estudio se propone los siguientes objetivos:

- Analizar el choque cultural que se produce entre los hábitos y costumbres – es decir, las repercusiones socioculturales- de los extranjeros no residentes en Alicante que proceden de los países de la Unión Europea incluidos en el proyecto sanitario “Plan de choque europeo” –centrándonos tanto en el paciente como en el acompañante / familia- y los hábitos y costumbres propios de Alicante, así como los específicos de su sistema sanitario.

- Conocer las características en cuanto al fenómeno ocio y turismo respecto de los extranjeros –tanto en el caso del paciente como el acompañante / familia- hacia Alicante, es decir: expectativas con las que llegan a Alicante, imagen que tenían –tanto de la ciudad y provincia como de su ámbito sanitario-, tipo de turismo que realizan, actividades y ocio que prefieren desarrollar, imagen con la que vuelven a su país de origen...

BIBLIOGRAFÍA:

- AUGE, M. (1992). Los no lugares. Espacios del anonimato. Una antropología de la sobremodernidad. Barcelona: Antropología, Gedisa ed.
- AVIS, M. (1995). Satisfying solutions? A review of some unresolved issues in the measurement of patient satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 22(2), 316-322.
- BARBADILLO, P. (1997). Extranjería, racismo y xenofobia en la España contemporánea. La evolución de los setenta a los noventa. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas/ Siglo XXI de España editores, colección monografías.
- BERMAN, P.; HIGGINS, J. (2002). Treating patients abroad. *Worlds apart. Health Services Journal*, 112 (5787): 24-26.
- BOND, S., THOMAS, L.H.(1992). Measuring patients' satisfaction with nursing care. *Journal of advanced nursing*, 17, 52-63.
- BOYLE, J. (1994). Styles of ethnography. En MORSE, JM. (Ed.), *Qualitative health research*. Newbury Park, CA: Sage.
- BROUWER, WB.; HERMANS, HE. (1999). Private Clinics for employees as a Dutch solution for waiting lists: economic and legal arguments. *Health Policy*, 47(1):1-17.

- CAMPBELL, I.E., LARRIVEE, L., FIELD, P.A., DAY, R.A., REUTTER, L. (1994). Learning to nurse in the clinical setting. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 1125-1131.
- CALVO, T. (1997). Racismo y solidaridad de españoles, portugueses y latinoamericanos. Los jóvenes ante otros pueblos y culturas. Madrid: Ediciones Libertarias.
- CASABONA, I.; LILLO, M.; GALAO, R.; MORA, MD. (2003). Diferencias culturales en una Unidad de Cuidados Críticos. Aceptado para su publicación 2003 *Revista MONITOR de la Asociación de Enfermería en Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor de la Comunidad Valenciana*.
- CASABONA, I.; LILLO, M.; GALAO, R.; MORA, MD. (2003). Unidad de Cuidados críticos: implicaciones culturales. Alcira: Ponencia pronunciada durante las Jornadas ASECVAR 2003 en la mesa debate, Hospital de la Ribera, Alcira.
- CRIVELLI, L.; ZWEIFEL, P. (1998). Modelling cross-border care in the EU using a principle agent framework. *Dev Health Econ Public Policy*, 6: 229-257.
- CUERVO, J.; VARELA, L.; BELENES, R. (1994). Gestión de Hospitales: Nuevos instrumentos y tendencias. Barcelona: Ed. Vicens Vives.
- DEAN, M. (2001). Alternatives to treatment in the UK. *Lancet*, 358(9280):479.
- ESPADA, ML. (1997). ¿Europa, ciudad abierta? La inmigración y el asilo en la Unión Europea. Granada: Instituto Municipal de formación y empleo.
- FONG, CM. (1985). Ethnicity and nursing practice. *Topics in Clinical Nursing*, 7(3):1-10.
- GARCIA, JL. (1995). Como elaborar un proyecto de investigación. Alicante: Publicaciones de la Universidad de Alicante.
- HERMANS, HE. (2000). Cross-border health care in the European Union: recent legal implications of “Decker and Khol”. *Journal of Evaluation of Clinical Practice*, 6(4): 431-439.
- INSTITUTO DE ESTUDIOS TRANSNACIONALES (1997). Mediterráneo, ¿camino abierto o frontera?. Cordoba: INET.
- KENNY, C. (2001). European Health care. Vive la difference?. *Nursing Times*, 97(42):12-13.
- KRISTEVA, J. (1991). Extranjeros para nosotros mismos: ¿Será posible la convivencia multirracional en la Europa del siglo XX?. Barcelona: Plaza & Janes.
- KUNKLER, I. (2001). Radiotherapy units should be seen as shared resource in EU. *BMJ*, 323 (7319):1004.
- LEININGER, M. (1995). *Transcultural nursing: Concepts, Theories, Research and Practices*. Nueva York: McGraw-Hill (2ª edición).
- LEININGER, M. (1999). Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la Enfermería Transcultural. *Revista de Enfermería y Humanidades Cultura de los Cuidados*, 6(3), 5-12.
- LILLO, M (2001). Diario de Campo: Las tribulaciones de un participante observador. *Revista INDEX de Enfermería*, 10 (35).
- LILLO, M. (2002a). Antropología de los cuidados en el anciano: evolución de los valores sociales sobre la vejez. Buenos Aires: CDROM Sociedad NAYA Congreso Virtual 2002.
- LILLO, M. (2002b). Subculturas de Identidad en el ámbito sanitario: Enfermería en Intensivos. Buenos Aires: CDROM Sociedad NAYA Congreso Virtual 2002.

- LILLO, M. (2002c). Antropología, género y enfermería contemporánea. Revista ROL de Enfermería, 25 (12), 56-62.
- LILLO, M.; VIZCAYA, F. (2002). Origen y desarrollo de los hábitos y costumbres alimentarias como recurso sociocultural del ser humano: Una aproximación a la Historia y Antropología de los cuidados en la Alimentación. Revista de Enfermería y Humanidades Cultura de los Cuidados 11(6), 61-65.
- LILLO, M.; CASABONA, I.; GALAO, R.; MORA, MD. (2003a). Enfermería Transcultural en el contexto de la práctica clínica. 3er Premio de Investigación CECOVA. Revista de la Comisión de Investigación del Colegio de Enfermería de Alicante, 1, 1-6.
- LILLO, M.; VIZCAYA, F.; DOMÍNGUEZ, M.; GALAO, R. (2003b). Investigación cualitativa en Enfermería y Competencia Cultural. Aceptado para su publicación 2003 Revista INDEX de Enfermería.
- LILLO, M.; CASABONA, I. (2003c). El profesional de Enfermería en Cuidados Críticos: subculturas de identidad en el ámbito sanitario. Aceptado para su publicación 2003 Revista MONITOR.
- LILLO, M.; VIZCAYA, F.; DOMÍNGUEZ, M.; FERRER, R. (2003d). Síntomas manifestados por mujeres con angina de pecho: un estudio transcultural e internacional. Revista MONITOR de la Asociación de Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor de la Comunidad Valenciana, 4, 19-21.
- LILLO, M.; CASABONA, I.; MORA, MD.; GALAO, R. (2003e). La imagen de la Enfermería española en Cuidados críticos vista por los pacientes centroeuropeos. 1er Premio ASECVAR-TD 2003. Comunicación a las Jornadas ASECVAR-TD/ Hospital de la Ribera (Alicia) 2003. Aceptado para su publicación 2003 en Revista MONITOR.
- LIPSON, JG.; MELEIS, AI. (1989). Methodological issues in research with immigrants. Medical Anthropology, 12:103-115.
- MARTI, J. (2002). La gestión de las listas de espera quirúrgicas por los centros y los profesionales. Gaceta Sanitaria, 16(5): 440-443.
- MERKOURIS, A. (1999). Patient satisfaction: a key concept for evaluating and improving nursing services. Journal of Nursing Management, 7(1):19-28.
- MORIN, E. (1984). Ciencia con consciencia. Barcelona: Anthropos, Editorial del Hombre.
- MORSE, J. (1989). Qualitative Nursing Research. A Contemporary Dialogue. London: Sage Publications.
- MORSE, J. (1992). Qualitative health research. Newbury Park, CA: Sage.
- MORSE, J.; FIELD, PA. (1995). Qualitative research methods for health professionals. Thousand Oaks, CA: Sage.
- MURDOCK, G. (1971). Outline of cultural materials. New Haven: Human Relations Area Files.
- OCDE. (1998). Tendances des migrations internationales. Paris: Rapport annuel, OCDE.
- PAIGE, MR. (1986). Cross-cultural orientation: New conceptualizations and applications. Lanham, MD: University Press of America.
- PAJARES, M. (1998). La inmigración en España. Madrid: Icaria.
- PAYNE, D. (2001). German company offers "package deal ops" to Ireland. BMJ, 323(7311): 471.



AFRONTAMIENTO FAMILIAR ANTE LA ENFERMEDAD MENTAL

Ana García Laborda*

J. Carlos Rodríguez Rodríguez**

*Enfermera en Salud Mental. Socióloga. Antropóloga

**Sociólogo Antropólogo



PALABRAS CLAVES: Afrontamiento. Conducta de enfermedad. Familia. Enfermedad mental.

Las distintas formas de asumir realidades dolorosas como son la enfermedad y la muerte forman parte de los distintos sistemas culturales, de la filosofía y de los mensajes de las religiones. El sentido del dolor y de lo irreparable son cuestiones cuyo planteamiento y resolución son determinados por los posibles modos de pensar o de creer. En este plano del pensamiento o de la creencia se pone de manifiesto la enorme dimensión existencial que adquiere, para cada persona, el modo de afrontar tanto la enfermedad como la muerte.

Los modos de conducirse cada cultura con respecto a las crisis vitales se encuentran fundamentados en el sistema social y el modo en que las personas reciben apoyo de sus relaciones personales. Las creencias con respecto a la enfermedad mental se configuran respecto a los distintos modos, hábitos y las costumbres de las personas. Los modos culturales entendidos como costumbres adquiridas a lo largo de siglos y que dan sentido a las dificultades y tragedias de la vida establecen comportamientos y sirven de ayuda para que los individuos implicados encajen el estrés utilizando un modo de conducta específica y reactiven apoyos familiares, sociales y religiosos que facilitan adaptación psicosocial a la enfermedad mental.

Por tanto, es necesario tener en cuenta las implicaciones culturales, sociales, económicas, familiares, etc., que la enfermedad tiene para cada individuo. Estos y las familias desarrollan conductas adaptativas, así como una forma de expresar las nuevas relaciones, que se establecen entre el enfermo mental y los miembros de la familia, ya sea para modificarlas, para legitimizar un cambio de rol o para asumir el rol de enfermo mental.

FAMILY COPING WITH MENTAL ILLNESS

ABSTRACT

Mental illness has both personal and family implications. Coping strategies and behaviours towards disease can change according to resources used. Amongst the resources, the main factor is the family, thus the relevance of the family support network for the management of the person with mental health problems

Key words: Coping. Behaviour towards disease. Family. Mental illness.

RESUMEN

La enfermedad mental tiene implicaciones tanto personales como familiares. Tanto los estilos de afrontamiento como la conducta de enfermedad varían en función de los recursos que el sujeto pone en juego, entre los recursos ambientales el principal es la familia, de aquí la especial importancia que cobra el grupo familiar en el tratamiento de la persona con enfermedad mental.

AFRONTAMIENTO Y CONDUCTA DE ENFERMEDAD

El concepto de afrontamiento hace referencia al conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales, permanentemente cambiantes, desarrollados para hacer frente a las demandas específicas, externas o internas, evaluadas como abrumadoras o desbordantes de los propios recursos.

Si estos esfuerzos resultan efectivos en la resolución de los problemas proporcionarán alivio, recompensa, tranquilidad y equilibrio: en definitiva, disminuirán el estrés. La familia debe evaluar la situación enfrentándose a la enfermedad redefiniendo sus roles, y modificando sus metas a corto o largo plazo, asumiendo la alteración, temporal o no, de sus relaciones con el enfermo, adoptando una actitud práctica, flexible y aprendiendo a detectar y resolver los problemas, según se presenten en la vida y en el desarrollo de la enfermedad del miembro enfermo de la familia. Existen en cambio, otras actitudes que impiden afrontar debidamente las dificultades, y aparecen en los sujetos que niegan sistemáticamente todos los problemas o en aquellos que sintiéndose abrumados por su "mala suerte", transfieren todas sus responsabilidades a otros.

El afrontamiento ha sido estudiado tanto en las investigaciones biologicistas realizadas sobre el estrés en los años 40-50, como en el psicoanálisis de Freud (modelo psicoanalítico), que introdujo la cuestión de los mecanismos de defensa del yo, según quedaban establecidos en la dinámica inconsciente de la personalidad.

Los sociólogos también han analizado la situación de "encontrarse enfermo" en su dimensión social propugnando el modelo mediante el cual la sociedad provee de un rol específico, el rol de enfermo a las personas sometidas a tratamiento o asumidas por las instancias asistenciales. Concretamente Parsons entiende que son características de este rol: la exención de las responsabilidades sociales normales, un cierto derecho a recibir apoyo, ayuda o tratamiento y la suposición de que el sujeto quiere curarse y pone los medios para conseguirlo.

El término conducta de enfermedad fue definido más tarde por Mechanic refiriéndose concretamente a los aspectos sociales del "estar enfermo";

es decir, los distintos modos en que los síntomas del enfermar serían percibidos, evaluados y vividos por los diferentes individuos, lo cual estaría en relación con la existencia de una serie de normas y valores e incluso, con la posible valoración de la enfermedad como una forma de obtener recompensas o castigos. Es un concepto que sirve para conocer y medir los efectos sociales del proceso del enfermar.

Esta conducta de enfermedad incluye el buscar ayuda sanitaria y tomar las medidas necesarias para combatir los trastornos, buscando apoyo en familiares y amigos. En esta búsqueda de ayuda influirá la frecuencia con la que se presenta la enfermedad en el grupo social al que pertenece el individuo enfermo y la valoración que dicho grupo hace de las manifestaciones del trastorno. La conducta de enfermar tiene tres funciones fundamentales:

- Hacer frente a las demandas sociales y del entorno.
- Crear el grado de motivación necesario para hacer frente a tales demandas.
- Mantener un estado de equilibrio psicológico para dirigir la energía y los recursos hacia las demandas externas.

Se ha hablado también de los componentes a considerar en el proceso de afrontamiento: estilo estructural, conducta adaptativa automática, control del entorno y resultados obtenidos.

El estilo estructural es una característica estable de la personalidad que actúa como predisponente para afrontar de una forma u otra los acontecimientos de la vida. Sin embargo, este estilo tendrá muy poco valor predictivo en los procesos de afrontamiento reales. El afrontamiento según el estilo estructural de la familia sería una dimensión única, siendo así que en realidad el afrontamiento tiene una naturaleza multidimensional. Por ejemplo, los miembros de la familia no solo deben afrontar la enfermedad mental de uno de sus miembros, sino enfrentarse al estrés, la incapacitación, las demandas del personal sanitario y de los tratamientos a los que será sometido, etc., pero al mismo tiempo debe conservar un equilibrio emocional positivo, una autoimagen satisfactoria, y una aceptable relación con el resto de la familia y los amigos; todo esto exige múltiples estrategias de

afrontamiento de gran complejidad como para ser consideradas unidimensionalmente.

La conducta automática es aquel comportamiento que se traduce en respuestas que no están controladas conscientemente, es decir, que no exigen un esfuerzo. Por ello, estas respuestas no pueden considerarse propiamente como de afrontamiento a pesar de que la mayoría de las conductas de afrontamiento se conviertan en automáticas una vez que son aprendidas. Con respecto al resultado adaptativo, se suele cometer el error de equiparar éste con el afrontamiento, pues mientras que el afrontamiento designa el conjunto de conductas englobadas en él, el resultado adaptativo indica los éxitos conseguidos con tales conductas. El objetivo del fenómeno del afrontamiento sería el de lograr el equilibrio en la adaptación a la situación de enfermedad mental.

Por último, y refiriéndonos al control del entorno, es necesario recordar las múltiples fuentes de estrés que no pueden dominarse, en cuyo caso un afrontamiento eficaz incluye todo aquello que permita al individuo tolerar, minimizar, aceptar o incluso ignorar dichos acontecimientos estresantes que escapan a su control. Existen dos tipos básicos de afrontamiento: el dirigido a resolver el problema, cuando se cree posible que éste sea susceptible de algún cambio y el que pretende equilibrar tanto el duelo por la enfermedad como las nuevas relaciones intrafamiliares, aquel en el que los sujetos intentan cambiar ciertas pautas de conducta, aprender nuevos recursos, etc. De hecho, las personas que creen que el resultado depende en parte de sus propias conductas, afrontan de distinta forma los problemas que las que piensan que todo es fruto del azar, de la casualidad, del destino o de cualquier otra fuerza que escape a su control personal. Los primeros son los que emplean estrategias activas, mientras que los segundos responden fundamentalmente con estrategias defensivas.

Los estilos, modos, conductas o estrategias de afrontamiento pueden considerarse desde un punto de vista afectivo, cognitivo y conductual, aunque es difícil establecer una separación neta debido a las interrelaciones existentes entre ellos dentro del propio sujeto, entre los distintos individuos y entre cada uno de ellos con el entorno. Las estrategias son las maniobras que pone en marcha el sujeto

para mantenerse estable ante la enfermedad mental de un miembro de la familia. La interpretación personal que los miembros de la familia hacen de la enfermedad mental respecto a las consecuencias que ésta tenga sobre sí mismo, su familia, actividades, rol social, metas, etc., condiciona respuestas emocionales que pueden incluir: ansiedad, depresión, rabia, resentimiento, vergüenza, culpa, indefensión, desesperanza, euforia, excitación o manía.

ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

Existen dos mecanismos cognitivos básicos, que traducen dos tipos diferentes de actitud: el mecanismo de minimización, asociado a una actitud negativa, y el mecanismo de hipervigilancia que se traduce en una actitud hipocondríaca.

La minimización es la tendencia a la falta de atención, ignorancia, negación o racionalización selectiva de los hechos o del significado de la enfermedad mental y sus consecuencias. La hipervigilancia focalizada en los detalles o puntos más importantes para el propio individuo, se acompaña de rigidez de opinión y de inflexibilidad para adaptarse a lo inesperado, es el mecanismo opuesto al anterior y se da típicamente en el carácter obsesivo, manifestándose como antes señalábamos, en una actitud hipocondríaca. Cuando estos sujetos enferman se muestran compulsivamente atentos a los detalles del tratamiento, y son muy críticos con las demoras en la aplicación de las pautas terapéuticas prescritas por su equipo sanitario. A veces también se muestran dudosos o escépticos sobre el personal que les atiende, exigiendo explicaciones meticulosas sobre los procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Sin embargo, estas actitudes irán desapareciendo en la medida en que vayan siendo informados sobre la evolución de la enfermedad, tratamientos aplicados, posibles complicaciones, etc., de forma detallada y cuidadosa.

Refiriéndonos ahora al estilo conductual, hay que decir que la evaluación cognitiva de la amenaza ante cualquier estímulo, incluida la percepción de la enfermedad, genera una reacción adaptativa hacia el propio reto que se basa en raíces biológicas elementales. Podemos distinguir tres tipos de estilo conductual:

- Lucha activa. Abarca desde el esfuerzo por minimizar los posibles efectos de la enferme-

dad sobre la capacidad funcional, hasta la hiperactividad imprudente que frecuentemente refleja el estrés generado por la debilidad e indefensión que lleva implícita la aceptación del rol de enfermo.

- **Capitulación.** Se caracteriza por actitudes de pasividad, inactividad y dependencia de los demás. Este tipo de pacientes a menudo provoca disgusto, resentimiento o dejadez en el personal sanitario que los atiende, lo cual a su vez puede condicionar una dependencia más pronunciada y una mayor demanda de servicios por parte del paciente. De algún modo es más importante para él, el que se le preste atención, que las limitaciones producidas por la propia enfermedad.
- **Evitación.** Se caracteriza por ser una estrategia orientada a liberarse de la obligación implícita de aceptar la enfermedad. Casi siempre se acompaña del tipo cognitivo de minimización, sobre todo como forma de negación. El miedo suele negarse y a veces llega a ser casi imperceptible.

RECURSOS FAMILIARES ANTE LA ENFERMEDAD MENTAL

Los recursos de los que dispone cada sujeto también van a condicionar el estilo de afrontamiento que éste utiliza. Dichos recursos pueden provenir de él mismo o del ambiente. El individuo dispone de los siguientes tipos de recursos:

- **Recursos físicos.** Salud y energía física.
- **Recursos personales.** Son el conjunto de creencias que van a permitirle afrontar las dificultades de forma más satisfactoria. La percepción idiosincrática de cada individuo de su enfermedad condiciona la selección por parte de éste de unas u otras estrategias de afrontamiento.
- **Recursos sociales.** Son las aptitudes o habilidades que le permiten una mayor o menor comunicación con los demás y con el entorno, de forma adecuada y socialmente efectiva.
- **Recursos materiales.** Una posición económica favorable aumenta las opciones de afrontamiento, ya que permite un acceso más fácil a la asistencia médica, legal, financiera, etc, con lo que disminuye también en cierto modo

la vulnerabilidad del individuo frente a la amenaza.

- **Técnicas de resolución de problemas.** Se basan en experiencias previas (con la enfermedad u otras situaciones estresantes), información y habilidades cognitivo-intelectuales para aplicar esa información, así como en la capacidad de autocontrol.
- **Recursos ambientales.** Entre los que se incluyen el marco familiar, amigos, apoyo social, condiciones laborales, tipo de vivienda, etc. Todos estos aspectos tienen una importancia fundamental y van a condicionar de manera importante el tipo de respuesta del individuo, dada la interrelación de éste con el medio que le rodea. Cuanto más adversas o insuficientes sean las condiciones ambientales de un sujeto, tanto más difícil le resultará el hacer frente a cualquier tipo de estrés, incluida la enfermedad, ya que sus recursos de afrontamiento serán más limitados.

INTERVENCIÓN EN LA CRISIS FAMILIAR

Es preciso definir primeramente lo que se entiende por crisis e intervención en crisis dentro del modelo de psiquiatría comunitaria. La crisis supone la aparición brusca de una sintomatología aguda, generalmente en respuesta a un estrés, que supone una ruptura del ciclo vital del individuo y en la que intervienen factores personales y ambientales. Se desencadena cuando ante un estrés grave, un problema serio o una situación amenazante, los mecanismos habituales del individuo de afrontamiento de problemas y búsqueda de soluciones, no cumplen con sus metas. Se produce un desequilibrio entre la importancia y dificultad del problema, y los recursos de que dispone para enfrentarlo. Puede ocurrir en personas sin patología psiquiátrica o como descompensación de un trastorno mental subyacente. La crisis sería un periodo transicional a partir del cual puede que se desarrolle un trastorno mental porque el individuo se enfrentó al conflicto de forma desadaptada, o al contrario, puede superarla satisfactoriamente, saliendo fortalecido y más capacitado para afrontar futuras dificultades, ya que supo buscar nuevas perspectivas y enfoques.

La noción misma de crisis conlleva la urgencia y la necesidad de una intervención terapéutica. La

naturaleza de la crisis es muy diversa. Puede surgir como respuesta a un suceso traumático (fallecimiento de un ser querido, separación conyugal, quiebra económica, problemas laborales...); como manifestación aguda de un trastorno subyacente (intentos de suicidio, descompensaciones psicóticas, conductas heteroagresivas o altamente discapacitantes...); e incluso puede entenderse, en un sentido más amplio, como un momento de tránsito vital.

La intervención en crisis se centra en la acción de un equipo multidisciplinario, y las pautas esenciales según el modelo orientado al estrés serán:

- La ayuda ha de ser inmediata.
- Muy importante es proporcionar asistencia allí donde se produjo la crisis. De aquí la importancia de las visitas domiciliarias.
- Ofertar una continua disponibilidad.
- El enfoque se centrará en el problema y situación actual.
- Procurar que el individuo se mantenga en la realidad, evitando de esta manera que las negaciones o evasiones puedan conducir a soluciones desadaptativas neuróticas, o incluso a reacciones psicóticas posteriores.
- Procurar mantener la integridad del grupo familiar y estimular sus mecanismos positivos de afrontamiento del estrés.

Así, los tres objetivos principales de la intervención en crisis serán:

- 1) Definir la naturaleza del problema.
- 2) Implicar al sujeto y su entorno sociofamiliar, si es posible, en la búsqueda de soluciones al conflicto, asegurando a través de un número limitado de sesiones la readaptación del individuo/os en crisis.
- 3) Valorar la necesidad de un tratamiento individual/familiar más a largo plazo si fuese necesario.

En muchos casos la intervención en crisis ya solventa el problema, pero en otros sólo es el prólogo de un tratamiento posterior. Las técnicas utilizadas en este tipo de intervenciones son variadas, predominando las técnicas conductuales, las intervenciones sistémicas familiares, la psicoterapia de apoyo y las psicoterapias breves de inspiración psicodinámica aplicadas a la intervención en crisis.

En última instancia, la filosofía de la intervención en crisis es la de la prevención secundaria interviniendo sobre el individuo, la familia y el entorno, evaluando precozmente el conflicto, aplicando técnicas terapéuticas específicas y evitando así el desarrollo de complicaciones posteriores o la cronificación.

El individuo en crisis está incluido en un contexto familiar y social, por lo que el abordaje ha de ser global. Es necesario conocer la dinámica y estructura de la familia, su actitud hacia el miembro designado como paciente, su manera de afrontar crisis anteriores y los posibles factores de cambio o de conflicto que hayan podido ocurrir. Durante años la atención de los profesionales sanitarios se ha focalizado en las familias de pacientes mentales crónicos (repercusión de la enfermedad mental sobre el grupo familiar, influencia de la familia sobre el curso y evolución de la enfermedad, desarrollo de programas psicoeducativos, etc.), en detrimento de las situaciones agudas, en las cuales lo más frecuente es que la atención se centre en el paciente, obviándose la repercusión de la crisis sobre la familia.

La descompensación familiar puede considerarse desde un doble óptica: Cuando es toda la familia la que experimenta un estrés vital, no habiendo un único paciente identificado (por ejemplo, en el caso de la muerte de un familiar). Cuando, aún habiendo un paciente identificado, toda la familia participa del malestar y sufrimiento del individuo en crisis (o de las consecuencias de su actos); e incluso puede ocurrir que los problemas de este reflejen los de la familia. Así puede suceder que la inminencia de un cambio en la familia, la alteración en la comunicación o la aparición de conflictos entre sus miembros, suponga una ruptura del equilibrio intrafamiliar y la descompensación psicológica de uno de los miembros, más vulnerable en esos momentos. En ambos casos, y siempre que acuda la familia en una situación de urgencia, ha de incluirse a esta en la entrevista. Por varias razones: porque es una fuente de información primordial acerca de la historia del paciente y de la familia misma y porque es necesario ofertarles un espacio en el que puedan formular preguntas, expresar sus preocupaciones, miedos, sentimientos de culpa, de impotencia, etc.

En una situación de urgencia las familias experimentan un gran estrés, que puede aumentar si se sienten ignorados o poco apoyados. En estas condiciones las actitudes pueden variar desde el enfado, irritabilidad, hostilidad franca hasta nula colaboración. Con la primera toma de contacto se intenta por una parte aliviar la ansiedad del grupo familiar ante una emergencia; y por otra parte, analizar la dinámica familiar así como su actitud hacia el paciente. Porque es necesario valorar si los problemas del paciente son producto de un conflicto intrapersonal, o son un reflejo de los de la familia. Si fuera así, el profesional debiera plantearse la conveniencia de integrar la familia en el tratamiento.

Por ello el terapeuta debe analizar paralelamente:

- Dinámica del grupo familiar. Grado de interacción, de comunicación, de vinculación afectiva, de individuación, asunción de roles de los miembros y subsistemas parental y filial.
- Estructura familiar. Aparte de valorar la estructura jerárquica, útil para orientar cada caso según sus necesidades y poder diferenciar entre un grupo familiar de estructura neurótica y un grupo familiar de estructura psicótica.

Se parte de un concepto de la familia como unidad de salud y enfermedad y permite, por tanto, objetivarla también como unidad de tratamiento. Los individuos y las familias que afrontan una crisis están más motivados para explorar los conflictos que la han podido originar, así como sus posibles soluciones, adoptando también actitud más flexible. La intervención sobre la familia en muchos casos es una alternativa primordial y fundamental, y en otros casos es una ayuda para solventar la situación.

En el grupo familiar de estructura neurótica los roles son flexibles, el que hace el rol de enfermo puede pasar al de sano y además no suele haber un único miembro designado como enfermo. Hay rivalidad entre los miembros aunque no envidia. Los cambios no se viven como amenazantes, no significan peligro de pérdida. Se buscará el apoyo y la implicación de la familia, aunque en última instancia el abordaje se centre directamente en el paciente.

En el grupo familiar de estructura psicótica, no significa necesariamente que sus miembros sean psicóticos, sino sus interrelaciones. Los roles son rígidos, inflexibles. El miembro designado como enfermo generalmente es único, y la enfermedad puede suponer la válvula de escape de la familia, donde se proyectan aspectos rechazados de cada uno. Los vínculos son de características simbióticas y las relaciones sadomasoquistas. Se viven los cambios como amenazantes y peligrosos, tendiendo a boicotarlos. En estos casos es toda la familia la que realmente se descompensa, y lo más idóneo es la asistencia terapéutica a todo el grupo de la forma más precoz posible, para evitar caer sistemáticamente en la hospitalización.

Indicaciones para tratar a la familia:

Es necesario abordar el tratamiento de la familia en las siguientes situaciones:

- Como ya se ha señalado con anterioridad, la descompensación familiar puede ocurrir cuando todos los miembros experimentan un trauma; por ejemplo, pérdida súbita de un ser querido, diagnóstico de una grave enfermedad a uno de los miembros, etc. Aunque en estos casos puede suceder que se designe a uno de los miembros como el necesitado de asistencia, lo indicado será el tratamiento de todos.
- También estará indicado, si se detectan conductas desadaptativas repetitivas en la familia que puedan contribuir a la descompensación del miembro referido como paciente. Es decir, si los problemas de interacción pesan más que el conflicto individual.
- Cuando la familia está muy implicada en el problema del paciente, como consecuencia de interrelaciones patológicas, simbióticas.
- Cuando hay una historia de terapia individual de larga evolución y poco satisfactoria, conviene considerar la idoneidad de una terapia familiar dirigida a modificar el contexto familiar del sujeto. Cuando la familia obstaculiza el tratamiento individual por varios motivos (prejuicios, falsas creencias, desinformación, enfermedad como vía de escape de conflictos familiares...).

Estrategias para implicar a la familia

Desde el primer contacto se debe desterrar cualquier implicación de responsabilidad o de contribución decisiva de la familia en el origen de la enfermedad, y trabajar con ellos para hacerles corresponsables de la asistencia terapéutica individual. Esto supone, la "utilización" de la familia como un recurso terapéutico.

En la práctica, la entrevista con la familia supone:

- 1º Escuchar. Darles la oportunidad para que expongan sus puntos de vista, sus preocupaciones y temores, para que formulen preguntas. Las intervenciones del profesional en esta primera fase deben estar dirigidas a generar un clima de confianza y así disminuir la tensión, mostrando una actitud empática y comprensiva.
- 2º Intentar enfocar la crisis desde la perspectiva familiar. Averiguar cómo definen ellos el problema y cómo les afecta a cada uno, confrontando los diferentes puntos de vista. Ver qué factores creen que ha podido desencadenarlo, si ha habido otras crisis en el pasado y cómo las afrontaron, si ha habido o se prevé algún cambio en la estructura familiar. También indagar qué cree cada uno que puede hacer para solucionar el problema, o cómo piensan que se les puede ayudar. A medida que va transcurriendo esta fase, es importante subrayar las cualidades positivas que posea la familia, para disminuir la prevención defensiva y, a la vez, indicarles que las conductas conflictivas pueden formar parte de pautas de interacción familiar y de esta forma se facilita el cambio de atención desde el miembro identificado como paciente, hacia la relación familiar. Es fundamental que no se sugiera de manera prematura, ya que dicha interpretación puede conducir a un aumento de la resistencia y anular las posibilidades de cooperación de los miembros. El tratamiento familiar puede ser sugerido como una forma de ayudarles a que comprendan y afronten el problema.
- 3º Estimular la colaboración de la familia para solucionar el problema actual, e implicarla en el proceso terapéutico si es factible. No

supone darles la impresión de que todos son pacientes, sino aclararles que se precisa su colaboración para que el problema se solventa de la forma más rápida y menos traumática posible. Por ejemplo, pueden: proporcionar apoyo y observación para evitar el ingreso hospitalario. Introducir modificaciones en el seno familiar, beneficiosas para el paciente. Colaborar cuando el paciente se niega a seguir las indicaciones médicas. Movilizarse en la búsqueda de recursos externos que puedan ser útiles. Hacer partícipe a la familia en la asistencia supone impedir el oscurecimiento de las relaciones intrafamiliares, aumentar su capacidad para afrontar futuras crisis, generar cambios adaptativos y evitar, en lo posible, la hospitalización y que la familia se reorganice para funcionar con el nuevo rol del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- Campoy A. (1980) Crisis e intervención en crisis. En: González de Rivera JL, Vela A, Arana J, eds. Manual de psiquiatría. Karpos. Madrid. pp 1191-1201.
- Caplan C. (1980) Principios de psiquiatría preventiva. Paidós. Buenos Aires.
- Comelles, J.M y Martínez Hernaez. (1993) Enfermedad, cultura y sociedad.: un ensayo sobre las relaciones entre la Antropología Social y la Medicina. Eudena. Madrid.
- Fernández Liria A. y Rodríguez Vega B. (2002) Intervención en crisis. Síntesis. Madrid.
- Fishel A, Gordon C. (1990) Tratamiento familiar en urgencias. En: Hyman SE, ed. Manual de urgencias psiquiátricas. 2.a ed. Salvat. Barcelona. pp 61-68.
- Gordon C. (1990) Intervención en crisis: ideas generales. En: Hyman S.E, ed. Manual de urgencias psiquiátricas. 2.a ed. Salvat. Barcelona. pp 39-46.
- Lazarus RS, Folkman S. (1986) El concepto de afrontamiento. En: Estrés y procesos cognitivos. Editorial Martínez-Roca S.A., Barcelona. pp 140-163.
- Leal, F. (2002) Comprender la enfermedad mental. Univ. de Murcia. Murcia.
- Llor B. y otros. (1998) Ciencias psicosociales aplicadas a la salud. Interamericana McGraw-Hill. Madrid.
- Mechanic D. (1962) The concept of illness behavior. J. Chron. London. pp 189-194.
- Parsons T. (1982) El sistema social. Alianza. Madrid.
- Pelicier N. (1989) La estrategia terapéutica de la crisis. Psicopatología; 9:23-25.

ANTROPOLOGÍA-ENFERMERÍA Y PERSPECTIVA DE GÉNERO

M^a del Carmen Carrasco Acosta* Manuel Márquez Garrido**

José Arenas Fernández***

*Enfermera y Antropóloga. Profesora Titular de Enfermería Médico-Quirúrgica

**Enfermero, especialista en Salud Mental y Antropólogo. Profesor Titular en Salud Mental

***Licenciado en Enfermería Holanda. Profesor Titular de Enfermería en Urgencias

Universidad de Huelva



power versus a profession secondarily considered in society as a female profession

Key words: Anthropology and nursing care. Image and nursing, nursing development, gender and nursing.

RESUMEN

En numerosas ocasiones nos hemos preguntado por qué una profesión cuyo eje central consiste en la administración de cuidados no se encuentra en un estatus más elevado en la sociedad, máxime cuando es un constructo universal con una gran proyección psicosocial-cultural imprescindibles para la satisfacción de las necesidades humanas y éstas inherentes al ser humano para conseguir un cierto grado de bienestar. ¿Qué factores y poderes son los que influyen en el freno de la profesión de Enfermería?. Un aspecto esencial en el presente artículo es el de reflexionar sobre la influencia del género en la identidad y desarrollo del profesional de enfermería y la relación dicotómica poder médico hegemónico y subordinación de una profesión considerada por la sociedad como profesión femenina.

Palabra clave: Antropología y cuidados enfermeros. Imagen y enfermería, desarrollo y enfermería, género y enfermería.

INTRODUCCIÓN:

Enfermería clásicamente ha estado a la sombra de los profesionales médicos en su mayoría del género masculino, unido a una indefinición episte-

ANTHROPOLOGY-NURSING. PERSPECTIVES IN GENDER

SUMMARY

In so many instances have we wondered why a profession where the main topic is caring for people has not reached a higher status in society. Further more when it is a universal construction meaning an important psycho-cultural projection, a must to satisfy human needs when talking about a certain degree of well-fare.

What would be the influential factors and powers to prevent nursing profession from reaching a higher status?. A very important aspect in this present study, is that we must reflect over the influence of gender in the identity and development of the nursing profession as much as over the dichotomy hegemonic doctor's

mológica que dificultando la creación de un marco conceptual que conforme su pilar identitario. La identidad es un aspecto fundamental para el auto-reconocimiento dentro de un grupo profesional, junto al aspecto histórico como instrumento de toma de conciencia de la evolución de la profesión y de la necesidad de cambios generadores de desarrollo.

¿Cómo se ve determinada la profesión de Enfermería por las influencias socio-culturales de nuestro medio?. Esta formulación exige una tarea de análisis minucioso. En este artículo, nos centraremos en la influencia de una sociedad patriarcal, del poder médico hegemónico y de estos aspectos en el freno de la Enfermería.

RELACIÓN DEL GRUPO SOCIAL INFLUENCIA SOCIO-CULTURAL:

Las personas no crecen de forma aislada sino inmersas en una sociedad, su forma de pensar está condicionada por el contacto con el grupo. En todo grupo social se comparten ideas acerca de la forma que deberían tomar las diversas clases de instituciones. El pensamiento de los seres humanos puede cambiar según las maneras en las que se presentan al universo físico, social y moral, las personas ven lo que quieren ver y su percepción se encuentra determinada por completo por sus antecedentes sociales y culturales. Los miembros de diferentes culturas pueden ver de forma distinta el mundo en el que viven.

Las actitudes, los valores y el comportamiento humano se encuentran influenciados por las experiencias durante el proceso de enculturación, la adaptación humana depende del aprendizaje cultural, por lo que los comportamientos pueden cambiar según la forma de educación.

EL GÉNERO Y LOS ROLES HUMANOS DEBATE NATURALEZA Y CULTURA:

El debate naturaleza-cultura emerge en la discusión de los roles humanos de sexo-género y de la sexualidad. ¿Qué efectos tiene el sexo-género en la forma de actuar y la forma en cómo son tratados los hombres y las mujeres en las diferentes culturas?. Los antropólogos han encontrados diferencias sustanciales desde la visión culturalista o ambientalista, entre los roles de los hombres y las mujeres.

En el ámbito de la diversidad cultural se encuentran múltiples construcciones de género. El género es una construcción cultural que hace referencia a las características psicosociales de rasgos, roles, motivaciones y conductas asignadas a hombres y mujeres dentro de cada cultura.

Al igual que la magnífica pensadora francesa Simone de Beauvoir tenemos claro que nacen seres humanos y nos hacemos hombres o mujeres. Muchas teorías sobre el desarrollo humano, analizadas desde el género, presentan una perspectiva androcentrista con las consecuencias lesivas para las mujeres. En las interpretaciones del género los modelos etnocéntricos juegan un papel fundamental. La mujer en la cultura occidental es “el otro”, lo que significa que de forma tradicional al hombre se le considera como “normal”, y la mujer presenta la propuesta alternativa dentro de un modelo desvalorizado. El género para Marcela Lagarde (1996), “es más que una categoría, es una teoría amplia que abarca categorías, hipótesis, interpretaciones y conocimientos relativos al conjunto de fenómenos históricos construidos en torno al sexo. El género está presente en el mundo, en las sociedades, en los sujetos sociales, en sus relaciones, en la política y en la cultura”. Esta categoría nos permite analizar y comprender cómo se construyen las identidades y la situación de las mujeres y de los hombres.

Dentro del discurso evolucionista, según Phillip Kottak en su obra *Una exploración de la diversidad humana*, uno de los indicadores de progreso es la situación de la mujer en la sociedad, una cultura se considera menos avanzada en cuanto la mujer de forma indiscriminada se encuentra en una situación más desfavorable. Pero no podemos caer en la trampa de los conceptos: progreso y atraso, ya que son concepciones ideológicas etnocentristas que desvían la realidad.

SUBORDINACIÓN DE LA MUJER Y PATRIARCADO:

La subordinación de la mujer se origina a partir de la concepción de patriarcado, para entender a las mujeres como agentes activos en la sociedad es necesario cambiar la perspectiva y ver a la sociedad desde la diversidad, siendo la diversidad la que enriquece a la sociedad dinámica con construccio-

nes variables. Este cambio de concepción es necesario para que la mujer tenga voz y sea oída, para dejar de ser actora social muda. La mujer demanda poder no hegemónico ni de dominación para superar la vulnerabilidad de la exclusión y la violencia que les permita desarrollarse íntegramente como personas desde su condición de libertad.

Los roles establecidos en relación con el trabajo y el género varían en función de la cultura y por lo tanto de las creencias y actitudes relacionadas con el trabajo de género. Estas creencias y actitudes se encuentran influenciadas por las forma de organización social y las situaciones socioeconómicas y políticas. Así se demuestra en los periodos de guerra donde los hombres activos laboralmente escaseaban, y se favorecía la incorporación de la mujer al mercado laboral, se elimina la idea de que las mujeres no se encontraban biológicamente preparadas para el trabajo fuera del ámbito doméstico. Con la industrialización las actitudes sobre el género varían con el empleo extradoméstico femenino. En la actualidad las mujeres están sustituyendo a los hombres en profesiones con un alto nivel de preparación, como las ingenierías, medicina, derecho.

En el desarrollo humano la pertenencia a uno u otro sexo puede condicionar una desventaja en la satisfacción de las necesidades humanas fundamentales que van más allá de la subsistencia: protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad.

LA HISTORIA COMO SEÑA DE IDENTIDAD PROFESIONAL: EL PAPEL DE LA MUJER CUIDADORA

El conocimiento de la historia impregna a una profesión de señas de identidad, ninguna ocupación puede ser seguida de forma inteligente si no se ilumina con la luz de su historia (Domínguez Alcón, C, 1989) que debe ser estudiada siempre teniendo en cuenta las características y valores de la sociedad y el marco donde se desarrolla.

Desde los comienzos los cuidados fueron vividos y transmitidos por mujeres, se perpetuó la idea de que el instinto maternal era el que proporcionaba la motivación y el impulso necesario para cuidar a las personas enfermas, desamparadas, etc..., de esta manera Enfermería y mujer han estado

siempre ligadas, la enfermera es el espejo en el que se refleja la situación de la mujer a través de los tiempos (Robinson, W. 1946 en Donahue, M. P. 1985:2).

Los pueblos primitivos constituyen los orígenes de la humanidad. Los cuidados de Enfermería, en este periodo, se dirigen fundamentalmente a la supervivencia, siendo las mujeres las encargadas de llevarlos a cabo aunque el hechicero solía ser el responsable último de la curación. Con el hechicero aparece la interpretación sobrenatural de las enfermedades: la magia considerada como "la técnica o arte de manipulación de las fuerzas ocultas de la naturaleza" (Siles González, J, 1999: 94.). La mujer como miembro de una tribu y por el rol que desempeñaba se queda en el refugio, mientras los hombres cazan, cuida de los niños, ancianos y heridos, asume por tanto el papel protagonista de cuidadora.

Existieron durante la antigüedad numerosos pueblos que desarrollaron conocimientos y habilidades sobre la salud y la enfermedad. La civilización egipcia fue una de las grandes culturas de todos los tiempos, que destacó entre otros por su jerarquización y alto nivel de organización. La puesta en práctica de los cuidados era llevada a cabo en el ámbito doméstico, por lo que generalmente eran las mujeres y los esclavos quienes se encargaban de ellos. Las mujeres gozaban de una libertad y dignidad considerables, ocupando un lugar de autoridad dentro del hogar. Las comadronas existían como un grupo profesional reconocido, atendían a los partos y aparecen en su práctica cotidiana en distintos grabados y pinturas (Siles González; J. 1999:124).

Es de la India de donde obtenemos la descripción más completa en la práctica de los cuidados. Sus documentos históricos hacen referencias al cuidador, figura relacionada con los hombres, sustituidos en casos excepcionales por mujeres ancianas. Muchos de los aspectos tratados en estos documentos perduran en nuestros días como quehacer enfermero, aparecen aspectos morales de los que siempre los profesionales de Enfermería han estado impregnados. La cobertura de las necesidades básicas de los enfermos es un aspecto fundamental dentro del perfil de los cuidadores, resaltando además la dependencia de estos del profesio-

nal de la medicina. El papel de la mujer en esta cultura era elevado y sus tareas van encaminadas al ámbito del hogar, pudiendo deducirse de la documentación legada que cuidaban dentro del mismo a los miembros de la familia que lo necesitasen.

En la edad de Oro de Grecia (s. VII y VI a. C.) se produjeron grandes cambios, en los que las artes curativas se vieron afectadas, fue el nacimiento de la Edad de la Razón que culminó con la filosofía clásica de Sócrates, Platón, Aristóteles, Hipócrates y otros. Se intenta dar una explicación natural a los fenómenos físicos y sociales, que con el paso del tiempo se denominó Filosofía Natural. La mujer griega vivía en una sociedad patriarcal, se encargaba de la preparación de la comida, el cuidado de los niños y de los enfermos y de la dirección del hogar. En una sociedad repleta de mujeres esclavas, en las casas que podían tenerlas, se encargaban de cocinar, limpiar y prestar los cuidados.

Las parteras y comadronas llegaron a alcanzar gran prestigio en el s. V. a. C., tenían reconocimiento social y recibían honores, debían haber sido madre y haber superado la edad de procrear. Los griegos, despreciaban el trabajo manual, dejando estas actividades para las personas de clase social baja: esclavos y servidores, esto explicaría como para el mundo clásico los cuidados de Enfermería carecían de importancia social, dedicándose a ellos los esclavos, sirvientes y en el mundo doméstico (Hernández Conesa, J. 1995:68).

La fundación de Roma se encuentra fijada hacia mediados del s. VIII a. C. Al ser un pueblo belicoso, dominaron a todos los vecinos y a su vez asimilaron las artes, las ciencias y religiones de los conquistados. El papel de la mujer era algo más relevante que en la cultura griega, aún así, estaban sometidas a la patria potestad y dependían, bien del padre, bien del marido. Las parteras eran las encargadas de atender partos normales, tenían cierto prestigio y debían saber leer y escribir para comprender el arte del parto planifica y se establece una serie de normas para la práctica de la profesión (Domínguez Alcón, C. 1986: 96.) Otros personajes peculiares de la época, son las nodrizas, mujeres que se dedicaban a dar de mamar a los niños de las dueñas de las casas y se responsabilizaban de su educación.

La aparición del cristianismo introduce una nueva dimensión del cuidar, pasando a ser dedica-

ción a los pobres y necesitados, es el momento en que Enfermería quedará impregnada del sentimiento de vocación que ha perdurado hasta hace poco y que podríamos asegurar hoy todavía existe. Con el cristianismo se promueve el concepto de altruismo, como servicio desinteresado a los demás, se dota a los cuidados de un sentido espiritual, así como al padecimiento de la enfermedad que es considerado como una vía de santificación. Aparecieron grupos de mujeres que trabajaban para la Iglesia, siendo su objetivo principal ayudar a los enfermos necesitados, a estas mujeres se les llamó diaconisas tenían que ser solteras o viudas y eran ordenadas en igualdad de condiciones que los hombres diáconos, ejercían funciones docentes, asistenciales y auxiliares.

Entre 300 – 1000 d. C., el mundo se encuentra en un deterioro progresivo, inmerso en batallas y destrucción, en esta etapa es cuando la Iglesia alcanza su mayor poder y presencia. La organización se establece sobre la base del feudalismo y la vida monástica, las mujeres se dedicarán fundamentalmente a paliar las pérdidas demográficas causadas por la actividad bélica continuada. Estas guerras, unidas a la inseguridad, harán de la Alta Edad Media una época en la que se frenó cualquier avance o progreso. La santificación por medio de la ayuda y el cuidado de los enfermos, es el motivo principal que lleva a la práctica de la Enfermería, influyendo en gran manera en la prestación de los cuidados la fe, la superstición y el misticismo. Existieron algunos hospitales creados a margen de los monasterios. Como La Casa de Dios en París (s. VII), donde las enfermeras comenzaron siendo laicas, pero con el tiempo acabaron convirtiéndose en la Orden Religiosa de las Agustinas.

El periodo que abarca de 1000–1500 d. C., se caracterizó por grandes movimientos demográficos y el desarrollo de la clase media trabajadora. Desaparece paulatinamente la vinculación del sirvo con el señor feudal, pasando la población a asentarse tras los muros de las ciudades, lo que llevó a la superpoblación con los consiguientes problemas de hacinamiento, salubridad y enfermedades. Surgen las denominadas Ordenes Mendicantes, religiosos misioneros comprometidos con una pobreza absoluta, para llevar la religión y la Enfermería al entorno de la población.

Junto con las ordenes religiosas y militares, se fundan las seglares, destacan las Beguinas de Flandes, mujeres de varias clases sociales, casi siempre viudas en su origen, que atendían a los enfermos en los domicilios y hospitales.

Durante los siglos XV y XVI nacen dos grandes movimientos, como resultado de un espíritu de cambio revolucionario y de la búsqueda por parte del hombre de un nuevo concepto de sociedad, son el Renacimiento y la Reforma. El aspecto intelectual del Renacimiento fue el Humanismo, una nueva forma de pensar que tiene al hombre como centro del Universo, se ampliaron conocimientos y cambiaron pautas esenciales del teocentrismo al antropocentrismo, se cultiva la literatura y el cambio del sistema económico inicia el camino hacia el capitalismo, fue el periodo en que se descubre el Nuevo Mundo, se inventa la imprenta, Copérnico demuestra que la Tierra giraba sobre su eje y se desplazaba orbitariamente alrededor del sol y con la ayuda de la observación, experimentación y la medición se desarrolla una nueva ciencia llamada experimental, sentando las bases del método científico de investigación, intentado explicar todas las cosas por la razón y la experiencia. Para Enfermería el progreso científico se consideraba innecesario, al ser desempeñado los cuidados por religiosos.

La Reforma se inició en 1517, fue un movimiento religioso que tuvo como resultado la división del cristianismo. La rebelión contra el Papa y las reglas eclesiales fue dirigida por Martín Lutero (1483-1546). Los protestantes, que así fueron llamados, se escindieron y declararon su independencia, a partir de ese momento se constituye una Europa católica y otra protestante. Los gobiernos se encargaron de la asistencia sanitaria y reclutaron a mujeres sin ninguna formación, e incluso se les conmutaban penas de cárcel por prestar estos servicios, en estos países los cuidados de Enfermería quedaron en manos de sirvientas, asistentes que cobraban un salario de miseria, dando a cambio una atención muy deficiente. Este "periodo oscuro de la Enfermería", entre 1550 y 1850, fue testigo de las peores condiciones jamás vividas por la Enfermería. Los cuidados se caracterizan en la Europa Protestante, porque los enfermos pobres son abandonados a su suerte, no exis-

tiendo la preocupación por elevar la Enfermería ni por mejorar las condiciones de los hospitales. En la Europa Católica se continúan prestando los cuidados por parte de los religiosos, que siguen imprimiendo un carácter vocacional a su labor, este carácter vocacional y religioso, por contra, contribuirá al estancamiento en la prestación de cuidados ayudado por la situación de la desvalorización de la mujer.

La etapa del Renacimiento fue el mejor caldo de cultivo para una época en que nace un floreciente comercio, donde surge el movimiento denominado la Ilustración y que fue predecesora de la Revolución Industrial, con sus grandes cambios socio-económicos. Surgen acontecimientos de gran importancia y que posteriormente tendrán relevancia, como la Revolución Francesa, la Guerra de los Siete Días y la de la Independencia de América.

En España, el camino de la Enfermería discurre paralelo al que siguió en el resto del mundo, sobre todo en el orbe católico. Cada etapa histórica influye de manera distinta en la prestación de los cuidados, así como en las personas que los proporcionaban. Durante los siglos XIX y principios del XX se institucionaliza la profesión bajo distintas denominaciones: enfermera, practicante y matrona. La formación se planifica y se establecen una serie de normas para la práctica de la profesión. La guerra civil española marca de forma decisiva las necesidades que la sociedad tiene en el ámbito sanitario, durante esta época se cerraron Escuelas, otras continuaron impartiendo docencia pero no hubo exámenes hasta que no finaliza la contienda. La formación de enfermeras y personal voluntario tuvo mucha importancia, para cubrir las necesidades de asistencia sanitaria. En 1940-1941 se establecen cambios en los planes de estudios y en las condiciones de ingreso. La entrada en la Universidad supone cambios importantes en la Enfermería que permite a las enfermeras salir del espacio tradicional favoreciéndose la polivalencia de las corrientes de pensamiento, las opciones sociales y la adquisición de un pensamiento enfermero propio. Haciéndose necesario la elaboración de un nuevo Plan de Estudios. La profesión cambia su denominación pasando a llamarse: Diplomados en Enfermería y se consigue recuperar el termino

enfermera. Es importante el reconocimiento de la función docente en Enfermería lo que posibilita la participación de los profesionales en su formación antes en manos de los médicos.

La profesionalización pretende regular el orden social, “una profesión se funda inicialmente alrededor de una creencia, de una ideología enfocada a regular el orden social, y a determinar lo que se juzga como bueno o malo para el mantenimiento de este orden” (Bertaux, D., 1977, en Collière, M. F. 1993: XII. La profesión parte de una creencia ideológica, diferenciándose del oficio que se crea a partir de la relación de la persona con los elementos de la naturaleza, transformándolos para que sean útiles a la comunidad. Los grupos de oficios no presentan una función reguladora del orden social como ocurre con los profesionales.

Desde finales del siglo XIX y durante y siglo XX se facilita el acceso a los nuevos avances científicos, lo que produce un acercamiento entre profesión y oficio. La actividad de los profesionales está orientada hacia la sociedad, pero infiltrada de una ideología. Tradicionalmente la Enfermería ha estado sometida a otros grupos profesionales, lo que dificulta el proceso de independencia y la creación de un marco legal, en la que se recoja los aspectos actuales de la profesión enfermera.

Después de iluminar el pasado de la profesión enfermera decir a la luz de la literatura que no es la “naturaleza” de las mujeres la que determina la acción de cuidar, sino qué está determinada por la construcción cultural dúo hombre-mujer.

La categoría de género nos remite a las desigualdades que existen entre ambos sexos estableciendo una forma primaria de poder, esta relación implica una subordinación que se justifica por los diferentes discursos sociales, las Relaciones de poder que se establecen sobre el dominio masculino.

DIMENSIONES DE ESTEREOTIPOS:

Los trabajos en torno a los estereotipos de género coinciden en que existen dos dimensiones, una femenina caracterizada por rasgos y roles asociados a la afectividad temura y una alta emotividad, y otra dimensión masculina, caracterizada por rasgos y roles instrumentales como los asociados a la racionalidad, competencia y baja emotividad. Ambas dimensiones presentan una gran cons-

tancia transcultural en la revisión literaria. La presión y los condicionantes sociales establecen las formas diferenciadas entre los hombres y las mujeres, influyen en sus actitudes, expectativas, valores,... La adquisición de estereotipos de género va a depender de factores culturales, del contexto social inmediato responsable de la socialización de los individuos como el núcleo familiar y la escuela, es decir, la causa del mantenimiento de los estereotipos de género se encuentra en la diferenciación de la socialización de los individuos. Desde distintas teorías se han puesto de manifiesto como los hombres atribuyen los éxitos a causas internas y los fracasos a causas externas como la mala suerte, mientras que en la mujer ocurre el fenómeno inverso, incrementándose estas diferencias cuando se trata de tareas estereotipadamente femeninas o masculinas. Las expectativas de éxito de las mujeres y de los hombres ante unas u otras profesiones constituyen un factor importante para comprender las diferencias de elección. Los estudios “típicamente femeninos” están orientados a la asistencia de los demás, como ejemplo tenemos la enfermería. Los incentivos derivados de la ejecución del rol profesional como ganar dinero, liderazgo, relaciones sociales..., pueden presentar una valoración diferente entre los hombres y las mujeres, estas asimetrías se ven influenciadas notablemente por las diferencias psicosociales de género. Es verdad que la cultura ejerce un influjo uniforme sobre los individuos, pero a estos hay que sumarles los aspectos personales de socialización, los diferentes modelos de los padres u otros adultos de referencia en el proceso de socialización de la persona, qué roles desempeñan, sus ideologías sobre género,... que aportan un sello personal ideológico dentro de una misma cultura, de ahí la importancia de estudiar estas características en las investigaciones que aborden este tema.

La reciente historia de la profesión enfermera está impregnada por la división sexual del trabajo, en esta división y desde un orden patriarcal la mujer queda relegada al ámbito doméstico y es excluida de la vida pública y del poder político. La subordinación de la mujer ha provocado una limitación en el desarrollo del conocimiento de la enfermería, mientras que los conocimientos de las mujeres se transmitían por tradición, los conoci-

mientos médicos (ejercidos por hombres) se transmitían de forma hermética, sin que trascendiera a la comunidad, el poder de expertos diría yo. Las enfermeras presentan una vocación de servir, que se ha perpetuado a través del tiempo, en estas condiciones se frena el desarrollo de la profesión, favorecida por una dependencia marcada de la autoridad masculina, y así ha sido durante muchos años, una enfermera que poco o nada reflexionaba sobre su quehacer propio, el de los cuidados.

Las mujeres en el ambiente hospitalario realizaban las actividades relacionadas con las ordenes médicas, y en el ámbito extrahospitalario su trabajo se centraba en las tareas burocráticas derivadas de las consultas médicas. Mientras los enfermeros en el hospital trabajaban en las unidades con mayor dotación tecnológica, más asociada con la imagen masculina. El sexismo del sistema sanitario es un reflejo del sexismo en la sociedad y que el estatus de subordinación de la enfermería respecto la Medicina fruto del lamentable prejuicio social o estereotipo.

En el siglo XXI las aulas de las Escuelas de Enfermería, en las que abundan más mujeres que hombres, se percibe la diferencia en las expectativas, en los valores, en los diferentes sexos. Los alumnos masculinos prefieren realizar sus prácticas en aquellas unidades clínicas donde se tengan que llevar a cabo pocos cuidados básicos (baños, eliminación de productos excretados por el cuerpo,...) y tengan un alto nivel tecnológico, mientras que las alumnas se centran y profundizan en las necesidades de los pacientes y de sus familiares.

¿Cómo percibe la población a los profesionales de enfermería según el sexo?. A los hombres enfermeros lo perciben como profesionales más eficaces y resolutivos en relación con el colectivo femenino de la profesión. Si el profesional es una mujer, suele identificarle con la figura de “confesor” o “psicólogo” en relación con la imagen “mujer-madre”, es decir la ubica más cerca de los saberes de la naturaleza.

La Enfermería trabaja en la construcción de una esfera de competencias autónomas, pero se encuentra como principal problema el género e inmersa en un contexto social donde prevalecen las jerarquías de poder y autoridad que se extienden incluso en el terreno de los cuidados, establecien-

do una estructura fuerte de dominio y subordinación en la relación enfermería-medicina.

EL CAMBIO SOCIAL Y EL REFLEJO ESTRUCTURAL EN LA ENFERMERÍA: ESTRATEGIAS DE CAMBIO.

Pero no podemos olvidar que la sociedad es dinámica, que el cambio social va modelando la estructura de nuestra sociedad, este cambio social se refleja en la profesión enfermera con la incorporación cada vez más mayoritaria de los hombres y el fomento de las actividades cada vez más autónomas en cuestiones de Salud. El discurso de la autonomía de la enfermería no se puede basar sólo en la valía de las habilidades de los profesionales, también hay que tener presente los valores que el género femenino tiene en la sociedad, donde sus valores pueden estar infravalorados y como consecuencia los cuidados no se conciben como una profesión reconocida.

Una propuesta de estrategia de intervención consistiría en trabajar la deconstrucción de la tradicional identidad rígida y dependiente de la enfermería en la construcción de una identidad autónoma y flexible, siendo una transformación deseable, donde el trabajo cotidiano se impregnará de satisfacción.

Romper el esquema social que fundamenta el poder de un sexo (masculino) sobre otro (femenino) no es una tarea fácil, pero no debemos entrar en posicionamientos pesimistas, todo lo contrario, el cambio social, aunque lento, está ahí. Un cambio social deseable, en el que se pueda poner de manifiesto, de forma ascendente, una disminución en las desigualdades sociales, en primer lugar como mujer y en segundo, como profesional dispensador de cuidados a la comunidad.

Analizar la profesión enfermera desde una perspectiva de género desde una visión antropológica, precisa por parte del etnógrafo de un conocimiento de la cultura, de las conductas humanas, distinguir lo que la gente dice y lo que en realidad hace y aquello que afirman que debería hacerse. Si su orientación teórica es dialéctica y crítica, el antropólogo se centrará en el conocimiento de su sociedad, en la cual el objeto de estudio es equivalente a otro sujeto, no siendo la descripción de dicho sujeto independiente del observador.

Los avances en la enfermería y la lucha vigente en la actualidad para mejorar el nivel profesional no siempre es compartida por la sociedad, muchos son los factores que favorecen esta realidad, es preciso investigar sobre el grado de implicación de estos factores para establecer estrategias que orienten al cambio de la imagen social de una profesión que lleva en sus espaldas el peso de los estereotipos ligados al género femenino en una sociedad donde su entramado estructural y organizacional social es patriarcal. El género es un factor determinante en el desarrollo social de profesiones como las maestras, enfermeras, donde existe un alto porcentaje de mujeres, donde se establece una dualidad en las relaciones poder/subordinación. En la revisión bibliográfica hemos encontrado que el género es abordado por diversos autores desde un enfoque de usuario del sistema sanitario, en especial desde la perspectiva de la mujer y su rol dentro de la Salud individual y familiar, siendo pocos los que tratan el género desde la realidad profesional de Enfermería, cuando el cambio social es constante y dinámico modelando la estructura de nuestra sociedad. Como parte de estos cambios sociales contamos con la una incorporación de los hombres que forman parte del colectivo tradicionalmente femenino de la Enfermería, y el aumento en la autonomía profesional. Una profesión es autónoma cuando tiene la autoridad de regular su práctica, para así hacer específicas sus funciones y las responsabilidades de sus miembros, para ello debemos de potenciar el compromiso profesional y nuestro grado de credibilidad. “Si las Enfermeras no asumen su rol exclusivo otras personas inadecuadamente preparadas lo realizarán y asumirán” (Henderson, V. 1971).

BIBLIOGRAFÍA:

1. Collière M.F. (1993). Promover la vida. Interamericana McGraw-Hill, Madrid.
2. Domínguez C. (1989). La percepción de cuidar. Rol, Barcelona.
3. Domínguez C. (1986). Los cuidados y la profesión enfermera en España. Pirámide, Madrid.
4. Donahue M. P. (1987). Historia de la Enfermería. Doyma, Barcelona.
5. Henderson V. (1971). Principios básicos de los cuidados de Enfermería. Consejo Internacional de Enfermería, Ginebra.
6. Hernández J.(1995). Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de Enfermería. Interamericana McGraw-Hill, Madrid.

7. Seminario: Liderazgo y empoderamiento. Universidad de Panamá. Instituto de la mujer. En red: <http://www.up.ac.pa/direccionadministrativa/institutos/imup/seminarios/liderazgo%20y%20empoderamiento.htm>. Consultado: 1/03/04.
8. Lillo M. (2002). Antropología, género y Enfermería contemporánea. Rol, 25(12):856-862.
9. Oscar A., López M. (2003). Desarrollo de carrera y genero. Factores que influyen en las diferencias entre hombres y mujeres. Las desigualdades pendientes. U.N.E.D, Dpto. de Psicología Social de las Organizaciones.
10. Phillip Kottak (1994) Una exploración de la diversidad humana. Mc-Graw Hill, Madrid.
11. Roca i Capara. (1996). Las relaciones de género en el cuidado de enfermería. Enfermería Clínica, Vol.6 n°4: 164-170.
12. San Román Gago, S. Género y construcción de identidad profesional. Education Policy Análisis Archives. Volumen 9, n° 19, Mayo 2001. En red: <http://epaa.asu.edu/epaa/v9n19.html>. Consultado el 17/11/03.
13. Siles J. (1999). Historia de la Enfermería. Aguaclara, Alicante.
14. Soriano Hernández S. La mujer entre el género y el sexo. En red: <http://sepiensa.org.mx/contenidos/h--mujer/genero.htm>. Consulta el 1/03/04. Científicas, Madrid.

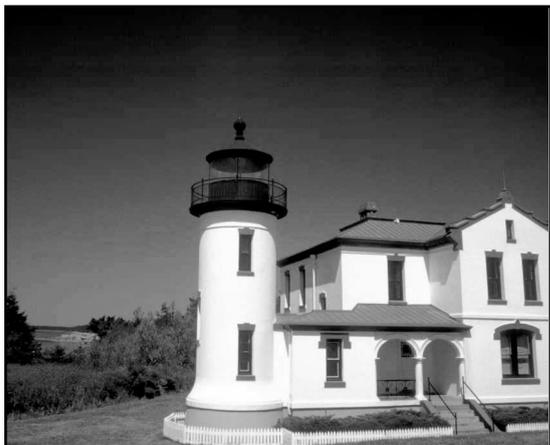


CALIDAD DEL CUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN ESCENARIO NO INSTITUCIONALIZADO

M.Ed.Olga Lidia Banda González, M.C.Cintha Patricia Ibarra González

MCE.Ma. Guadalupe Vázquez Salazar, MSP.Laura Roxana de los Reyes Nieto

Alumnas del Doctorado en Enfermería, Cultura de los cuidados, de la Universidad de Alicante, España. Profesoras de la Facultad de Enfermería campus CD. Victoria, de la Universidad Autónoma de Tamaulipas, México.



QUALITY OF CARE IN ADULTS AGED OVER 60 IN STAGES OTHER THAN THEIR OWN HOME

ABSTRACT

At present, human beings get more and more aged in a better estate of health, but the consequence of that fact implies wider possibilities of being submitted to more chronic illnesses and disabilities, (Bazo, 1998).

In this respect, Lehr (1993) states that the hope for a good life not only means a longer life but a better quality of life. It is not how old a person could get but how he gets old, how does he age. Thus, the adult should be given better care in order to keep him in a good health condition with an interesting quality of life.

A research was done to discover the quality of care an adult gets when he lives in a different stage of his own home, his own environment, in a "Home". A formal, observational, descriptive, transversal study was run where the unit to be

analyzed was an adult between 60 and 75 years of age.

Results showed that care provided to an aged adult in a stage other than his own home only contributes either to maintain his physical capacities or to perform his daily life activities, which in our opinion is not enough to be considered as "a quality of life" care.

Keywords: Aged adult, care, quality of life.

RESUMEN

Las personas en la actualidad están alcanzando cada vez edades más avanzadas en mejor estado de salud. Pero precisamente el hecho de que se viva más conlleva a mayores probabilidades de presentar enfermedades crónicas e invalidantes (Bazo, 1998)

Al respecto Lehr (1993) menciona que la esperanza de vida no solo quiere decir longitud de vida, si no también la calidad de la misma. No solamente cuenta que tan vieja puede ser una persona, si no también como envejece; por lo que es necesario proporcionar al adulto mayor cuidados para mantenerlo en buenas condiciones y mejorar su calidad de vida.

Por lo anterior se investigó la calidad del cuidado de adulto mayor en escenario no institucionalizado, mediante un estudio observacional-descriptivo-transversal, donde la unidad de análisis fue el adulto de 60 a 75 años de edad.

Los resultados obtenidos demuestran que el cuidado proporcionado al adulto mayor en escenario no institucionalizado, solo contribuye al mantenimiento de sus capacidades físicas o ayudarlo a realizar actividades de la vida diaria; sin embargo

no podemos afirmar que esto contribuya a su calidad de vida.

Palabras clave: Adulto mayor, cuidado, calidad de vida

INTRODUCCIÓN

Las personas en la actualidad están alcanzando cada vez edades más avanzadas en mejor estado de salud. Pero precisamente el hecho de que se viva más conlleva a mayores probabilidades de tener enfermedades crónicas e invalidantes (Bazo, 1998).

La mayoría de las personas pueden tener la esperanza de llegar a una vejez avanzada, ya que de acuerdo con Papalia, Wendkos y Duskin (2001), desde 1955 en el mundo la expectativa de vida media se ha elevado el 37% esto debido a constantes avances de la ciencia que permiten conservar la vida durante un tiempo más prolongado, mismo que ha despertado una especial preocupación tanto en países de primer mundo como aquellos en vías de desarrollo

En México, de acuerdo con Rubalcava (1999), la esperanza de vida permitirá que para el año 2050 los ciudadanos alcancen los 84 años de edad, después de que en el año 1930 apenas se tenía una esperanza de vida de 36.2 años, lo cual habla de la necesidad de contar con políticas especiales para atender el tema del envejecimiento en nuestro país que aseguren la calidad de vida a la que pueden aspirar los adultos mayores sin ser marginados o tratados discriminatoriamente por la concepción generalizada que se tiene de ellos.

Delimitar cuando una persona pasa de la etapa de la madurez a la senectud, se acepta como inicio de la vejez los 60 años de edad, ya que la Asamblea Mundial del Envejecimiento, realizada por la ONU en 1982, delimitó a los diferentes grupos de personas que existen en la sociedad designando los términos de vejez, tercera edad, ancianos y adultos mayores a los individuos que alcanzan y rebasan las seis décadas.

En este sentido Lehr (1993) refiere que la esperanza de vida no sólo quiere decir la longitud de la vida, sino también, la calidad de la misma. No solamente cuenta qué tan vieja puede ser una persona, sino cómo envejece.

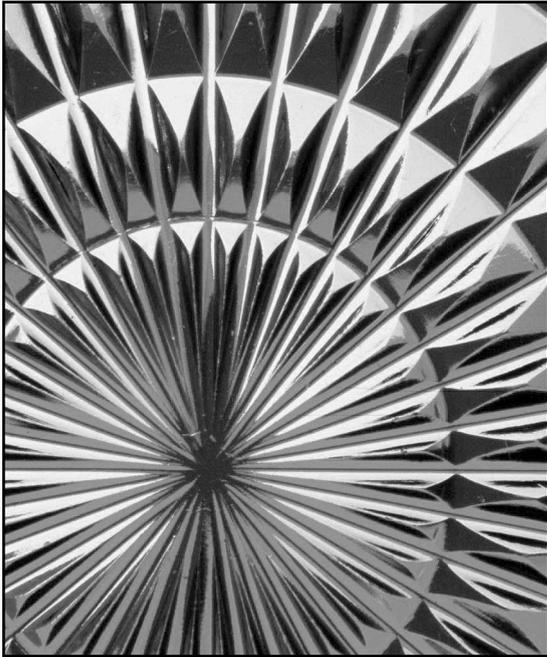
Ruiz y Quintero (1999) argumentan que el bienestar subjetivo o la satisfacción con la vida en la vejez, es el principal criterio de un envejecimiento exitoso. En la discusión actual acerca de este concepto, algunos autores han planteado que hay índices objetivos más que subjetivos, que deben utilizarse. Uno de estos índices objetivos es la longevidad; otro es el mantenimiento de la competencia para vivir en forma independiente; es decir, la calidad de vida.

En este sentido la calidad de Vida (CV) en la tercera edad debe estar ajustada a la esperanza de vida, de lo contrario aumentaría la expectativa de incapacidad. Por lo que matemáticamente se puede expresar que el aumento de la CV es inversamente proporcional a la expectativa de incapacidad (Camejo, Álvarez, Pérez & Sariego, s/f).

La OMS propuso, en 1994, la siguiente definición para lograr el consenso de calidad de vida: "Percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses". Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno.

Aunque es imposible detener el paso de los años y el deterioro evidente que van produciendo, es posible y necesario proporcionar al adulto mayor una serie de cuidados para mantenerlo en buenas condiciones y mejorar su calidad de vida. La meta de mejorar la calidad de vida ha cobrado una mayor importancia en promoción de la salud y es especialmente importante en relación con la satisfacción de las necesidades de las personas de edad avanzada y por tanto la satisfacción de las necesidades se realizará a través del cuidado.

Para Alzate (1998), el cuidado puede tener la connotación de fin o de medio, como fin denota adaptación de algo o del individuo y/o grupos hacia el medio social al que pertenecen, para seguir respondiendo a las múltiples exigencias de su entorno. Como medio se constituye en un proceso dinámico en el que interactúan diversos elementos para mantenerse en estabilidad dentro del continuo vida-muerte. Hablar de cuidado significa hablar de



actitudes. Hablar de actitudes, porque hay elementos específicos complejos y únicos. El cuidado en sí mismo es una vivencia única, tanto para quien lo recibe, como para quien lo brinda. Si en verdad quien cuida entiende el significado de la palabra cuidado o de cuidar, sabrá que nunca repetirá la experiencia de cuidar, aún en circunstancias semejantes. El valor del cuidado y de cuidar implica un nivel más alto del espíritu del ser. Cuidar involucra un compromiso ético o moral hacia la protección de la dignidad humana y a la conservación de la humanidad.

Natividad Pinto Afanador define el cuidado en casa como un conjunto de acciones que se mueven en una gama que va desde el cuidado a corto plazo hasta el cuidado a término largo; acompañado de servicios de soporte social que suplen, complementan o sustituyen el cuidado institucional.

Watson (1988), menciona que es fundamental integrar la relación transpersonal paciente-cuidador, ya que ejemplifica el proceso de cuidado humano a humano, en escenarios diferentes: institucionalizado otorgado por personal de salud, o no institucionalizado, en el hogar, donde el cuidador puede ser un integrante de la familia.

Al respecto, Shamansky (1988), refiere que el cuidado en casa es un conjunto de acciones que se

mueven en una gama que va desde el cuidado a corto plazo hasta el cuidado a término largo; acompañado de servicios de soporte social que suplen, complementan o sustituyen el cuidado institucional.

Humphrey (1988), cita el concepto de cuidado en casa dado por Friedman así: “es la provisión del cuidado en el hogar para una persona que esta enferma o discapacitada al alcance de el o de ella, que no es capaz de funcionar de alguna manera como una persona normalmente saludable en nuestra sociedad”. Este cuidado puede ser temporal y puede abarcar desde la satisfacción total de necesidades básicas o solamente las de apoyo educativo (orientación para la preservación del estado de salud por parte de la familia).

Para fines de este estudio delimitaremos al receptor del cuidado al adulto mayor, que se encuentra entre los 60 a 75 años de edad, ya que la capacidad de vivir más años no ha sido acompañada a una actitud similar para retrasar la pérdida de dependencia, sino que el aumento de la necesidad de cuidado impone un desafío cada vez mayor a las familias y la sociedad.

El cuidado de las personas mayores, ha sido una preocupación de todos los tiempos, pero en las últimas décadas el aumento en la expectativa de vida ha supuesto que cada vez más personas alcancen una edad avanzada ya que antiguamente, las personas no vivían tantos años y el periodo en el que necesitaban cuidados era más corto, las mujeres no salían a trabajar fuera de casa, hechos que les obligaba a cuidar a los niños y los ancianos, por lo tanto puede destacarse la relación de parentesco y género del cuidador y de la persona que recibe los cuidados, así como la calidad de las relaciones previas, el nivel cultural y socioeconómico del cuidador dado que históricamente el cuidado del anciano ha sido asumido por la familia y, en términos generales, continúa siéndolo hasta la actualidad.

Lo expresado con anterioridad es coincidente con las aportaciones de Egurza M. I. & Notivol P. quienes mencionan que del 70 al 80% de los ancianos reciben atención por parte de la familia en el ámbito de su domicilio. Asimismo, Manuel Lillo Crespo (s/f), realizó una investigación bibliográfica de corte antropológico, con base en la metodo-

logía cualitativa, con el propósito de mostrar los distintos valores bajo los cuales la vejez ha sido interpretada por diferentes culturas a lo largo de la vida, hasta nuestros días, facilitando la reflexión sobre las ocupaciones, el rol y los responsables del cuidado del senecto, describe que en las últimas décadas la población de edad avanzada ha aumentado en forma creciente en número y diversidad, requiriendo a su vez un mayor espectro de necesidades de todos los tipos y es la figura de la mujer la que esta siempre unida al rol de cuidadora, ya que es ella la que se ha ocupado de los cuidados del anciano, desde la prehistoria hasta el mundo contemporáneo, y es en esta época donde menciona el autor, que a diferencia del pasado, es cuando comenzamos a asistir a una mayor implicación del hombre en el cuidado del anciano dentro de la familia.

En otro estudio Merce. J., de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (1988), reporta que un 30% de los adultos mayores reside con su familia. El 84% de los ciudadanos españoles piensa que cuidar a los mayores es obligación de los hijos, aunque sólo un 24% se muestra convencido de que, en el futuro, la atención de los ancianos seguirá corriendo a cargo de los hijos; sin embargo, cuando la necesidad de asistencia de los abuelos se vuelve permanente, un 29% de las personas entrevistadas estima que la ayuda debe prestarse a la propia familia, un 37% opina que es competencia de los servicios sociales y un 29% cree que debe ser proporcionada por ambas partes.

En lo que respecta al perfil del cuidador, menciona que habitualmente, es el cónyuge quien se hace cargo de la persona que precisa cuidados, pero si quien requiere asistencia es la esposa, la situación se complica porque los varones no asumen fácilmente el rol de cuidador, y entonces es la hija la que asume este rol, y el problema de cuidar un anciano en casa es que las familias no están enseñadas a tratar al adulto mayor, lo que origina deficiencia en la calidad del cuidado que se brinda.

Kuypers y Bengston (1990) mencionan que por lo general, la familia ha intentado distintas formas de cuidado que resultaron deficitarias y se enfrentan a tener que aceptar la incapacidad del grupo para resolver por si misma esta situación. Esta aceptación la hace vulnerable, pues puede generar el sen-

timiento de ser incompetente para afrontar el cuidado de cualquiera de sus miembros necesitados de ayuda, pudiendo iniciarse un “ciclo de ruptura familiar”. Por lo que necesario educar a los familiares sobre la atención de los pacientes, ya que es posible aumentar el conocimiento sobre la atención a pacientes dependientes y sus cuidadores. Lo anterior con el propósito de que el cuidado que recibe en el hogar sea de calidad.

Por lo tanto, se reconoce que los servicios de salud enfrentan actualmente un nuevo reto que es el atender las necesidades de este sector de la población, debido a su rápido crecimiento, lo que ha traído como consecuencia efectos en la demanda del cuidado; donde no solo afecta a los servicios de salud si no a la sociedad, es decir “si no estamos involucrados todos, desde los mas pequeños hasta los ancianos, y no aceptamos esta etapa como un proceso natural, las cosas no saldrán bien” (Rodríguez, 2001), pues es necesario considerar que la familia es el principal cimiento de la sociedad, de donde surge el apoyo y la educación fundamentales para el bienestar.

METODOLOGÍA.

Por lo anterior, decidimos investigar “La calidad del cuidado del adulto mayor en escenario no institucionalizado” con el propósito de determinar la calidad del cuidado que recibe el adulto mayor en su domicilio; valorando la calidad del cuidado, a través de aspectos como la Percepción del Cuidado, capacidad física y Prácticas de auto cuidado.

Para cumplir con el objetivo de la investigación, se realizo un estudio observacional, transversal descriptivo. Donde la población de estudio correspondió a personas mayores de 60 años de edad, habitantes de la colonia la Libertad de Ciudad Victoria Tamaulipas, integrantes de un Grupo de Ayuda Mutua (GAM) de adultos mayores que se reúnen en casa de la presidenta de la colonia. El total de integrantes del GAM es de 40 personas, y se seleccionaron a aquellos que cumplieron el criterio de inclusión: adulto mayor de 60 a 75 años de edad (30 personas).

Se elaboró un instrumento para la obtención de datos que contiene 28 reactivos, correspondientes a las variables de la percepción del cuidado, como

son: aspectos de la percepción del cuidado, aspectos físicos y los aspectos de la práctica de auto cuidado, el cual fue validado antes de su aplicación.

El plan de trabajo de campo se dividió en dos partes, la primera consistió en obtener el consentimiento informado de los participantes y la segunda parte en la aplicación del instrumento. Con la información obtenida se elaboró una base de datos con el paquete estadístico para las ciencias sociales (Statistical Package for the Social Science), SPSS 11.0 (Norusin, 1994); el análisis estadístico fue descriptivo, se obtuvieron frecuencias, media, mediana y moda.

RESULTADOS

Aspectos demográficos

Los resultados obtenidos de la encuesta aplicada a una muestra de 30 personas mayores de 60 años, indican que en la variable de edad, la media de edad es de 68 años y una desviación estándar de 5.89, con un rango de 60 a 75 años.

El 80% de las personas encuestadas son del género femenino, restando el 20% de género masculino.

Respecto a la atención médica, el 86.7% mencionaron estar afiliados a una institución de salud, siendo el Seguro Popular el que representa el mayor porcentaje con 40%, el Instituto Mexicano del Seguro Social con 33.3% y el 10% señaló que no cuenta con servicio de atención médica.

El 90% de las personas encuestadas refirieron estar enfermos actualmente, siendo las enfermedades crónicas degenerativas las de mayor frecuencia con (Diabetes Mellitus e Hipertensión arterial) 73.3% y las enfermedades respiratorias el 6.7%, el 10% mencionaron otros tipos de padecimientos y 10% no reportaron enfermedad alguna, el 86.7% recibe tratamiento actualmente y el 13.3% no se encuentra bajo tratamiento, los hipoglucemiantes representan el tratamiento más frecuente con el 40%, siguiendo los antihipertensivos con el 30% de frecuencia, los antihistamínicos representan el 3.3% y otros tratamientos el 13.3% .

Para continuar con la percepción que tiene el adulto mayor de su estado de salud, el 56.7% menciona que su estado de salud es regular, el 40% lo reporta como bueno y sólo el 3.3% lo considera muy bueno, cuestionando sobre si posee la Cartilla

Nacional del Adulto Mayor, el 90% responde que no cuenta con ese documento.

Percepción del cuidado

El 36.7% de estos adultos, ha requerido el cuidado en casa en algunas ocasiones, el 26.7% mencionan haberlo necesitado casi siempre, el 23.3% respondió no haberlo requerido nunca y el 13.3% haberlo requerido siempre.

Otro de los cuestionamientos realizados fue saber si el cuidado en casa se lo brindó una mujer, a lo que la mayoría de los encuestados que representan el 36.7% respondió nunca, el 30% mencionó casi siempre y siempre respectivamente haber recibido atención de una mujer, el 43.3% de los casos siempre tienen confianza en los consejos de salud que les proporciona la persona que los cuida en casa, mientras el 26.7% y 23.3% consideraron que casi siempre y siempre respectivamente a ese cuestionamiento.

Respecto a la satisfacción del cuidado que recibe en casa, 15 personas, representando el 50% considera estar siempre satisfecho, el 23.3% casi siempre, y sólo 7 (23.3%) personas consideraron no estar satisfechas con ese cuidado otorgado.

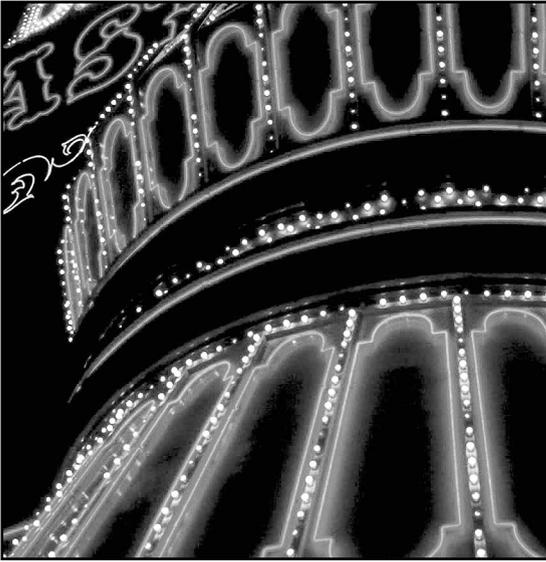
El 43.3% de los adultos mayores encuestados consideran que el cuidado que reciben en casa, siempre contribuye a mantenerlos sanos, sin embargo el 23.3% y 20% refieren que casi siempre y algunas veces, respectivamente, contribuyen a éste propósito. La mayoría de las personas (40%) prefiere quedarse siempre en casa y recibir el cuidado ahí, que ir a una institución de salud, el 16.7% refieren que algunas veces y casi siempre prefieren quedarse a recibir el cuidado en casa.

El 33.3% señala que nunca recibe información de su familia sobre cómo cuidar su salud y con un mismo porcentaje, que casi siempre recibe éste tipo de información.

Capacidades físicas

En el aspecto de capacidad física, 50% informa poder realizar siempre actividades físicas, como son subir y bajar escaleras, ir de compras, etcétera, el 26.7% lo hace casi siempre y el 10% indica no hacerlo.

El 73.3% considera ser siempre capaz de cuidar de si mismos, mientras el 13.3% refiere poder



hacerlo casi siempre, el 10% algunas veces y sólo el 3.3% no poder cuidar de su persona.

Se les cuestionó sobre si puede utilizar el transporte público por sí mismo, a lo que el 70% respondió siempre hacerlo, sin embargo el 13.3% de los encuestados indica que no puede realizar ésta acción, el 10% y 6.7% señaló hacerlo casi siempre y algunas veces, respectivamente.

El 76.7% señala que su estado de salud les permite realizar siempre actividades cotidianas por sí mismos, asimismo el 13.3% responde casi siempre estar en condiciones de realizarlas, el 6.7% algunas veces y sólo 1 persona (3.3%) no poder hacerlo.

A la pregunta si puede ayudar en el cuidado de sus nietos o de otros menores, la respuesta obtenida fue igualmente del 30% quienes respondieron nunca y algunas veces, casi siempre el 33.3%, mientras los que siempre pueden ayudar con esta actividad representan el 6.7%.

De las personas entrevistadas, 16 casos (53.3%) indican ser capaces de poder llevar un control adecuado de sus enfermedades cuando éstas se presentan, el 30% señala poder hacerlo casi siempre, el 13.3% algunas veces y sólo 1 (3.3%) persona no poder hacerlo nunca.

Capacidades de auto cuidado

Con la finalidad de conocer las capacidades de auto cuidado, una de las interrogantes fue saber si se realiza valoración de la presión arterial a lo que

el 46.7% indica hacerlo casi siempre, el 26.7% realizarlo siempre, el 20% algunas veces y sólo 6.7% no practicarse este tipo de valoración.

En relación a la diabetes mellitus, el 36.7% señala practicarse la prueba de control de glicemia capilar algunas veces, el 30% hacerlo siempre, el 23.3% casi siempre y el 10% informa no hacerlo.

Al preguntárseles sobre el control adecuado de peso, 33.3% señaló llevar algunas veces este tipo de control; quienes lo realizan casi siempre, representan el 26.7%, quienes lo efectúan siempre son el 20% y otro 20% no llevan este tipo de control.

El 76.7% no acude a atención dental, el 16.7% lo realiza algunas veces y el 3.3% practica este cuidado casi siempre y siempre respectivamente.

El 66.7% nunca acude a atención médica a valorar su estado de salud, cuando no está enfermo, el 20% siempre acude a valorar su estado de salud aun no estando enfermo y el 3.3% casi siempre valora su estado de salud en ausencia de enfermedad.

En relación si es capaz de administrar o manejar sus propios medicamentos y tomarlos a la hora prescrita, el 53.3% señala hacerlo siempre, el 3.3% no hacerlo nunca y el 20 y 23.3% realizarlo casi siempre y algunas veces correspondientemente.

El 73.3% indica no acudir a una unidad de salud a demandar atención preventiva cuando se lleva a efecto la Semana de Salud para la Gente Grande, y sólo el 3.3% señala hacerlo siempre.

En cuanto a la actividad física, entendiendo ésta como el ejercicio para la salud, 20% señalan hacerlo algunas veces, el 43.3% no hacerlo nunca y sólo 36.7% realizarla siempre.

El 43.3% se aplica vacunas de acuerdo a su edad algunas veces, el 20% no aplicarlas y con el mismo porcentaje se encuentran las que siempre se aplican dichos biológicos.

Para la detección oportuna de cáncer cérvico uterino y de mama, el 41.6% no se lo ha realizado nunca, mientras el 33.3% algunas veces, el 12.5% refiere hacerlo casi siempre y otro tanto, siempre.

De las 6 personas de género masculino entrevistadas, 5 de ellos (83.3%) refiere no realizarse nunca detección de hiperplasia prostática y sólo un caso (16.6%) señala realizarlo algunas veces.

En relación a su participación en actividades de educación para la salud y fomento de estilos de

vida saludables que promueve el grupos de ayuda mutua al que pertenecen; el 36.7% menciona participar siempre en este tipo de actividades, un 30% menciona que nunca participa y el 23.3% señala participar casi siempre y el 10% algunas veces participar.

Más de la mitad de los casos (63.3%) asevera ser todavía una persona útil, el 20% responde serlo casi siempre, 13.3% algunas veces y sólo una persona (3.3%) no cree serlo.

El 70% de estas personas mantiene siempre buenas relaciones con amigos y vecinos, el 20% indican mantenerlas casi siempre.

Respecto a la cuestión de salir a distraerse, ya sea sólo, con la familia o amigos, el 43.3% afirma hacerlo algunas veces, el 30% asevera distraerse siempre, el 16.6% casi siempre y el 10.0% no salir nunca a distraerse.

Discusión y análisis de los datos

En base en los resultados obtenidos, se observa una feminización de la población, razón por la cual de los 36.7% (11) adultos mayores que han requerido el cuidado en casa, solo en el 30% (9) el cuidador ha sido una mujer. Lo anterior coincide con lo que describió la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (1988) en lo que respecta al perfil del cuidador, menciona que habitualmente es el cónyuge quien se hace cargo de la persona que precisa de los cuidados. El 50% de las personas que reciben cuidado en casa esta satisfecho con los cuidados recibidos y el 43.3% refirió que estos cuidados contribuyen al mejoramiento de su salud.

En relación al nivel de salud, se identificó que las enfermedades crónico degenerativas presentan una elevada prevalencia, y precisamente este grupo de enfermedades son objeto de programas y acciones específicas de promoción y fomento de la salud; y a este respecto llama la atención que el 86.7% de los entrevistados cuenta con atención médica de forma permanente, sin embargo el 90% de ellos no cuenta con Cartilla Nacional de Salud, lo que significa que no llevan un registro adecuado de las detecciones de estos padecimientos (cuando se los realiza), razón por la cual probablemente se diagnostiquen estas enfermedades en etapa tardía, esto debido a que un 33.3% señalo que nunca reciben información de la familia sobre como cuidar su

salud y este es un factor importante como condicionante del cuidado.

Por otro lado, el 56.7% mencionó que su estado de salud es regular, lo que les permite tener capacidad de cuidar de si mismos (70%), y realizar las actividades cotidianas (76.7%), así como llevar un control adecuado de sus enfermedades, cuando estas se presentan (53.3%), por lo que se consideran personas útiles aún (63.3%) con capacidades para realizar actividades de la vida diaria.

En lo que respecta a las capacidades de auto cuidado, según los datos obtenidos, los adultos mayores no realizan acciones que contribuyan a la preservación de su salud y sólo acuden a la atención medica cuando presentan un problema de salud; y pese a que presentan enfermedades crónico degenerativas y pertenecen a un GAM, asisten a las reuniones del grupo de autoayuda, sin embargo no participan en las actividades de promoción de estilos de vida saludables que se les recomiendan ya que solo el 36.7% de los entrevistados refirió participar en estas actividades, por lo que consideramos que el propósito del GAM, que es inducir en el adulto mayor cambios permanentes en el estilo de vida y que adquiera habilidades y destrezas para su auto cuidado, mediante el constante contacto con el equipo de salud en el GAM no se cumple, ya que los pacientes asisten a las reuniones pero de forma pasiva; y estas reuniones no tienen un impacto positivo en las acciones que realizan para la preservación del estado de salud.

De acuerdo con la información obtenida podemos concluir que el cuidado que recibe el adulto mayor en su domicilio, es cuidado a corto plazo, con acciones que complementan o sustituyen el cuidado Institucional ya que este solo abarca la satisfacción de necesidades básicas, excluyendo las de apoyo educativo (orientación para la preservación del estado de salud por parte de la familia).

Por lo que consideramos, que este cuidado contribuye solamente en el mantenimiento de las capacidades físicas del adulto mayor, o ayudarle a realizar actividades de la vida diaria y controlar el régimen diario de medicamentos recetados., sin embargo no podemos afirmar que esto contribuya a su calidad de vida, ya que de acuerdo con la OMS (1994), el concepto de calidad de vida, no solo abarca salud física, si no también el estado psico-social.

Por lo que concluimos, con la opinión del Dr. Merce J., quien menciona que el problema de cuidar un anciano en casa es que las familias no están enseñadas a tratar al adulto mayor, lo que origina deficiencia en la calidad del cuidado. Si se quiere realmente conseguir que las personas mayores alcancen la edad avanzada con calidad de vida, son necesarias intervenciones de prevención con materiales de apoyo dirigidos no solo al adulto mayor, sino también a los cuidadores, con el propósito de prepararlos para brindar cuidado de calidad al adulto mayor cuando lo requiere.

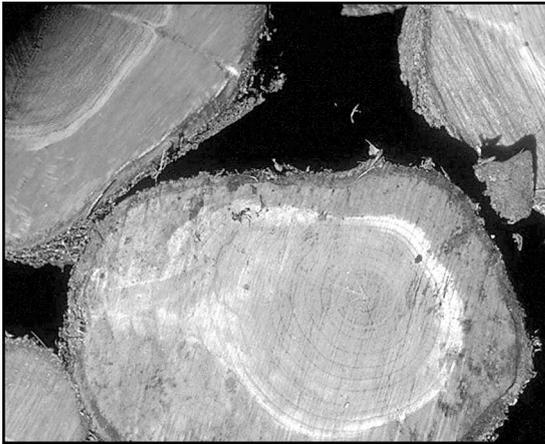
BIBLIOGRAFÍA

- Alzate, M. (1998). "Gerencia del cuidado de enfermería". En Dimensiones del cuidado. Grupo de Cuidado, Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Unibiblos. Santa fe de Bogotá, D.C. Colombia. 103 págs.
- Bazo M. T. (1998). Vejez dependiente, políticas y calidad de vida.
- Caballero A., Naranjo A. M., Fong G. Y., Ministerio de Salu Pública Policlínico "Frank País García", Distrito José Martí, Santiago de Cuba, Cuba.
- Camejo T. R., Álvarez E. T & Pérez N. A. (s/f). Salud en la Tercera Edad y Calidad de Vida.
- Crespo L.M. (s/f). Antropología de los cuidados en el anciano: Evolución de los valores sociales sobre la vejez a través de la historia. Alicante España.
- Egorza M. I. & Notivol P., (1999) La enfermera en la asistencia sanitaria al anciano. Anales Vol. 22, N -1.
- Hankwitz, P. (1991). Asegurando calidad del cuidado en el hogar. Clinics in Geriatric Medicine. Vol.7 No. 4 p. 647.
- Humphrey, C. (1988). The Home as a Setting for Care. Clarifying the Boundaries of Practice. Nursing Clinics of North America. Vol. 23. No. 2.
- Kuypers J., Bengston (1990). Toward understanding health in older families impacted by catastrophic illness. En T.H. Brubaker (Ed). Family relationships in later life, Newbury Park: Sage publications.
- Lehr U. (1993). Correlatos Psicosociales de la Longevidad. Conferencia en Bogotá.
- Marín G. & Ángeles V. P. (1994). La mujer y el cuidado de ancianos.
- Márquez, Susana, "Cuidar con cuidado". En Enfermería Clínica, Vol. 5, núm.6. pág. 266. Policopiado.
- Mercè, J., (1988) Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. España.
- Organización Mundial de la Salud. (1994).
- Papalia, Wendkos y Duskin. (2001) Desarrollo Humano. 8ª. Edición. Ed. Mc Graw Hill Interamericana.
- Pinto, A. N. (2000). Hacia un Modelo de Cuidado en el Hogar. EN Cuidado y Práctica de Enfermería. Bogotá: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, 2000. Págs. 57 – 72.
- Rodríguez E. (2001) Cuidadores Informales: Necesidad y ayudas. Revista Rol de Enfermería, 24 (3)
- Ruiz D. E., Quintero. (1999). G. CV y Envejecimiento. En: Rocabrano JC. Tratado de Gerontología y Geriatria Clínica. La Habana. Editorial Academia; 1999:128-136.
- Rubalcava R.M. (1999) La situación Demográfica en México. Consejo Nacional de Población. México D.F.
- Shamansky, S. (1988). Providing Home Care Services in For – Profit Environment-Nursing Clinics of North America. Vol. 23 No. 2. p. 388.
- Watson, J. (1988). Cuidado humano en enfermería. Enfermería: ciencia humana y cuidado humano. Una teoría de Enfermería. National League for Nursing. p. 28.
- Watson J. (2001) Assessing and measuring caring in nursing and health sciences. New York: Springer Publishing Company.



HOLISMO E INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN EL MARCO DE LA ANTROPOLOGÍA DE LA COMPLEJIDAD. UNA REFLEXIÓN SOBRE LA PERTINENCIA METODOLÓGICA EN CIENCIAS SOCIO-SANITARIAS Y HUMANAS

Siles González, J; Solano Ruiz, C; Cibanal Juan, L.
Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante.



Conclusions: From Morin on, the vision of reality became more multidimensional and holistic, since until well into the 20th century, knowledge had been based on abstraction, subdivision, simplification, reductionism, law generation, etc. Morin wanted to humanise science through a transdisciplinary anthropology in which the experiential dynamics of the human being was considered in a more global way starting from the paradigm of complexity, the qualitative methodology being a pertinent instrument for holistic clarification.

Keywords: Qualitative research, anthropology of education, anthropology of complexity, nursing.

HOLISM AND QUALITATIVE RESEARCH WITHIN THE FRAMEWORK OF THE ANTHROPOLOGY OF COMPLEXITY. A REFLECTION ON THE METHODOLOGICAL PERTINENCE IN SOCIO-SANITARY AND HUMAN SCIENCES

ABSTRACT

This study was organised around the following objectives: Relating the principle of methodological and instrumental pertinence to the characteristics of the object-subject on which research is done within the epistemological framework of a discipline, and Reflecting on the pertinence of qualitative research and historico-ethnographic sources in socio-sanitary sciences (particularly nursing) and human sciences (due to their holism)

The theme development was structured through a process of analysis that focused on the three crucial phases in Edgar Morin's work: the Dialectics between the real and the imaginary (anthropology of death); the anthropocosmological dialectics, and finally, the anthro-bio-cosmic dialogics.

RESUMEN

Este estudio se ha orientado partiendo de los siguientes objetivos: Vincular el principio de pertinencia metodológica e instrumental a las características del objeto-sujeto investigado en el marco epistemológico de una disciplina. Reflexionar sobre la pertinencia de la investigación cualitativa y las fuentes histórico-etnográficas en ciencias socio-sanitarias y humanas (particularmente la enfermería) y humanas (debido a su holismo)

El desarrollo del tema se ha vertebrado mediante un proceso de análisis centrado en las tres fases cruciales en la obra de Edgar Morin: Dialéctica entre lo real y lo imaginario (antropología de la muerte); dialéctica antropocosmológica y, por último desarrolla la dialógica antro-bio-cósmica. Conclusiones: A partir de Morin se vislumbra una visión de la realidad más multidimensional y holística, dado que hasta bien entrado el siglo XX, el conocimiento se basaba en abstracción, parcelación, simplificación, reduccionismo, generación de leyes, etc. Morin pretende humanizar la ciencia mediante una antropología transdisciplinar en la

que la dinámica experiencial del ser humano se contempla de forma más global partiendo del paradigma de la complejidad, constituyendo la metodología cualitativa un instrumento pertinente para la clarificación holística.

Palabras clave: Investigación cualitativa, antropología de la educación, antropología de la complejidad, enfermería.

I. INTRODUCCIÓN

Un fenómeno complejo ha sido definido como: “el compuesto por una gran variedad de elementos que mantienen entre sí una gran variedad de relaciones, con interacciones lineales y no lineales, sincrónicas y diacrónicas, la evolución de cuyo conjunto es imprevisible, incluso cuando su auto-organización se orienta por acciones teleológicas” (Vilar, 1997). Sin embargo, hoy parece evidente que el reduccionismo o la fragmentación de la realidad estudiada constituye un problema cuya relevancia no debe enmascarse por muchos que sean los impedimentos que obstaculizan su estudio sin renunciar a una perspectiva global de los fenómenos. Si la disciplina enfermera tiene por objeto-sujeto de estudio al hombre en el contexto de los cuidados de salud, se debe partir de un cuestionamiento previo a todo proceso de abordaje metodológico:

- ¿Qué tipo de conocimiento se pretende obtener... global o, por el contrario, se persigue un tipo de conocimiento parcial?

- ¿Se persigue la comprensión de la situación por parte del investigador ...es, por tanto precisa la comunicación?

- ¿El significado del proceso/ producto de la investigación es tan importante para el investigador como para el investigado?

OBJETIVOS

- Vincular el principio de pertinencia metodológica e instrumental a las características del objeto-sujeto investigado en el marco epistemológico de una disciplina.

- Explicar y clarificar los principios de la antropología de la complejidad y su relación con los paradigmas científicos y la enfermería.

- Identificar la pertinencia de la investigación cualitativa y las fuentes histórico-etnográficas en

ciencias socio-sanitarias y humanas (particularmente la enfermería).

- Explicitar las relaciones entre la metodología narrativa, la dialéctica y reflexionar sobre su carácter dinámico.

Ideas de partida

- La realidad del ser humano es compleja: biológica, social, psicológica, política....

- Cuanto más reduccionista sea el método empleado para estudiar las situaciones vida.salud, más se estará mutilando la realidad observada.

- La investigación cualitativa permite obtener una visión holística, comprensiva y contextualizada de los fenómenos relacionados con los cuidados de salud.

- Metodológicamente holismo y dialéctica están vinculados por su carácter dinámico y direccional dado que ambos persiguen de una u otra forma visiones sintéticas de los fenómenos.

- Las situaciones vida-salud-enfermedad-muerte no pueden ser interpretadas sin considerar su carácter procesual/dinámico.

- Los métodos y técnicas etnográficos e histórico-narrativos empleados en investigación cualitativa son los que mejor adaptan la complejidad al carácter procesual de la realidad estudiada desde una perspectiva holística.

II. ESTADO DE LA CUESTIÓN

a) Dinámica metodológica y realidad social cambiante:

La pertinencia metodológica como instrumento de indagación de la realidad social, ha sido cuestionada, fundamentalmente, en lo que se refiere a las ciencias sociales, filosóficas, históricas y antropológicas. Desde las aportaciones disímiles de la metodología dialéctica, la realidad ha sido objeto de estudio sin renunciar a su carácter dinámico: desde el revisionismo hegeliano (Kojève, 1994, 2000), al materialismo dialéctico (Engels, 1978, 1980, 1990, 1997), se han planteado cuestiones sin las que sería imposible entender de autores que han evolucionado, como Edgar Morin, desde planteamientos fundamentados en la dialéctica. Ya han sido, pues, muchos los investigadores que han intentado superar las limitaciones metodológicas que no contemplaban la realidad de lo humano sin caer en reduccionismos exagerados. En esta línea

hay que interpretar el fenómeno de la aparición de alternativas metodológicas más integradoras u holísticas. Sobre la antropología de la complejidad y el paradigma perdido (Morin, 1983a) existen gran número de trabajos. En esta misma línea de concienciación de la complejidad del fenómeno humano, pero enfatizando la dimensión biológica –reinterpretando lo biológico como factor primordial en la integración biopsicosocial- hay que reseñar las aportaciones de Maturana quien explicita la presencia de la dimensión biológica en todo lo humano: lenguaje (1978), la fundamentación biológica de la conciencia (1987, 1995).

Uno de los campos en los que más se han empleado los enfoques y usos dialécticos es en la psiquiatría y el contexto social de toda enfermedad: para comprender la relación dialéctica entre las conductas y las actitudes de los pacientes (Cunningham, Wolbert, Graciano; 2005); aplicando el método dialéctico a las dimensiones en las que anida el origen de la esquizofrenia: genética (tesis), epigenética (antítesis) y resolución final (síntesis) (tesis, antítesis, síntesis) para reflexionar sobre el origen de la esquizofrenia (Petronis, 2004), la dialéctica entre los fenómenos de inclusión-rechazo social inherentes a cierto tipo de enfermedades (Labonte, 2004); y, en fin, más genéricamente la dialéctica también se ha empleado para reflexionar entre dos supuestos antagonismos que parecen todavía difíciles de conciliar: el cientifismo y el humanismo (Ramey & Chrysiou, 2005).

En la disciplina enfermera han sido varios los autores que se han ocupado de valorar la influencia del método dialéctico en el desarrollo de investigaciones de temática muy variada: el estudio y análisis de los arquetipos que se construyen socialmente partiendo de las creencias y valores asentados en la sociedad y que vertebran la dinámica de instituciones implicadas en la dispensación de cuidados de salud (familia, sistema sanitario y de ayuda social, etc.) (Kitchener & Harrington., 2004); Mohr (1999), desarrolla un estudio descriptivo y exploratorio implementando el método interpretativo e interaccionista de Denzin, para demostrar la naturaleza dialéctica de los cuidados.

b) Paradigmas científicos y pertinencia metodológica: el paradigma de la complejidad

La pertinencia metodológica y la relación entre la adopción de un tipo u otro de paradigma en el marco científico ha sido objeto de estudio por diversos autores en diferentes disciplinas: ciencias de la educación (López, 2000), historia (Aróstegui, 1999), liderazgo y economía (Arboledas, 2001), arquitectura y cultura (Muntañola, 1999), medicina psiquiátrica (Lanteri-Laura, 2000) y hasta especialidades acotadas como el cáncer colo-rectal (Aranda, 2002) y otras muchas; sin embargo todas estas aportaciones relativas a diferentes disciplinas mantienen lo esencial de la adaptación realizada por Thomas Kuhn en su obra: “La estructura de las revoluciones científicas”, dado que en todas las interpretaciones de paradigma prima la necesidad de clarificar modelos de identificación de problemas y soluciones, métodos y modelos adecuados y, por ende, la relación coherente de todo ello con sus respectivos marcos teóricos (Kuhn, 2000). Morin fue considerado como el pionero en el tema de la complejidad y lo hizo después de un período de reflexión que provocó cambios metodológicos y personales: el método se convirtió en una obsesión para él llegando a acuñar la expresión “el paradigma perdido” como concepto que reivindicaba la vuelta a una visión más global y humanista de la ciencia (1981, 1982, 1983b). Fruto de su tenacidad por adaptar de forma continua un método adecuado a la dinámica de la realidad social, tras un proceso de reflexión epistemológica (1990) llegó a proponer la superación de dicotomías tan tradicionales en la ciencia como la separación entre diferentes dimensiones: biológico, social, cultural; llegando a acuñar el concepto pensamiento complejo en diferentes obras (1994, 1996).

En España, son varios los autores que han contribuido a la difusión de este nuevo paradigma: Gómez ha estudiado la gran relación entre la dimensión experiencial de Morin y la evolución de su pensamiento (Gómez, 1996). Solana ha abordado la complejidad de la antropología incidiendo, asimismo, en el carácter tradicionalmente reduccionista de los métodos asentados en el marco de la ciencia (1999, 2001).

En el marco de la disciplina enfermera diversos autores han abordado el concepto de paradigma. Vinculado a la pertinencia epistemológica y metodológica como herramientas básicas de investigación (Siles, 1995, 1997a); sobre el tema de la

coherencia entre métodos, modelos y paradigmas enfermeros, Botha (1989) realiza un trabajo aclaratorio sobre las analogías entre dominios incongruentes que suponen puntos de partida que, siendo erróneos, facilitan la superación de esa distorsión mediante la creatividad del hombre aplicándola a un lenguaje metafórico y teórico-génico. Otros autores mantienen que las diferencias entre investigación cualitativa y cuantitativa llega hasta los mismos cauces del paradigma en cuestión impregnando tanto las teorías como los modelos de caracteres diferenciales (Paley, 2000; Mitchell & Pilkintong, 1999). Mención aparte merece el estudio sobre la incidencia del factor tiempo en el proceso de selección metodológico: cualitativo-cuantitativo, con sus respectivos métodos y técnicas; pero también afecta dicho factor temporal a la estructura de los datos recolectados y al análisis de los mismos (Sandelowski, 1999). Montu y Tingen (1999) repasan los diferentes paradigmas de forma crítica, revisando tanto el propio concepto de paradigma como los mimbres que mejor se adaptan a la naturaleza de la ciencia enfermera

c) La investigación cualitativa y los métodos histórico-etnográficos y narrativos como instrumento de superación del reduccionismo inmovilista de la ciencia y facilitador de una visión compleja de la realidad.

La dinámica de la realidad y los fenómenos emergentes que, de forma imprevista, se adhieren a la conformación de la misma, hacen que sea imposible estudiar los fenómenos humanos como si se tratara de una foto fija. La etnografía y la historia han sido pioneras en la utilización de materiales y métodos narrativos, siendo tantos los autores que han tratado el tema que su relación desbordaría el marco de este apartado; baste, pues, señalar dos que han contribuido al desarrollo de esa metodología: Pujadas, contribuyó a la utilización de la narrativa experiencial para el diseño y elaboración de historias y relatos de vida (Pujadas, 1992); Geertz ha llegado a comparar la actividad de un investigador social, como el antropólogo, a la actividad del autor (Geertz, 1989). La narrativa ha sido también muy utilizada en psicoanálisis, dado que el mismo Freud utilizó a los clásicos para desarrollar sus teorías (Yuman, 2001). En el marco de las ciencias de la salud, resultan destacables las aportacio-

nes de Susan Sontag mediante sus trabajos sobre la vinculación del lenguaje y las enfermedades (Sontag, 1998) McIntyre describe las aportaciones de Sally Gadows a la enfermería mediante la utilización de materiales narrativos contando con mimbres como los pensamientos, perspectivas y experiencias para desentrañar la raíz de los significados que tienen las experiencias vida-salud-enfermedad. Otros autores han explicitado la validez de la narrativa como almacén experiencial en el que los fenómenos vida-salud se encuentran interrelacionados de forma holística (Siles, 1993, 1997b, 2000; Solano, 2003). Gadow aborda dialécticamente la relación cuerpo-narración en el contexto de la salud de la mujer (1994).

Otro de los fenómenos susceptibles de estudio mediante la metodología narrativa y etnográfica lo constituye la dinámica migratoria, cada vez más masiva, con toda la problemática que conlleva y cuyas coordenadas hunden sus raíces en la dialéctica enculturación-aculturación. (Bernard, 1987; Stockdale & Warelow, 2000)

Otros autores han investigado la complejidad de los cuidados de salud como resultado de contradicciones y paradojas entrelazadas como desequilibrio o caos y también como orden no aparente considerando la enfermedad como un desorden difícil de reequilibrar en el sistema fisiológico del ser humano (Peña y Rodríguez, 2003); y, en fin, otros que han apostado por la extremada pertinencia de los métodos histórico etnográficos y la antropología de la complejidad en el marco de la enfermería

III. MATERIAL Y MÉTODOS

Al tratarse de un trabajo a medio camino entre la revisión, análisis y reinterpretación de los materiales desde una nueva perspectiva –diferente a la original de los mismos–, su vertebración responde a una necesidad de síntesis que intenta superar la tradicional división entre los catalogados como “originales” y “revisiones”.

Se ha procedido, en primer lugar a realizar el proceso heurístico de búsqueda de estudios relacionados con el tema empleando las siguientes bases de datos: MEDLINE, CINAHL, CUIDEN y CUIDATGE.

Una vez extraídos los datos, se procedió al análisis de contenido y fueron agrupando en tres bloques de contenido temático por niveles de homo-

geneidad: a) Dinámica metodológica y realidad social cambiante; b) Paradigmas científicos y pertinencia metodológica; c) La investigación cualitativa y los métodos histórico-etnográficos y narrativos como instrumento de superación del reduccionismo inmovilista de la ciencia y facilitador de una visión compleja de la realidad.

Posteriormente se procedió a analizar comparativamente las características de la antropología de la complejidad y la disciplina enfermera con la finalidad específica de identificar las semejanzas y diferencias epistemológicas y metodológicas entre ambas.

IV. DESARROLLO DEL TEMA

A. Dinámica metodológica y realidad social cambiante

a) La salud y la enfermedad como un proceso situacional.

En la ciencia se han ido sucediendo diferentes modelos para interpretar el principio de pertinencia metodológica e instrumental a las características del objeto-sujeto investigado en el marco epistemológico de una disciplina. El primer método que respeta el carácter dinámico de la realidad integrando en una síntesis procesual las diferentes partes que la integran, es, el método dialéctico hegeliano reinterpretado por Kojève (1994, 2000) y el materialismo dialéctico e histórico desarrollado por Marx (1993) y Engels (1978, 1990, 1997). Siguiendo a este último autor se puede constatar el carácter dinámico de la realidad:

"La dialéctica no es más que la ciencia de las leyes generales del movimiento y la evolución de la naturaleza, de la sociedad humana y del pensamiento." (Engels, 1978)

En este contexto iluminado por el razonamiento dialéctico, los conceptos de salud y enfermedad deberían compartir el carácter dinámico o procesual:

"(...) Salud es el ajuste perfecto y continuo del hombre a su ambiente; por el contrario la enfermedad es un ajuste imperfecto y discontinuo (...)" (Domínguez, 1988)

Por otro lado, la dimensión situacional y dinámica de todo lo que tiene que ver con la salud y la enfermedad se expresa en la siguiente expresión:

"No existen la salud y la enfermedad (como expresiones universales o absolutas), sino, simple-

mente, la suma de interpretaciones derivadas del conjunto de situaciones implicadas en un proceso" (Siles, 2000)

La dialéctica, como instrumento de indagación, razonamiento e interpretación de la realidad ha sido interpretada de forma diferente según la época histórica.

Heraclito (500 a.C) afirmaba que: "todas las cosas son y no son, porque todo fluye, está cambiando constantemente, constantemente naciendo y muriendo. Es imposible sumergirse dos veces en uno e idéntico río (...) La misma cosa en nosotros vive y muere, duerme y está despierta, es joven y vieja; cada una cambia su lugar y deviene la otra. Nosotros entramos y no entramos en el mismo río: estamos y no estamos".

Esta es la esencia del método dialéctico, el cambio continuo a través del tiempo y mediante la sucesión de contradicciones que se resuelven en síntesis continuadas.

Engels, en su obra dedicada a Ludwlg Feuerbach y el fin de la filosofía clásica alemana, define la dialéctica de forma dinámica y enfatiza el carácter procesual y el principio de homeostasis que mantiene un cierto equilibrio en los cambios que se producen:

"La gran idea cardinal de que el mundo no puede concebirse como un conjunto de objetos terminados y acabados, sino como un conjunto de procesos, en el que la co-sas que parecen estables, al igual que sus reflejos mentales en nuestras cabezas, los conceptos, pasan por una serie ininterrumpida de cambios, por un proceso de génesis y caducidad (...) Para la filosofía dialéctica no existe nada definitivo, absoluto, consagrado; en todo pone de relieve lo que tiene de perecedero, y no deja en pie más que el proceso ininterrumpido del de-venir y perecer, un ascenso sin fin de lo inferior a lo superior, cuyo mero reflejo en el cerebro pensante es esta misma filosofía." (Engels, 1997)

El error de interpretar cualquiera de los momentos en los que se encuentra el proceso: salud-vida-enfermedad de forma estática (foto fija), se deriva de planteamientos anclados en una interpretación metafísica del fenómeno, para el metafísico sólo existe enfermedad como realidad aislada y en confrontación con otra realidad igualmente confinada: la salud.

"Para el metafísico las cosas y sus imágenes en

el pensamiento, los conceptos, son objetos dados de una vez para siempre, aislados, uno tras otro y sin necesidad de contemplar el otro, firmes, fijos y rígidos (...) Para él, toda cosa existe o no existe: una cosa no puede ser al mismo tiempo ella misma y algo diferente. Lo positivo y lo negativo se excluyen lo uno a lo otro de un modo absoluto; la causa y el efecto se encuentran del mismo modo en rígida contraposición” (Engels, 1978).

b) Dos conceptos nucleares para la comprensión de los cuidados de salud y la naturaleza de la investigación cualitativa: homeostasis y holismo como instrumentos para interpretar dinámica y globalmente las situaciones: vida-salud-enfermedad

***Homeostasis y el paradigma tetralógico de Morin (orden/desorden/interacciones/organización).**

Se puede interpretar la homeostasis, en principio, como algo que opone resistencia al cambio como: la tendencia a la estabilización del cuerpo relacionado con los procesos fisiológicos que están continuamente interactuando, provocando cambios continuos que pasan desapercibidos en aras al mantenimiento de una manifiesta estabilidad de orden superior. El medio interno responde a los cambios del medio externo que rodea al organismo. Se podría interpretar la homeostasis como una propiedad que controla su nivel de respuesta y adaptación al contexto y, en ese sentido, es un factor sistémico que facilita el equilibrio y la estabilidad del mismo (Maturana, 1972).

La homeostasis social se puede estudiar observando, por ejemplo, la resistencia que las estructuras oponen a los cambios históricos. La familia, como estructura social básica de convivencia y socialización (Siles, 1999), actúa como un mecanismo interno de estabilización de la sociedad, pero cuando se producen cambios radicales en la sociedad, la familia también suele evolucionar de forma convulsa. En definitiva se podría afirmar que la homeostasis responde a una dialéctica en la que intervienen los elementos de sistemas internos y externos y en los que el resultado es un proceso dinámico de síntesis.

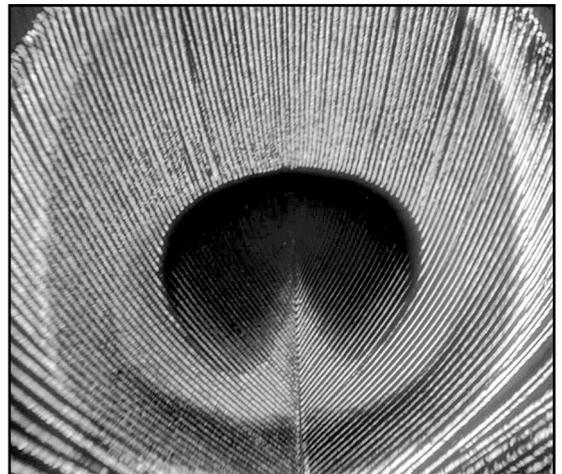
En los procesos dialécticos integrados en las situaciones de salud-enfermedad, se producen continuamente cambios e interacciones que determi-

nan el predominio de un tipo u otro de evolución según prevalezca una tendencia hacia el mantenimiento de la salud (ajuste perfecto y continuo del hombre a su ambiente...), o, por el contrario el rumbo se oriente hacia una enfermedad (ajuste imperfecto y discontinuo).

El mecanismo regulador o autoorganizador de la homeostasis tiene cierta equivalencia con los principios del paradigma tetralógico: orden/desorden/interacciones/organización. Este paradigma es igualmente válido para la dimensión biológica y para la antropológica (Morin 1980). La autoorganización se produce mediante los genes y su relación con el medio: el fenotipo. El fenotipo, también está sujeto a una dinámica reguladora semejante en lo esencial a la homeostasis, es una característica observable, identificable e individualizada del organismo, que expresa un genotipo específico en un ambiente determinado de forma que existen dos clases de fenotipos: el fenotipo potencial y el fenotipo real. El fenotipo potencial de una persona es el que se desarrollaría si sólo si alguien llegara a estar en las condiciones ambientales proclives a tal hecho, mientras que el fenotipo real es el que expresa al individuo como producto de su interacción con el medio (Fenotipo real = genotipo + ambiente)

***La perspectiva holística como instrumentos para interpretar dinámica y globalmente las situaciones: vida-salud-enfermedad**

El holismo, como forma de interpretar la realidad, constituye un enfoque global cuya finalidad radica en superar los límites de los compartimen-



tos estancos que constituyen los lindes de la investigación cuantitativa. Uno de los apoyos más sólidos de la visión holística de los fenómenos –tal como señala Prigogine (1991), radica en la perspectiva histórica, dado que todas las variaciones que se producen en cualquier sistema lo hacen a través del tiempo: "no se puede comprender un sistema complejo más que refiriéndose a su historia y su transcurso".

El cambio como principio dialéctico que dinamiza la realidad, en todos sus aspectos, precipita la obsolescencia de los estudios que se centran en etapas concretas y aisladas de los fenómenos aportando resultados tan fragmentarios como efímeros. Es por ello que algunos autores han intentado demostrar la importancia de la adopción de métodos cuya flexibilidad permite amoldar la necesidad de conocimiento de un tramo o momento del proceso con la provisionalidad del mismo previniendo la sucesión de cambios inminentes. Es el caso de Crocker que aporta el paradigma funcional como instrumento metodológico cuya apertura y flexibilidad permite la integración de necesidades educativas y soluciones emergentes en el transcurso de la práctica educativa erigida en el núcleo de una investigación procesual (Crocker, 1986). En este mismo sentido parecen encaminarse las aportaciones de autores que postulan la investigación enfermera centrada en la práctica de los cuidados (Malvárez, 2002; Hesook, 1993). El paradigma funcional, implementado en enfermería, supondría un intento de captar todas las circunstancias, elementos y factores emergentes (siempre potenciales), que determinan un momento dentro de amplio y variado proceso salud-enfermedad, lo cual implica aplicar la observación, el análisis y la interpretación en cada uno de esos momentos en los que se realiza la práctica de los cuidados.

Desde el punto de vista de los cuidados de enfermería, el paradigma de la complejidad favorece una visión global y holística del individuo, evitando la relación lineal de causa efecto, el reduccionismo y la fragmentación y contemplando la influencia de factores psicosociales y culturales que pueden favorecer los desordenes.

B. Paradigmas científicos y pertinencia metodológica

El término paradigma fue acuñado por Kuhn adaptándolo al contexto científico en el que le confirió distintos significados: paradigma como grupo de científicos que han consensuado diferentes formas de lenguaje, identificación y resolución de problemas; como colegio invisible o sistema de citas mutuas, y, por último, lo definió como: "un sistema de referencias que sirven para aglutinar los ejemplares compartidos que caracterizan una rama de la ciencia" (Kuhn, 2000, Siles, 1996). En definitiva un paradigma constituye un soporte que sirve para que la ciencia se desarrolle cooperativamente integrando los diferentes grupos de investigadores mediante un proceso de socialización específicamente científico. Según el tipo de paradigma el mismo fenómeno tiene diferentes temas de interpretación. A lo largo de la historia, esencialmente, se han sucedido cuatro grandes paradigmas: teológico (interpretación sobrenatural de los fenómenos, particularmente los relacionados con la muerte y los desastres naturales y la enfermedad) (Tabla I), racional tecnológico o neopositivista (interpretación racional y objetivada de la realidad) (Tabla II), hermenéutico (en cuyo marco los fenómenos son susceptibles de subjetivación, individualización y comunicación (Tabla III) y, por último, el sociocrítico (Tabla IV) (la interpretación considera los mismos factores contextuales que el anterior pero, además, constituye la primera fase para la acción transformadora de la realidad) (Siles y García, 1995; Siles, 1997b)

*** *Edgar Morin, la superación del dogma y la Antropología de la Complejidad***

El origen de la evolución de Morin hacia la antropología de la complejidad hay que buscarlo, en una serie de situaciones personales y circunstanciales:

- Crisis del dogma marxista
- Ingreso en el Centro Nacional de Investigaciones Científicas (1950)
- Necesidad de superar la ortopedia dogmática del marxismo.
- Evolución entre el azar y la estrategia (intuición).

Gómez (1996) destaca tres fases en la evolución de Morin hacia la antropología de la complejidad: un nuevo paradigma

1. Antropología de la muerte: lo real y lo imaginario

En la primera etapa ingresa en el CNRS y publicación de: “El hombre y la muerte” (1951) y “El cine o el hombre imaginario” (1956). Revisa el método marxista, pero intenta salvarlo mediante una ampliación de su dialéctica que permita la visión de los planos biológico-físico y lo imaginario (persigue la visión del hombre total). El texto de referencia en esta época es todavía marxista: Manuscrito económico filosófico. Morin confiesa que de él extrae la idea de hombre genérico y pergeña el objetivo de alcanzar el hombre total. En el manuscrito argüía que la ciencia del hombre y la ciencia de la naturaleza debían mantener una relación dialéctica sin llegar nunca a engullirse mutuamente. Asimismo le influyó la idea de Marx en la que unía teoría y praxis en una misma concepción (Morin, 1994). Se encuentra embuído, en este período, en una epistemología dialéctica que instrumentaliza para estudiar las dialécticas del hombre y la naturaleza. Morin considera normales e incluso necesarias situaciones de regresión, inadaptación y alineación; dado que todas, globalmente, hacen posible la evolución.

En este sentido la enfermedad y la salud constituyen situaciones normales en el curso de una relación dialéctica que, de forma sucesiva, se resuelve en síntesis.

En su obra “El hombre y la muerte” (1951) desarrolla una antropología de la muerte vertebrada en una triple constante antropológica:

- Conciencia de ruptura que conlleva la muerte.
- El daño o traumatismo que esta conciencia/saber inflinge.
- La aspiración a la inmortalidad.

La realidad científica no es del todo real, al menos...no en su totalidad. Mediante la imaginación y la creatividad, el hombre ha intentado interpretar la realidad de forma que pudiera entenderla y, si era posible, darle un sentido...un significado. La enfermedad, el dolor, las catástrofes, la muerte. En el paradigma teológico se predicaba la verdad absoluta mediante la solución totalitaria que ofrecían las religiones. En definitiva, hasta hace poco, la ciencia se mantenía al margen de las visiones globales u holísticas de la realidad, sin considerar el principio de que: “El todo es inexplicable sin referirlo a las partes, del mismo modo que las par-

tes son incompresibles sin relacionarlas en el todo” (Vilar, 1997). Morin une la realidad y el producto creativo de la imaginación del hombre (mitos, religiones, etc.), dado que lo imaginario cumple una función plenamente real, dado que no existen dos fuentes del devenir humano, una racional y otra mítica, sino que el mismo movimiento produce útiles y mitos que se adaptan al mundo biológico y aun lo sobrepasan (Morin, 1959). El hombre utiliza la creatividad como instrumento para superar las contradicciones y frustraciones que provoca la muerte finiquitando su individualidad:

- Elaboración de concepciones de la muerte en un contexto bipolar:

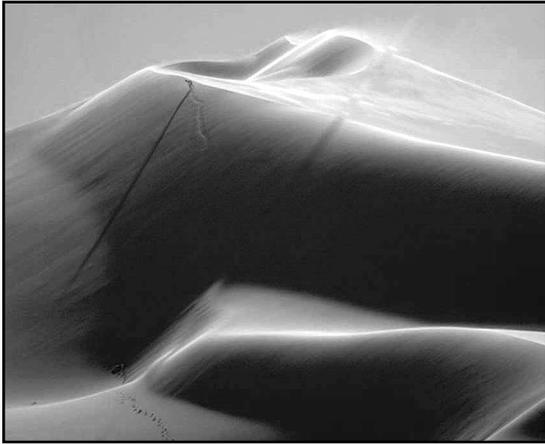
a) Cosmomorfismo: inspirado en el recurrente renacimiento de la vida en la naturaleza (muerte-resurrección o muerte-descanso eterno: ritos, religiones, celebraciones de finales y comienzos de ciclos).

b) Antropomorfismo: mantiene la individualidad mediante la vía de la inmortalidad: individuo amortal. Esta condición amortal se logra mediante un doble camino:

- Mediante la creatividad que produce un imaginario doble del individuo (alma, superhéroe, etc), que le preserva de la muerte/ desaparición.
- Por medio de la ciencia y la tecnología (genoma como paradoja: la parte está en el todo, pero el todo también se encuentra en la parte)

2. Crisis teórica, política y personal (enfermedad)

En esta segunda fase, marcada por una doble crisis (de salud y de dogma), escribe un diario que va a dar lugar a dos publicaciones: “Introducción a una política del hombre” (1965) y “Lo vivo del sujeto” (1969). En este período su objetivo se va a ir perfilando al ritmo de sus reflexiones y la progresiva recuperación de su deteriorada salud. Morin se propone, una vez desengañado por las limitaciones del materialismo dialéctico, superar la dialéctica de la totalidad mediante su proyecto del hombre inserto en el mundo (antropocosmología). La diversidad de sus fuentes es cada vez mayor (relatividad de Einstein, principio de incertidumbre de Heisenberg, la antimateria, cibernética, la teoría



de la información, etc.)y la heterogeneidad la asimila de forma sintética manteniendo como constante una progresiva globalidad en su visión del hombre y la naturaleza.

Se enfrasca la elaboración de una visión antropocsmológica del hombre en la que hombre y mundo están coimplicados y la fundamenta en la naturaleza caótica del mundo y en la condición “histórica” del hombre.

- Metodológicamente retiene puntos clave de disímiles procedencias metodológicas:

* Análisis de los períodos históricos estructurados (Marx).

* Elucidación de fases afectivas estructuradas (Freud).

* Idea sobre una antropogenética (Piaget).

Propone una teoría multidimensional y la denomina: “Radicales Antropológicos o antropocsmológicos” que responden, igualmente, a un eclecticismo metodológico cada vez más radical.:

* Producción (Marx)

* Psique (Freud)

* El amor (cristianismo)

* La ciencia moderna

* La poesía (reivindicada por el superrealismo)

Pero en esta segunda fase no alcanza a construir un método, se queda en las ideas.

3. El origen de un nuevo paradigma: la antropología de la complejidad.

A partir de los cincuenta años, Morin entra en fase de madurez coincidiendo con su ingreso en el El instituto Salk para ciencias biológicas

(California), publicando su “Diario de California” (1970), “El Paradigma perdido: la naturaleza humana”(1973) y en sucesivas etapas”El método (1, 1977; 2, 1980; 3,1986; 4,1991)”. En esta nueva etapa se vuelve a reformular sus objetivos e impulsado por conocimientos de la nueva biología empieza a desarrollar la antropología de la complejidad intentando potenciar la visión holística y, a la vez, dialéctica: vida- muerte, biológico-filosófico, etc.En esta etapa californiana elabora su antropología de la complejidad que se cimenta en tres pies (articulación entre physis, bios y ánthropos):

- Antropocosmología

- Antropobiología

- Antroposociología

C. La investigación cualitativa y los métodos histórico-etnográficos y narrativos como instrumento de superación del reduccionismo inmovilista de la ciencia y facilitador de una visión compleja de la realidad.

- Planteamientos previos o reflexiones en torno a la adopción metodológica.

Por un lado la investigación ha sido definida como el proceso sistemático de indagación en el conocimiento de una disciplina mediante la aplicación de métodos y técnicas adecuados; por otro la investigación cualitativa se puede entender como: la investigación de un fenómeno particular realizada en profundidad y de una forma holística a través de la recogida de información narrativa valiosa y usando un diseño de investigación flexible (Polit & Hungler, 1997)La realidad se compone de factores de naturaleza diversa que se combinan de forma dinámica y múltiple dando lugar a visiones superficiales del fenómeno que comporta y explicitando un orden a menudo sólo aparente. Las enfermedades y los cuidados de salud constituyen una parcela de la realidad en la que funciona el mismo mecanismo con idéntico, o mayor si cabe, nivel de complejidad interrelacional. Si el objetivo de cualquier investigación no conlleva superar las apariencias que distorsionan la casuística radical del fenómeno objeto de estudio, entonces no será necesario nada de esto, pero será evidente que el trabajo realizado carece de visión holística y que

sus resultados caerán en la parcialidad más palmaria. Si, por el contrario, entre nuestros objetivos, se encuentra desarrollar una perspectiva global del fenómeno y, por ende, se pretende alcanzar la comprensión del mismo llegando a la raíz de su casuística, se deberán tomar todas las medidas de “profilaxis metodológica” reseñadas anteriormente.

Las rutinas procedimentales y las técnicas estandarizadas deberán dejar paso a un estudio etnográfico-histórico-narrativo del objeto sujeto investigado, pero también del contexto en el que se encuentra, dado que desde el paradigma de la complejidad, el individuo y el medio ambiente interactúan y se parte, además de conceptos dinámicos e interrelacionales de la salud y la enfermedad (Domínguez, 1988).

La investigación centrada en la práctica de los cuidados, convenientemente reinterpretada a la luz del paradigma de la complejidad, puede ser un escenario adecuado mediante la realización un esfuerzo teórico adicional que vaya más allá de la mera aplicación rutinaria de métodos y técnicas teniendo en cuenta el contexto, dado que habría que adaptar continuamente la herramienta indagatoria a la dinámica contextual (de ahí la importancia de la flexibilidad y vigilancia constantes de las características del entorno y del propio objeto-sujeto investigado) (Crocker, 1986; Malvárez, 2002; Hesook, 1993). Romin (2003), estudia las implicaciones de la narrativa en las vivencias y en la práctica profesional y educativa de enfermería, llegando a proponer un modelo dialéctico, vertebrado en tres fases o aproximaciones éticas: inmersión subjetiva (contexto ético), separación objetiva (ética universal), y compromiso intersubjetivo (narrativa relacional). Gadows (1994) desarrolla un proceso dialéctico entre el cuerpo y la narrativa (¿De quién es este cuerpo, de quién es esta historia?) instrumentalizando esta relación en el contexto de los cuidados de salud de las mujeres.

- El flujo de conciencia como visualización de la relación entre la vida exterior y la vida interior: fenomenología y cuidados de salud

Sobre aspectos específicos que se derivan de la utilización de métodos narrativos (escritos: diario de campo, historias y relatos de vida, entrevistas en profundidad, semiestructuradas, o audiovisuales:

video), destaca el denominado “flujo de conciencia”, o lo que es lo mismo los trabajos realizados sobre la relación entre la evolución personal de los pacientes y el desarrollo de sus situaciones de salud. Se puede considerar el “feed back”, como una forma particular, muy limitada en el tiempo, de flujo de conciencia (Siles, 2000). Algunos autores sostienen un punto de vista biologicista del flujo de conciencia considerando al conocimiento e incluso al lenguaje como un fenómeno muy vinculado al plano biológico (Maturana, 1978, 1987). Sin embargo, otros trabajos abordan el tema de la complejidad humana desde una perspectiva antropológica mucho más amplia recomendando el empleo de métodos audiovisuales (Siles et al, 2004^a, 2004b). El flujo de conciencia ha sido utilizado por los pioneros de la teoría de la complejidad para explicar la multidimensionalidad y la interrelación del gran número de factores que determinan un momento dado sin que, aparentemente, estos factores fundamentalmente experienciales, estén presentes. La narrativa se ha utilizado reiteradamente para describir la realidad sin renunciar a la complejidad que la conforma y teniendo en cuenta la influencia que las experiencias pretéritas de los sujetos-personajes tienen en un momento dado de sus vidas (Faulkner, Joyce, García Márquez, Wolf), o lo que viene a ser lo mismo, para identificar la influencia que la vida interior tiene en la vida exterior: el equilibrio homeostático correspondiente a la interrelación entre el plano interior y el exterior. La interrelación entre el desarrollo de la teoría de la complejidad y la literatura (más concretamente los usos literarios del denominado “flujo de conciencia” se deja translucir claramente en las palabras del escritor mejicano Gustavo Sainz:

“(…)Cada vez que escribo algo nuevo advierto que me cuesta más trabajo. Debería ser al revés, si creemos en la experiencia, pero la experiencia aquí no cuenta. Lo difícil, lo verdaderamente difícil es poder mirarse uno mismo, en todos sus dobles y eventualidades, en todas sus metáforas, metamorfosis y proyecciones. En este libro propongo que el sujeto es lo menos estable que hay, siempre está en movimiento, en permanente alteración, planeando su siguiente movida, inquieto, en ebullición. Yo no soy ahora el mismo que seré mañana. El problema es que pese a que uso el

mismo nombre y aparezco más o menos con el mismo físico, podrías decir que me conoces, pero nadie conoce a nadie. Digámoslo de otra manera: me puedes "interpretar", pero no conocer, y lo más seguro es que quizás me "malinterpretes". Con qué astucia decía Freud que empezaba a sospechar que en cada acto sexual intervenían por lo menos cuatro personas(...)" (Posadas, 2001)

Lo cierto es que la realidad llega a las personas a través de los sentidos mediante la observación que activa la interacción entre el plano biológico, dada la trascendente función canalizadora de los sentidos como mediadores entre el mundo externo percibido y el sujeto que interpreta los fenómenos, y la dimensión cultural-simbólica que impregna la actividad hermenéutica y comprensiva del hombre confirniéndole un gradiente que rebasa lo puramente biológico.

Tal como señala Merleau Ponty;:

- "Yo no soy el resultado o entrecruzamiento de las múltiples causalidades que determinan mi cuerpo o mi psiquismo, no puedo pensarme como una parte del mundo, como un simple objeto de la psicología y de la sociología, ni cerrar sobre mí el universo de la ciencia(...)" (Merleau-Ponty, 1988)

En consecuencia la fenomenología de la percepción puede, también, contribuir a una mayor amplitud de la perspectiva con la que se abordan los fenómenos vida-salud-enfermedad-muerte, pero en definitiva, siguiendo a Morin y sus radicales antropológicos (sistema de producción de Marx, psique de Freud, amor del cristianismo, ciencia moderna y poesía surrealista) cuanto más potencial de síntesis contengan los métodos utilizados mayor será la capacidad del investigador para eludir el riesgo de reduccionismo o mutilación del fenómeno investigado.

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

- El concepto de paradigma ha sido utilizado de forma muy diversa según la interpretación de autores pertenecientes a diferentes tendencias y disciplinas. En este trabajo se han considerado los paradigmas históricos (teológico, racional tecnológico y sociocrítico), como los más extendidos en el tiempo y en su difusión. El paradigma de la complejidad responde a nuevas necesidades del hombre y también científicas, pero su evolución es aún

una cuestión pendiente y su aplicabilidad resulta extremadamente complicada.

- Las personas ante la visión de los mismos fenómenos, aún bebiendo de las mismas fuentes dialécticas, compartiendo el tiempo histórico y haciendo frente a las mismas adversidades, no interpretan del mismo modo los acontecimientos. Autores tan reputados como Morin, Merleau Ponty y Sartre inician su andadura desde una fuente común: el materialismo dialéctico, a partir de ahí evolucionan personalmente de forma diversa (compromisos históricos frente a la invasión nazi de Francia) y llegan a vertebrar sus respectivas obras como producto de una diversidad hermenéutica: antropología de la complejidad, fenomenología de la percepción y existencialismo humanista.

- Algunos autores suelen usar las categorizaciones metafísicas de realidades como: salud, enfermedad, dolor, etc.; que se contraponen a conceptualizaciones dialécticas de las mismas realidades, las primeras comportan significados que denotan realidades estáticas, mientras que las interpretaciones dialécticas de situaciones de salud, enfermedad, dolor, etc., implican las visiones dinámicas y procesuales de dichos fenómenos. Siendo necesario que lo eidético o esencial de los fenómenos tenga un carácter universal y que el reduccionismo fenomenológico-epistemológico socave el dinamismo de los conceptos mencionados vaciando sus significados de las variantes contextuales e históricas, dado que tal como señala Heidegger para reclamar lo que significa la salud "real" (en un contexto y en un tiempo) se tiene que saber que saber ya previamente que significa la salud "en general" (Heidegger, 2000); se hace necesario, asimismo, clarificar en cada momento la perspectiva y el lenguaje con los que se abordan los fenómenos implicados en las situaciones vida-salud-enfermedad .

- La utilización de la investigación cualitativa implica el estudio de las experiencias vida-salud-enfermedad en la vida cotidiana, conjunto de fenómenos que constituyen un proceso en continua evolución y dialéctico, por lo que sus componentes contextuales e históricos deben integrarse tanto en su conceptualización como en el lenguaje empleado.

VI. CONCLUSIONES

- Considerando que la realidad del ser humano es compleja: biológica, social, psicológica y política; su dinámica experiencial se contempla de forma más global partiendo del paradigma de la complejidad.

- La antropología transdisciplinar aportada por Morin persigue la humanización de la ciencia ampliando su arsenal metodológico y epistemológico.

- La antropología de la complejidad tiene por objetivo resolver los enfoques fragmentarios y reduccionistas de la ciencia, mediante una síntesis metodológica, epistemológica y bilógica.

- Los métodos tradicionalmente empleados en la ciencia experimental resultan altamente reduccionistas a la hora de interpretar las realidades implicadas en situaciones vida.salud..

- La investigación cualitativa permite obtener una visión holística, comprensiva y contextualizada de los fenómenos relacionados con los cuidados de salud.

- El carácter procesual de los métodos holísticos y dialécticos permite un enfoque dinámico de las situaciones vida-salud-enfermedad.

- La etnografía y los métodos histórico-narrativos empleados en investigación cualitativa resultan idóneos para estudiar los fenómenos complejos que inciden en las situaciones vida-salud-enfermedad.

BIBLIOGRAFIA

- Aranda, E. (2002) Nuevos paradigmas en cáncer colorectal. You & Us, Madrid.

- Arauzo, A.C; Watson, M;& Hulgus, J. (1994) The clinical uses of video therapy in the treatment of childhood sexual trauma survivors. *Journal of Chile Sexual Abuse*, 3-4:37- 45

- Arboledas, J.R. (2001) Paradigmas del liderazgo. McGraw-Hill-Interamericana, Madrid.

- Bernard (1987) A dialectic of migration: acculturation and demographic transition. *Eur J Popul.*2(3-4):387-405

- Botha, M.E. (1989) Theory development in perspective: the role of conceptual frameworks and models in theory development. *J Adv Nurs*. 1989 Jan;14(1):49-55.

- Bruner, J. (1991). Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva. Madrid: Alianza.

- Coppa, D. (1993) Chaos Theory suggest a new paradigm for nursing science. *Journal of Advance Nursing*, 18: 985-991.

- Cornock, M. (1998) Stress and intensive care patient: perceptions of patients and nurses. *Journal Advances Nurses*, 27: 518-527.

- Cortés, J.M. (1997). Orden y Caos. Barcelona. Anagrama

- Crocker, C. (1986) El paradigma funcional de los profesores. *Revista de Innovación e Investigación Educativa*. 1:53-64.

- Cunningham K, Wolbert R, Graziano A, Slocum J.(2005) Acceptance and change: the dialectic of recovery. *Psychiatr Rehabil J*. 2005 Fall;29(2):146-8

- Da Silva, A.L. & Ciampone, M.H. (2003) A paradigmatic glance on nursing care -- a walk to complex care. *Rev Esc Enferm USP*;37(4):13-23.

- Grant, B.M. & Giddins, L.S. (2002) Making sense of methodologies: a paradigm framework for the novice researcher. *Contemp Nurse*. 13(1):10-28

- Jotterand, F. (2005) The Hippocratic oath and contemporary medicine: dialectic between past ideals and present reality? *J Med Philos.*;30(1):107-28.

- Derrida, J. (1989) La escritura y la diferencia. Anthropos, Barcelona.

- Derrida, J. (1998) De la gramatología. Siglo XXI, México.

- Domínguez, M. (1988) Concepto de salud y enfermedad. En: *Medicina preventiva y salud pública*. Salvat, Barcelona.

- Engels, F. (1978) Anti-Dèhring. Ayuso, Madrid.

- Engels, F. (1980) El origen de la familia, de la propiedad privada y del Estado: en relación con las investigaciones de L.H. Morgan. Ayuso, Madrid.

- Engels, F. (1990) Introducción a la dialéctica de la naturaleza. Ediciones Vosa, Madrid.

- Engels, F. (1997) Ludwig Feuerbach y el fin de la filosofía clásica alemana . Debarris, Barcelona

- Gadows, S. (1994) Whose body? Whose story? The question about narrative in women's health care. *Sundings*. Fall-Winter;77(3-4):295-307. No abstract available.

- Geertz, C. (1989) El antropólogo como autor. Paidós, Barcelona

- Gómez, P. (1996) Construcción de la antropología compleja de Edgar Morin. *Gazeta de Antropología*, 12, octubre: 11-18.

- Habermas, J. (1991) Teoría de la acción comunicativa. Taurus, Madrid.

- Heidegger, M. (2000) De la esencia de la verdad. Alianza, Madrid.

- Heidegger, M. El ser y el tiempo. Fondo de Cultura Económica, Madrid.

- Hesook, S.K. (1993). Putting theory into practice: Problems and prospects. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 1632-1639.

- Kitchener, A. & Harrington, C. (2004) The U.S. long-term care field: a dialectic analysis of institution dynamics. *J Health Soc Behav*. 2004;45:87-101.

- "Kojeve, A. (1994) La idea de la muerte en Hegel. Leviatán, Buenos Aires.

- Kojève, A. (2000) Outline of a Phenomenology of Right. Rowman & Littlefield, London.

- Kuhn, T. (2000) La estructura de las revoluciones científicas. Fondo de Cultura Económica, Madrid.

- Labonte, R (2004) Social inclusion/exclusion: dancing the dialectic. *Health Promot Int.*;19(1):115-21

- Lanteri-Laura, G. (2000) Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna. Triacastela, Guipúzcoa.

- López, J.A. (2000) Paradigmas y métodos pedagógicos para la educación social: La praxis pedagógica en educación social. Nau Libres, Valencia.

- Malvárez, S. (2002) Contexto de la practica centrada en los cuidados. *Multideterminación, crisis y complejidad. Enfermería Global*, 1: 2-5.

- Marx, K. (1993) Manuscritos: economía y filosofía. Altaya, Barcelona.

- Maturana, H. R. (1978), *Biology of Language: The*

- Epistemology of Reality" en G. A. Maturana, H. R. (1987), *The Biological Foundation of Self Consciousness and the Physical Domain of Existence*, en E. R. Caianiello (ed.), *Physics of Cognitive Processes*, Singapur, World Scientific, pp. 324-379.
- Maturana, H. R. (1990), "Science and Daily Life: The Ontology of Scientific Explanation", en W. Krohn, G. Koppers y H. Nowotny (eds.), *Selforganization: Portrait of a Scientific Revolution*, Dodrecht, Kluwer Academic Publishers., 12-35.
- Maturana, H. R. (1995), "Biology of Self Consciousness", en G. Tranture (ed.), *Consciousness: Distinction and Reflection*, Nápoles, Bibliopolis.
- Maturana, H. R. y J. Mpodozis (1992), "Origen de las especies por medio de la deriva natural", Publicación ocasional, núm. 46, 1992, Santiago de Chile, Museo Natural de Historia Natural.
- Maturana, H., Varela, F.: *De Máquinas y Seres Vivos*, Chile, 1972, Ed. Universitaria.
- McIntyre, M. (2003) Cultivating a worldly repose: the contribution of Sally Gadow's work to interpretive inquiry. *Nurs Philos*. Jul;4(2):111-20.
- Merleau-Ponty, M. (1988). *Fenomenología de la percepción*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Mitchell, G.J. Pilkintong, F.B. (1999) A dialogue on the comparability of research paradigms--and other theoretical things. *Nurs Sci Q*;12(4):283-9.
- Montu, E.J. & Tingen, N.S. (1999) Multiple paradigms of nursing science. *ANS Adv Nsci*21(4):64-80
- Paley, J. (2000) Paradigms and presuppositions: the difference between qualitative and quantitative research. *Sch Inq Nurs Pract*. 2000 Summer;14(2):143-55; discussion 157-63.
- Morin, E. (1983a) *El paradigma perdido*. Ensayo de bioantropología, Kairós, Barcelona
- Morin, E. (1981) *El método, I: La naturaleza de la naturaleza*, Madrid, Cátedra.
- Morin, E. (1983b) *El método, II: La vida de la vida*, Madrid, Cátedra.
- Morin, E. y Piattelli-Palmarini, M. (1983) *La unidad del hombre como fundamento y aproximación interdisciplinaria*, en: *Interdiscipliniedad y ciencias humanas*. Tecnos/UNESCO, Madrid: 188-212.
- Morin, E. (1994) *Introducción al pensamiento complejo*. Gedisa, Barcelona.
- Morin, E. (1990) *Epistemología de la complejidad*. "Introducción al pensamiento complejo". Gedisa, Barcelona.
- Morin, E. (1994) *Mis demonios*. Kairós, Barcelona.
- Morin, E. (1996). *Complejidad y teoría social*. Centro de Investigaciones Sociológicas Madrid
- Morin, E. (2003) *El hombre y la muerte*. Kairós, Barcelona.
- Morse, J.N. & Chung, S.E. (2003) *Toward holism: The significance of methodological pluralism*. *International Journal of Qualitative Methods*, 2/3
- Muntañola, J. (1999) *Arquitectura y cultura: nuevos paradigmas*. Ediciones UPC, Barcelona.
- Murcia, N; Jaramillo L.J. (2001). *La complementariedad como posibilidad*. En la estructuración de diseños cualitativos. *Index Enfermería*.; X (35) 29-33.
- Parse, R. (2000) *Paradigms: a reprise*. *Nurs Sci Q*. 2000 Oct;13(4):275-6
- Ramey, C.H. & Chryssikou, E.G. (2005) *The scientific denial of the real and the dialectic of scientism and humanism*. *Am Psychol*. 2005;60(4):346-7.
- Peña, K y Rodríguez, J. (2003) *La enfermería ante el enfoque del caos y la complejidad*. *Cultura de los Cuidados*. VII/14: 79-82.
- Polit, D. y Hungler, B. (2000). *Investigación científica en Ciencias de la Salud* (5ª ed.). México: McGraw-Hill.
- Prigogine, I. (1991) *El nacimiento del tiempo*. Tusquets, Barcelona.
- Pujadas, J.J. (1992). *El método biográfico, las historias de vida en ciencias sociales*. C.I.S. Madrid.
- Sandelowski, M. (1999) *Time and qualitative research*. *Res Nurs Health*. Feb;22(1):79-87.
- Shambley-Ebron, D.Z. & Boyle, J.S. (2004) *New paradigms for transcultural nursing: frameworks for studying African American women*. *J Transcult Nurs*. 2004 Jan;15(1):11-7.
- Siles, J. et al (1997c) *La diferencia entre el aula y el centro sanitario: una apuesta por la implicación del alumnado en el proceso de armonización teórico-práctico (II)*. *Publicación Científica de Enfermería*, 10: 17-25
- Siles, J. (1997b) *Epistemología y enfermería. Por una fundamentación científica y profesional de la enfermería*. *Enfermería Clínica*. IV/7: 188-194.
- Siles, J. (2000) *Antropología narrativa de los cuidados*. Por una rentabilización pedagógica de los materiales narrativos. Una aportación desde la antropología narrativa y la fenomenología. Alicante: Consejo Valenciano de Enfermería.
- Siles, J. Y García, E. (1995) *Las características de los paradigmas científicos y su adecuación a la investigación en enfermería*. *Enfermería Científica*, 160/161: 10-15.
- Siles, J., et al. (1997b) *Por una rentabilización pedagógica en la obra de Benedetti. Etimología narrativa y situaciones de vida-salud*. *Cultura de los Cuidados*, 1, 17-24.
- Siles, J., et al. (1993) *Las alteraciones en la vida cotidiana de los enfermos terminales a través del análisis de textos: Un modelo simulado para las prácticas con el proceso de enfermería*. *Enfermería Científica*, 131, 4-9
- Siles, J; et al (2004b) *Las diferencias culturales implicadas en el proceso de prácticas clínicas en enfermería. Una aportación desde la antropología de la complejidad y el pensamiento crítico (II)* En: Bernabeu, G y Sauleda, N.. (Edits) *Espacios de investigación en la profesionalización docente universitaria*. Marfil, Alcoy: 97-117
- Siles, J; et al.(2004a) *Antropología educativa aplicada a las prácticas clínicas en enfermería. Las diferencias culturales implicadas en el proceso de practicas clínicas de enfermería. Una aportación desde la antropología de la complejidad y el pensamiento crítico (I)..* En: Martínez, M. Coord. *Redes de colaboración para el aprendizaje*. Marfil, Alcoy: 191-204.
- Skultans, V. (2000). *Narrative illness and the body*. *Anthropology and Medicine*, 7 (1): 5-13
- Solana, J.L (2001) *Antropología y complejidad humana : la antropología compleja de Edgar Morin*. Comares, Granada
- Solana, J.L. (1999) *Reduccionismos antropológicos y antropología compleja*. *Gazeta de Antropología*, 15: 15-09
- Solano, MC; Siles, J (2003). *Análisis de las vivencias de un paciente en cuidados intensivos desde la perspectiva de la complejidad*. *Cultura de los Cuidados*, VII (14): 83-91.
- Sontag, S. (1998). *El sida y sus metáforas*. Barcelona: Muchnik.
- Stockdale, M. & Warelow P. (2000) *Is the complexity of care a paradox? Journal of Advanced Nursing*, 31/5: 1258-1264.

- Stockdale, M. & Warelow, P. (2000). Is the complexity of care a paradox? *Journal of Advanced Nursing*, 31/5: 1258-1264.
- Terrel, W. R., Jorgensen, W., & Wakelin, C. (1992). Human interactive analysis using video: Mapping the dynamics of complex work environments. *Educational Technology*, 32 (10), 35-41.
- Toffler, A. (1999). "El shock del futuro ". Barcelona: Plaza y Janés.
- Tsuji, Y. (2005) Time is not up: temporal complexity of older Americans' lives.
- *J Cross Cult Gerontol.* 2005;20(1):3-26.
- Vilar. S. (1997) La nueva racionalidad. Comprender la complejidad con métodos transdisciplinarios. Barcelona: Kairós
- Walsh, M. (2000) Chaos, complexity and nursing. *Nura Stand.* II, 14/32: 39-42
- Watson, S. (1991) An analysis of concept of experience. *Jornal of Advanced Nursing.* 16: 1117-1121.
- Watson, S. (1991). An analysis of concept of experience. *Jornal of Advanced Nursing.* 16, 1117-1121.
- Wilson Thomas, L. (1995) Applying critical social theory in nursing education to bridge the gap between theory and practice. *Journal of Advanced Nursing.* 21: 568-575.
- Wilson thomas, L. (1995). Applying critical social theory in nursing education to bridge the gap between theory and practice. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 568-575.
- Yuman, F. (2001) Historia y narración en psicoanálisis. *Topía*, 33: 11-18



TABLA I EL PARADIGMA TEOLÓGICO

HECHICERO-CURANDERO- CHAMÁNBRUJA-SACERDOTE

- AGENTE CONTROLADOR DEL PROCESO.
- MANIPULADOR EXTERNO Y SUBJETIVO RESPECTO DEL ESTADO DE SALUD DEL PACIENTE
- APLICADOR DE PRESCRIPCIONES EN EL TRANCURSO RITOS MÁGICOS.
- ADMINISTRADOR TERAPÉUTICO DE RITOS MÁGICO-RELIGIOSOS.

PACIENTE

- OBJETO DE CONTROL Y DESTINATARIO DE PRESCRIPCIONES TERAPÉUTICAS-MÁGICAS-RELIGIOSAS

CONCEPTO DE SALUD-ENFERMEDAD

- CONCEPTO SOBRENATURAL

TIPO DE CONOCIMIENTO CONSTRUIDO

- MAGIA EMPÍRICA MÁGICO RELIGIOSA EXPERIMENTAL
- ANIMISMO Y/O RELIGIONES
- ELABORACIÓN DE CONCEPCIONES DE LA MUERTE EN UN CONTEXTO BIPOLAR:
 - 1) COSMOMORFISMO: INSPIRADO EN EL RECURRENTE RENACIMIENTO DE LA VIDA EN LA NATURALEZA (MUERTE-RESURRECCIÓN O MUERTE-DESCANSO ETERNO: RITOS, RELIGIONES, CELEBRACIONES DE FINALES Y COMIENZOS DE CICLOS).
 - 2) ANTROPOMORFISMO: MANTIENE LA INDIVIDUALIDAD MEDIANTE LA VÍA DE LA INMORTALIDAD: INDIVIDUO AMORTAL.

TABLA II PARADIGMA TECNOLÓGICO

PROFESIONAL TÉCNICO DE LA SALUD

- AGENTE CONTROLADOR DEL PROCESO.
- MANIPULADOR EXTERNO Y OBJETIVO RESPECTO DEL ESTADO DE SALUD

PACIENTE Y SUS NECESIDADES

- APLICADOR DE PRESCRIPCIONES.

CONCEPTO DE SALUD

- CONCEPTO NEGATIVO/VACÍO: SALUD COMO AUSENCIA DE ALGO, OMISIÓN DE MANIFESTACIONES CLÍNICAS O PRIVACIÓN DE SINTOMATOLOGÍA.

TIPO DE CONOCIMIENTO CONSTRUIDO

- CIENCIA NATURAL HEREDERA DEL NEOPOSITIVISMO
- CARÁCTER OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD CIENTÍFICA
- CONTROL EXTERNO DEL PROCESO.

¿CÓMO SE CONSTRUYE?

- INVESTIGACIÓN EXPERIMENTAL (PRUEBAS ESTANDARIZADAS, TEST, ENCUESTAS).

CONCEPTOS DE ENFERMEDAD Y MUERTE

- ELABORACIÓN CIENTÍFICO TÉCNICA DEL CONCEPTO ENFERMEDAD Y MUERTE

TABLA III PARADIGMA HERMENEUTICO

PROFESIONAL DE LA SALUD

- AGENTE DE COMUNICACIÓN COMPRENSIVA E INTERACTIVA.
- INTERPRETADOR DE LA REALIDAD DEL PACIENTE

CONCEPTO DE SALUD

- CONCEPTO SITUACIONAL ELABORADO INTERACTIVAMENTE (PACIENTE-ENFERMERO)

TIPO DE CONOCIMIENTO CONSTRUIDO

- ENFERMERÍA COMO CONSTRUCCIÓN PERSONAL
- SOCIOLOGÍA INTERACCIONISTA.
- HERMENÉUTICA Y FENOMENOLOGÍA DE LOS CUIDADOS.
- ANTROPOLOGÍA CULTURAL.

¿CÓMO SE CONSTRUYE?

- INVESTIGACIÓN ETNOGRÁFICA.
- ESTUDIO DE SIGNIFICADOS EN SUS CONTEXTOS (USO DE MÉTODOS Y TÉCNICAS FENOMENOLÓGICAS, NARRATIVAS, MATERIAL BIOGRÁFICO Y AUTOBIOGRÁFICO)

CONCEPTO DE ENFERMEDAD Y MUERTE

- RESULTADO DE ÑA INTERVENCIÓN PRÁCTICA INTERPRETATIVA. ACTO DE COMPRESIÓN INDIVIDUAL
- ENFERMEDAD Y MUERTE INTERPRETADOS INDIVIDUALMENTE SEGÚN CREENCIAS, VALORES, SITUACIÓN PERSONA.
- NO EXISTE UN CONCEPTO EXCLUSIVO DE ENFERMEDAD Y NUERTE, RESPONDE A REALIDADES SITUACIONALES

TABLA IV PARADIGMA SOCIOCRÍTICO

PROFESIONA DE LA SALUD

- AGENTE DE CAMBIO SOCIOANITARIO

CONCEPTO DE SALUD

- CONCEPTO POSITIVO.
- REELABORACIÓN DEL MISMO POR PARTE DEL SUJETO.

TIPO DE CONOCIMIENTO CONSTRUIDO

- ENFERMERÍA COMO CONSTRUCCIÓN SOCIAL Y SANITARIA.
- DIALÉCTICA-SUBJETIVIDAD
- CONSTRUCCIÓN NUEVAS REALIDADES.

¿CÓMO SE CONSTRUYE?

- INVESTIGACIÓN CRÍTICA
- ESTUDIOS DE CONTEXTOS PERSONALES Y SOCIALES.

¿PARA QUÉ SIRVE?

- ENFERMERIA ENFOCADA COMO INTERVENCIÓN EN PRÁCTICA SOCIAL Y ANTROPOLÓGICA DEL SUJETO.

CONCEPTOS DE ENFERMEDAD Y MUERTE

TEORÍA MULTIDIMENSIONAL BASADA “RADICALES ANTROPOLÓGICOS O ANTROPOCOSMOLÓGICOS”. (MORIN)

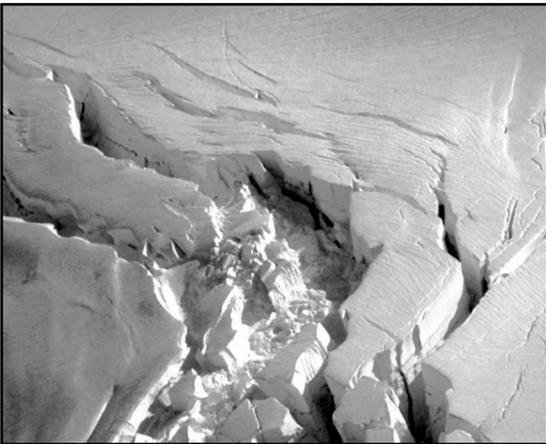
- * PRODUCCIÓN (MARX)
- * PSIQUE (FREUD)
- * EL AMOR (CRISTIANISMO)
- * LA CIENCIA MODERNA
- * LA POESÍA (REIVINDICADA POR EL SUPERREALISMO)

TEORÍA Y MÉTODO

EFFECTOS DE LA TELEVISIÓN SOBRE LA ALIMENTACIÓN, LA OBESIDAD Y COLESTEROLEMIA EN NIÑAS ESCOLARES

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

*Profesores del Departamento de Enfermería de la Universidad de Extremadura
Estudio patrocinado por la Consejería de Sanidad y Consumo de la Junta de Extremadura*



INFLUENCE OF TV PROGRAMMES ON DIETS, OBESITY AND CHOLESTEROLEMIA, IN SCHOOL GIRLS

SUMMARY

Abuse in TV watching means children dedicating too many hours which should be invested in some other activities as games, and sports. It also means pigging out on junk, including in their diet those industrial products highly caloric and poor in nutrients which lead to nutritional upset, obesity and hypercholesterolemia.

This is a second part of the Report done on TV Habits in a female population between 10 and 14 years of age in Palencia. An Inquiry was shared by girls and parents. The questions and data requested were basically on preferences, intake of food,

products, junk, announced on TV at meals time while their preferred programmes were watched.

Subjects participated in an anthropometric measurement, level of cholesterol in blood, glucemia and blood pressure study.

Outcomes show a large number of girls watching TV every day at meal times, demand those food announced on TV and they pig out on junk. Those girls with overweight problems do watch TV longer periods of time. Parents, teachers, paediatricians and nurses must be aware of all those negative effects in order to be able to improve well-fare and health behaviour patterns in children population.

Key words: TV. Children, diet, obesity, hypercholesterolemia

RESUMEN

La visualización abusiva de la televisión (TV) consume el tiempo que los niños deben dedicar al juego y deporte, estimula el "picoteo" de chucherías y la inclusión en la dieta de los productos alimenticios anunciados, muy calóricos y poco nutritivos, que fomentan trastornos nutricionales como la obesidad e hipercolesterolemia. En este artículo, segunda parte del estudio observacional de los hábitos televisivos la población escolar de 10-14 años de Palencia, se registraron los datos de las niñas y padres encuestados sobre las preferencias y petición de los productos alimenticios anunciados en los espacios publicita-

rios televisivos, la visualización de la TV durante las comidas y el consumo de golosinas mientras veían la programación. A las participantes se les realizó un estudio antropométrico y medición capilar de colesterolemia, glucemia y tensión arterial. Los resultados demuestran que muchas niñas ven la TV mientras realizan las comidas diarias, demandan los productos alimenticios anunciados y picotean golosinas, y que las niñas con sobrepeso ven más tiempo la TV. Los padres, educadores, enfermeras y pediatras deben conocer estos efectos negativos para mejorar la salud y el bienestar infantil.

Palabras clave: Televisión. Niños. Dieta. Obesidad. Hipercolesterolemia

INTRODUCCIÓN

El excesivo tiempo que los niños dedican a la TV fomenta el sedentarismo infantil y recorta el tiempo para jugar, pasear y hacer deporte (Tower RB y cols, 1979; González A y cols, 1995; Galdó G, 1997; Uberos DJ y cols, 1998). Además, repercute negativamente sobre sus hábitos alimenticios, pues mientras miran la TV suelen “picotear” chucherías, golosinas, etc. y se les estimula a introducir en su dieta los productos alimenticios, muchos de ellos con dudoso valor nutricional y generalmente muy calóricos, que reiteradamente se anuncian durante los abundantes espacios publicitarios de la programación infantil (Lewis CE y Lewis MA, 1974; Dietz WH, 1986; Smitt J y cols, 1989; Coon KA y cols, 2001). La propaganda de estos productos suele deslizar mensajes engañosos al utilizar expresiones que camuflan su verdadero contenido nutricional. Así, tras frases como: “sin colesterol”, “con grasa vegetal”, “sin azúcar”, se ocultan alimentos elaborados con grasas saturadas o vegetales hidrogenadas, edulcorantes calóricos, promotores de trastornos nutricionales, como la hipercolesterolemia y la obesidad (Wong ND et al, 1992; Dietz WH y Gortmaker SL, 1993; Klesges RC y cols, 1993), conocidos factores de riesgo cardiovascular.

La visualización de la TV favorece, además, la aparición de graves trastornos del comportamiento alimentario como la anorexia y la bulimia ner-

viosas, especialmente cuando se ve de forma poco crítica cierta programación que tiende a crear una obsesión social por el culto a los cuerpos esbeltos y perfectamente modelados, pero que paradójicamente fomenta el sedentarismo y el consumo de alimentos muy energéticos (Wong ND y cols, 1992; Dietz WH y Gortmaker SL, 1993; Klesges RC y cols, 1993; Galdó G, 1997). La reducción del tiempo dedicado a la TV aumentaría la actividad física del niño y disminuiría la ingesta energética procedente del “picoteo” y del consumo de los alimentos anunciados, y la selección de la programación reduciría, en parte, el riesgo de trastornos del comportamiento alimentario (Dietz WH, 1986; Klesges RC y cols, 1993; Galdó G, 1997).

Tras analizar el tipo de consumo televisivo de las niñas escolares de nuestro medio se procedió a continuar el estudio para conocer sus efectos sobre los hábitos dietéticos y el desarrollo de obesidad e hipercolesterolemia, con el fin de informar a los padres, educadores y sanitarios de la necesidad de regularlo y mejorar el estado de salud y bienestar de la población infantil.

MÉTODOS

De cada una de las niñas, divididas en cinco grupos de edad (10, 11, 12, 13 y 14 años), que participaron en el estudio de los hábitos televisivos se registraron para esta segunda parte las siguientes variables: a) atención prestada a los productos alimenticios que se anuncian en la TV, petición de los mismos y preferencias; b) consumo de golosinas o chucherías mientras visualizan la TV; c) influencia de la TV sobre el apetito; d) visualización de la TV durante las comidas (desayuno, comida, merienda y cena).

A todas las participantes se les realizó una medición de los siguientes parámetros somatométricos y biológicos: peso, talla, índice de masa corporal (IMC, kg/m²), determinación capilar de la colesterolemia y glucemia y medición de la tensión arterial sistólica y diastólica.

Las niñas, agrupadas por edad, fueron distribuidas según su IMC en tres grupos: normales (< P75 [percentil 75]), con sobrepeso (\geq P75 y < P90) y con obesidad (\geq P90).

Según las cifras de colesterolemia, glucemia y tensión arterial sistólica y diastólica se redistribu-

yeron en dos grupos: con valores normales o elevados. Para la colesterolemia se consideraron normales ($< P75$) y con cifras elevadas ($\geq P75$), para la glucemia el límite se estableció en 95 mg% y para la tensión arterial sistólica y diastólica los registros $\geq P90$.

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

RESULTADOS

Más de la mitad de los padres (56%) reconocen que sus hijas les piden a veces productos alimenticios que se anuncian en la televisión y el 5% expresan que esta demanda es frecuente. El 20% de las niñas desean que sus padres les compren estos productos. Los artículos alimenticios anunciados por la televisión preferidos por los niñas se exponen en la tabla 1.

El 32 % de los niñas admiten que les entra hambre mientras ven la TV. El 33,3% comen a veces golosinas, chucherías y aperitivos, el 10% lo hace con cierta frecuencia y el 4% casi siempre o siempre.

El hábito de ver la TV durante las comidas es muy frecuente. En el caso del desayuno, merienda y comida son las niñas más pequeñas las que más ven la TV, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$). Durante la cena las niñas visualizan más la televisión conforme aumenta la edad ($p < 0,05$) (tabla 2).

Se ha encontrado una relación, estadísticamente significativa, entre las horas semanales de TV y el grado de obesidad ($p < 0,05$) (tabla 3). Las chicas que tienen un colesterol cuyas cifras se sitúan entre $\geq P75$ y $\geq P97$ ven algo más la TV (42 minutos semanales) que los que tienen un colesterol $< P75$, aunque la diferencia no tiene significación estadística.

No se encontraron diferencias entre los dos grupos para las cifras de glucemia ni de tensión arterial sistólica y diastólica.

DISCUSIÓN

La atracción que los niños sienten por los anuncios televisivos ha sido comprobada reiteradamente. (Lewis CE y Lewis MA, 1974; Taras HL y cols, 1989; Smitt J y cols, 1989; Wong ND y cols,

1992), La publicidad de los productos alimenticios desencadena el deseo y la necesidad de consumirlos, como se pone de manifiesto en nuestro estudio. Aunque son muy diversos los productos que las niñas piden a sus padres destaca que los cuatro grupos de artículos alimenticios más demandados lo sean por más del 50% de las encuestadas y que los cuatro siguientes estén en torno al 40%.

La tercera parte de las niñas admiten que les entra hambre mientras ven la televisión y comen, a veces, golosinas, chucherías, dulces, etc., productos de alta densidad calórica y poco valor nutricional. Un 10% reconocen que las toman con cierta frecuencia y el 4% casi siempre o siempre. Nuestras cifras son ligeramente superiores a las halladas en el estudio de Cantabria (Bercedo A y cols, 2001) pero afortunadamente están aún lejos de las aportadas por los autores americanos (Diet WH, 1986; Smitt J y cols, 1989; Taras HL y cols, 1989; Wong ND y cols 1992).

Es muy llamativo la gran cantidad de niñas que ven la TV mientras realizan las comidas cotidianas. Más de la tercera parte mira el televisor durante el desayuno y la merienda, especialmente las más pequeñas. Destaca el elevado porcentaje de chicas de 14 años (62%) que ven la programación durante la cena. Estas cifras son bastante superiores a las halladas en otros estudios (Caviedes BE y cols, 2000; Bercedo A y cols, 2001) y resultan muy preocupantes, aunque concuerdan en que sean las más pequeñas las que ven más la TV durante el desayuno y la comida.

La relación entre el consumo televisivo y el grado de obesidad hallada en nuestro estudio coincide con otras observaciones, aunque es más débil que la demostrada en diversos estudios españoles y estadounidenses (Andersen RE y cols, 1988; Dietz WH y Gortmaker SL, 1993; Bercedo A y cols 2001; Crespo y cols, 2001). No obstante, la diferencia es de 2,7 horas a la semana entre las niñas obesas y las que tienen peso normal (18,8 horas semanales frente a 16,1).

El mayor consumo televisivo encontrado en los escolares con cifras de colesterolemia altas también ha sido hallado por otros autores (Wong ND y cols, 1992; González A y cols, 1995). De hecho se reconoce que la visualización de un elevado número de horas de TV es un buen índice de predicción

para la hipercolesterolemia infantil, pues a la inactividad física, inherente a la visualización de la TV, se suele unir el picoteo de chucherías y golosinas y la inclusión en la dieta habitual de productos alimenticios anunciados en la TV, generalmente muy energéticos (Wong ND y cols, 1992; Galdó G, 1997; Olivares S y cols, 1999).

En nuestro estudio no se encontraron diferencias para las cifras de glucemia y de tensión arterial sistólica y diastólica entre las participantes en relación con el consumo televisivo.

CONCLUSIONES

Se deben poner en marcha programas de educación para la salud, en los que deben estar fuertemente implicadas las enfermeras y pediatras, que aconsejen a los escolares limitar el consumo televisivo dadas sus probadas repercusiones negativas sobre los hábitos dietéticos y el desarrollo de obesidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Andersen RE, Crespo CJ, Barlett SJ, Cheskin LJ, Pratt M (1988) Relationship of physical activity and television watching with body weight and level of fitness among children: results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *JAMA*, 279, 938-42.
- Bercedo A., Redondo C., Capa L., Gonzalez-Alciturri MA. (2001) Hábito televisivo en los niños de Cantabria. *An Esp Pediatr*, 54, 44-52.
- Caviades BE., Quesada E. Herranz JL (2000) La televisión y los niños: ¿es responsable la televisión de todos los males que se le atribuyen?. *Aten Primaria*, 25, 36-45.
- Coon KA, Goldberg J, Rogers BL, Tucker KL (2001) Relationships between use of television during meals and children's food consumption patterns. *Pediatrics*, 107, E7 .

- Crespo CJ, Smit E, Troiano RP, Bartlett SJ, Macera CA, Andersen RE (2001) Television watching, energy intake, and obesity in US children: results from the third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 155, 360-65.
- Dietz WH, Gortmaker SL (1993) TV or not TV: fat is the question. *Pediatrics*, 91, 499-501.
- Dietz WH (1986) Prevention of childhood obesity. *Pediatr Clin North Am*, 33, 823-34.
- Galdó G (1997) La televisión y los niños. En: Prandi F, ed. *Pediatría Práctica*. Barcelona: Prous, 65-76.
- González A, Sánchez M, Arnaíz P, Asensio J, Ruiz-Jarabo C, Baeza P y cols (1995) Historia familiar práctica de deporte o tiempo dedicado a ver la televisión. ¿Cuál es el mejor predictor de la hipercolesterolemia en niños y adolescentes? *An Esp Pediatr*, 42, 107-8.
- Klesges RC, Shelton ML, Klesges LM (1993) Effects of television on metabolic rate: potential implications for childhood obesity. *Pediatrics*, 91, 281-6.
- Lewis CE, Lewis MA (1974) The impact of television commercials on health-related beliefs and behaviors of children. *Pediatrics*, 53, 431-35.
- Olivares S, Albala C, García F, Jofre I (1999) Television publicity and food preferences of school age children of the metropolitan region. *Rev Med Chil*, 127, 791-99.
- Schmitt J, Voilquin JP, Auberge A, Langinier D (1989) Television, advertising, and nutritional behavior of children. *Bull Acad Natl Med*, 173, 701-6.
- Taras HL, Shallis JF, Patterson TL, Nader PR, Nelson JA (1989) Television's influence on children's diet and physical activity. *J Dev Behav Pediatr*, 10, 176-80.
- Tower RB, Singer DG, Singer JL, Biggs A (1979) Differential effects of television programming on preschoolers' cognition, imagination, and social play. *Am J Orthopsychiatry*, 49, 265-81.
- Uberos DJ, Gómez A, Muñoz A, Molina A, Galdó G, Pérez FJ (1998) Television and childhood injuries: is there a connection?. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 152, 712-4.
- Wong ND, Hei TK, Qaqandah PY, Davidson DM, Bassin SL, Gold KV (1992) Television viewing and pediatric hypercholesterolemia. *Pediatrics*, 90, 75-9.



TABLA 1.
TIPOS DE PRODUCTOS ALIMENTICIOS PREFERIDOS QUE SE ANUNCIAN EN LA TV

Tipo de producto alimenticio preferido	%
Bebidas de cola y refrescos	70,2%
Derivados lácteos	57,4%
Dulces con chocolate y chocolatinas	53,2%
Cacao soluble	51,1%
Cereales con miel o chocolate	40,3%
Fritos envasados	40,1 %
Golosinas y chucherías	39,5%
Comida rápida de restaurantes	38,6%

TABLA 2.
HÁBITO DE VER LA TV DURANTE LAS COMIDAS (%)

Edad	Desayuno %	Comida %	Merienda %	Cena %
10	44,0	56,0	42,0	40,0
11	34,0	54,0	40,9	50,0
12	32,0	54,0	36,0	58,0
13	34,0	50,0	34,0	60,0
14	28,0	48,0	30,0	62,0

TABLA 3.
TIEMPO (HORAS SEMANALES) DE VISUALIZACIÓN DE LA TV SEGÚN EL GRADO DE OBESIDAD

Peso N	Media	Min.	Max.	P3	P5	P10	P25	P50	P75	P90	P95	P97	
Normal	182	15,3	3,5	35,0	5,2	7,1	9,0	12,0	14,8	18,1	21,0	24,0	25,3
Sobrepeso	37	17,3	4,0	29,0	4,1	4,5	8,7	14,0	18,3	20,4	25,2	26,7	28,8
Obesidad	25	18,7	8,5	27,9	8,5	9,1	12,5	15,0	18,5	19,5	25,0	27,6	27,8

IMAGEN DE LA INMIGRACIÓN A TRAVÉS DE LAS PUBLICACIONES CIENTÍFICAS

Susana Limia Redondo*

Paloma Salvadores Fuentes**

*Profesora Colaboradora de Fundamentos de Enfermería

**Profesora. Catedrática de Fundamentos de Enfermería,

Administración de los Servicios de Enfermería y Documentación Sanitaria en la Universidad Rey Juan Carlos



IMAGE OF IMMIGRATION THROUGH SCIENTIFIC LITERATURE

ABSTRACT

Objective:

To know the image the scientific community has about the health of immigrants, searching Spanish bibliography through the main Health Sciences databases

Materials and Methods:

In a first phase of the study we performed a bibliometric analysis encompassing the period 1980-2001. The searched databases were Medline and Índice Médico Español (IME). A second phase consisted in locating primary sources and analyzing the dominant discourse in each of the retrieved articles.

Results:

The search resulted in the identification of 80 articles complying with the search criteria (72

from Medline and 8 from IME). Regarding the bibliometric study, the Spanish autonomous region where most studies have been carried out was Catalonia (42.1%), closely followed by Madrid (32.57%).

Immigrants came from Africa (57%), Latinamerica (30%) and Asia (13%)

The analysis of the dominant discourse within the articles can be summarized in the following two headings:

“Immigration results in an increase of infectious and tropical diseases”.

“The use of health care services by the immigrants”:

Conclusions:

There is a clear need for the implementation of interdisciplinary sociosanitary programs which may help to overcome language and cultural barriers. Different lifestyles, and hygienic, sanitary and alimentary practices and not the immigrant himself, represent a hazard for both individuals and public health.

Key words: health, immigration, bibliometrics, cualitative analysis, nur

RESUMEN

Objetivo:

Conocer la imagen que tiene la comunidad científica sobre la salud de los inmigrantes a través de la bibliografía española en las principales bases documentales de Ciencias de la Salud .

Material y métodos:

En la primera fase del estudio se ha realizado

un análisis bibliométrico, que abarca el periodo 1980 -2001. Las bases de datos consultadas han sido Medline e Índice Médico Español (IME). La segunda fase del estudio, consistió en la localización de las fuentes primarias y su posterior análisis del discurso dominante en cada uno de los artículos recuperados.

Resultados:

Se registraron un total de 80 publicaciones que cumplieran los criterios marcados de la búsqueda bibliográfica de los cuales 72 publicaciones se encuentran indizadas en la base de datos Medline, y los 8 restantes pertenecen a la base de datos IME.

Respecto al análisis bibliométrico podemos afirmar que las comunidades españolas en las cuales se ha realizado el mayor número de estudios sobre inmigración y salud han sido Cataluña con un 42,1% , seguida muy de cerca por la Comunidad de Madrid con total de 31,57% estudios realizados sobre inmigración.

En cuanto a la procedencia de los inmigrantes que formaban parte de los artículos estudiados fue la siguiente: 57% África, 30% Latinoamérica y 13% Asia.

Referente al análisis de discurso, podemos decir que existen dos discursos dominantes, que se muestran en los siguientes epígrafes:

"La inmigración produce un aumento de las tasas de Enfermedades Infecciosas y Tropicales"

"El uso de los servicios de salud por la población inmigrante".

Conclusiones:

Existe una clara necesidad para la puesta en marcha de programas interdisciplinarios socio-sanitarios que ayuden a superar las barreras culturales e idiomáticas.

El inmigrante en sí no constituye un riesgo para la salud pública, sino que son los estilos de vida, las prácticas higiénicas, sanitarias y alimenticias, las que representan un riesgo para la salud pública e individual.

Palabras clave: salud, inmigración, bibliometría, análisis discurso, enfermería.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, estamos viviendo en la época de la "medicina socializada" o de una medicina comunitaria, en la cual se revaloriza el papel de la población en el campo sanitario. Además hay que considerar la salud como un bien comunitario, y como tal, implica la colaboración de todos los ciudadanos, tanto a nivel colectivo como individual, en pro de su consecución. Este nuevo enfoque, nos lleva a considerar la salud, no sólo como la ausencia de enfermedad, sino un estado de bienestar físico, psíquico y social (Carta Magna 1946).

Esta tendencia queda reflejada en la propuesta de la Organización Mundial de la Salud en la reunión de Alma-Ata (WHO 1979) , titulada; "un aceptable nivel de salud para toda la población del mundo en el año 2000" , viene remarcada por distintos artículos de la misma declaración que pone énfasis en la participación (como derecho y obligación) de la población (a nivel comunitario e individual) en las tareas relacionadas con su atención sanitaria. Con este cambio, la población deja de ser un mero receptor de una medicina en la cual el médico era dueño y señor, para pasar a ser parte integrante fundamental de los procesos que tienen como meta una mejora de su nivel de salud, dentro de un trabajo en equipo del que el paciente es ya un miembro del equipo. Se entiende, por lo tanto una participación de la población en los asuntos sanitarios como forma de superar los problemas de deshumanización que la tradicional asistencia comportaba, y resolver, o suavizar al menos, las desigualdades de origen socio-económico que la institución sanitaria ha reproducido y mantenido hasta la fecha.

La OMS insiste cada vez más en que la población, como paciente potencial que es, debe participar en la planificación de la política sanitaria, en su ejecución y en la evaluación del sistema sanitario.

Por otra parte, el derecho a la salud a nivel Internacional, queda recogido por primera vez en 1948 en el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, que afirma; " Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado, que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios"

Finamente, debido a este ímpetu en el concepto de medicina socializada, de lo colectivo, de la participación comunitaria, y teniendo en cuenta el incremento que se está produciendo en España de la población inmigrante, nos hizo cuestionarnos si en la comunidad científico-sanitaria se estaban registrando o escribiendo estos acontecimientos, y si era así, qué documentación se estaba recopilando o creando, en definitiva, qué marco referencial se está construyendo respecto a la salud de los inmigrantes.

MATERIAL Y MÉTODO

El objetivo principal del estudio es: Conocer la imagen que tienen la comunidad científico-sanitaria de la salud de los inmigrantes, a través bibliografía española existente de las principales bases documentales en Ciencias de la Salud .

Los objetivos complementarios que nos hemos propuestos en una segunda etapa, siempre que se recupere un o se obtenga un volumen bibliográfico pertinente, es el siguientes: “Observar el comportamiento documental de la producción científica respecto al tema de estudio”.

La metodología propuesta para alcanzar estos objetivos ha sido la siguiente, para lograr el objetivo general, hemos realizado una revisión bibliográfica en dos importantes bases de datos en Ciencias de la Salud, una de ellas representa a la comunidad científica Internacional y se corresponde con la base de datos Medline, y la otra base de datos representa a la comunidad científica Nacional, y se corresponde con la Base de datos Medline e Índice Médico Español (IME). Una vez obtenida ambas consultas bibliográficas, hemos recuperado cada uno de los documentos primarios, es decir, hemos recuperado todos los artículos propuestos por la bases de datos.

Las estrategias de búsqueda bibliográfica o matriz de búsqueda se ha realizado de la siguiente manera:

Sólo nos interesaban para nuestra investigación, los artículos que estudiaran o investigaran sobre inmigración y salud, por este motivo para acotar la búsqueda hemos utilizado los siguientes descriptores de ciencias de la Salud o términos Mesh a través del tesoro:

- Emigración e inmigración (introducido en medline con las palabras: Emigration and Immigration).
- Salud (introducido en medline con la palabra: Health).
- Servicios de salud (introducido en medline con las palabras: Health services).
- Accesibilidad a los servicios de salud (introducido en medline con las palabras: Health Services Accessibility).

Por otra parte, para garantizar que la bibliografía fuera exclusivamente española, se limito la búsqueda por el idioma en la que estaba escrito el artículo, seleccionando sólo el lenguaje (Language o LA) español y limitando el país de publicación (Country of Publication o CP) a solamente España. Finalmente, el último filtro que utilizamos fue la limitación temporal, abarcando el periodo de estudio desde 1980 hasta el 2001 (Publication Year o PY).

Una vez recuperados los artículos, a través del Catálogo colectivo de las publicaciones periódicas de bibliotecas españolas en Ciencias de la Salud C17, se procedió a clasificar los artículos, analizando los discursos dominantes en cada uno de ellos, utilizando el método lógico, mediante agrupación o captación del fondo y el sentido temático o ideológico, clasificando posteriormente las ideas. Posteriormente, para alcanzar el objetivo secundario propuesto, la metodología utilizada a sido realizando un estudio bibliométrico o de análisis del comportamiento documental. Para ello, se han estudiado básicamente los campos CP, PY de los registros o artículos.

RESULTADOS

El total de publicaciones registradas con los filtros propuestos anteriormente han sido de:

En la base de datos Medline 72 artículos.

En la base de datos IME 8 artículos, los cuales también se encontraban indizados o formaban parte en la base de datos Medline.

Datos iniciales:

De el total de las 72 publicaciones encontradas, nosotros hemos analizado 45, debido a que un 22 % se repetían en distintos años de publicación,

llegando a las mismas conclusiones y tan sólo han aportando como novedad más sujetos en el estudio.

Las pérdidas de datos o documentación se situaron en torno a un 5,5 %, lo que equivale a 4 artículos que fue imposible su recuperación para el posterior análisis.

Un 10% del total de artículos, fueron excluidos del estudio debido a que no abordaban como tema principal, la inmigración y salud, sino que entre la muestra que utilizaban estos artículos se encontraban fortuitamente población inmigrante pero no tenían como objeto principal de estudio la inmigración y la salud.

Respecto al comportamiento documental podemos afirmar que la producción científica a lo largo del periodo de estudio 1980 - 2001, no se ha mantenido estable, sino que presenta una tendencia alcista con dos grandes picos de producción producidos en el año 1995 y 2000, con un porcentaje del 11,11% y 24,44% respectivamente, cabe destacar que en el año 2001, la producción de artículos sobre inmigración se divide a la mitad, o sea al 11,11%, respecto al año anterior, posiblemente por que no estén indizadas el total de las publicaciones que pertenecen al año 2001, y por lo tanto no se ha podido recuperar todo el año para su estudio (Fig. 1).

Como se puede observar en la figura 2, las tres comunidades españolas más frecuentes donde se han realizado estudios de inmigración y salud, ha sido Cataluña con un 42,1%, seguida muy de cerca por la Comunidad de Madrid con un 31,57% y lejanamente le sigue Canarias con un 10,52%.

Respecto a la procedencia de los inmigrantes que formaban parte de esos estudios, más de la mitad, concretamente el 57% proceden de África, el resto se reparte entre; por un lado el 30% de inmigración Latinoamericana y el 13% de inmigración procedente de Asia

En cuanto al objetivo principal, es decir, intentar conocer la imagen de una posible clasificación de los textos, mediante el análisis del discurso dominante del artículo, tenemos que señalar que de los 45 artículos analizados podemos decir que existen dos discursos dominantes, que se presentan a continuación:

"La inmigración produce un aumento de las tasas de Enfermedades Infecciosas y Tropicales".

"Utilización de los Servicios Sanitarios por los inmigrantes".

A continuación abordamos cada uno de estos discursos:

1. " La inmigración produce un aumento de las tasas de Enfermedades Tropicales e Infecciosas ".

El primer grupo de enfermedades dominantes en los discursos de la bibliografía referida son las enfermedades tropicales, más concretamente las patologías cuya causa u origen se debe a un parásito. La enfermedad estrella en este sentido, ha sido la Neurocisticercosis, seguido más lejanamente de la malaria o paludismo, esquistosomiasis, etc.

El estilo literario que se da a los artículos que tratan estas enfermedades, enfatizan en el aspecto de que son enfermedades importadas, ajenas a nuestras enfermedades, esto se puede apreciar observando simplemente los títulos de algunas de las publicaciones, que mostramos a continuación:

"*¿Neurocisticercosis: una enfermedad importada?*".

Medicina clínica. 2001 Feb 24; 116(7): 261-3.

"*Enfermedades tropicales importadas: experiencia de una unidad especializada en un hospital general.*"

Revista clínica española. 2000 Oct; 200(10): 533-7.

"*Neurocisticercosis en España. A propósito de 4 casos vistos en pacientes inmigrantes de países endémicos*".

Anales de medicina interna.1999 Feb; 16(2): 89-91.

"*Consideraciones epidemiológicas en enfermedades infecciosas inesperadas. Problemas de migraciones*"

Anales de la Real Academia Nacional de Medicina.1997; 114(1): 81-99; discusión 99-101.

"*Malaria importada por los inmigrantes en Cataluña*".

Medicina clínica. 1995. 21; 104(2): 45-8.

"*Paracoccidioidomicosis importado. A propósito de 2 casos*"

Medicina clínica. 1995. Dic 2; 105(19): 756.

En el segundo grupo las enfermedades infecciosas las más nombradas son, principalmente la TBC y con muchas menos alusiones el VIH. En estos artículos muestran en sus conclusiones, una clara relación estadística de como la inmigración a aumentado las tasas de enfermedades infecciosas.

A continuación se muestran unos párrafos que pone de manifiesto esta relación de aumento de las tasas de TBC y aumento de la inmigración.

"Prevalencia de la infección tuberculosa en los inmigrantes magrebíes"

Medicina clínica. 2000 Feb 26; 114(7): 245-9

ANTECEDENTES: Los inmigrantes magrebíes son un grupo de riesgo elevado para la tuberculosis. Las características especiales de este grupo (....., dificultades de la comunicación, estado de ilegal) pueden tener una influencia negativa en tuberculosis....

MATERIAL Y MÉTODOS: Un estudio descriptivo.... Los inmigrantes magrebíes mayores de 14 años atendidos en el Centro de Salud Collado-Villalba, Madrid, España (n = 520)..

CONCLUSIONES: "El predominio de la infección de la tuberculosis de inmigrantes magrebíes residentes en España es muy alto. Las condiciones vivas particulares de este grupo pueden tener una influencia negativa ".

"Tuberculosis en inmigrantes recientes en Barcelona"..

Medicina clínica. 1996 Apr 13; 106(14): 525-8.

MATERIAL Y MÉTODOS. "los porcentajes más altos de positividad fueron en pacientes de Subsaharian África (el 52%) seguida por el este europeo y asiáticos (el 44%), suramericanos y centroamericanos (el 38%) y medio-este y África noroeste (el 34%)".

CONCLUSIONES: "la prevalencia de la infección tuberculosa y de la enfermedad tuberculosa es alto en inmigrantes de Barcelona, España".

Respecto a los artículos que versan sobre el VIH y la inmigración, hay que señalar que son muy escasos, y que siempre destacan que no hay una clara relación estadística entre la llegada de inmigración y un aumento en la prevalencia del VIH en España, es más se afirma que no es común la administración de drogas por vía parenteral entre la población inmigrante y este aspecto puede haber influido en el estudio.

"Enfermedades infecciosas y características sociodemográficas del los inmigrantes extranjeros en la penitenciaría central para los hombres en Barcelona".

Revista española de salud pública. 1998 May-Jun; 72(3): 197-208.

CONCLUSIONES: Los presos nativos tenían VIH en un mayor grado o carga de VIH que los inmigrantes, el uso de drogas inyectadas, es más común entre los naturales o nativos ,

"Características diferenciales del SIDA en inmigrantes extranjeros ".

Gaceta sanitaria. 2000 May-Jun; 14(3): 189-94

CONCLUSIONES: El porcentaje de inmigrantes con SIDA en Barcelona es bajo. Los inmigrantes son con frecuencia hombres, que menudo viven en el centro o interior urbano y se inyectan con menos frecuencia que los usuarios de droga nacionales o autóctonos.

A continuación presentamos más detalladamente el segundo discurso:

2. "Utilización de los servicios de sanitarios"

Por una parte la bibliografía hace referencia a la preocupación de los problemas pediátricos que los hijos de los inmigrantes pudieran tener en España. En concreto se afirma que España es el país con más posibilidades de inmigración de África, de Latino-América y de Filipinas, así pues es absolutamente necesario que los pediatras españoles sepan de las enfermedades pediátricas de estos grupos y formas para su integración. Esta preocupación sobre los conocimientos médicos que se deben tener, también se hace extensible a las enfermedades tropicales.

También queda reflejado en la bibliografía, que existe preocupación respecto a la situación de ilegalidad que conduce a pésimas condiciones sanitarias y de las barreras lingüísticas, que empeoran la situación. Ya desde el año 1994 y 1995 encontramos un artículo para cada año respectivamente, que se preocupa de esta cuestión y propone alternativas para paliarlo, como la puesta en marcha de programas interdisciplinarios socio-sanitarios que ayuden a superar las barreras culturales e idiomáticas. Ha pesar de que la primera advertencia de estas barreras se hizo en el 1994 y seguidamente en el año 1995, hasta el año 1999 no se encuentra ningún registro que retome esta preocupación. Después del año 1999 no se recuperan más registros que aborden esta cuestión.

Respecto a lo que propiamente se trata de la utilización de los servicios sanitarios, debemos destacar que el INSALUD es el abastecedor principal de los servicios médicos a los inmigrantes, y especialmente los servicios de urgencias.

Los principales motivos de consulta que hemos encontrado según la bibliografía en los pacientes inmigrantes, en general fueron los siguientes:

- 1ª. Dolores musculares.
- 2ª Dolencias respiratorias localizadas en el tracto superior.
- 3ª Accidentes.

También existen referencias, aunque son raquílicas, que señalan los problemas en la salud mental que pueden tener los inmigrantes.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Es evidente que el total de la bibliografía existente en España es escasa, teniendo en cuenta que las consultas han sido realizadas por un lado en la base principal de Ciencias de la Salud a nivel Internacional que es Medline y por otra parte en la única base de datos médica española que es el Índice Médico Español. Nosotros creemos que existe más documentación al respecto, pero que no ha podido ser recuperada por tratarse de publicaciones a nivel interno de distintas Instituciones sanitarias y sociales públicas u ONGs que trabajen con inmigrantes. Aún así, esta cifra de artículos es muy superior a los encontrados en revistas de

enfermería, lo que nos puede dar una idea del grado de implicación de los diferentes colectivos profesionales (Garvi M. 2003).

Respecto a las localizaciones más frecuentes donde se han realizados los estudios de inmigración y salud, no nos sorprende que hayan sido Cataluña y la Comunidad de Madrid, seguido de la Comunidad Canaria, puesto que estas localizaciones son donde se producen más asentamientos de la población inmigrante por ese motivo, nos parece normal que si realmente son las comunidades con más población inmigrante dentro de España, realicen más estudios sobre inmigración que el resto de las comunidades autónomas. Pero el que exista más población no significa en estas comunidades, no nos debe parecer que se esté produciendo “una” invasión en ambas comunidades, puesto que España es el país con menor número de inmigrantes en comparación con otros países europeos, en concreto el porcentaje que representa España es del 1,6% frente a nuestros vecinos franceses que representan el 8,2% o Bélgica que está a la cabeza con el 10% de inmigrantes en relación a la población global (Calvo T. 2000).

Cabe destacar a este punto, que los inmigrantes europeos según el boletín estadístico de octubre de 1999 del INSERSO son 329.956, es decir el 45,8% del total de los inmigrantes, y sin embargo en la literatura médica española no hay constancia de ellos, frente a los latino-americanos y los africanos que disputan el título o la autoría de aumentar las tasas de enfermedades tropicales e infecciosas. Esta reflexión nos podría llevar a abrir otra nueva línea de investigación, y es ¿a qué llamamos inmigrantes los profesionales de la salud?, ¿qué características tienen estos pacientes para que sean considerados inmigrantes?, deben ser de color diferente, deben tener antecedentes de drogadicción, deben vivir en condiciones de precariedad y hacinamiento, etc.. para considerarlos inmigrantes ó ¿pueden tener una posición socioeconómica alta para que aún así los consideraríamos inmigrantes?, es decir, ¿existen inmigrantes de primera y de segunda categoría? ó todos los inmigrantes son iguales. Debemos reflexionar si tenemos verdaderamente el mismo concepto de un paciente centro-europeo con una posición acomodada que viene a España por motivos laborales o de



vacaciones y durante su estancia permanece ingresado o en urgencias, que de un paciente que llega al hospital con hipotermia porque acaba de llegar en una patera. Aunque las respuestas a todas estas preguntas requiere un estudio mucho más profundo para poder contestarlas, creo que podíamos anticipadamente responder, que no tenemos la misma conceptualización del término inmigrante dependiendo de factores económicos, aspecto general, procedencia, etc, pero evidentemente, esto no conlleva a suponer que el personal de enfermería cuide de manera diferente a las diferentes clasificaciones o tipologías de inmigrantes que haya elaborado.

Por otra parte, también hay que tener en cuenta que en los estudios en los que el resultado es un aumento de las tasas de las enfermedades tropicales, incluyen no sólo pacientes inmigrantes sino también pacientes nativos que han realizado viajes a zonas endémicas y cooperantes. Por lo tanto habría que valorar a la hora de prevenir este tipo de enfermedades no sólo a la población inmigrante que proviene de esas zonas sino también a los viajeros nativos que viajan a esas zonas, por lo que el problema no está en el agente transmisor si es español, latino-americano o magrebí sino en sus prácticas higiénico-sanitarias, principalmente el lavado de manos después de defecar y antes de las comidas y beber agua embotellada, porque a las enfermedades que estamos refiriéndonos son debi-

das principalmente a parásitos intestinales que se albergan en el hombre, se eliminan por las heces y pasan nuevamente al hombre por contacto fecal-oral. Esto no significa que se deba restar importancia a las enfermedades infecciosas “importadas” por los pacientes inmigrantes, sino que se requiere un estudio profundo de las características demográficas de estos pacientes, para poder estudiar posibles soluciones. A este respecto, cabe destacar que son escasos o con muestras pequeñas los estudios que pongan de manifiesto las características sociodemográficas, uno de estos estudios con una muestra más o menos representativa es el estudio realizado por Sanz, B, Torres, A.M y Schumacher (2000), en la CAM a 300 inmigrantes elegidos aleatoriamente, durante el año 2000. Podemos destacar algunas de esas características que son relevantes en materia de salud:

- La edad media fue de 32,6 años (CI del 95%, 31,6-33,7). Con 6,6 años que vivían en España.
- El 30,9% (CI 24,3-35,9) vivían en situación de irregularidad administrativa y de cobertura de salud.
- Una de cada cinco personas no tenía ni agua corriente ni recogida de desperdicios.

Para establecer un programa de salud es imprescindible establecer el diagnóstico de salud de la comunidad, y para ello debemos conocer a la población, sus características demográficas, conocer las condiciones de vida y los problemas asociados a estas condiciones; infraviviencia, no tener trabajo, falta de escolarización, etc... Identificar sus necesidades y problemas de salud, saber como afrontan la enfermedad, estudiar los accesos y uso de los servicios de salud, etc de toda la población que constituye esa comunidades, es decir, tanto de la población inmigrante como no inmigrante. En este sentido un ejemplo son las diferencias que existen en los calendarios de vacunación entre la población autóctona y la población inmigrante, los resultados más relevantes los aportan estos de dos estudios que recogemos a continuación:

El primero realizado en Madrid a 76 inmigrantes de mayoritariamente de origen Latinoamericana-no (el 70%), en dicho estudio se concluía que la presencia de hepatitis B era baja en esta población (Lacalle M.

2000) . Sin embargo, el segundo estudio con 1226 inmigrantes se centra en la situación inmunológica de la hepatitis B en inmigrantes y las estrategias de vacunación. Sus resultados muestran que los inmigrantes procedentes de África Sub-Shariana presentaban un 29,1% de adecuada vacunación de la hepatitis B, frente a los inmigrante que procedían de América que presentaban una tasa de vacunación del virus de la hepatitis B mucho más superior (el 91,5%), estas tasas deben tomarse con precaución porque variaban con la edad de los inmigrantes. Concluye el estudio, diciendo que la edad y el lugar de nacimiento explican la conveniente inmunización de la hepatitis B (Romea S. 1997) , y por lo tanto al elaborar el programa de salud de la comunidad y en especial la campaña de vacunación se deben tener en cuenta estas diferencias.

Otra imagen o estereotipo que existe sobre la salud de los inmigrantes, es que estos llegan o tiene un estado nutricional deficiente. A este respecto podemos afirmar que a través de la bibliografía investigada, sólo existe un estudio exhaustivo, que realice una evaluación de la nutrición en los inmigrantes, y en este caso de los inmigrantes de origen magrebí. Este estudio concluye que un bajo porcentaje de pacientes muestra una suave desnutrición aguda, relacionada probablemente la privación del alimento y los hábitos dietéticos pobres experimentados durante el proceso de la inmigración. La desnutrición crónica no fue observada en este estudio, en el momento inmediato de la llegada a otro país, esto no significa que los inmigrantes posteriormente puedan llegar a tener un estado nutricional deficiente.

Respecto a los motivos de consulta o la utilización de los servicios sanitarios hay que señalar que algunos estudios excluyen en su investigación las causas obstétricas, que suponemos pueden ser el mayor motivo de hospitalización y consultas pediátricas en Atención Primaria.

Gracias a la lectura de los artículos, debemos romper algunos estereotipos respecto al estado de salud de la población inmigrante. La mayoría de los inmigrantes que llegan a nuestro país son personas jóvenes y sanas que muchas veces enferman aquí por la situación de pobreza y exclusión en la que se encuentran. Son por lo tanto las situaciones de marginación, soledad, hacinamiento y pobreza

con las que se enfrentan durante el proceso migratorio las que contribuyen a que presenten determinadas enfermedades y especialmente las de causa infecciosa (3).

Aunque en la bibliografía se escribe sobre la necesidad de programas interdisciplinarios socio-sanitarios que ayuden a superar las barreras culturales e idiomáticas, no se deja reflejado cómo deberían ser estos programas, si existen experiencias en otros países, etc . Personalmente pensamos que sería necesario crear un " mediador sanitario -cultural ", cuya principal función sería orientar al personal sanitario en las relaciones interculturales. El mediador sería una persona del grupo de inmigrantes que conoce bien la cultura y la lengua. Este hace de interlocutor, facilita la comunicación y ayuda al personal médico a establecer el diagnóstico médico, y al personal de enfermería a establecer sus diagnósticos de enfermería y cuidados, además ayuda al enfermo a entender el tratamiento o pruebas complementarias necesarias.

También observamos, la necesidad de la puesta en marcha de programas de formación destinados al personal sanitario, especialmente al personal de enfermería por ser el colectivo que más tiempo pasa junto al paciente, en temas de salud de diversidad cultural, que le ayuden a superar las barreras culturales.

Respecto al estado de salud de los inmigrantes, las enfermedades mentales, básicamente son la depresión y la ansiedad, que se producen por la situación de desarraigo, choque cultural, ruptura familiar en algunos casos, falsas expectativas, etc.. Pensamos que estos trastornos mentales se podrían prevenir, advirtiendo desde las instituciones el precio personal que tiene que pagar el inmigrante. La inmigración supone un cambio importante en la vida de las personas. De hecho se la considera un trasplante cultural, sobre todo si las diferencias culturales son grandes, y también un segundo nacimiento, una segunda oportunidad (Roca N. 2001). Es evidente que donde primero se sufre la inmigración es en el propio cuerpo: estrés, soledad, disminución de la autoestima, angustia, falta de soporte afectivo, sentimientos de culpabilidad, precariedad, etc. La migración, por sí sola, debe ser considerada como un factor de riesgo para la salud psíquica y espiritual (Roca N. 2001).

Finalmente, como última reflexión; debido a que el proceso migratorio es un proceso cambiante y por lo tanto los discursos que se emiten en las revistas de ciencias de la salud también cambian, los autores de este trabajo, nos hemos planteado una nueva pregunta de investigación, ¿sigue prevaleciendo este discurso o ha cambiado radicalmente en estos últimos cuatro años?. Seguramente no, pero todavía no podemos negarlo con rotundidad ya que el equipo investigador no ha finalizado esta segunda línea de investigación.

BIBLIOGRAFÍA

- Calvo T. (2000) Inmigración y racismo. Así se sienten los jóvenes del siglo XX. Cauce editorial. Madrid, pag 124-127.
- Carta Magna o Carta Constitucional (1946). Organización Mundial de la Salud (OMS). Disponible el original en inglés en http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf (última consulta 03-03-2004).
- Garvi M., García S., Villa J.M. (2003) La población inmigrantes desde la perspectiva asistencial. *Enfermería Clínica* Núm. 256-257. Julio-agosto. pag: 26-30.
- Lacalle-Rodríguez, M., Gil G., Sagardui J.K., González E., Martínez R., Orden B. (2000) Resultados de la aplicación de un examen de salud en población inmigrante. *Atención Primaria*. May 31; 25(9): 634-8.
- Romea S., Duran E., Cabezos J., Bada J.L. (1997) Situación inmunológica de la hepatitis B en inmigrantes. *Estrategias de acción. Medicina Clínica (Barcelona)*. Nov 15; 109(17): 656-60.
- Roca i Caparà, N. (2001) Inmigración y salud (I). Situación en España. *Rol de Enfermería*; 24(10):682-686.
- Roca i Caparà, N. (2001) Inmigración y salud (II). La salud de las personas inmigradas. *Rol de Enfermería*; 24(11):792-798.
- Sanz, B; Torres, A-M; Schumacher, R. (2000) Características sociodemográfica y utilización de servicios sanitarios por la población inmigrante residente en un área de la Comunidad de Madrid. *Atención Primaria*. Sep 30; 26(5): 314-8.
- WHO, *Primary Health Care: Alma-Ata 1978* (Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1979), 79 artículo X.



ASÍ NOS MUESTRAN, ¿ASÍ SOMOS?

Fernández García, Cristina

DUE. Diplomado en Enfermería

Pérez López, M^a Lorena

DUE. Diplomado en Enfermería



HOW WE ARE PORTRAYED, IS THAT WHAT WE ARE?

SUMMARY

Descriptive study using literature and digital material as sources, its aim is to analyse the perception society has of nursing and the role nurses play in daily life.

The scarce impact of our profession as authors of dissemination articles in the field of Health Education is a fact. So is the romantic or frivolous view of Nursing that current literature and mass media offer, as a reflection of common public opinion.

Key words: Nursing, Care, Health, Nutrition, Woman.

RESUMEN

Estudio descriptivo que utiliza como fuente de datos material bibliográfico y digital.

Tiene por objeto analizar la visión que de la enfermería tiene la sociedad y el papel desarrollado por la profesión enfermera en el ámbito cotidiano.

Se constata el escaso impacto de nuestra profesión como autora de artículos de difusión popular

en el ámbito de la Educación para la Salud, así como la visión romántica o frívola que la literatura contemporánea y los medios de comunicación ofrecen de la enfermería, como reflejo de una opinión pública muy extendida.

Palabras-clave: Enfermería, Cuidados, Salud, Nutrición, Mujer.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la enfermería está llegando al final de un largo camino para alcanzar su pleno desarrollo como profesión autónoma, miembro más del equipo multidisciplinar en el que desarrolla su labor, en respuesta a una demanda de los profesionales y a una necesidad de la sociedad.

Ahora bien, ¿es la sociedad consciente de dicha necesidad? Porque ese grado de consciencia va a determinar su aceptación del nuevo rol y una justa valoración del mismo.

En nuestro medio es frecuente oír quejas sobre nuestro papel en la sombra y el tratamiento que del mismo hacen los medios de comunicación. No los podemos dejar de lado, puesto que entre ellos y la sociedad se establece una relación de influencia mutua: Los medios muestran el opinar de la sociedad y, al mismo tiempo, son los mayores modificadores de opiniones.

Ésta es la razón del presente trabajo. Ver qué papel se otorga a la enfermería desde la literatura, Internet y la prensa escrita.

METODOLOGÍA

El presente trabajo es un estudio descriptivo ya que las fuentes utilizadas para la realización del mismo han sido bibliográficas y digitales (libros, revistas, Internet y televisión)

Ésta búsqueda tiene por objeto analizar, desde una perspectiva general, la visión que de la profesión enfermera tiene la sociedad y el papel que la

enfermería desarrolla en el ámbito cotidiano.

Con este propósito, se han seleccionado dos libros de literatura contemporánea: “El Clan del Oso Cavernario” y “El paciente inglés”; se han consultado diferentes páginas web: www.hot-mail.com, www.terra.es, www.lycos.com, www.saludalia.com, se han revisado distintas revistas de tirada nacional y gran difusión popular entre las que destacan “Mujer de hoy”, “Hola”, “Pronto”, y se han analizado programas y series televisivas como “El show de Benny Hill”, “Cruz y Raya” o “Médico de familia”.

RESULTADOS

* LITERATURA

Queríamos conocer cómo ven a las enfermeras los autores actuales, aún cuando sus novelas estén ambientadas en otra época. Se leyeron 2 novelas: “El Clan del Oso Cavernario” y el conocidísimo “El paciente inglés”. La primera, ambientada en una época lejana y completamente distinta a la nuestra, no distinguen la medicina de la enfermería.

El Clan del Oso Cavernario. La trama del libro se desarrolla en la Prehistoria. Partiendo de este hecho, se entiende que sobre una misma persona recayeran las tareas de médico, matrona, enfermera, farmacéutica e intermediaria de los espíritus: la curandera. Ésta pertenecía a una saga de curanderas, los conocimientos pasaban de madres a hijos impresos en los genes y sólo era preciso un pequeño recuerdo para que todo el conocimiento acumulado por sus antecesoras pasara a la nueva generación. En el libro se describen numerosos remedios naturales contra diferentes males y tratan a la enfermedad como una “manifestación misteriosa de la guerra entre los espíritus”.

En lo referente a su labor enfermera, la curandera se encarga del cuidado de la embarazada, la asiste en el parto y puerperio y le facilita la ayuda en su ciclo como mujer. Asegura la alimentación de bebés y enfermos, facilitándoles la preparación de alimentos más adecuada para cada situación. Alivia dolores, propicia descanso y acompaña siempre al paciente en sus sufrimientos.

El paciente inglés. Esta novela sí muestra en exclusiva nuestra profesión. Ya desde la primera página encontramos a Hana, la enfermera protago-

nista, realizando labores propias de enfermería:

- Cura de las heridas por quemadura del protagonista.
- Alimentación de enfermos.
- Administración de medicamentos (analgesia)
- Procura y mantiene un entorno adecuado.

Según avanza la narración, se nos da a conocer la experiencia de Hana como enfermera de guerra a través de sus recuerdos y sentimientos. Y aquí es donde encontramos lo interesante.

“La enfermera y el paciente se habían negado a marcharse... La enfermera decía que aquel hombre estaba demasiado enfermo para trasladarlo” (Pág 32)

Nuestro código deontológico recoge la obligación de procurar lo mejor para nuestro paciente. Asistimos aquí al uso de cierta autonomía en defensa del paciente y lo que ella considera más adecuado para él, quedarse en la villa abandonada y usada como hospital de guerra.

“Ni su carácter ni su pasado le habían preparado para ser enfermera” (Pág. 53)

Lo recoge la propia OMS, la necesidad de una formación y adquisición de conocimientos y habilidades necesarios para desarrollar nuestra labor. Ahora bien, para nuestro trabajo también hace falta un talante y una personalidad adecuadas, puesto que, posiblemente, sea la nuestra la más humana de todas las profesiones científicas, además de ser testigos de muchas situaciones relacionadas con la enfermedad y la muerte que no son precisamente agradables.

“Ahora conozco la muerte... Sé como hacerles olvidar la agonía, cuando ponerles una rápida inyección de morfina... Todo puñetero general debería haber pasado por mi trabajo. Todo puñetero general. Debería haber sido el requisito previo para dar la orden de cruzar el río. ¿Quién demonios éramos nosotras para que se nos encomendara aquella responsabilidad? ¿Para que se esperase que tuviéramos el saber de sacerdotes ancianos para guiarlos hacia algo que ninguno deseaba y en cierto modo consolarlos?” (Pág. 85)

“Los cuidados eran breves. El contrato sólo era válido hasta la muerte”. (Pág. 53)

Si bien nuestro trabajo se orienta a la prevención y la recuperación de la salud, no siempre el desenlace es el deseado, teniendo que llevar a cabo una serie de cuidados que ayuden “al buen morir”. Y no sólo en el plano físico, sino también en el espiritual. ¡Cuanta tranquilidad puede dar una caricia o el coger de la mano a alguien!

A pesar de ciertos errores (llega a confundir el concepto de vena y arteria) y del tono romántico y poético de la novela, se puede apreciar que el autor se informó con precisión sobre el trabajo de una enfermera.

* INTERNET

No podíamos dejar de lado el gran intercambiador de información de nuestra época, Internet.

Procedimos a buscar páginas relacionadas con el presente tema, encontrándonos con dos situaciones: páginas de salud (www.saludalia.com) y páginas de enfermería (desde el buscador de Lycos)

- Saludalia.com.- Página dedicada a la salud, con presentación atractiva y contenidos asequibles al público en general.

Analizados los contenidos de la página que pueden tener relación con la profesión enfermera y las actuaciones propias de la misma, principalmente la educación para la salud en diversos ámbitos, se ha observado que gran parte de los artículos y monografías no son firmados por nadie en particular (la redacción a lo sumo), y otra parte es firmada por diversos especialistas médicos. Ejemplos de ello son los artículos “Altibajos de los carbohidratos: ¿cómo afectan los alimentos a los niveles de azúcar en sangre?”; “El estreñimiento: un problema frecuente”; “Ejercicio físico y Diabetes Mellitus”.

- El buscador Lycos nos derivó a un buen número de páginas de enfermería para enfermería, ninguna de ellas iba destinada al público en general.

* TELEVISIÓN

Se quiso tratar este medio de comunicación, pero la falta de tiempo impidió poder desarrollarlo. Solamente señalar que nuestro colectivo es un recurso fácil para rellenar escenas y tramas. Basta

recordar a “Gertru”, única enfermera del Centro de Salud donde trabajaba Nacho, protagonista de Médico de Familia, que tantas cartas airadas provocó por su atuendo. Curiosamente, y según avanzaba la serie, apenas se oyeron quejas por el escaso trabajo que desarrollaba, ocupada en tomar café y siendo la “consejera” de Emilio Aragón.

Cambiando de escenario, no olvidemos las eróticas enfermeras con que diversos humoristas regalan la vista a sus espectadores.

* REVISTAS

La mayoría de las revistas ofrecen páginas de salud. Estas páginas suelen estar firmadas por médicos, pero en ocasiones la firma de la sección no dice nada acerca de la titulación del autor. También nos encontramos con que el autor excede sus competencias, como es el caso de la revista “Mujer de hoy”, donde una farmacéutica aclara qué información aporta una analítica de sangre, o cómo preparar correctamente un biberón (Anexo 1).

CONCLUSIONES

De la elaboración del presente estudio se desprende que el impacto de la profesión enfermera en nuestra sociedad es insignificante. Muestra de ello es la ausencia de artículos de difusión popular avalados por enfermeras, - tanto en la prensa escrita como en la digital -, campo en el que sí ocupan posiciones destacadas otros profesionales sanitarios (médicos, farmacéuticos...)

Sí hay artículos firmados por enfermeras en las páginas especializadas de nuestra profesión. Se trata de monográficos de “autoformación” y “autoreciclaje” hechos por y para enfermeras, que no llegan al público en general y alcanzan una menor difusión.

Sobre la visión que la sociedad tiene de la enfermería, vista a través de su literatura contemporánea, se concluye que el rol de cuidadora sigue siendo vinculado a la mujer, pero desde una perspectiva tradicional y romántica de la profesión.

Punto a destacar es la visión que la televisión, como medio de masas, ofrece de nuestra profesión. Tanto en anuncios como en series televisivas (“Cruz y Raya”, “El show de Benny Hill”, “Médico de familia”...), se da una imagen de la

profesión que más responde al mito erótico, – basándonos principalmente en el atuendo -, secretaria del médico, - atendiendo aquí a las funciones que se le atribuyen -, que a la simple realidad.

Añadimos, a título personal, que valoramos en su justa medida la importante labor llevada a cabo por las páginas de enfermería para el desarrollo de la profesión. Nos preocupa, no obstante, que la sociedad no sea consciente del reconocimiento y el lugar que, como colectivo, estamos reclamando.

No pretendemos con nuestro estudio criticar la labor educativa llevada a cabo por otros profesionales sanitarios. No es a ellos a quienes queremos tachar de intrusistas. Es a nosotras, como enfermeras, a quienes lanzamos una llamada a la reflexión sobre nuestro papel en la sociedad y la medida en que somos responsables de ello, permitiendo como colectivo que se frivolicé sobre nuestra profesión y que otros desempeñen labores educativas que son nuestras.

BIBLIOGRAFÍA

- Aurel J. M. (1998) El clan del Oso Cavernario Maeva-Lasser; Madrid.
- Ondaatje M. (1995) El paciente inglés. Plaza & Janés; Barcelona.
- Rubio C. ¿Cómo preparo correctamente el biberón? Mujer hoy, del 10 al 16 de julio de 2004; Tu farmacia
- www.hotmail.com
- www.terra.es
- www.lycos.com
- www.saludalia.com



POR CINTIA RUBIO, FARMACÉUTICA

¿Cómo preparo correctamente el biberón?

Tengo un niño de dos meses y medio, y he empezado a alimentarle con biberón. Me han dicho que vigile la proporción entre leche y agua, porque un exceso de una de las cosas, o de ambas, puede ser peligroso para el bebé. ¿Es verdad? También me interesaría saber cómo tengo que preparar el biberón y cómo debo dárselo al niño de forma correcta.

Aurora S., Ponferrada.



esterilizado) la cantidad de agua recordada por el pediatra. 4. Añade la leche, también en la cantidad que te haya indicado, midiéndola con los cubitos que vienen en el envase, nunca con los de otro producto; asegúrate de que sea una medida rasa, sin comprimir y sin copete. 5. Cierra el biberón y agítalo bien. 6. Comprueba la temperatura vertiendo unas gotas en la parte interior de la muñeca. La leche debe estar templada; ni fría, ni caliente.

En efecto, debes poner en el biberón las cantidades indicadas por el pediatra; ni más ni menos. Si tienes dudas, pregunta a tu farmacéutico, que estará encantado de ayudarte al respecto. Un exceso de agua puede bajar la mezcla. Si ese exceso se repite a lo largo de las tomas, el niño podría sufrir, en casos extremos, una "intoxicación hídrica", que provocaría convulsiones o, incluso, requeriría hospitalización. Por su parte, un exceso de leche en el preparado causaría diarreas y vómitos, y generaría inflamación intestinal.

► **PREPARA LA MEZCLA.** Para hacer el biberón, puedes proceder de este modo:
 1. Lávate bien las manos. 2. Ten preparada agua hervida (no debe haber estado en ebullición más de 10 minutos). Para no tener que esperar a que se enfríe, lo mejor es que la conserves en un termo y fengas otra, también hervida, pero fría, en otro recipiente; así se pueden mezclar las dos para conseguir la temperatura adecuada. 3. Vierte en el biberón (ya limpio y

► **UN RATO DE INTIMIDAD.** Procura estar relajada y que el bebé esté cómodo; para ello, elige un asiento y una postura confortables, en una habitación silenciosa y tranquila. A. Coloca al bebé en posición de semitumbado, procurando que su cabeza se apoye en tu codo y su espalda en tu antebrazo. B. No presiones la tetina contra su boca; deja que él se acerque a ella (puedes rozarla contra sus labios). C. Inclina el biberón lo bastante para que el flujo de leche sea constante y no genere aire. D. Habla o canta suavemente al niño mientras le alimentas; no hay sonido que agrade más a un bebé que la voz cariñosa de su madre.



POR CINTIA RUBIO, FARMACÉUTICA

¿Cómo puedo saber si soy anoréxica?

Mi hija come muy poco y está adelgazando a ojos vistas. El otro día compré laxantes. ¿Podría tener anorexia? ¿Qué síntomas debo vigilar?

Piedad L., Madrid.



plato con los cubiertos para que parezca que sí ha comido y esconde la comida para tirarla después.

Aunque la compra de laxantes y la pérdida de peso pueden hacer pensar en una anorexia nerviosa, no son, por sí solas, pruebas concluyentes de que tu hija padezca ese trastorno.

► **¿QUÉ LE OCURRE?** Esta relación más completa de signos y síntomas puede ayudarte a valorar mejor la situación:
 - Su peso es, al menos, un 15% menor de lo que debería para su edad y altura, y siente pánico ante la idea de engordar. De hecho, tiene una imagen corporal distorsionada y se ve gruesa a pesar de su delgadez.
 - Lleva tres meses o más sin tener la menstruación o ésta no se inicia cuando debería.
 - Se valora en función de su imagen y peso (cuanto menos, mejor).
 - Realiza ejercicio, pero de una forma compulsiva.
 - Utiliza diuréticos y laxantes e incluso vomita, con el objetivo de perder peso.
 - Como consecuencia de la desnutrición puede padecer síntomas como: constante

sensación de frío, los pies y las manos hinchadas, caída del cabello y uñas frágiles y quebradizas.
 - Desarrolla estrategias en torno a la comida: tiene tendencia a recopilar recetas y a preparar platos muy elaborados, para otras personas, que ella no toma. Pasa mucho tiempo colocando la comida en el

► **¿CÓMO ES?** Según los especialistas, la anorexia nerviosa suele darse más en personas con estos rasgos de personalidad: por lo general, son chicas perfeccionistas, rígidas, con pocos matices emocionales, que necesitan orden y pautas, que buscan la aprobación de personas de autoridad y que, en sociedad, se vuelven irritable si alguien les lleva la contraria.

► **BUSCA UN ESPECIALISTA.** Estos son rasgos y síntomas generales entre las personas que sufren este problema. De todos modos, si observas en tu hija varios de los citados, debes consultar a un médico con experiencia en el tratamiento de los trastornos de la alimentación.

Algunos grandes hospitales tienen departamentos específicos para abordar estos trastornos de la alimentación. Un excelente ejemplo es el del Hospital del Niño Jesús de Madrid. Su página en internet es: <http://www.hospitalninosjesus.com>.

✉ ¿TIENES DUDAS? REMITE tus cartas a Tu Farmacia Mujer hoy, C/ José Abascal 56, 1. 28003 Madrid o a la dirección de correo electrónico: mujerhoy@quintanillamedicos.es

CUIDA TU PIEL

¿CÓMO HAY QUE CURAR LAS AMPOLLAS?

→ Una ampolla es una lesión de la piel que, generalmente, se llena de agua. Se produce cuando las manos o los pies frotan contra algo constantemente (como, por ejemplo, cuando se usa una herramienta durante mucho tiempo o se estrenan botas o zapatos nuevos).

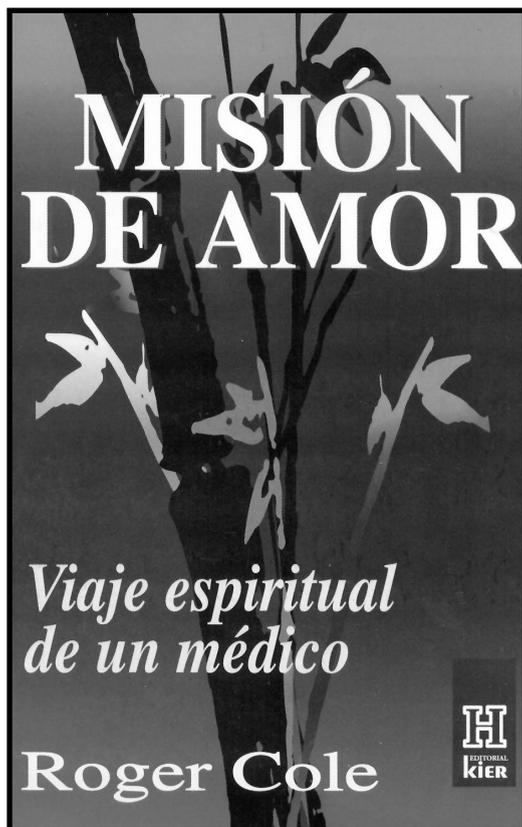
→ Si la ampolla no se ha roto, déjala estar. En cambio, si una vez rota no eliminas la piel de la

ampolla, ésta puede crear un entorno ideal para que proliferen los gérmenes bajo ella y para que la quemadura se infecte.

→ Por eso, cuando esté rota, elimina la piel suelta con mucho cuidado y con ayuda de unas tijeritas, y luego trata la quemadura con una crema apropiada y cúbreala como te indique el médico o el farmacéutico.

MISCELÁNEA

BIBLIOTECA COMENTADA



MISIÓN DE AMOR.

Viaje espiritual de un médico.

Autor: Roger Cole

Libro editado en Argentina (2003) por la Editorial Kier S.A.

Sinopsis de libro (Por M^a Mercedes Rizo Baeza)

La narración de este libro, recoge la experiencia vivida por Roger Cole, famoso médico australiano, que describe en varias historias verídicas impactantes, el proceso de transición de la vida, desde este planeta hacia un nuevo camino de luz.

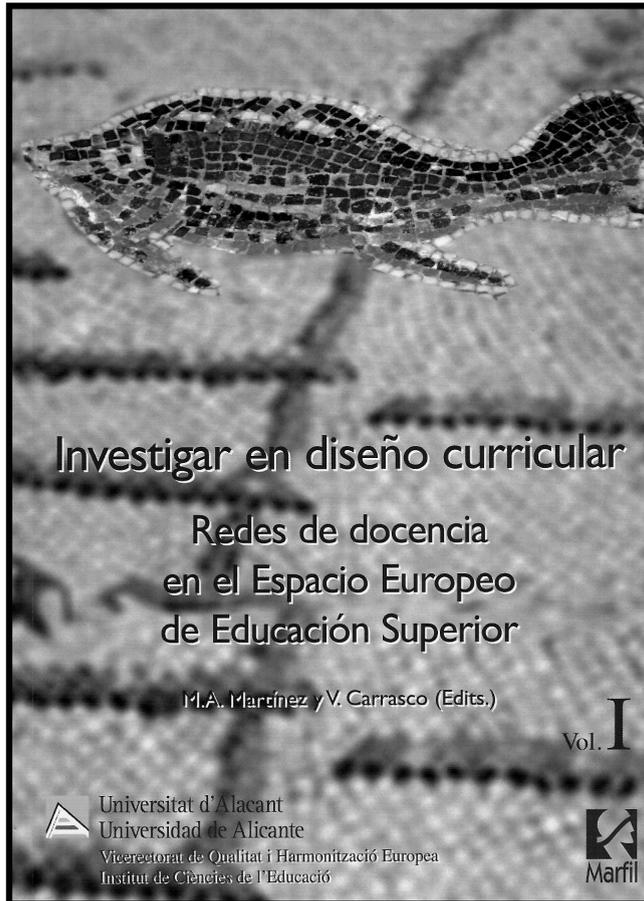
Los protagonistas son pacientes terminales que

tuvieron acceso a su ayuda, como terapeuta y que, gracias a este auxilio, abandonaron el plano terrenal, con dignidad y sin resistencias.

Es un libro que promueve esperanzas, fortifica espiritualmente y orienta el autodescubrimiento.

Más aun, un libro donde se muestra la relación y complementariedad entre la maravilla del vivir y la maravilla de lo que llamamos muerte.

En una de sus vivencias personales Roger Cole define su crisis en 1984 “mi vida cambió cuando me “solté” y descubrí la libertad que trae el amor. Estas experiencias empezaron con un Taller Transaccional, sobre la vida y la muerte durante cinco días dirigido por Kluber-Ros.



MARTÍNEZ, M.A. & CARRASCO (EDITS.) (2005) INVESTIGAR EN DISEÑO CURRICULAR. REDES DE DOCENCIA EN EL ESPACIO EUROPEO DE EDUCACIÓN SUPERIOR. INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE ALICANTE/ EDITORIAL MARFIL, ALCOY.

En este texto se pueden encontrar interesantes aportaciones cuyas temáticas, aunque variadas, convergen respecto a un mismo fin: la convergencia europea en educación superior. El volumen se vertebra en torno a cinco grandes cuaderns o apartados temáticos y metodológicos: 1) la investigación basada en el diseño y el diseño del crédito europeo, investigar en diseño curricular; 2) redes de docencia en el espacio europeo de educación superior; 3) aportaciones al dise-

ño curricular: guías docentes de las asignaturas; valoración del tiempo y esfuerzo que emplean los estudiantes para conseguir los objetivos de aprendizaje; 5) Diseño e implementación de metodologías adaptadas al Espacio Europeo de Enseñanza Superior. Aportaciones al diseño de la acción tutorial. Entre otras aportaciones, se puede destacar dentro del apartado tercero, por su temática enfermera, el capítulo titulado: Las redes de investigación en docencia universitaria en el proceso de convergencia de créditos europeos. Un ejemplo práctico: elaboración de una guía docente de “Fundamentos históricos y antropológicos de Enfermería”. Sin duda, esta obra representa una aportación con una visión multidisciplinar y global respecto a la inminencia de este nuevo reto sociológico y pedagógico que constituye la unificación europea en materia educativa.

REVISTA DE ENFERMERÍA Y HUMANIDADES

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos

Domicilio

Población Cód. Postal Provincia

Teléfono Actividad profesional

BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN

Deseo suscribirme por un año (dos números) al precio de 12 euros que abonaré mediante:

- Cheque bancario nominativo adjunto n.º _____
- Transferencia a BANCAJA, cuenta N.º 2077 0482 16 3100 518783
- Domiciliación bancaria

*Departamento de suscripción: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)
C/. Xàvia, 4 - 3º Pta. 10 - 46010 Valencia*

Cultura de los Cuidados

ORDEN DE PAGO POR DOMICILIACIÓN BANCARIA

Banco o Caja de Ahorros

Domicilio de la Sucursal

Población

Cód. Postal Provincia

Cuenta Corriente. Libreta de Ahorros N.º

Clave del Banco Clave y n.º de control de la sucursal N.º de Cuenta Corriente

Ruego a ustedes se sirvan tomar nota del recibo que deberé abonar anualmente en mi cuenta con esta cantidad cuyo recibo será presentado para su cobro por el Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA).

Nombre del titular de la cuenta o libreta

Fdo.:

