

TEORÍA Y MÉTODO

EL INTERACCIONISMO SIMBÓLICO Y LOS CUIDADOS DE ENFERMOS CRÓNICOS EN EL ÁMBITO COMUNITARIO

Teresa Ximena Ibarra Mendoza

*Profesor Asistente Escuela de Enfermería, Universidad Arturo Prat. Chile.
Especialista en Docencia de Educación Superior. Diplomada en Estudios Avanzados en el Área de Conocimientos de Enfermería. Doctora en Enfermería y Cultura de los Cuidados. Universidad de Alicante*



SYMBOLIC INTERACTIONISM AND CARE OF THE CHRONICALLY ILL IN THE COMMUNITY

SUMMARY

There exists, at the global level, a rising preoccupation about the unprecedented increase in chronic diseases. This, in great measure, stems from the fact that many patients are currently able to sustain their diseases for decades, causing a constant demand for permanent and specialised care. Thus, for the affected person and family, to be ill implies the mobilization of a series of resources, dedicated to the re-establishment of health, or at least, to minimize the most harmful consequences that the disease creates. Such alternatives will depend essentially from the opportunities that society offers to the individual in order to face the disease, and the meaning that the affected person gives to these.

Key words: Chronic illness; Symbolic Interactionism; Humanistic Nursing; Experience of living.

O INTERACIONISMO SIMBÓLICO E OS CUIDADOS DE ENFERMOS CRÓNICOS NO ÂMBITO COMUNITÁRIO

RESUMO

Há uma crescente preocupação, em nível mundial, com o aumento exagerado de enfermidades crônicas. Isto, em grande parte, deriva do fato de que numerosos doentes logram sobreviver com suas enfermidades durante décadas, e ao prolongar sua vida demandam atenção permanente e especializada. Por isto, adoecer supõe para a pessoa afetada e família a mobilização de uma série de recursos necessários para o restabelecimento da saúde, ou ao menos, para minimizar as conseqüências mais danosas que este processo origina. Tais alternativas dependerão, essencialmente, das oportunidades que a sociedade confere ao indivíduo para fazer frente à enfermidade, bem como do significado que o adoecimento confere aos indivíduos.

Palavras-chave: Doença Crônica, Interacionismo Simbólico, Enfermagem Humanística, Experiência de Viver.

RESUMEN

A nivel mundial existe una creciente preocupación por el desmedido aumento de las enfermedades crónicas. Ello, en gran parte, deriva del hecho que numerosos enfermos logran sobrellevar sus males durante décadas, y al prolongar su vida demandan atención permanente y especializada. Por ende, enfermar supone para la

persona afectada y familia la movilización de una serie de recursos abocados al restablecimiento de la salud, o al menos, a frenar las consecuencias más dañinas que éste origina. Tales alternativas dependerán esencialmente de las oportunidades que la sociedad confiere al individuo para hacer frente a la enfermedad así como del significado que éste les atribuya.

Palabras Clave: Padecimiento Crónico; Interaccionismo Simbólico; Enfermería Humanística; Experiencia de Vivir.

I. ENFERMEDAD CRÓNICA Y CONDICIONANTES SOCIALES

Un proceso crónico implica una situación de cambio en la que se ven envueltos todos los componentes de salud significativos para la persona. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el concepto de salud como: " El estado de completo bienestar físico, psicológico y social, y no sólo la ausencia de enfermedad". La incorporación del factor social en el concepto de bienestar, supone al profesional de salud, la necesidad de brindar una atención que incluya tanto las variables biológicas convencionales como los aspectos psicosociales que un individuo utiliza frente a un problema de salud.

Hablar de factores de psicosociales implica considerar alteraciones a nivel del ámbito personal, familiar y social presentes habitualmente cuando aparece un proceso crónico. Diferentes autores relacionan a éstos factores con un sentimiento de pérdida.

Por ejemplo, en el **área personal**, los problemas más relevantes son los relativos a la pérdida del estado de salud anterior. Se concretan en: el malestar físico y emocional; el cambio en el estilo de vida; la pérdida de la independencia; y las alteraciones en el autoconcepto y autoestima de la persona.

En el **área familiar**, los problemas más relevantes son los relativos a la pérdida del equilibrio familiar. Se sintetizan en: los cambios en la rutina familiar; el rol social de la persona enferma; y los problemas de aceptación de la nueva situación de salud por parte de todo el entorno (contexto).

En el **área social**, los problemas se relacionan con la pérdida de las relaciones y lazos afectivos.

Los más significativos son los cambios en el ámbito laboral, en la utilización del tiempo libre y en las interacciones sociales.

Tales problemas o necesidades de tipo psicosocial dependen evidentemente de factores como: El tipo de enfermedad e implicaciones que suponga para cada individuo o familia; la vivencia de la incapacidad; los recursos; creencias y valores personales y los sistemas de apoyo de los que dispone la persona y la familia. A modo de ejemplificar lo expuesto citaremos a Diderichsen (1999), quién reconoce dos niveles de mecanismos causales para la producción de enfermedad y muerte: sociales e individuales. En términos individuales, la posición social de un individuo determina una exposición diferencial a una serie de factores que contribuyen a aumentar o disminuir el riesgo en salud. Por ejemplo, la pobreza, los factores nutricionales en la infancia, las condiciones adversas en el trabajo, etc. Es decir, diferentes niveles de posición social implican diferentes probabilidades de exposición a factores de riesgo (mecanismo I). Por otro lado, las diferentes exposiciones pueden o no llevar a enfermedad dependiendo de la susceptibilidad del individuo, la que a su vez depende de sus condiciones diferenciales de posición social (mecanismo II).

Al respecto, diferentes estudios han mostrado que aquellos individuos de menor nivel socioeconómico tienen una susceptibilidad global mayor de enfermar y morir por distintas enfermedades a igual grado de exposición (Berkman y Syme 1976, Wilkinson). Esto explicaría en parte por qué en la mayoría de las enfermedades se encuentra una gradiente social, aun cuando los mecanismos de producción de enfermedad sean muy diferentes para cada una de ellas. Desde este punto de vista, se hace evidente que para alcanzar equidad en salud se deben implementar intervenciones que apunten a disminuir la exposición de aquellos individuos más vulnerables, que son aquellos de nivel socioeconómico más bajo.

Por último, se podría decir que las consecuencias sociales de la enfermedad también son distintas de acuerdo con la posición social que una persona tiene (mecanismo III). Tales diferencias se dan fundamentalmente por el acceso diferencial a la atención de salud y la rehabilitación, situación que condiciona la accesibilidad a un sistema de salud y atención oportuno y de calidad.

Por otro lado, los mecanismos sociales se refieren a la interacción del contexto social con los factores individuales de producción de enfermedad. Se entenderá por contexto social todos aquellos elementos políticos, culturales, sociales ambientales, económicos y de políticas sociales que podrían modificar la cadena causal de enfermedad a nivel del individuo, ya sea transformando su posición social (A), la exposición (B), la interacción de los factores de riesgo que producen enfermedad (C) o las consecuencias sociales de la enfermedad (D).

Este modelo explicativo podría ser de utilidad para la identificación de cómo operarían los diversos determinantes en relación con el acceso a la atención y el nivel de salud lo cual facilitarían identificar y predecir las principales inequidades y avanzar en la generación de estrategias para su mejoramiento.

Finalmente, se debe incluir en esta revisión otro factor que ha entrado a formar parte de muchos aspectos de la vida de los individuos y comunidades como es el concepto calidad de vida. Considerado como valor y que ha pasado a ser prioritario en el discurso de muchos sectores de la sociedad (político, comercial, social, económico, sanitario). Se define como la percepción del individuo sobre su posición en la vida, dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive, con relación a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. 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 interacción con las características sobresalientes del entorno.

II. Aprender a ser enfermo

Comportarse como enfermo no es una pauta estereotipada, muy al contrario, existe una gran variabilidad de conductas entre los distintos seres humanos, y eso lo saben muy bien las enfermeras/os de cualquier hospital ó clínica. En las enfermedades de larga evolución las lamentaciones llegan a ser la única forma de relación posible con estos enfermos. Se podría decir que se tornan monotemáticos. Esto no se refiere exclusivamente a las quejas verbales; hay otras conductas que persiguen el mismo interés, como las expresiones de dolor frecuentes, un habla entrecortada, ciertas

posturas y la demanda de atención.

Parece sencillo entender que cuando nos sentimos enfermos debemos acudir al médico en busca de ayuda. Sin embargo, y puesto que sentirse enfermo depende de diversos factores, hay personas que abusan de los servicios hospitalarios reclamando la atención del especialista a la mínima expresión de un síntoma, mientras otras se resisten a tal conducta y sólo la hacen efectiva en ocasiones extremas, a veces demasiado tarde. La cuestión no se centra simplemente en la premura con la que se realiza la búsqueda de atención sino también hace referencia al tipo de ayuda perseguida. Los curanderos, los amigos, los grupos de ayuda, los sacerdotes y otras figuras de referencia también colaboran en el proceso. Por lo tanto, hay quien confía plenamente en la medicina científica, mientras otros son asiduos consumidores de la medicina complementaria.

Los deberes del enfermo no terminan acudiendo al médico, después habrán de seguirse sus consejos correctamente durante el tiempo que se estime necesario. Sería lógico pensar que quien pide ayuda a un especialista luego utilizará la información recibida y atenderá al tratamiento. Sin embargo, la práctica no parece confirmar esta hipótesis, puesto que es común encontrar personas que no siguen las pautas médicas como cabría esperar. Adivinar el porqué de esta actitud no es nada fácil, sin embargo en ciertas ocasiones parece que el interés por negar la enfermedad favorece tal conducta. Algunas individuos utilizan la enfermedad para librarse de ciertos compromisos sociales o laborales, para justificar algún fracaso o error, para hacerse con posibles ventajas económicas, o para conseguir atención social y afecto.

La sociología también ha querido manifestar su opinión acerca del comportamiento del enfermo. En este sentido debe citarse al eminente sociólogo Talcott Parsons, que ya por los años cincuenta definía las características del "rol del enfermo", entendido éste como el papel asignado por una sociedad a una persona por el hecho de estar enferma. Ello comporta un conjunto de funciones, obligaciones y derechos, equiparables por ejemplo al "rol masculino", al "rol de médico", o a cualquier otro. En definitiva, son los comportamientos que los demás tienden a esperar de nosotros como miembros de

un colectivo determinado. Así, Parsons considera la enfermedad como una desviación social caracterizada por el fracaso o la incapacidad de una persona para desempeñar su rol habitual (como trabajador, como padre, etc.) y responder a las expectativas que los demás y él mismo tienen acerca de su conducta, cayendo en una situación de dependencia. Vista de esta manera, la persona enferma presenta ciertas características:

- No es responsable de su estado. En ningún sentido puede considerarse enferma aquella persona que de una forma voluntaria y premeditada finge la presencia de determinados síntomas para cubrir intereses personales.
- Es eximido de sus responsabilidades habituales. Las personas enfermas son dispensadas de realizar actividades en función de las características del cuadro que presentan. Ninguno de nosotros forzaría a una persona con fiebre a realizar tareas domésticas, por ejemplo.
- Debe buscar tratamiento y contribuir al proceso terapéutico. Esto forma parte de las obligaciones del enfermo, quien ha de contribuir a su curación comportándose de manera adecuada y siguiendo los consejos médicos recomendados.

El modelo de rol de enfermo propuesto ha recibido muchas críticas a lo largo de la historia y se ha ido adaptando a los cambios contextuales. Quizás el más significativo fue el que llevó a la definición de la "conducta de enfermedad", que pretendía la ampliación del concepto. La propuesta surgió ante la necesidad de explicar las conductas individuales que permiten distinguir entre dos personas enfer-



mas, una cuestión que el rol de enfermo no explicaba. Así, la conducta de enfermedad se entiende como el modo en el que las personas perciben, evalúan e interpretan sus síntomas y emprenden acciones para remediarlos. Dado el enorme peso que la cultura tiene en la enfermedad, es lógico advertir las discordancias que existen en función de las diferentes sociedades.

III. El Interaccionismo Simbólico, conceptos fundamentales

El Interaccionismo Simbólico es un enfoque complejo con muchos matices y apreciaciones en su conceptualización. Blumer (1982) lo describe esencialmente en tres premisas:

- a) "El ser humano orienta sus actos hacia las cosas en función de lo que éstas significan para él.
- b) El significado de estas cosas se deriva de o surge como consecuencia de la interacción social que cada cual mantiene con el prójimo.
- c) Los significados se manipulan mediante un proceso interpretativo desarrollado por la persona al enfrentarse con las cosas que va hallando a su paso"

Es, por tanto, el significado que las cosas tienen para el individuo el que determina la acción, el que hace que las personas respondan de una manera u otra. Este significado es un producto social, surge de la interacción social, accediendo a él, manipulándolo a través de procesos de interpretación.

El Interaccionismo Simbólico se cimienta en una serie de ideas básicas o como denomina Blumer imágenes radicales. "Estas imágenes aluden y describen la índole de los siguientes temas: sociedades o grupos humanos, interacción social, objetos, el ser humano como agente, los actos humanos y la interconexión de las líneas de acción. Consideradas en conjunto, estas imágenes radicales representan el modo en que el interaccionismo contempla el comportamiento y la sociedad humana. Constituye el armazón del estudio y el análisis" (Blumer, 1982).

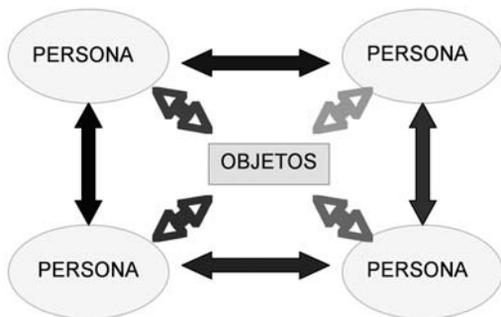


Figura 1: *Imágenes Radicales* (adaptado de Blumer, 1982)

Para Blumer el entorno se compone exclusivamente de aquellos objetos que los seres humanos identifican y conocen. La naturaleza del medio ambiente en que cada persona vive está condicionada por el significado que tienen para ellas los objetos que la componen. Esto explicaría que aunque las personas vivan en un ambiente físico común ellas podrían tener distintos entornos. Este concepto es muy importante para el mundo sanitario, toda vez que no se encuentra explicación a determinados hechos o fenómenos que se producen en un mismo contexto físico influido por las mismas variables sin embargo el análisis o las percepciones son totalmente diferentes. Tanto para enfermeras/os como pacientes o familias, la misma realidad puede ser percibida de modo muy distinto, los significados de ella se concretan en vivencias diferentes.

Otro concepto altamente significativo para el Interaccionismo Simbólico es la importancia de las historias personales y de grupo utilizada para interpretar y comprender ciertos hechos o fenómenos. "Las personas que participan en la formación de una nueva acción conjunta siempre aportan a la misma el conjunto de objetos, el conjunto de significados y los esquemas de interpretación que antes poseían. Por lo tanto, la nueva acción siempre emerge de y guarda relación con un contexto de acción previa" (Blumer, 1982). El reconocer esto es esencial para interpretar y transformar la realidad sanitaria de un centro de salud o un club de adultos mayores crónicos. En un centro de salud cada paciente o usuario, cada profesional de salud enfermero/a tiene su propia historia personal, que

se hace más compleja cuando se asocia con las historias del propio grupo. Aquel investigador que obvие tal realidad nunca podrá comprender ni, por lo tanto, actuar adecuadamente sobre ella.

"El individuo se halla ante un mundo que debe interpretar para poder actuar y no ante un entorno frente al que responde en virtud de su propia organización" (Blumer, 1982). La interpretación del mundo que le rodea implica que no puede quedarse en una apreciación neutral de él. La naturaleza de la acción humana actúa asignando significados a fenómenos, situaciones, hechos, personas o a uno mismo a través de un proceso de interpretación. "Este proceso tiene dos pasos distintos: primero el actor se indica a sí mismo las cosas respecto de las cuales está actuando; tiene que señalarse a sí mismo las cosas que tienen significado. En segundo lugar, en virtud de este proceso de comunicación consigo mismo, la interpretación se convierte en cuestión de manipular significados. El actor selecciona, controla, suspende, reagrupa y transforma los significados a la luz de la situación en la que está ubicado y de la dirección de su acción" (Blumer, 1982)

IV. Consecuencias metodológicas del Interaccionismo Simbólico

Hasta ahora se han presentado los principales conceptos que caracterizan al Interaccionismo Simbólico, no obstante se hace necesario también comentar sus consecuencias metodológicas.

"Un conocimiento sociológico adecuado no podría ser elaborado por medio de la observación de principios metodológicos que intentan extraer datos de su contexto para hacerlos objetivos. La utilización de los cuestionarios, las entrevistas, las escalas de actitud, los cálculos, las tablas estadísticas, etc., todo ello crea distancia, aleja al investigador en nombre de la misma objetividad del mundo social que quiere estudiar" (Coulon, 1995). En efecto, no se puede partir de variables determinadas de modo genérico para universalizar el conocimiento, en este sentido se hace necesario contextualizarlas en su lugar, tiempo y espacio adecuados, además de analizar, como se mencionó anteriormente, las historias personales y de grupo que pueden sin lugar a dudas condicionar de modo determinante dichas variables.

Blumer (1982) sintetiza los principios metodológicos en tres puntos:

- a) La metodología abarca la investigación científica en su totalidad y no sólo un sector o aspecto seleccionado de la misma. La metodología se aplica y abarca a todas las partes del acto científico.
- b) Cada una de las partes de ese acto - y por consiguiente todo el acto - debe ser sometida a la prueba del mundo empírico y validada por dicha prueba. La realidad existe en el mundo empírico y no en los métodos empleados para estudiarlo.
- c) El mundo empírico sometido a estudio es el que proporciona la respuesta decisiva sobre la investigación emprendida. La exploración y la inspección como metodología de investigación son por cierto los procedimientos necesarios para un examen directo del mundo social empírico. La exploración, representa a la descripción, se puede realizar mediante la observación directa, las entrevistas, las conversaciones, las cartas y documentos, etc..., siempre de acuerdo a un contexto y circunstancias específicas. La inspección, que representa al análisis, incluye la integración, movilidad social, asimilación, liderazgo, relaciones burocráticas, actitudes, compromiso institucional, entre otros.

En general, las consecuencias metodológicas más importantes desde el punto de vista del Interaccionismo Simbólico con relación a la vida humana, de grupo y la acción social se resumen en tres puntos (Blumer, 1982):

- 1) Si el especialista desea comprender los actos de las personas, es preciso que vea los objetos como ellas los ven, ya que de lo contrario sustituirá los significados de dichos objetos por sus propios significados. Los investigadores son siervos de sus propias imágenes prefabricadas y, por ende, propensos a creer que los demás ven los objetos en razón a como ellos los ven.
- 2) El Interaccionismo considera la vida de grupo como un proceso en el cual las personas, al afrontar diferentes situaciones, indican líneas de acción a los demás e interpretan las indicaciones que otros les hacen. Entonces, considerar que toda interacción

humana está organizada de acuerdo a un tipo especial de interacción equivaldría a negar la variedad de formas expresadas siempre y cuando se este dispuesto a observar.

- 3) Al investigar una organización a gran escala se observa, estudia y explica la dinámica de las interacciones a través del proceso de interpretación realizado por los agentes participantes a medida que se van desarrollando situaciones en cada escenario laboral de la organización.

V. El interaccionismo Simbólico en Enfermería

Se podría decir que el Interaccionismo Simbólico ha sido utilizado con éxito en la Enfermería por tratarse de una teoría que tiene como concepto central el significado, es decir, las acciones individuales y colectivas son construidas a partir de la interacción entre las personas, tales acciones dependen del contexto social al cual pertenecen.

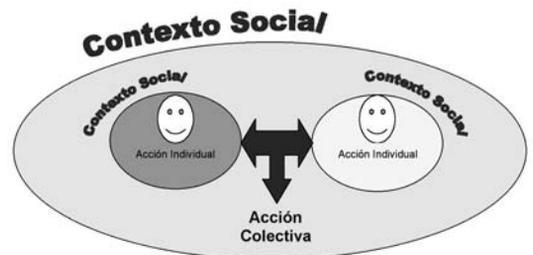


Figura 2: Representación del significado desde la perspectiva del Interaccionismo Simbólico según Blumer (1982)

Un estudio cualitativo en Enfermería realizado por Chenitz y Swanson (1986), evidenció que la interacción simbólica se preocupa de los aspectos internos experimentales del comportamiento humano, es decir, la forma como las personas definen eventos o realidades, y como actúan en relación a sus creencias. Se reiteran los hallazgos anteriores en otro estudio que evalúa la perspectiva del Interaccionismo Simbólico interpretativo como método significativo para investigadores y profesionales de salud interesados en juicios de valor del fenómeno estudiado (Andrade y Tanaka, 2000).

En diversas investigaciones de Enfermería se ha observado que la aplicación de la teoría interaccionista, tanto en la enseñanza como en la práctica, recogen amplios conocimientos en la construcción de acciones y estrategias orientadas hacia una relación interactiva y humanizada entre las personas. Así pues, en el estudio realizado por Silva y Mamede (1998) concluyen que bajo la perspectiva interaccionista, el significado que la persona atribuye a una situación “vivenciada” surge de la interacción y de la interpretación que se hace de aquella situación, pudiendo ser la enfermera una mediadora junto al cliente y familia en la búsqueda de facilitar tal significación a través del acto de reflexión, además de un cuidado más calificado.

Como el Interaccionismo Simbólico muestra respeto hacia la naturaleza de la vida y la conducta del grupo humano, asigna a la vida grupal la condición “esencial” para la conciencia, mundo de objetos y construcción de actitudes (Blumer, 1982); este principio sostiene que el comportamiento humano es autodirigido y observable, en el sentido simbólico e interaccional, lo que permitiría al ser humano planear y dirigir sus acciones en relación a los otros y conferir significado a los objetos que él utiliza para realizar sus planes (Haguette, 1992). El Interaccionismo Simbólico, fundamentado en las tres premisas de Blumer (1982), es llevado a desarrollar un esquema analítico de la sociedad y de las conductas humanas, que envuelve ideas básicas relacionadas con grupos humanos y/o sociedades; interacción social; objetos; el ser humano como actor; la acción humana y las interconexiones de las líneas de acción (Haguette, 1992).

La teoría desarrolla un micro-análisis para estudiar las interacciones entre individuos, la negociación individual y reacción del otro, que lleva a las respuestas interpretativas, determinadas por la situación e interacción de las personas. Para la comprensión de la perspectiva teórica, se requiere la comprensión de diversos conceptos que son pertinentes a la interacción, tales como: mente, self, símbolos, lenguaje, sociedad, auto-interacción, acción humana y actividad grupal.

• La naturaleza del propio ser humano concibe el self social, a través de la interacción con los significados del otro, en la relación con el mundo,

para permitir su control, dirección y manipulación de la propia vida. Es formado por el Yo y Mí, siendo el Yo la respuesta para las actitudes del otro, el lado impulsivo, espontáneo y que no actúa porque interacciona simbólicamente con sí mismo. El Mí es la organización de las actitudes (Charon, 1989), es el otro generalizado, compuesto de patrones organizados, consistentes, compartidos con otros (Littlejohn, 1998).

- La mente es la acción simbólica para el self y, surge de la interacción con otros, dependiendo de señales y símbolos (Charon, 1989). Las cosas a las que Blumer se refiere, incluyen lo que el ser humano puede observar en su mundo físico y, conforme el significado que esas cosas tienen para él, sus acciones son dirigidas; por lo tanto, es tomado como base el significado de las mismas (Littlejohn, 1998).
- Los símbolos son lo que vemos y, como los interpretamos. Nuestro mundo está lleno de símbolos, nuestra realidad es simbólica; es a través de la interacción simbólica que atribuimos los significados y desarrollamos la forma en que actuamos (Charon, 1989). En la *terminología “Meadiana”, un gesto compartido es un símbolo significativo. En suma, la sociedad nace en los símbolos significativos del grupo (Littlejohn, 1998).
- El lenguaje es compuesto por instrumentos usados por individuos para ordenar la experiencia. Es empleado para discriminar, generalizar, hacer siempre la distinción en el ambiente. Así, el mundo es literalmente dividido por significados que usamos a través del lenguaje (Charon, 1989). El lenguaje surge y modela el comportamiento (Littlejohn, 1998).
- Los interaccionistas definen la sociedad como constituida de individuos que interaccionan unos con los otros; cuando las actividades de los miembros ocurren como respuesta de uno al otro, o en relación al otro (Littlejohn, 1992). El significado surge de la interacción de dos personas, o sea, el significado que una “cosa” tiene para una persona crece de la forma por la cual las otras personas actúan en relación a él con relación a esa “cosa”. El significado es formado dentro y a través de actividades definidas por las personas cuando interaccionan (Blumer, 1982).

El proceso interpretativo es derivado del contexto de la interacción social. Lo que ocurre es que la persona escoge, controla, suspende, reagrupa y transforma el significado a la luz de la situación como un proceso formativo, con lo cual los significados son usados y revisados como un instrumento para las directrices de la acción (Blumer, 1982).

- Se puede así decir, que el proceso interpretativo a través de la auto-interacción lleva a una re-significación de lo vivido, en que los valores individuales interfieren en el significado que las cosas tienen para la persona. La auto-interacción, por lo tanto emerge de la interacción social, en que otras personas están definiendo una persona para sí. Para Mead, eso acontece cuando la persona se ve por el lado de afuera colocándose en la posición del otro y se visualiza actuando en relación a sí en esa posición (Blumer, 1982).
- La acción humana es vista como un resultado formado de la auto-interacción; es construida a través de las indicaciones que la persona hace de sí y la interpretación de lo que indica su actuar. La persona identifica que quiere establecer una meta, sigue una línea de comportamiento, observa e interpreta las acciones de los otros, dimensiona su situación, planea y elabora lo que hará (Blumer, 1982). Las reglas y normas para las acciones de los sujetos se manifiestan a través de la negociación de significados, de sanciones, de jerarquías y de las propias normas sociales (Littlejohn, 1998).
- La actividad grupal se basa en el comportamiento cooperativo que surge a través de cada persona en percibir la intención de los otros y construir su respuesta basada en aquella intención, pues el comportamiento no es una respuesta directa a las intenciones de los otros, que son transmitidas a través de gestos hechos simbólicos, sensibles de interpretación (Blumer, 1982). La persona que responde, organiza su respuesta tomando por base lo que los gestos significan. La persona que presenta los gestos como indicaciones de lo que está planeando hacer, toma por base aquello que quiere que el respondiente haga o comprenda. El gesto tiene significado tanto para la persona que lo hace como para a quién es dirigido. (Blumer, 1982).

El énfasis en la concepción interaccionista es el significado sobre la interpretación consciente; las cosas pasan a tener significado para la persona cuando ésta las considera conscientemente, refleja y piensa sobre el objeto, o lo interpreta, y eso se procesa en una interacción interna de la persona, pues el actor selecciona, confiere, suspende, reagrupa y transforma los significados a la luz de la situación en que está colocado y de la dirección que imprimió su acción. Así entonces, la interpretación es un proceso formativo y no una aplicación sistemática de significado ya establecido (Haguette, 1992; Littlejohn, 1998). Más aún, el Interaccionismo Simbólico bajo la perspectiva Interpretativa, va más allá de la comprensión de los significados y construcción de actitudes de las personas a partir de las relaciones interpersonales, se configura como referencial teórico-metodológico que posibilita la evaluación de resultados en salud. Objetivo centrado en la realización de investigaciones cualitativas para verificar la calidad en la oferta de servicios, cuando se parte de la comprensión de que tal servicio tiene angosta relación con aspectos interpersonales; como también cuestiones sobre el cambio de comportamiento relacionado al conocimiento y adhesión a determinadas situaciones conectadas al cambio en el estilo de vida de las personas (Andrade y Tanaka, 2000).



Figura 3: Interpretación y asignación de Significados (basado en Blumer, 1982)

Scheper-Hughes & Lock (1986) y Singer (1989), reconocen la importancia de los procesos económicos, históricos, sociales y simbólicos no sólo en el origen sino también en el curso del padecimiento, así como la dimensión subjetiva de la enfermedad y del sufrimiento, evitando con este lineamiento la despersonalización y cosificación de los sujetos enfermos.

Es sabido que las personas hacen ajustes o modificaciones a las indicaciones médicas en función de sus circunstancias personales y acorde a las sugerencias y/o demandas de su red familiar y social; suspenden temporal o definitivamente las indicaciones por múltiples motivos, o combinan terapias provenientes de diversos modelos de atención a la salud existentes en su medio a partir de consideraciones de costo-beneficio. Tales datos sugieren que, más que cumplir o no, las personas hacen ajustes al tratamiento según las circunstancias de su vida diaria (Mercado, 1992).

Considerar que el autocuidado y la autoatención ocupan un lugar central en el sistema de atención a la salud es reconocer al individuo y su grupo familiar, no solamente porque es en este ámbito donde se generan las decisiones pertinentes sobre el resto de opciones asistenciales a seguir, sino porque en éste se concretan las prácticas de salud, vengan estas prescritas por las diversas formas que asume la atención médica profesional, la atención complementaria o la de autoayuda. La ambigüedad respecto de las otras formas de atención opera de manera selectiva y oportunista, pues mientras que la autoatención y la autoayuda son de modo intermitente reconocidas y en ocasiones incluso convocadas como formas complementarias de la atención sanitaria profesional, comúnmente no suelen ser consideradas por los profesionales de la salud como decisivas en la resolución de los problemas sanitarios. Más bien estas sirven para culpabilizar a los usuarios de los servicios por no adherirse estrictamente a las prescripciones e introducir factores disruptores del curso terapéutico. En el caso de las medicinas llamadas “alternativas” o “complementarias” con frecuencia se escucha su deslegitimación y en algunos contextos incluso su prohibición y persecución bajo la denuncia de charlatanería.

VI. Enfermería y el cuidar interactivo

En enfermería hoy en día sobresalen dos visiones filosóficas, en la primera se encuentran quienes todavía aceptan lo reactivo, parcial, unicausal y dividido, que sólo es científico en la medida en que sea cuantifique, en la segunda admiten la simultaneidad, es decir, la totalidad de la vida se considera como un todo inseparable, en constante evolución. No obstante, acuñar tan sólo estas dos corrientes sería demasiado reduccionista, por ello se acepta la existencia de una tercera visión denominada recíproca del cuidado, la que se identifica porque admite la influencia de las dos escuelas originales de pensamiento (Platón y Aristóteles), reconoce parte de su conocimiento como una visión percibida de la ciencia y otra como recibida, permite el rigor de algunos paradigmas pero también procesos de indagación en los que la enfermera es partícipe y sin su presencia no sucederían. Diferentes Teoristas de Enfermería han tratado de ampliar el significado del cuidar/cuidado hacia una perspectiva humanística e interaccionista, tal perspectiva busca superar la práctica del cuidado enfermero de orden mecanicista - reduccionista y se fundamenta en que ésta acción es consecuencia de la formación de profesionales utilizando modelos anacrónicos de salud y educación.

En toda su trayectoria, Enfermería ha interpretado el cuidado como la razón que le da la existencia profesional, sin embargo la gestión del cuidado sigue siendo deficiente y distante sobretodo si se evalúa desde una filosofía holista. Se percibe en el cuidar empírico, la presencia del modelo médico-clínico, de un pensamiento tecnocrático que entiende la enfermedad y no al hombre (proceso biológico). Revertir esta condición implica una profunda crítica reflexiva por parte de los profesionales que ilumine y enfoque su atención en el desarrollo de una dimensión integradora que sea capaz de visualizar las personas como seres en el mundo, poseedoras de libertad de acción, de contexto histórico y social, y además capaces de participar activamente en la toma de decisiones.

La dimensión de la salud no es estrictamente un asunto más de la vida individual o social, más bien constituye la dimensión vital por excelencia, el modo de ir por la vida que sintetiza en su resultado final el estar sano o enfermo. Ontológicamente esta

dimensión denota el ámbito interactivo e interdependiente que constituye el patrimonio humano.

DIMENSIÓN DE SALUD

FACTOR	IMPACTO
Ambiental y Sociocultural	Condiciones y significados
Económico y Político	Recursos
Biológico y Psíquico	Sustrato genético y existencial

Hasta hoy la ilusión de los sistemas políticos y profesionales que se ocupan convencionalmente de la salud ha sido la de asumir y popularizar la idea de que el campo sanitario es un sector delimitado cuyas soluciones pueden ser ofertadas al margen del concurso de los saberes populares. Esta pretensión utópica viene sesgada desde la Ilustración cuyo deseo es el dominio de la naturaleza por la razón, por el positivismo el que pretende analizar los fenómenos naturales y humanos de forma atomizada y que en el caso del paradigma biomédico, aún presente en el pensamiento político y profesional asistencial, se traduce no solamente en la búsqueda de cadenas de explicación unicausal, sino en una falsa concepción de los seres humanos como máquinas homogéneas, descontextualizadas de su entorno y manipulables con fines instrumentales

Los profesionales de enfermería deben ser capaces de descubrir las creencias y actitudes de cada individuo en particular según Pill y Stott (1987b), con el fin de negociar correctamente. La negociación, un concepto que implica una relación de mayor igualdad entre profesional y cliente, es la clave de la atención centrada en la persona, dado que lo involucra en la toma de decisión. Los profesionales encargados de brindar atención primaria de salud necesitan estar conscientes, de manera simultánea, que existen variadas y complejas tendencias y modelos de atención, como a su vez estar dispuestos a interactuar con una amplia variabilidad y aparente inconsistencia presente en los seres humanos. Ambos hallazgos investigativos son útiles para promover la salud durante la interacción enfermera/paciente.

La Teoría de la Enfermería Humanística (Paterson y Zderad, 1988), destaca que el significado de cuidar se constituye en un acto humano en

sí, es decir, una forma de diálogo humano y fenómeno vivido en lo cotidiano de la práctica profesional. Presenta a la enfermera, en el acto de cuidar, como ser singular, que considera el modo como el cliente vivencia su mundo, es decir, "el cuidar envuelve una acción interactiva". Esa acción y comportamiento, está basado en valores y conocimiento del ser que cuida para y con el ser que es cuidado y que pasa también a ser cuidador (Waldow, 1998). Para que el cuidado acontezca en su plenitud, la enfermera debe expresar conocimiento y experiencia en las actividades técnicas, al dar información y en la educación al paciente y su familia. Debe conjugar expresiones de interés, sensibilidad, respeto, demostrado en las palabras, el tono de voz, postura, gestos y toques (Waldow, 1998). Así, entonces la expresión de cuidar se podría definir como arte y ciencia. Oportuno es enfatizar la importancia del compromiso de la enfermera, de cualquier área de actuación profesional, tratando de humanizar el cuidado, estableciendo una relación más creativa y amorosa consigo misma y con los otros, descubriendo el compromiso de la valorización y el apoyo al self de quien cuida y al suyo propio (Randuns, 1997). Así entonces, una vez que la Enfermería está en continua relación humana, necesita del proceso interactivo para el ejercicio pleno de su quehacer, la aproximación más clara para este planteamiento esta dado por el interaccionismo simbólico como marco conceptual.

VII. Integración de la Teoría con la Práctica Enfermera: Puntos de Reflexión

Enfermería como disciplina de la salud, aún se expresa como menester puramente tecnicista y acrítico, donde el cuidado esta vuelto hacia los aspectos biológicos del hombre, sin interacción con los aspectos emocionales, sociales y culturales El modelo biomédico tiende a la separación entre mente y cuerpo, limitándose a comprender los mecanismos biológicos, sin adoptar un abordaje holístico de la salud (Capra, 1999). Esa constatación nos hace entender que la Enfermería, además de las influencias recibidas en su origen y durante la historia de su desarrollo como oficio de

salud, mantiene consecuencias enfrentadas hasta hoy, al igual que ocurre con otras profesiones, debido a la influencia de la evolución de las Ciencias en las áreas de la salud y educación.

Lo anterior, nos lleva a comentar brevemente la influencia de las políticas sociales en la educación y la salud en la formación de sus profesionales. En su trayectoria inicial, Enfermería acogió influencias de la escuela tradicional, desde la enseñanza informal, a las primeras tentativas de profesionalización, siendo consolidada esta pedagogía en las primeras escuelas de Enfermería. A partir de los años 1950, es blanco de la acción de la escuela tecnicista, expresamente en el periodo post 1964, cuando hubo formación de gran número de escuelas de Enfermería, donde el enfoque funcionalista estaba centrado en la asistencia hospitalaria. Sólo más recientemente, a partir de los años 1980, la Enfermería se inspira en la pedagogía de la escuela crítica, a través de reflexiones, eventos científicos y cambio curricular en la enseñanza (Unicovsky, 1998; Nietzsche, 1998). El currículo de Enfermería fue iniciado con un enfoque generalista y comunitario, adaptándose a las políticas de salud emergentes y al modelo de privatización de los servicios de salud, lo que origina la valorización de la especialización precoz y dominio de la tecnología, la que a veces ni siquiera se encuentra en nuestra realidad (Saupé, 1998). Actualmente Enfermería sufre una crisis de identidad, evidenciada por la reflexión crítica sobre su papel, en pos de las necesidades reales de la sociedad, lo que genera discusiones y un movimiento de reforma curricular (Unicovsky, 1998). La perspectiva, por lo tanto, de reflejar el cuidar de Enfermería humanizado se debe a la comprensión de este contexto, como consecuencia de cuestiones pertenecientes al actual sistema de salud, asociadas a situaciones inherentes a la misma profesión, que se deben a la influencia sociopolítica y económica en la evolución de las ciencias. Son esos puntos que hacen la atención de salud deficiente, en especial por la presencia y vigencia de los modelos tradicionales de la salud y de la educación de los profesionales (modelo biomédico, escuela tradicional, escuela tecnicista), evidenciándose la relación vertical, la comunicación unilateral, la autonomía del proceso en salud y educación, es decir, una práctica en la salud y educación desvinculada de la realidad

social, favoreciendo el distanciamiento entre la teoría y la práctica.

Las concepciones progresistas en la salud y educación entienden que los procesos no deben ser autónomos, pero sí comprometidos con la realidad social del hombre, creando interdependencia. La vertiente pedagógica en la salud, es vista desde las dimensiones físicas, psicológicas y sociales, provenientes de la compleja interacción entre sus variadas facetas, reflejando el sistema social y cultural, siendo la enfermedad sólo una de las numerosas manifestaciones de un desequilibrio básico del organismo (Capra, 1999). Enfermería está inserta en ese proceso, evolucionando junto con las ciencias contemporáneas. A pesar del desafío, ha escogido desarrollarse de forma contextualizada acorde con la realidad de la sociedad en el ámbito de la investigación, enseñanza y asistencia. Ha recogido de variadas ciencias (Sociología, Psicología, Educación, Antropología, entre otras) fundamentos disciplinares que propician el cuidar humanizado, pero contextualizado con el mundo y vivencia de las personas.

De este modo, se situara el Interaccionismo Simbólico, cuyo movimiento de la teoría nació en clásicos de la sociología y psicología social, como la teoría que tiene mayor aproximación con la Enfermería para este artículo, dada su perspectiva de comprensión de los aspectos subjetivos de las personas en el acto del cuidado, mediante una relación interpersonal significativa entre enfermera/o-paciente- familia.

Entender el marco existencial del paciente y la vivencia de la enfermedad es crucial para plantear estrategias de intervención y mejora (Kinmonth y Murphy, 1996). La capacidad de comunicar información relacionada con la salud y motivar el deseo y la posibilidad de participar en la toma de decisiones deben considerarse herramientas clínicas básicas. Los profesionales necesitan conocer mejor a sus pacientes y desarrollar capacidades para consensuar, ayudarles en la toma de decisiones (Jover et al., 2001; Roca, 2001) y respetarlas (Peguero et al., 2001). Escuchar, empatizar, explorar, entender, explicar, en definitiva, recuperar el valor de la palabra (Cebrià et al., 2000), es el cimiento sobre el que se asentaría una relación profesional-paciente más efectiva. Situar a los pacientes en el centro del sistema sanitario, conseguir una comunicación

efectiva en la práctica clínica y atender sus necesidades percibidas son clave no sólo para una asistencia sanitaria más humana, sino para conseguir sistemas sanitarios más efectivos y eficientes.

Discusión y Recomendaciones finales:

- La vivencia del padecimiento está cargada de simbolismos para la persona, que inciden directamente en el valor y la responsabilidad de asumir y cooperar en las prácticas de salud recomendadas por los profesionales de salud que lo asisten en el tratamiento y mantención de la enfermedad.
- A través del conocimiento del significado simbólico que el paciente confiere a su padecimiento, mediado por sus experiencias, conocimientos, emociones, creencias y valores culturales, se puede ofrecer cuidados culturales más competentes, significativos y gratificantes para el individuo, familia y el profesional de enfermería.
- La consulta de enfermería debe ser realizada en un ambiente que favorezca la relación dialógica entre profesional y paciente. Bub (2001), basada en la experiencia hermenéutica de Gadamer, resalta que en la relación dialógica se debe evitar la “objetivización del otro”, dado que las caracterizaciones que se realizan habitualmente no consideran los aspectos subjetivos de los otros.
- El conocimiento sociocultural sobre la vivencia de un padecimiento crónico, basado en la experiencia del paciente, sus prácticas y creencias en salud, y el significado simbólico atribuido a él, contribuye para desarrollar una consulta de enfermería cualificada, contextualizada y, sobretodo personalizada.
- Aproximarse al otro, respetando su individualidad y permitiendo el ejercicio de su autonomía y ciudadanía debería ser el accionar ideal al ofrecer cuidados de enfermería.

Referencias Bibliográficas

- Andrade SMO, Tanaka OY. (2000) A avaliação de resultados em saúde sob a perspectiva do Interaccionismo interpretativo. *Rev IMP*; 14(1):7-12.
- Blumer, H. (1982). El interaccionismo simbólico: perspectiva y método. Barcelona, Hora.
- Bub, MBC. (2001) Concepções de saúde, ética e prática de enfermagem. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Cebrià J, Bosch JM, Prados Castillejos JA. (2000) ¿Cómo podríamos mejorar los resultados de nuestros consejos de

salud? *Aten Primaria*;25:207-8.

- Charon M. (1989). *Symbolic interactionism: an introduction, an interpretation, an integration*. California: Prentice-Hall.
- Chenitz WC, Swanson JM. (1986) *Qualitative research in nursing*. California: Addison - Wesley.
- Conrad, P. (1987) "The experience of illness: recent and new directions", en Peter Conrad y Julius Roth. *The experience and management of chronic illness. Research in the Sociology of Health Care*, vol. 6. Connecticut: Jai Press Inc., pp. 1-31.
- Cooley, C.H. (1902). *Human nature and the social order*. New York, Scribner's Sons.
- Coulon, A. (1995). *Etnometodología y educación*. Ediciones Paidós Ibérica.
- Denzin, N.K. (1992). *Symbolic interactionism and cultural studies: the politics of interpretation*. Cambridge, Blackwell.
- Dewey, J.(1929). *The quest for certainty*, New York, Pedigree Books.
- Gore, S. (1989). "Social networks and social supports in health care", pp. 306-331 in *Handbook of medical sociology*, 4th ed., H. Freeman and S. Levine (eds.). Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall
- Haguette TMF.(1992) *Metodologias qualitativas na sociologia*. 3. ed. Petrópolis: Vozes.
- Hammersley, M. (1989).*The dilemma of qualitative method*. Herbert Blumer and the Chicago tradition . Londres, Routledge.
- Jover JL, Gil V, Tortajada JL, Mora C, Giner C, Merino J. (2001) Efecto de la entrevista motivacional sobre la cumplimiento de la terapia farmacológica en pacientes con dislipemia. *Med Clin (Barc)*;116(Supl 2):131-6.
- Kinmonth AL y Murphy E.(1996) No symptoms, no problem? Patients' understandings of non-insulin dependent diabetes. *Fam Pract*;12:184-92.
- Littlejohn, SW. (1998). *Fundamentos teóricos da comunicação humana*. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara, p. 162-252.
- Mead, G.H. (1934). *Mind, self, and society* (C.V. Morris, Ed.). Chicago: University of Chicago. En: *Marriner-Tomey, A. (1994). Modelos y teorías en enfermería*. Mosby/Doyma Libros. Tercera edición.
- Mechanic, D. (1986). *Illness Behaviour: an overview*. En S. McHugh y T.M. Vallis (Eds.), *Illness Behavior: a multidisciplinary model* (pp. 101-109). New York: Plenum Press.
- Mechanic, D. (1995). "Sociological dimensions of illness behavior". *Social Science and Medicine*, 41:1207-1216.
- Menéndez, E. L. (1997) "El punto de vista del actor", *Relaciones*, núm. 69, pp. 237-270.
- Mercado, F. J. (1992) *Enfermedad, cultura y sociedad: la identidad cultural de las personas con diabetes del sector informal urbano*. Cuadernos Médicos Sociales, 61:49-61.
- Park, R.E. (1904). *The crowd and the public*. Chicago, University of Chicago Press.
- Paterson JG, Zderad LT. (1988) *Humanistic nursing*. New York: National League for Nursing.
- Peguero E, Zorat M, Gené J. (2001) Cumplimiento y entrevista clínica. *Med Clin (Barc)*;116(Supl 2):52-5.
- Pill R. y Stott, NCH. (1987b). "Health promotion and the human response to loss. The clinical implications of a decade of primary health care research". *Family Practice*, 4 (2), pp. 278-286.
- Randuns V. (1997) *Cuidando e se cuidando: fortalecendo o self do cliente oncológico e o self da enfermeira*. Goiânia: AB.

- Roca A. (2001) Estrategias de intervención para mejorar el cumplimiento. *Med Clin (Barc)*;116(Supl 2):56-62.
- Rosenberg, CH (1992) "Framing disease: illness, society and history," En Charles Rosenberg, *Explaining epidemics and other essays in the history of medicine*. Cambridge: Cambridge Univ. press, 305-318.
- Scheper-Hughes, N. & Lock, M. (1986) Speaking "truth" to illness: metaphors, reification, and pedagogy for patients. *Medical Anthropology*, 15:137-140.
- Singer, M. (1989) The coming of age of critical medical anthropology. *Social Science and Medicine*, 28:1193-1203.
- Silva RM, y Mamede MV. (1998) *Conviver com a mastectomia*. Fortaleza: UFC.
- Thomas, W.I. y Znaniecki, F. (1918-20). *The polish peasant in Europe and America*, 5 vols., Chicago, University of Chicago Press.
- Waldow VR. (1998) *Cuidado humano: o resgate necessário*. Porto Alegre: Sagra Luzzato.

