

Revista de Enfermería y Humanidades



CULTURA DE LOS CUIDADOS

2.º Cuatrimestre 2019 • Año XXIII- N.º 54



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Facultat de Ciències de la Salut
Facultad de Ciencias de la Salud

SUMARIO

EDITORIAL

- Reflexiones y emociones a propósito de las VIII Jornadas Internacionales de Cultura de los Cuidados.

FENOMENOLOGÍA

- Integralidad del ser humano y el cuidado en el proceso salud-enfermedad.
- Bienestar Espiritual de los Estudiantes de Enfermería.
- Mi comienzo como enfermero. Una narración personal.
- Relaciones interpersonales en el trabajo del equipo de enfermería.
- Empatía en enfermería y el contexto de la relación enfermero-paciente: consideraciones críticas.
- Vivencia del cuidado de enfermería en un proceso de duelo.
- Susana, narrativa de enfermería y relato hacia el final de su vida: reflexiones desde el pensamiento de Hildegard Peplau.
- Materia en el dolor usada. La poesía de Francisco Alonso Ruiz.
- Elsabet.

HISTORIA

- Indización y estudio de la "Gaceta Médico-Quirúrgica Jerezana" (1871-1872).
- Identidad del ser enfermero en la perspectiva de estudiantes de grado de enfermería.
- Dibujando cuidados profesionales de enfermería: Relatos de memorias del Norte Chileno a partir de 1952.
- Academia Brasileña de Historia de la Enfermería: 2007 a 2014.
- Representaciones sociales del rol de la enfermera chilena en salud mental y psiquiatría 1960-1975: Una mirada histórica.
- Análisis bibliométrico de tesis doctorales españolas en lactancia materna, entre los años 1980-2015.
- Una excepción en la trayectoria formativa de las mujeres: Al-Ándalus en los siglos VIII-XII.

ANTROPOLOGÍA

- Entre ritos y contextos: Resoluciones y significados atribuidos al parto natural humanizado.
- Las jóvenes madres solteras universitarias: Apoyo en el cuidado de los(as) hijos(as).
- Lactancia materna, alimentación complementaria y suplementación con multimicronutrientes: Perspectiva intercultural.
- ¿Quién cura y cómo cura? Tratamiento de la enfermedad en una comunidad rural de Ecuador.
- Factores de motivación en el desempeño de personal de enfermería.
- Análisis del proceso de divorcio como transición de salud según la teoría de las transiciones de Alaf Meleis.
- Prácticas de cuidado cultural de mujeres con morbilidad materna extrema.
- Construcción cultural de la sexualidad en un grupo de mujeres. Implicaciones para el ámbito de los cuidados.
- Información a los padres durante el tratamiento del cáncer infantil: un estudio descriptivo.
- Percepciones y prácticas sobre salud-enfermedad y muerte de una madre emberá chamí, una aproximación etnográfica.
- Moldear el cuerpo como práctica de cuidados: el waltha-chumpi (niño-bulto) entre los inmigrantes bolivianos.
- Diagnóstico de enfermería para los pacientes con tuberculosis en la unidad de enfermedades infecciosas.
- Escalas para medir necesidades de cuidado en pacientes, familia y profesionales que se enfrentan al final de la vida en la UCI.
- Cuidado Humanizado en el Postoperatorio Inmediato de Pacientes Histerectomizadas.
- Cuidados de enfermería en pacientes pediátricos con quemaduras y efectos por separación del vínculo familiar.
- Envejecimiento en el campo: residentes de edad avanzada perfil de las zonas rurales.
- Perfil epidemiológico de los casos de sífilis en embarazadas en una maternidad pública.
- Análisis contextual de los accidentes de trabajo en el equipo de enfermería.

CARTAS AL EDITOR

- Dimensión espiritual en el cuidado del paciente.

MISCELÁNEA

- Reseña de *Enfermedades raras. Contribuciones a la investigación social y biomédica*, de Juan Coca.
- Reseña de *Enfermería mandálica, un modelo cultural de intervención en Atención Primaria*.
- Fallo de la XII edición del premio Vida y Salud de Relatos.



GRUPO DE INVESTIGACIÓN
ENFERMERÍA Y CULTURA DE LOS
CUIDADOS

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

CONSEJO EDITORIAL

DIRECCIÓN/EDITOR

José Síles González.

COMITÉ EDITORIAL

Luis Cibanal Juan - Carmen Solano Ruiz.

CONSEJO DE REDACCIÓN

COORDINADORA

Ana Lucía Noreña Peña.

MIEMBROS CONSEJO REDACCIÓN

Miguel Ángel Fernández Molina

Eva M.ª Gabaldón Bravo

Elena Ferrer Hernández

Flores Vizcaya Moreno

José Ramón Martínez Riera

M.ª Mercedes Rizo Baeza

Mercedes Núñez del Castillo

Miguel Castells Molina

Rosa Pérez-Cañaveras

Isabel Casabona Martínez

Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante

COORDINADOR INFORMÁTICO Y PÁGINA WEB

Pablo Díez Espinosa

DIRECCIÓN FINANCIERA

- Grupo de investigación EYCC

- Asociación de Historia y Antropología de los Cuidados.

-Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Alicante.

COMITÉ CIENTÍFICO O ASESOR

Manuel Amezcua Martínez

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

Carmen Chamizo Vega

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

César Hueso Montoro

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

Manuel García Martínez

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

Guillermo Silva Magaña

Doctor por Universidad de Calicut. Profesor titular. Universidad de Calicut, Méjico.

Carlos Lousada Lopes Subtil

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

Antonio C. García Martínez

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

María Elisa Moreno-Fergusson

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

Esperanza de la Peña Tejero

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

Cecilio Eserverri Cháverri

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

Francisca Hernández Marín

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

Francisco Herrera Rodríguez

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

Amparo Nogales Espert

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

Natividad Sánchez González

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

Francisco Ventosa Esquinaldo

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

Marilyn Douglas

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

Fernando Porto

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

Beatriz Morrone

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

Ximena Isla Lund

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

Raquel Spector

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

Rick Zoucha

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

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

INDIZADA E INSCRITA EN:

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

- CAPES/QUAL. Base de datos de revistas del Ministerio de Educación de Brasil.

- LATINDEX. Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal.

- "Scientific Commons" Details at a Gance: Publications: 31, 839, 799 - Repositories: 1,157.

- SCOPUS, ESCI, EBSCO, PUBLISHING, CUIDATGE, CUIDEN CINHAL y hemerotecas digitales como:

Cantárida y RUA (repositorio institucional Universidad de

Alicante: <http://rua.ua.es/dspace/>

[handle/10045/831](http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/831)). "Inscrita y miembro del

Servicio Cross. Ref. (DOI prefix is: 10.7184)".

Coordinadora RUA: Ana L. Noreña.

CORRESPONDENCIA:

Carmen Solano Ruiz. Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante. Campus de San Vicente del Raspeig. Ap. 99. E-03080. Alacant-Alicante. Revista (online): <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/831>. ISSN: 1138-1728-Dep. Legal: A-1309-1997.

Título clave: Cultura de los Cuidados.

Título abreviado: Cul. Cuid.

Tirada/Producción: 3.000 ejemplares.

Disponible: <https://culturacuidados.ua.es/>

Diseño y maquetación:

Taller Digital UA (Alicante).

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

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

SUMARIO

NORMAS DE PUBLICACIÓN

- Criterios de evaluación y selección de artículos 4-8

EDITORIAL

- Reflexiones y emociones a propósito de las VIII Jornadas Internacionales de Cultura de los Cuidados 9-14

FENOMENOLOGÍA

- Integralidad del ser humano y el cuidado en el proceso salud-enfermedad 15-22
- Bienestar Espiritual de los Estudiantes de Enfermería 23-31
- Mi comienzo como enfermero. Una narración personal 32-37
- Relaciones interpersonales en el trabajo del equipo de enfermería 38-47
- Empatía en enfermería y el contexto de la relación enfermero-paciente: consideraciones críticas 48-58
- Vivencia del cuidado de enfermería en un proceso de duelo 59-66
- Susana, narrativa de enfermería y relato hacia el final de su vida: reflexiones desde el pensamiento de Hildegard Peplau 67-76
- Materia en el dolor usada. La poesía de Francisco Alonso Ruiz 77-87
- Elsabet 88-91

HISTORIA

- Indización y estudio de la “Gaceta Médico-Quirúrgica Jerezana” (1871-1872) 92-137
- Identidad del ser enfermero en la perspectiva de estudiantes de grado de enfermería 138-147
- Dibujando cuidados profesionales de enfermería: Relatos de memorias del Norte Chileno a partir de 1952 148-161
- Academia Brasileña de Historia de la Enfermería: 2007 a 2014 162-170
- Representaciones sociales del rol de la enfermera chilena en salud mental y psiquiatría 1960-1975: Una mirada histórica 171-181
- Análisis bibliométrico de tesis doctorales españolas en lactancia materna, entre los años 1980- 2015 182-193
- Una excepción en la trayectoria formativa de las mujeres: Al-Ándalus en los siglos VIII-XII 194-205

ANTROPOLOGÍA

- Entre ritos y contextos: Resoluciones y significados atribuidos al parto natural humanizado 206-216
- Las jóvenes madres solteras universitarias: Apoyo en el cuidado de los(as) hijos(as) 217-230
- Lactancia materna, alimentación complementaria y suplementación con multimicronutrientes: Perspectiva intercultural 231-243
- ¿Quién cura y cómo cura? Tratamiento de la enfermedad en una comunidad rural de Ecuador 244-254
- Factores de motivación en el desempeño de personal de enfermería 255-265
- Análisis del proceso de divorcio como transición de salud según la teoría de las transiciones de Alaf Meleis 266-272
- Prácticas de cuidado cultural de mujeres con morbilidad materna extrema 273-282
- Construcción cultural de la sexualidad en un grupo de mujeres. Implicaciones para el ámbito de los cuidados 283-296
- Información a los padres durante el tratamiento del cáncer infantil: un estudio descriptivo 297-309
- Percepciones y prácticas sobre salud-enfermedad y muerte de una madre emberá chamí, una aproximación etnográfica 310-319
- Moldear el cuerpo como práctica de cuidados: el waltha-chumpi (niño-bulto) entre los inmigrantes bolivianos 320-332
- Diagnóstico de enfermería para los pacientes con tuberculosis en la unidad de enfermedades infecciosas 333-344
- Escalas para medir necesidades de cuidado en pacientes, familia y profesionales que se enfrentan al final de la vida en la UCI 345-359
- Cuidado Humanizado en el Postoperatorio Inmediato de Pacientes Histerectomizadas 360-373
- Cuidados de enfermería en pacientes pediátricos con quemaduras y efectos por separación del vínculo familiar 374-383
- Envejecimiento en el campo: residentes de edad avanzada perfil de las zonas rurales 384-395
- Perfil epidemiológico de los casos de sífilis en embarazadas en una maternidad pública 396-406
- Análisis contextual de los accidentes de trabajo en el equipo de enfermería 407-418

CARTAS AL EDITOR

- Dimensión espiritual en el cuidado del paciente 419-420

MISCELÁNEA

- Reseña de *Enfermedades raras. Contribuciones a la investigación social y biomédica*, de Juan Coca 421-425
- Reseña de *Enfermería mandálica, un modelo cultural de intervención en Atención Primaria* 426-428
- Fallo de la XII edición del premio Vida y Salud de Relatos 429-430

ESTRUCTURA DE LA REVISTA Y NORMAS DE PUBLICACIÓN

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

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

PRESENTACIÓN DE LOS TRABAJOS

- Estructura del manuscrito: En la primera página figurará el título del artículo en minúscula en tres idiomas en este orden: español, inglés y portugués, seguido del nombre de los autores (no más de 6), en minúscula. Por ejemplo:
Antonio Carmona Ruíz¹. Escribir su rango académico más elevado o profesional y la dirección del autor de contacto y los e-mails de todos los autores.

En la segunda página: resumen del trabajo no superior a 200 palabras (en inglés, español y portugués). Se incluirán, además de cuatro a cinco palabras clave en los tres idiomas. Las siguientes páginas incluirán el contenido del artículo evitando poner subíndices y notas al pie de página, con una extensión no superior a los 17 folios; la última página estará dedicada a la bibliografía.

- El sistema de citas adoptado en la revista está de acuerdo a la normativa Harvard-APA: en el texto sólo aparecerá el apellido en minúsculas y la fecha del autor entre paréntesis, ej.: (López, 1998). La bibliografía consultada al final del artículo no llevará numeración y quedará ordenada alfabéticamente por el apellido del autor. Ej.:

Sánchez, J. (1997). *Historia de la revista Panacea*. Barcelona: Paidós. (Libro).

Sánchez, J. (1997). Historia de la revista Panacea. *Enfermería Científica*, 8(7), 22-27. (Artículo revista).

Sánchez, J. (1997). Historia de la revista Panacea. En Cibanal, L., ed. *Las revistas españolas de enfermería*, Madrid: Síntesis, 88-102. (Capítulo de Libro).

Para citar documentos/artículos “on line”:
Pagani, R. (2002). *Informe técnico. El crédito europeo y el sistema educativo español*. 425.

Recuperado de http://www.eees.ua.es/http://aneca.es/modal_e_val/docs/doc.
Downloaded 426 27th July 2008.

- Presentación: letra Times New Roman, tamaño letra 12, a doble espacio.
- Los autores deberán realizar el “check list” disponible en este enlace, previo a la remisión del artículo.

STRUCTURE OF JOURNAL AND NORMS OF PUBLICATION

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

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

PRESENTATION OF WORK

- Structure of the manuscript: On the first page will contain the article title in lowercase in three languages in this order: Spanish, English and Portuguese, followed by the name of the authors (no more than 6), in lowercase. Eg.: Antonio Martínez Ruíz¹. Write their highest academic level or professional contact and address of the contact author. Write the email of all authors. On the second page: abstract of the work not exceeding 200 words (in english, spanish and portuguese). Shall include in addition to four to five keywords.

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

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

Sánchez, J. (1997). *History of the Journal Panacea*. Barcelona: Polity Press. (Book).

Sánchez, J. (1997). History of the Journal Panacea. *Nursing Science*, 8(3), 22-27. (Journal Article).

Sánchez, J. (1997). *History of the Journal Panacea*. In Cibanal, L., ed. *The Spanish journals nursing*, Madrid: Synthesis, 88-102. (Chapter in Book).

To cite documents/articles "on line":

Pagani, R. (2002). *Technical Report. The European credit and the Spanish educational system*. 425.

Recuperado de http://www.eees.ua.es/http://aneca.es/modal_e_val/docs/doc. Downloaded 426 27th July 2008.

- Presentation: Times New Roman, size letra 12, double-spaced.
- The authors should make the "check list" available here, prior to the submission of the article.

ESTRUTURA DA REVISTA E NORMAS DE PUBLICAÇÃO

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

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

DE APRESENTAÇÃO DE TRABALHO

- Estrutura do manuscrito: Na primeira página vai conter o título do artigo em letras minúsculas em três idiomas, nesta ordem: Espanhol, Inglês e Português, seguido do nome dos autores (não mais que 6), em letras minúsculas. Por exemplo:
Antonio Manuel Salinas Ruíz¹. Escrever seu mais alto grau académico ou contato profissional e endereço do autor de contato. Escrever e-mail de todos os autores.

Na segunda página: Resumo do trabalho não superior a 200 palavras (em inglês, espanhol e português), para além de quatro a cinco palavras-chave em todas as três línguas. As páginas seguintes incluem o conteúdo do artigo para evitar subscritos e notas rodapé, com uma área não superior a 17 páginas, a última página é dedicada à literatura.

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

Sánchez, J. (1997). *História da Panacéia. Journal*. Barcelona: Polity Press. (Book).

Sánchez, J. (1997). História da Panacéia Journal. *Enfermagem da Ciência*, 8(7), 22-27. (Journal Article).

Sánchez, J. (1997). *História da Panacéia Journal*. In Cibanal, L., ed. *Os espanhóis periódicos de enfermagem*, Madrid: Síntese, 88-102. (Capítulo de Livro).

- Para citar documentos/artigos “on line”:

Pagani, R. (2002). *Relatório Técnico. O crédito Europeu e do sistema educativo espanhol*. 425. Recuperado de http://www.eees.ua.es/http:aneca.es/modal_eval/docs/doc. Downloaded 426 27th July 2008.

- Apresentação: Times New Roman, tamanho letra 12, com espaçamento duplo.
- Os autores devem fazer o “check list”, disponível aqui, antes da apresentação do artigo.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE ARTÍCULOS

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

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

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

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

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

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

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

EVALUATION CRITERIA AND SELECTION OF ARTICLES

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

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

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

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

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

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

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

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO E SELEÇÃO DE ARTIGOS

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

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

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

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

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

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

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

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

Editorial

Reflexiones y emociones a propósito de las VIII Jornadas Internacionales de Cultura de los Cuidados

Reflections and emotions regarding the VIII International Conference on Care Culture

Reflexões e emoções sobre a VIII Conferência Internacional sobre Cultura de Cuidado

Luis Cibanal Juan

Profesor Honorífico de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Alicante

Cómo citar este artículo en edición digital: Cibanal Juan, L. (2019). Reflexiones y emociones a propósito de las VIII Jornadas Internacionales de Cultura de los Cuidados. Cultura de los Cuidados (Edición digital), 23(54). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.54.01>

Correspondencia: Luis Cibanal Juan. Departamento de enfermería. Universidad de Alicante. 03080 Alicante

Correo electrónico de contacto: luis.cibanal@ua.es

Recibido: Editorial invitada; Aceptado: Editorial invitada



ABSTRACT

Author synthesizes the essential aspects that have characterized the VIII International Conference on the Culture of Care, with the purpose of analyzing the phenomenon of gender violence and female genital mutilation from a historical phenomenological, anthropological and social perspective.

Keywords: Culture of care, female genital mutilation, gender violence.

RESUMO

O autor sintetiza os aspectos essenciais que caracterizaram a VIII Conferência Internacional sobre a Cultura do Cuidado, com o objetivo de analisar o fenômeno da violência de gênero e mutilação genital feminina sob uma perspectiva histórica, fenomenológica, antropológica e social.

Palavras-chave: Cultura do cuidado, mutilação genital feminina, violência de gênero.

RESUMEN

El autor sintetiza los aspectos esenciales que han caracterizado las VIII Jornadas Internacionales de Cultura de los Cuidados, siendo destacable el propósito de analizar el fenómeno de la violencia de género y la mutilación genital femenina desde una perspectiva histórica fenomenológica, antropológica y social.

Palabras clave: Cultura de los cuidados, mutilación genital femenina, violencia de género.

El Departamento de Enfermería de la Universidad de Alicante, en colaboración con la Consellería de Educación, Universidades y Cultura de la Generalitat Valenciana y el Colegio de Enfermería de Alicante, ha celebrado sus VIII Jornadas Internacionales de Cultura de los Cuidados. El lema de las jornadas ha sido “Violencia de Género, Mutilación Genital Femenina y Cuidados de Salud”.

Ante todo creo necesario que conviene señalar y recalcar la riqueza y consecución de los objetivos que se habían fijado para dichas jornadas, como son:

- Promover la reflexión y el debate entre profesionales de la salud y sociales sobre las diferentes concepciones de educación y cuidados de salud con el fin de afrontar la violencia de género y la mutilación genital femenina.
- Analizar el fenómeno de la violencia de género y la mutilación genital femenina desde una perspectiva histórica fenomenológica, antropológica y social.
- Conocer las vivencias experimentadas por mujeres que lo han padecido.
- Establecer los factores que facilitan o dificultan dichas prácticas.
- Implicar a las mujeres que lo han sufrido, facilitando su participación y empoderamiento en la lucha activa contra estas prácticas.
- Potenciar la comunicación transcultural entre mujeres que han padecido violencia de género y/o mutilación genital femenina.
- Contribuir al cambio de conocimientos, actitudes y habilidades de los profesionales de salud para facilitar el afrontamiento preventivo.
- Explorar los recursos políticos y sociales de los municipios,

comunidades y el país en la erradicación de dichas actividades.

Todo este programa se ha ido completando a través de las diversas ponencias-vivencias, historias de vida, expresadas, manifestadas, vividas por los/las diversos ponentes, los cuales nos han llevado a vivir y vibrar con lo más trascendente que tenemos los humanos, las emociones, los sentimientos...

Estas historias de vida nos han recordado cómo más de una vez los sufrimientos humanos, las heridas que hemos experimentado en el pasado se han convertido en el motor que nos ha ayudado a ir superándonos poco a poco, avanzando, creciendo.

Nos han recordado que cuando tú prestas tu atención, centrada completamente en el otro, entonces realizas lo que decía Carl Rogers, ves el mundo a través de los ojos del otro y no de los míos. Cuando haces esto la mente no puede seguir contaminándote con sus ruidos, empiezas a ver cosas en la otra persona que haces que lo que antes era distinto y distante pueda tener ahora la condición de distinto pero no de distante. Cuando con humildad haces este vacío a base del silencio, es decir de no juzgarle, criticarle, compararle, sino sencillamente de abrirte a entender su mundo, estando abiertos a escuchar y tratar de comprender cómo las diversas culturas han ido construyendo su realidad, y por tanto la forma social y cultural de ser aceptada o marginada por la sociedad, entonces tomamos conciencia de que si las palabras salen de la boca solo llegarán a los oídos de la persona que escucha, pero si las palabras salen del corazón, de la empatía realizada con verdadera autenticidad, no con la

aparición de parecer empáticos, sin serlo, entonces también llegarán al corazón de quien las escucha. Si hablamos desde el corazón, desde las experiencias que para nosotros fueron transformadoras, estamos invitando a nuestro receptor a que haga su propia reflexión sobre aquello en lo que se siente identificado.

Todo esto nos lleva a tomar conciencia de cómo las personas (los profesionales de la salud) nos agredimos continuamente con las palabras y no somos conscientes de ello, ya que pocas veces nuestro interlocutor se atreve a manifestar en alto lo que están sintiendo en los momentos en los que se han visto o sentido heridas.

Cuidar mucho la forma en la que nos comunicamos, pues con frecuencia nos da lo contrario de lo que queremos, porque una misma palabra puede ser percibida por quien la escucha de forma muy negativa, bien sea por lo que le evoca esa palabra, por el tono, por la arrogancia en la forma de decirlo etc.

Escuchando a las diversas ponentes y participantes, he llegado a la conclusión de que: Cuando en la relación estoy centrado en mí mismo, dejo de ver a la persona que tengo enfrente y ese ser humano deja de ser un fin en sí mismo para convertirse en un medio para yo lograr algo. Por tanto solo él va a ser el centro e intentaré contribuir en lo que pueda a hacer su vida más plena y feliz. Debo de tomar conciencia de hasta qué punto nuestra mente hace juicios lo cual me aparta de los demás porque me impido querer y aceptar a los demás como son y no como yo considero que han de ser. Recordemos que nadie que se sienta juzgado puede tener deseo de conectar con el que le juzga.

Escuchando las historias de vida me hace tomar conciencia de cuidar que nuestro

encuentro con el otro no sea por cumplimiento. Cumplimiento *cumpro y miento*, es decir, que hago lo que tengo que hacer, pero sin ganas, solo porque me siento obligado, porque me he comprometido a ello. Cuando una persona se siente frente a otra y está allí por cumplimiento no hay lugar para la revelación y la magia del encuentro, y nuestro interlocutor lo captará, por lo que la relación en profundidad no se dará. Se trata de estar abiertos a cambiar e intercambiar información, a aceptar las diferencias, a empatizar de manera auténtica con esa persona, a conectar de verdad con otro ser humano que igual que nosotros tiene sentimientos necesidades, una historia de vida que le ha marcado y que quiere que comprendamos y respetemos como también quisiéramos que hicieran con nosotros. *“Cuando yo me siento con alguien nunca permito que la preocupación se siente conmigo”*. Esto quiere decir, que cuando me siento con alguien preocupado por lo que tendría que haber hecho o lo que debería hacer, una parte de la otra persona, a un nivel inconsciente y, sin embargo real, lo capta y le impide abrirse, confiar y descubrir. Cuando nos salimos del papel que se supone que deberíamos jugar, encontramos lo que da alas a nuestra libertad. Es entonces cuando se produce el encuentro no entre papeles, sino entre personas.

Algunos autores que han estudiado en profundidad la relación humana, dicen que en una relación o conversación, uno de los elementos clave relacionado con el impacto que causamos en la otra persona es el tono de voz. Las personas somos muy sensibles al tono de voz, porque al fin y al cabo refleja el estado emocional de la persona que está hablando.

La parte prefrontal del hemisferio derecho es el lugar desde el que se activan las

emociones negativas y, además donde se captan los matices de la voz que reflejan de forma sutil la emocionalidad con la que se dicen las palabras; el tono de nuestra voz ya afecta al estado emocional de quien nos escucha antes incluso de que se haya interpretado el mensaje emitido. Esto quiere decir, en otras palabras, que el tono con el que decimos las cosas puede tener mucho más impacto en nuestros destinatarios que las palabras que usamos y, por tanto, que el mensaje que queremos transmitir. Por mi propia experiencia he notado, que el día que estoy más tenso, independientemente del motivo, tiendo a ser en exceso sensible con los comentarios que se me hacen y me resulta fácil encontrar provocaciones en lo que son simples diálogos. Ello implica que nuestro estado emocional es crucial para determinar el impacto que un mensaje tiene en nosotros.

Recordemos que en las relaciones la mayoría de las “provocaciones” que nos hacen no tienen la intención de herirnos. Muchas de ellas solo ponen a prueba la solidez de nuestros vínculos. Detrás de estas aparentes “provocaciones” no pocas veces hay una petición de ayuda que para nosotros es muy difícil de captar y comprender. Desde una reacción de ataque huida o bloqueo no se hace posible crear el puente que conecte ambos mundos. Mientras entremos en el juego de ver quien tiene más razón, si nosotros o nuestros interlocutores, no podremos conectar. Hemos sido entrenados de manera sostenida en ese juego y por eso se nos da tan bien.

Ante ciertas palabras o comentarios que nos puedan parecer “provocaciones” nuestra estrategia será efectiva si vamos por una parte provista de una pregunta que intente sondear en el sentir de la otra persona y por otra con un compromiso hacia

nosotros mismos de **escuchar sin interrumpir, sin argumentar, sin contraatacar, aunque no nos guste oír lo que nos dice**. Lo peor que puedo hacer para crear una conexión con otro ser humano es defenderme o contraatacar cuando oigo lo que no me gusta oír. Debemos de tratar de “explorar” el porqué de sus provocaciones, y ver lo que hay detrás de ellas. Aunque no lo entendamos y muchas veces no lo compartamos, hay siempre una causa, una razón oculta por la cual las personas actuamos como lo hacemos. La clave para conectar no es juzgar, sino primero preguntar y segundo escuchar. Preguntar como aquellos que de antemano reconocen no saber la respuesta y escuchar como quienes saben que hay algo nuevo por descubrir y por aprender.

Hay que mostrar sinceridad y autenticidad a la hora de expresar lo que uno siente, así como la voluntad y el compromiso para intentar entender las causas profundas que existen detrás de lo que se siente.

Tratar al otro como si de verdad se le quisiera, con la misma calidez que me gustaría que me trataran a mi. Eso es lo que va a garantizarnos la paciencia, la persistencia, la humildad y la serenidad que son necesidades para escuchar a quien se encuentra esclavizado por la ira, la frustración o el resentimiento.

Cuando uno lleva puesto ese traje de “experto” que nos hace pensar que lo sabemos todo, que lo comprendemos todo y que no hay nada nuevo que aprender, dejamos de escuchar a los demás. No tiene sentido escuchar a otra persona si ya creemos que lo sabemos todo. Esa falta de interés, la siente y la vive la otra persona como una falta de respeto y es la que imposibilita que se pueda crear un vínculo basado en la confianza.

Recordemos lo difícil que es para los seres

humanos expresar las emociones. Las emociones que más vergüenza nos da expresar son el miedo y la tristeza, que cuando no se expresan son transmutadas en resentimiento, que es el origen de nuestra ira. Muchas veces esa tristeza es por sentirnos solos, no aceptados, o juzgados por los otros.

Muchas veces creemos que lo que percibe una persona durante una conversación es **aquello que oímos que decimos y no aquello que sentimos mientras hablamos.**

Cuando uno pregunta y escucha, la otra persona se siente valorada, se siente respetada, y puede empezar a confiar. El vínculo más importante que necesitamos crear es el de la confianza, porque si ella está presente, todo se vuelve posible. Cuando confiamos en alguien, sabemos que podemos hablarle de cualquier cosa, porque nos valora, no nos juzga, nos quiere por quienes somos y no por quienes aparentamos ser.

Muchas veces el verdadero problema para no conectar con el otro, es presentar nuestro punto de vista como verdad irrefutable mediante argumentos, investigaciones, etc. Cuando uno hace esto, deja de tener humildad y se vuelve arrogante aunque intente disimularlo. Ni el mejor maquillaje del mundo puede disimular cómo nos sentimos y eso, queramos o no, se transmite. La otra persona lo capta y reacciona. Para conectar no es necesario estar de acuerdo con la otra persona, lo que sí es necesario es intentar comprender desde qué punto de vista, desde qué perspectiva esa persona contempla la realidad. Recordemos que lo que está claro para mí solo lo está para mí, y que la realidad no existe, cada uno contempla, vive siente, experimenta la realidad condicionada por sus muchos filtros personales, sociales, familiares, culturales, valores, etc. La humildad

simplemente nos dice que solo tenemos acceso a un punto de vista y no a la realidad en su conjunto y menos a la que contempla la otra persona, y que, por tanto, si queremos conectar y comprender, necesitamos preguntar y escuchar. Es de esta manera, como podemos recibir nuevas perspectivas, nuevos descubrimientos y sorprendentes aprendizajes. Muchas veces lo esencial no es convencer, sino comprender. Cuando uno consigue comprender, es cuando se puede conectar y una vez que se ha producido el encuentro, todo resulta ya posible.

Escuchando a las diversas ponentes observo que con frecuencia no solemos hablar de hechos, sino emitir juicios y pensar que la otra persona nos va a entender. La observación atenta muestra que cuando la otra persona oye un juicio por objetivo que nos parezca, deja automáticamente de escuchar, contraataca o se pone a la defensiva. Por todo ello, **es esencial buscar hechos y no emitir juicios por verdaderos que nos parezcan o como defensa cuando nos sentimos heridos.** Es importante comprender que cuando nosotros en lugar de enjuiciar buscamos hechos, que cuando en lugar de rechazar o de negar nuestras emociones las aceptamos, lo que simplemente quiere decir que reconocemos que existen, aunque puedan no gustarnos, toda nuestra emocionalidad empieza a cambiar y nosotros que en ese momento estábamos “enajenados”, empezamos a reequilibrarnos y con ello estabilizan tanto nuestro tono de voz como nuestros gestos, que tienen un impacto tan grande en el proceso de comunicación.

Las experiencias escuchadas nos confirman que cuando la otra persona escucha las necesidades que se le manifiestan, la mayor parte de las veces se queda descolocada y perpleja porque nunca

se le había pasado por la cabeza que aquello fuera tan importante para él o ella. Esto es simplemente una observación de hasta qué punto nuestra comunicación no incluye ni sentimientos ni necesidades. De alguna manera confundimos las cosas y creemos que pedir ayuda es un signo de debilidad, en lugar de una muestra clara de humildad, claridad, compromiso y fortaleza, de que necesitamos que el otro nos ayude a comprender y saber cómo actuar. Solo el que tiene claro la importancia de algo y necesita que lo ayuden suele ser capaz de manifestarlo.

Muchas actitudes de los demás son incomprensibles para nosotros y, sin embargo, tienen mucho sentido para ellas. Escuchar no implica ni precisa estar de acuerdo, simplemente pretende comprender para conectar.

Cualquier enfrentamiento entre personas no es un conflicto entre sus naturalezas, sino entre sus formas de ver las cosas, los patrones de referencia, sus paradigmas. Para entender las opiniones de una persona es importante conocer cómo se formó esa forma de ver las cosas. Sólo así puede uno valorar cosas que a priori parecen insignificantes, o incluso aberrantes, pero que para la otra persona no lo son.

Concluyo con algunos de los correos recibidos por algunas participantes en dichas jornadas:

“... pude sentir la grandeza de nuestros ponentes y las emociones que se vivieron”.

“... Ha sido un trabajo muy emocionante y un gran aprendizaje, porque a veces creemos que vamos a aportar cosas cuando en realidad nos damos cuenta, o al menos a mí me ha pasado, que he recibido mucho más. Vuelvo llena de todo lo que me habéis aportado todas las

personas a las que he conocido gracias a este proyecto. Empezando por las mujeres de los grupos de trabajo, las discentes, las compañeras de Facultad, las doctorandas, la academia, y muy especialmente quiero agradecer el trabajo de Carmen Solano, que ha sido el corazón y las manos, para coordinar y estar pendiente de que todo saliera a la perfección, junto al profesor Siles, al que emplazo a que siga liderando este proyecto u otros en esta misma línea. Y cómo no agradecer que he podido conocer también a las grandes mujeres activistas (Fatima, Cadi, Aisha, Adriana y Lourde) que son un ejemplo en la lucha contra una de las formas más crueles de violencia contra las mujeres y niñas, la mutilación genital.

Ha sido para mí un lujo y un honor formar parte de este grupo y estoy segura que seguiremos trabajando para conseguir erradicar la MGF”.

“... Remarcaría la intensidad a nivel emocional y la capacidad de l@s diferentes ponentes para compartir sus conocimientos y experiencias”.

“... Me llena de alegría leer estos correos y saber que las jornadas tuvieron un impacto tan grande”.

“Todo el mundo ha hecho un trabajo importante, aportando lo que podía ofrecer, y eso ha dado lugar a un resultado emotivo y memorable que ha llegado hasta el corazón de las personas asistentes.

Así que, enhorabuena por mi parte también”.

“Espero que la organización de las próximas jornadas pueda tener aún más éxito y reunir muchas más personas en este espacio de inspiración y promotor del cambio hacia un mundo sin MGF”.

Fenomenología

Integralidad del ser humano y el cuidado en el proceso salud-enfermedad

Integrality of the human being and the care in the health-disease process

Integralidade do ser humano e o cuidado no processo saúde-doença

Iara Micheline Pereira Correa¹, Elisabete Agrela de Andrade², Gina Andrade Abdala³, Maria Dyrce Dias Meira⁴

¹Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde do Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP/SP). Correo electrónico: iara.correa@osacsc.org.br

²Psicóloga. Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Docente Programa de Mestrado em Promoção da Saúde e da graduação em Psicologia no Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP/SP) e da graduação em Psicologia. Correo electrónico: elisabeteagrela1@gmail.com

³Enfermeira. Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – EEUUSP. Docente do Programa de Mestrado Promoção da Saúde e da graduação em enfermagem no Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP/SP). Correo electrónico: ginabdala@gmail.com

⁴Enfermeira. Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – EEUUSP. Docente do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde do Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP/SP). Correo electrónico: dyrcem@yahoo.com.br

Cómo citar este artículo en edición digital: Correa, I. M. P., Andrade, E. A., Abdala, G. A. & Meira, M. D. D. (2019). Integralidad del ser humano y el cuidado en el proceso salud-enfermedad. Cultura de los Cuidados (Edición digital), 23 (54). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.54.02>

Correspondencia: Estrada de Itapeperica 5859, Jd IAE, C.P. 05858-001; tel. 11 973161029; São Paulo – SP

Correo electrónico de contacto: dyrcem@yahoo.com.br

Recibido: 22/12/2018; Aceptado: 15/04/2019



ABSTRACT

Introduction: Integrality is associated with the various dimensions of life, considering the tangible and subjective

aspects related to the complex unity of the human being.

Objective: To promote a critical reflection on the integrality of the human being, in the

scope of care, as the essence of health practices.

Method: This is a study developed as a reflective essay that approached care in an existential philosophical perspective, aiming at integrality for health promotion.

Development of the theme: Human care, understood as much more than doing or providing care, is projected beyond duty and becomes care and compassion. It covers attitudes that should be part of the analysis and critical reflection of professionals working in the health area.

Conclusion: The recovery of integrality in the health care provided during the practice requires a reflexive posture of the health professional in order to value all the dimensions of the human being, including the spiritual one.

Keywords: Integrality in health, nursing care, health promotion.

RESUMO

Introdução: A integralidade se associa à várias dimensões da vida, considerando os aspectos tangíveis e subjetivos conexos à complexa unidade do ser humano.

Objetivo: Promover uma reflexão crítica sobre a integralidade do ser humano, no âmbito do cuidado, como essência das práticas de saúde.

Método: Estudo desenvolvido como um ensaio reflexivo que abordou o cuidado em uma perspectiva filosófica existencial, visando a integralidade para a promoção da saúde.

Desenvolvimento do tema: O cuidado humano, entendido como muito mais do que fazer ou prestar assistência, projeta-se para além do dever cumprido e torna-se solicitude e compaixão. Abrange atitudes que devem fazer parte da análise e da reflexão crítica dos profissionais que atuam

na área da saúde.

Conclusão: O resgate da integralidade no cuidado prestado, durante a prática assistencial, requer uma postura reflexiva do profissional de saúde no sentido de valorizar todas as dimensões do ser humano, incluindo a espiritual.

Palavras chave: Integralidade em saúde, cuidados de enfermagem, promoção da saúde.

RESUMEN

Introducción: La integralidad está asociada diversas dimensiones de la vida, considerando los aspectos tangibles y subjetivos asociados a la compleja unidad del ser humano.

Objetivo: Promover una reflexión crítica sobre la integralidad del ser humano, en el ámbito del cuidado, como esencia de las prácticas de salud.

Método: Este estudio fue desarrollado como un ensayo reflexivo que aborda el cuidado en una perspectiva filosófica existencial, visando la integralidad para la promoción de la salud.

Desarrollo del tema: El cuidado humano, entendido como mucho más que hacer o prestar asistencia, se proyecta más allá del deber cumplido y se convierte en solicitud y compasión. Abarca actitudes que deben formar parte del análisis y de la reflexión crítica de los profesionales que actúan en el área de la salud.

Conclusión: El rescate de la integralidad en el cuidado prestado, durante la práctica asistencial, requiere una postura reflexiva del profesional de salud en el sentido de valorar todas las dimensiones del ser humano, incluyendo la espiritual.

Palabras clave: Integralidad en salud; atención de enfermería; promoción de la salud.

INTRODUÇÃO

Objetivou-se com este ensaio realizar uma reflexão crítica sobre a Integralidade do ser humano e o processo de saúde-doença, abrangendo o cuidado como essência das práticas de saúde. Em seu contexto buscou-se a coerência das argumentações, do seu significado e da aplicação nas políticas públicas de saúde do Brasil.

Em outros termos, trata-se de entender os aspectos da natureza humana que se encontram imbricados no conceito de Integralidade, sem os quais, não há como trilhar os saberes filosóficos que orientam o cuidado como objeto de trabalho dos que se empenham em promover a saúde em um contexto de realidade.

Neste sentido, buscou-se ampliar a compreensão da temática, destacando o papel da dimensão da espiritualidade que, por vezes, tem sido deixada em segundo plano, mesmo sendo considerada um aspecto essencial para que a integralidade aconteça de forma efetiva no cuidado.

MÉTODO

Trata-se de um ensaio reflexivo, desenvolvido em uma perspectiva filosófica existencial, que buscou ampliar o conceito de Integralidade no âmbito do cuidado e da prática assistencial.

O estudo partiu dos aspectos conceituais da integralidade e dos desafios da sua aplicabilidade frente a singularidade e subjetividade de cada pessoa (Arendt, 2010), abrangendo o cuidado em sua natureza epistemológica que envolve todas as dimensões do ser humano. Amparado em Boff (2004), que fundamenta suas premissas ontológicas na mitologia, o estudo buscou refletir na essencialidade do cuidado para garantir e dar significado à vida em toda a sua amplitude.

DESENVOLVIMENTO DO TEMA

A integralidade consta como o segundo princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) implantado no Brasil e é entendida como um conjunto articulado e contínuo de serviços e ações de prevenção e recuperação da saúde exigidos para cada caso, visando o indivíduo e a coletividade em todos os níveis de complexidade do sistema assistencial. No capítulo II das diretrizes do SUS, Lei 8080/90, a integralidade foi mencionada como um princípio que norteia o livre arbítrio, as questões éticas e o respeito pela individualidade, valorizando e entendendo as questões culturais e multidimensionais (Brasil, 1990).

Neste sentido, Arendt (2010, p.119), preconiza que:

“Sendo cada homem um indivíduo singular, no nascimento algo singularmente novo vem ao mundo. O nascimento ou a “natalidade” funda a capacidade de agir e de iniciar algo novo, algo que se renova e traz consigo a persistente novidade e a imprevisibilidade afirmando assim sua singularidade. Neste aspecto, os homens não são politicamente seres para a morte, mas permanentes afirmadores da singularidade que o nascimento inaugura”.

Essas características definem a especificidade do ser humano que contemplam uma pluralidade de seres únicos, expostos uns aos outros, em contexto social e histórico. Considera-se nessa inter-relação as fragilidades essenciais de toda uma vida submetida a um mundo em que a vulnerabilidade e a efemeridade precedem a própria existência do indivíduo e condicionam o agir de modo intencional que se transforma constantemente (Arendt, 2010).

Ainda, segundo Arendt (2010, p.119) a vida é entendida como:

“[...] um processo em que toda parte consome

a durabilidade, desgasta-a e a faz desaparecer, até que finalmente a matéria morta, resultado de processos vitais pequenos, singulares e cíclicos, retorna ao gigantesco círculo global da natureza, onde não existe começo nem fim e onde todas as coisas naturais voltiam em imutável e infundável repetição. 'A vida é o ciclo das espécies marcado do nascimento à morte, plena de eventos que ocorrem em um mundo afirmando a singularidade de cada um''.

A integralidade de cada pessoa pode ser compreendida através dos aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Desta forma, o cuidar ou prestar assistência adquire um caráter individualizado, com a valorização das interações entre os que cuidam e os que recebem os cuidados, construindo vínculos e promovendo um projeto terapêutico mais acolhedor com vistas à complexidade humana (Paim, 2010).

Essa temática tem sido frequente em pesquisas com reconhecida inserção na prática assistencial devido ao seu ideal regulador pois, entre os princípios que constituem as Diretrizes do SUS, a integralidade se destaca por indicar o resgate das dimensões subjetivas e psicossociais do saber em saúde, norteando o cuidado cotidiano (Wenceslau, 2014).

Nessa perspectiva, a integralidade passa a ser interpretada como uma noção polissêmica, e um valor a ser defendido e sustentado pelo Estado, como um dos princípios do SUS, passando a englobar diversas dimensões do cuidado como: acesso, qualidade da assistência à saúde e as relações interpessoais, considerando cada pessoa em sua totalidade incluindo os aspectos bio-psicológicos, sociais e espirituais (Paim, 2010).

A proposta de Integralidade na saúde surge no Brasil, inicialmente como uma prática médica, na qual as ações de promoção da saúde se misturam com outras

práticas da conduta médica como o diagnóstico precoce de doenças, limitação de danos, controle das doenças adquiridas, assim como a reabilitação. Essas propostas aos poucos vão se estruturando e se diferenciando, levando ao surgimento do movimento que se estabeleceu após a lei 8.080/90, com a criação do Sistema Único de Saúde (Paim, 2010).

Valorizar o cuidado integral como uma dimensão essencial da existência humana deve permear todas as experiências e práticas assistenciais. Ressalta-se que não há uma fórmula aplicada igualmente a todos os humanos, porque cada um é uma criatura única e individualizada, em sua essência. Assim, o significado do cuidado adquire uma dimensão ontológica constituída no modo de ser, singular do humano (Boff, 2004, p. 45).

Para demonstrar a essência do cuidado, conta-se uma fábula-mito sobre o cuidado essencial, conhecida como a “fábula de Higino. O autor desta fábula foi um homem grego escravizado pelo império romano, mas, por ser um homem muito culto, acabou sendo liberto pelo imperador romano Augusto (27 a. C. até 14 d. C.) e foi nomeado diretor da Biblioteca Palatina, dando-lhe a oportunidade de escrever vários livros sobre os deuses Gregos e as pessoas ilustres da Cidade de Roma. Entre esses livros, destaca-se um sobre as Fábulas e Genealogias que reuniram cerca de 300 fábulas e mitos da tradição grega e latina. Um desses mitos citado por Rocha (2011) chama a atenção, pela simplicidade e beleza do conteúdo, a fábula de n.º 220 sobre a “Cura”, traduzida para o português como “Cuidado”.

A fábula de Higino é para alguns estudiosos, como Leonardo Boff, uma fábula-mito, pois, em sua dimensão simbólica, o mito revela uma forma de compreensão e de inteligibilidade, diferente

daquela elaborada pelo nosso conhecimento tradicional, racional e filosófico, utilizando os símbolos e metáforas para elaborar histórias que traduzam uma determinada realidade (Rocha, 2011).

Essa fábula, conhecida como o “Mito de Higino” é descrita por Boff (2004, p. 46) em um contexto carregado de significados quanto à integralidade do ser humano:

“Ao atravessar um rio, Cuidado viu uma porção de barro e teve uma ideia. Tomou o barro e começou a dar-lhe forma. Enquanto olhava o que havia criado, apareceu Júpiter. Cuidado pediu então para que Júpiter soprasse espírito nele, o que fez de bom grado.

Entretanto, quando Cuidado resolveu dar um nome à criatura, Júpiter o proibiu. Exigiu que fosse dado seu nome, pois o sopro de vida transformou aquela criatura em um ser vivente. Enquanto os dois discutiam, surgiu um terceiro personagem, a terra, que após descobrir o motivo da discussão, também queria denominar a criação, entendendo que havia sido feita de barro, material do seu corpo.

Finalmente, para dar fim à disputa, pediram a Saturno que funcionasse como árbitro. E a decisão foi a seguinte: Júpiter deu-lhe o espírito e receberá de volta por ocasião da morte dessa criatura. Terra deu-lhe o corpo e também o receberá de volta após a morte. Mas como Cuidado foi o primeiro a moldar esse ser, ficará sob seus cuidados enquanto ela viver. Sendo seu nome Homem, feito de húmus que significa terra fértil”.

Siles González e Solano Ruiz (2007) utilizaram o aporte epistemológico da fábula de Higino para, com base na fenomenologia de Heidegger (2000), resgatar os conceitos de “cuidado” e “cura” que, em um enfoque filosófico e holístico, se integram de forma indissociável e dão sentido à existência humana desde o nascimento até a morte.

Seguindo essa linha de interpretações

filosóficas, Queirós (2015) discorre sobre a construção do conceito de cuidado partindo do cuidado de si mesmo como essencial a vida humana, para então se instituir como cuidado do outro. Ampliando suas considerações propõe uma reflexão sobre a grandeza do seu significado no contexto das práticas do enfermeiro que passa a ser entendido como “cuidado integral”.

A maneira como os profissionais de saúde lidam e incorporam as atividades de rotina, prestando cuidados, pode fazer com que o cuidar adquira um enfoque tecnicista, no qual se perde as características como a afetividade, o envolvimento, a compaixão e a visão de que aquela “pessoa” que está sendo cuidado é dona de uma história de vida única e de necessidades singulares. O doente não deve ser caracterizado pela doença ou tratamento, mas sim como uma pessoa que antes de todas essas circunstâncias possui valores e crenças próprias. Com essa visão em mente, o cuidado vai muito além do dever cumprido, ele é projetado para a essência do corpo humano, pois considera-o na integralidade do ser (Machado, 2016).

Acerca da importância essencial do cuidado, Boff (2004, p. 89) preconiza que:

“[...] do ponto de vista existencial, o cuidado se acha a priori, antes de toda atitude e situação do ser humano, o que sempre significa dizer que ele se acha em toda atitude e situação de facto. Quer dizer, o cuidado se encontra na raiz primeira do ser humano, antes que ele faça qualquer coisa. E, se fizer, ela sempre vem acompanhada de cuidado e imbuída de cuidado”.

Para o mesmo autor supracitado, “compreender a subjetividade do ser humano torna-se essencial para o processo do cuidar que se traduz na solicitude, zelo e bom trato”. Essas são consideradas atitudes

fundamentais do modo de ser humano, em que cada um deve sair de si mesmo e centrar-se no outro com desvelo e solicitude (Boff, 2004, p. 90).

Assim, compreendendo a amplitude e a sincronia das dimensões física, mental e espiritual do ser humano, torna-se importante refletir sobre o papel da espiritualidade em um cuidado que pretende alcançar a integralidade.

Nesse contexto, destaca-se um estudo com 40 usuários da Atenção Básica no Brasil, no qual os resultados demonstraram que, apesar da falta de médicos e da demora para marcação de consultas e exames diagnósticos, os pacientes estavam satisfeitos com o cuidado humanizado que recebiam. Porém, na visão deles, deveria haver “maior comprometimento dos profissionais de saúde em buscar a efetividade de ações contínuas para se promover a integralidade do cuidado em saúde” (Santos *et al.*, 2016, p. 3).

O cuidar, segundo as teorias da enfermagem, deve acontecer de forma humanizada e integral, não apenas a assistência dos aspectos biológicos, mas também psicossociais e espirituais do ser humano. Os autores sugerem o resgate da integralidade, da humanização, e da unicidade, incluindo a dimensão da espiritualidade como aglutinadora do potencial humano de cuidar (Salviano *et al.*, 2016).

Sobre o “cuidar da integralidade” do ser, em reflexão crítica envolvendo enfermeiros, Santos *et al.* (2012) afirmaram que o cuidado integral acontece quando todas as dimensões recebem uma atenção holística. O corpo, a alma e o espírito precisam ser vistos de forma integrada para receberem o enfoque adequado. Corroborando com este enfoque destaca-se um estudo com 101 pacientes de uma clínica médica, no qual

84,2% dos participantes acreditavam que cuidar da saúde é também assistir o paciente nas suas necessidades espirituais/religiosas (Oliveira *et al.*, 2013).

Destaca-se ainda um estudo de revisão conduzido por Simão-Miranda *et al.* (2017) que buscou identificar na literatura estudos que abordavam as atividades de enfermagem envolvendo o cuidado espiritual a pacientes adultos com câncer. Entre os oito artigos analisados constam três artigos experimentais ou quase experimentais cujo nível de evidência foi de II e III. Concluiu-se nesse estudo que deveria haver maior investimento em promover atividades de ensino que estimulem a visão de integralidade do ser humano. Registraram, também, que deveriam ser realizados mais estudos de ensaio clínico para evidenciar a contribuição desse enfoque na prática assistencial.

Vale registrar, ainda, um importante estudo de intervenção educativa, conduzido por Koenig, Perno e Hamilton (2017), aplicada a médicos clínicos e outros profissionais de instituições de saúde confessionais Adventista do Sudeste dos Estados Unidos da América (EUA). A pesquisa evidenciou a importância das ações assistenciais voltadas ao atendimento das necessidades espirituais dos pacientes. Os autores concluíram que programas educacionais são essenciais para mudar a atitude dos profissionais de saúde no que diz respeito a um envolvimento apropriado e sensível no cuidado a ser prestado, abrangendo a integralidade do ser humano.

CONCLUSÃO

A integralidade do cuidado apresenta-se como um constructo capaz de estabelecer relações mais concretas e plenas entre pacientes e equipe de saúde, rumo ao

horizonte, no qual se percebe e se valoriza aspectos humanos inerentes às dimensões envolvidas no cuidado, incluindo a espiritualidade.

Esta reflexão possibilitou compreender que o sentido do cuidado vai muito além da execução de tarefas desenvolvidas no cotidiano do trabalho em saúde. Ele é a essência do ser humano e todos que fazem do cuidado integral o âmago da sua profissão precisam se apropriar da abrangência desse conceito.

Atitudes positivas como a compaixão, solicitude e disponibilidade são aspectos imbricados no cuidado e que devem fazer parte da análise e reflexão dos profissionais que atuam na área da saúde e pretendem o resgate da integralidade do ser humano na prática assistencial.

BIBLIOGRAFÍA

- Arendt, H. (2010). *A Condição Humana*. 11.ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária
- Boff, L. (2004). *Saber e Cuidar: Ética do humano - Compaixão pela terra*. 11.ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes 11.ª edição. Pg. 45, 46, 55.
- Brasil. Casa Civil (1990) Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/civil_03/Leis/L8080.htm.
- Heidegger, M. (2000). *El ser y el tiempo*. Fondo de Cultura Económica, Madrid.
- Koenig, H. G., Perno, K., Hamilton T. (2017). Effects of a 12-month educational intervention on outpatient clinicians' attitudes and behaviors concerning spiritual practices with patients. *Advances in Medical Education and Practice*, 2017(8), 129-139. Recuperado de <https://doi.org/10.2147/AMEP.S125352>.
- Machado, E.R., Soares, N.V. (2016). Humanização em UTI: sentidos e significados sob a ótica da equipe de saúde. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*; 6(3), 2342-2348. Recuperado de <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/artic le/view/1011/1167>.
- Oliveira, G.R., Fittipaldi Neto, J., Salvi, M.C., Camargo, S. M., Evangelista, J. L. y Espinha, D.C.M. y Lucchetti, G. (2013). Saúde, espiritualidade e ética: a percepção dos pacientes e a integralidade do cuidado. *Revista Brasileira de Clínica Médica*, 11(2), 140-144. Recuperado de <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n2/a3566.pdf>.
- Paim, J. S. y Silva, L. M. V. (2010). Universalidade, integralidade, equidade e SUS. *BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso)*, 12(2), 109-114. Recuperado de <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=ci arttext&pid=S1518-18122010000200002&lng=pt&tlng=pt>.
- Queirós, P. J. P. (2015). Cuidar: da condição de existência humana ao cuidar integral profissionalizado. *Revista Enfermagem Referência*, 4(5), 139-146. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14079>.
- Rocha, Z. (2011). A ontologia Heideggeriana do cuidado e suas ressonâncias clínicas. *Síntese: Revista de Filosofia*, 38(120), 71-90. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.20911/21769389v38n120p71-90/2011>.
- Salviano, M. E. M., Nascimento, P. D. F. S., Paula, M. A., Vieira, C. S., Frison, S. S., Maia, M. A., Souza, K. V. y Borges E. L. (2016). Epistemologia do cuidado de enfermagem: uma reflexão sobre suas bases. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(6), 1240-1245. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n6/0034-7167-reben-69-06-1240.pdf>.
- Santos, D. C., Pinto, D. M. T., Abdala, G. A. y Meira, M. D. D. (2016). Percepção de usuários da Atenção Básica acerca da produção do cuidado. *Lecturas: Educación Física y Deportes, Revista Digital*, 21(220), 1-4. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/308724525_Percepcao_de_usuarios_da_atencao_basica_acerca_da_producao_do_cuidado Perception of users of primary care about healthcare production.
- Santos, I., Caldas, C. P., Erdmann, A.L., Gauthier, J. y Figueiredo, N. M. A. (2012). Cuidar da integralidade do ser: perspectiva estética/sociopoética de avanço no domínio da enfermagem. *Revista de Enfermagem da UERJ*, 20(1), 9-14. Recuperado de <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/3967/2750>.
- Siles González, J., Solano Ruiz, M. C. (2007) El origen fenomenológico del "cuidado" y la importancia del concepto de tiempo en la historia de la enfermería. *Cultura de los cuidados*, 11(21), 19-27. Recuperado de <https://doi.org/10.14198/cuid.2007.21.04>.

- Simão-Miranda, T. P., Monteiro, L. A., Carvalho, C. C., Cordeiro, L. A. M., Chaves, E. C. L. y Leite, M. A. C. (2017). La dimensión espiritual en el cuidado de las personas con cáncer: una revisión integradora. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 21(47), 14-21. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2017.47.02>.
- Wenceslau, L. D., Rohr, F., y Tesser, C. D. (2014).

Contribuições da medicina antroposófica à integralidade na educação médica: uma aproximação hermenêutica. *Interface (Botucatu)*, 18(48), 127-138. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0745>.

Bienestar Espiritual de los Estudiantes de Enfermería

Spiritual Well-Being of Nursing Students Bem-Estar Espiritual de Alunos de Enfermagem

Elizabeth Fajardo-Ramos¹, Angela María Henao-Castaño²

¹Profesora Titular. Facultad de Ciencias de la Salud Universidad del Tolima.
Correo electrónico: efajardo@ut.edu.co

²Profesora Asistente. Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia. Correo electrónico: angmhenaocas@unal.edu.co

Cómo citar este artículo en edición digital: Fajardo-Ramos, E. & Henao-Castaño, AM. (2019). Bienestar Espiritual de los Estudiantes de Enfermería. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 23 (54).
Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.54.03>

Correspondencia: Universidad del Tolima. Ibagué (Colombia)

Correo electrónico de contacto: efajardo@ut.edu.co

Recibido: 09/12/2018; Aceptado: 11/03/2019



ABSTRACT

Objective: To determine the spiritual wellbeing (BE) of nursing students in a public university in the department of Tolima, Colombia.

Method: Quantitative, descriptive, exploratory, cross-sectional study. Sampling at convenience constituted by 264 nursing students of a higher education institution of the city of Ibagué-Tolima, to whom the instrument SHALOM-3 was applied, to measure the spiritual well-being (dissonance and harmony) in the personal domains, transcendental, environmental and communal.

Results: The sample was constituted by women in 63.6% (168), singles 90% (238) and 65% (172) with ages between 16 and 21 years, of catholic religion 66.5% (175), with high Percentages in the levels of harmony between the domains, It is emphasized that the strategies that promote spiritual well-being in the students were the family, being happy, time to relax, music and spirituality

in life.

Conclusion: These findings could be used to lay the foundations for greater support in promoting the spiritual well-being of nursing students in areas in which they presented dissonance.

Keywords: Spiritual bell-being, SHALOM, nursing, student.

RESUMO

Objetivo: Determinar o bem-estar espiritual (BE) de estudantes de enfermagem em uma universidade pública do departamento de Tolima, Colômbia.

Método: Estudo quantitativo, descritivo, exploratório, transversal. amostra de conveniência composta por 264 estudantes de enfermagem de uma instituição de ensino superior na cidade de Ibagué Tolima, ao qual foi aplicado o instrumento SHALOM-3 para medir o bem-estar espiritual (dissonância e harmonia) nos domínios pessoais, transcendental, ambiental e comunal.

Resultados: A amostra foi constituída por mulheres em 63,6% (168), solteiros 90% (238) e 65% (172) com idades entre 16 e 21 anos, de religião católica 66,5% (175), com alta Percentagens nos níveis de harmonia entre os domínios, Ressalta-se que as estratégias que promovem o bem-estar espiritual nos alunos foram a família, ser feliz, tempo para relaxar, música e espiritualidade na vida.

Conclusão: Estes achados poderiam ser usados para estabelecer as bases para um maior apoio na promoção do bem-estar espiritual dos estudantes de enfermagem em áreas em que eles apresentavam dissonância.

Palavras chave: Bem-estar espiritual, SHALOM, enfermagem, estudante.

RESUMEN

Objetivo: Determinar el bienestar espiritual (BE) de estudiantes de enfermería en una universidad pública del departamento del Tolima, Colombia.

Método: Estudio cuantitativo, descriptivo, exploratorio, transversal. Muestreo a conveniencia constituido por 264 estudiantes de enfermería de una institución de educación superior de la ciudad de Ibagué- Tolima, a los cuales se les aplicó el instrumento SHALOM-3, para medir el bienestar espiritual (disonancia y armonía) en los dominios personal, trascendental, ambiental y comunal.

Resultados: La muestra fue constituida por mujeres en un 63.6% (168), solteros 90% (238) y el 65% (172) con edades entre 16 y 21 años, de religión católica 66,5% (175), con altos porcentajes en los niveles de armonía entre los dominios, se resalta que las estrategias que fomentan el bienestar espiritual en los estudiantes fueron la familia, estar feliz, el tiempo para relajarse, la música y la espiritualidad en la vida.

Conclusión: Estos hallazgos podrían utilizarse para sentar las bases de un mayor apoyo en el fomento del bienestar espiritual de los estudiantes de enfermería en aspectos en los cuales presentaron disonancia.

Palabras clave: Bienestar espiritual, SHALOM, enfermería, estudiante.

INTRODUCCIÓN

La espiritualidad es una forma de encontrar esperanza significado y propósito en el mundo. Es especialmente importante cuando las personas se sienten vulnerables, cuando enfrentan enfermedades y crisis, ya sea como paciente o como enfermera (Rogers & Wattis, 2015). El Bienestar Espiritual (BE) se describe como la naturaleza interconectiva, que incluye la armonía del ser humano originada en la congruencia entre el significado expresado y el vivido, los propósitos y los valores en la vida a nivel personal. Para el presente estudio se acoge la propuesta teórica de Fisher quien desarrollo el Instrumento SHALOM el cual ha sido sometido a rigurosas pruebas estadísticas en varios idiomas. SHALOM se ha utilizado con estudiantes de escuelas y universidades, maestros, enfermeras, médicos, asistentes a iglesias, en entornos industriales y de negocios, con mujeres maltratadas, jóvenes con problemas y alcohólicos (Fisher, 2010).

Incluye los conceptos de Armonía Espiritual y Disonancia espiritual. El concepto denominado *Armonía Espiritual* se refiere al estado de bienestar espiritual que se encuentra en congruencia con la percepción acerca de los valores y propósitos de vida; por el contrario la *Disonancia Espiritual* se define como la diferencia marcada entre las experiencias ideales y aquellas vividas en los dominios

del BE (J. Fisher, 2010).

El BE espiritual para Fisher es “un estado dinámico del ser, caracterizado por la medida en que las personas viven en armonía o disonancia en los dominios: personal, comunal, ambiental y trascendental”. El dominio *personal* se define como la percepción de bienestar de cada persona consigo misma y con respecto al significado, al propósito y a los valores en la vida. El dominio *comunal* es la forma en que se muestran la calidad y la profundidad de las relaciones interpersonales, entre el yo y los otros, en relación a la moral, a la cultura y a la religión; expresados en el amor, en el perdón, en la confianza, en la esperanza y en la fe en la humanidad. El dominio *ambiental* va más allá del cuidado de la vida y el ambiente, en un sentido de admiración y asombro por la naturaleza, incluye, la noción de unidad física y biológica con el medio ambiente. El dominio *trascendental* es la relación del yo con algo o alguien más además del nivel humano, o sea, una fuerza cósmica superior, la realidad trascendente o Dios.

Es importante en la práctica de enfermería brindar bienestar a las personas a través de las actividades de cuidado y en respuesta se recibe una recompensa espiritual que refuerza los valores y ofrece la oportunidad de proyectarse personal y profesionalmente, al dar cuidado humano por medio de la reciprocidad se generan las relaciones interpersonales terapéuticas. En este sentido, se justifica el valor de la dimensión transpersonal de beneficiar al otro y enriquecerse en el proceso de dar cuidado (Gómez & Fisher, 2003; J. W. Fisher, 2008; John W. Fisher, 1999). Es así como la idea expuesta sobre el BE es el resultado del compromiso de la disciplina de enfermería con el cuidado de la persona desde una concepción humanista (J. Fisher & Brumley, 2008).

Otro aspecto a destacar es la novedad de explorar un tema de interés para la disciplina de enfermería dado que medir el Bienestar Espiritual permite crear conciencia del BE en las personas sanas. Se realizó la presente investigación con la finalidad de determinar el BE (disonancia o armonía) de los estudiantes de enfermería, a través del instrumento SHALOM-3 considerando la propuesta teórica de John Fisher.

METODOLOGÍA

Estudio con enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, exploratorio, transversal. Aprobado por los comités de ética de las universidades involucradas. Para dar cumplimiento a los principios éticos de la investigación, los participantes fueron entrevistados de manera personal por el grupo de investigadoras previo cumplimiento del protocolo de investigación y consentimiento informado.

La población fue compuesta por los estudiantes del programa de enfermería de una institución de educación superior que correspondían a 280 personas del programa de enfermería de todos los cursos es decir 10 semestres de la Universidad del Tolima, en el periodo de Julio a Septiembre del 2017. El muestreo fue a conveniencia con la participación de 264 personas que cumplieron los siguientes criterios de inclusión: ser estudiantes activos del programa de enfermería. Se excluyeron aquellos estudiantes de enfermería que se encontraban con algún tipo de ausencia como incapacidad médica.

La recolección de la información se llevó a cabo con el Instrumento SHALOM-3 y el formato de datos sociodemográficos. El cuestionario fue diligenciado una vez en cada uno de los salones en los cuales los estudiantes se encontraban. El *Instrumento*

de evaluación del Bienestar espiritual: Fue utilizada la versión abreviada del instrumento original llamado SHALOM-(J. Fisher, 2010), que incluye tres componentes: Evaluación de la *Salud espiritual (A)*, de la *orientación de Vida (B)* y de la percepción del enfermero sobre *la ayuda dada* a los pacientes (C); son cuestionados a través de 20 ítems correspondientes y agrupados en los cuatro dominios (personal, comunal, ambiental y trascendental), por medio de tres preguntas a ser respondidas con escala tipo Likert de 1 (muy poco) hasta 5 (muchísimo).

El componente A muestra los "ideales" de salud espiritual para las personas, por medio de la pregunta: *¿Qué tan importante es cada uno de los siguientes elementos para conseguir un estado ideal de salud espiritual?* En el componente B es preguntado: *¿Cómo usted siente que los siguientes temas reflejan su experiencia personal la mayor parte del tiempo?*

Finalmente es cuestionado el nivel de contribución de diferentes estrategias que fomentan el BE en la persona, por ejemplo: familia, oración, caminatas, tiempo para relajamiento, ayudar a los otros, etc. también usando una escala tipo Likert de 5 puntos.

Esta versión abreviada del instrumento denominada SHALOM-3, cuenta con propiedades psicométricas de validez y confiabilidad en el idioma inglés, resultado del trabajo sistemático y riguroso de confiabilidad (Alfa de Cronbach) y validez (constructo, discriminante, la independencia concurrente, predictiva y factorial de la personalidad) aplicados a cuatro estudios que soportan el modelo Fisher (Gomez & Fisher, 2003). Es así que con relación al Alfa de Cronbach reportado en las cuatro dimensiones: personal, comunal, ambiental y trascendental, es de, 0.81, 0.82, 0.86 e 0.95 respectivamente. El instrumento presentó validez facial, de contenido y constructo en el idioma español, lo que muestra su

utilidad en el contexto hispano-hablante colombiano para determinar el Bienestar Espiritual de las personas (Henao, Angela; Molano, Maria Luisa; Fuentes, Alejandra; Gómez, Olga; Diaz, 2016).

El análisis estadístico, para las variables cuantitativas se calculó medidas de tendencia central (promedio) y de variabilidad (desviación estándar), para las variables cualitativas se calcularon proporciones o porcentajes, la mayoría de los resultados se presentaron en proporciones.

Bienestar Espiritual – BE. Con base en las respuestas de los 5 ítems para cada una de las 3 categorías (A-ideal; B-experiencia vivida "sentimiento"; C-ayuda a otros) de cada uno de los dominios (PER: personal; COM: comunal; AMB: ambiental; TRA: trascendental) y con valores reportados en una escala de 1–5, se calcularon los porcentajes y promedios de respuesta tanto en general como por semestre.

Para evaluar el BE, se calculó el porcentaje acumulado en las escalas "Alto" y "muy Alto" para las 3 categorías de cada dominio, estos porcentajes se calcularon sumando los porcentajes de las dos escalas "Alto" y "muy Alto" y promediando para las 3 categorías.

Igualmente se estimó el alfa de Cronbach para evaluar la consistencia interna de los datos en cada dominio; cuanto más se acerque a 1, mejor es la fiabilidad, considerando una buena fiabilidad a partir de 0.80. Este coeficiente se calculó para cada categoría dentro de los cuatro dominios, en general y de manera detallada por semestre. Los valores promedios de las respuestas de los estudiantes en las 3 categorías para cada uno de los 4 dominios de BE, se calcularon dividiendo la sumatoria de los ítems de cada dominio sobre el número de ítems del dominio correspondiente, según lo indica

Fisher, este es el cálculo recomendado cuando existen valores *missing* o datos perdidos, sin embargo en este estudio la tasa de datos perdidos fue muy baja correspondiente a un 11% en determinados ítems.

Teniendo en cuenta lo propuesto por Fisher donde explica la disonancia espiritual como una diferencia en promedio mayor de 1,0 (más de 1 desviación estándar) entre los “ideales” y “la experiencia vivida” en cualquier dominio de BE medido a través del instrumento SHALOM, se calcularon las diferencias promedio y posteriormente el porcentaje de Disonancia Espiritual (mayor de 1) en las 3 categorías para cada uno de los 4 dominios de BE, de forma general y por semestre, e igualmente se estratifico por género y grupos de edad.

Las comparaciones por género y grupos de edad, se realizaron con la prueba de Chi cuadrado o prueba de Fisher según el caso. En las comparaciones se consideraron diferencias significativas para un valor $p < 0.05$. Finalmente se describieron las Estrategias que fomentan el bienestar espiritual en los estudiantes.

Los datos fueron almacenados en una base de datos de Excel 2007 y posteriormente analizados estadísticamente en el programa Stata versión 11.2® (College Station, Texas, USA).

RESULTADOS

Se incluyeron 264 estudiantes de la Institución Universidad del Tolima, de los cuales el 63.6% (168) correspondieron al género femenino, el 90% (238) son solteros y el 65% (172) estaban entre los 16 y 21 años de edad. La mayoría de los estudiantes pertenecen a la religión católica 66,5% (175) y cristiana 38 (14,45).

Con base en las respuestas de los 5 ítems

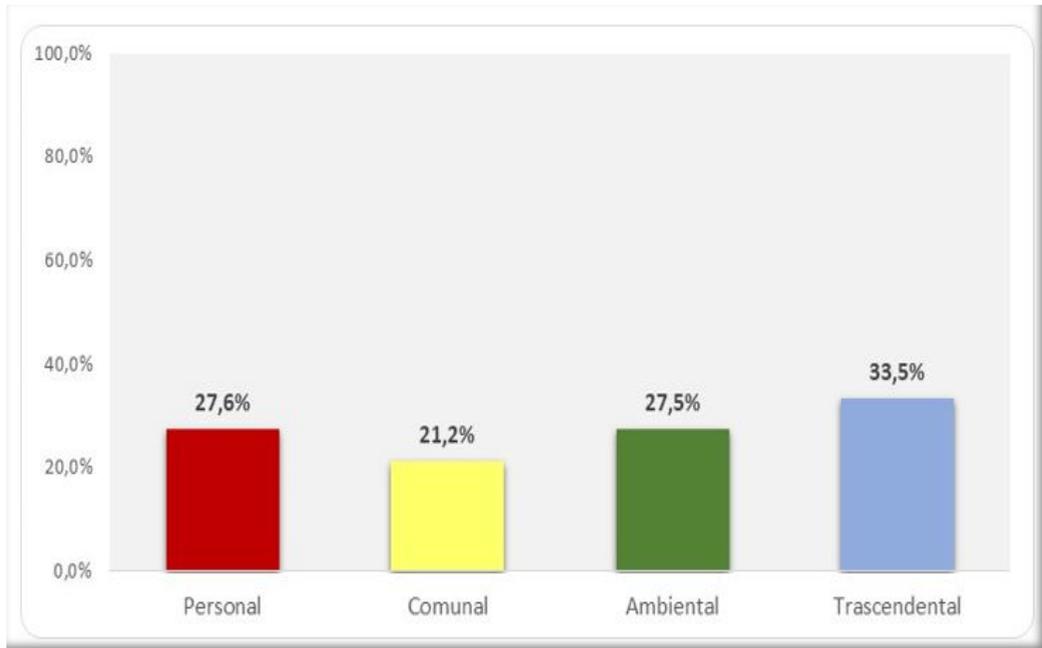
para cada una de los 4 (personal, comunal, ambiental y trascendental) para Bienestar Espiritual – BE, los resultados para el dominio personal, en cada uno de los 10 semestres. Se observaron altos porcentajes en las escalas “Alto” y “Muy Alto” para las 3 categorías del dominio personal, en todos los 10 semestres, cuyo valor promedio fue del 82%, lo que refleja un buen bienestar en este dominio. Los valores del alfa de Cronbach del dominio Personal en general para las 3 categorías fueron (0.81, 0.81, 0.83).

En cuanto al dominio comunal, el porcentaje promedio fue del 70% en las dos escalas “Alto” y “Muy Alto”, con valores alfa de Cronbach para las 3 categorías de (0.78, 0.71, 0.75).

El dominio ambiental presentó los altos porcentajes en las escalas “Alto” y “Muy Alto” fue del 69% debido a que un 22% de las respuestas variaron en promedio en la escala “Moderado”, los valores alfa de Cronbach de las 3 categorías fueron (0.84, 0.84, 0.88).

Por último en el dominio trascendental, el porcentaje promedio en las escalas “Alto” y “muy Alto” fue del 62%, donde se observó también un 24% de respuestas en la escala “Moderado”, cuyos valores alfa de Cronbach de las 3 categorías fueron (0.93, 0.92, 0.93) respectivamente, siendo los más altos. Estos resultados evidencian una alta consistencia interna, sobre todo en los dominios trascendental y ambiental. La disonancia espiritual en promedio fue del 27,5% siendo un poco mayor en el dominio trascendental (33,5%) por el contrario el dominio comunal tuvo el menor porcentaje de disonancia (21,2%), los porcentajes de disonancia en los 4 dominios discriminando por categorías, observándose mayor disonancia entre las categorías *ideal* y *ayuda a otros*, tanto en el dominio Ambiental como trascendental. Ver figura 1:

FIGURA 1: Porcentaje de Disonancia General



FUENTE: Resultados de Investigación. Fajardo E. Henao AM

En el dominio Personal con un porcentaje de disonancia del 27,6% (66/239), del total de disonantes, la mayoría (57,6%) fueron del género femenino. El 65% de los casos disonantes tenían una edad entre 16 a 21 años, seguido del grupo de 22 a 25 años con un 24%. No se observaron diferencias significativas entre grupos ($p=0.96$).

En el dominio Comunal la disonancia fue del 21,2% (51/241), de los disonantes el 53% fueron mujeres y la mayoría (68,6%) también tenían una edad entre 16 y 21 años, y no hubo diferencias significativas entre grupos ($p=0.69$). En cuanto al dominio Ambiental el 27,5% tenían disonancia (65/236), de estos 41 fueron del género femenino (63%), la mayoría tenía una edad entre 16 y 21 años (65%). No se observaron diferencias significativas entre grupos ($p=0.78$).

Por último, en el dominio trascendental la disonancia fue del 33,5% (80/239), de los cuales el 57,5% fueron mujeres, y el 64% también estaban entre 16 y 21 años, seguido de un 27,5% de 22 a 25 años, no hubo diferencias significativas ($p=0.84$).

Estrategias para fomentar el Bienestar Espiritual, en la tabla 1, se presentan las estrategias que fomentan el bienestar espiritual en los estudiantes, para ellos la familia, el estar feliz, tiempo para relajarse, la música y ayudar a los demás, fueron las estrategias más usuales en las escalas de mayor frecuencia "Alto" y "Muy Alto".

Por el contrario, las estrategias relacionadas con el pastor (sacerdote, líder religioso) y literatura sagrada, fueron las menos usuales, con mayor porcentaje en "Muy poco" y "Poco".

**TABLA 1: Estrategias que fomentan el bienestar espiritual de los estudiantes
(Orden descendente por la escala "Muy alto")**

Estrategia	Muy poco	Poco	Moderado	Alto	Muy Alto
Familia	2,39	2,39	14,74	26,69	53,78
Estar feliz	1,59	3,19	15,14	26,29	53,78
Tiempo para relajarse	1,59	5,18	17,53	28,69	47,01
Música	2,39	7,17	20,32	27,89	42,23
Ayudar a los demás	2,79	4,38	18,33	40,24	34,26
La espiritualidad en su vida	3,59	7,57	22,31	32,27	34,26
Naturaleza	4,78	6,77	21,91	33,86	32,67
Mejoramiento personal	1,2	3,19	21,12	45,82	28,69
Oración	10,36	17,93	20,32	23,9	27,49
Deportes	8,37	13,55	32,67	18,33	27,09
Caminatas	5,98	8,76	29,48	33,07	22,71
Meditación	10,36	19,12	25,1	23,9	21,51
Amigos	3,98	4,78	30,68	39,44	21,12
La religión en su vida	17,13	15,54	27,49	21,51	18,33
La iglesia, actividad religiosa	19,52	17,53	27,89	19,92	15,14
Consejería	10,76	18,33	33,47	23,51	13,94
Literatura sagrada	25,5	23,9	27,49	11,95	11,16
Pastor, sacerdote, líder religioso	37,85	26,69	20,32	5,98	9,16

FUENTE: Resultados de Investigación. Fajardo E. Henao

Discusión

El bienestar espiritual se refleja en la calidad de las relaciones que las personas tienen consigo mismas, con los demás, con el entorno y / o con Dios (J. Fisher, 2010) los hallazgos de este estudio sugieren un panorama alentador del bienestar espiritual que presentan los estudiantes de enfermería, queda por explorar si con el paso de los semestres en el plan de estudio se mantienen estos altos porcentajes en cada uno de los participantes.

Estos resultados pueden explicarse por el hecho de que la mayoría eran religiosos, igualmente contaban con diferentes

estrategias individuales que fomentan el bienestar espiritual tales como la familia, estar feliz, la música, tiempo para relajarse y la espiritualidad en su vida (Ross *et al.*, 2014).

Abordar este tema en enfermeros en formación es relevante dado que existe una importante relación entre el bienestar espiritual que puede llegar a alcanzar el enfermero en el ámbito laboral y la actitud que cada uno tiene frente a la atención espiritual de las personas de cuidado y compromiso profesional (Chiang, Lee, Chu, Han & Hsiao, 2016).

La evaluación del Bienestar espiritual en los

estudiantes de enfermería es un tema que se ha venido estudiando, especialmente la inclusión de esta temática en los planes de estudio de los programas de enfermería dada la importancia para el enfermero en formación y su incorporación del concepto en la práctica así como el uso de escalas de evaluación espiritual (Helming, 2009) (Wu, Tseng & Liao, 2016).

Esta preocupación en relación a la espiritualidad se presenta dado los hallazgos de estudios en los cuales sugieren que las enfermeras brindan cuidados espirituales con poca frecuencia, esta evidencia hace un llamado a mejorar la educación y el apoyo de la atención espiritual para las enfermeras (Taylor, Mamier, Ricci-Allegra & Foith, 2017).

En esta misma línea los órganos gubernamentales reconocen el trabajo de la práctica avanzada de enfermería en consonancia con la atención espiritual de los pacientes lo que llevo el aumento del entrenamiento de los enfermeros en temas de bienestar espiritual lo que llevo una reducción de incomodidad con la provisión de cuidados espirituales (DeKoninck, Hawkins, Fyke, Neal & Currier, 2016; Preposi, Alshammari, Aied & Colet, 2017).

CONCLUSIONES

Resaltar la importancia del bienestar espiritual en el enfermero en formación y como profesional ha permitido identificar aspectos positivos tanto de manera individual como con la persona objeto de cuidado, sin embargo quedan vacíos que se deben mitigar en los acercamiento de experiencias de aprendizaje personales para los estudiantes de enfermería proporcionándoles las herramientas necesarias para la implementación de estrategias que fomenten el bienestar

espiritual al interior de la universidad. Los hallazgos de este estudio de investigación proporcionan pautas para una de esas experiencias de aprendizaje y evidencia de su efectividad.

REFERENCIAS

- Chiang, Y. C., Lee, H. C., Chu, T. L., Han, C. Y. & Hsiao, Y. C. (2016). The impact of nurses' spiritual health on their attitudes toward spiritual care, Professional commitment, and caring. *Nursing Outlook*, 64(3), 215–224.
- DeKoninck, B., Hawkins, L. A., Fyke, J. P., Neal, T. & Currier, K. (2016). Spiritual Care Practices of Advanced Practice Nurses: A Multinational Study. *Journal for Nurse Practitioners*, 12(8), 536–544. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2016.05.023>.
- Fisher, J. (2010). Development and Application of a Spiritual Well-Being Questionnaire Called SHALOM. *Religions*, 1(1), 105–121. <https://doi.org/10.3390/rel1010105>.
- Fisher, J. & Brumley, D. (2008). Nurses' and carers' spiritual wellbeing in the workplace. *Australian Journal of Advanced Nursing* 25(4).
- Fisher, J. W. (1999). Helps to fostering students' spiritual health [1]. *International Journal of Children's Spirituality*, 4(1), 29–49. <https://doi.org/10.1080/1364436990040104>.
- Fisher, J. W. (2008). Impacting teachers' and students' spiritual well-being. *Journal of Beliefs & Values*, 29(3), 253–261. Recuperado de <https://doi.org/10.1080/13617670802465789>.
- Gómez, R. & Fisher, J. W. (2003). Domains of spiritual well-being and development and validation of the Spiritual Well-Being Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 35(8), 1975–1991. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00045-X](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00045-X).
- Helming, M. (2009). Integrating Spirituality Into Nurse Practitioner Practice: The Importance of Finding the time. *Journal for Nurse Practitioners*, 5(8), 598–605.
- Henaó, Angela; Molano, María Luisa; Fuentes, Alejandra; Gómez, Olga; Díaz, L. P. (2016). Shalom una herramienta valida para medir el cuidado espiritual. In UN (Ed.), *Experiencias de formación, investigación y práctica en el cuidado de enfermería*. (1st ed., p. 352).
- Preposi, J., Alshammari, F., Aied, K. & Colet, P. C. (2017). Nurse Education Today Spirituality and

- spiritual care perspectives among baccalaureate nursing students in Saudi Arabia : A cross-sectional study. *Nurse Education Today*, 49, 156–162. Rogers, M. & Wattis, J. (2015). Spirituality in nursing practice. *Nursing Standard*, 29(39), 51–57.
- Ross, L., Van Leeuwen, R., Baldacchino, D., Giske, T., McSherry, W., Narayanasamy, A., Schep-Akkerman, A. (2014). Student nurses perceptions of spirituality and competence in delivering spiritual care: A European pilot study. *Nurse Education Today*. 34(5):697-702.
 - Taylor, E. J., Mamier, I., Ricci-Allegra, P. & Foith, J. (2017). Self-reported frequency of nurse-provided spiritual care. *Applied Nursing Research*, 35, 30–35. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.02.019>.
 - Wu, L., Tseng, H. & Liao, Y. (2016). Nurse Education Today Nurse education and willingness to provide spiritual care. *Nurse Education Today*, 38, 36–41. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.01.001>.

Mi comienzo como enfermero. Una narración personal

My beginning as a nurse. A personal narrative

Meu começo como enfermeiro. Uma narração pessoal

Cristo Manuel Marrero González¹

¹Enfermero en el Servicio Canario de la salud. Área de salud de Tenerife (España). Doctor por la Universidad de La Laguna (España) Correo electrónico: cmmarrerogonzalez@gmail.com

Cómo citar este artículo en edición digital: Marrero González, C. (2019). Mi comienzo como enfermero. Una narración personal. Cultura de los Cuidados (Edición digital), 23 (54). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.54.04>

Correspondencia: Calle Infante Juan Manuel 16, 38010. Santa Cruz de Tenerife. Tenerife. España. Tel: (+34 696134384)

Correo electrónico de contacto: cmmarrerogonzalez@gmail.com

Recibido: 11/12/2018; Aceptado: 20/03/2019



ABSTRACT

In this document, I intend to narrate my main experiences in a brief and personal way when I started to work as a nurse in a hospital in Tenerife (Spain). These events happened in the second half of 2009. I reflect on the experience and I also try to argue my experiences based on the knowledge that I have acquired by developing a phenomenological doctoral thesis in which I study this event with nurses who begin to work in different health institutions in Tenerife.

Keywords: Novice nurse, personal narrative, phenomenology.

RESUMO

Neste documento, pretendo narrar minhas principais experiências de forma breve e pessoal quando comecei a trabalhar como enfermeiro em um hospital em Tenerife (Espanha). Estes eventos aconteceram no segundo semestre de 2009. Refiro sobre a experiência e também tento discutir minhas

experiências com base no conhecimento adquirido através do desenvolvimento de uma tese de doutorado fenomenológico no qual estudo este evento com enfermeiras que começam a trabalhar em diferentes instituições de saúde em Tenerife.

Palavras chave: Doença de Alzheimer, cuidadores familiares, experiências, adaptação, experiências.

RESUMEN

Con el presente manuscrito tan solo pretendo narrar de una forma breve y personal mis principales vivencias al comenzar a trabajar como enfermero en un hospital de Tenerife (España). Esto aconteció en el segundo semestre de 2009. Reflexiono sobre lo vivido y además intento argumentar mis vivencias apoyándome en los conocimientos que he adquirido elaborando una tesis doctoral fenomenológica en la que estudio este acontecimiento con enfermeras que comienzan a trabajar en diferentes

instituciones sanitarias de Tenerife.

Palabras clave: Enfermera novel, narración personal, fenomenología.

INTRODUCCIÓN

La revista *Cultura de los Cuidados* ofrece la posibilidad de que muchos autores podamos producir y publicar trabajos de corte fenomenológico y/o narrativo. Hasta ahora, había producido de forma muy rigurosa y metodológica todo aquello relacionado con las vivencias de la incorporación laboral de las enfermeras en la isla de Tenerife (España) apoyándome en autoras “clásicas” dentro de la enfermería como son Kramer (1974) o Benner (1987) y en otros muchos trabajos a nivel internacional que han seguido sus pasos hasta nuestros días. De hecho, con mi tesis doctoral (Marrero, 2017) he intentado argumentar y poner nombre a esos fenómenos o hechos que describen las enfermeras al comenzar a trabajar en esta noble profesión. Seguramente la profesión más bella que haya conocido la humanidad, desde sus inicios.

Pero en ninguna de esas publicaciones o trabajos he podido mencionar o explicar realmente la motivación de ese trabajo. Tengo que reconocer que para mí nunca ha sido sencillo hablar abiertamente de este tema. Ni siquiera aún hoy con una posible madurez personal y profesional consolidada. Creo que tras casi diez años de profesión (egresé de la Universidad de La Laguna en el año 2009) veo conveniente manifestar mi propia vivencia a mi incorporación laboral. Hasta ahora había recogido los testimonios de los demás para tratar de interpretar a través de los mismos, cómo es el paso de estudiante a profesional (Marrero y García, 2017) y todo lo que siente

la nueva enfermera dentro del contexto laboral de la realidad española.

En síntesis, el objetivo de este manuscrito es manifestar mi propia vivencia en el paso de estudiante a profesional y todo lo que sentí en los primeros meses como profesional. Las vivencias las narraré expresándolas sobre este documento, evocando yo mismo mis propias vivencias sin el apoyo de documentos o elementos externos que trasladen mi mente a aquella época. Sin embargo, dado el “sesgo” que presento por haber estudiado este tema, nombraré algún concepto que lo referenciaré con citas bibliográficas.

Contexto personal y laboral

Corría junio de 2009. Los últimos exámenes y las últimas prácticas clínicas de tercero de enfermería. Hay que decir que pertenezco a una de las últimas promociones de diplomado en enfermería en España. Estaba contento porque había superado las prácticas y los últimos exámenes. Especialmente los de médico-quirúrgica que eran densos y largos. La nota media la asignatura no superaba yo creo que el 6,5. Yo he de decir que nunca fui un estudiante de “matrícula”, pero llegué a darme cuenta de que eso era lo de menos. Aún hoy me reafirmo en lo mismo. Cabe mencionar que esta profesión en la isla de Tenerife hasta mi año de graduación (2009), tenía una salida laboral demasiado inminente. Era sacar el justificante de pago de las tasas del título y ponerte a trabajar. No exagero.

Recuerdo los días posteriores a haberse publicado las primeras actas de junio. Bien pues el 29 de junio de 2009 que era lunes y que en la semana anterior se habían publicado las actas ese mismo día toda mi promoción, casi toda, se había levantado ese

día con una motivación e ilusión por poder trabajar. Yo no. No es que no quisiera trabajar. Es que tenía miedo. Se me notaba en la cara: no estaba feliz. Sabía que no iba a ser fácil. En honor a la verdad yo estaba anticipando el llamado “choque con la realidad” que describía Kramer (1974) en que la realidad iba a ser distinta a cómo es la profesión descrita en la literatura. Además de que no me sentía preparado para entrar en un contexto tan complejo como es el de un hospital de tercer nivel. Yo describo en los resultados de mi tesis que muchas enfermeras sienten ya un choque desde la propia carrera durante las prácticas clínicas porque ya observan y aprenden cómo es la realidad, la responsabilidad, los ambientes de trabajo... Pues bien, dada mi personalidad ese choque se me multiplicaba. Era sin duda un salto inesperado al fondo de una piscina (Duchsher, 2009).

El miedo me hacía sentir ansiedad y la ansiedad me deprimía. Hago memoria y una gran amiga mía de promoción percibió dicho miedo o angustia y me dijo con cara de pena y empatía mirándome a mis ojos rayados:

-No quieres trabajar...

Y así era. Me sentía un bicho raro: ¿cómo era posible estar triste por tener oportunidades laborales inminentes? ¿Cómo era posible estar así en un contexto donde la crisis económica se cebaba con España con un paro que cada vez iba a peor? Claro, yo estos sentimientos no los contaba bien por miedo a juzgarme, por vergüenza... Pero me desahogaba llorando en privado. No, no me avergüenzo de reconocer que lloro. Soy humano.

Saqué el papel de la secretaria de la escuela. En el mismo día, entrevista de trabajo en el hospital de tercer nivel. Tres preguntas banales. Aquello no parecía una

entrevista de trabajo, sino un examen psicotécnico. Las normas de contratación eran claras: contrato que se ofrezca, contrato que tienes que coger. Si no, te echan de la lista o bolsa de contratación. Da igual si el primer contrato es para trabajar en una planta comenzando de noche en un turno en el que estés solo/a o que vayas a un servicio de alta complejidad como es una unidad de críticos sin programa de orientación (Saghafi 2014; Marrero y García, 2017) aquí se trata de la aventura y de tratar al personal de forma fácilmente intercambiable (Pera i Fàbregas, 1998; Lleixà Fortuño *et al.* 2010). Pedía información y asesoramiento, pero era en balde: soy yo el que tenía que ponerse las pilas. Dejarme de tonterías, espabilar y buscar información en internet... Hoy recuerdo esto y se me ponen los pelos de punta. Sobre todo, teniendo en cuenta la argumentación que he ido dando en los diferentes trabajos.

Entrada al contexto laboral

A los pocos días, un 7 de julio, soy llamado para comenzar a trabajar en la unidad de críticos de dicho hospital. La concepción de la contratación de las enfermeras en España se hace de forma indiscriminada: las enfermeras sirven para todo, da igual que sea novata o que no haya hecho o haya adquirido experiencia en determinados contextos. Las enfermeras son multiusos. Son “máquinas” para sacar trabajo adelante a las que se les exige la máxima eficacia y eficiencia, además de responsabilidad. Si tienen oportunidad, lean el *Artesano* de Richard Sennett (2009). Evidentemente yo estaba muerto de miedo. Hoy lo veo con perspectiva y digo, ¿cómo no iba a tener miedo? En prácticas de tercero tenía nociones limitadas de tratar a un paciente crítico. Era un profesional muy limitado. La

UCI evidentemente era muy abstracta para mí... Benner (1987), claro que me daría la razón. Todo hay que decirlo, entras a dicho servicio ya como profesional al que se le exige la máxima responsabilidad como al que lleva 10 años allí.

Fue un contrato de una semana. Durante ese tiempo me volví loco buscando información, consultando. Me sentía una carga para mis compañeros/as. Algunas enfermeras empatizaban conmigo, yo lo agradecía. Otras en cambio me decían y me reprochaban mi limitación, y que las sobrecargara. Y lo digo: tenían razón. Había que aprender rápido. Había que ser eficiente y eficaz... Buen profesional. Yo era muy torpe. Les pido perdón si me leen ahora y reconocen quién soy. Pero es que existe un conflicto: según Benner (1987), yo en un par de semanas no podía asumir todos esos atributos de situación de un paciente tan complejo como es un crítico. En mi tesis, dentro del marco teórico, podrán consultar algunos trabajos de las vivencias de las enfermeras noveles en críticos en diferentes países y culturas. Luego también ocurría la hipocresía de recriminarte que no te volvieras loco por aprender rápido, pero la realidad es que se exige lo máximo. En algunos casos se daba el llamado *Eating Our Young* (Meissner, 1986). Ese canibalismo que se da dentro de los contextos laborales, y más aún se da con una novata. Hay veces que las malas formas pueden deberse a la sobrecarga de trabajo que supone estar pendiente de la novata (siempre tengo la costumbre de utilizar enfermera como concepto generalizador. Esta es una profesión que las mujeres han sacado adelante y no se les ha sabido valorar lo suficiente), bien porque te has aculturizado (Harris, 1990) tanto en el contexto de trabajo que ves al de fuera, al nuevo/a, como un blanco fácil de críticas y burlas... Porque no

llega a tu nivel, porque no reparte el carro de medicación más rápido que tú...

Los siguientes meses fueron igual de duros: más contratos como uno en neonatología y "plantilla volante" ya prácticamente desde agosto hasta noviembre. El temor al error, la vivencia de la responsabilidad era un gran peso para mí. No voy a exagerar cuando digo que para mí trabajar suponía una auténtica supervivencia (Newton y Mackenna, 2007). ¿Por qué era una supervivencia? La plantilla volante que en otras instituciones sanitarias se llama "recursos humanos", "suplencias", "refuerzo"... Es un equipo de enfermería que rota constantemente. Cada enfermera de dicho servicio no tiene una ubicación concreta o fija. La enfermera sirve para todo: desde auxiliar en una consulta a un especialista, a trabajar en una planta, en quirófano o en una unidad de críticos. Bien yo cada día vivía en una incertidumbre. Pocas veces iba de refuerzo a esos lugares. Yo iba a suplir la ausencia de una enfermera en determinados sitios, asumiendo la responsabilidad de un determinado lugar y de unos de determinados pacientes, aunque desconociera el servicio. Recuerden: ser eficiente, eficaz y ser *Macgyver*. Solo que desgraciadamente esto no era una ficción, sino una realidad.

Roté y roté por todo ese hospital. Vivía un doble choque con la realidad: ser un novato cagado de miedo y a la vez tener que adaptarme a las culturas de cada unidad (Kelly y Ahren, 2008). Cada día al ir a trabajar era una capacidad de resiliencia increíble. Era un ataque de ansiedad al acudir a mis superiores a que me derivasen a trabajar a un lugar ya fuera una planta o a un servicio especial. Había superiores más empáticos en que te preguntaban a dónde querías ir, cuáles eran tus preferencias o dónde te veías mejor trabajando. Otro no. Te

decían: “UVI”. Era asumirlo e ir a dar lo mejor de ti con la buena fe posible. Y más. Con ganas de aprender, de colaborar y de superarte, pero para algunas enfermeras eso no era suficiente. De tantos y tantos días que repetía un determinado lugar, era recibido con malas caras y recriminaciones... Porque había vuelto loco a todo el mundo, porque digamos que sus argumentos se basaban en que era un incompetente. ¡Por Dios que mi nivel de principiante básico no daba para más! (Benner, 1987; Alfaro-LeFevre, 2009). Tanto que se habla de humanizar los cuidados y no somos humanos ni con nosotros mismos.

En una profesión tan bella que se tenga que sufrir tanto por un contexto, por un medio (Marrero, 2017). Deberíamos reflexionar sobre nuestra imagen como profesión y sobre nuestras creencias y actos (Fernández, 2017).

Para no extenderme demasiado he de decir que había días muy buenos. Si mis compañeros/as me apoyaban y me potenciaban yo era feliz, disfrutaba. Pero esos días fueron escasos con respecto a los malos. La balanza estaba desequilibrada.

Hasta que llegó un 21 de noviembre de 2009 y mi alma y mi resiliencia ya no daban para más. Estaba débil físicamente, estaba muy asustado y estaba empezando con una depresión. En ese mes sufrí una falta de respeto de una anesestióloga mientras recibía y monitorizaba a una paciente procedente de un quirófano a URPA, Me faltaba de apoyo de por parte de algunas compañeras, falta de realización personal... Total que mi médico tuvo que darme la incapacidad temporal. Reflexioné mucho durante el tiempo de convalecencia y de descanso. Pasé la navidad en familia y alejado de todo. Y tomé la decisión de rescindir el contrato con dicho hospital. En un contexto socioeconómico

nada sencillo con la crisis económica en pleno auge.

En el 2010 comencé a trabajar en atención primaria y me adapté mucho mejor a los entornos de trabajo. Con sus pros y contras, me he sentido realizado. He evolucionado profesionalmente hasta el punto ya incluso de convertirme en doctor de esta bellísima profesión, de ser investigador y de ayudar a contribuir al pensamiento de esta ciencia.

Guardo también buenos recuerdos de mi paso como estudiante y como profesional novel de hospital de que hablo. Tal es así, que estoy muy agradecido por la atención que recibió un ser querido hace pocos meses en una circunstancia de salud grave. No quiere decir que a todo el mundo le vaya mal en un determinado sitio: las vivencias y percepciones definen cómo nos adaptamos a diferentes lugares. Creo que, en un medio sociológicamente similar han de existir muchas diferencias psicológicas. Seguramente mi personalidad, mis características, no se amoldaban a la cultura de esa institución. Cada ser humano es distinto y lo que para muchos puede ser bueno, para otros no lo es. Y es así. La vida es así. De ahí la importancia de la fenomenología como enfoque de estudio en la enfermería.

Solo espero que el mundo académico, el institucional, el sindical y el colegial, aúnen fuerzas para mejorar nuestra incorporación laboral (Marrero, 2017; Marrero y García, 2017). Apelo a la libertad de pensamiento para así poder luchar por mejorar lo que ocurre en este país con esta excelente profesión. Me he desahogado, y he sentido que he roto ese nudo que durante mucho tiempo llevaba dentro. Es el paso de los años lo que hace liberarte.

“Antes de correr, hay que aprender a caminar”

BIBLIOGRAFÍA

- Alfaro-LeFevre, R. (2009). *Pensamiento crítico y juicio clínico en enfermería: un enfoque práctico para un pensamiento centrado en los resultados*. (4.ª ed.). Elsevier Masson.
- Benner, P. (1987). *Práctica progresiva en enfermería: Manual de comportamiento profesional*. (1.ª ed.). Barcelona: Enfermería y sociedad. Ediciones Grijalbo, S. A.
- Duchscher, J. E. B. (2009). Transition shock: the initial stage of role adaptation for newly graduated Registered Nurses. *Journal of advanced nursing*, 65(5), 1103-1113.
- Fernández, D. Á. (2017). Por qué su imagen profesional puede afectar seriamente a la salud de las personas que atiende (y a la suya propia). *Ene, Revista de Enfermería*, 11(2).
- Harris, M. (1990). *Antropología Cultural*. Madrid: Alianza Editorial.
- Kelly, J., y Ahern, K. (2008). Preparing nurses for practice a phenomenological study of the new graduate in Australia. *Journal of Clinical Nursing*, 18(6), 910-918.
- Kramer, M. (1974). *Reality shock: Why nurses leave nursing*. St. Louis: Mosby.
- Lleixá Fortuño M, Gisbert Cervera M, Marques Molias L, Albacar Rioboo N, Monteso Curto P y Ferre Grau C. (2010). Experiencia de inserción laboral de los profesionales de Enfermería noveles. *Metas de Enfermería*, 13(4), 64-69.
- Marrero, C. M. (2017). *Estudio fenomenológico de la experiencia de incorporación al contexto laboral de enfermeras egresadas de la Universidad de La Laguna entre 2009 y 2014* (Tesis doctoral). Universidad de La Laguna. España.
- Marrero, C. M., y García, A. M. (2017). La vivencia del paso de estudiante a profesional en enfermeras de Tenerife (España). Un estudio fenomenológico. *Ene, Revista de Enfermería*, 11(1).
- Marrero, C. M., y García A. M. (2017). Narraciones pertenecientes a enfermeras egresadas de la Universidad de La Laguna sobre cómo mejorar su incorporación al mundo laboral en Tenerife. *Ene, Revista de Enfermería*, 11(2).
- Meissner, J. E. (1986). Nurses: Are we eating our young? *Nursing*, 16(3), 51-53.
- Newton, J. M., y McKenna, L. (2007). The transitional journey through the graduate year. A focus group study. *International journal of nursing studies*, 44(7), 1231-1237.
- Pera i Fàbregas, I. (1998). La soledad del debutant. *Infermeria de Barcelona*, 14 (2).
- Saghafi, F. (2014). *The journey from new graduate to proficient nurse in the Intensive Care Unit: A descriptive phenomenological study* (Doctoral dissertation). Australian Catholic University.
- Sennett, R. (2009). *El artesano*. Barcelona: Ed. Anagrama.

Relaciones interpersonales en el trabajo del equipo de enfermería

Interpersonal relationships in the work of a nursing

Relações interpessoais no trabalho da equipe de enfermagem

Mariana Pereira da Silva¹, Soraya Maria de Medeiros², Yanna Gomes de Sousa³, Marília Souto de Araújo⁴, Filipe André dos Santos Silva⁵

¹Enfermeira. Mestra em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN. Natal, RN, Brasil. Correo electrónico: marianapereir@hotmail.com

²Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN. Natal, RN, Brasil. Correo electrónico: sorayamaria@hotmail.com

³Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN. Natal, RN, Brasil. Correo electrónico: yanna_gomes@yahoo.com.br

⁴Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN. Natal, RN, Brasil. Correo electrónico: mariliaaraujo@yahoo.com.br

⁵Acadêmico de Enfermagem – UFRN. Bolsista de Iniciação Científica – CNPq pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN. Natal, RN, Brasil. Correo electrónico: filipeandr@hotmail.com

Cómo citar este artículo en edición digital: Silva, M.P. da, Medeiros, S.M. de, Sousa, Y.G. de, Araújo, M.S. de & Silva, F.A.S. dos. (2019). Relaciones interpersonales en el trabajo del equipo de enfermería. Cultura de los Cuidados (Edición digital), 23 (54). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.54.05>

Correspondencia: Universidade Federal do Rio Grande do Norte -UFRN. Departamento de Enfermagem. Campus Universitário Lagoa Nova. CEP 59078-970. Caixa postal 1524. Natal/RN – Brasil. Correo electrónico de contacto: yanna_gomes@yahoo.com.br
Correo electrónico de contacto: ic_jm82@hotmail.com
Recibido: 13/01/2019; Aceptado: 26/05/2019



ABSTRACT

Objective: Analyze interpersonal relationships established by the nursing staff of a hospital.

Method: Qualitative and descriptive research, performed in a hospital located in Rio Grande do Norte capital. There were sixteen nurses participating in the study, whose data were collected through semi-structured interview and then treated by

thematic analysis.

Results: An interpersonal relationship category emerged in the perspective of the nursing staff that it was possible to see the weakness in interpersonal relationships in the unit of study.

Conclusion: This study evidences the relevance in the development of strategies that are enabling the development of interpersonal relationships of nursing

professionals in the work process.

Keywords: Nursing, interpersonal relationships, work environment.

RESUMO

Objetivo: Analisar as relações interpessoais estabelecidas pela equipe de enfermagem de um hospital.

Método: Pesquisa qualitativa e descritiva realizada em um hospital localizado na capital do Rio Grande do Norte. Participaram do estudo dezesseis profissionais de enfermagem, cujos dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada e, em seguida, tratados por análise temática.

Resultados: Emergiu a categoria relacionamento interpessoal na visão da equipe de enfermagem a qual foi possível perceber a fragilidade nas relações interpessoais, na unidade do estudo.

Conclusão: Evidenciam-se a relevância na elaboração de estratégias que sejam facilitadoras do desenvolvimento de relações interpessoais dos profissionais de enfermagem no processo de trabalho.

Palavras chave: Enfermagem, relações interpessoais, ambiente de trabalho.

RESUMEN

Objetivo: Analizar las relaciones interpersonales establecidas por el personal de enfermería de un hospital.

Método: Investigación cualitativa y descriptiva, realizada en un hospital localizado en la capital de Rio Grande do Norte. Participaron del estudio dieciséis profesionales de enfermería, cuyos datos fueron recogidos por medio de entrevista semi-estructurada y, en seguida, tratados por análisis temático.

Resultados: Surgió la categoría relacionamiento interpersonal en la visión

del equipo de enfermería la cual fue posible notar la fragilidad en las relaciones interpersonales, en la unidad del estudio.

Conclusión: Se evidencia la relevancia en la elaboración de estrategias que sean facilitadoras del desarrollo de relaciones interpersonales de los profesionales de enfermería en el proceso de trabajo.

Palabras clave: Enfermería, relaciones interpersonales, ambiente de trabajo.

INTRODUÇÃO

O presente estudo pretende abordar as relações interpessoais da equipe de enfermagem sob a ótica da ação comunicativa, contribuindo para o processo de trabalho em saúde. Na perspectiva de compreender melhor o relacionamento interpessoal dos profissionais de enfermagem, utilizamos os aspectos da “Teoria da ação comunicativa”, de Jürgen Habermas.

A teoria da ação comunicativa compreende que interação é a solução para o problema da coordenação que surge quando diferentes atores envolvidos no processo comunicativo estabelecem alternativas para um plano de ação conjunta. Tal teoria retrata também que as atividades orientadas para um fim, dos participantes da interação, estão integradas umas às outras através de um meio: a linguagem (Habermas, 2003).

A Enfermagem é reconhecida como uma prática social caracterizada por atividades elaboradas por uma equipe, proporcionando uma teia de relações interpessoais e grupais de caráter complexo para si e para os demais envolvidos no processo de trabalho (Urbanetto. & Capelaa, 2004).

Comprender o significado de equipe é essencial para um atendimento adequado em saúde. Por conseguinte, para ter qualidade na assistência prestada, deve haver um trabalho coletivo. Para isso, a equipe pode tornar-se um instrumento facilitador do cuidado, pois se espera um desempenho maior em relação ao trabalho individualizado (Sessa, 2008; Pannizon, Luz & Fensterseifer, 2008).

O significado da palavra equipe, segundo a visão de Peduzzi (2001) tem duas noções distintas: a equipe como agrupamento de agentes e a equipe como integração de trabalhos. A primeira noção é caracterizada pela fragmentação, e a segunda, pela articulação consoante à proposta da integralidade das ações de saúde.

Uma equipe só funciona com perfeição se seus integrantes estiverem articulados entre si, assim denominando-os realmente de equipe. Dentro desse contexto, destacam-se as relações interpessoais, que, no ambiente de trabalho, devem ser compreendidas, a fim de otimizar o vínculo pessoal entre os membros da equipe, estabelecendo relações éticas e de respeito (Urbanetto. & Capella, 2004).

Essa otimização favorece a realização do próprio trabalho da equipe de enfermagem, o qual deve haver uma coordenação nas atividades exercidas pelos profissionais, não só no ambiente hospitalar, mas em toda instituição de trabalho. Isso é favorecido quando os indivíduos conhecem e reconhecem a importância de suas atividades, estabelecendo laços de respeito entre si e amenizando as relações de poder estabelecidas.

Destacando-se como um dos maiores desafios no campo da Enfermagem, a relação de trabalho entre os profissionais pode dificultar ou facilitar as ações de trabalho, salientando-se nesse contexto o

diálogo, o qual permeará uma comunicação eficaz ou não entre seus membros.

A temática das relações que envolvem a equipe de enfermagem vem sendo bastante estudada atualmente, englobando diversos aspectos, tais como: questões salariais, mercado de trabalho, recursos humanos deficientes e conflitos dentro da equipe de enfermagem. Dessa forma, a escolha do ambiente hospitalar como local para a realização do estudo está atrelado à dimensão e a riqueza das relações dessa modalidade de ambiente de trabalho.

Diante disso, este estudo tem como objetivo de analisar as relações interpessoais estabelecidas pela equipe de enfermagem de um hospital público do Nordeste Brasileiro.

MÉTODODO

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa, realizado em um Hospital de referência estadual em urgência localizado na capital do Estado do Rio Grande do Norte, Brasil.

Participaram do estudo dezesseis profissionais de saúde, os quais atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ser profissional da área da enfermagem. Foram excluídos da pesquisa os profissionais que estavam de licença por motivo de doença ou férias no momento da coleta das informações.

A pesquisa atendeu aos preceitos éticos baseado na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN sob (CAAE) 0289.0.051.000-11.

A coleta dos dados ocorreu no mês de abril de 2012, por meio de entrevista semiestruturada, gravadas em áudio, realizadas no próprio local de trabalho dos

participantes, de forma individual, em ambiente privativo e transcritas logo após sua realização. Para assegurar o anonimato, os sujeitos denominados de trabalhadores receberam um código (T1, T2, T3, T4, T5, T6, T7, T8, T9, T10, T11, T12, T13, T14, T15 e T16).

Os dados de pesquisa obtidos foram submetidos à análise temática que se constitui de três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. O primeiro buscou-se a interação com leituras sobre o tema, em seguida foi realizada a descrição, compreensão e agregação das respostas, e por último, a inferência e a interpretação fazendo uma interligação ao objetivo da pesquisa com as referências teóricas existentes sobre a temática (Minayo, 2010).

RESULTADOS

Os sujeitos constituíram-se de enfermeiros, com faixa etária entre 20 a 50 anos e predominantemente solteiros. Com

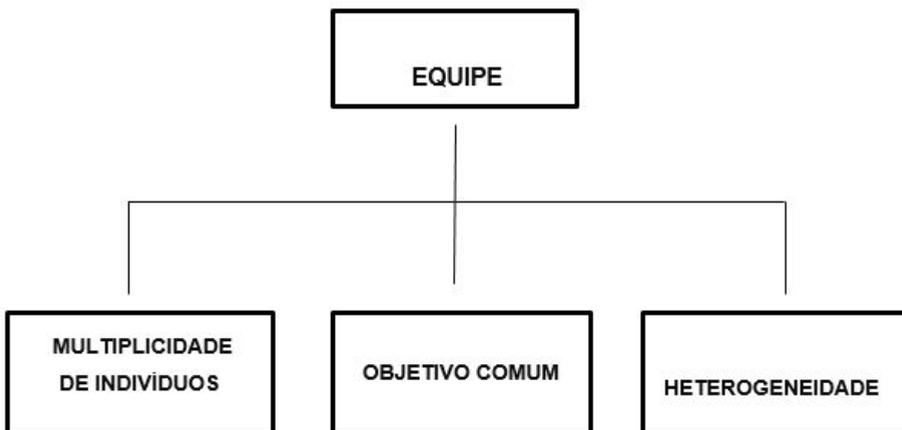
regime de trabalho de 30 horas semanais. O tempo de atuação na unidade hospitalar estava entre um e vinte anos.

A existência da forma organizacional da atividade da Enfermagem em equipe de trabalho despontou, nesta pesquisa, como um objeto de estudo relevante, o qual é analisado na subcategoria a seguir. Essa subcategoria é formada pela resposta às seguintes indagações: o que é equipe de enfermagem? Como é sua relação com os demais integrantes da equipe de enfermagem?

Relacionamento interpessoal: visão da equipe de enfermagem

A partir de uma análise sistêmica da literatura de Enfermagem e das informações coletadas, foi possível traçar um conceito de equipe adequado a este trabalho. Identificou-se nessa pesquisa uma definição fundada em três elementos cumulativos, quais sejam: a multiplicidade de indivíduos, a existência de objetivos comuns e a heterogeneidade dos participantes.

FIGURA 1: Elementos essenciais para a formação de uma equipe



FONTE: Originado na pesquisa, 2013

O primeiro elemento notado nesta pesquisa é a multiplicidade de indivíduos, ou seja, é o reconhecimento de que a equipe é composta por diversos sujeitos, e não um macro organismo autônomo.

O segundo elemento é o objetivo comum. Trata-se da existência de um vínculo subjetivo entre os indivíduos integrantes da equipe, direcionando suas atividades para a consecução de metas e realização de anseios partilhados por eles.

Por fim, o terceiro elemento é a heterogeneidade dos participantes. Esse elemento é o reconhecimento de que cada sujeito integrante é portador de uma subjetividade própria, que não pode ser preterida na relação entre os diversos componentes.

No presente estudo, esses elementos foram abordados em paralelo com as falas das entrevistadas. Inicialmente, foi verificado se o conceito elaborado encontra correspondência com a compreensão de equipe feita pelos participantes da pesquisa. Em seguida, migrando de um plano ideal para uma percepção prática, foi verificada a identificação desse conceito nas exposições das entrevistadas em relação à realidade vivenciada.

As entrevistadas desse estudo definiram o significado de equipe, como pode ser evidenciado nos trechos:

Equipe é trabalhar todo mundo em conjunto [...] tendo um bom relacionamento. Isso é trabalhar em equipe, ajudar os outros. (T1)

Equipe para mim é um conjunto de pessoas que trabalham num objetivo em comum. (T2)

Para mim, equipe é um conjunto de pessoas que trabalham por um único objetivo. (T3)

Todo mundo reunido para fazer determinado trabalho. (T4)

A partir das falas anteriormente

demonstradas, é notório que há consciência do objetivo comum, que é um dos elementos, no plano ideal de uma equipe por parte dos colaboradores deste estudo. Todavia, é inquestionável que a definição de equipe anteriormente relatada pelas entrevistadas pode não condizer com a realidade hospitalar vivenciada e analisada neste estudo, como identificado nas seguintes falas:

Equipe é uma organização, equipe é uma união, coleguismo. Aqui não existe isso não [...] (T5)

Aqui muitas vezes não é equipe não [...] é uma grande desunião. (T6)

Diante dessas declarações das participantes, infere-se que há uma discrepância entre a definição do grupo sobre equipe e a realidade encontrada no ambiente de trabalho estudado. Nesse ponto, essa discrepância se estabelece pela não comunhão de objetivos comuns, podendo ocorrer à sobreposição dos interesses individuais sobre o coletivo.

A heterogeneidade é, para fins deste estudo, o componente com maiores desdobramentos e questões críticas que permeia o âmbito da enfermagem. Nesse sentido, as entrevistadas demonstraram o reconhecimento de tal característica, como explicitado nas falas seguintes:

É cada vez mais difícil o contato das pessoas porque nós temos a nossa vida, os nossos problemas, estudos e trabalho. (T1)

Eu me dou bem com todo mundo [...] eu tento me acostumar com a pessoa, todo mundo tem seus defeitos [...] eu não vou mudar aquela pessoa, então eu faço a minha parte. (T4)

Os três elementos que compõe a equipe devem funcionar de forma harmônica entre si. A somatória desses elementos é

necessária para a configuração de uma equipe. Contudo, apenas em uma vivência concreta será possível observar a presença desses elementos, ou o déficit de algum deles. Dessa forma, esse processo pode ser feito, por exemplo, através da análise da seguinte fala:

Equipe deve ser a união do grupo onde você trabalha, mas aqui não tem não. Aqui, se você precisar de um enfermeiro, tem alguns [que ajudam]. Não são todos [...] (T7)

Para se apreender melhor as relações interpessoais ocorridas no contexto da equipe de enfermagem neste estudo, torna-se evidente a importância da interação ocorrida entre seus membros, na qual há um líder/gerente do grupo/equipe e seus subordinados. Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem interagem diariamente através de uma organização do trabalho intensamente diferenciada. Diante disso, destaca-se a seguinte fala:

São muitas coisas para fazer. Você precisa se preocupar com material, com gente que falta, com paciente, com acompanhante. É tanta coisa que a gente se perde [...]. (T8)

Nesta pesquisa, observaram-se as atividades exercidas pelos profissionais de enfermagem, que estão em consonância com a Lei do Exercício Profissional, havendo a distribuição de tarefas nos moldes legais, como observado em um protocolo da instituição estudada.

Apesar da distinção de atribuições verificadas na lei e com correspondência na prática, nesta pesquisa foi identificado que a imprecisão do trabalho do enfermeiro, internamente, em relação aos técnicos de enfermagem, decorre da falsa percepção de que algumas das funções gerenciais sobrepõem-se às demais. Corroborando a

afirmação, destaca-se o depoimento:

Para mim, o enfermeiro não quer ajudar. Só ficar sentado atendendo telefone, não ajuda, fica só com a papelada, a parte boa. (T9)

Nesse sentido, infere-se que os técnicos de enfermagem tendem a atribuir ao enfermeiro uma função predominantemente burocrática ao visualizar em seu cotidiano atividades como: atender telefone; dar ordens e distribuir competências; resolver problemas estruturais, e com o agravante de que diversas dessas atividades são realizadas no posto de enfermagem ou, até mesmo, ao estarem sentados diante de um balcão, corroborando essa percepção equivocada. De acordo com essa perspectiva, transcreve-se:

Eles [técnicos de enfermagem] dizem que você só fica na burocracia, mas é tanta coisa que às vezes a gente não tem condições de realizar uma assistência direta. (T10)

Por sua vez, foi observado neste estudo que os técnicos de enfermagem realizam atividades mais dinâmicas, pela natureza de sua função. Em razão disso, acreditam que exercem o trabalho braçal, enquanto o enfermeiro apenas a burocracia.

Apenas de forma excepcional, nesta investigação, deparou-se com concepção da nítida divisão de tarefas e atribuições que compete a cada um dos profissionais da enfermagem, como se observa na fala seguinte:

Eu brinco com todo mundo, mas tudo dentro do respeito. Eu sei que ela é a enfermeira e eu sou a técnica, então eu tenho que ter aquele respeito com a enfermeira. (T11)

Por sua vez, com a ressalva da manifestação da fala anterior, pôde-se apreender que as demais entrevistadas não

realizaram uma identificação das funções dos profissionais de forma harmônica, ao contrário, as declarações evidenciam uma rivalidade constante entre técnico de enfermagem e enfermeiro.

O primeiro desconhece o papel real do outro e acaba classificando-o como ocioso, por não ajudar na assistência e apenas fazer cobranças, cuidando unicamente da burocracia. Já o segundo não tem uma boa relação com o primeiro, pelo fato de não haver respeito, de não seguir a hierarquia que existe no trabalho da enfermagem, como evidenciado adiante:

Meu maior problema é com os técnicos de enfermagem, com certeza! Não entendem que a gente vem aqui realmente para tentar liderar a equipe, acham que a gente está querendo passar por cima, está querendo saber demais. [...]. (T12)

É mais difícil lidar com os técnicos. Minha relação é boa, agora eu tenho um pouco de dificuldade de mandar, mas fazendo o pedidinho assim com jeitinho [...] (T13)

As falas destacam a dificuldade que enfrenta o enfermeiro perante os técnicos de enfermagem, a falta de autonomia diante de sua equipe ou grupo e a falta de respeito diante da gerência do enfermeiro. Os conflitos percebidos no estudo em razão da não identificação dos papéis e divisões de trabalho entre técnicos de enfermagem e enfermeiros representam um grande obstáculo à formação de uma liderança dentro da equipe.

Na perspectiva dos técnicos de enfermagem, analisa-se, neste estudo, uma interação realmente conflituosa entre os profissionais de enfermagem, na qual o trabalhador de nível médio não consegue ter o apoio do enfermeiro em algumas atividades, o que resulta em um feedback

negativo, e a partir desta dissonância, o técnico irá também se opor ao enfermeiro quando este solicitar-lhe algo. Essa situação conflituosa é claramente demonstrada nas falas transcritas a seguir:

Eu pedi uma ajuda, ela já vem armada, a maioria dos enfermeiros vem armado para cá. (T14)

[...] porque a equipe, a equipe em si não é boa de trabalhar e isso dificulta o trabalho. (T15)

[...] eles não querem me ajudar, então eu também não ajudo [...] se me pedir ajuda, eu ajudo! (T16)

DISCUSSÃO

A forma de atividade do processo de enfermagem é organizada de modo coletivo. A fragmentação das ações não descaracteriza a natureza plural do exercício da Enfermagem.

Nesta pesquisa, ficou evidente que no ambiente hospitalar, ainda que haja conflitos e adversidades para o funcionamento do processo de enfermagem, essa atividade sempre se dará a partir da soma de contribuições individuais. A interação entre os sujeitos que contribuem com o processo permite identificar a existência de uma equipe de trabalho.

Baggio (2007) enfatiza o trabalho em equipe como fator dependente do esforço de cada um dos sujeitos envolvidos, objetivando o mesmo fim. O compromisso com o outro, seja cliente ou colega de trabalho, é necessário para se desenvolver um bom trabalho na área da saúde. Indiscutivelmente, haverá problemas entre os membros da equipe, mas deve-se repensar o relacionamento com o colega, valorizando-o para ser valorizado, pois o relacionamento interpessoal precisa ser uma troca mútua e constante.

Peduzzi (2001) destaca como característica do trabalho em equipe a construção de objetivos e propostas comuns, enfatizando a elaboração de um projeto assistencial compartilhado. Com isso, Robbins (2002) define equipe como dois ou mais sujeitos, interdependentes e interativos, os quais visam o alcance de um objetivo mútuo.

Em relação à heterogeneidade do grupo de profissionais de enfermagem encontrado nesse estudo, Robbins (2002) refere que a diversidade dos sujeitos envolvidos em um processo interacional aumenta a probabilidade de que a equipe consiga identificar soluções criativas e únicas. Além disso, a ausência de um ponto de vista comum leva a equipe a discutir muito mais as questões, amortizando as oportunidades de que a escolha mais fraca seja adotada. Vale ressaltar a importância do estabelecimento de um diálogo aberto e transparente para a construção de relações interpessoais saudáveis e do trabalho em equipe.

Ressalta-se que, embora se encontrem dificuldades em grupos heterogêneos, por possuírem problemas para trabalhar em conjunto e resolvê-los, podendo se dissipar com o tempo, o esperado nesses grupos é que as diversidades diminuam à medida que seus membros se tornem mais familiarizados e o grupo fique mais coeso. De qualquer forma, a coesão costuma ser menor em equipes heterogêneas.

Ao analisarmos as relações interpessoais entre os profissionais de enfermagem nesse estudo identificou-se o conflito determinado pela relação enfermeiro/técnico de enfermagem, uma interação que pode facilitar ou, até mesmo, dificultar intensamente esse relacionamento extremamente importante no âmbito da Enfermagem.

Essa é uma relação dicotômica, na qual

cada sujeito tem uma função diferente, mas ao unir as atividades de cada um irá prevalecer uma assistência de enfermagem eficiente e eficaz, e quem ganhará com uma boa interação entre esses trabalhadores é o paciente.

Nesse ínterim, a relação enfermeiro/técnico de enfermagem foi perpassada por estranhamentos e conflitos, algumas vezes desencadeados pela imprecisão do objeto de trabalho dos enfermeiros diante das múltiplas faces de sua dimensão.

Desse modo, percebeu-se uma resistência por parte dos profissionais de nível médio com relação às ordens e à recepção pouco amistosa dos novos enfermeiros que são distribuídos com a função de gerenciar agrupamentos já existentes dentro do hospital. Esses comportamentos impedem o enfermeiro de ultrapassar uma postura meramente gerencial para assumir uma postura de liderança, uma vez que esta depende da legitimidade conferida pelos demais membros da equipe.

No agrupamento de profissionais da enfermagem, visualizado nas relações de trabalho, inevitavelmente haverá relação de gerência, vez que a hierarquia e organização do trabalho exigem a distribuição de competências e atribuições.

Contudo, nem sempre em uma equipe de enfermagem se poderá perceber a existência da liderança. Quando os sujeitos envolvidos, direcionados ou não por uma estrutura e contexto, conseguem estabelecer uma relação de liderança ao invés da simples gerência, o ganho para os próprios membros e para a assistência em enfermagem é notável.

Chiavenato (2000) corrobora esta ideia ao distinguir os conceitos de gerência e liderança. A gerência compreende o planejamento e controle das ações,

manutenção da ordem e desenvolvimento de estratégias. Por sua vez, a liderança representa a habilidade de motivar e influenciar o grupo para que seus integrantes contribuam da melhor forma com os objetivos da organização.

Segundo Hausmann (2004), a cisão cunhada entre o trabalho dos enfermeiros e dos auxiliares e técnicos de enfermagem tem consequências muito graves e nefastas para a qualidade do cuidado e dos serviços de saúde prestados à população.

Observando o outro lado, os técnicos de enfermagem percebem a desvalorização do seu trabalho até pelos próprios enfermeiros, causando-lhes um esvaziamento de sua identidade profissional, o qual se agrava pela desqualificação dos conhecimentos tácitos desses trabalhadores, ironizados por outros profissionais, acarretando sentimento de inutilidade.

Esse conflito estabelecido no seio da equipe de enfermagem decorre, em grande parte, em razão das diferentes formações acadêmicas de cada um. Essa distinção reforça a característica da equipe já definida, ou seja, a existência de uma heterogeneidade.

Diante disso, pode-se enfatizar que a ação comunicativa, segundo Nascimento (2005) não garante que sempre haverá o consenso, pois este ocorre até o momento em que surge o dissenso, ou seja, prejuízo do diálogo, pelo fato de que os conhecimentos e as interpretações entre os participantes do ato de fala apresentam divergências. Muito embora, isso não seja ruim, pois a vivência da diversidade configura uma forma de aprendizagem presente nas relações interpessoais.

Nessa vivência da Enfermagem, é salutar observar que o entendimento linguístico referido por Habermas (2002) funciona como mecanismo coordenador da ação, portanto,

os participantes unem-se em torno da pretendida validade de suas ações de fala, reconhecendo-se intersubjetivamente.

Infere-se, a partir da problemática em questão, que o agir comunicativo pode favorecer uma relação de confiança e respeito entre os membros da equipe de enfermagem e, assim, conduzir a um consenso, objetivando ao entendimento mútuo, cada um respeitando o “mundo da vida” do outro e favorecendo o produto final do trabalho da Enfermagem: o cuidar.

Na realidade encontrada, as estratégias destacadas pelos entrevistados como elementos contributivos para as relações saudáveis entre a equipe de enfermagem foram: companheirismo; comunicação eficaz; convivência com as diferenças e respeito; capacidade de adaptação; coleguismo; tranquilidade da equipe; paciência com os demais; uma boa equipe e a ajuda ao próximo. Com isso, dar-se a importância que tem o líder ao saber reconhecer e buscar riquezas de situações conflituosas grupo. Além disso, Fernandes ainda reforça que o conflito pode vir a gerar um enriquecimento do trabalho em equipe, desde que o líder (Fernandes, Thofehm & Porto, 2015).

Reforçando esse raciocínio, Zimerman (1997) esclarece que em uma equipe, por ser constituída de pessoas, surge inerentemente uma interação afetiva entre seus membros, e a existência desse vínculo entre os participantes, por sua vez, pode permitir uma vinculação com a própria organização.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir desse estudo identificou-se que dentro do contexto da própria equipe de enfermagem, foram notados conflitos intrínsecos direcionados ao relacionamento entre enfermeiros e técnicos de enfermagem,

como a incompreensão dos papéis e atribuições dos componentes da referida equipe, a ausência de respeito às individualidades e personalidades e o conturbado relacionamento interpessoal entre os profissionais.

Porém ressalta-se que a conscientização da diversidade de conhecimentos e habilidades entre os membros da equipe pode ser trabalhada a partir de articulações de ações desenvolvidas pelos diferentes profissionais no sentido de interagir entre si, respeitando o colega e a clientela.

Espera-se que este estudo possa contribuir na elaboração de estratégias que sejam facilitadoras do desenvolvimento de relações interpessoais dos profissionais de enfermagem no processo de trabalho.

REFERÊNCIAS

- Baggio, M. A. (2007). Relações humanas no ambiente de trabalho: o (des)cuidado de si do profissional de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 28(3), 409-15.
- Chiavenato, I. (2000). *Gestão de Pessoas: novo papel dos recursos humanos nas organizações*. Rio de Janeiro: Campus.
- Fernandes, H. N., Thofehn, M.B. & Porto, A. R. (2015). Relacionamento interpessoal no trabalho da equipe multiprofissional de uma unidade de saúde da família *J. res.: fundam. care. Online*, 7(1), p. 1915-1926.
- Habermas, J. (2002). *Pensamento pós-metafísico*. 2. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- Habermas, J. (2003). *Consciência moral e agir comunicativo*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- Hausmann, M. (2004). *A enfermagem como prática heterogênea que busca ressignificar as interfaces entre seus diferentes agentes e objetos de trabalho*. In: 56.º Congresso Brasileiro de Enfermagem, Gramado, Rio Grande do Sul.
- Minayo, M. C. S. (2010). *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 12.ª ed. São Paulo: Editora Hucitec.
- Nascimento, S. R. (2005). *O agir comunicativo permeando as tecnologias educacionais na construção do conhecimento em enfermagem*. Tese de doutorado. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Escola de Enfermagem.
- Pannizon, C., Luz, A. M. H. & Fensterseifer, L. M. (2008). Estresse da equipe de enfermagem de emergência clínica. *Rev Gaúcha Enferm*. 29(3), 391-9.
- Peduzzi, M. (2001). Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Pública*. 35(1), 103-9.
- Robbins, S. P. (2002). *Comportamento Organizacional*. São Paulo: Prentice Hall.
- Sessa, R. M. (2009). Influência do ambiente laboral no desempenho e desgaste profissional da equipe de saúde. *Rev. Adm. Saúde*. 10(39), 51-60.
- Urbanetto, J. S. & Capella, B. B. (2004). Processo de trabalho em enfermagem: gerenciamento das relações interpessoais. *Rev. bras. enferm*. 57(4), 447-52.
- Zimerman, D. (1997). Fundamentos teóricos. In: Zimerman, D. & Osório, L. C. *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Empatía en enfermería y el contexto de la relación enfermero-paciente: consideraciones críticas

Nursing empathy and the context of the nurse-patient relationship: critical considerations

Empatia em enfermagem e o contexto da relação enfermeiro-paciente: considerações críticas

Leandro Felipe Mufato¹, Maria Aparecida Munhoz Gaíva²

¹*Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Doutorando em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso. Professor Assistente da Universidade do Estado de Mato Grosso – UNEMAT, Tangará da Serra, Mato Grosso, Brasil. Correo electrónico: leandro.mufato@gmail.com*

²*Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. Pesquisadora do CNPq. Correo electrónico: mangaiiva@yahoo.com.br*

Cómo citar este artículo en edición digital: Mufato, L.F. & Munhoz Gaíva, M.A. (2019). Empatía en enfermería y el contexto de la relación enfermero-paciente: consideraciones críticas. Cultura de los Cuidados (Edición digital), 23 (54). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.54.06>

Correspondencia: Rua San Francisco, N.410, Apto.1106, Torre 1. Edifício Garden Shangri-lá. CEP:78070-370. Cuiabá, Mato Grosso

Correo electrónico de contacto: mleandro.mufato@gmail.com

Recibido: 20/12/2018; Aceptado: 12/03/2019



ABSTRACT

Empathy is an ability to understand the other, fundamental in the nurse-patient relationship. In nursing, Theresa Wiseman formulated her own concepts about empathy from the characteristics of the profession. However, after more than ten years of the empathy concept in nursing formulated by the author, we have to observe the current context of occurrence of this phenomenon: the nurse-patient relationship. In this essay, we have looked at some factors that demonstrate the importance of empathy between nurses and patients, as well as what challenges the

profession faces to promote its autonomy and which directly interfere with the way nurses occupy space in relation to their patients and consequently in the development of empathy. Nursing work in wards, the division of labor with technicians and submission of the profession to the modes of production of hospital care are presented as aspects that interfere in the nurse-patient relationship and in empathy. It is concluded that there is a need to resume individualized care actions in the direct relationship with patients, so that the nurse can be seen as a resource, as a source of care for patients.

Keywords: Empathy, nurse-patient relations, nursing, nursing care, interpersonal relationships.

RESUMO

A empatia é considerada uma habilidade para compreender o outro, fundamental na relação enfermeiro-paciente. Na enfermagem, Theresa Wiseman formulou conceitos próprios sobre a empatia a partir das características da profissão. No entanto, depois de mais de dez anos do conceito de empatia em enfermagem formulado pela autora, temos que nos deter sobre o contexto atual de ocorrência deste fenômeno: a relação enfermeiro-paciente. Neste ensaio, lançamos olhares para alguns fatores que demonstram a importância da empatia entre enfermeiros e pacientes, bem como, que desafios a profissão enfrenta para a promoção da sua autonomia e que interferem diretamente no modo como os enfermeiros ocupam o espaço na relação com seus pacientes e, conseqüentemente, no desenvolvimento da empatia. O trabalho de enfermagem em enfermarias, a divisão do trabalho com técnicos e a submissão da profissão aos modos de produção do cuidado hospitalar apresentam-se como aspectos que interferem na relação enfermeiro-paciente e na empatia. Conclui-se pela necessidade de retomada de ações de cuidado individualizados na relação direta com os pacientes, de modo que o enfermeiro possa ser visto como um recurso, como uma fonte de cuidados pelos pacientes.

Palavras chave: Empatia, relações enfermeiro-paciente, enfermagem, cuidados de enfermagem, relações interpessoais.

RESUMEN

La empatía se considera una habilidad para comprender al otro, fundamental en la relación enfermero-paciente. En la

enfermería, Theresa Wiseman formuló conceptos propios sobre la empatía a partir de las características de la profesión. Sin embargo, después de más de diez años del concepto de empatía en enfermería formulado por la autora, tenemos que detenernos sobre el contexto actual de incidencia de este fenómeno: la relación enfermero-paciente. En este ensayo, observamos algunos factores que demuestran la importancia de la empatía entre enfermeros y pacientes, también, qué desafíos la profesión enfrenta para la promoción de su autonomía y que interfieren directamente en el modo como los enfermeros ocupan el espacio en la relación con sus pacientes y en el desarrollo de la empatía. El trabajo de enfermería en centros sanitarios, la división del trabajo con técnicos y la sumisión de la profesión a los modos de producción del cuidado hospitalario se presentan como aspectos que interfieren en la relación enfermero-paciente y en la empatía. Se concluye por la necesidad de retomada de acciones de cuidado individualizadas en la relación directa con los pacientes, de modo que el enfermero pueda ser visto como un recurso, como una fuente de cuidados por los pacientes.

Palabras clave: Empatía, relaciones enfermero-paciente, enfermería, cuidados de enfermería, relaciones interpersonales.

INTRODUÇÃO

A empatia é uma forma de cognição social que nos permite o conhecimento dos outros. Este tema tem ressurgido em diferentes pesquisas e converge para si diversas teorias que explicam sua ocorrência. Esse ressurgimento e crescimento do debate sobre a empatia tem ocorrido no campo da filosofia e sociologia – cognição social, e,

também, expressivamente no campo da saúde. A onda que trouxe a empatia de modo forte na agenda filosófica e científica ocorreu, em parte, devido à descoberta dos “neurônios espelhos”, um conjunto de neurônios motores capazes de serem ativados quando observamos uma ação realizada por outra pessoa, como se fossemos nós que estivéssemos realizando. Sobre esta descoberta se depositou a confirmação empírica de hipóteses filosóficas sobre como compreendemos outra pessoa (Zahavi, 2012).

No campo da saúde é naturalizada a ocorrência de cuidados no contexto de uma relação direta profissional-paciente. Logo, nesta relação a compreensão e conhecimento que se tem do outro é fundamental para o sucesso terapêutico dos cuidados. Especificamente, o cuidado de enfermagem carrega a premissa da relação entre dois sujeitos, um que cuida e outro que necessita de cuidados. O cuidado de enfermagem envolve um “encontro interpessoal com objetivo terapêutico” (Pires, 2009, p. 742), favorecido quando o profissional compreende e conhece as necessidades do paciente, ou seja, favorecido pela empatia.

O debate atual e crescente sobre os relacionamentos profissionais-pacientes no campo da saúde tem sido alavancado em boa parte por pesquisas sobre a empatia entre médicos, enfermeiros e psicólogos com seus pacientes (Reynolds & Scott, 2000; Wittenberg-Lyles *et al.* 2012; Birhanu, Tsion, Mirkuzie & Sudhakar, 2012; Soltner, Giquello, Monrigal-Martin & Beydon, 2011; Moghaddasian, Dizaji & Mahmoudi, 2013). Dessa forma, a empatia torna-se um tema que extrapola o campo específico da enfermagem e se torna uma preocupação de várias profissões da saúde, aliás, a psicologia é quem primeiro se ocupou desta temática para finalidades terapêuticas.

Apesar da empatia surgir no início do século XX como conceito no campo da saúde, a enfermagem desenvolveu referências específicas sobre a empatia somente a partir da década de 1960. Tereza Wiseman (2007) estudou a atividade de profissionais da enfermagem, analisando a empatia destes profissionais e formulou seu próprio conceito de empatia com base em pesquisas empíricas. Para essa autora, a empatia em saúde não contemplava as características da profissão enfermagem, que vão muito além dos padrões de consultas empregados pela medicina e psicologia. Sua tipologia da empatia se mostra própria da enfermagem por ter sido empiricamente observada em enfermarias de cuidados oncológicos. Empregaremos as ideias de empatia em enfermagem de Wiseman neste ensaio, como modo de colocar a relevância do tema para a enfermagem.

Os enfermeiros deveriam desenvolver com as pessoas a quem prestam cuidados uma experiência humana significativa que contribua para o seu desenvolvimento (Vieira, 2008). Neste sentido, o relacionamento entre enfermeiro e paciente deve possibilitar a ocorrência da terapêutica própria da enfermagem, e a empatia se releva uma forma do enfermeiro compreender seu paciente, atraindo para a enfermagem a discussão em torno da compreensão social do outro, proposta pelos estudiosos da empatia.

Apesar de ser um encontro intersubjetivo com finalidade terapêutica, o que por si demanda atitudes empáticas do profissional, se nos determos nas características do trabalho da enfermagem na atualidade, somos indagados, pelos olhares estranhos à profissão, e por vezes dos próprios enfermeiros: mas, onde entra a empatia na enfermagem? Parte deste

questionamento se fundamenta na observação crítica sobre a profissão, que hoje se caracteriza por um trabalho tarefeiro, não individualizado, desorganizado politicamente, centrado nos aspectos administrativos e de gestão, e, principalmente, pouco conectado com o paciente (Machado, 2010; McQueen, 2000). Se aos poucos nos ocupamos de outras atividades que nos distanciam dos pacientes como podemos discutir a empatia dos enfermeiros?

Disseminou-se um certo senso comum, social e acadêmico, de que o profissional enfermeiro vive situações de trabalho com pouco tempo para o cuidado, sem dedicação na relação direta enfermeiro-paciente, portanto, sem bons níveis de empatia. Este profissional frustrado e pressionado pelo produtivismo, característica marcante dos serviços de saúde, tem demonstrado isto em suas atitudes e comportamentos junto aos pacientes, aumentando ainda mais o distanciamento entre ambos (McQueen, 2000).

Nesse sentido, pretendemos aqui ampliar o espaço de discussão das características da profissão que influenciam diretamente a ocorrência da empatia. No rumo desta problematização, defendemos o argumento de que a enfermagem sempre esteve preocupada em participar da vida das pessoas doentes, de modo a facilitar-lhes a recuperação, além de participar também da vida de pessoas saudáveis para promover sua saúde e prevenir a ocorrência de adoecimentos. Evidencia-se o quanto os enfermeiros somente “são” profissionais do cuidado, se suas ações permitirem o bem-estar do outro, se o cuidado de enfermagem se fizer necessário para as pessoas seguirem com seus projetos e motivações na vida, aspectos inalcançáveis se o enfermeiro não se relacionar diretamente com seus

pacientes de modo empático, ou seja, sem que o enfermeiro compreenda e conheça seu paciente.

Nos dias atuais, paira sobre nossas cabeças uma densa nuvem de desconhecimento da relevância clínica e social do cuidado de enfermagem (Machado, 2010) e, do valor de sua mais nobre característica, a relação ininterrupta com as pessoas em situações de saúde e de doença. Diante deste cenário, questionamos: O que aconteceu com a enfermagem que a fez perder espaço na relação direta com o paciente e tornou a empatia algo estranho à profissão em alguns cenários de atuação?

Assim, este ensaio teórico procura refletir sobre a profissão de enfermagem como uma atividade voltada para as pessoas doentes, imbricada, portanto, na relação e na compreensão empática de seus pacientes. Procura, também, elencar as inquietantes, provocantes e desafiadoras características do desenvolvimento profissional, que levaram o enfermeiro a se distanciar de seus pacientes e perder o foco de sua valorização política, organização profissional e de sua própria contribuição para a estima social que deveria ser atribuída ao cuidado de enfermagem.

A relação enfermeiro-paciente na centralidade do desenvolvimento da profissão de enfermagem

O ser humano sempre esteve conceituado pela enfermagem como foco de sua atuação. Em todas as teorias de enfermagem o homem/ser humano aparece sendo conceituado, e suas necessidades para desenvolver-se plenamente constituem a espinha dorsal da profissão e da ciência enfermagem.

No desenvolvimento profissional, a relação enfermeiro-paciente foi a tônica nas definições de “o que seria a enfermagem”. O

ser humano necessitando de cuidados sempre esteve presente nas propostas teóricas de enfermagem. Para exemplificar o quanto a relação enfermeiro-paciente se fez importante no pensamento de teóricos da enfermagem, podemos trazer a ideia de Joyce Travelbee. Em Travelbee, vemos a relação enfermeiro-paciente como a essência do propósito da enfermagem e trata-se de uma relação pessoa-pessoa, estabelecida por meio da empatia (Leopardi, 1999). Nota-se que teóricos de enfermagem usam o termo empatia no estabelecimento da relação enfermeiro-paciente, sem contudo, se preocupar em conceituar o que viria a ser a empatia para a enfermagem. É notável, também que empatia e simpatia foram usados na enfermagem como sinônimos de características desejáveis ao cuidado, sem que fossem problematizados e melhor definidos até a década de 1970.

Ao conceituar a relação enfermeiro-paciente como a essência da enfermagem, observa-se o quanto esta relação se fez significativa para a profissão, marcadamente até a década de 1960. A partir de 1960, no caso brasileiro, ocorre um incremento do ensino voltado para formar líderes e administradores em enfermagem, um dos fatores que afastaram os enfermeiros de seus pacientes (Machado, 2010). Este e outros fatores serão explorados mais adiante.

Após o desenvolvimento desta primeira escola de pensamento na enfermagem, que privilegiava a relação entre profissionais e pacientes, vieram outras, algumas focando nas necessidades dos pacientes, outras nos aspectos cuidativos em relação aos curativos (Vieira, 2008). Independente da escola de pensamento, a enfermagem sempre se viu precisando conceituar teoricamente quem é este ser humano que necessita de seus cuidados, além de, e talvez por causa de,

lidar com uma longa jornada de atividades junto de seus pacientes na prática, o que a diferenciava dos aspectos “consultoriais” da medicina e da psicologia.

O trabalho em enfermagem envolve uma relação entre sujeitos (Pires, 2009). Esta autora coloca que o cuidador e o sujeito cuidado possuem expectativas e interesses que podem aproximar-se, potencializando o cuidado de si e do outro, ou distanciar-se, gerando conflitos. A história recente da enfermagem brasileira depara-se com esta mesma lógica de pensamento, a de que a enfermagem participa da trajetória de vida do sujeito enfermo com o objetivo de torná-lo mais autônomo na sua vida (Schoeller, 2010).

Neste sentido, trajetórias de vida dos sujeitos e sua autonomia, são abordagens para o cuidado de enfermagem que vão muito além de lidar com um corpo doente. Nessa complexidade do objeto de trabalho, compreender o paciente tornou-se essencial para a eficácia dos cuidados de enfermagem, colocando a empatia como um requisito e atributo do profissional de enfermagem. Mesmo assim, somente mais tarde pode-se discutir de modo mais específico o que seria a empatia para a enfermagem.

As mudanças que tornam a empatia cada vez mais necessária para os cuidados de enfermagem também ocorrem por meio das necessidades em saúde da população. Estas se deslocam dos prejuízos e injúrias ao corpo físico no início do século XX para outras dimensões mais complexas, como a vida diante das vulnerabilidades sociais, os desafios psicológicos de acompanhar a sociedade atual em suas transformações, a abertura do campo da saúde mental, lidando com adoecimentos da mente e não do corpo, as doenças crônicas que exigem um cuidado contínuo, o envelhecimento populacional, entre outros. Nesse

desenvolvimento, a enfermagem ampliou seus cenários de atuação, levando consigo a estreita relação com os pacientes e a necessidade de compreendê-los, agora não mais como um corpo doente, mas como um sujeito social, uma pessoa. Como diria Zahavi (2014), é necessário olharmos o outro como uma mente corporificada, e não como uma mente e um corpo, separado como dois opostos. Esta compreensão se faz cada vez mais necessária para a enfermagem.

Na história recente da enfermagem, Schoeller (2010) à coloca categoricamente como a profissão do cuidado, e afirma que o cuidado terapêutico pressupõe

conhecimento, mas não somente o conhecimento intelectual e científico, como também o conhecimento do outro [...] Este conhecimento deve contemplar as dimensões do biológico, do espiritual, do afetivo, do econômico e do social e cultural, na tentativa, [...] de conhecermos o mais profundamente possível esse outro ser e seu momento de vida (p. 248).

Observamos que conhecer o outro, seu paciente, se faz em parte para contemplar outras dimensões que não a biológica. Quando elevamos o cuidado de enfermagem para além do biológico, necessitando conhecer mais das necessidades em saúde dos pacientes, saber conhecer o outro se torna essencial na profissão, ou seja, a empatia passa a ser essencial.

A empatia em enfermagem proposta por Theresa Wiseman: uma forma de compreender o paciente

O termo *empathy* foi introduzido no idioma inglês aproximadamente em 1902. O termo deriva da expressão alemã *einfiuhling*, usada pelo filósofo Robert Vischer e empregada por Theodor Lipps para designar o estado

de “estar dentro” de um sentimento (*in-feeling*). Os psicólogos e psicoterapeutas foram os primeiros a dominar o termo na área da saúde (López, Filippetti & Richaud, 2014; White, 1997). Carl Rogers (1957, p. 95) afirma que a empatia é “a noção de estar no mundo do cliente como se fosse seu próprio mundo, sem perder a característica do “como se fosse”.

Até 1950 era comum o termo simpatia ser utilizado pela enfermagem para tratar da relação enfermeiro-paciente. Influenciados pelo psicólogo Carl Rogers, os primeiros estudiosos da empatia na enfermagem são da década de 1960 e 1970.

A confusão entre simpatia e empatia na enfermagem foi clarificada por Wiseman (1996), que esclarece que na simpatia nós percebemos a experiência de outra pessoa e imaginamos como nós estaríamos ao vivenciar esta experiência. Na empatia, nós percebemos a experiência de outra pessoa e imaginamos como ela vivencia esta experiência. Em outras palavras, a simpatia fala dos próprios valores, crenças, conhecimento e sentimentos, enquanto que a empatia trata dos valores, crenças, conhecimento e sentimentos de outra pessoa.

A autora Wiseman (1996) que realizou uma análise conceitual e pesquisas empíricas sobre a empatia em enfermagem, afirma que a empatia prescindiria de alguns atributos sem os quais ela não poderia ocorrer: 1) ver o mundo como uma outra pessoa o vê; 2) não julgamento; 3) entendimento dos sentimentos dos outros; e, 4) comunicação deste entendimento.

Neste sentido, a interação e a escuta é algo que antecede a ocorrência da empatia. A escuta seria necessária de ambos os lados da relação profissional-paciente, para que o profissional possa entender os sentimentos do paciente, e para que o paciente possa, do

outro lado, ter certeza da interação e do entendimento do profissional sobre seus sentimentos (Wiseman, 1996). A necessidade humana básica de ser compreendido seria o primeiro alcance como consequência da empatia

Após aprofundar suas investigações sobre a empatia de enfermeiros numa enfermaria oncológica, Theresa Wiseman (2007) apresenta uma proposta de conceituação da empatia em enfermagem de modo mais holística, ressaltando o fenômeno da empatia em enfermagem como algo multifacetado e identificado em diferentes formas de expressão. A autora apresenta quatro formas da empatia em enfermagem: A empatia como incidente -demonstra que os enfermeiros são empáticos a partir do contexto que propicia tal ocorrência. A enfermaria, a filosofia da instituição, as crenças e valores dos enfermeiros os colocam a serem empáticos; A empatia como uma forma de conhecer- a empatia melhora o acesso às necessidades dos pacientes (bem como possibilita conhecer as necessidades, crenças, valores e prioridades dos indivíduos); A empatia como um processo -demonstra que os enfermeiros que são empáticos com seus pacientes o são de modo processual, várias vezes empático com o mesmo paciente. Isso torna mais fácil continuar empático a cada novo momento, por vezes até tornar-se algo inconscientemente; A empatia como uma forma de ser- demonstra que alguns enfermeiros tomam a empatia como uma forma de fazer a enfermagem. Alguns fatores associados à esta forma de ser do enfermeiro incluem familiaridade e similaridade com o paciente, experiência prévia dos enfermeiros em ser um paciente, boa capacidade de comunicação do paciente e a cronicidade do adoecimento do paciente.

Wiseman (2007) ainda reviu alguns

aspectos pontuado anteriormente sobre a empatia, demonstrando que o autoconhecimento ou autoconsciência tem papel importante na expressão da empatia, haja vista que os enfermeiros que desenvolvem habilidades empáticas demonstraram ter consciência de seus pontos fortes e de suas fraquezas, o que influenciou o modo como estes interagem com os pacientes.

Observamos, no entanto, que o contexto de ocorrência da empatia, ou seja, a relação enfermeiro-paciente, se vê ameaçado. As direções tomadas pela própria profissão influenciam neste sentido. As características da profissão que interferem no processo da construção da empatia, seriam: a fragilidade no desenvolvimento de sua autonomia profissional, o baixo alcance do reconhecimento da utilidade social do trabalho profissional de enfermagem (Pires, 2009). Por vezes, a enfermagem surge como uma profissão desvalorizada em suas atividades e incapaz de se organizar politicamente para ocupar o espaço de atuação junto às pessoas (Machado, 2010). Portanto, na discussão da empatia em enfermagem, precisamos elencar alguns aspectos críticos da profissão que diminuem as oportunidades de encontros diretos com seus pacientes, implicando na diminuição das oportunidades empáticas de cuidado.

O afrouxamento da relação direta enfermeiro-paciente: a crise das oportunidades empáticas

Acreditamos que a evolução da enfermagem para uma prática profissional despolitizada, desorganizada, burocraticamente institucionalizada e submissa à categoria médica (Machado, 2010), tem profunda relação com o distanciamento entre enfermeiros e seus pacientes.

A história assegurou que o “modelo hospitalar” da atuação de enfermagem, inspirado por Florence Nightingale, se sobrepusesse aos demais campos de atuação do enfermeiro, sendo difundido da Inglaterra para o restante do mundo (Machado, 2010). Atualmente, no ambiente hospitalar, a relação enfermeiro-paciente é prejudicada pela organização do trabalho em tarefas a serem realizadas; o foco da assistência em problemas físicos; o incentivo em evitar envolvimento emocional com os pacientes; e, a valorização excessiva de um saber especializado em saúde (McQueen, 2000), constitui-se barreiras entre os sujeitos que cuidam e que precisam de cuidado.

As atividades de enfermagem associadas ao hospital e ao ensino, trouxeram entre outras consequências: a institucionalização da prática de enfermagem submissa à prática médica; o excesso de ocupação com atividades ligadas à terapêutica e produtividade médica, bem como atividades tidas como domésticas, tais como “fiscalizar portaria, lavanderia, hidráulica e elétrica da estrutura dos serviços de saúde – atividades confundidas com ‘Administração em enfermagem’” (Machado, 2010, p. 342).

A enfermagem, hoje, é submissa a hierarquia hospitalar, como consequência, há priorização das atividades técnicas e desvalorização dos papéis cuidativos e educativos do enfermeiro. A autonomia dos enfermeiros tem recaído sobre atividades administrativas e ausente na essência da profissão, no processo de cuidar e no cuidado (Bueno & Queiroz, 2006), minguando a atuação dos enfermeiros no âmbito da relação com seus pacientes, e como consequência, diminuindo a expressão da empatia entre ambos. Consideramos que a dimensão administrativa-gerencial é uma dimensão do processo de cuidar (Pires, 2009), porém,

ponderamos que talvez seu peso na balança das atividades de enfermagem esteja contribuindo para o menor valor das demais dimensões, e tornando escasso o contexto das relações diretas entre enfermeiros e seus pacientes.

Além disso, a enfermagem se vê preocupada com tarefas demasiadas objetivas e desconectadas de questões emocionais que são próprias das relações com os pacientes, como aferir pressão arterial, temperatura corporal, frequências cardíacas e respiratórias e registro das características das eliminações orgânicas. Essas atividades por si não propiciam uma relação terapêutica, entendida como aquela que permite o conhecimento das necessidades do paciente por meio da empatia.

A separação das atividades de enfermagem entre *nurses* e *ladies*, no início da enfermagem moderna, pode ser interpretado como desvalorização das atividades de cuidado, ao destinar o cuidado para as *nurses* (mulheres com moral duvidosa e baixa instrução) e o saber e poder sobre o cuidado para as *ladies* (mulheres instruídas de alta classe social). Neste processo, houve, talvez, o nascimento de um dos primeiros fatores intrínsecos que influenciam de modo prejudicial a relação direta enfermeiros-pacientes, colocando entre eles um outro ator social, o técnico de enfermagem. As *nurses* tornaram-se os atuais técnicos e auxiliares de enfermagem, enquanto as *ladies*, as enfermeiras (Machado, 2010).

Outro passo dado pela enfermagem para fora do contexto da relação direta enfermeiro-paciente foi devido à um empurrão da ciência e sua associação ao modo de produção capitalista. A partir do século XX e com o passar do tempo, as tecnologias em saúde, as descobertas do

campo da cirurgia e os novos tratamentos em situações de emergência, compunham o desenvolvimento de modernas tecnologias e conhecimento médico, ofuscando o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem na saúde (Vieira, 2008) e o seu valor social. Os aspectos médicos nos cuidados em saúde e toda a tecnologia em desenvolvimento levaram o tratamento dos doentes a centrar-se na cura, e não no processo para a cura. Neste contexto, saber operar equipamentos complexos e modernos torna-se fonte de poder no campo da saúde, acima do saber compreender o outro, tido como um conhecimento de menor valor.

Assistimos, assim, ao desenvolvimento do saber em saúde centrado na doença e na cura, tão hegemônico no campo da saúde, a ponto de que toda subjetividade e identidade social e histórica dos pacientes ser enquadrada aos interesses médicos de cura e de culto ao corpo. Contudo, é justamente nesta subjetividade, nesta identidade social, cultural e histórica que estão os modos do homem responder às situações de adoecimento, sobre o qual a enfermagem atua. Este, seria o conteúdo que a compreensão do outro por meio da empatia poderia dar ao enfermeiro.

A falta das ciências do campo das humanidades na formação do enfermeiro implica em deixar de fora deste processo aspectos relacionais e o desenvolvimento de uma terapêutica própria da enfermagem, menos ligada ao saber médico hegemônico. O desenvolvimento das ciências ligadas ao corpo pesou no desenvolvimento da enfermagem o suficiente para ocupar boa parte da formação dos enfermeiros, não deixando espaço para as humanidades do sujeito que necessita de cuidado (Pires, 2009). Em consequência, o profissional formado neste contexto acaba preterindo a

execução de atividades de contato direto com o paciente, priorizando ações burocráticas e de gerenciamento, afastando-se da essência da profissão (Ramos, Mesquita, Galvão & Enders, 2013).

Assim, a enfermagem em seu desenvolvimento profissional, tomou uma direção que a afastou de ações diretas com seus pacientes. A medida que se afasta desse locus de atuação, afasta-se de sua identidade profissional e acaba convencendo-se de que a profissão é a exaustiva e interminável execução de tarefas ligadas a outros interesses, como aos interesses médicos e dos serviços de saúde, em detrimento dos interesses da pessoa cuidada e do desenvolvimento de como podemos compreender-las em suas necessidades em saúde, em suas trajetórias de vida, ou seja, de como podemos ser empáticos com os pacientes.

Esse afastamento é o que conduz o questionamento de como a empatia pode ser expressa e mantida na enfermagem? Se os enfermeiros estão tão atarefados com a administração de equipes e serviços de saúde, a empatia com o paciente se expressa de que forma para a enfermagem? A empatia observada por Theresa Wiseman nas enfermarias oncológicas, pode se aplicar a toda enfermagem?

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No contexto do cuidado de enfermagem há numerosos desafios a serem superados para que a relação enfermeiro-paciente torne-se o foco e a essência da enfermagem (novamente?) e que a empatia possa ser estabelecida como realmente fundamental à profissão.

Diante das necessidades de saúde atuais, é imperativo que o cuidado tome a pessoa como foco, sobre a qual recaia os maiores

benefícios das terapêuticas utilizadas. A enfermagem se vê enfrentando inúmeros obstáculos e desafios para a construção dessa identidade profissional e de uma ciência que consiga responder à dimensão humana. A relação enfermeiro-paciente foi a fundação da enfermagem e o contexto de atuação dos enfermeiros no início da profissão, o que aparentemente não se manteve no decorrer do desenvolvimento profissional, que se voltou para as atividades não ligadas diretamente aos pacientes, mas aos serviços de saúde e por vezes, aos interesses médicos.

A tese que nos propusemos a defender é de que faz-se necessário retomarmos este contexto de atuação: a proximidade com as pessoas, seus projetos de saúde e como podemos contribuir com estes projetos como profissionais preparados e empoderados de uma terapêutica própria de enfermagem, na relação direta com os pacientes, conhecendo-os por meio da empatia. A empatia ocorre de várias formas para os enfermeiros, quando estes atuam diretamente com seus pacientes, como bem observou Thereza Wiseman. O que mostra que há um campo de conhecimento que é próprio da enfermagem e que pode ser mais e melhor explorado: a empatia como forma de conhecer as necessidades em saúde. Porém, o alcance das ideias de Wiseman sobre a empatia, parece não corresponder a todo cenário de atuação de enfermagem, principalmente quando observamos o que autores colocam como características da profissão no cenário brasileiro.

Ocorre que, os enfermeiros estão saindo do contexto da relação direta com o paciente e do desenvolvimento de saberes que podem contribuir nesta relação, como a empatia. Ao saírem deste contexto estão perdendo-se em meio aos interesses de uma sociedade que valoriza o mensurável, em detrimento do

sensível e invisível nas relações terapêuticas. Caminham em direção às ciências biológicas e matematizadas hegemônicas na saúde, em detrimento das investigações que exaltam os significados do estar doente e necessitar de cuidados nas dimensões individual, social e política. Quando assim o fazem, demonstram o quanto se distanciam de oportunidades de conhecer o paciente (o outro) por meio da empatia, o que aponta para uma direção contrária às necessidades atuais nos cuidados em saúde: ser empático.

REFERÊNCIAS

- Birhanu, Z., Tsion, A., Mirkuzie, W. & Sudhakar, M. (2012). Predictors of perceived empathy among patients visiting primary health-care centers in central Ethiopia. *International Society for Quality in Health Care*, 24(2), 161-168. DOI: 10.1093/intqhc/mzs001.
- Bueno, F. M. G. & Queiroz, M. S. O enfermeiro e a construção da autonomia profissional no processo de cuidar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(2), 222-277. DOI: 10.1590/S0034-71672006000200019.
- Leopardi, M. T. (1999). *Teorias em enfermagem: Instrumentos para a prática*. Florianópolis, Brasil: Ed. Papa-Livros.
- López, M. B., Filippetti, V. A. & Richaud, M. C. (2014). Empatía: desde la percepción automática hasta los procesos controlados. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 32(1), 37-51. DOI: dx.doi.org/10.12804/apl32.1.2014.03.
- Machado, W. C. A. (2010). A enfermagem moderna. In Geovanini, T., Moreira, A., Dornelles, S. & Machado W. C. A. *História da enfermagem: Versões e interpretações* (pp. 335-347). Rio de Janeiro, Brasil: Revinter.
- McQueen, A. (2000). Nurse-patient relationships and partnership in hospital care. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 723-731. DOI: 10.1046/j.1365-2702.2000.00424.x.
- Moghaddasian, S., Dizaji, S. L. & Mahmoudi, M. (2013). Nurses empathy and family needs in the Intensive Care Units. *Journal of caring sciences*, 2(3), 197-201. DOI: 10.5681/jcs.2013.024.
- Pires, D. (2009). A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(5), 739-44.
- Ramos, D. K. R., Mesquita, S. K. C., Galvão, M. C. B &

- Enders, B. C. (2013). Paradigmas da saúde e a (des)valorização do cuidado em enfermagem. *Enfermagem em Foco*, 4(1), 41-44. DOI: 10.21675/2357-707X.2013.v4.n1.501.
- Reynolds, W. J. & Scott, B. S. (2000). Do nurses and other professional helpers normally display much empathy? *Journal of advanced nursing*, 31(1), 226-234. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2000.01242.x.
 - Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of consulting and clinical psychology*, 21, 95-103. Recuperado de <https://app.shoreline.edu/dchris/psych236/Documents/Rogers.pdf>.
 - Schoeller, S. D. (2010). A nossa história recente – a enfermagem brasileira de 1988 a 2002. In Geovanini, T., Moreira, A., Dornelles, S. & Machado W. C. A. *História da enfermagem: versões e interpretações* (pp. 247-275). Rio de Janeiro, Brasil: Revinter.
 - Soltner, C., Giquello, J. Á., Monrigal-Martin, C. & Beydon L. (2011). Continuous care and empathic anaesthesiologist attitude in the preoperative period: impact on patient anxiety and satisfaction. *British journal of anaesthesia*, 106(5), 680-686. DOI: 10.1093/bja/aer034.
 - Vieira, M. (2008). *Ser enfermeiro: da compaixão à proficiência*. Lisboa, Portugal: Universidade Católica Editora.
 - White, S. J. (1997). Empathy: a literature review and concept analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 6, 253-257.
 - Wiseman, T. (1996). A concept analysis of empathy. *Journal of advanced nursing*, 23, 1162-1167.
 - Wiseman, T. (2007). Toward a holistic conceptualization of empathy for nursing practice. *Advances in Nursing Science*, 30(3), e61-e72. DOI: 10.1097/01.ANS.0000286630.00011.e3.
 - Wittenberg-Lyles, E., Debra, P. O., Demiris, G., Rankin, A., Shaufield, S. & Kruse, R. L. (2012). Conveying empathy to hospice family caregivers: team responses to caregiver empathic communication. *Patient education and counseling*, 89, 31-37. DOI: 10.1016/j.pec.2012.04.004.
 - Zahavi, D. (2012). Empathy and mirroring: Husserl and Gallese. In R. Breuer & U. Melle (Eds.), *Life, subjectivity & art: Essays in honor of Rudolf Bernet*. (pp. 217-254). Phaenomenologia 201. London, England: Springer Science.
 - Zahavi, D. (2014). Empathy and other-direct intentionality. *Topoi*, 33:129-42. DOI: 10.1007/s11245-013-9197-4.

Vivencia del cuidado de enfermería en un proceso de duelo

Nursing care experience in a grieving process Experiência da assistência de enfermagem em um processo de luto

Luzmila Hernández Sampayo¹

¹Enfermera Magister Materno Infantil, Profesora Asociada Universidad del Valle

Cómo citar este artículo en edición digital: Hernández, L. (2019) Vivencia del cuidado de enfermería en un proceso de duelo. Cultura de los Cuidados (Edición digital), 23 (54). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.54.07>

Correspondencia: Carrera 43 numero 6, ^a-115 Cali Valle

Correo electrónico de contacto: Luzmila.hernandez@correounivalle.edu.co

Recibido: 23/11/2018; Aceptado: 12/03/2019



ABSTRACT

Perinatal death from an institutional view is a matter of difficult confrontation for both, parents who experience the loss, as for the health personnel present at the event. Kristen Swanson theory considers that the goal of nursing is to provide care, for women and her family, significantly to help in the acceptance of the death of a loved one. The support health personnel provide for parents and their family, is significant in the acceptance of the loss and the development of the grieving process. This article tells the experience of a nurse in her interaction with a woman who faced the death of his daughter at the time of birth. It is analyzed based on the Kristen Swanson Care Theory, focuses on the meta-paradigmatic elements and processes or categories of care.

Keywords: Nursing theory, nursing care, perinatal death.

RESUMO

Morte perinatal a partir de uma visão

institucional é uma questão de confronto difícil para ambos, os pais que sofrem a perda, como para os profissionais de saúde presentes no evento. Teoria Kristen Swanson considera que a meta da enfermagem é a prestação de cuidados, para as mulheres e sua família, de forma significativa para ajudar na aceitação da morte de um ente querido. Os profissionais de saúde de apoio fornecer aos pais e sua família, é significativa na aceitação da perda e para o desenvolvimento do processo de luto. Este artigo conta a experiência de uma enfermeira em sua interação com uma mulher que enfrentou a morte de sua filha no momento do nascimento. Analisou baseia-se na Teoria do Cuidado Swanson Kristen, incide sobre os elementos e processos ou categorias de cuidados de meta-paradigmáticas.

Palavras chave: Teoria de enfermagem, cuidados de enfermagem, morte perinatal.

RESUMEN

La muerte perinatal desde el ámbito institucional es un hecho de difícil confrontación tanto para los padres quienes experimentan la pérdida, como para el personal de salud que presencia el evento. La teoría de Kristen Swanson, considera que la meta de la enfermería es brindar cuidado a la mujer y su núcleo familiar, de manera significativa para ayudarla en la aceptación de la muerte de un ser querido. El apoyo que el personal de salud brinda a los padres y la familia, es significativa en la aceptación de la pérdida y la elaboración del duelo. El presente artículo relata la experiencia de una enfermera en su interacción con una mujer que afrontó la muerte de su hija al momento de nacer. Se analiza con base en la teoría de los cuidados de Kristen Swanson y se centra en los elementos metaparadigmáticos y los procesos o categorías del cuidado de enfermería.

Palabras clave: Teoría de enfermería, cuidado de enfermería, muerte perinatal.

INTRODUCCIÓN

Uno de los acontecimientos especiales en la vida de una familia es el nacimiento de un hijo. Desde el embarazo hasta el momento del nacimiento, se desarrollan sentimientos de esperanza, ilusión, considerando siempre que todo culminara satisfactoriamente. Sin embargo, no todos los embarazos terminan acorde a lo esperado. Según Maroto, García y Mateo (2004), generalmente, los padres se sienten responsables de la protección de sus hijos/as y la muerte de un hijo suele ser vivida con sentimientos de fracaso y con una gran culpabilidad. La muerte de un hijo conlleva además otras pérdidas significativas como los sueños, expectativas, identidad, roles, esperanzas y proyectos para el futuro. Durante muchos años,

cuando los profesionales de salud se encontraban ante una muerte perinatal, lo más habitual era que la madre fuera sedada y, al nacer el bebé se le retiraba lo antes posible de la sala de parto. De este modo se pretendía evitar o reducir el dolor de la madre por la muerte de su bebé. Se pensaba que lo mejor era que no tuviese ningún contacto con el hijo fallecido, eliminar cualquier indicio de su existencia y evitar así que formara algún tipo de apego con él, por mínimo que fuera López García (2011). Algunos trabajos de investigación han demostrado que ésta no es la forma más conveniente de actuar, ni la más humana. El primer artículo sobre el sufrimiento de los progenitores apareció en 1959 (Elia, 1959, "The management of grief situations in obstetrics"), el cual recogía las dificultades del obstetra frente a la muerte fetal antes, durante y después del parto, hacía recomendaciones humanistas sobre su abordaje y la atención a la pareja y mencionaba la pena del propio médico. Sugería informar a la madre acerca del parto y el bebé cuando despertase de la anestesia, pero no hablaba de verlo o tomarlo en brazos.

A finales de los años 60, el duelo perinatal o neonatal fue adquiriendo importancia a nivel clínico y científico, con la publicación del artículo "Los efectos psicológicos del mortinato sobre las mujeres y sus médicos", su autor (Burne, 1968), describió los efectos psicológicos de la pérdida sobre las mujeres y planteó el concepto del ángulo ciego, para referirse a la recomendación médica de pasar por el trance simulando que nada había sucedido, pues el objetivo era que los progenitores olvidaran cuanto antes lo sucedido y buscaran rápidamente un nuevo embarazo. Más tarde, Kennell, Slyter y Klaus (1970) publican "La respuesta de luto de los padres por la muerte de un hijo

neonato". El estudio determinó seis tipos de respuesta al duelo: tristeza, pérdida del apetito, incapacidad para dormir, preocupación, irritabilidad e incapacidad para reanudar las actividades cotidianas.

Kirkley-Best y Kellner (1982), criticaron la bibliografía previa por sus errores metodológicos concluyendo que "sin un estudio apropiado, los profesionales están destinados a seguir las modas de los libros populares sobre duelo, sin llegar a cubrir las necesidades específicas de los padres que vivían la pérdida"; lo denominaron el duelo olvidado. Recomendaron entonces que los progenitores vieran y tomaran en brazos al bebé muerto y propusieron desarrollar grupos de apoyo para los padres afectados. Estudios más recientes como el realizado por Toledo y colaboradores en el año 2004, encontraron que muchos padres manifestaron tras la muerte de su hijo, su deseo de verlo o incluso acariciarlo. Sin embargo, una minoría lo considera como algo muy desagradable y no se encuentran preparados para tener contacto con el hijo muerto, sobre todo si el niño presenta alguna malformación o no se encuentra en buen estado. Aunque el contacto físico con el hijo o tener acercamiento a los objetos relacionados con él son elecciones que ayudan a muchos padres a desarrollar de manera adecuada el proceso de duelo, estas acciones no son elegidas por todos los padres por lo que no se debe nunca presuponer o limitar las elecciones paternas respecto a las conductas tras la muerte perinatal.

La Academia Americana de Pediatría en la década de los 1970 propuso protocolos para las intervenciones ante el duelo y para ayudar a las familias a encontrar un significado apoyándolas durante su pena. Los programas de duelo garantizan una atención de calidad para las familias,

ofreciendo rituales como bautizos, toma fotografías y de huellas, mechón de cabello y otros.

El presente artículo relata la experiencia de una enfermera en su interacción con una mujer que afrontó la muerte de su hija al momento de nacer. Esta experiencia se analiza con base en la teoría de los cuidados de Kristen Swanson, centrándose en los elementos metaparadigmáticos y los procesos o categorías del cuidado. Esta es una teoría de rango medio que sustenta el fenómeno del que hacer de enfermería y hace que las intervenciones respondan a las necesidades del sujeto receptor del cuidado (Duran, 2016).

SITUACIÓN DE ENFERMERÍA

Una mañana de septiembre llegue, como docente de práctica clínica, al servicio de Alto Riesgo Obstétrico, con estudiantes de Enfermería. Iniciando el turno ingresa una paciente llamada María de 28 años de edad; su rostro reflejaba una tristeza infinita, la enfermera que la acompañaba comentó que es una paciente con un abrupcio placentario más preeclampsia severa, que acaba de tener una pérdida perinatal, con 38 semanas de gestación y no aceptaba que le realizaran ninguna intervención. En ese momento, sentí que debía estar al lado de esta mujer y le pedí a la enfermera del servicio que me permitiera hacerme cargo de ella. Caminé hacia la habitación de María sin saber que iba a decirle, le pedí a Dios que me ayudara a encontrar las palabras adecuadas para dirigirme a ella. Me le acerque, me presenté y le dije: "estoy aquí para ayudarte"; ella sin ni siquiera abrir sus ojos me dijo: "yo sólo quiero irme a casa, no quiero nada más".

Le pregunté: "¿en quién crees?". A lo que respondió: "creo en Dios, soy cristiana"; la siguiente pregunta fue: "¿tienes más hijos?",

“si uno de 13 años”. Empecé a hablarle de las pruebas que Dios nos pone, que Él le había regalado por 38 semanas una bebé y había tenido la oportunidad de tenerla y amarla por ese tiempo. Le hable de lo importante que era que se dejara cuidar para que recuperara la salud. Le tome una mano y le dije: “es un momento muy difícil y sólo tú puedes sentirlo”. El silencio nos invadió en un momento. Yo sin saber qué más decir, seguía tomándola de la mano; ella sin decir nada, sólo lloraba. Pasaron unos minutos y de repente abrió sus ojos y me dijo “me dejo atender si lo hace usted”. Procedí a iniciar el tratamiento indicado y a tomar los exámenes de laboratorio, ella se mostró receptiva. Para mí fue un momento especial e importante, donde se pone a prueba toda la sensibilidad que posees como ser humano, como enfermera; saber que está en tus manos comprender de manera respetuosa al otro en un momento tan difícil. Se terminó el turno, volví a la habitación para despedirme, ella me miró, se observaba con una gran vulnerabilidad, no dijo nada y yo sólo prometí que volvería al siguiente día.

A la mañana siguiente, la Enfermera que entregó el turno comentó sobre la mujer llamada María que había ingresado el día anterior, que estaba muy deprimida, que sus signos vitales se encontraban muy inestables, que además había tenido una pérdida importante de sangre durante el parto y había que transfundirle dos unidades de glóbulos rojos. De inmediato me ofrecí a cuidarla durante el turno, y junto con un estudiante iniciamos las actividades de enfermería.

María se encontraba silenciosa y con una mirada triste. Noté en su expresión, signos de cansancio y deduje que no había dormido suficiente. La saludé, le comenté que esa mañana cuidaría de ella; sólo esbozo un “gracias”. Inicié junto con el estudiante las

actividades generales de enfermería. Solicitamos al banco de sangre las dos unidades de glóbulos rojos, y nos respondieron que en una hora las recibiríamos. El turno transcurría y, a mitad de éste, María recibe la visita de su madre quien le comenta que le entregarán el cuerpo de la niña en poco tiempo. Esto implicaba que esa misma tarde se realizaría el sepelio. Esta noticia conmocionó a María y comenzó a llorar de forma inconsolable. Manifestaba insistentemente que sólo deseaba irse a su casa para tener la oportunidad de despedirse de su niña.

La situación se complicó pues María, a partir de ese instante, nuevamente empezó a negarse a que se le realizaran cualquier procedimiento. Sólo rogaba que la dejáramos ir para ver por última vez a su hija. En ese momento, la abordó el obstetra y los residentes de ginecología de la sala pero ella seguía negándose rotundamente a recibir los cuidados.

Me le acerqué y le coloqué una mano en el hombro, sin saber cómo hablarle, sin saber que decirle; de repente me salieron las palabras: “voy a ayudarte para que te despidas de tu hija, pero antes debes recibir la transfusión”, ella aceptó. Me propuse, en una carrera contra reloj, buscar en el hospital un espacio donde se pudiera llevar a cabo la despedida que María deseaba fervientemente. Como es de suponer, este tipo de situaciones en una institución de salud de nivel III, ni se permiten ni forman parte de los protocolos de atención. No obstante, la necesidad de María de despedirse de su hija y mi palabra empeñada para ayudarle fueron suficientes incentivos para procurar, a pesar de las barreras institucionales llevar a cabo la despedida. Varias personas me ayudaron, incluso corriendo el riesgo de ser amonestadas, para que no sólo el cuerpo de

la niña fuera retirado de la morgue sino también que una oficina del servicio sirviera de sala provisional para que María acogiera en sus brazos por última vez a su pequeña.

En esa carrera que emprendí encontré personas que seguramente nunca hubiera pensado estaban tan dispuestas a ayudar a María. El sitio destinado para la despedida finalmente fue una oficina en la cual se podía garantizar la privacidad suficiente para que se realizara el ritual de despedida. Acomodé unas sillas para que se sentaran, además de María, su madre, su esposo y una hermana, el estudiante y yo.

Cuando María llegó a éste recinto le dije que era un momento muy especial donde debía mostrar serenidad y llenarse de fuerzas para despedir de la mejor forma a su hija. Llegaron los familiares con el cuerpo de la niña, nos tomamos todos de las manos e hicimos una oración. Seguidamente, tomé la niña y la puse en sus brazos.

Fue un momento conmovedor: María fijo su mirada en la cara de la niña, sonrió con infinita ternura, la estrechó contra su pecho, la besó muchas veces y solicitó que se hiciera el bautizo a su niña. Seguidamente conseguí agua y realicé el ritual; María hizo una oración y se la entregó a Dios. Retiré suavemente el cuerpo de la niña, se la entregué al familiar y nos fuimos con María al servicio donde estaba hospitalizada. Cuando llegamos, María me agradeció, yo de mi parte experimente la satisfacción de haber cumplido con creces una misión.

Esta experiencia me permitió reafirmar que el cuidado involucra además de los aspectos científico-tecnológicos de Enfermería valores como el respeto, la solidaridad y la compasión que le permiten a la enfermera sentir y compartir con el otro los momentos de dolor. Pude vivenciar también que el cuidado está lleno de instantes que nos pueden impulsar a la

creatividad para favorecer soluciones sencillas a problemas complejos como el que María estaba viviendo por la muerte de su pequeña hija.

ANÁLISIS POR PATRONES DE CONOCIMIENTO

Bárbara Carper (1978), propuso Los patrones de conocimiento, los cuales hacen parte del componente científico de la práctica de enfermería, de tal forma que aumentan su complejidad epistemológica. Por lo tanto, cada patrón pretende dar una orientación de los problemas y las preguntas que a diario se enfrentan en el cuidado de enfermería. Esta autora propone cuatro patrones: empírico, estético, personal y ético. Años después, Chinn y Kramer (1999) proponen el patrón emancipatorio.

Empírico:

Se reconoce y comprende la condición física y emocional de María. Por su expresión se reconoce el dolor, la angustia y la tristeza. La narrativa muestra que la mujer presenta señales de insomnio y que además de tener afectada su parte emocional tiene compromiso de su salud física por la pérdida de sangre durante el parto. La situación describe una enfermera que llega a María, posicionándose muy bien en su rol de cuidador e identifica prioridades en el cuidado y ofrecerle alivio a su padecimiento.

Conocimiento estético:

Este patrón nos revela el arte de lo que es "ser una Enfermera/o", nos muestra la belleza y el significado de atender a una persona que necesita del cuidado. Se revela en la narración, puede darse al reconocer el significado que da a la expresión del rostro de la mujer y la incapacidad de dejar que le proporcionaran cuidado. Con su actuación la enfermera logra ganarse la confianza de

María, a tal punto de pedirle que sólo se deja cuidar de ella.

Conocimiento personal:

La enfermera tiene una actitud de apertura con María. Tiene una experiencia intersubjetiva que le permite conocer y dar un significado especial al rostro de sufrimiento del paciente, su angustia y lágrimas. La enfermera aborda este tipo de conocimiento siendo sensible al padecimiento de la mujer y siendo además espontáneos al actuar. Los resultados se ven en la respuesta de María que muestra los efectos terapéuticos del toque amoroso que la enfermera aplica al conocer su situación.

Conocimiento ético:

Componente moral de la enfermería. La profesional basada en sus principios y valores orienta su ejercicio y la toma de decisiones deontológicas en el cuidado integral. En la narrativa el principio de beneficencia se observa claramente. Igual la obligación moral para actuar en beneficio del paciente, además vemos a una enfermera moralmente y éticamente comprometida, que responde al componente moral del conocimiento de enfermería e influye en las decisiones que ella debe tomar en torno al cuidado.

Conocimiento emancipatorio:

Este paradigma hace énfasis en el contexto histórico en que se realiza la acción, se esfuerza por mantener el conocimiento dentro del escenario en que nace, para confrontarlo con la práctica social (la devolución del conocimiento), mediante tácticas y estrategias de cambio (Vejarano, 1983).

Es a través del análisis de situaciones como la anteriormente descrita, que se ha intentado modificar los modelos de atención de Enfermería enfocados a condiciones más

justas que de alguna manera favorece los resultados de las condiciones de salud de las persona.

ANÁLISIS RELACIONADO CON LA TEORÍA DE LOS CUIDADOS DE KRISTINE SWANSON

Para la presente situación considero pertinente abordarla desde la perspectiva de la teoría de los cuidados de Kristine Swanson, la cual fue generada a partir de investigaciones fenomenológicas con mujeres que cursaron con pérdidas gestacionales, la utilidad de la teoría se ha demostrado en investigación, en educación y en la práctica clínica. La teoría fue planteada en el año 1991, la autora concibe los cuidados como una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal. Propone cinco procesos básicos (Conocer, estar con, hacer por, posibilitar y mantener las creencias).

Conocer: este concepto establece un compromiso profesional de explorar en el otro los requerimientos de cuidado. es esforzarse por comprender el significado de un suceso en la vida del otro, evitando conjeturas, centrándose en la persona a la que se cuida, buscando un proceso de compromiso entre el que cuida y el que es cuidado (Báez-Hernández, Nava-Navarro, Ramos-Cedeño y Medina. López, 2009). En la narrativa la enfermera direcciona el cuidado teniendo en cuenta el conocimiento que tiene de la persona; el conocer a María le permite ofrecer acciones coherentes con las necesidades de cuidado y acordes a sus expectativas y creencias.

Estar con: significa estar emocionalmente presente con el otro. Incluye estar allí en persona, transmitir disponibilidad y

compartir sentimientos sin abrumar a la persona cuidada. Asegura a la persona que su realidad es apreciada y que la enfermera está lista y dispuesta a ofrecer apoyo. En la situación narrada la enfermera se esmeró porque la mujer se sintiera verdaderamente apoyada, permito que la paciente pudiese expresar cuál era su necesidad más sentida en ese momento.

Hacer por: significa hacer por otros lo que se haría por uno mismo si fuera posible. Incluye adelantarse a las necesidades, confrontar, actuar con habilidad y competencia, proteger al que es cuidado respetando su dignidad. Involucra acciones por parte de la enfermera en beneficio del bienestar de la persona, que tienen la intención final de preservar la totalidad del otro. En la situación vemos como la enfermera no sólo proporciono a la paciente cuidado físico y poniendo en práctica su conocimiento en lo científico, si no que fue más allá de esto pude reconocer en ella otra necesidad desde lo emocional y espiritual.

Posibilitar: implica informar, explicar, apoyar, empoderar, generar alternativas. La enfermera permite que la mujer exprese sus sentimientos y sus necesidades, la apoya y le explica su situación de salud y genera alternativa para que ella satisfaga la necesidad más sentida en ese momento.

Mantener la creencia: significa promover en el otro una actitud de esperanza, de aceptación del cambio de roles. Implica sostener la fe y las capacidades que el otro tiene para sobreponerse a eventos o a una transición y afrontar el futuro con un nuevo sentido que inicia y se mantiene con el cuidado de enfermería (Swanson K., 1999). En la narrativa se puede apreciar que la enfermera enfoca el mantener la confianza en la fe; además, muestra actitud de

esperanza y optimismo frente a la situación. Utiliza las creencias religiosas como estrategia de afrontamiento al suceso que está viviendo.

CONCLUSIONES

P Aunque el dolor por la pérdida de un ser querido es una de las experiencias comunes de la vida, siempre desencadena en las personas diversas reacciones generando en algunos casos dolor, miedo, angustia, culpabilidad, rabia, impotencia. Es así como la enfermera, debe prepararse para apoyar a las personas que viven la pérdida de un hijo, con conocimientos científicos, éticos, humanísticos, en ese sentido, aplicar una teoría de enfermería permite sustentar la práctica de manera coherente y trascendente para el sujeto de cuidado.

Acompañar y cuidar a los padres que han sufrido una pérdida perinatal no es algo que deba improvisarse, por lo que es necesaria una formación específica sobre duelo perinatal, habilidades de comunicación y técnicas de relación de ayuda. La formación es la clave que permitirá a los profesionales de la salud gestionar de un modo constructivo el soporte que se le pueda ofrecer a la familia que enfrenta la pérdida de un hijo.

La enseñanza principal de esta situación de enfermería fue aprender a estar, aprender a escuchar, comprender y respetar el dolor experimentado por una mujer al perder su hija, permitiendo una comunicación autentica entre el que cuida y el sujeto de cuidado.

La narrativa es un elemento importante, que permite comunicar momentos de gran significancia en la labor que como enfermeras realizamos diariamente, la vivencia de acompañamiento a una mujer en

momentos de duelo puede ser enriquecedora para colegas, que en ocasiones se enfrentan a una situación similar y por desconocimiento no saben cómo actuar frente al fenómeno.

BIBLIOGRAFÍA

- Báez-Hernández, F., Nava-Navarro, V., Ramos-Cedeño, L., y Medina. López, O. (2009). El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. *Rev Aquichan*, 9(2), 43-49.
- Bourne, S. (1968). The psychological effects of stillbirths on women and their doctors. *J R Coll Gen Pract*, 16, 103-112.
- Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Adv Nurs Sci*, 1, 13-23.
- Chinn, P., y Kramer, M. (1999). *Theory and nursing*, 5th Ed., St. Louis: Mosby.
- Duran, M. M. (2016). Marco epistemológico de la enfermería. *Aquichan*, 2 (2), 7-18. Recuperado de <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/17/34>.
- Elia, A. D. (1959). The management of grief situations in obstetrics. *BMQ*, 10, 6-12.
- Ilse, S. (1999). *Brazos Vacíos: Cómo Vivir con el Aborto, la Muerte Prenatal y la Muerte Infantil*. NY: Winter Green Press.
- Kennell, J.H., Slyter, H. & Klaus, M.H. (1970). The mourning response of parents to the death of a newborn infant. *N Engl J Med*, 283, 344-9.
- Kirkley-Best, E, Kellner, K.R. (1982). The forgotten grief: a review of the psychology of stillbirth. *Am J Orthopsychiatry*, 52, 420-9.
- López García, A.P. Duelo perinatal: Un secreto dentro de un misterio. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2011; 31 (109), 53-70.
- Maroto N G, García C M, Mateo R I. 2004. El reto de la maternidad en España: dificultades sociales y sanitarias. *Gaceta Sanitaria*. 18 (Supl. 2): 13-23.
- Swanson, K. (1998). Desarrollo Empírico de una Teoría de Mediano Rango. *Nursing Reesearch*. 40(30), 22-28.
- Swanson, K. M. (1993). Image. *Nursing scholarship*. 25(4), 352-357.
- Swanson, K.M. (2007). Teoría de los cuidados, En: Tomey, A. Marriner A & Alligood (Eds.). *Modelos y Teorías de Enfermería*. Madrid: Elsevier, pp. 766-773.
- Vejarano, M. (1983). La investigación participativa en América Latina. *Antología*. Pátzcuaro, Michoacán, México: Biblioteca Digital. Recuperado de <http://tariacuri.crefal.edu.mx>.

Susana, narrativa de enfermería y relato hacia el final de su vida: reflexiones desde el pensamiento de Hildegard Peplau

Susana, narrative of nursing and story to the end of his life: final reflections from the thought of Hildegard Peplau

Susana, narrativa da enfermagem e história ao fim de sua vida: reflexões do pensamento do Hildegard Peplau

Raquel Céspedes Pinto¹

¹Enfermera MsC Raquel Céspedes Pinto, Universidad de Santander, facultad Ciencias de la Salud, grupo de Investigación de Enfermería EVEREST. correo electrónico: rcespin@yahoo.es.

Cómo citar este artículo en edición digital: Céspedes-Pinto R. (2019). Susana, narrativa de enfermería y relato hacia el final de su vida: reflexiones desde el pensamiento de Hildegard Peplau. Cultura de los Cuidados (Edición digital), 23 (54). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.54.08>

Correspondencia: Calle 70 N.º 55-210. Bucaramanga-Santander, Colombia

Correo electrónico de contacto: rcespin@yahoo.es

Recibido: 08/12/2018; Aceptado: 12/03/2019



ABSTRACT

In nursing care, narrative emerges as mediation and a key element in the care process, which also determines an epistemological background, supported by scientific advances in the nursing sciences.

Objective: To analyze the epistemological aspects: meaning, metaparadigm, nursing knowledge patterns and worldviews to a service narrative of a Renal Unit.

Methodology: Hildegard Peplau's thought and the guide for the analysis of nursing situations, it were applied used at the University of Santander-UNDES.

Results: The "Situation of Nursing" analyzed is located in the vision of reciprocity. Patterns of nursing knowledge

were identified, reflecting predominance of the aesthetic pattern.

Conclusion: In the care of adults with peritoneal dialysis, and with the difficulties in accepting their recent terminal diagnosis, a humanized care is essential.

Keywords: Narrative, nursing, chronic renal insufficiency terminal, care.

RESUMO

No cuidado de enfermagem, a narrativa surge como mediação e elemento-chave no processo de cuidar, o que também determina um pano de fundo epistemológico, sustentado pelos avanços científicos nas ciências da enfermagem.

Objetivo: Analisar os aspectos

epistemológicos: significado, metaparadigma, padrões de conhecimento de enfermagem e visão de mundo para uma narrativa de atendimento de uma Unidade Renal.

Metodologia: Aplicou-se o pensamento de Hildegard Peplau e o guia para a análise das situações de enfermagem, utilizado na Universidade de Santander-UNDES.

Resultados: A "Situação da Enfermagem" analisada está localizada na visão de reciprocidade. Os padrões de conhecimento de enfermagem são identificados, refletindo predominância do padrão estético.

Conclusão: No atendimento de adultos com diálise peritoneal e com as dificuldades em aceitar seu diagnóstico terminal recente, é essencial um cuidado humanizado.

Palavras chave: Narrativa, enfermagem, terminal de insuficiência renal crônica, cuidado.

RESUMEN

En el cuidado de enfermería, surge la narrativa como mediación y elemento clave en el proceso del cuidado, que también determina un trasfondo epistemológico, soportado en los adelantos científicos de las ciencias de enfermería.

Objetivo: Analizar los aspectos epistemológicos: significado, metaparadigma, patrones de conocimiento de enfermería y visiones del mundo a una narrativa de un servicio de una Unidad Renal.

Metodología: Se aplicó el pensamiento de Hildegard Peplau y la guía para el análisis de situaciones de enfermería utilizada en la Universidad de Santander-UNDES.

Resultados: La "Situación de Enfermería" analizada se ubica en la visión de reciprocidad. Se identifican los patrones de conocimiento de enfermería, reflejando

predominancia del patrón estético.

Conclusión: En la atención del adulto con diálisis peritoneal, y con dificultades en la aceptación de su reciente diagnóstico terminal, es imperante un cuidado humanizado.

Palabras clave: Narrativa, enfermería, insuficiencia renal crónica terminal, cuidado.

INTRODUCCIÓN

En los profesionales de enfermería, se ha visto el trabajo que han venido desarrollando a nivel investigativo, para brindar en la práctica diaria cuidados de excelente calidad al individuo, su familia y su entorno; lo que constituye una fuerza social importante para liderar cambios esenciales, con gran influencia en el planteamiento de políticas de salud, por ser una de las profesiones más conocedoras de las necesidades en salud, individuales y colectivas, de la sociedad. Durante el desarrollo de nuestra profesión siempre ha existido la preocupación por tener una visión amplia de diferentes aspectos que de una forma u otra se involucran en el quehacer de enfermería, buscando enriquecer nuestro desempeño y haciéndonos profesionales más íntegros para desenvolvernos en los diferentes escenarios que ofrece el ejercicio de la enfermería.

Para fortalecer y ampliar los conocimientos sobre modelos conceptuales se realizó una revisión bibliográfica de la teorista Hildegard Peplau, quien ha aportado sus ideas a la práctica diaria con su **Teoría Enfermería Psicodinámica**, la elección de éste modelo deja ver que es una estructura teórica de alto nivel de desarrollo considerándose dentro de las grandes teorías (Morse, Solberg, Neander, Bottorff &

Johnson, 1990).

De acuerdo a las visiones de la realidad de enfermería y jerarquía estructural del conocimiento según la narrativa y la relación con la teoría, esta facilita la adquisición de conocimientos que ayudan a perfeccionar las prácticas diarias mediante la descripción y control de los fenómenos, permitiendo que los profesionales logren autonomía en su desempeño. El estudio de la teoría le ayuda a desarrollar habilidades analíticas, estimula el razonamiento, aclara los valores y suposiciones que aplican y determinan los objetivos de la práctica.

Hildegard Peplau, a través de su teoría, hace mención a los conceptos identificados en la situación de enfermería, se basa fundamentalmente en la formación en el campo de la psicología, influenciada por los autores que trabajan teorías de la conducta de Ivan Pavlov, la hipótesis del psicoanálisis sobre el papel de la familia durante los primeros años de vida según Sigmund Freud y las teorías de la motivación humana de Abraham Maslow (Peplau, 1990). En su teoría Peplau describe y analiza cuatro fases complejas en la relación enfermera-paciente: orientación, identificación, aprovechamiento y resolución; y seis funciones de la enfermería psicodinámica: función de persona, recurso, función desconocida, función de liderazgo, función de enseñante, consejera y sustituta.

Para esta teorizante la relación enfermera-paciente, aunque desconocidos en el primer encuentro, ella lo acepta como es, responde a todas sus inquietudes, le da educación, lo invita a participar activamente en el proceso salud-enfermedad para que él, a través de sus vivencias entienda y acepte el porqué de su situación. En su orientación, el individuo tiene una necesidad y busca ayuda profesional, la enfermera le ayuda a reconocer y entender su necesidad o

problema. Es favorecido por la identificación, a través de la enfermera que asume de facilitadora en la exploración de los sentimientos del paciente para ayudarlo a aceptar su enfermedad. Todo esto logrado a través del aprovechamiento donde el paciente se beneficia de lo que se le ofrece a través de la relación. Permitiendo la resolución de las antiguas metas, las cuales se van dejando de lado en la medida que se van adoptando unas nuevas (Durán de Villalobos, 2001).

En la experiencia psicobiológica, situaciones que impulsaron a dar respuestas, se especifican cuatro prácticas: necesidad, frustración, conflicto y ansiedad. Todas estas experiencias proporcionan energía que se transforma en algún tipo de acción. Si la energía se conduce positivamente aparecen respuestas adaptativas y se madura. Cuando la energía se conduce negativamente aparecen respuestas destructivas que disminuyen la capacidad de percepción y relación. La enfermera observa al paciente y ve cómo va respondiendo a la actuación estableciendo metas u objetivos y lo lleva a cabo (pasando de ser una extraña a conocer al paciente), elaborando un plan de cuidados (proceso): primero observa, en seguida diagnóstica, plantea objetivos, ejecuta acciones y finalmente evalúa. Hildegard Peplau concibe la enfermería como un proceso interpersonal y terapéutico que funciona en términos de cooperación con otros procesos humanos que hacen de la salud una posibilidad para los individuos en las comunidades.

La enfermería tiene dos propósitos, apoyar la sobrevivencia del ser humano y recobrar la salud, además de ayudar al enfermo a comprender el significado de sus problemas de salud y aprender de éstas experiencias. Así se construye un modelo donde la

enfermera logra acercarse al significado psicológico de los acontecimientos, los sentimientos y los comportamientos, para incorporarlos a las intervenciones de enfermería y enseñarle al paciente la mejor manera de sobrellevar su enfermedad, según Peplau tanto el paciente como la enfermera aprenden del proceso de resolución del problema a partir de su relación. En complemento, concibe que la enfermera no solamente es una intermediaria en la realización de órdenes médicas, también piensa y actúa. En las relaciones que se establecen entre paciente-enfermera sucede lo que la autora denomina “disciplina del proceso”, donde la enfermera es capaz de identificar y así mismo satisfacer la ayuda que el paciente necesita con la llamada “respuesta profesional disciplinada” (Travelbee, 1966).

NARRATIVA DE ENFERMERÍA

Estando a cargo del programa de diálisis peritoneal de una *Unidad Renal* de Bogotá, conocí a una hermosa joven de 25 años, casada, con 3 hijos (12, 10 y 3 años), sus padres habían fallecido desde que era una niña y demás familiares vivían en una vereda de su ciudad natal. El motivo de su presencia en el servicio fue porque necesitaba tratamiento para una enfermedad cuyo diagnóstico acababa de conocer; *Insuficiencia Renal Crónica Terminal* y tenía que empezar un programa de diálisis. Al observar su rostro sentía que me hablaban sus gestos; veía facies de preocupación, tristeza, desesperanza, angustia e inseguridad ante su situación; fue una comunicación diferente e impactante por su forma de dialogar con confianza y empatía.

Siendo. ... (...) la Enfermera encargada de orientar a los pacientes debía asesorarlos

para que eligieran la mejor opción (ventajas/desventajas) sobre las terapias de reemplazo renal; y que de acuerdo a su decisión vieran una esperanza positiva para su estilo de vida. En éste caso repercutía en una familia muy joven la decisión de una paciente llena de temores de perder a su esposo a quién consideraba el alma de su existencia, manifestación que expresé durante nuestra primera entrevista. Su desesperanza se convirtió para mí en un reto como enfermera, veía que mi labor como cuidadora de su bienestar debía ser la mejor para ayudarla a continuar con su vida, y utilizar todas las estrategias posibles para que ella lograra continuar viviendo y disfrutando del amor de su familia.

Usualmente el tiempo determinado en la institución para dicha labor era corto, pero con ella no era posible terminar con unas cuantas palabras de explicación sobre procedimientos y rutinas, había algo más que hacía correr el tiempo tan lento que ninguna de las dos queríamos que terminara. Así pasamos toda la mañana reconociendo, con profundo detalle, todas sus expectativas e identificando todas las oportunidades que tenía de cuidado para ella, al punto que manifiesta que le gustaría continuar hablando conmigo pues sentía que Yo la comprendía.

Al escucharle tanto amor hacia su esposo, comprendí que le preocupaba perder su imagen corporal porque ésta era importante para él, le atemorizaba que la abandonara por el cambio, decía: “*me preocupa pensar lo que dirá mi esposo al colocarme un catéter en el abdomen*”, y reiteraba que sin su esposo no podría vivir.

Me sensibilizaba cada vez más el ver su realidad, donde la ciencia y el trabajo interdisciplinar se fusionan para alcanzar el bienestar de todos los pacientes, pero en este caso era una realidad muy difícil por todas

las complicaciones que el grupo sabía se iban a presentar, realidad llena de percepciones y sentimientos negativos por una vida que se estaba esfumando. Nuestros esfuerzos profesionales se quedaban cortos, no era posible detener el tiempo, mucho menos sus síntomas, ni tampoco sus sentimientos, situación que generaba constantemente mis cuidados que permitían disminuir la forma negativa de ver y sentir su enfermedad.

Me preocupaba mucho su condición, sus hijos, su vida en familia y así se lo manifesté, pero a pesar de mis explicaciones sobre los beneficios y desventajas de las terapias, tomó la decisión por la Hemodiálisis ya que para ella su esposo era más importante que su propia salud. Accediendo a su deseo se programó para implante del catéter para Hemodiálisis explicándole los riesgos que se podían presentar durante la realización del procedimiento. Los meses iniciales de su terapia la reconfortaron tanto que resplandecía su belleza, su cuidado personal impecable y su alegría, tanto para su esposo que la acompañaba en todo momento, como para los pacientes que asistían al mismo procedimiento. Se convirtió en un ejemplo de vida irradiando optimismo para todos los pacientes que acudían a la misma terapia, pero muy pronto vimos como su salud fue empeorando día a día y así mismo su estado emocional. Permanecía llorando todo el tiempo, se notaba ansiosa ya que no podía dormir, no se alimentaba bien, perdió el interés por arreglarse, llegaba a la unidad gritando y diciendo que no quería seguir así. Todo el tiempo decía que la ayudáramos para que su esposo no la abandonara, situación que se convirtió en un reto para mí pues desde el primer momento que la conocí, vi en ella a una joven indefensa y con mucha falta de afecto, llevándome a comprender la importancia de la familia, la

salud y el amor.

DEFINICIÓN DE LOS 4 CONCEPTOS DEL METAPARADIGMA EN LA NARRATIVA

A En la narrativa desde el pensamiento de Peplau, se observa **la persona**, hubo una etapa de valoración, en la cual se reunió y se interpretó toda la información sobre la persona y su entorno, la situación de salud y la necesidad de cuidado. Se identifica que la paciente tenía 25 años, su ciudad natal era Bogotá, estaba casada, tenía 3 hijos con edades entre 12, 10 y 3 años, sus padres habían fallecido desde que era una niña y sus otros familiares vivían en otra ciudad. Al observar el rostro de Susana, ésta presentaba facies de preocupación, tristeza, ansiedad, angustia e inseguridad ante su situación, ya que se estaba enfrentando a una enfermedad muy difícil de comprender y aceptar, pero a la vez, demostraba, confianza y empatía con la Enfermera.

En cuanto **al Entorno** en el caso de Susana, en la narrativa, el comportamiento y lenguaje dejaban ver que el nivel académico era bajo, vivía en una casa propia, en un barrio humilde, muy lejos de la unidad renal, no pudo estudiar porque desde muy pequeña tuvo que trabajar para poder subsistir, dependía económicamente de su esposo, porque cuando tuvo los hijos él no la dejó trabajar más. **La Salud** es la palabra símbolo, dice que es lo que hace avanzar de la personalidad hacia una vida creativa, productiva, constructiva y madura. En la narrativa la enfermera estuvo muy receptiva para detectar las necesidades de Susana y especialmente, cuál era la ayuda que requería. La forma en que la enfermera sintió la acción de ayudar a Susana, enmarcó una diferencia en el resultado de la asistencia, desde el punto de vista de

expansión de la personalidad. Susana, se adaptó a la situación y aprendió algo, como resultado de la experiencia de la enfermedad y de la enfermera. **La Enfermera:** Se enmarca en una relación entre un individuo que está enfermo o que tiene alguna necesidad y una profesional que se encuentra preparada para reconocer y satisfacer la necesidad de ayuda de ese individuo. La Enfermera logra sus metas mediante la estimulación de las habilidades que tiene el paciente para afrontar sus problemas, lo lleva a obtener una adecuada salud, en un proceso mutuo y de colaboración para solucionar las necesidades. Observa al paciente, elabora el plan de cuidados y percibe como responde a la actuación, por lo que establece metas u objetivos, pasando de pasar de ser una extraña a conocer al paciente.

La situación entre la Enfermera y Susana, es un claro ejemplo de esta teoría, pues la Enfermera asume con todos sus presaberes y profesionalismo la situación de Susana, la encamina a afrontar su problemática y al mismo tiempo le ofrece las soluciones inmediatas o herramientas eficaces para su tratamiento, asumiendo todos los roles que para Peplau debe cumplir o tener una enfermera. Desde un comienzo la relación paciente–enfermera se dio, adecuada a los factores que cada una utilizó y expuso., La enfermera estuvo muy receptiva para detectar las necesidades de Susana, especialmente, y cuál era la ayuda que requería.

Esto se evidencia en la paciencia para esperar el momento oportuno para lograr la empatía y entablar la comunicación, en su delicadeza para brindar cuidado, en su capacidad de gestionar para que el equipo multidisciplinario se comprometiera en el cuidado, en su valor para atender un enfermo con alteraciones en su salud

mental, en un hospital para enfermedades orgánicas.

VISIONES DE LA REALIDAD DE ENFERMERÍA Y NARRATIVA

La teoría de Peplau se basa en la *Visión de Enfermería integrativa-interactiva de reciprocidad*, ya que considera al ser humano como un ser en constante desarrollo, y en un equilibrio inestable que necesita a otro ser humano para poder desarrollarse abarca la naturaleza reciproca de las interacciones enfermera-paciente, interactuante. Ve a las personas como seres holísticos, cuyos componentes son inseparables y solo pueden analizarse en el contexto de la totalidad, no pueden ser reducidos a partes. Los seres humanos son activos y la interacción con el ambiente es recíproca. El cambio es función de múltiples factores antecedentes, es probabilístico, puede ser continuo o solo para la supervivencia. Las personas responden a las situaciones con base en sus experiencias anteriores y en la forma como las interpretan, la realidad es multidimensional, dependiente de un contexto y relativa. Los métodos para estudiarla pueden ser cualitativos o cuantitativos.

Esta visión tiene un enfoque diferente, sus seguidores comprenden que los seres humanos son complejos e irreducibles, en su comportamiento reflejan la interpretación que hacen de una situación en un momento determinado, por lo cual es impredecible, y no se pueden generalizar. El poder es mutuo, porque tanto la persona como el profesional de enfermería participan (Leddy & Pepper, 1989).

La situación de enfermería sucedida entre Susana y la Enfermera encaja totalmente en la teoría psicodinámica de Hildegard Peplau, se puede ver a través de ella todas

las etapas y supuestos que surgen de la teoría. Se evidencia, que hubo una etapa de valoración, en donde se reunió y se interpretó toda la información sobre Susana y su entorno, la situación de salud y la necesidad de cuidado, la Enfermera exploró, con profundo detalle, todas sus expectativas e identificó todas las oportunidades que tenía de cuidado para ella. Para poder reunir la información se puede evidenciar que hubo varios momentos para entrevistarse con la paciente, la familia y los otros miembros del equipo de salud, se llevaron a cabo también exploraciones físicas y emocionales.

Esta situación se enmarca en las relaciones interpersonales y la capacidad de la Enfermera para poder identificar lo que siente la paciente, para poderla ayudar durante toda la etapa difícil de la evolución de su enfermedad. En esta relación la Enfermera supo asumir sus roles como persona, recursiva, líder, educadora, consejera y sustituta, cuando la escuchaba, entendía y brindaba afecto, al punto que Susana manifiesta que le gustaría continuar hablando ella pues sentía que la comprendía.

En la etapa de intervención se aplicó el plan de cuidados teniendo en cuenta lo que más afectaba a la paciente y que era lo que más estaba afectando su salud, su estado emocional. La Enfermera comprendió la preocupación por su imagen corporal, por el gran amor hacia su esposo y su temor al abandono. Según H. Peplau, las personas viven cuatro tipos de experiencias psicobiológicas, que son: necesidad de cuidado, frustración, conflicto y ansiedad estas experiencias generan energías que se transforman en acciones; en ésta situación vemos claramente reflejadas estas experiencias desde el comienzo de su enfermedad hasta el momento de su muerte.

En cuanto al cuidado la Enfermera se propuso unas metas: lograr que la paciente aceptara que su vida y bienestar eran más importantes que cualquier persona o cosa y convencer a la paciente para que aceptara su estado de salud y por consiguiente el tratamiento adecuado para su bienestar.

PATRONES DE CONOCIMIENTO

Patrón empírico: se presenta cuando la Enfermera reconoce en la sintomatología de Susana el temor, la angustia y la ansiedad que vive en ese momento y que la llevan a tomar la decisión de aceptar el tratamiento respectivo, con la clara convicción que puede manejar el cuidado apoyada en un equipo multidisciplinario y que puede brindar cuidado directamente, basándose en sus propios conocimientos empíricos, los mismos que le otorgan la capacidad para explicarle lo que le está ocurriendo, y le permiten crear estrategias de intervención a largo plazo. Adicionalmente, cuando antepone un cuidado más humano y se encarga, a pesar del estado anímico de Susana, de entablar una comunicación efectiva, que le revele el significado que para Susana tiene las condiciones que vive, la Enfermera también obedece a este patrón.

El patrón estético se refleja en la situación cuando Susana, es tratada con dignidad, amablemente, con la calidad y calidez que merece un ser humano, cuando hay una mirada directa y un cuidado humanizado; en la curación a tiempo, percibida como derecho de Susana y no como obligación profesional, transmitiéndole optimismo, esperanza y deseos de vivir, convocando a una acción conjunta para mejorar la calidad de vida. También se manifiesta cuando se interpreta su estado de ánimo psicológico como un llamado angustioso, una necesidad de compañía, amparo y apoyo y no como un

atentado, y se responde brindando una mano sanadora y compasiva.

El **patrón ético** le señala el camino que deben recorrer las acciones de la Enfermera. Se muestra a la paciente como una persona con grandes necesidades, que le revela su fragilidad física y emocional, su soledad familiar y social, y lo acepta como su responsabilidad y en consecuencia convoca a todos los miembros del equipo de salud para garantizar condiciones de cuidado que garanticen rehabilitación, toma de decisiones que involucran a todos, y rebasa los límites de la atención conservando únicamente la prudencia. La Enfermera se mostró tal y como es a pesar de la incertidumbre que le generó la situación emocional de la paciente, logrando una empatía que le permitió entablar una relación terapéutica cuando le dio a conocer las ventajas y desventajas que tenía cada terapia para que ella pudiera asumir su enfermedad con claridad.

El **patrón de conocimiento personal** es su conocimiento de sí misma que le permite valorar sus condiciones para garantizar el cuidado, y delimitar sus alcances. Se ejerce cuando la Enfermera acepta hacerse cargo de una persona con un problema renal y adicionalmente con problemas de familia aunque no está en un centro de caridad, lo acoge bajo la determinante de que se le pueden ofrecer expectativas de vida que harán de su enfermedad algo viable para su bienestar, a la vez que se impone el reto de llevarla a superar sus falencias afectivas y de personalidad. Sus cualidades personales la llevan a interactuar positivamente, a no perder la paciencia ante la actitud de negación de la enfermedad, a no intimidarse ante los estados de decaimiento de ánimo, y a crear un ambiente de empatía donde es importante la consideración del actuar

propio como si ella fuera el objeto del cuidado y no el cuidador.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el presente artículo, se ha desarrollado el modelo teórico de Hildegard E. Peplau, a través del mismo, deja ver una estructura teórica con un alto nivel de desarrollo, es descriptivo y explicativo. Esta propuesta se adapta a la realidad en todos los campos de la práctica de enfermería y permite analizar e interpretar las realidades con los diferentes constructos de los modelos, dejando ver un cuidado más humanizado donde se permite que los sentimientos tengan un papel protagónico e importante

Marriner & Alligood (1994), describen que la teoría de enfermería psicodinámica de Hildegard Peplau está ubicada entre las grandes teorías cuyo esquema estructural propone sobresalientes ideas y algo que es verdad o demostrable. Las grandes teorías son estructuras conceptuales, casi abstractas, aunque proponen resultados basados en la utilización y la aplicación del modelo en la práctica de enfermería. Otra de las características de las grandes teorías es la cantidad de conceptos, definiciones y proposiciones generales y abstractas, que proyectan una visión sistemática de los fenómenos estableciendo, entre los conceptos de describir, explicar y controlar, los fenómenos de la disciplina (Alligood & Marriner, 2011).

La teoría de enfermería de Hildegard Peplau no permite realizar pruebas empíricas, por lo tanto no es recomendable emplearla para predecir acciones de enfermería en situaciones particulares. Menciona varios conceptos, orientación, identificación, aprovechamiento y resolución, salud, medio ambiente y persona.

La asunción del modelo, se centró en el desarrollo de la relación terapéutica como proceso básico y buscó proporcionar una relación que pudiera hacer que la persona permaneciese sana. Realizar esto de una manera eficaz significa que las enfermeras deben aprender a emplear la ansiedad experimentada por un paciente o por un familiar para ayudarles a comprender en qué consisten los problemas y el modo en que estos problemas pueden solucionarse. Utilizando la relación de este modo, colaborando, educando y siendo una terapeuta, la enfermera será capaz de generar empatía con los problemas del paciente. Como consecuencia de todo ello, tanto la enfermera como el paciente aprenden y maduran (Grupo de Cuidado, 1998).

Hildegard Peplau afirma que los pacientes tendrán problemas si estas necesidades no son satisfechas, bien porque la ansiedad sea demasiado elevada, bien porque la tensión produce frustración y conflicto en el paciente. El modelo de Peplau trata del cuidado de alguien mediante una serie de interacciones, es, por tanto razonable describirlo, como un modelo de desarrollo más que como un modelo de sistemas (Grupo de Cuidado, 1998).

La enfermería basa su práctica profesional en una relación enfermera-paciente en la cual la enfermera es un instrumento terapéutico y las interacciones se efectúan para lograr un objetivo o transacción. El análisis de esta narrativa permite mostrar la utilidad en términos de la estructura y organización en el cuidado. El concepto de comunicación se produce como un proceso recíproco que se da en las situaciones de encuentro o desencuentro por los que se comunican pensamientos, sentimientos y actitudes, y se comparten las subjetividades, lo que permite ver el cuidado como una

labor humanitaria que facilita el crecimiento de cada uno en un proceso que difiere en cada caso.

CONCLUSIONES

Esta narrativa ha ayudado a desarrollar analíticamente las habilidades, cambios de pensamiento, claridad para evaluar y determinar los propósitos de la práctica de la enfermería, la docencia y la investigación. El modelo de la Teórica Hildegard Peplau, aplica grandes valores personales y profesionales que permiten a enfermería formular juicios y ejecutar acciones basadas en sus propias convicciones y vivencias personales. El lenguaje de la teoría es coherente con el quehacer de enfermería. La relación enfermera-paciente, convierte a la enfermera en un referente no sólo para éste y su familia, sino también para todo el equipo de atención, logrando, de una parte un cambio de actitud en el paciente y la cuidadora de referencia, y de otra en la percepción de los profesionales de la salud que le atienden.

BIBLIOGRAFÍA

- Alligood, M.R.; Marriner-Tomey, A. (2011) *Modelos y teorías en enfermería*. (7ª ed). Madrid: Elsevier Science.
- Durán de Villalobos M.M. (2001). *Enfermería: desarrollo teórico investigativo*, pp. 19-23 Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Grupo de Cuidado (1998). *Dimensiones del cuidado*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Leddy, S., & Pepper, J. M. (1989). *Bases conceptuales de la enfermería profesional*. Philadelphia: Lippincott company.
- Marriner-Tomey, A., & Alligood, M. R. (1994). *Modelos y teorías en enfermería*. Mosby: Doyma Libros.
- Morse, J. M., Solberg, S.M., Neander, W.L., Bortoff, J.L. & Johnson, J.L. (1990). Concepts of caring and caring as a concept. *ANS Advances in Nursin Science*, 13(1), 1-14.

Peplau, H. E. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería: un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica*. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas.

Travelbee J. (1966). *Interpersonal aspects of nursing*, pp.121 Philadelphia: F.A. Davis Co,

Materia en el dolor usada. La poesía de Francisco Alonso Ruiz

Materia en el dolor usada. The poetry of Francisco Alonso Ruiz

Matéria na dor usada. A poesia de Francisco Alonso Ruiz

Manuel Valero Gómez¹

¹Doctor Filología Hispánica

Cómo citar este artículo en edición digital: Valero-Gómez, M. (2019). Materia en el dolor usada. La poesía de Francisco Alonso Ruiz. Cultura de los Cuidados (Edición digital), 23 (54). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.54.09>

Correspondencia: Avda. Los Girasoles, n.º 7. San Vicente del Raspeig (Alicante) 03690

Correo electrónico de contacto: manuelvalerogomez@gmail.com

Recibido: 28/03/2019; Aceptado: 12/05/2019



ABSTRACT

Although little known, the poetic career of Alicante Francisco Alonso Ruiz Pérez (1948-2018) establishes –decisively– a bridge between two shores that seem irreconcilable for the genre in the city of Alicante: the brilliant and splendid first postwar promotion of poets Alicante and those generations closer in time. In any case, his recent and surprising death has made the ordination and study of a work that exceeds half a century dedicated to cultural activity more urgent. Take into account his evident textual drama, anonymity between provincial bohemianism and lag regarding any generational horde. The following article aims to identify some visible signs of what we might call poetic.

Keywords: Francisco Alonso Ruiz, poetry of Alicante, Alicante, *Testimonio de tiempo*.

RESUMO

Embora pouco conhecida, a carreira poética de Alicante Francisco Alonso Ruiz

Pérez (1948-2018) estabelece –decisivamente– uma ponte entre duas margens que parecem irreconciliáveis para o gênero na cidade de Alicante: a brilhante e esplêndida promoção dos poetas no pós-guerra Alicante e as gerações mais próximas no tempo. Em todo caso, sua recente e surpreendente morte tornou mais urgente a ordenação e o estudo de uma obra que excede meio século dedicada à atividade cultural. Leve em conta seu evidente drama textual, o anonimato entre o boêmio e o hiato provinciano em relação a qualquer horda geracional. O artigo a seguir tem como objetivo identificar alguns sinais visíveis do que poderíamos chamar de poético.

Palavras chave: Francisco Alonso Ruiz, poesia de Alicante, Alicante, *Testemunho do tempo*.

RESUMEN

Aunque poca conocida, la trayectoria poética del alicantino Francisco Alonso Ruiz

Pérez (1948-2018) establece –decisivamente– un puente entre dos orillas que parecen irreconciliables para el género en la ciudad de Alicante: la brillante y esplendorosa primera promoción de poetas de la posguerra alicantina y aquellas generaciones más próximas en el tiempo. En todo caso, su reciente y sorpresivo fallecimiento ha hecho más urgente la ordenación y el estudio de una obra que rebasa más de medio siglo dedicado a la actividad cultural. Ténganse en cuenta su evidente drama textual, anonimato entre la bohemia provinciana y desfase respecto a cualquier horda generacional. El siguiente artículo pretende identificar algunos signos visibles de aquello que podríamos denominar poética.

Palabras clave: Francisco Alonso Ruiz, poesía alicantina, Alicante, *Testimonio de tiempo*.



INTRODUCCIÓN

Aunque poca conocida, la trayectoria

poética del alicantino Francisco Alonso Ruiz Pérez (1948-2018) establece –decisivamente– un puente entre dos orillas que parecen irreconciliables para el género en la ciudad de Alicante: la brillante y esplendorosa primera promoción de poetas de la posguerra alicantina (Valero Gómez, 2018) y aquellas generaciones más próximas en el tiempo. En todo caso, su reciente y sorpresivo fallecimiento ha hecho más urgente la ordenación y el estudio de una obra que rebasa más de medio siglo dedicado a la actividad cultural. Ténganse en cuenta su evidente drama textual, anonimato entre la bohemia provinciana y desfase respecto a cualquier horda generacional. En todo caso, y a tenor de lo que ya hemos dicho en otros lugares sobre Alonso Ruiz, podemos identificar algunos signos visibles de aquello que podríamos denominar poética.

La realidad como objeto anímico, aquella pieza que hemos denominado como el gran logro ético-estético en los textos del poeta alicantino, explica tanto las tensiones que ponen en práctica la poesía alonsiana como las matizaciones conceptuales que dan cuenta de su recorrido. Dicho esto, puede citarse un conjunto de *topoi* literarios (lluvia, sombra, muerte, silencio y día/tarde/noche) que no deja de advertir los vaivenes y resoluciones de su escritura. Esta visión de la cotidianidad objetivada mediante una metafísica profundamente sentimental está imbricada con el espacio. Hacemos referencia al desarrollo que se sucede en su producción: un repliegue a la intimidad que va de la mano de la dialéctica naturaleza-cidad-casa mundo (Valero Gómez, 2012, 9).

En todo caso, esta problemática no se desengaña del nódulo central de todo su historial: el lacerado peso de la existencia, ese *acento humano* que desde sus inicios le marca a fuego. Solo que Alonso Ruiz dedica

toda su obra a ese humano esfuerzo con la pretensión de que precisamente ese asunto y ese esfuerzo sean encubiertos, pasen desapercibidos. Pero si bien este rasgo puebla todos y cada uno de los poemas de Alonso Ruiz, con indiferencia del cariz que tengan (desde el costumbrismo alegre y local hasta los laudatorios y el tema fogueril o *festero*), el lirismo, ese signo que Salinas (1970: 34-45) ve como unitario para todo el género del XX, sigue destacando para aquellos lectores iniciados en la poesía de Alonso. Ese autodidactismo que tanto sorprendió a Vicente Mojica, uno de sus más representativos guías, refleja su aprendizaje de la poesía española más contemporánea. Y a su vez, pone de relevancia cómo se va conformando esa realidad como objeto anímico, cómo esos *topoi* anteriormente citados adquieren nuevas connotaciones según se prolonga su escritura.

DESARROLLO DEL TEMA

Por iniciar nuestra explicación por uno de ellos, daremos comienzo mediante el dolor y la muerte, quizá los términos más complejos de su poesía. Si hay un libro o ciclo poético en el que esté más presente el tema de la muerte ese es *Acento humano* (1969). El libro arranca con tres sonetos demoledores y un verso que es toda una declaración de intenciones: “marcado por la muerte, lucho y vivo”. El poeta inicia su andadura lírica con un poemario dominado por un estadio psicológico que le conduce a la angustia y el sufrimiento, cuando no a la desesperación. El hecho es que los poemas no aluden en ningún momento a lugar físico alguno, sino que términos como vida, muerte, dolor, lucha o cansancio pueblan todas sus páginas. Entre sus versos se puede leer que tiene “miedo a la muerte y a la vida”, que “hay que morir un poco cada día” y “más no

puedo callar, porque me grita / el dolor en las venas”. Más allá de alguna cita explícita a León Felipe o Miguel Hernández, se denota cierto pesimismo unamuniano que conecta directamente con la poesía tremendista y existencial de los años cuarenta gracias a imágenes como la caída y el abismo (Valero Gómez, 2013: 18-19).

Yendo un paso hacia delante, *Testimonio de tiempo* (1982) representa la instauración del yo poético en el medio natural. Tal es así que, pese a ser un libro dominado por el dolor ante el fallecimiento del padre, predomina una visión ingenua que alumbró la aflicción romántica y la interiorización simbolista. Así pues, poco tienen que ver el dolor y la muerte de *Acento humano* con *Testimonio de tiempo*, puesto que la precisión y el culto a la belleza modernistas se entremezclan con el filosofismo obsesivo de Salvador Rueda (Carnero, 1985: 86) o la visión trascendente de Antonio Machado. Ahora, a la altura de los años ochenta, el dolor se goza y la muerte se sucede. El gozo del instante se detiene en la emoción. Aparecen la luz y el ámbito rural. La musicalidad se adueña del ritmo y se observa una vocación depurativa que si bien no precisa desnudar la idea, al menos convoca su equilibrio con la forma. Poemas como “Melancolía” dejan ver que el yo poético ha salido de la angustia existencial y se encuentra en mitad del espacio natural. Los espacios abiertos como el mar (“Sonetos al mar”), la plaza y el pueblo (“Cosas viejas” o “La panadera”) conforman una atmósfera agreste. Figuras como el silencio y el día, la tarde o la noche poseen ahora una profundidad luminosa, alejada del lacerado oscurismo de *Acento humano* y de la tensión reflexiva del posterior *Soledad de alma* (2001). Como decimos, el sujeto poético se ha liberado del corsé religioso y ya no supone un impedimento a su canto límpido.

Respecto al citado *Soledad de alma*, nos da pie para comentar otros *topoi* recurrentes en la poesía de Alonso Ruiz. El libro comienza con unos versos muy significativos (“Abres la puerta y se mira el mar. / Cierras la puerta y queda dentro el ruido / de las olas, el furioso oleaje”), puesto que si bien *Testimonio de tiempo* representa la exteriorización del yo poético, ahora el poeta inicia un repliegue que –pasando por la muerte de su madre en *Soledad de alma* y el posterior espacio urbano– se extenderá hasta la casa-mundo de sus últimos poemas. El poeta ha alcanzado una madurez asombrosa gracias a una frialdad templada y reflexiva, muy lejana del fervor de *Acento humano* (1969). Este repliegue es progresivo y desigual a la par que se produce en sentidos diversos: por un lado, el propiamente físico (de la naturaleza y la ciudad a la casa-mundo); y por otro lado, el intelectual y sentimental, donde el yo poético proyecta el estado anímico de una realidad. Por ejemplo, si nos detenemos un segundo en esa serie de poemas sueltos que Paco publica incesantemente entre los años que separan *Soledad de alma* (2001) y *Cuaderno de ahora mismo* (2012), nos daremos de bruces no solo con la ciudad, sino con una asimilación afectiva de la ciudad. Y a partir de aquí, se incorporan dos símbolos (la lluvia y la sombra) al universo alonsiano que hasta ahora habían estado presentes en él, pero con una importancia que no alcanzaba el significado interno que tienen en este momento. La cuestión es que toda la poesía de Francisco Alonso Ruiz trata de una impostura, trata de resolver un enigma del cual sabe la respuesta y no puede huir. Quisiéramos tomar el poema “Cosas terribles” como un resumen de su planteamiento ético-estético:

Hasta saber que somos lo que existe:

una materia en el dolor usada,
una verdad que muere con nosotros
un firmamento sobre nuestras ansias,
la desesperación que nos consume
y la esperanza y la desesperanza
el juego ciego, el llanto y el olvido
que es la existencia humana.

(Ruiz, 2015: 30)

Y entenderá el lector que esta intimidad que ha invadido el orbe lírico de Alonso no se limita a esa “forma natural de existencia de la esfera de la esencia”, sino que se levanta “por encima de lo meramente humano, tanto de la masa cuanto de los propios instintos” (Lukács, 1975: 311). La cuestión es que ni existe un “lugar vacío donde se anuncia la afirmación impersonal” (Blanchot, 1969: 49) como tampoco dejamos en manos del dogma humanista la afirmación de un individuo mediante la escritura. No es nada nuevo, si nos atenemos a la relación que siempre ha existido entre arte y vida social (Plejanov, 1974: 21). Francisco se cuestiona desde el primer momento que el reflejo del mundo externo en la conciencia humana (Lukács, 1970: 48), su realidad como objeto anímico, se encuentra viciado en tanto que todos nacemos condicionados por una realidad-práctica ideológica. Y al igualar esta tesis con la existencia misma, el poeta se desengaña de ese viejo axioma de la vida *haciéndose* en la escritura, sino más bien que la vida ya está *hecha* de antemano: de ahí ese soberbio verso que condensa toda su poética, somos *materia en el dolor usada*. En todo caso, cabe preguntarse quiénes nos hacen sufrir a diario (aquellos de los índices bursátiles, el parqué y la usura) en este «Mundo Libre» globalizado en el que nos ha tocado vivir, mientras hay quien todavía *finje* buscarse al otro lado del discurso. A este lado del dolor, acaso el único, la “esperanza y la

desesperanza”, “el juego ciego, el llanto y el olvido”.

La fantasmagoría subjetivista o el libro de la vida

El valor simbólico de los *topoi* especificados varía según se asienta un cambio en el desarrollo anímico-geográfico de la ética-estética alonsiana hasta la consumación de la dialéctica naturaleza-ciudad-casa mundo. Igual que en el ejemplo de una obra literaria concreta, una trayectoria literaria adquiere *su* sentido en la cuestión que ella debe resolver (Macherey, 1974: 26). Es decir, la crítica historicista estudia la evolución de un recorrido literario, pero no logra explicarlo (Rodríguez, 1974: 180-181): no estudia al autor como una forma histórica determinada, sino como categoría general bajo el “signo de una necesidad” (Macherey, 1974: 41). Y esta forma de explotación –que según Bourdieu (2005: 45) no deja de ser una forma de racismo– no hace más que reproducir el horizonte burgués, entreverado por la esencialidad de la fenomenología y la aspiración romántica de una subjetividad trascendental. Así pues, como señala Lucien Goldmann a la hora de condensar su estructuralismo genético, el concepto clave no es la conciencia real, sino la conciencia posible.

En cualquier caso se trata de vencer la servidumbre de la literatura, el espesor de la historia que “la nueva positividad de las ciencias de la vida, del lenguaje y de la economía”, quizá perfeccionada por el capitalismo avanzado, encuentra su “correspondencia con la instauración de una filosofía trascendental” (Foucault, 1971: 239). Poco más habrá que insistir en la imposibilidad de una esencia para la literatura (Eagleton, 2013: 39), porque, ni mucho menos, su estudio nos conduce al

estudio de ese hombre esencializado, engrandecido hasta la virtud divina de la creación. Como si el sujeto literario pudiera desertar de sí mismo, de las garras de su ensoñación de libertad y autorrealización (conciencia real), a no ser que derribe el muro de la violencia ideológica y del individualismo histórico (conciencia posible). Por lo tanto, la consecuencia práctica de esta manera impostada de afrontar el *acontecimiento* de la literatura (Eagleton, 2013), lejos de la objetividad material de esta, se limita al ámbito biográfico-historicista como respuesta al “universo del discurso” (Jakobson, 1983: 29) y una “sensación de universo” (Valéry, 1990: 137) que llega hasta nosotros bajo la engañosa promesa del estilo.

Y el estilo “siempre tiene algo en bruto”, “es una forma sin objetivo, el producto de un empuje, no de una intención” (Barthes, 2005: 19). Esta visión del mundo que es el estilo posee la funcionalidad de responder –y al mismo tiempo de ser signo visible– a una supuesta representación de esa subjetividad. Y así es como la ideología lleva a cabo su secreta tarea de reproducción: mediante el texto el sujeto se *hace* sujeto, la individualidad se *hace* individualidad, la historia se *hace* historia y la ideología se *hace* ideología. Existe, qué duda cabe, la urgencia de separarse de la “imaginación creadora”, “hay pues que volverse hacia lo invisible dentro de la libertad poética”, “para alcanzar en su noche el origen ciego de la obra” (Derrida, 1989: 16). Y más que nunca, la opacidad de aquello que conocemos como *escritura*, “se hunde en su propia representación” (92) en tanto en cuanto “el texto se plantea en lo real que lo engendra” –que lo reproduce, valdría la pena matizar– hasta “hundirse en una fantasmagoría subjetivista” (Kristeva, 1978: 10). Ahora no parece tan inocente la afirmación de Paul

Valéry (1990: 118) cuando señala que la “ejecución del poema es el poema”.

La cuestión es que resulta difícil imaginar el lenguaje como “condición de toda subversión y de toda creatividad” (Mayos, 1995: 117), “liberación” –si llevamos al extremo, al fin y al cabo, el lenguaje como casa del ser heideggeriano– “del gran silencio de la materia” (Steiner, 1982: 63). Esta fantasmagoría subjetivista es la representación más evidente –y tenebrosa, al mismo tiempo– de que, para este idealismo como para toda la problemática kantiana, “sólo en la acción moral individual se manifiesta el espíritu –puro–” (Rodríguez, 1973: 50). Lejos queda ya, en consecuencia, una imagen esencial así como un *creativismo* funcional para el lenguaje. Dicho voluntarismo estético, tal y como se denomina esta “acción moral individual” o “hecho esencializado” (Rodríguez, 1973: 50), pone coto a la frágil linealidad que sostiene su necesidad en el estudio de cualquier historial literario. De ahí que, ya en el terreno poético, entendamos ese voluntarismo estético como vitalismo poético, uno de los pilares fundamentales para entender la poesía moderna (Friedrich, 1974), ya que supone la fusión entre poesía y vida, un salvoconducto para aproximar los opuestos kantianos de lo trascendental y lo empírico, el alma y la vida (Rodríguez y Salvador, 1987: 164-165). Y que, al mismo tiempo, se desdobra en la contradicción entre lenguaje y pensamiento o entre lenguaje y fondo oscuro del alma (Rodríguez, 1994: 38). Todo ello implica que para cada producción textual, entendiendo como tal que existe forzosamente un ejecutor de esa práctica-ideológica concreta, ese conjunto de necesidades que el evolucionismo historicista persigue deben ser entendidas como signos visibles o calas de las condiciones objetivas de producción

por un sujeto específico. Por estos motivos, las “referencias” del estilo se hallan en el nivel de una “biología” o de un “pasado”, no de una “Historia” (Barthes, 2005: 19): y aquí, la “cosa” del escritor, “su esplendor y su prisión, su soledad” (19). Porque el ser humano no puede insertar su “libertad de escritor en la opacidad de la lengua, porque a través de ella, está toda la Historia, completa y unida al modo de una Naturaleza” (Barthes, 2005: 18) en tanto en cuanto, esa misma Naturaleza, atañe directamente a un objeto artificial que no deja ser un invento de su afán por alcanzar la individualidad histórica.

Y quizá, la realidad como objeto anímico y el repliegue a la intimidad son las principales calas de producción a la hora de objetivar la poesía de Francisco Alonso. De hecho, puede observarse en su vastísima producción poética una línea temática que no solo cuestiona y reflexiona en torno a la existencia (esa impostura, ese tema encubierto que la sobrevuela), sino que pone en cuestión la propia escritura, su ficcionalidad y servidumbre. Hablamos de una serie de poemas, contados con los dedos de las dos manos, que relaciona la vida con los márgenes de la escritura. Porque si bien el voluntarismo poético alonsiano está imbricado en cada uno de sus textos, de tal manera que supone –para el mismo poeta– la resolución de una problematización (nuevamente la necesidad) de la literatura; en estos contados textos, decimos, se vislumbra una distancia estética entre la triada sujeto/autor/escritura-vida. La muestra más evidente es el poema titulado “El libro”, publicado en una antología colectiva en 2009:

Hay alguien en la mesa de un despacho,
en un lugar que ignoro,
y hay en la mesa un libro

con caracteres góticos.
 Todo en la estancia cobra un grave peso
 de angustia en sus contornos,
 una sombra de signos y de letras
 escritas en un tiempo muy remoto.

(Ruiz, 2009: 30)

El poeta alicantino, gran conocedor –por otra parte– de la Biblia y mejor estudioso de las religiones, accede a esa humanidad del lenguaje (Lafont, 1993: 246) que la tradición occidental ha depositado en la escritura como un “medio legítimo de fijar las reglas y estatutos para la convivencia humana que Dios-Moisés ha ofrecido al hombre en forma de legislación de valor eterno” (Wahnón, 1995: 27). Evidentemente, el tema de esta composición forma parte de aquello que Dámaso Alonso denomina trasmundo del poeta. O desciendo al caso de Alonso Ruiz, denota dos severas consecuencias: a) la definitiva superación del plano religioso y, quizá, existencialismo más tremendista; b) debido a la aceptación del ser humano como condición finita, fuera ya de la angustia dirigida a Dios (*Acento humano*) o la frustración (*Soledad de alma*). Aquí se respira la atmósfera que impregna toda la poesía escrita por el poeta alicantino a partir del siglo nuevo, donde la soledad terrenal se ralentiza gracias a la reflexión y el entendimiento. Solo que, en este poema en concreto, va más allá e incluso se burla de la concepción que aún mantenemos sobre un posible creador o la Muerte misma:

En la última página se ve
 toda una relación de nombres. Todos
 tachados, salvo el mío, que es el último,
 y que yo veo expuesto ante mis ojos.
 Alguien, a quien se llama Muerte, viste
 de negro, y usa lentes de arduo plomo,
 y a nadie dice nada. Sólo escribe,
 en libro con epígrafes de oro,
 cómo se llama cada ser humano

al nacer. Y al pasar un tiempo, corto
 o largo, que eso nunca está medido,
 en el código de los caracteres góticos
 traza una raya roja sobre el nombre
 que estaba manuscrito.

(Ruiz, 2009: 30)

Alonso Ruiz plantea ingeniosamente esta superposición entre literatura y vida mediante la metáfora del *libro de la vida*, gracias a esa problemática que liga íntimamente el lenguaje y la tradición judeo-cristiana de la Creación. Si como bien se sabe el texto marca sus propios límites, abre su discurso poniendo en juego una pieza fundamental (el deslinde entre sujeto y autor):

Desconozco
 dónde se encuentra el libro inenarrable
 de la existencia, el libro prodigioso
 de la muerte y la vida. Sólo entiendo
 que es el nombre, transcrito con decoro,
 el de alguien que va a morir un día
 y que puedo ser yo, Francisco Alonso.

(Ruiz, 2009: 30)

Francisco Alonso ha conducido al lector, sin este apenas sospecharlo, al callejón sin salida de la subjetividad. O mejor todavía, la representación de este *libro de la vida* significa escenificar todo el espesor ideológico de la historia, significa tomar el rábano por las hojas y salir airoso de la individualidad histórica pegando un portazo a la fantasmagoría de la subjetividad. Por estos motivos, el poeta *simula* esta manera óptica de entender el discurso (Heidegger, 2009: 81), como expresión y articulación significativa de la comprensibilidad de estar en el mundo (181). Es decir, como el voluntarismo estético que ofrece al escritor ese señuelo del estilo, una visión de mundo que no resulta más que expresar yo-soy-libre. En todo caso,

Alonso Ruiz toma a broma la lectura literal del *libro de la vida* como toma a broma los entresijos historiográficos de la fortuna literaria y se anula como individualidad histórica, como autor finalmente. La cuestión es que –como puede verse en otro poema de idéntico tema, aquel titulado “Mundo múltiple” y con reminiscencias borgianas– la conceptualización sobre la idea humanista del autor es un mero espejismo, acaso un reflejo falaz. Como señala Derrida (1989: 22), “si la escritura es inaugural, no es porque cree, sino por una cierta libertad absoluta” de “hacer surgir lo ya-ahí en su signo”, “libertad de respuesta que reconoce como único horizonte el mundo-historia y la palabra que solo puede decir: el ser ha comenzado ya desde siempre”. El *libro de la vida* de Alonso Ruiz cuestiona el voluntarismo estético que la literatura esconde. Un círculo en la arena. Una rayuela de tiza dibujada sobre los adoquines: allí donde la individualidad histórica promete al escritor una «tarea para sí mismo», allí donde el lenguaje promete al escritor una «tarea para sí mismo». “No hay más que un Libro, y es el mismo Libro que se distribuye en todos los libros” (Derrida, 1989: 19). El escritor como vasallo de la literatura.

***Querer el mismo afán que nos devora:* Voluntarismo estético y condicionalidad de la poesía**

En cualquier caso, estos *topoi* literarios que hemos visto como arquetipos fundamentales de ese artefacto estilístico denominado realidad anímica esconden un gran riesgo. O mejor dicho, todo este andamiaje estético corre el riesgo de (mal)entenderse como un severo pleonasma. De algún modo, el historial literario de Francisco Alonso siempre nos remite a las mismas lagunas y

problemáticas, al mismo punto de partida. El desorden textual del poeta alicantino –no nos cansaremos de insistir en esta deuda– imposibilita, o en todo caso dificulta hasta el extremo, el reconocimiento y el estudio crítico de su recorrido, ya que sus cincuenta años de tarea literaria no han sido pagados sino con la moneda de la indiferencia. Así, el historial literario de Alonso Ruiz se presenta de manera fragmentaria, propio –por ejemplo– de la poesía lírica, incluyendo un margen para la alternancia e incluso la contradicción. Si bien hemos identificado la realidad como objeto anímico y el repliegue a la intimidad como dos buenos ejemplos de estas calas de su producción textual, no queremos dejar de señalar estos signos visibles del voluntarismo estético del escritor alicantino. Solo así puede entenderse que la clave a la hora de descender a cualquier historial literario, y Alonso Ruiz no es una excepción, reside en poner de relieve esos principios doctrinales (Bohigas, 1963: 13) que exigen una continuidad (Piera, 1993: 36) con independencia de la estética, el tema o el momento de producción. Aunque, bien mirado, no debe confundirse soledad con intimidad; dos términos que –aún siendo ambos territorios radicalmente históricos donde se reproduce la servidumbre de la literatura– parecen intercambiables pero que, debido a las variaciones referenciales que sufren los referidos *topoi* literarios a lo largo de su historial, veremos alejados entre sí. Por ejemplo, un poema como “Hombre en la calle” puede ser una buena piedra de toque para reflejar tanto estos como otros matices. Próximo a la apertura pagana que se inicia con *Soledad de alma* (2001), incorpora el espacio urbano como un medio de cuestionamiento de su propio voluntarismo estético, como un medio de cuestionamiento de su propio proyecto ético-estético. Así,

gracias a la ciudad, el escritor se replantea su vitalismo poético de tal manera que donde hubo grito y súplica (*Acento humano*), palabra sobre el lánguido tiempo (*Testimonio de tiempo*) ahora vira hacia una serenidad emocional (*Soledad de alma*), hacia la madurez (*Cuaderno de ahora mismo*).

De algún modo, aquella lección del Modernismo mediante la cual se rechaza la sociedad contemporánea y sus “valores científicos, financieros y fabriles” (Carnero, 1985: 92) sirve al poeta alicantino para saberse construir ese yo-poético inmerso en un refugio, esa torre de marfil que le permite juzgar el mundo estando-fuera-del-mundo: más allá del discurso. De ahí que hayamos querido diferenciar entre soledad e intimidad, puesto que si esta es la conquista *necesaria* de su realidad como objeto anímico, no es menos verdad que la palabra soledad –como bien señala Rafael Lapesa (1988: 243) en el caso de Bécquer– apenas aparece en su historial literario aún siendo uno de los *leitmotiv* de su clima poético. Porque, a fin de cuentas, aquello que sostiene las diferentes lecturas de aquellos *topoi* literarios de los que nos ocupamos, así como de los diferentes momentos de su producción textual, es la continuidad (Piera, 1993: 36) de ese señuelo del estilo que –conceptualizado ya como *libro de la vida*– posee su máxima expresión en el voluntarismo estético.

Por ejemplo, si tomamos como muestra *Cuaderno de ahora mismo* (2012), uno de sus últimos poemarios, nos daremos de bruces con una línea poética que insiste en el vitalismo poético. La composición más relevante, en este sentido, es “Vivir”: “Saber sentir el paso de la hora, / notar y conocer cualquier segundo, / padecer y gozar lo que es un mundo, / cantar y reír mientras se llora” (Ruiz, 2012: 32). Desde luego, y al albor de lo dicho hasta el momento, es

significativa la distinción entre padecer y gozar *el* mundo frente a padecer y gozar *un* mundo. Nuevamente, se respiran en la tensión poética alonsiana conceptos como intimidad, estilo, impostura y ficcionalidad; términos todos ellos que remiten a la fantasmagoría subjetivista. Porque ya no se trata de *literaturalizar* la vida, vivir la poesía para escribir la vida, sino de la ilusión que empuja al escritor hacia la imposibilidad de la escritura; o como dice un verso, más adelante, del mismo poema: “querer el mismo afán que nos devora”. Y aquí entra en juego la funcionalidad positiva y el valor ritual de la poesía (Arlandis, 2016: 280), ya que el gran aprendizaje que saca en claro el poeta es igualar en un mismo punto la imposibilidad de la literatura en tanto en cuanto es imposible la vida. O dicho de otro modo, en la misma balanza se sostienen el voluntarismo estético y la *condicionalidad* de la existencia humana: de la servidumbre de la vida a la servidumbre de la literatura.

A MODO DE CONCLUSIÓN

Y esta ambivalencia escenifica el firme compromiso con la construcción de un proyecto ético-estético: la construcción del *libro de la vida*, la representación de su *libro de la vida*. Aquí se halla ese voluntarismo estético, esa imposibilidad de “mi salvaje afán desesperado”, que no se quiebra pese a las dificultades: desde la angustia existencial de *Acento humano*, el dolor ante la muerte de *Testimonio de tiempo* y *Soledad de alma*, pasando por los años de militancia en el MCPV (Moviment Comunista del País Valencià) y el Partido Comunista hasta llegar a la enfermedad reflejada en un ciclo de poemas dispersos. El historial literario de Francisco Alonso Ruiz, la representación de ese *libro de la vida*, es una sesuda edificación que no tolera una lectura lineal-

evolucionista como tampoco una interpretación vaga de los consabidos *topoi*. Sino que en todo caso esa redundancia es intencionada puesto que sostiene la (re)creación de un clima poético donde el poeta alcanza la plenitud de su proyecto ético-estético: el repliegue a la intimidad mediante la realidad como objeto anímico. Y que, además, tanto la lluvia, la sombra, la muerte, el silencio y el día/tarde/noche responden en cada caso concreto –en cada texto– a un momento determinado de producción relacionado con el mismo arquetipo en otro texto y momento de producción distinto. Así que, y nos sacudimos nuevamente los fantasmas del pleonasma, se trata del valor metafórico global de toda una producción poética leída en su conjunto y mediante los *topoi* referidos. De tal manera que no solo tendríamos aquello que Fontanier denomina –y que Lázaro Carreter aproxima en ciertas ocasiones a la sinonimia– como metábola, sino que este laberinto de espejos llama, únicamente, a esa puerta de la soledad del hombre. E invocamos la “idea de lenguaje” de forma “inseparable de la idea de referencialidad” (Piera, 1993: 33) cuando señalamos que, ya sea unas veces mediante una función simbólica y otras mediante una función irracional, esa realidad plural, imprecisa y de difícil determinación que es el expresado simbólico (Bousoño, 1979: 77) arropa la conceptualización de su *libro de la vida*: la escenificación de un andamiaje asociativo en el que cada arquetipo literario responde a una coherencia continuada (Piera, 1993: 36). De algún modo, ese tema encubierto que sobrevuela la obra alonsiana reclama esa coherencia interpretativa puesta en juego por el lector y que conocemos como isotopía (Eco, 1979: 131).

Porque si consideramos como isotopía “un conjunto de categorías semánticas

redundantes que permiten la lectura uniforme de una historia” (Greimas, 1970: 188), qué mejor recurso a la hora de construir un perímetro lírico acotado por un sistema referencial, allí donde sean cuales fueren las variables de la lógica interna de producción siempre responden a un mismo trasunto. Al cabo, estos *topoi* literarios forman parte de esa gran metáfora que construye la producción textual de Alonso Ruiz vista en su totalidad y, además, deben entenderse –tal y como Rascente (2011) observa agudamente en la propuesta topológica de la metáfora en Paul Celan– como puntos de intersección o lugares de encuentro. En todo caso, esa es la gran conquista en la poesía de Francisco Alonso Ruiz: la representación de una intimidad mediante el cristal del objeto anímico de la realidad. “Siempre supe que existe algo de olvido / en aquello que solemos llamar tiempo, / que es una habitación cualquier silencio / y una puerta cerrada lo vivido” (Ruiz, 2012: 18). La vida. La literatura. *Cualquier hombre ya sabe de la herida / que abre su corazón cada mañana* (Ruiz, 2012: 18).

BIBLIOGRAFÍA

- Arlandis, S. (2016). Revelación sombría: las oscuras calas de la escritura en la poesía de Francisco Brines. *Anales de la Real Academia de Cultura Valenciana*, 91, 273-306.
- Barthes, R. (2005). *El grado cero de la escritura seguido de Nuevos Ensayos críticos*. Madrid: Siglo XXI.
- Blanchot, M. (1969). *El espacio literario*. Buenos Aires: Paidós.
- Bohigas, P. (1963). Metafísica y retórica en la obra de Ausiàs March. *Revista Valenciana de Filología*, VI, 9-31.
- Bourdieu, P. (2005). El racismo de la inteligencia. *Archipiélago*, 66, 45-48.
- Bousoño, C. (1979). *Superrealismo poético y simbolización*. Madrid: Gredos.
- Carnero, G. (1985). Salvador Rueda: teoría y práctica del Modernismo. *Anales de Literatura Española*, 4, 67-96.
- Derrida, J. (1989). *La escritura y la diferencia*. Barcelona:

- Anthropos.
- Eagleton, T. (2013). *El acontecimiento de la literatura*. Barcelona: Península.
 - Eco, U. (1979). *Lector in fabula. La cooperación interpretativa en el texto narrativo*. Barcelona: Lumen. 1993, 3.ª ed.
 - Foucault, M. (1971). *Las palabras y las cosas. Una arqueología de las ciencias humanas*. México: Siglo XXI.
 - Friedrich, H. (1974). *Estructura de la lírica moderna. De Baudelaire hasta nuestros días*. Barcelona: Seix Barral.
 - Greimas, A. J. (1970). *Du Sens*. París: Seuil.
 - Heidegger, M. (2009). *Ser y tiempo*. Barcelona: Trotta.
 - Jakobson, R. (1983). *Lingüística y poética*. Madrid: Cátedra.
 - Kristeva, J. (1978). *Semiótica 1*. Madrid: Espiral. 2001, 4.ª ed.
 - Lafont, C. (1993). *La razón como lenguaje. Una revisión del giro lingüístico en la filosofía del lenguaje alemana*. Madrid: Visor.
 - Lapesa, R. (1988). Tres poetas ante la soledad. En *De Ayala a Ayala. Estudios literarios y estilísticos* (pp. 243-272). Madrid: Istmo.
 - Lukács, G. (1970). Arte auténtico y realismo. En Adolfo Sánchez Vázquez, *Estética y marxismo*, II (pp. 48-58). México: Era.
 - — (1975). Teoría de la novela. *Obras completas*, vol. I (pp. 277-420). Barcelona: Grijalbo.
 - Macherey, P. (1974). *Para una teoría de la producción literaria*. Caracas: Universidad Central de Venezuela.
 - Mayos, G. (1995). Creatividad y subversión en el lenguaje. *Analecta Malacitana*, XVIII, 1, 117-126.
 - Piera, C. (1993). *Contrariedades del sujeto*. Madrid: Visor.
 - Plejanov, Y. (1974). *Arte y vida social*. Barcelona: Fontamara.
 - Rascente, M. (2011). *Metaphora absurda. Linguaggio e realtà in Paul Celan*. Milano: Franco Angeli.
 - Rodríguez, J. C. (1973). Ideología y lingüística (de Saussure a Chomsky). *Gaceta Literaria*, 1, 9-64.
 - — (1974). *Teoría e historia de la producción ideológica*. Madrid: Akal.
 - — (1994). *La poesía, la música y el silencio. (De Mallarmé a Wittgenstein)*. Sevilla: Renacimiento.
 - Rodríguez, J. C. y Salvador, Á. (1987). *Introducción al estudio de la literatura hispanoamericana*. Madrid: Akal. 2005, 3.ª ed.
 - Ruiz Pérez, F. A. (1969). *Acento humano*. Alicante: plaquette autoeditada.
 - — (1982). *Testimonio de tiempo*. Alicante: Publicaciones de la Caja de Ahorros Provincial de Alicante.
 - — (2001). *Soledad de alma*. Elche: Colección Lunara.
 - — (2009). "El libro". En *Con diVERSOS acentos. Poemas Aucanos. Primera antología* (pp. 30-31). Alicante: Asociación Cultural Auca de las Letras.
 - — (2012). *Cuaderno de ahora mismo*. Alicante: Asociación Auca de las Letras.
 - — (2015). Cosas terribles. *AUCA. Revista Literaria y Artística*, 35, 30.
 - Salinas, P. (1970). *Literatura Española Siglo XX*. Madrid: Alianza.
 - Steiner, G. (1982). *Lenguaje y silencio*. Barcelona: Gedisa.
 - Valero Gómez, M. (2012). Cuaderno de ahora mismo: hacia la última poesía de Francisco Alonso Ruiz. *AUCA. Revista Literaria y Artística*, 25, 8-9.
 - — (2013). *El tiempo de los héroes. Cuatro poetas alicantinos*. Alicante: Aguaclara.
 - — (2018). *El grupo de «Intimidad Poética». Primera promoción poética de la posguerra alicantina*. III Premio Ensayo Certamen Literario María Zambrano UNED. Málaga: El Toro Celeste/ Fundación Unicaja/UNED Málaga.
 - Valéry, P. (1990). *Teoría poética y estética*. Madrid: Visor.
 - Wahnón, S. (1995). *Lenguaje y literatura*. Barcelona: Octaedro.

Elsabet

Elsabet

Elsabet

D. G. Felipe Grisolia Ambrosini¹

¹Arquitecto. Diseñador gráfico y escritor

Cómo citar este artículo en edición digital: Grisolia Ambrosini, D.G.F. (2019). *Elsabet*. Cultura de los Cuidados (Edición digital), 23 (54). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.54.10>

Correspondencia: C/ Ecuador, N.º 20, 4.º C. Alicante. CP: 03008

Correo electrónico de contacto: felipegrisolia@tecnologiag3.com

Recibido: Premio Vida y Salud de Relatos; Aceptado: Relato Premiado



ABSTRACT

Narration awarded with the prize Life and health of the narrative that describes, from the perspective of the phenomenon of emigration, a practice of more radical gender violence: female genital mutilation.

Keywords: Female genital mutilation, gender violence, literature, phenomenology.

RESUMO

Narração premiada com o prêmio Vida e saúde da narrativa que descreve, a partir da perspectiva do fenômeno da emigração, uma prática de violência de gênero mais radical: a mutilação genital feminina.

Palavras chave: Mutilação genital feminina, violência de gênero, literatura, fenomenologia.

RESUMEN

Narración galardonada con el premio Vida y Salud de Narrativa que describe, desde la perspectiva del fenómeno de la emigración, una de las prácticas de violencia de género más radicales: la mutilación genital femenina.

Palabras clave: Mutilación genital femenina, violencia de género, literatura, fenomenología.

La familia de Elsabet, unos comerciantes eritreos negros, huidos de la guerra con Etiopía, llegó a París cuando ella tenía siete años. Se instalaron en Francia dispuestos a trabajar duramente para asegurarle una educación a la niña. Consiguieron alcanzar un buen nivel de vida. Elsabet, estudiosa y muy inteligente, después de algunos años, bien podía ser tomada por una parisina más: enseguida se adaptó al ritmo de la gran ciudad. A la hora de definir sus estudios, se decantó por la psicología y puso sus ilusiones en la *American University of Paris* donde pensaba matricularse llegado el momento. Con el correr de los años todo se desarrollaba según lo previsto, pero la independencia de Eritrea vino a alterar algunos planes.

Todo parecía indicar que las cosas habían cambiado definitivamente en su país de modo que, cargados de nuevas ilusiones, los padres de la joven resolvieron regresar a África. Fue la primera vez que consultaron con la joven una decisión trascendental. Ella, basada en la lógica, propuso esperar pero la decisión final fue la contraria. Sin embargo, dado que ya estaba dispuesta a encarrilar su vida en el viejo continente decidió quedarse en Francia y continuar su carrera en solitario.

Por desgracia, el tiempo le dio la razón. El



regreso a Eritrea no fue todo lo afortunado que se esperaba y, a poco de instalarse, los padres perdieron todo cuanto tenían ahorrado y debieron comenzar de nuevo. Así se lo comunicaron a su hija. De modo que, cuando los medios para su sustento empezaron a mermar, Elsabet se empleó como camarera en un bar de la *rue* Pierre Brossolette junto a la escuela pública de Henri Wallon y allí se mantuvo firme estudiando por las noches y trabajando de día. Nunca decayó su ánimo. A pesar de su juventud la joven tenía bien arraigado el espíritu de su raza y muy firmes sus convicciones.

Entonces conoció a Amelie.

Nunca supo, exactamente, lo que le atrajo de aquella mujer mayor débil e insignificante que parecía reñida con la vida. El día que la vio entrar en el bar por primera vez, mientras una compañera le servía el desayuno, no dejó de observarla. Era menuda, delgada, de piel blanca y transparente. Tenía la mirada huidiza de quienes temen mirar a los ojos cuando se les dirige la palabra. Un personaje culpable, pensó la joven, buscando justificar su interés. Un personaje al que sería interesante analizar en profundidad para llegar al fondo de su alma. Pensaba que, quizás, su alegría y su empuje podrían contagiarle la voluntad de vivir. Desde su propia experiencia pretendía demostrar que nada es insuperable en esta vida y que todo cuanto pudiera ocurrir tenía su contrapartida de felicidad. Lo pensaba de verdad. Pero en aquella ocasión no pudo acercarse a la mujer y la vio abandonar el bar quedándose con las ganas de conversar con ella.

Varios días después, en un *impasse* del trabajo, mientras fumaba un cigarrillo en la puerta del local con una compañera, la vio cruzar la calle llevando de la mano a una pequeña mulata. Iban en dirección a la escuela. Otra vez, Elsabet, sintió que se le aceleraba el pulso. Una vez más, un tropel de

pensamientos acudieron a su mente pensando en el rescate de aquel ser que se le antojaba indefenso. Amelie, por aquel entonces, con sus canas despintadas y el aspecto descuidado de su ropa, parecía un fantasma a la deriva.

—¿Sabes quién es esa mujer? La he visto un par de veces y me tiene intrigada. Es clienta, ¿verdad?

—Sí, viene cada tanto a desayunar.

—Me parece una mujer extraña o, mejor dicho, una mujer derrotada...

—Y que lo digas: su hija es una asesina -dijo con desprecio la otra chica-. No te acerques a ella. Es la madre de la que mató a Abay Asfare, el corredor etíope que había fichado por la Selección Nacional. Tienes que recordarlo: fue un caso sonado.

Elsabet se acordaba perfectamente. El asesinato había ocupado todas las portadas de la prensa hasta que se dictó sentencia. La chica, encerrada en un mutismo enfermizo, se había negado a declarar y a defenderse de modo que las causas del crimen nunca fueron aclaradas; ella terminó en la cárcel. Los medios habían especulado con toda clase de teorías para coincidir en un incomprensible ataque de locura. Hasta el día del suceso, el matrimonio había sido apacible y feliz para la opinión pública. Sin embargo, nadie le perdonó a la asesina que, por la razón que fuese, Francia perdiera la ocasión de alzarse con una copa que se daba por segura.

—¿Y la niña?

—La niña es su nieta...

Conocer las circunstancias familiares de Amelie sirvió para avivar aún más el interés de Elsabet. Todo un cúmulo de estrategias se le ocurría para acceder a su alma. Se la imaginaba a solas con la niña intentando explicarle la ausencia de sus padres. Una tarea abrumadora y dolorosa para cualquiera. Una tarea que se volvería doblemente ingrata cuando todo el mundo estaba en su contra y las señalaba con el

dedo: París podía ser una tumba muy solitaria para quienes atentaban contra el orgullo nacional.

Aquella fue la única vez que Elsabet hizo preguntas sobre Amelie. Una oleada de trabajo intenso pronto alejó sus pensamientos de la mujer y el cansancio de cada jornada la arrastraba a la cama sin darle posibilidades de pensar en otra cosa que no fuera la de reponer sus propias fuerzas. Fue un período en el que la caja nunca le cuadraba a la primera y los exámenes ocupaban todo su tiempo disponible. En aquel ajetreo, la imagen de Amelie se disolvió como una gota de agua en medio de una marejada.

Pero un día reapareció de improvviso.

Era domingo. Elsabet, con un libro bajo el brazo, dispuesta a aprovechar el sol de la mañana, se la encontró sentada en un banco público observando las evoluciones de su nieta entre los juegos del parque. Parecía como si un frío inexistente la obligara a contraerse. Se mantenía con las rodillas encogidas y los brazos cruzados sobre el pecho abrazada a sí misma. Elsabet se detuvo en el acto. Todo cuanto sabía de la mujer regresó a su mente de inmediato y, como era su costumbre, no se lo pensó dos veces antes de sentarse a su lado en espera de que Amelie la mirara.

—Hola, ¿se acuerda de mí? Soy la encargada del bar donde suele desayunar; nos hemos visto varias veces. -Los ojos de Amelie la observaron con curiosidad en tanto la buscaba en vano entre las caras conocidas; el hecho de que fuera negra facilitaba la búsqueda. No tardó en responder:

—No, no te recuerdo. Tal vez estés confundida.

Elsabet restó importancia a la respuesta: pretendía iniciar una conversación con un fondo coherente de referencia. Durante algunos minutos recurrió a un monólogo para darse a conocer y solo cuando mencionó

a la niña los ojos de la abuela se activaron para poner algo de su parte. Muy despacio se acortaron las distancias y comenzaron a brotarle las palabras. Casi sin notarlo, se fue abriendo al diálogo. Muy pronto, Elsabet supo por boca de la abuela que su hija se llamaba Shantal y la niña, Nicole. Sin embargo, aquel acercamiento se notaba trabado por multitud de barreras. Tan pronto como la conversación rozaba la intimidad, Amelie se distanciaba como para preservarse de la intrusa y se ponía a la defensiva.

—¿Qué le pasa a Nicole?

—¿Por qué lo dices?

—No sé, parece como si temiese participar en los juegos. Es como si no pudiera superar sus miedos... ¿Es así o solo me lo parece?

Amelie no contestó. Sus ojos se volvieron para observar a la joven y parecieron disolverse en una larga y profunda mirada de dolor. Así permaneció por unos instantes. Y cuando Elsabet pensó que volvería a evadirse y que una vez más tendría que luchar por acercarse a ella, la abuela cedió a la necesidad de abrir su corazón.

—Sí, casi siempre es así..., hay un motivo: la vida de mi nieta esconde un drama inmenso. -Elsabet abrió los ojos sorprendida. No esperaba el comentario y supuso de inmediato que se refería al crimen, pero no era eso porque la abuela agregó enseguida: la barbarie y la incultura son el peor de los crímenes.

Luego, sin dejar de mirarla con fijeza, con frases entrecortadas que parecían brotar con dificultad de su boca, Amelie contó que el padre de la niña, las había llevado a Etiopía para conocer a su familia.

—... Pero no fue un viaje de placer, tenía una finalidad macabra: practicarle la ablación a la pequeña. Su abuela, una mujer diabólica sometida a unas costumbres bárbaras, lo había preparado todo. El hijo solo era un títere en manos de su madre. Al llegar a su pueblo, por una confidencia de la cuñada, Shantal se enteró de lo que estaban



tramando. Tuvo que llorar y suplicar por la niña. Todo fue en vano hasta que se encerró con la pequeña amenazando con matar a cualquiera que se le acercase. Hasta el último momento, el marido se mostró conciliador. Pero Shantal, no estaba convencida. Quiso huir con Nicole para refugiarse en algún sitio que le diese más confianza y saltó por una ventana. Tuvo mala suerte. Cuando se precipitó a tierra, se dio un golpe que le hizo perder el conocimiento. Lo más grave fue el hecho de que la niña quedara desprotegida y a merced de la abuela...

Elsabet apenas podía dar crédito a aquella parrafada. No porque desconociera el tema sino porque nunca había estado tan cerca de alguien que lo sufriera en carne propia. Ella misma pudo ser una de las víctimas. Con su madre lo habían hablado infinidad de veces e infinidad de veces habían agradecido a la suerte que les permitió alejarla de esas prácticas.

— ... Al regresar a París -prosiguió Amelie-, el padre de mi nieta estaba arrepentido. Shantal lo quería. Sin embargo, el matrimonio había recibido un golpe mortal. La niña, para colmo, comenzó a contraer una infección tras otra ya que le habían dejado numerosas terminaciones nerviosas desprotegidas que cicatrizaban mal. Algunos días apenas si podía caminar. En el lugar de la herida se le estaba formando una cicatriz hipertrófica y lloraba continuamente. Por suerte yo vivía muy cerca y podía echarles una mano. Soy, enfermera, ¿sabes? Iba y venía constantemente...

Amelie detuvo su relato para secarse las lágrimas y Elsabet, paralizada de espanto extendió los brazos para rodearle los hombros.

— ... Entonces una noche discutieron -agregó la abuela con un hilo de voz-. Aquella bestia nos mostró su verdadero rostro: le

gritó a Shantal que habían hecho lo mejor para la niña, porque no quería que se convirtiera en un ser lascivo como su madre, vulnerable a la carne y a la depravación... Por primera vez vimos al monstruo irracional que debía orientar el futuro de Nicole. Mi hija sintió que se volvía loca...

Aquella fue la vez que más cerca estuvo Amelie de contar los verdaderos hechos de la noche trágica; fue Elsabet la que no la dejó continuar: su instinto de sicóloga en ciernes le decía que era mejor detenerla. En su relato, ni una sola vez había aparecido el nombre de Abay Asfare ni referencias al caso concreto que ya conocía: las barreras no terminaban de caer. Hubiera sido distinto en el caso contrario. Si Amelie, hubiese acabado el relato luego se habría arrepentido y, tal vez por eso, ella perdería su contacto y su confianza. Con una dulzura y una madurez de la que nunca se creyó capaz logró tranquilizarla.

Después de aquel día, Elsabet y Amelie volvieron a encontrarse muchas veces. No hizo falta de que tocasen el tema nuevamente. Sin embargo, la abuela de Nicole pareció cambiar de actitud. Elsabet lo atribuyó a que, hasta entonces, nadie se había interesado por conocer los detalles de su sufrimiento ni nadie le había tendido una mano. Ella, en cambio, creyó llegar al final: la había entendido, había registrado cada palabra del relato y, en especial, el plural inequívoco con que se refirió a la noche del crimen. Un plural que delataba su presencia en la casa y justificaba el mutismo de Shantal, un mutismo que encubría la culpabilidad de una mujer imprescindible en la vida de Nicole y la cobardía de otra que nunca hubiera sido capaz de acabar con la vida del hombre que amaba..., pero ella nunca lo dijo; no se consideraba quien para juzgar.

Historia

Indización y estudio de la *Gaceta Médico-Quirúrgica Jerezana* (1871-1872)

Index and study of the *Jerezana Medical-Surgical Gazette* (1871-1872)

Índice e estudo da *Gazette Médico-Cirúrgica Jerezana* (1871-1872)

Francisco Herrera-Rodríguez¹

¹Catedrático E.U. (jubilado) (Historia de la Enfermería y Fundamentos e Historia de la Fisioterapia. Facultad de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Cádiz).

Cómo citar este artículo en edición digital: Herrera-Rodríguez, F. (2019). Indización y estudio de la "Gaceta Médico-Quirúrgica Jerezana" (1871-1872). *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 23 (54). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.54.11>

Correspondencia: Santo Domingo de la Calzada, n.º 11-3.º A. 11012-Cádiz

Correo electrónico de contacto: fraherod57@gmail.com

Recibido: 03/11/2018; Aceptado: 21/03/2019



ABSTRACT

In this article are studied 12 issues of the *Jerezana Medical-Surgical Gazette*, corresponding to the years 1871 and 1872, published in Jerez de la Frontera (Cádiz) by its founder and director "Francisco Revueltas Carrillo Montel" (1839-1887). In this journal are offered clinical histories of the Departments of Surgery and Medicine of the Hospital of Santa Isabel de Jerez, as well as others of the private clinical experiences by some authors, as the surgeon, from El Puerto de Santa María (Cádiz), Federico Rubio y Galí (1827-1902). It is also appreciated in the journal the practical teaching work carried out in those years, in the above mentioned hospital, to some

students from the Cádiz Faculty of Medicine who also published their clinical experiences in the Gazette; and we have also known that "practicante" an midwives were trained in this hospital. The magazine offers statistical information about the hospital, the hospice, the home of foundlings and the sanitary status of the city. In our work we carry out a chronological index of the 12 issues of the journal, which includes the authors, articles and news published.

Keywords: Medical Press, Jerezana Medical-Surgical Gazette, "Francisco Revueltas Carrillo Montel", Federico Rubio y Galí, 19th Century, Democratic Six Years Period, Hospital of Santa Isabel (Jerez), Jerez de la Frontera, Spain.

RESUMO

Neste trabalho estudamos 12 edições da do *Médico-Cirúrgica Diário Jerezana*, para os anos 1871 e 1872, publicadas em Jerez de la Frontera por seu fundador e diretor “Francisco Revueltas Carrillo Montel” (1839-1887). Nesta revista prontuários dos Departamentos de Cirurgia e Medicina Hospital de Santa Isabel de Jerez, bem como a experiência clínica privada de alguns autores, entre os quais o cirurgião El Puerto de Santa María Federico Rubio e Galí (1827-1902). Destacando trabalho prático, realizado naqueles anos no hospital referido alguns alunos da Faculdade de Medicina de Cadiz também publicou as suas experiências clínicas no Diário visto na revista; embora também saibamos que os “practicante” e parteiras foram treinados neste hospital. A revista oferece informações estatísticas sobre o hospital, o hospício, a casas de crianças enjeitadas e o status sanitário da cidade. Em nosso trabalho, realizamos um índice cronológico das 12 edições da revista, que inclui os autores, artigos e notícias publicadas.

Palavras chave: Revista Médica, Médico-Cirúrgica Diário Jerezana, “Francisco Revueltas Carrillo Montel”, Federico Rubio y Galí, do século XIX, Período Seis Años Democrático, Hospital de Santa Isabel (Jerez), Jerez de la Frontera, na Espanha.

RESUMEN

En este artículo se estudian 12 números de la *Gaceta Médico-Quirúrgica Jerezana*, correspondientes a los años 1871 y 1872, publicada en Jerez de la Frontera por su fundador y director “Francisco Revueltas Carrillo Montel” (1839-1887). En esta revista se ofrecen historias clínicas de los Departamentos de Cirugía y Medicina del Hospital de Santa Isabel de Jerez, así como

de la experiencia clínica privada de algunos autores, entre los que destaca el cirujano de El Puerto de Santa María Federico Rubio y Galí (1827-1902). Se aprecia en la revista la labor docente de carácter práctico realizada en esos años en el referido hospital, con algunos alumnos de la Facultad de Medicina de Cádiz, que publicaron sus experiencias clínicas en la *Gaceta*; aunque también sabemos que se formaron practicante y matronas en este hospital. La revista ofrece información estadística sobre el hospital, el hospicio, la casa de expósitos y el estado sanitario de la ciudad. Realizamos en nuestro trabajo un índice cronológico de los 12 números de la revista en el que se incluyen a los autores, los artículos y noticias publicadas.

Palabras clave: Prensa médica, Gaceta Médico-Quirúrgica Jerezana, “Francisco Revueltas Carrillo Montel”, Federico Rubio y Galí, Siglo XIX, Sexenio democrático, Hospital de Santa Isabel (Jerez), Jerez de la Frontera, España.

A Cristóbal Orellana González que durante más de dos décadas ha guiado mis pasos en el Archivo Municipal de Jerez de la Frontera.

La historiografía sobre la prensa médica en la España de los siglos XIX y XX se ha incrementado de manera muy notable en las últimas décadas, tanto que sería imposible en las páginas de este artículo reflejar la citada producción de forma pormenorizada; sin embargo, si es necesario en el marco general de esta introducción dejar constancia de los autores más notables que han realizado catálogos recopilatorios de las citadas revistas o incluso estudios bibliométricos. Cabe recordar en la primera de las facetas apuntadas a dos autores:

Méndez Álvaro y Larra Cerezo. Francisco Méndez Álvaro, editó sus *Breves apuntes para la Historia del periodismo médico en España* en *El Siglo Médico*, en 1882, y posteriormente como folleto en 1883; casi un siglo más tarde fue editada esta obra con introducción, edición e índices del profesor Riera Palmero (Méndez Álvaro, 1978; Riera-Palmero, 1978). En esta línea está también Ángel de Larra y Cerezo que, en 1905, publicó su *Historia resumida del periodismo médico en España*. Más cercanos en el tiempo se deben apuntar los trabajos fundamentales de López Piñero y Terrada tanto en lo que se refiere a catalogación como impulsando los estudios bibliométricos (1980, 1900 y 1991).

La constitución del moderno periodismo médico en España se produjo durante el período que abarca el reinado de Isabel; López Piñero considera que este periodo histórico constituye una “etapa intermedia”, entre el colapso de la actividad médico-científica que se produce durante la guerra de la Independencia, el reinado de Fernando VII y la etapa de recuperación del último cuarto del siglo XIX. Hay que tener en cuenta que entre 1809 y 1833 este autor señala que se fundaron en España 5 revistas médicas, mientras que entre 1834 y 1868 fueron 128, y entre 1869 y 1900 un total de 265. Tiene que ver este hecho con la desaparición de la rígida censura que el absolutismo había impuesto, circunstancia que motivó este crecimiento en el número de publicaciones de revistas y también de libros médicos (López Piñero, 1992). De las numerosas revistas que aparecieron en los años centrales del siglo XIX se pueden destacar, *El Siglo Médico*, *La España Médica*, *El Compilador Médico*, etc. Durante la “etapa intermedia” se asimiló plenamente en España la medicina anatomoclínica y algunos aspectos de la nueva medicina de laboratorio. En el último tercio del siglo XIX

debe destacarse que la “revolución democrática” de 1868 permitió que la actividad científica española se desarrollara en completa libertad desde el punto de vista ideológico, y que en estas décadas del siglo se introdujera en España la mentalidad fisiopatológica y la progresiva aparición de las especialidades en algunos centros de formación de nuestro país (López-Piñero, 1992).

En lo referido al estudio de la prensa médica en el Cádiz del siglo XIX hay que destacar los trabajos pioneros de Orozco sobre el *Periódico de la Sociedad Médico Quirúrgica* de Cádiz, que López Piñero ha señalado como la revista médica de mayor altura de la España fernandina (Orozco-Acuaviva, 1980a, 1980b; López Piñero, 1992). El propio Orozco también centró su atención en revistas como los *Archivos Homeopáticos*, *La Crónica de los Hospitales*, *La Crónica Oftalmológica*, la *Gaceta de Higiene y Climatología*, la *Crónica de especialidades médico-quirúrgicas*, etc. (Orozco-Acuaviva, 1980a, 1981a, 1981b, 1987). Otros miembros de su escuela, y otros autores, han seguido profundizando tanto en la indización como en el estudio de los contenidos de la prensa médica gaditana (Maraver-Eyzaguirre, 1982; Doña-Nieves, 1987b, 1987c, 1998; Márquez-Espinós, 1984, 1987; Lasarte-Calderay, 1995; Lasarte-Calderay y Herrera-Rodríguez, 1992; Ramos-Contreras, 1994; Herrera-Rodríguez y Lasarte-Calderay, 1996; Camacho-Iglesias, 2006; Sebastianes Marfil, 1995; Herrera-Rodríguez, 2008; Soto-Villalba, 2015; Marín-Paz, 2013; Fernández-Lozano, 2018; Olagüe de Ros y Paredes-Salido 1983, etc.).

En 1871, en pleno periodo del “sexenio democrático”, aparece en Jerez de la Frontera la publicación que motiva nuestro artículo: la *Gaceta Médico-Quirúrgica Jerezana* (Góngora, 1900; Leiva, 1982), desde cuyas

páginas se darán a conocer algunos casos de la experiencia clínica que su promotor, “Francisco Revueltas Carrillo Montel”, y sus colaboradores, generaron en el centro asistencial donde desarrollaban su trabajo: el Hospital General de Santa Isabel de Jerez de la Frontera (figura 1). Incluyendo también casos de la actividad clínica privada de algunos de los autores que publicaron en la revista.

FIGURA 1. Cabecera del primer número de la *Gaceta Médico Quirúrgica Jerezana*, con observaciones recogidas en el Hospital General de Santa Isabel (15 de agosto de 1871)



FUENTE: Biblioteca Central Municipal de Jerez de la Frontera

Al estudio de esta revista jerezana dedicamos las páginas que siguen, planteándonos los siguientes objetivos:

- Ofrecer un índice cronológico de los contenidos de los 12 números localizados de la *Gaceta Médico-Quirúrgica Jerezana*, correspondiente a los años 1871-1872, reflejando en el mismo a los autores, los temas tratados y las noticias.
- Exponer datos sobre las primeras décadas de funcionamiento del Hospital de Santa Isabel de Jerez de la Frontera, especialmente en lo que se refiere a su fundación y a la década de los setenta del siglo XIX, por ser ésta la institución en la que algunos de los autores de la revista desarrollaron su labor asistencial y donde estudiaron casos clínicos que se exponen en las páginas de esta publicación periódica jerezana.

- Estudiar el contenido de la citada revista, subrayando las aportaciones de los autores y los principales temas que se tratan, así como comprobar la actividad docente realizada en el hospital jerezano.
- Apuntar, en la medida que lo permitan las fuentes, el perfil ideológico plasmado en la revista, tanto en cuestiones médicas y quirúrgicas, como políticas y sociales.

Teniendo en cuenta estos objetivos vertebraremos nuestro artículo en los siguientes apartados: Breve nota sobre el Hospital de Santa Isabel de Jerez de la Frontera; Fundación, dirección y estructura de la *Gaceta Médico-Quirúrgica jerezana*; Autores y artículos publicados en la revista; Epílogo; Índice cronológico de la *Gaceta Médico-Quirúrgica Jerezana* (1871-1872); Fuentes documentales y Bibliografía.

1. Breve nota sobre el Hospital de Santa Isabel de Jerez de la Frontera

La desamortización de Mendizábal tuvo como consecuencia, en el año 1834, que los Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios tuvieran que abandonar el Hospital de la Candelaria de Jerez, motivo por el que el Ayuntamiento se planteó fundar a sus expensas un hospital público, “cosa que se hizo en el también desamortizado Convento de los Mercedarios, dando lugar al Hospital Municipal de Santa Isabel”, que comenzó a funcionar a principios de la década de los cuarenta del siglo XIX (Mariscal-Trujillo, 2015) (figura 2). Efectivamente, en Cabildo de 23 de septiembre de 1841, punto 4.º, se precisa esta cuestión de la siguiente manera: “Viose un oficio de la Junta municipal de Benef.ª fha 21 del que rige dando parte de que para solemnizar del mejor modo posible la inauguración del hospital general de Santa Isabel que se ha erigido en el edificio que fue convento

de Mercenarios (sic), ha acordado celebrar una función religiosa el próximo Domingo 26: lo que ponía en noticia del Ayto. por si gusta persidirla y avisar la hora que tenga por conveniente para hacer el convite de las corporaciones, autoridades y personas de distinción y designar el sitio de que haya salir el acompañamiento; y se acordó decir á la Junta que el Ayuntamiento la espera con el convite en el Consistorio para salir de él á las nueve de la mañana” (Legajo n.º 339, expediente 9992, AMJF) (Cf. también a Doña-Nieves, 1987). Dos años después, en 1843, se comenzó el expediente para construir el Departamento de mujeres del hospital (legajo n.º 342, expediente 10094, AMJF). Comenzando, al parecer, la asistencia a mujeres en 1846 (Doña-Nieves, 1987).

Durante la década de los cincuenta y la de los sesenta se realizaron varias obras y reparaciones en el hospital (Legajo n.º 342, AMJF). En mayo de 1853, la Superiora de las hermanas de la Caridad, Sor Tomasa Ochoa, realizó un escrito demandando que se enviasen más hermanas al hospital para el cuidado de los enfermos. Dice así: *“A pesar de que por nuestras santas reglas la asistencia Hospitalaria debe estar en proporción de diez enfermos por hermana, (...), considerando la imposibilidad de practicar esta asistencia con la previa atención que cristiana y físicamente tiene derecho á esperar el enfermo de las Casas Hospitalarias puestas al cuidado, y solicitud prescritas en el instituto que profesamos...”* (Legajo N.º 340, expediente 10047, AMJF). Un documento, pues, de mediados del siglo XIX que señala dificultades para llevar a cabo la labor asistencial por parte de las hermanas de la Caridad.

Precisamente, el fundador de la *Gaceta Médico-Quirúrgica jerezana*, Francisco Revueltas, junto a Manuel Fontán Crespo y Francisco Javier Hernández, confeccionaron un reglamento del hospital, que vio la luz

pública en 1874, señalándose que es un establecimiento que depende del Ayuntamiento y de los fondos que pertenecen a la Beneficencia y sus presupuestos. El hospital en ese momento está dividido en dos departamentos, uno para hombres y otro para mujeres. El departamento de hombres se divide en salas para personas con *“enfermedades internas”* (Medicina) y salas que se destinan para los que sufren *“afecciones externas”* (Cirugía). Igualmente existe esta diferenciación, salas de medicina y salas de cirugía, en el departamento de mujeres, añadiéndose además un departamento para parturientas, que aparece dividido en dos (*“uno para aquellas que carecen de todo recurso, y otro para las que contando con medios de subsistencia desean ocultar su falta á los ojos de la sociedad”*). El hospital contaba también con un depósito general para cadáveres y sala de autopsia. Entre los profesionales al servicio del hospital se cita en el Reglamento a tres profesores de medicina y cirugía, con el haber anual de 1.500 pesetas cada uno, un farmacéutico con la misma cantidad, ración y casa, además de dos cirujanos sangradores *“que desempeñan las funciones de primero y segundo practicantes, con 1.200 pesetas y 900 pesetas igualmente anuales, racion y casa cada uno”*. El hospital contaba también con el servicio de tres topiqueros y una matrona, cobrando esta última diez pesetas por cada *“parto natural”* que asista. La Superiora de las hermanas de la Caridad *“es hoy el Gefé económico-administrativo del Establecimiento y están á sus órdenes todos los empleados subalternos de las diversas secciones”*, además de otras funciones que se especifican en el Reglamento y que hemos expuesto en otro trabajo (Cf. Reglamento, 1874; Herrera-Rodríguez, 2008). Las hermanas de la Caridad parece que comenzaron a prestar sus servicios en el hospital en 1845, ya que

de esa fecha existe un contrato de estas religiosas con la Beneficencia Municipal jerezana (Herrera-Rodríguez, 2008).

En 1860 ingresaron en el hospital 2.096 enfermos, de los cuales murieron 219, siendo las enfermedades más frecuentes la tisis, las colitis crónicas y cánceres (Mariscal-Trujillo, 2001). Este estudioso jerezano cita también al historiador Caro-Cancela que afirma que en 1867 fueron asistidos en el hospital aproximadamente unas tres mil personas de las cuales fallecieron 252 (Mariscal-Trujillo, 2001; Caro-Cancela, 1990). Precisamente, la *Gaceta Médico-Quirúrgica jerezana*, ofrece un “Cuadro estadístico del movimiento ocurrido durante el año de 1871 en el Hospital General de Santa Isabel, de esta ciudad, a cargo de los profesores que suscriben”, que son Manuel Fontán Crespo, Francisco J. Hernández, y el fundador y director de la revista Francisco Revueltas. En este documento se consigna que ingresaron en el hospital un total de 2.262 personas, de los cuales 1.898 eran hombres y 364 mujeres. Falleciendo un total de 170 personas. Se especifican las patologías tratadas en la sección de medicina y en la sección de cirugía, ofreciendo también una lista de las “operaciones practicadas de mayor interés”, así como los partos asistidos en la sala de maternidad (Cf. GM-QJ 12, página desplegable). Un documento, pues, de gran interés que refleja la actividad asistencial en 1871, año en que comienza su publicación la *Gaceta Médico-Quirúrgica Jerezana*.

FIGURA 2. Entrada del Hospital Municipal de Santa Isabel de Jerez de la Frontera



Fotografía incluida en una Memoria del año 1954.

Foto Andalucía (Legajo n.º 1406-Expediente 27307 bis. AMJF)

2. Fundación, dirección y estructura de la *Gaceta Médico-Quirúrgica Jerezana*

Durante los años del sexenio democrático (1868-1874), observamos que se produce en la provincia de Cádiz un notable interés por impulsar el periodismo médico, siendo principalmente dos localidades en las que se publican las revistas de mayor interés; en el caso de Cádiz, encontramos que salen a la luz pública *El Progreso Médico*, en 1868, dirigida por el jerezano Juan José Cambas Gallego (1833-1877), que en esos momentos es profesor clínico de la Facultad de Medicina de Cádiz (Herrera-Rodríguez, 1994 y 2000), y *La Crónica Oftalmológica* que comienza a publicarse en 1871 con la dirección de Cayetano del Toro y Quartiellers (1842-1915), pionero de la Oftalmología en España y destacado político local (Orozco-Acuaviva, 1962 y 1980a; Herrera-Rodríguez, 2010; Guisado-Cuéllar, 2017; Fernández Lozano, 2018). En Jerez de la Frontera aparece, también en 1871, la *Gaceta Médico-Quirúrgica Jerezana*, fundada y dirigida por “Francisco Revueltas Carrillo y

Montel" (1839-1887). En las tres revistas, en líneas generales, encontramos un rasgo común: la defensa de la libertad de enseñanza. Una libertad de enseñanza, en todos sus grados y clases, que fue promovida legalmente por Ruiz Zorrilla en un Decreto de 21 de octubre de 1868, quedando autorizados todos los españoles para fundar establecimientos de enseñanza, hecho que también quedó refrendado por la Constitución de 1869 (Puelles-Benítez, 1980).

Centrándonos en la revista jerezana hemos apuntado que su director y fundador fue el doctor Francisco Revueltas, figura a la que Orozco dedicó su atención en *Bibliografía Médico-Científica gaditana* (Orozco-Acuaviva, 1981d) y que cuenta con un excelente ensayo biográfico (Doña-Nieves, 1987a), motivo por el que solo trazaremos una breve semblanza de este médico jerezano. Su biógrafo ha señalado el asunto del nombre y apellidos del Dr. Revueltas, que con asiduidad utilizaba la firma, como en el caso de la revista que estudiamos, "Francisco Revueltas Carrillo y Montel". Su biógrafo lo explica así: *"Es conveniente señalar el hecho de que, en dichos anuncios, aparece don Francisco con los apellidos de «Revueltas-Carrillo». No conocemos el origen del apellido «Carrillo» en la familia de Revueltas; si bien, es cierto, que su padre (quien, como, ya pudimos comprobar, se apellidaba Revueltas Chapé) lo había utilizado. El propio Dr. Revueltas Montel lo adoptaría (quizás como homenaje a su padre), y con él firma muchos de sus escritos (...). En consecuencia, en muchas ocasiones, es posible encontrar su nombre como «Francisco Revueltas Carrillo y Montel» (o, simplemente, «Revueltas-Carrillo»)»* (Doña-Nieves, 1987a). Quede constancia de esta circunstancia porque en la *Gaceta*, como decimos, aparece como "Revueltas Carrillo", "Francisco Revueltas Carrillo" y como "Francisco Revueltas Carrillo y Montel". En su expediente de

alumno de la Facultad de Medicina de Cádiz, que consignamos en el apartado de fuentes documentales, que se conserva en el Archivo de la Universidad de Cádiz, consta como Francisco de Paula Revueltas y Montel, aunque en alguna ocasión también vemos que en este documento erróneamente se apunta "Montiel".

El doctor Revueltas nace en Jerez de la Frontera en 1839. Estudió la licenciatura y realizó el doctorado en la Facultad de Medicina de Cádiz. Se matriculó en el primer año de la carrera en 1856, obtuvo el grado de Bachiller en Medicina y Cirugía en septiembre de 1860 y el grado de licenciado en septiembre de 1862, con la calificación de Sobresaliente, con un tribunal constituido por los profesores José Gabarrón, Eugenio Rivera y José Villaescusa. Realizó las asignaturas de doctorado en la Facultad gaditana, en junio de 1869, obteniendo la calificación de aprobado en las dos asignaturas: Historia de la Medicina y Análisis Químico, y la calificación de Sobresaliente en el acto de grado de doctor, con un tribunal constituido por figuras notables de la medicina gaditana: Federico Benjumeda, Pascual Hontañón, Rafael Marengo, Juan Chape y Miguel Moreno. Lamentablemente, como señalamos hace unos años, no se conserva en su expediente de alumno de la Facultad de Medicina su Memoria para el doctorado, motivo por el que desconocemos al día de hoy el título del tema y el contenido de la referida tesis (Herrera-Rodríguez, 1987). Revueltas falleció tempranamente; a lo largo de su vida no debió gozar de buena salud, como ya ha apuntado Doña-Nieves, ya que a lo largo de la carrera estuvo enfermo en varias ocasiones y así lo certificaron diversos médicos (Doña-Nieves, 1987; Cf. también su expediente: FM 83 (1)-1, AUCA). No gozó de buena salud, sin embargo esta circunstancia

no le impidió realizar una intensa actividad profesional como cirujano y una notable labor política como alcalde de Jerez y defender sus ideas republicanas (Doña-Nieves, 1987). Recientemente, el historiador Diego Caro Cancela, ha publicado un notable ensayo titulado *“La ciudad republicana: Jerez de la Frontera a finales de 1868”*, en el que apunta la composición de la Junta Revolucionaria de Jerez, constando como vocal Francisco Revueltas, médico, con militancia en el partido Demócrata (Caro-Cancela, 2018).

Revueltas centró su actividad médica en el terreno de la ginecología, tuvo especial interés en la ovariectomía e inventó incluso un modelo de uteroscopia, aunque como tendremos ocasión de comprobar en el seno del Hospital de Santa Isabel de Jerez realizó una importante labor en el Departamento de Cirugía, demostrando interés por las resecciones y amputaciones quirúrgicas. Impulsó la organización de Congresos Médicos en Andalucía (Doña Nieves-Herrera-Rodríguez, 1991). Realizó aportaciones en las que reivindica el uso higiénico terapéutico del vino de Jerez (Doña-Nieves, 1987a; Orozco-Acuaviva, 1981d; Doña-Nieves y Herrera-Rodríguez, 1990). Doña-Nieves, en su biografía, ha estudiado también su labor como Alcalde de Jerez, destacando la elaboración de un censo de población, la inauguración de la Biblioteca Pública Municipal, el inicio de las obras del Mercado Central de Abasto o, entre otras actuaciones, el impulso a la creación del Cuerpo de Médicos Titulares de la Beneficencia Municipal. Lamentablemente, Francisco Revueltas, falleció en 1887, cuando todavía se podía esperar mucho más de su labor médica, quirúrgica e incluso política. Efectivamente, el doctor Revueltas, que tenía domicilio en la Calle Corredera 27, falleció a los 48 años de

edad, consignándose como causa de la muerte, en el libro de registro del cementerio, la *“pleuropneumonía”* (Doña-Nieves, 1987) (Libro de Cementerio 53, 1887, f. 22, AMJF). No conocemos un retrato que reproduzca la imagen de Revueltas, hoy día tiene una calle céntrica en Jerez dedicada a su memoria (figura 3).

Centremos nuestros comentarios, una vez esbozada la biografía del doctor Revueltas, en los principales aspectos publicísticos y en la estructura de la *Gaceta Médico-Quirúrgica Jerezana*, como son los objetivos, las secciones que tenía la revista, cuestión esta última que en líneas generales ha sido apuntada recientemente (Soto-Villalba, 2015).

FIGURA 3. Calle céntrica dedicada al Dr. Revueltas en Jerez



Fotografía: F. Herrera, 2019

Como se puede apreciar en el índice cronológico que acompaña nuestro trabajo, la revista normalmente solía estar constituida por las siguientes secciones, aunque en algunas ocasiones no se publicase una sección en concreto: artículos de la sección de medicina y cirugía, que reflejan la actividad de la Clínica Médica y de la Clínica Quirúrgica del Hospital de Santa Isabel, o de la actividad clínica privada de los autores; enfermos asistidos durante el mes corriente en el Hospital; informes de Francisco de

Barea sobre el número de acogidos en el Hospicio Provincial de Jerez, señalando el número de personas existente al final del mes correspondiente, así como enfermos, curados y muertos; informes de Francisco G. Reguera sobre los albergado en la casa de expósito durante el mes de la fecha; informes de defunciones y nacimientos ocurridos en la ciudad en el mes, según datos suministrados por los jueces municipales; el estado sanitario de la ciudad; y un apartado de “varios” o de noticias, en las que se ofrece información sobre visitas al hospital, recomendaciones de libros, agradecimientos a otras revistas, fallecimientos de médicos como es el caso del profesor Antonio García Villaescusa, al que haremos alusión más adelante, o información sobre nombramientos o hechos que afectaban a asociaciones médicas en la provincia de Cádiz y en España. La periodicidad de la revista es mensual, localizándose en la Biblioteca Municipal de Jerez de la Frontera 12 números que abarcan desde el 15 de agosto de 1871, el número 1, al 31 de julio de 1872, el número 12; normalmente aparecía los días 15 de cada mes, circunstancia que cambia a partir del número 9 que aunque mantiene la periodicidad mensual ya no es fijo el día de su aparición. Al parecer, aunque hasta el momento no hemos tenido fortuna en su localización, en 1875 se publicaron seis números más de la revista (Góngora, 1900), motivo por el que centramos nuestro trabajo en los 12 números que aparecieron entre agosto de 1871 y julio de 1872. La revista se confeccionó en la “Imprenta Española”, que tenía su domicilio en el número 2 de la calle de los Remedios de Jerez de la Frontera. Como hemos indicado el doctor Francisco Revueltas fue el director y fundador de la revista, contando con dos redactores principales: el propio Revueltas y el médico

del Hospital de Santa Isabel Manuel Fontán y Crespo, sobre el que haremos algún comentario cuando expongamos los artículos que publicó en la revista. Además la publicación contó con colaboradores, que asimismo señalaremos cuando comentemos estas aportaciones.

En cuanto a los objetivos de la revista quedan claros en las secciones de la misma, pero además se precisan en el número 1, en un texto firmado por “La Redacción” que lleva por título “*Artículo prospecto*”, en el cual se elogia la libertad de enseñanza, los avances de la física, de la química orgánica, la invención de aparatos como el oftalmoscopio que conlleva el avance de una especialidad como la oftalmología, pero sobre todo plantea un firme alegato en defensa de la “observación práctica” en la medicina (GM-QJ: I (1871), 1, pp. 1-5). Así lo expresan los redactores de la *Gaceta*, que no pueden ser otros que Revueltas y Fontán, aunque probablemente fuera el propio Revueltas, como fundador y director de la revista, el que escribiera el texto al que aludimos:

“Presentar, después de observados, los hechos recogidos; reunir todos los que ocurran en la práctica de cada uno, así como en el Hospital, fuente, pudiera decirse, de inagotable práctica, con el tratamiento, ya médico o quirúrgico, empleado; el proceder, si fue este último, ó el sistema á que se sujeto, si aquel fue: con las reflexiones que se nos ocurran sobre el caso, será el objeto primordial de esta publicación, que al fin del año formará un verdadero Álbum clínico”.

Asimismo, muy conscientes de la importancia de la Estadística, “*ciencia que de base sirve para la promulgación de leyes de sanidad é higiene*”, justifica plenamente que en la revista se incorporen secciones sobre el estado del Hospital de Santa Isabel de Jerez,

mensualmente, en cuanto los nacimientos, defunciones, clasificación de sexos y edades, o que *“el estudio del estado sanitario de esta población no quedará olvidado; y para que este sea exacto, y sus causas, ya climatológicas atmosféricas ó de localidad conocidas, abrigamos la esperanza que nuestros compañeros habrán de ayudarnos, con sus noticias y con sus trabajos de observación; para los cuales, como para todos, quedan abiertas las columnas de este periódico”*.

Un claro afán modernizador y regeneracionista se aprecia, pues, en las intenciones de Francisco Revueltas con la publicación de esta revista, en Jerez de la Frontera, en los años 1871 y 1872, años de efervescencia que preceden a la I República española, de la que en Jerez el propio Revueltas como se ha apuntado fue un protagonista destacado. No se debe olvidar las dificultades económicas por las que pasó la *Gaceta Médico-Quirúrgica Jerezana* para sacar a la luz pública estos 12 números, sobre todo en lo que se refiere al pago de las suscripciones, al respecto se apunta lo siguiente en la revista: *“Los inmensos perjuicios que esta empresa está sufriendo con la morosidad de muchos de los suscritores, que aun no han satisfecho sus descubiertos, á pesar de haber recibido todos los números publicados, nos ponen en la precisión de advertirles, que si antes de la publicación del próximo número no remiten á la administración el importe de sus suscripciones en libranzas del giro mútuo ó sellos de correo, los borraremos de la lista de suscritores, y por consiguiente, dejarán de recibir el periódico”* (GM-QJ: I (1872), 8, p. 189).

3. Autores y artículos publicados en la revista

Desgranamos en este apartado el contenido de la revista, en lo que se refiere a autores y temas publicados, sin olvidar una dimensión que consideramos importante y que pensamos debe ser estudiada en el contexto de la libertad de enseñanza que propició el sexenio democrático, nos referimos a la enseñanza clínica que se llevó a cabo en el Hospital de Santa Isabel de Jerez de la Frontera en estos años, ya que algunos de los autores de los artículos son alumnos de medicina que en esos años realizaban la carrera, como tendremos ocasión de ver, en la Facultad de Medicina de Cádiz, pero a la vez desarrollan sus prácticas en el hospital jerezano, reflejándose esta actividad en las citadas publicaciones. En primer lugar centraremos nuestros comentarios en las publicaciones de Revueltas Carrillo, Fontán Crespo, Federico Rubio y otros médicos que dejaron su firma en la revista y que quedan apuntados en la siguiente tabla, en la que se precisa el nombre de los autores, el número de los artículos y el número de páginas que ocupan sus artículos en la revista (tabla 1). No contemplamos en este apartado los informes estadísticos realizados por Francisco de Barea y Francisco G. Reguera, correspondientes al hospicio y a la casa de expósitos, ya que consideramos que el análisis de esta información debe ser analizada en futuros trabajos.

TABLA 1: Nombre de los autores (médicos) que publicaron en la revista, número de artículos publicados y número de páginas de cada autor en la revista

NOMBRE DEL AUTOR (MÉDICOS)	NÚMERO DE ARTÍCULOS PUBLICADOS	NÚMERO DE PÁGINAS EN LA REVISTA
FRANCISCO REVUELTAS CARRILLO	4	41 y página desplegable
MANUEL FONTÁN CRESPO	2	11 y página desplegable
LEONARDO NAVAS ROMÁN	1	12
JOSÉ ANTONIO REYNÉS	1	8
FEDERICO RUBIO Y GALÍ	1	38
DR. GERARD	1	6
JUAN J. CORTINAS	1	18
PEDRO RUIZ BERDEJO	1	4
JUAN JOSÉ CAMBAS GALLEGO	1	2
FRANCISCO J. HERNÁNDEZ	-	Página desplegable

FUENTE: *Gaceta Médico-Quirúrgica Jerezana* (1871-1872)

3.1. “Francisco Revueltas Carrillo y Montel”

El doctor Francisco Revueltas publicó tres artículos en la revista y también es autor de la necrológica dedicada a su maestro en la Facultad de Medicina de Cádiz, Antonio García de Villaescusa, que aparece publicada en varios números, constando como veremos en la primera parte de este escrito la firma de Revueltas, de ahí que le atribuyamos la totalidad de este texto y computemos un total de 4 trabajos, aunque con seguridad redactaría otros apartados de noticias y comentarios que aparecen en la revista de forma anónima.

El primer trabajo firmado por Revueltas lleva el título de “*Croup. Traqueotomía*” (GM-QJ: I (1871), 1, pp. 5-12). No se debe olvidar que “Revueltas Carrillo” tenía a su cargo la clínica quirúrgica del Hospital de Santa Isabel, institución en la que venía desarrollando su labor desde 1864 (Doña-Nieves, 1987a), aunque también realizó el ejercicio particular de la medicina aportándole casos clínicos de interés. Lo primero que aclara es que estas

observaciones clínicas ya fueron publicadas en el periódico *El Progreso Médico* de Cádiz, dirigido por el jerezano Juan José Cambas. Revueltas justifica la reproducción de este trabajo por varias razones: la polémica que sobre el tema se ha producido en la Real Academia Nacional de Medicina y dar a conocer una nueva observación clínica obtenida en la clínica del hospital, afirmando que “*son las únicas que pueden recogerse en esta provincia, donde solo por mí se ha practicado*”.

La primera historia clínica corresponde a una niña, J.R.G., de tres años y medio de edad, que “*fue invadida del croup en Chiclana*”, en agosto de 1868. El primer médico que la atendió fue el Dr. Jiménez, en la casa donde se alojaba la familia (calle Medina 1), hizo el diagnóstico y prescribió sangrías, vomitivo y sinapismo. Mejoró, pero al día siguiente la salud de la niña empeora y el Dr. Jiménez avisa a Revueltas que acudió al domicilio citado con los médicos José Piñero, Cristóbal Mateos y Aldolfo de la Rosa, “*y no habiendo tiempo que perder por hallarse la enferma casi asfítica, practiqué por primera vez la*

traqueotomía, sorprendiéndome agradablemente el resultado tan satisfactorio obtenido por ella". Mejoró en los cinco días siguientes, "hasta el sexto en que, olvidado su madre cerrar las puertas de un balcón, paralelas á las de la alcoba en que la enfermita se hallaba, fue esta acometida de un catarro perineumónico, que concluyó con su vida, ya salvada del croup, al sexto día de haber sufrido la operación".

La segunda historia clínica corresponde a un niño de 14 meses de edad, N.N., Revueltas acompañado de su compañero del Hospital, Manuel Fontán, y del profesor Juan Lomón, realizó la traqueotomía, falleciendo el pequeño catorce horas después de practicada la operación. El tercer caso corresponde a un niño de 28 meses, A.G., Revueltas también llevó a cabo la traqueotomía. Así lo explica el médico jerezano: *"Pasados ya cuarenta de la operación, y no habiendo tenido que combatir ningún accidente durante ellos, y hallándose el niño, si bien débil, en las mejores condiciones, la abatí por completo. Un grito que siguió a la separación de la cánula, el llanto ya sonoro y algunas balbucientes palabras, me hicieron comprender que el aire seguía bien y sin obstáculos á su paso el conducto natural, que las cuerdas vocales eran heridas por él y que no había peligro en cerrar la herida (...). A las treinta horas, la herida de la traquea se había unido por completo, faltando solo por unir la esterna, que á los cuatro días tuve que cauterizar".* Según apunta Revueltas el pequeño falleció como consecuencia de *"los bruscos cambios de temperatura que en este mes de Diciembre se sucedieron, á una gran congestión fuerte del cerebro, que acabó con su vida"*.

Un discípulo de Revueltas, Balbás, del cual más adelante ofreceremos datos biográficos, narra otro caso de traqueotomía realizada por el cirujano de Jerez que también tiene un final desgraciado (GM-QJ: I (1871), 1, pp. 12-17). Sin embargo, el mismo discípulo meses

después, escribió una crónica en la que da cuenta del éxito obtenido por el doctor Revueltas al practicar la traqueotomía siguiendo el método de Trousseau a una niña de 5 años, M.A.C., que vivía en la casa número tres de la calle Ponce de Jerez (GM-QJ: I (1872), 11, pp. 272-279). Es importante resaltar este éxito quirúrgico del Dr. Revueltas, ya que Cayetano del Toro en 1879, refiriéndose a Cádiz, afirmó que la casuística de las traqueotomías practicadas arrojaba un balance muy negativo. Según este importante médico gaditano en la ciudad de Cádiz se había practicado la operación en veinte ocasiones, cinco de las cuales realizadas por él mismo. Sólo uno de estos veinte niños operados, intervenido por José de Dios, salvó la vida (Herrera-Rodríguez, 2000).

Después de todo lo apuntado se comprende que en sus reflexiones sobre el "croup diftérico" el doctor "Revueltas Carrillo" se muestre partidario de la traqueotomía, aunque es consciente que ésta no cura la enfermedad, *"es solo un medio por el cual se consigue paralizarla, detenerla en su camino (...). Facilitando la entrada del aire, de un aire puro, nuevo respirable, pues no vá cargada de moléculas, detritus ó miasmas, que ha de llevar en si indudablemente el que atraviesa la laringe y traquea, ya afectas al mal, se evitará la formación de nuevas placas ó falsas membranas en el resto de la mucosa"*. Revueltas de todas las técnicas de la traqueotomía destaca la de Trousseau, que se realiza disecando los tejidos blandos, capa por capa, ligando los vasos cortados, y la de Chassaignac con la que *"se hieren todos los tegidos de un solo golpe, punzando primero y cortando despues los anillos precisos de la traquea"*. En los tres casos, Revueltas aplicó la técnica de Trousseau. Añade "Revueltas Carrillo" que el "croup" puede ser ascendente o descendente; en el primer caso, o sea en la angina diftérica, se

decanta por las cauterizaciones usando el nitrato de plata sólido, *“á cuyo tratamiento debo curaciones múltiples de enfermos”*; en el segundo caso, se decanta por la traqueotomía. En cuanto a sus reflexiones etiológicas el médico jerezano señala que *“si el croup es debido á un criptógama, según los micrógrafos, de notar es, que siempre se observa epidémicamente y en ciertas épocas y estaciones: parece que existe algo en la atmósfera, especial, distinto y nuevo en ella, que lo produce”*.

Otra aportación de Francisco Revueltas en la revista es su artículo *“Resección y amputaciones”*, que publicó fragmentado en cinco entregas de unas cuatro páginas cada una de ellas (Cf. GM-QJ: I (1871), 2, pp. 25-28; I (1871), 5, pp. 101-104; I (1872), 7, pp. 157-160; I (1872), 9, pp. 221-224; I (1872), 11, pp. 269-272). Revueltas trata de analizar las ventajas de la resección, por ejemplo, en las caries de los huesos, en las fracturas con separación de fragmentos o grandes esquirlas, en los *“tumores blancos”* y en los osteosarcomas; cree indispensable la amputación en la gangrenas de las extremidades causadas por el traumatismo, *“en que la naturaleza también por sí misma separa lo que la estorba y le es ya indiferente, porque perdió las cualidades precisas para afectar aquella forma de vida”*. Una cuestión que cree imprescindible el médico jerezano es definir lo que se entiende por resección y lo hace así: *“...la separación de cualquier hueso en todo su espesor ó en parte, en toda su longitud ó en parte de ella, comprenda la articulación, ó sea solo una esquirla, siempre que queden los tegidos blandos que lo rodean y el periósteeo; en una palabra, la separación por el arte de algún trozo del esqueleto: distinguiéndose de las amputaciones, en que por estas se separa del cuerpo humano una parte de él en que se comprenden todos sus componentes, duros y blandos”*. En la decisión de practicar una cirugía conservadora, preferible siempre que se pueda, frente a la

cirugía radical de la amputación, debe estar en el ánimo y en la inteligencia del cirujano el que peligre o no la vida del paciente, siendo esto así habrá de decantarse por la *“mutilación”*. Revueltas preconiza que para alcanzar un buen resultado con la resección es preciso *“que el periósteeo se conserve, por ser á él al que habrá de deberse la formación del nuevo tegido oseó, que reemplace al separado, lo cual no todas veces es posible, ni fácil conseguir”*. Pero en muchas ocasiones el *“periósteeo”* participa del mismo mal que el hueso, al que tan íntimamente está unido y del que es matriz: *“los mismo trayectos fistulosos que en este se encuentran; la misma degeneración que en él se halla, se vé en aquel, y de nada serviría separar uno, dejando el otro acaso, con todo el elemento morbífico; habiendo necesidad entonces de eliminar ambos. Y si esto no perjudica demasiado para la regeneración oseá, siendo pequeña la porción de periósteeo secuestrada, perjudicará si lo es en mucho”*. Advierte también que si el diagnóstico no es exacto, *“si creemos local y traumático lo que obedece á un vicio general y es solo sintomático de una afección, la operación que se practique será inútil; la herida hecha perderá bien pronto sus caracteres de sanidad, empezando á cubrirse de todos aquellos que antes tuvieran las úlceras que rodearan el hueso necrosado y secuestrado”*.

Este artículo sobre la resección y las amputaciones nos ha hecho recordar que en 1861, 1862 y 1876, el cirujano Federico Rubio mantuvo una polémica con los cirujanos Juan Creus Manso y Antonio Gómez Torres, polémica a la que dedicó un trabajo monográfico el profesor Albarracín Teulón. En esta polémica Federico Rubio negaba dos tesis sostenidas por los médicos *“periostistas”*; el cirujano portuense no creía que los huesos destruidos por el traumatismo, por la caries, necrosis, u otras causas, se reproduzcan o regeneren por el periostio y que las resecciones óseas deban

hacerse separando el hueso de su periostio, para conservar éste íntegro y que por él se regenere el hueso (Albarracín-Teulón, 1975). Como se puede apreciar el artículo de Revueltas Carrillo publicado en la *Gaceta*, en 1871 y 1872, está con algunas cuestiones planteadas en el corazón de la polémica que sostenían estos cirujanos sobre el tema en las décadas de los sesenta y de los setenta del siglo XIX.

La tercera aportación de Revueltas en la revista no es muy extensa y está motivada por la obra del Dr. P. F. da Costa Alvarenga, médico de Lisboa, titulada *“De la Thermosémiologie et thermacologie analyse de la loi Thermo-differentielle”* (Cf. GM-QJ: I (1872), 10, pp. 262-264). El comentario versa, como se puede apreciar por el título de la obra, sobre la termometría como método diagnóstico, el valor del termómetro y de las curvas térmicas. El comentario de Revueltas es muy escueto, aunque suficiente para comprobar que en las páginas de la revista también tuvieron cabida algunas líneas en las que se expone el diagnóstico fisiopatológico, expresándose de la siguiente manera: *“Como se vé, el Dr. Alvarenga no se ha dejado seducir por las curvas térmicas: las dá solo el valor que deben tener: no pretende que el termómetro en la mano del médico sea el que precise el mal, sino el que ayude á esclarecerlo”*.

Otro escrito de “Revueltas Carrillo” en la *Gaceta* es la necrológica titulada *“D. Antonio García de Villaescusa, Doctor en Medicina y Cirugía, catedrático y Decano de la Facultad de Cádiz”*. Lo justifica así: *“Por esto no hemos querido renunciar al deber y al gusto de trazar, aunque condensándolos y á grandes rasgos los hechos acometidos y realizados por el que fue nuestro Maestro y al que tantas distinciones debimos”*. Efectivamente, si el lector tiene curiosidad de repasar el expediente académico de alumno en la Facultad de

Medicina de Cádiz del Dr. Revueltas, podrá comprobar que García de Villaescusa fue su profesor de *“Anatomía Quirúrgica, operaciones, apósitos y vendajes”*. La necrológica realizada por Revueltas se presenta en la revista en tres números ocupando unas diez páginas (GM-QJ: I (1872), 7, pp. 182-185; I (1872), 8, pp. 211-214; I (1872), 9, pp. 241-242). García de Villaescusa nació en Alicante e ingresó con 19 años de edad *“en el extinguido Colegio de Medicina y Cirugía de Cádiz”*. Según apunta Revueltas se graduó de licenciado en Cirugía médica el 24 de septiembre de 1818, recibiendo el mes de octubre del mismo año la “borla de doctor”. Fue destinado a varios buques de guerra, hasta 1819, en que se le destinó al navío *Alejandro I* con rumbo a Lima. La navegación duró cien días y regresó a Cádiz *“sin haber perdido un solo hombre”*. Pero en ese mismo año, en Cádiz, actuó como médico en la epidemia de fiebre amarilla. Fue nombrado por la Junta Suprema de Sanidad para comisiones relativas a la epidemia y *“asistió durante toda la época calamitosa á los enfermos pobres de los barrios de Santa María y Candelaria”*, lo que motivó según apunta Revueltas que fuera inscrito su nombre en las actas capitulares *“para ejemplo y noticia de la posteridad”*. El 22 de diciembre de 1820 se licenció en medicina, *“cuyo título le fue reconocido por la Junta Superior de Medicina y Cirugía en 19 de abril de 1830”*. En mayo de 1821 fue nombrado segundo profesor de la Armada, cargo que desempeñó hasta fines de 1823. Nos encontramos en pleno periodo del trienio liberal: *“El Doctor García de Villaescusa tomó una muy activa en esta lucha de la idea antigua con la idea moderna, del pasado con el porvenir, siendo uno de los que, con más valor, más fé y más abnegación la sustentaron: y sin olvidarse de aumentar cada día más y más sus conocimientos médicos, sin separarse nunca del*

ejercicio de su profesión, propagaba con ardor los principios regeneradores...". Revueltas señala que García de Villaescusa sufrió la persecución política del absolutismo lo que le llevó al exilio en el extranjero; primero en Londres, donde asistió a las lecciones y a las clínicas de profesores eminentes, hasta el año 1824, en que se trasladó a París, y más tarde a Montpellier, donde obtuvo el 8 de enero de 1825 el grado de doctor "y quedó incorporado en el Claústro de aquella Universidad". García de Villaescusa "entró de lleno en el sendero del racionalismo filosófico", presentando en la Facultad de Medicina de Montpellier, la siguiente tesis: "¿La doctrina de la irritación es quizá aplicable a la inteligencia y al tratamiento de las fiebres intermitentes perniciosas?". Lamentablemente, este esbozo biográfico tan interesante sobre la figura de Antonio García de Villaescusa, queda truncado en la página 242 de la revista, aunque se anuncia su continuación, aún así las páginas publicadas son de gran interés para reconstruir parte del perfil biográfico de este médico alicantino que durante tantos años fue médico y docente en Cádiz, del cual también realizó un perfil biográfico su discípulo el afamado cirujano Federico Rubio y Galí, concretamente sobre su labor docente, su carácter y algunos tristes episodios familiares, haciendo hincapié en su fervor revolucionario: "Villaescusa era el representante del elemento revolucionario en la ciencia, dentro de la Escuela Gaditana. Había estado, después de médico, en París; asistió a las clínicas de sus hospitales, alcanzó las postrimerías de Dupuytren, hizo amistades con Velpeau, Roux y otros profesores famosos y traía el espíritu impregnado de las reformas de la época" (Rubio y Galí, 1977). En 1868, Federico Rubio, le dedicó a Antonio García de Villaescusa su libro sobre los quistes y tumores del ovario, haciendo constar en la dedicatoria: "He recibido de usted mucha parte

de mi instrucción quirúrgica; he recibido también, grandes pruebas de consideración y cariño..." (Herrera-Rodríguez, 2002a).

No queremos dejar de mencionar que cuando se ofrece la noticia del fallecimiento de García de Villaescusa, en una nota previa a la necrológica que hemos comentado, con el título "D.E.P." (Descanse En Paz), se realiza la crónica del entierro del citado profesor, durante el cual hizo la oración fúnebre el profesor Juan Ceballos Gómez (1817-1875) (Herrera-Rodríguez, 2000), y en representación de *La Crónica Oftalmológica* su director Cayetano del Toro depositó una corona sobre el féretro. Apunta lo siguiente el cronista: "...pronunciando aquel, al hacerlo – se refiere a Cayetano del Toro-, algunas palabras en elogio del Dr. García de Villaescusa, de su vida y de sus hechos; pero hiriendo con ellas la reputación tan justamente adquirida como gloriosa del célebre, eminente é inmortal Broussais, lo cual, á la verdad, no creíamos preciso; pues para estimar en lo que vale –que es mucho- el trabajo sobre fiebres intermitentes escrito por el Dr. García de Villaescusa en su juventud, atacando la doctrina fisiológica en sus puntos vulnerables, ¿a qué herir y lastimar ante personas, la mayor parte ajenas á la facultad, un nombre, que si unos pronuncia con indiferencia, otros lo hacen con veneración y respeto? La humanidad entera debe mucho á Broussais, y los médicos modernos la base de nuestros juicios, que levantamos sobre las de racionalismo por él establecidas: sus tratados flecmasías crónicas y de irritación y locura, serán siempre monumentos científicos, que ni la sátira, ni el escalpelo crítico más fino, ni el tiempo podrán destruir. Broussais en medicina, aparecerá en todas épocas, en el presente y en el porvenir, como el gran innovador..." (GM-QJ: I (1871), 5, pp. 127-128). Una polémica que continuó en el número siguiente de la *Gaceta*, en contestación a Cayetano del Toro, de la que merece ser destacado este párrafo: "En

cuanto á la pregunta que al final de su suelto nos dirige, podemos decirle, que el profesor que ejerció en esta población en la época de Broussais estuvo en ella asistiendo precisamente el Hospital que hoy visitamos, nos es conocido por algunos de sus escritos inéditos que aún se conservan en poder del Dr. Don Manuel Ruiz de la Rabia, que posee también su retrato, y que fue uno de los admiradores de D. Juan Ferran" (GM-QJ: I (1872), 6, pp. 155-156).

Asimismo, como hemos hecho constar, Revueltas, junto a Manuel Fontán Crespo y Francisco G. Hernández, en el último número de la *Gaceta* publicaron una página desplegable resumiendo a modo de cuadro estadístico la actividad realizada durante el año 1871, tanto en la sección de medicina como en la de cirugía, en el Hospital General de Santa Isabel de Jerez de la Frontera (GM-QJ, I (1872), 12, página desplegable).

3.2. Manuel Fontán Crespo

Manuel Fontán Crespo consta en la revista como redactor, junto a Francisco Revueltas Carrillo Montel, y consta también como médico del Hospital de Santa Isabel, institución en la que estaba a su cargo la sección médica (Cf. este dato en GM-QJ, I (1871), 4, p. 94). Desconocemos cuando comenzó a prestar sus servicios en el hospital, aunque sí sabemos que renunció a su cargo en 1882, como consta en Acta Capitular, en el punto tercero de la sesión ordinaria del día 6 de noviembre. En la sesión extraordinaria de 22 de noviembre (punto 9.º) se nombró Facultativo interino del hospital a don Teodoro Orozco (Cf. Acta capitular 1882-1883, n.º 279, AMJF). Hemos intentado localizar un posible expediente de Manuel Fontán Crespo como alumno de la Facultad de Medicina de Cádiz que nos pudiera ofrecer información sobre el lugar y fecha de nacimiento, así como sobre su

carrera, pero ha sido infructuosa nuestra consulta en el Archivo de la Universidad de Cádiz al no aparecer este expediente, lo que nos hace pensar que no realizó los estudios de medicina en Cádiz, aunque esta cuestión habrá que aclararla en futuras investigaciones.

Además de la página desplegable sobre estadísticas del hospital en el año 1871, a la que hemos aludido anteriormente, firmada por Revueltas, Hernández y el propio Fontán, observamos que este último publicó en la *Gaceta* dos artículos. El primero de ellos, con el epígrafe general de "Clínica Médica del Hospital", se titula "*Peritonitis aguda difusa. Curación*" (GM-QJ: I (1871), 2, pp. 28-33). Se trata de la historia clínica de L.G.R., de 51 años de edad, natural de Málaga, de oficio cantero, con antecedentes de enfermedad venérea en su juventud y que "*ha hecho uso con exceso de bebidas alcohólicas*". De madrugada el paciente sufre un fuerte dolor de vientre y vómitos. Se expone la evolución clínica entre el 23 de agosto y el 1 de septiembre de 1871, así como el tratamiento utilizado a lo largo de los días señalados: 36 sanguijuelas en el hipogastrio, cataplasmas, enemas emolientes, dieta vegetal, solución gomosa, un grano de calomelano cada dos horas, un dracma de unguento mercurial doble, hielo, fomentaciones emolientes templadas, dos onzas de julepe moscado de Fuller. Se va anotando la mejoría progresiva hasta el 1 de septiembre en que se aumenta la ración. El artículo se complementa con reflexiones sobre la peritonitis, que según Fontán "*puede confundirse á menudo con un cólico intestinal o hepático; con un cálculo biliar ó renal; con el cólera esporádico, etc.*". A Fontán no le cabe duda que en este paciente "*la flecmasia peritoneal había producido en la cavidad ventral un derrame seroso, y á más esas exudaciones tan comunes en las flecmasias de las serosas*". En sus

reflexiones también hace alusión a las peritonitis por causas traumáticas, en las hernias estranguladas, *“en las púerperas y en otros casos de traumatismo”*.

El segundo artículo de Manuel Fontán versa sobre *“Pústula maligna. Curación”* (GM-QJ: I (1871), 5, pp. 109-113). Se trata de un hombre de 40 años de edad, de oficio panadero, que estando en el cortijo Romanina la Alta notó un tumorcito en la cara, *“sobre la parte media é izquierda del borde inferior de la mandíbula inferior”*. Al hacerle la historia clínica el paciente refirió *“que dos días antes de sentirse el grano en la cara había muerto en dicho cortijo una res de la enfermedad llamada lobado (carbunco)”*. No había comido su carne, ni estuvo en contacto con la piel, solo había estado junta a ella. El grano fue hinchándose y un médico le recetó una cataplasma emoliente y poco después se le realizaron sangrías. Se describe la evolución clínica, así como el tratamiento con una poción cordial compuesta de tres onzas de agua de mental, una dracma de la confección cordial de la Hispana y una onza de jarabe de naranjas, a dosis de una cucharada grande cada dos horas, una onza de quina en polvo en *“seis papeles”*, *“y vino de Jerez una cucharada en cada taza de caldo de tres en tres horas y disposición espiritual, pues se consideraba el caso perdido”*. En los días siguientes continuó la reacción y se le notó en el cuello y parte anterior del pecho manchas grandes rojizas. Se le suspendió el vino y la poción cordial, y continuó el tratamiento con la quina. Dos días después se fueron regularizando todas las funciones, desapareció la fiebre y el apetito, *“y la enfermedad está reducida á las manchas que sobre el cuello y parte anterior del pecho se esfacelan”*. Se hicieron curas con vino aromático, y posteriormente al haber empezado a desprenderse varias escaras con miel y quina. A mediados de noviembre se

considera que está curado, sin otra lesión que varias cicatrices superficiales en el cuello y parte anterior y lateral del pecho.

Fontán acompaña la historia clínica de reflexiones en las que señala que se usan como sinónimos las palabras carbunco y pústula maligna *“y que no se tienen ideas exactas sobre el modo de evolución de estas enfermedades y sus diversas tendencias; por mas que puedan ser una en su génesis: es decir, que pueda ser uno el mismo virus que los engendra”*. Añade que cuando se examinan atentamente a los enfermos se descubre casi siempre que la afección ha sido transmitida por un animal muerto de “lobado” o carbunco. Unas veces han comido la carne, otras veces *“se han absorbido los miasmas ó virus carbuncoso por la respiración y aun las vías digestivas”*. Precisa Fontán sobre la cuestión algo más: *“Cuando por haber desollado alguna res muerta de carbunco, ó por haber estado en contacto con restos de la misma, ó por haber sufrido alguna picadura de alguna mosca ó insecto sobre algún punto de piel fina y al contacto de los agentes exteriores como las manos, el cuello, la cara, etc., la enfermedad se desarrolla localmente, y es despues de varios días de afecto local cuando penetrando el virus en el organismo vienen los síntomas generales. Aquí hay dos formas bien diversas. Una la pústula maligna, otra el carbunco idiopático”*.

3.3. Una firma invitada: Federico Rubio y Galí (1827-1902)

Federico Rubio es una de las figuras más notables de la cirugía española de la segunda mitad del siglo XIX. Nació en El Puerto de Santa María, estudió medicina en Cádiz, ejerció en Sevilla y en Madrid, pero adquirió también experiencia clínica en Francia y en Inglaterra, no debemos olvidar que sus ideas políticas republicanas le llevaron al exilio, circunstancias que aprovechó para formarse con cirujanos

como Velpeau, Broca, Nelaton y Fergusson, realizando también estudios de microscopía en París con Eloy Carlos Ordóñez. Estos aspectos sobre su vida y obra son suficientemente conocidos, motivo por el que no nos extendemos y remitimos a la bibliografía (Gutiérrez, 1903; Álvarez-Sierra, 1947; Sánchez de la Cuesta, 1949; Laín-Entralgo, 1977-1978; Orozco-Acuaviva, 1977; López-Piñero, 1983; Herrera-Rodríguez, 2000, 2002a, 2002b; Carrillo, 2002; Carrillo, 2003).

En un primer acercamiento a la *Gaceta Médico-Quirúrgica Jerezana* llama la atención la firma de Federico Rubio y Galí, con una colaboración especial titulada “*Apuntes de don Federico Rubio y Gali sobre los tumores y quistes del ovario y el resultado de su tratamiento médico-quirúrgico*”, un trabajo que aparece en ocho números de la revista (GM-QJ: I (1871), 3, pp. 54-61; I (1871), 4, pp. 82-84; I (1871), 5, pp. 106-109; I (1872), 6, pp. 141-144; I (1872), 7, pp. 162-166; I (1872), 8, pp. 192-194; I (1872), 9, pp. 224-228; I (1872), 11, pp. 279-284). En total Federico Rubio, en los citados números, publica 21 historias clínicas sobre el particular. Al revisar con detalle estas historias clínicas se puede comprobar que estas pertenecen a una publicación previa del autor portugués, nos referimos a su obra publicada en Sevilla “*Apuntes de mi práctica sobre los tumores y quistes del ovario, y el resultado de su tratamiento médico y quirúrgico*” (Rubio y Galí, 1868). En esta monografía Rubio publica 24 observaciones clínicas, las 21 primeras son precisamente las que aparecen publicadas nuevamente en la *Gaceta Médico-Quirúrgica Jerezana*. Entre estas observaciones clínicas debemos destacar la número 20, en la que se describe el caso de una mujer de 27 años, M.O., soltera, que consultó a Federico Rubio en junio de 1863. Fue diagnosticada de numerosos quistes voluminosos,

acompañados de tumores fibrosos. El cirujano portugués realizó la primera ovariectomía, aunque finalmente la paciente falleció (GM-QJ: I (1872), 9, pp. 224-228). Este caso clínico, por su importancia, lo hemos descrito con detalle en otro trabajo. Federico Rubio, en la misma década de los sesenta, operó a una mujer de Osuna de un quiste y tumor fibroso en el ovario izquierdo y en esta ocasión coronó con éxito esta intervención quirúrgica (Herrera-Rodríguez, 2000). Se ha señalado que fue precisamente Federico Rubio el que practicó por primera vez en España la ovariectomía en el año 1863. Entre los años 1863 y 1887 se realizaron en España 120 ovariectomías, destacando en su práctica cirujanos como Eugenio Gutiérrez, Cardenal, Gómez Torres, Manrique, Losada, Revueltas, Devesa, Ferreras, Pérez, Vidal, Rodríguez, Navarro, Bonet, Formiguera, Castillo, Mas, Cantó, Candela, Camisón, Mariani, Cárceles y Arpal (Guedea-Calvo, 1890; Herrera-Rodríguez, 2000). Efectivamente, Francisco Revueltas, director y fundador de la *Gaceta Médico-Quirúrgica Jerezana*, destacó como cirujano, especialmente en Ginecología, y como ha señalado su biógrafo realizó la operación de la ovariectomía en 1875, “*convirtiéndose así en el primer médico que la efectuó con éxito en nuestra provincia*”, describiendo la operación en un folleto titulado “*Apuntes sobre una operación de ovariectomía verificada con feliz éxito el 10 de julio de 1875*” (Doña-Nieves, 1987, pp. 39-40).

3.4. Otros autores

Según podemos apreciar en la tabla 1, además de Francisco Revueltas, Manuel Fontán y Federico Rubio, autores de los cuales ya hemos comentado sus trabajos, en la revista también publicaron otros médicos y cirujanos que exponemos dentro de este apartado. El primer autor que vamos a

señalar es Juan J. Cortinas que publicó en la revista un artículo amplio, en seis entregas, titulado: *“Hidrología Médica. De la influencia del agua en la naturaleza humana, como medio higiénico y como agente terapéutico”* (GM-QJ: I (1871), 4, pp. 79-81; I (1871), 5, pp. 104-106; I (1872), 6, pp. 139-141; I (1872), 7, pp. 160-162; I (1872), 8, pp. 189-191; I (1872), 10, pp. 245-247).

Juan José Cortinas Pérez nació en Jerez de la Frontera en noviembre de 1829. Estudió en el Instituto de su ciudad natal el bachillerato en Filosofía, título expedido en 1847. Estudió medicina en la Facultad de Cádiz comenzando la carrera en 1847, examinándose del grado de Bachiller en Medicina y Cirugía en 1852 y del grado de licenciado en junio de 1854. Se doctoró también en Cádiz, en 1869, con la calificación de Sobresaliente con una Memoria titulada *“¿El hombre es cosmopolita?”*. (Cf. Expediente de Juan José Cortinas en la Facultad de Medicina de Cádiz; Herrera-Rodríguez, 1987).

Cortinas en su artículo sobre la hidrología médica realiza unos apuntes sobre las características físico-químicas del agua y la importancia de la misma en el cuerpo humano, destacando entre otros autores los experimentos de Lavoissier y de Seguin que han permitido evaluar las pérdidas que tiene el cuerpo por la transpiración pulmonar y cutánea. Asimismo hace consideraciones sobre el baño higiénico o baño tibio, los medios baños, los baños parciales y las abluciones cotidianas. Y todo ello para aclarar como ejerce su influencia sobre el organismo el líquido de los baños. El problema lo concreta en una pregunta: ¿Es atravesando la piel o por el simple contacto con esta “membrana”? Partiendo de la idea de Haller de que la piel absorbe el agua de los baños, y que por tanto el peso del cuerpo aumenta, pasa a rebatir esta idea

a con los experimentos de Seguin que afirmaba que en ninguna circunstancia aumentamos de peso durante nuestra estancia en el agua, que mientras se está en el baño, *“perdemos un poco menos que cuando estamos en el aire atmosférico”* y *“que está igualmente demostrado después de veinticinco pedilubios á 10.º, con duración de 36 horas y conteniendo tres onzas y tres dracmas de sublimado, que la absorción de este liquido tampoco había tenido lugar, toda vez que no se había presentado síntoma alguno de envenenamiento”*. Seguin repitió sus experimentos en enfermos venéreos, deduciendo que el cuerpo, lejos de aumentar de peso, disminuye en el baño, y que las *“sustancias estrañas”* añadidas al agua, no atraviesan la piel, sino cuando esta última presenta solución de continuidad; *“y que por consiguiente la cubierta cutánea no posee la facultad de absorber”*. Sin embargo, Cortinas opina que el problema está aún por resolver en tanto que nuevas investigaciones confirmen o no los resultados apuntados por Seguin.

El hidrólogo jerezano también se detiene a considerar el agua como medio terapéutica: *“Si se bebe á la temperatura atmosférica, en mayor ó menor cantidad, mitiga la sed, disminuye el calor febril, activa las secreciones y las exhalaciones, y modifica evidentemente sus productos, como es fácil conocer por el más ligero exámen de estos líquidos, de la orina por ejemplo. No es común que se administre el agua pura. Pocos médicos la prescriben, y si la prescribiesen, no es probable que se observasen sus preceptos; tal es la energía con que las preocupaciones rechazan todo lo que es sencillo y natural. Lo más común en la práctica es, prescribirla añadiéndole algunas sustancias insignificantes, que no modifican sensiblemente sus cualidades, como la azúcar, la fécula, alguna materia extractiva, algún aceite volátil, etc.”*.

Reivindica el agua tibia como emética y la

ingestión de gran cantidad de agua caliente, manteniéndose el enfermo bien tapado y en una temperatura elevada, como el medio más seguro de activar la exhalación cutánea. Recomienda el uso de las bebidas acuosas en las afecciones infamatorias de la vejiga y de la uretra. Aunque no contempla la hidroterapia como un remedio universal: *“Creémosla inútil en ciertas enfermedades, tanto, como nociva en otras; así como creemos puede serle muy conveniente á las personas flojas y linfáticas, toda vez que posee la ventaja de desinfiar los tejidos por medio de sudores abundantes, y de dar tono á los diversos sistemas: la piel comprimida por el agua fría, se libra de los líquidos subyacentes; la constitución se fortifica, (...). Resumiendo, diremos, que el agua-hielo obra como astringente y es repercusiva, tónica y resolutive; que la fría es refrigerante, calmante y emética; tibia es laxante, calmante y emética, según los casos; que la caliente es excitante, sudorífica y expectorante; y que el agua hirviendo es rubefaciente, cáustica y aun escarótica”*.

Otro autor que publica en la *Gaceta* es Pedro Ruiz Berdejo, concretamente un artículo titulado *“Eclampsia. Parto prematuro artificial. Curación”* (GM-QJ: I (1871), 3, pp. 62-65). Esta observación clínica ya había sido reproducida en la revista gaditana *El Progreso Médico*, pero el autor considera que tiene interés volverla a publicar en las páginas de la *Gaceta*. Esta circunstancia nos indica la relación que existió entre la redacción del periódico jerezano y *El Progreso Médico*, publicado en Cádiz, pero dirigido por el jerezano Juan José Cambas Gallego.

Sobre Pedro Ruiz Berdejo podemos indicar que fue bautizado en la Parroquia de San Miguel de Jerez de la Frontera el 28 de octubre de 1846, y que era hijo de Antonio Ruiz Berdejo, médico y cirujano, y de doña Josefa Benítez. De 1857 a 1863 realizó las asignaturas de la segunda enseñanza en el

Instituto Provincial de Jerez. Estudió la carrera de medicina en la Facultad de Cádiz, las asignaturas del preparatorio las realizó en el curso 1863-1864 y el primer año de carrera en el curso 1864-1865. El grado de Bachiller en Medicina y Cirugía lo obtuvo en junio de 1868 y el grado de licenciado en septiembre de 1869. El grado de doctor en septiembre de 1869 con una Memoria que lleva por título *“Medicina de los Árabes”* (Expediente de alumno de Pedro Ruiz Berdejo en la Facultad de Medicina; Herrera-Rodríguez, 1987).

Pedro Ruiz Berdejo en este caso clínico ofrece información muy interesante sobre los médicos del Hospital de Santa Isabel de Jerez, ya que todos los citados participan de una u otra manera en la resolución del caso. Cita a Francisco Revueltas como *“encargado especialmente de la clínica quirúrgica”*, y también a otros dos “profesores” del hospital, Manuel Fontán, al que hemos dedicado un apartado anteriormente, y Francisco Hernández, del Departamento de maternidad del hospital. La historia clínica versa sobre una joven de 17 años, primeriza, embarazada de *“ocho meses cumplidos”*, ingresada desde hacía dos meses en el hospital, que ya casi al final del embarazo tuvo repentinamente convulsiones seguidas de *“estupor”*. El doctor Hernández le prescribió una evacuación general, que se repitió horas después, y fricciones antiespasmódicas, *“y se ponían revulsivos en las extremidades”*. La paciente no mejoró y los accesos se repitieron cada vez con más intensidad y frecuencia, sin que cediera el estado comatoso. El doctor Revueltas diagnosticó una eclampsia y recomendó *“la provocación del parto prematuro”*, mostrando su conformidad todos los médicos citados. Procedieron a realizar la operación los doctores Revueltas, Hernández y como ayudante el propio Ruiz Berdejo, que ofrece

explicaciones para justificar la provocación del parto en los casos de eclampsia apoyándose en autores como Moreau, Scanzone o Dubois, “*pues quizás entonces se consiga, no solo salvar la vida de la madre, sino también la del feto, que no puede resistir á los embates de convulsiones tan fuertes, y repetidas con tanta intensidad*”. La operación en el caso que nos ocupa se llevó a cabo realizando dilatación del cuello del útero manualmente, rotura de las membranas y utilización del fórceps. La madre superó la intervención pero *“al feto se le prodigaron toda clase de auxilios indicados para estos casos, sin conseguir por ellos volverlo á la vida. La placenta fué extraída, pasando algun tiempo sin que antes ni despues hubiera hemorragia, contrayéndose el útero con regularidad”*.

Pedro Ruiz Berdejo ofrece algunos datos más sobre las circunstancias personales de esta joven de 17 años y algunas reflexiones sobre las posibles causas que motivan la eclampsia. En cuanto a la joven indica que su concepción es *“hija de un momento de extravío”,* y que *“quiso ocultarla á todos, y pretestando un viaje, se refugió en el Hospital, donde estuvo aislada los dos meses anteriores á la invasión del mal; durante ellos nadie la había visto, y como nada en ella se presentó, ningún profesor tuvo ocasión de observarla...”*. Ruiz Berdejo plantea la siguiente pregunta: *“¿A qué puede, pues, atribuirse la eclampsia en el caso que nos ocupa?”*. Su respuesta es especulativa, pero sirve para entender lo que pensaban los médicos sobre la eclampsia: *“¿Será á la irritación de los nervios uterinos que existiendo en todas las embarazadas, se aumentó en esta, por la compresión ejercida tanto tiempo sobre la pared del vientre, y que irritando á su vez los de la médula, provocase esta acción refleja que se manifestó por la contracción de los músculos motores? ¿O, fueron provocadas las convulsiones por el estado de su acción, el recuerdo de su falta, los remordimientos á que*

esta diera lugar, viendo perdida la tranquilidad y el contento en las personas de su familia, sabedoras de ella, y la soledad en que se hallaba, por la separación forzosa de su padre? ¿Fue, quizás, un padecimiento hereditario, lo que se observó en esta forma, con manifestación distinta que en su madre? Mucho pudo influir la soledad la tristeza, causas morales sin duda. Pero, ¿a qué fijarse en ellas, cuando las físicas existen?”. La utilización por la joven de una “fuerte faja” antes de abandonar su casa, *“que comprimiéndola hacia desaparecer el vientre á todas las miradas”*. La madre de la joven también utilizó el fajamiento en todos sus partos, *“muriendo á consecuencia de uno”*. Finalmente Ruiz Berdejo apunta: *“La fuerte compresion sostenida por tantos meses, puede dar lugar, no solo al aumento de irritación de los nervios uterinos, que irritan á su vez los de la médula, sino que ha de producir necesariamente congestiones pasivas en esta, ejercida durante un largo período, y precisamente en el más se aviva la circulacion de sus órganos, y congestiones que efectuadas ya en la médula, ejercerán sobre ella una segunda compresion que habrán de reflejarse al cerebro. No por esto deben desatenderse los antecedentes de su madre, que manifiestan una disposición nerviosa hereditaria...”*.

Como se puede apreciar el artículo tiene sumo interés desde el punto de vista etiológico y clínico, pero también sobre las circunstancias sociales, familiares, morales que llevaban a una mujer a ocultar su embarazo en una maternidad en la segunda mitad del siglo XIX, sobre este particular hemos reflexionado hace unos años en un artículo dedicado a la casa de maternidad de Cádiz a finales de la citada centuria (Herrera-Rodríguez, 1999).

También publica en la *Gaceta* Leonardo Navas Román, concretamente su discurso leído en el claustro de la Facultad de Medicina de Cádiz en el acto de recibir la investidura de doctor en 1872, un trabajo

que lleva por título *“Determinar ó señalar los inconvenientes y perjuicios que resultan á los individuos, la familia y la sociedad, por las faltas y engaños en el cumplimiento de las funciones de la generación”* (GM-QJ: I (1872), 8, p. 220; I (1872), 10, pp. 266-268; I (1872), 11, pp. 289-292; I (1872), 12, pp. 305-308). Una obra a la que ya prestamos atención en nuestro trabajo sobre las tesis doctorales defendidas en la Facultad de Medicina de Cádiz en la segunda mitad del siglo XIX (Herrera-Rodríguez, 1987).

Sobre Leonardo Navas y Román podemos indicar que nació en Sanlúcar de Barrameda el 6 de febrero de 1840, hijo de Leonardo Navas y María del Rosario Román. Realizó la carrera de medicina en la Facultad de Cádiz, en la que comenzó sus estudios en el curso 1858-1859. En 1862 obtuvo el grado de Bachiller en Medicina y Cirugía; dos años después, en 1864, alcanzó el grado de licenciado, y se doctoró también en la Facultad gaditana en enero de 1872. En su expediente de alumno en la Facultad de Medicina se puede localizar un ejemplar impreso de su Memoria de doctorado, que como podemos apreciar también publicó en las páginas de la *Gaceta* (Cf. Navas Román, 1872; Expediente de alumno de Leonardo Navas Román en la Facultad de Medicina de Cádiz; Herrera-Rodríguez, 1987). En este discurso Navas se muestra contrario a los “matrimonios tardíos” ya que las consecuencias *“son, hijos endebles, valetudinarios y enfermizos, mientras una série no interrumpida de males aqueja á sus infelices procreadores; desarrollo incompleto de la talla y robustez precisa; marchitez de las facultades intelectuales; vida laboriosa; vejez prematura; y en las mujeres, con especialidad, disposición al aborto. Análogos inconvenientes acarrear los matrimonios entre marido viejo y mujer de poca edad, como suelen ser estériles é infecundos los adquiridos en condiciones opuestas”*. Asimismo

se muestra contrario a los matrimonios entre consanguíneos, *“pues las escasez de la prole, los vicios en su organización física y moral, se perpetúan en las familias”*. Y también expone su crítica a los matrimonios *“entre individuos enfermos ó mal constituidos, son, por último, la causa principal de contraer otros males, entre ellos los sífilíticos, fuente fecunda de la degradación física de nuestra especie, así como de que la mujer destruya su vida y la del feto en partos imposibles ó laboriosos”*. En su texto realiza una reflexión sobre los sacerdotes y las monjas. Dice así: *“Enhorabuena que los hombres destinados al sosten de la Religión necesiten emanciparse de las influencias terrenales para acercarse al ideal divino á que conducen la humanidad; pero interesa á la sociedad y la Religión que en ellos, así como en las vírgenes destinadas al cláustro, haya equilibrio entre la continencia física y la grandeza moral, para que las tentaciones de unos, las luchas de otros, los atentados á la personalidad propia, no vengan á aumentar las víctimas de las continencias amorosas, ó convertir en tristes manicomios los asilos de la piedad”*.

Leonardo de Navas se muestra contrario a la prostitución, dedica también algunas reflexiones a los problemas anatómicos, fisiológicos y patológicos, y finalmente párrafos a la influencia *“de la disposición hereditaria en lo que atañe á la función generadora”*. Su opinión es que se heredan el carácter, la inteligencia, los sentimientos y la propensión al crimen. El siguiente párrafo resume sus ideas de la cuestión: *“Trasmítase la sífilis del padre á la madre, y vice-versa; de la nodriza al niño, y de este á aquella; al producto de la concepción en el seno materno por la influencia del padre y de la madre, y á esta también por la influencia de la critatura que aun no ha expulsado; del sémen al óvulo, en el momento de la concepción, por el intermedio del padre; por el de la madre al óvulo, en el de su formación, antes del embarazo, ó por inoculación, una vez*

adelantado este; otras veces es el feto el agente conductor, sin contagio pr evio   la aproximación sexual, siendo expulsado con síntomas sifilíticos,   desarrollándose estos consecutivamente en él. Her danse muchas veces las escrófulas; no pocas, la gota y el reumatismo; los tubérculos,   disposición   la tisis pulmonar; las enfermedades de la piel; el c ncer; las afecciones nerviosas, y hasta la enagenación mental”.

En las páginas de la *Gaceta* aparece también un interesante y extenso artículo de José Antonio Reynés titulado “Del estado presente de la medicina y sus tendencias para el porvenir” (GM-QJ: I (1872), 12, pp. 293-300). En la propia *Gaceta* comprobamos el dato de que el doctor Reynés trabajaba en el hospital de San Felipe y Santiago, y que colaboró en los “Anales de la Real Academia de ciencias médicas, físicas y naturales” de La Habana (GM-QJ: I (1872), 8, p. 216). El artículo de Reynés es un trabajo bien escrito, que reconoce las observaciones de los grandes autores del pasado como Hipócrates, Baglivi, Sydenham, Stoll, Boerhaave, Haller, etc: “Los grandes hombres de la antigüedad, ha dicho el canciller Bacon, son unos gigantes sobre cuyos hombros se han empinado unos pigmeos, los que de esta manera alcanzan   ver más lejos”. Reynés repasa la medicina del siglo XIX partiendo del sistema médico de Broussais, que “destru  de una plumada toda la patología de las fiebres que reducía   una gastro-enteritis”, colocando en la cúspide de su doctrina “la propiedad más característica del tejido vivo, la irritabilidad”, y en la terap utica se apoyaba en “las emisiones sanguíneas”. A partir de la decadencia del sistema de Broussais, Reynés apoya en su artículo los adelantos de la Química con figuras como Lavoisier, en la Fisiología con Claude Bernard, el tratado de anatomía general de Bichat, el microscopio y la teoría celular, los trabajos de Virchow, sin olvidarse de los trabajos de Brown Sequard, Schiff, Mategazza, Traube, etc., y en lo

referido a la terap utica resalta que “por medio del análisis químico se extraen los principios activos de las sustancias medicinales y se facilita su acción al mismo tiempo que se le da mayor energía”. Destaca los estudios de la eserina por Vee, Eben, Watson, Leben y Laborde, o los trabajos de Richardson sobre los efectos fisiológicos de los bromuros orgánicos y del hidrato de cloral, o los de Harley sobre la cicuta, la conicina, la belladona, la atropina y el beleño, “haciendo ensayos en animales y determinando sus afectos en todos los aparato orgánicos, sus antagonismos y sus vías de eliminación”. Asimismo destaca los estudios que “Althaus, Ciniselli, Becquerel, Onimus, Legrus, Neffel, Fleury y otros obtienen con la electricidad y el agua aplicadas a la curación de enfermedades que habian sido consideradas como incurables”. Reynés realiza en las páginas de la *Gaceta Médico-Quirúrgica Jerezana* un firme alegato de la medicina clínica, pero también de la medicina experimental cuyo fundamento es el laboratorio y el estudio de la fisiología animal, así como del análisis químico y sus repercusiones en la terap utica. En las páginas de la *Gaceta*, pues, en 1872, observamos que tienen cabida reflexiones sobre la medicina experimental y de laboratorio, que se irá consolidando en las décadas siguientes. Curiosamente, en este último número de la revista, en su primera época, Revueltas Carrillo sacrifica un artículo suyo para dar entrada al de José Antonio Reynés. Dice así: “Notable y mucho el discurso del que   continuación copiamos los principales párrafos y casi en totalidad, es casi seguro que habrán de leerlo con gusto nuestros suscritores, por lo cual retiramos el artículo de ‘Reseci n y amputaciones’, dejándolo para el número inmediato” (GM-QJ: I (1872), 12, p. 293).

La dirección de la *Gaceta Médico-Quirúrgica Jerezana* también demuestra su apertura a la medicina que se est  fraguando en el extranjero, al encargar al Dr. Gerard, de

Breuning (Austria), un artículo titulado *“Comunicaciones médicas alemanas”* (GM-QJ: I (1872), 10, pp. 248-253). Artículo en el que el Dr. Gerard ofrece noticias sobre los trabajos de Luis Martini, de Augsburgo, sobre los infartos y endurecimientos de la matriz, en el cual se recogen las principales ideas etiológicas, clínicas y terapéuticas de este médico, que el propio Gerard visitó para conocer su experiencia médica personalmente, y su uso del cloruro de oro, cuya prescripción era muy debatida en la época, resumiéndolo así el Dr. Gerard: *“A pesar de estas preocupaciones contra el medicamento motivo de este artículo, el Dr. Martini, (...), recomienda su uso, asegurando que no obra como anti-histérico, pero que seguramente combatirá las inflamaciones crónicas de las partes sexuales de las mujeres y sus consecuencias”*.

No queremos dejar pasar, ahora que comentamos aspectos terapéuticos que aparecen en la *Gaceta*, la existencia de cuatro páginas dedicadas de forma anónima al cundurango, calificado como *“exótico vegetal”* (GM-QJ: I (1872), 6, p. 155; I (1872), 7, p. 186; I (1872), 8, pp. 216-217). La redacción de la *Gaceta* se hace eco del debate sobre el uso del cundurango como un agente eficaz para la curación del cáncer. Se da cuenta de que los químicos lo han preparado *“con un hidro-alcoholato llamado por los franceses cunduranguina, con el polvo de la corteza y con el jarabe”*. En Quito lo consideran una panacea, mientras que en Estados Unidos, y en España, *“muchos y notables profesores califican su uso de extravagancia y superchería”*. Se da noticia de que en el Hospital de Santa Isabel de Jerez se está *“esperimentando en una mujer que se encuentra en el Hospital afecta de un cáncer uterino; no hemos querido formarnos ilusiones engañosas, antes bien, abrigábamos alguna desconfianza en sus efectos; pero hasta el día hemos venido encontrando un gran alivio*

tanto local como general en nuestra enferma. Sin embargo, a lo hemos dicho, no queremos dejarnos seducir por una mejoría que podrá ser pasajera...”. La prescripción que se sigue en el hospital jerezano es la indicada por el Dr. Bouison: *“Tomar una cucharada de café de la cunduranguina un cuarto de hora antes de cada comida quedando en libertad de aumentar la dosis; rociar la superficie ulcerosa con el polvo de la corteza dos ó tres veces cada día despues de haberla lavado antes con agua tibia; prohibiendo al paciente el uso de vinos, licores, tabaco, alimentos cargados de especias, poca leche, etc.; y si el enfermo, despues de algunos días de tratamiento, experimenta un malestar general, se suspende momentáneamente toda preparacion con base de cundurango, á escepcion del polvo sobre la úlcera”*. Poco después de esta noticia, la experiencia clínica en el hospital se amplía a tres pacientes con la misma enfermedad, *“en todas ha habido reconstitucion de su pobre economía, buen apetito, mejorando notable y rápidamente el ejercicio de todas las funciones, antes entorpecidas y debilitadas: en cuanto á su efecto curativo radical, nada podemos asegurar todavía, á pesar de venirlo ensayando hace cuatro meses, desconfiando, sin embargo, mucho de sus virtudes anti-cancerosas, pues los efectos obtenidos localmente no corresponden á fecha tan larga de su uso; pero lo que sí podemos afirmar es, que al mismo tiempo que detiene admirablemente las hemorragias cancerosas, tiene una ventaja para calmar los dolores especiales de aquella enfermedad, siendo su eficacia superior á la del ópío, que llega á ser inútil, cuando se ha establecido la tolerancia en el sistema nervioso...”*. En los breves informes que se ofrecen en la revista jerezana también se expone la experiencia de otros clínicos; negativos, como el que expone Reynés sobre el uso del cocimiento del cundurango en un paciente con cáncer epitelial de la lengua del hospital de San Felipe y Santiago; y positivos, como los expresados por los

doctores Gutiérrez y Mestre en una paciente con “*cáncer de pecho*”.

Para concluir con este apartado debemos incluir dos publicaciones más de la *Gaceta*: la primera, firmada por el “Dr. Cambas” (GM-QJ: I (1872), 7, pp. 187-188). Este Dr. Cambas es Juan José Cambas Gallego, médico jerezano, profesor clínico de la Facultad de Medicina de Cádiz y director de *El Progreso Médico*, sobre el que aportamos su biografía en otro trabajo (Herrera-Rodríguez, 1994). El artículo que firma es una breve nota titulada “*Solemnidad Académica*”, en la que se realiza una crónica de la toma de posesión de su cargo del nuevo Decano de la Facultad de Medicina de Cádiz, el Dr. Francisco Flores Arenas, “*teniendo lugar dicho acto bajo la presidencia del Ilmo. Sr. Rector D. José María de Álava, con verdadera é imponente solemnidad ante Cláustro pleno, en el que se hallaba el de la Facultad libre de Farmacia*”. La segunda publicación a la que hacemos referencia, a la cual ya hemos aludido al comentar los trabajos de Revueltas Carrillo y de Fontán, es la página desplegable que aparece al final del volumen con los 12 números de la *Gaceta* que comentamos, que también está firmada por Francisco J. Hernández, y que recoge la estadística del Hospital General de Santa Isabel de Jerez de la Frontera en 1871 (GM-QJ: I (1872), 12. Página desplegable).

Tampoco podemos olvidar que Francisco de Barea y Francisco G. Reguera, respectivamente, publican en varios números de la revista las estadísticas mensuales del número de acogidos en el Hospicio Provincial y de los albergados en la

Casa de Expósitos en Jerez de la Frontera. Asimismo, la *Gaceta* ofrece los datos facilitados por los “Jueces Municipales” mensualmente del estado de defunciones y nacimientos, también son de gran interés los informes sobre el estado sanitario en la ciudad, aspectos que quedan recogidos en el índice de la revista que presentamos en este trabajo. Todo lo apuntado convierte a la *Gaceta* en una fuente documental de notable interés para profundizar no solo en la historia del Hospital de Santa Isabel y de las figuras médicas o de los temas tratados, sino también de las instituciones asistenciales y de la sanidad jerezana.

3.5. La enseñanza clínica: los alumnos de medicina que publicaron en la revista

Uno de los aspectos que ha llamado nuestra atención en el estudio de la *Gaceta Médico-Quirúrgica Jerezana* ha sido la actividad docente en la formación médica de alumnos, que durante los años de publicación de la revista realizaban prácticas en el Hospital de Santa Isabel. No olvidemos que el director de la revista, Francisco Revueltas, era responsable del departamento quirúrgico del citado hospital, y por lo que se puede comprobar ofreció las páginas de la misma a alumnos que en esos años cursaban la carrera en la Facultad de Medicina de Cádiz, para que redactaran artículos con las historias clínicas de los pacientes que visitaban en el hospital jerezano.

TABLA 2: Alumnos de medicina, número de artículos que publicaron y número de páginas

NOMBRE DEL "ALUMNO OBSERVADOR"	NÚMERO DE ARTÍCULOS PUBLICADOS	NÚMERO DE PÁGINAS EN LA REVISTA
BERNARDO MARTÍNEZ (ÁLVAREZ)	6	24
MANUEL BALBÁS (MARTÍN)	5 (2 como alumno y 3 como licenciado)	36 (12 como alumno y 24 como licenciado)
JOSÉ A. BENÍTEZ NAVARRO	2	9
FRANCISCO TERÁN (SALGUERO)	2	13
EDUARDO SOLÍS (BAZÁN)	1	10
ANTONIO DE GRACIA (RODRÍGUEZ)	1	5

FUENTE: *Gaceta Médico-Quirúrgica Jerezana (1871-1872)*.

Entre paréntesis el segundo apellido, tomado de sus expedientes académicos en la Facultad de Medicina de Cádiz, ya que normalmente firmaban los artículos solamente con el primer apellido

Hemos comprobado que estos alumnos, que se citan en la tabla 2, en esos años estaban matriculados en la Facultad gaditana, y por alguna razón de cercanía o de afinidad con Francisco Revueltas y con Manuel Fontán realizaban las prácticas en el Hospital de Santa Isabel, aunque de esta circunstancia no hemos encontrado consignación alguna en forma de certificados de asistencia al hospital firmados por Revueltas o por Fontán en los expedientes académicos de estos alumnos, de los cuales damos constancia en el apartado de fuentes documentales ya que nos han ofrecido datos de sus biografías académicas en lo que se refiere a sus matrículas y estudios en la Facultad de Medicina de Cádiz. Desconocemos si durante el reinado de Isabel II en el hospital jerezano hubo alumnos realizando prácticas clínicas en los departamentos de medicina, cirugía o en la sección de maternidad, será este un tema que habrá que intentar aclarar en el futuro, al igual que habrá que estudiarlo en el período de la Restauración; pero como podemos apreciar en estos años, 1871 y 1872, sí se desplegó esta actividad

docente, seguramente voluntaria e incentivada por la libertad de enseñanza, en la que tanto creía Francisco Revueltas, que fue propiciada durante el "sexenio democrático" (Herrera-Rodríguez, 1986, 1989 y 1992-1993).

El primero de estos alumnos, según observamos en la tabla 2, es Bernardo Martínez Álvarez. Nació en Jerez de la Frontera el 20 de abril de 1850. Obtuvo el título de Bachiller en Artes en el Instituto de Jerez en septiembre de 1866. Una vez aprobado el preparatorio de Medicina, en septiembre de 1867, solicitó matrícula en la Facultad gaditana en primer curso de la carrera. Si revisamos su expediente la mayor parte de las asignaturas las realizó en la "enseñanza oficial", pero en 1871-1872 se matriculó de Clínica Médica y Clínica Quirúrgica en la "enseñanza libre". Obtuvo el grado de licenciado en junio de 1872, siendo uno de los miembros del tribunal que lo examinó el médico jerezano Juan José Cambas (Cf. Expediente de Bernardo Martínez Álvarez en la Facultad de Medicina de Cádiz). Comprobamos que Bernardo Martínez publicó 6 artículos en las

páginas de la *Gaceta*:

- “Gangrena seca de las cuatro extremidades” (GM-QJ: I (1871), 1, pp. 17-19).
- “Fractura de las dos tibias” (GM-QJ: I (1871), 2, pp. 40-43).
- “Congestión cerebral activa. Asfasia. Curación rápida” (GM-QJ: I (1872), 6, pp. 144-147).
- “Tumor escirroso de la mama derecha...” (GM-QJ: I (1872), 7, pp. 167-173).
- “Parálisis esencial con asfasia. Curación” (GM-QJ: I (1872), 8, pp. 194-196).
- “Ascitis dependiente de un infarto del hígado. Complicación accidental. Curación” (GM-QJ: I (1872), 9, pp. 229-231).

El último artículo de Bernardo Martínez en la revista corresponde al mes de abril de 1872, en el número 9 como acabamos de apuntar. En la revista se dio noticia, en el número de 30 de junio de 1872, que había obtenido la licenciatura de medicina, lo que da muestra del interés y valor que en el hospital jerezano en estos años se dio a la formación práctica de alumnos de medicina: *“Don Bernardo Martínez y Álvarez, nuestro compañero de redacción, lo es ya en el ejercicio profesional. Después de unos brillantes exámenes en la Facultad de Medicina y Cirugía de Cádiz, consiguió el título de Licenciado en el mes de Junio último. Damos la enhorabuena al nuevo y joven Profesor, deseándole vivamente fortuna en la práctica, y que alcance en ella el lugar á que por sus conocimientos poco comunes, bondadoso carácter y accidentes distinguidos, tiene indisputable derecho; esperando no olvide el Profesor seguir con sus escritos honrando esta publicación, como hizo hasta ahora el estudiante”* (GM-QJ: I (1872), 11, p. 289).

A continuación dos nombres que pueden

prestarse a confusión: “Manuel Sánchez Balbás” y “Manuel Balbás”. El estudio detallado de la revista nos permite confirmar que la firma Manuel Sánchez Balbás es errónea al pie de uno de los artículos de la revista, ya que en el índice de la misma se rectifica y se atribuye dos artículos de la misma temática, que posteriormente citaremos, a “Manuel Balbás”. De hecho nuestras pesquisas buscando un expediente de alumno en la Facultad de Medicina de Cádiz de Manuel Sánchez Balbás no han dado fruto, mientras que sí ha aparecido el de “Manuel Balbás Martín”. Efectivamente, Manuel Balbás Martín nació en Jerez de la Frontera el 6 de octubre de 1845. Obtuvo el título de Bachiller en Artes en el Instituto de Jerez en junio de 1867, y se matriculó en primer año de la carrera de medicina en Cádiz en el curso 1867-1868. Obtuvo el grado de licenciado en septiembre de 1871. Estudiando detenidamente su expediente académico se puede observar que algunas asignaturas de la carrera las hizo en la “enseñanza oficial” mientras que otras las hizo en la “enseñanza libre” (Cf. expediente académico de Manuel Balbás Martín en la Facultad de Medicina de Cádiz). Manuel Balbás, como acabamos de apuntar, obtuvo la licenciatura en septiembre de 1871, de ahí que en algunos artículos previos publicados en la revista aparezca como “alumno observador” mientras que en otros firma ya como licenciado, para no disgregar la información ofrecemos la cita de los artículos de este autor en este apartado, ya que queremos hacer especial énfasis en que tuvo formación clínica práctica como alumno en el Hospital de Santa Isabel de Jerez de la Frontera. Sus artículos en la revista son los siguientes:

- “Laringitis pseudomembranosa:

Traqueotomía (GM-QJ: I (1871), 1, pp. 12-17 (Consta como alumno).

- "Laringitis pseudomembranosa: Traqueotomía. Curación (GM-QJ: I (1872), 11, pp. 272-279) (Consta como licenciado).
- "Necrosis de la tibia. Resección diafisaria parcial de dicho hueso" (GM-QJ: I (1871), 2, pp. 33-38) (Consta como alumno).
- "Herida por arma de fuego, interesando el vértice del pulmón izquierdo. Neumonía traumática. Curación" (GM-QJ: I (1871), 4, pp. 84-89) (Consta como licenciado).
- "Hemorragia uterina. Parto prematuro artificial. Muerte" (GM-QJ: I (1872), 6, pp. 129-138) (Consta como licenciado).

Otro "alumno observador" que publicó en la *Gaceta* fue José Antonio Benítez Navarro. Nació el 23 de junio de 1847 y fue bautizado el mismo día en la Iglesia Parroquial de San Miguel de Jerez de la Frontera. Obtuvo el grado de Bachiller en Artes en el Instituto de Jerez en junio de 1865. Se matriculó en primer año de carrera en la Facultad de Medicina de Cádiz en el curso 1869-1870 y alcanzó el grado de licenciado en 1873. Igualmente que en casos anteriores observamos que a lo largo de la carrera alternó la matrícula en la "enseñanza oficial" y en la "enseñanza libre" (Cf. expediente académico de José A. Benítez Navarro en la Facultad de Medicina de Cádiz). Benítez Navarro publicó dos artículos en la *Gaceta Médico-Quirúrgica Jerezana* (Cf. Soto-Villalba, 2015):

- "Litotomía. Proceder bilateral de Dupuytren. Curación" (GM-QJ: I (1871), 5, pp. 113-117).
- "Catarro vexical crónico. Estrecheces de la uretra. Operación. Completa curación" (GM-QJ: I (1872), 7, pp. 174-

177).

Francisco Terán Salguero publicó en la revista dos artículos. De él podemos apuntar que era natural de Jerez de la Frontera y que debió nacer en torno a 1850. Estudió medicina en la Facultad gaditana alternando en las asignaturas la "enseñanza oficial" y la "enseñanza libre". Comenzó la carrera en el curso 1869-1870 y obtuvo el grado de licenciado en octubre de 1872. Se presentó al grado de doctor en septiembre de 1874 (Cf. el expediente de Francisco Terán Salguero en la Facultad de Medicina de Cádiz). Los artículos publicados en la revista por este alumno son los siguientes:

- "Necrosis de la tibia. Resección de la totalidad de dicho hueso" (GM-QJ: I (1871), 5, pp. 117-123).
- "Carcinomas tratados por la pomada arsenical. Curaciones" (GM-QJ: I (1872), 9, pp. 231-236).

Eduardo Solís Bazán nació en Jerez de la Frontera el 23 de septiembre de 1848. Realizó los ejercicios de Bachiller en Artes en el Instituto de Jerez en junio de 1868. Comenzó la carrera en la Facultad de Medicina de Cádiz en el curso 1868-1869 y alcanzó la licenciatura en junio de 1872 (Cf. el expediente de Eduardo Solís Bazán en la Facultad de Medicina de Cádiz). Publicó un artículo en la revista jerezana titulado "Herida contusa con fractura del antebrazo. Amputación" (GM-QJ: I (1872), 8, pp. 197-206).

Antonio José de Gracia Rodríguez era natural de Tarifa (provincia de Cádiz). Nació el 10 de noviembre de 1841. Su padre Antonio de Gracia era "corchero" y trabajaba en el campo. Se examinó del grado de Bachiller en Artes en agosto de 1869 en el Instituto de Segunda Enseñanza de Cádiz. Estudió en la Facultad de Medicina de

Cádiz, matriculándose primero en la carrera de Facultativo de Segunda clase. Realizó la carrera de medicina, alternando también la “enseñanza oficial” y la “enseñanza libre”, consiguiendo el grado de licenciado en junio de 1872 (Cf. el expediente de Antonio de Gracia Rodríguez en la Facultad de Medicina de Cádiz). Publicó un artículo en la revista: “Inflamación del escroto. Terminación por gangrena. Eliminación completa de aquel. Curación” (GM-QJ: I (1872), 10, pp. 253-257) (Cf. Soto-Villalba, 2015).

4. Epílogo

Como se ha podido apreciar en el apartado anterior fueron varios los estudiantes que volcaron en la revista jerezana su aprendizaje clínico como “alumnos observadores”, ocupando sus publicaciones en la misma varias decenas de páginas. En este sentido se debe reconocer la labor docente y la incentivación que llevó a cabo en el Hospital de Santa Isabel de Jerez de la Frontera el director de la revista, Francisco Revueltas, que sin duda sembró inquietudes en los jóvenes que lo rodeaban. En este sentido también se debe tener en cuenta el nombre del Manuel Fontán Crespo, médico del hospital y redactor de la *Gaceta*.

El afán docente del Dr. Revueltas queda patente, pues, en esta revista; aunque esta faceta ya la constatamos hace algunos años cuando comprobamos que aprovechando el decreto de 21 de octubre de 1868, de Manuel Ruiz Zorrilla, que liberalizó la enseñanza en todos sus grados y clases, Revueltas formó en el Hospital de Santa Isabel de Jerez a un practicante y a tres matronas, que con su certificado de haber realizado prácticas con él se examinaron para obtener estos títulos en la Facultad de Medicina de Cádiz. Merece la pena dejar aquí consignados sus nombres

ya que completan el perfil docente de este médico jerezano al menos en los años del “sexenio democrático”, aunque en futuras investigaciones habrá que constatar si esta labor la siguió realizando en el hospital jerezano hasta la fecha de su temprana muerte. Nos referimos a Vicente Marín González, nacido en Ronda (Málaga) en noviembre de 1849, que realizó sus estudios de practicante con Revueltas y se revalidó en la Facultad gaditana en septiembre de 1871. Inés de Peña y Vargas, de Jerez de la Frontera, estudió con Revueltas en el Hospital de Santa Isabel de Jerez realizando su examen de reválida de matrona en la Facultad de Medicina de Cádiz en 1869. Asimismo María del Carmen Molinillo Marín, de Setenil de las Bodegas (Cádiz) y vecina de Jerez, estudió con Revueltas en el hospital jerezano y obtuvo su título de matrona en la Facultad gaditana en 1871 (Cf. los expedientes de alumnos, en la Facultad de Medicina de Cádiz, de Vicente Marín González, Inés de Peña y Vargas y María del Carmen Molinillo Marín; Herrera-Rodríguez, 1986, 1989 y 1992-1993). No descartamos que en el futuro puedan aparecer algunos nombres más de practicantes, matronas y de médicos que recibieran enseñanzas del médico jerezano.

Un examen detallado de notas y noticias que aparecen en la *Gaceta Médico-Quirúrgica Jerezana* nos hace comprender que su director y fundador, Francisco Revueltas, puso de manifiesto sus creencias en los beneficios que puede reportar al país la libertad de enseñanza. He aquí un ejemplo de una nota, sin firma, aparecida en la revista, y que probablemente fue redactada por su director: “*Partidarios de la libertad de enseñanza en todas sus manifestaciones, porque de ella esperamos que la luz de las ciencias se difunda libre de preocupaciones, sentimos un verdadero placer siempre que tenemos noticia de*

que un nuevo establecimiento, debido á la iniciativa individual, llama á sus aulas á la juventud española que, ávida de saber, no le ha sido posible en otras épocas satisfacer sus deseos, no solo por las trabas enojosas que los gobiernos reaccionarios imponían á la enseñanza, sino por la escasez de establecimientos. Por nuestra parte, creemos contribuir á la realizacion de la libre enseñanza, dando publicidad á todos los programas de las academias ó escuelas particulares que se nos remitan". En esta línea, por ejemplo, la revista ofrece información de la Academia de Farmacia, instalada en Madrid, en la calle Tudescos 39, en la que se ofrecen lecciones teóricas y prácticas de Física, Química e Historia Natural, o de la inauguración de la Facultad libre de Farmacia establecida en Cádiz "en el mismo local que ocupa la oficial de Medicina" (Cf. GM-QJ: I (1871), 4, pp. 96-97). Igualmente se recibe con entusiasmo en las páginas de la revista la organización de un Congreso escolar, nota sin firma en la que se aprovecha para realizar una crítica a los detractores de la libertad de enseñanza. Dice así: "La juventud estudiosa de España, esa juventud esencialmente liberal, que tan preciosas y fuertes columnas ofrece al edificio moderno, ha correspondido al llamamiento de sus hermanos para formar un Congreso escolar, donde entre todos se discuta y apruebe el modo de vigilar por la clase, atendiendo con especialidad al adelanto de sus amadas ciencias, tan descuidadas hoy, en general, por los que en primer lugar debían patrocinarlas y rendirle culto. Aprendan ahí los tiranos de la libertad, de la enseñanza particularmente, y vean los resultados de ella los que creían que bajo su influjo pudiera cerrarse el sagrado templo de la ciencia. Tome ejemplo los apóstoles del retroceso, de esa juventud que con facultades amplias para el descuido, vela, sin embargo, por lo que ellos tan malamente trataron con sus prácticas rutinarias. Deseosos nosotros de que la libertad sea un hecho, y gozosos ante sus

desenvolvimiento general y particularmente con el iniciado, nos adherimos á ese gran pensamiento, ya hoy puesto en práctica, y tanto más preciso, cuanto que las últimas circulares del ministerio de Fomento dicen bien claro, que se piensa la libertad de enseñanza. Con este motivo, tenemos el gusto de ofrecer las páginas de esta publicacion á la juventud escolar" (GM-QJ: I (1872), 10, p. 264).

No se puede pasar por alto una noticia sin firma, que seguramente también fue redactada por Francisco Revueltas, sobre los muertos en los campos de batalla y en los hospitales; después de ofrecer las terribles estadísticas, siguen unas frases que pueden ayudar a entender el perfil humano e ideológico de este médico jerezano: "Resultado: una corona y un manto imperial (...) ¡Cuánta sangre! ¡cuántas lágrimas! ¡cuántos dolores!" (GM-QJ: I (1872), 7, p. 188).

Al igual que se ofrecen noticias sobre las cifras de muertos en las guerras, la libertad de enseñanza, congresos, publicaciones, convocatorias de premios, por ejemplo de la Academia de Medicina de Madrid, también aparecen convocatorias de matrícula de la Escuela de Medicina y Cirugía de Sevilla, con su cuadro de profesores (GM-QJ: I (1871), 1, pp. 23-24). Observamos que uno de estos profesores de la escuela médica sevillana, el médico portuense Federico Rubio y Galí, colaboró en las páginas de la revista como hemos dejado consignado en este artículo, y que Adolfo de la Rosa, oftalmólogo, y catedrático de la disciplina en la citada escuela sevillana, operó a tres pacientes en 1871 en el Hospital de Santa Isabel de Jerez; concretamente operó a dos pacientes de cataratas, uno por el método de colgajo simple y queratotomía superior, y al otro por el proceder lineal combinado de Graefe. Al tercer paciente se le realizó la enucleación de un ojo, como tratamiento de una ambliopía simpática, por el proceder de

Bonnet de Lyon, “*modificado por el operador*”. Ofreció también una conferencia sobre las técnicas quirúrgicas empleadas (GM-QJ: I (1871), 4, p. 94).

Asimismo, en las páginas de la *Gaceta*, también se recoge la noticia de la visita al hospital del Dr. Melchor Sánchez Toca (1806-1880), que elogió las condiciones higiénicas del mismo, visitando tanto la clínica médica dirigida por el doctor Manuel Fontán, y la clínica quirúrgica donde junto al doctor “*Revueltas Carrillo*” estudió el caso de un paciente que padecía un tumor aneurismático en el tercio inferior del muslo izquierdo. En el momento en que Sánchez de Toca visita el hospital jerezano estaba ya retirado de la práctica médica en la que había destacado principalmente como cirujano y obstetra, profesor en Madrid, cirujano de Palacio, presidente de la Academia de Medicina y por sus publicaciones en “*El Siglo Médico*” y en la “*Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*” (Matilla, 1982; Granjel, 1986). Por esta crónica de la visita de Sánchez de Toca sabemos que en esos momentos la Superiora de las Hijas de la Caridad en el hospital jerezano era sor Tomasa Ochoa (GM-QJ: I (1872), 8, pp. 214-216).

Encontramos noticias en la revista sobre la junta provincial de la Asamblea Médico-Farmacéutica Española, y más concretamente la constitución de la Junta de Jerez de la Frontera, sobre ésta última se ofrece noticia detallada de la reunión de médicos y farmacéuticos celebrada en Jerez el 24 de agosto de 1871, constituyendo una mesa interina integrada por los médicos Manuel Ruiz de la Rabia y Francisco Revueltas, elogiando la iniciativa que a nivel nacional había tenido el médico jerezano Juan José Cambas Gallego. A esta reunión acudieron Manuel Ruiz de la Rabia, Francisco Revueltas, Antonio Jiménez,

Benito Rivero, José Heredia, Domingo Grondona, Joaquín Ruiz Acosta (farmacéutico), Joaquín Martín (farmacéutico), Antonio Juille, Antonio Márquez, Salvador del Blanco, Francisco Javier Hernández, Francisco de P. Barea, Juan Fontán, Vitalio Coloma, José Montaut, Cayetano Pérez y Francisco Solís. Benito Rivero tomó la palabra, para manifestar que los facultativos Joaquín Guarro, Manuel Fontán y el Farmacéutico Juan Ortega y Daporto, a quienes representaba, y él mismo, pedían a sus compañeros, después de manifestar su completa adhesión al pensamiento, no se les confiara cargo alguno, que su edad y constantes ocupaciones les impediría desempeñar. También se adhirió, desde Chiclana, el facultativo Juan Cortinas, médico de baños en la citada localidad. Finalmente se eligieron los cargos de Presidente, Tesorero y Secretario, resultando elegidos respectivamente Manuel de la Rabia, Joaquín Martín y Francisco Revueltas (Cf. I (1871), 2, pp. 48-49; I (1871), 4, pp. 95-96).

Nos ha llamado la atención que en la revista se reproduce un artículo publicado en *The Lancet*, de Londres, que lleva por título “*La profesión en España*” en el que se afirma literalmente: “*A pesar de las universidades con que España cuenta, y todas ó su mayor parte con facultad de medicina, ha sido el país de Europa que menos contribuyó á la ciencia médica y al arte de curar. No está aún muy lejana la época, en que la anatomía era imposible fuese estudiada en el cuerpo humano, porque la Iglesia se oponía á ello, teniendo que hacerlo en láminas ó cuerpos de cera. Los pocos médicos verdaderamente perfectos que ha habido en la Península, estudiaron en Montpellier (sic) ó en París, y los tratados de medicina ó cirugía, que merecen la pena de ser leídos, son compilaciones ó traducciones hechas de aquel idioma: -el alemán y el inglés parecen ser idiomas inaccesibles á los*

españoles- y la práctica que se hace en los hospitales es demasiado pobre para formar una escuela de educación médica". Además de las críticas a las deficiencias hospitalarias y al predominio en la dirección eclesiástica de los mismos, también se hace referencia al curanderismo, a los barberos sangradores, al charlatanismo y a la gran incidencia de la tuberculosis en ciudades como Cádiz y Barcelona, además de la alta mortalidad en todas las ciudades, "debiéndose no solo á aquella, sino á las enfermedades adquiridas, cuya higiene está en completo abandono". El articulista de *The Lancet* califica a España como la "hermosa dormida de la Europa". En la redacción de la *Gaceta Médico-Quirúrgica Jerezana* se reacciona ante este artículo con una respuesta que seguramente redactó Francisco Revueltas, en la que consigna "que solo la ignorancia completa de la historia de la Medicina puede dar lugar á que se desconozca la brillante página que á España corresponde". Se puede reconocer, afirma, algunos periodos de decadencia, pero precisamente es en Inglaterra "donde seguramente estos períodos son inmensamente mayores que los nuestros...". Uno de las principales críticas la centra en la cirugía inglesa a la que califica de "poco conservadora", señalando que España es la que "ha sostenido la bandera más humanitaria en cirugía". Sí hay, en cambio, un reconocimiento a los dardos críticos de *The Lancet*: "Nosotros somos los primeros en reconocer que, desde que vivimos doctrinariamente gobernados, nuestra importancia científica ha decaído extraordinariamente, llegando hasta la exajeracion ese estado bajo la privanza de monjas milagreras y frailes inmundos; pero no consideramos noble proceder hacer de estos periodos transitorios, una arrojadiza contra un pueblo que tiene que salir triunfante siempre que se le compara con otro cualquiera, en la totalidad de su historia". Añade haciendo alusión a la

situación política de España en el momento de redactar el artículo: "...debemos manifestar que nuestras circunstancias han cambiado notablemente desde que el Leon español derribó con un esperezo el manchado trono de los Borbones. No que hemos llegado, ni con mucho, al estado que debíamos tener; pero sí que ya no existen muchos de los obstáculos anteriores, y que constante se trabaja por remover los restantes, al mismo tiempo que se plantean los cimientos de la más amplia regeneración. Ya no existen juramentos religiosos en el orden civil, lo cual debió suponer nuestro colega, si no ignoraba, como nosotros nos complacemos en creer, que la unidad religiosa está rota en nuestro país" (GM-QJ: I (1871), 4, pp. 73-79). Como se puede apreciar, en este artículo se perfila también la línea doctrinal de la *Gaceta*, y más concretamente de su director, Francisco Revueltas, alineado con las ideas republicanas, partidario de la libertad política y crítico con algunos aspectos de la religión en España, además de un marcado acento regeneracionista.

Como apunte final podemos señalar que en la *Gaceta Médico-Quirúrgica Jerezana*, dirigida por Francisco Revueltas, se aprecia la voluntad de recoger en sus páginas una medicina clínica basada en la observación y en la experiencia, en esta línea están los casos clínicos comentados, ya procedan de la experiencia hospitalaria o de la práctica asistencial particular, destacando por ejemplo la casuística y las reflexiones sobre la difteria, la traqueotomía o las resecciones y amputaciones. Asimismo es significativa la aportación de Federico Rubio y Galí con sus observaciones clínicas sobre los tumores y quistes del ovario, que ya había publicado previamente en Sevilla el cirujano portugués en una monografía editada en 1868. Comprobamos también que estuvo presente la experimentación terapéutica en el hospital jerezano, sirva como ejemplo el cundurango,

ofreciéndose en la revista el contraste de los resultados propios con los de otros autores respecto a esta medicación. Igualmente se observa una reivindicación de la cirugía humanitaria y conservadora, y un afán por señalar los derroteros de la medicina clínica con el oftalmoscopio y la termometría, o la medicina de laboratorio en el artículo de José Antonio Reynés, o prácticas terapéuticas como la hidroterapia. Tampoco podemos olvidar que Francisco de Barea y Francisco G. Reguera, respectivamente, publican en varios números de la revista las estadísticas mensuales del número de acogidos en el Hospicio Provincial y de los albergados en la Casa de Expósitos en Jerez de la Frontera. Asimismo, la *Gaceta* ofrece los datos facilitados por los “Jueces Municipales” mensualmente del estado de defunciones y nacimientos, también son de gran interés los informes sobre el estado sanitario en la ciudad, aspectos que quedan recogidos en el índice que presentamos en este trabajo. Todo lo apuntado convierte a la *Gaceta* en una fuente documental de notable interés para profundizar no solo en la historia del Hospital de Santa Isabel y de las figuras o de los temas tratados, que permiten adentrarnos en los conocimientos médicos y quirúrgicos de la época, como ya hemos apuntado, sino también de otras instituciones asistenciales, temas todos ellos muy necesarios que sean abordados en el futuro para el mejor conocimiento de la medicina y de la sanidad jerezanas de la segunda mitad del siglo XIX.

5. Índice cronológico de la *Gaceta Médico-Quirúrgica Jerezana* (con observaciones recogidas en el Hospital General de Santa Isabel). Año I (Números 1 al 12) (1871-1872)

(1 tomo) (Biblioteca Central Municipal de Jerez de la Frontera. Signatura: 61 (051) GAC

***Gaceta Médico-Quirúrgica Jerezana:* I (1871), N.º 1 (Martes 15 de agosto de 1871)**

- La Redacción: Artículo prospecto (pp. 1-5).
- Revueltas Carrillo: Croup. Traqueotomía (I). (pp. 5-12).
- Sánchez Balbás, Manuel (Alumno). [Clínica del Hospital]. Laringitis pseudomembranosa: Traqueotomía (pp. 12-17).
- Martínez, Bernardo (Alumno). [Clínica del Hospital]. Gangrena seca de las cuatro extremidades (sic) (pp. 17-19).
- [Hospital]. Sección de Cirugía. Sección de Medicina. Enfermos asistidos en el hospital de Santa Isabel, durante el mes de julio del corriente año (pp. 20-21).
- Variedades. Estado de defunciones y nacimientos ocurridos en esta ciudad en el mes de julio último, según los datos que han tenido la amabilidad de facilitarnos los señores Jueces municipales (pp. 22-23).
- Escuela de Medicina y Cirugía de Sevilla [Incluye convocatoria para el curso 1871 y 1872. Y la relación de las asignaturas y de los profesores que impartirán las enseñanzas] (pp. 23-24).

***Gaceta Médico-Quirúrgica Jerezana:* I (1871), N.º 2 (Viernes 15 de septiembre de 1871)**

- Revueltas Carrillo. Resección y amputaciones (pp. 25-28).
- [Clínica Médica del Hospital]. Fontán y Crespo, Manuel. Peritonitis aguda difusa. Curación (pp. 28-33).
- [Clínica Quirúrgica del Hospital]. Balbás, Manuel (Alumno). Necrosis de

- la tibia. Resección diafisaria parcial de dicho hueso (pp. 33-38).
- [Clínica Quirúrgica del Hospital]. Martínez, Bernardo (Alumno). Fractura de las dos tibias (pp. 40-43).
- Enfermos asistidos en el hospital de Santa Isabel, durante el mes de agosto del corriente año (pp. 44-46).
- Barea, Francisco de. Estado que comprende el número de acogidos en el Hospicio Provincial de esta ciudad, existente en 31 de agosto, los que han estado enfermos durante dicho mes, los curados y muertos y la existencia de enfermos en el expresado día (p. 46).
- Reguera, Francisco G. Estado que manifiesta el movimiento de albergados en la Casa de Expósitos durante el mes de la fecha (agosto) (p. 46).
- Variedades. Estado de defunciones y nacimientos ocurridos en esta ciudad en el mes de Agosto último, según los datos que han tenido la amabilidad de facilitarnos los Señores Jueces Municipales (p. 47).
- Estado sanitario (Agosto) (pp. 47-48).
- Asociación Médico-Farmacéutica española [Constitución de la Junta de Distrito de Jerez] (pp. 48-49).
- Facultad Libre de Farmacia de Cádiz [Firmado por el Secretario Luis María Regife. Cádiz, 1 de septiembre de 1871] (pp. 50-51) (p. 52 en blanco).

Gaceta Médico-Quirúrgica Jerezana:
I (1871), N.º 3
(Domingo 15 de octubre de 1871)

- [Nota de la Redacción]. Advertencias (pp. 53-54).
- Rubio y Gali, Federico. Apuntes de don Federico Rubio y Gali sobre los tumores y quistes del ovario y el resultado de su tratamiento médico-quirúrgico [De la Observación número 1 a la 8] (Se

- continuará) (pp. 54-61).
- [Clínica Quirúrgica del Hospital]. Ruiz Berdejo, P. Eclampsia. Parto prematuro artificial. Curación (pp. 62-65).
- Enfermos asistidos en el hospital de Santa Isabel durante el mes de septiembre del corriente año (pp. 66-67).
- Barea, Francisco de P. Estado que comprende el número de acogidos en el Hospicio provincial de esta ciudad, existente en 30 de septiembre, los que han estado enfermos durante dicho mes, los curados y muertos, y la existencia de enfermos en el expresado día (p. 68).
- Reguera, Francisco G. Estado que manifiesta el movimiento de albergados en la Casa de Expósitos durante el mes de la fecha (p. 68).
- Variedades. Estado sanitario (pp. 68-69).
- Estado de defunciones y nacimientos ocurridos en esta ciudad en el mes de septiembre último, según los datos que han tenido la amabilidad de facilitarnos los señores Jueces Municipales (p. 69).
- Noticia: Juan José Cambas, director de El Progreso Médico, elegido representante de la Asamblea Médica por el distrito de Utrera y por las provincias de Cádiz y Madrid (p. 70).
- Correspondencia particular de la Gaceta Médico-Quirúrgica (pp. 70-71) (p. 72 en blanco).

Gaceta Médico-Quirúrgica Jerezana:
I (1871), N.º 4
(Miércoles 15 de noviembre de 1871)

- [Nota de la Redacción]. Advertencia (p. 73).
- De "The Lancet". La profesión en España (pp. 73-75).
- [Contestación a "The Lancet"] (pp. 75-79).
- Cortinas, Juan J. Hidrología Médica. De

- la influencia del agua en la naturaleza humana, como medio higiénico y como agente terapéutico (pp. 79-81) (Se continuará).
- Rubio y Gali, Federico. Apuntes de don Federico Rubio y Gali sobre los tumores y quistes del ovario y el resultado de su tratamiento médico-quirúrgico (pp. 82-84) (Observaciones número 9 y 10) (Se continuará).
 - [Clínica Quirúrgica del Hospital]. Balbás, Manuel (Licenciado). Herida por arma de fuego, interesando el vértice del pulmón izquierdo. Neumonía traumática. Curación (pp. 84-89).
 - Enfermos asistidos en el hospital de Santa Isabel durante el mes de octubre del corriente año (pp. 90-91).
 - Barea, Francisco de P. Estado que comprende el número de acogidos en el Hospicio provincial de esta ciudad, existente en 31 de octubre, los que han estado enfermos durante dicho mes, los curados y muertos, y la existencia de enfermos en el expresado día (p. 92).
 - Reguera, Francisco G. Estado que manifiesta el movimiento de albergados en la Casa de Expósitos durante el mes de la fecha (p. 92).
 - Variedades. Estado sanitario (pp. 92-93).
 - Estado de defunciones y nacimientos ocurridos en esta ciudad en el mes de octubre último, según los datos que han tenido la amabilidad de facilitarnos los señores Jueces Municipales (p. 93).
 - Operaciones [En el Hospital de Santa Isabel el Dr. De la Rosa de la Escuela Provincial de Sevilla realizó operaciones de cataratas y enucleación de un ojo. También se realizaron otras operaciones: tallas, ligadura de la crural en un voluminoso tumor aneurismático situado en la parte interna e inferior del muslo. Se elogia las cualidades como cirujano del Dr. Revueltas Carrillo. También se elogia al profesor encargado de la sección médica del hospital D. Manuel Fontan Crespo] (p. 94).
 - [Anuncio tomado de El Progreso Médico sobre la Asamblea Médico-Farmacéutica Española. Asamblea Provincial] (pp. 95-96).
 - [Noticia sobre la Facultad libre de Farmacia establecida en Cádiz] (p. 96).
 - [Estado de salud del decano de la Facultad de Cádiz don Antonio García de Villaescusa] (p. 96).
 - [Partidarios de la libertad de enseñanza] (pp. 96-97).
 - [Anuncio]. Academia de Farmacia. Lecciones teórico prácticas de Física, Química é Historia Natural, Puras y aplicadas. Tudescos, 39, principal, izquierda. Madrid (pp. 97-98).
- Gaceta Médico-Quirúrgica Jerezana:***
I (1871), N.º 5
(Viernes 15 de diciembre de 1871)
- Revueltas Carrillo. Resección y amputaciones. II. (pp. 101-104).
 - Cortina, Dr. Hidrología Médica. De la Influencia del agua en la naturaleza humana, como medio higiénico y como agente terapéutico (pp. 104-106).
 - Rubio y Gali, Federico. Apuntes de don Federico Rubio y Gali, sobre los tumores y quistes del ovario y el resultado de su tratamiento médico-quirúrgico (pp. 106-109) (Observaciones número 11, 12, 13 y 14) (Se continuará).
 - Fontán y Crespo, Manuel. Pústula maligna. Curación (pp. 109-113).
 - [Clínica Quirúrgica del Hospital]. Benítez Navarro, José A. (Alumno observador). Litotomía. Proceder bilateral de Dupuytren. Curación (pp. 113-117).

- Terán, Francisco (Alumno observador). Necrosis de la tibia. Resección de la totalidad de dicho hueso (pp. 117-123).
 - Enfermos asistidos en el Hospital de Santa Isabel en el mes de Noviembre (pp. 124-125).
 - Barea, Francisco de P. Estado que comprende el número de acogidos en el Hospicio Provincial de esta ciudad, existente en 30 de noviembre, los que han estado enfermos durante dicho mes, los curados y muertos, y la existencia de enfermos en el expresado día (p. 126).
 - Reguera, Francisco G. Estado que manifiesta el movimiento de albergados en la Casa de Expósitos durante el mes de la fecha (p. 126).
 - Variedades. Estado sanitario (pp. 126-127).
 - Estados de defunciones y nacimientos ocurridos en esta ciudad en el mes de noviembre último, según los datos tomados del Registro Civil (p. 127).
 - D.E.P. [Noticia del fallecimiento del catedrático y decano de la Facultad de Medicina de Cádiz don Antonio García Villaescusa. En el cementerio discurso de su discípulo el Dr. Juan Ceballos. Intervención de Cayetano del Toro, director de La Crónica Oftalmológica, al que se le critica que en el acto de forma inoportuna cuestionara la figura del médico francés Broussais] (pp. 127-128).
 - [Noticia]. Publicación del primer número de La Época Médica, periódico quincenal, dirigido en Sevilla por el Dr. Luis Góngora, catedrático de Dermatología en la Facultad libre de Sevilla (p. 128).
 - [Noticia]. Revista Cubana. Se ha recibido los Anales de la Real academia de ciencias médicas, físicas y naturales, etc., que se publica en la Habana bajo la dirección de los Dres. D. Antonio Mestre y D. Felipe F. Rodríguez (p. 128).
 - [Errata notable] (p. 128).
- Gaceta Médico-Quirúrgica Jerezana:***
I (1872), N.º 6
(Lunes 15 de enero de 1872)
- [Clínica Quirúrgica del Hospital]. Balbás, Manuel (Licenciado). Hemorragia uterina. Parto prematuro artificial. Muerte (pp. 129-138).
 - Cortina, Dr. Hidrología Médica. De la influencia del agua en la naturaleza humana, como medio higiénico y como agente terapéutico (pp. 139-141).
 - Rubio y Gali, Federico. Apuntes de don Federico Rubio y Gali, sobre los tumores y quistes del ovario y el resultado de su tratamiento médico-quirúrgico (pp. 141-144) (Observaciones número 15 y 16) [Continuará].
 - [Clínica Médica del Hospital]. Martínez, Bernardo (Alumno observador). Congestión cerebral activa. Asfasia (sic). Curación rápida (pp. 144-147).
 - Enfermos asistidos en el hospital de Santa Isabel durante el mes de diciembre del corriente año (pp. 148-149).
 - Barea, Francisco de P. Estado que comprende el número de acogidos en el Hospicio provincial de esta ciudad, existente en 31 de diciembre, los que han estado enfermos durante el dicho mes, los curados y los muertos, y la existencia de enfermos en el expresado (p. 150).
 - Barea, Francisco de P. Estado general del movimiento de enfermos, curados y muertos en el Hospicio provincial de esta ciudad, durante el año de 1871 (p. 150).

- Reguera, Francisco G. Estado que manifiesta el movimiento de albergados en la Casa de Expósitos durante el mes de la fecha (p. 151).
- Reguera, Francisco G. Estado general del movimiento de albergados en la Casa de expósitos durante el año de 1871 (p. 151).
- Variedades. Estado sanitario (p. 152).
- Estado general de los enfermos, invadidos, curados y muertos en Jerez durante el año 1871 (p. 152).
- Estado de defunciones y nacimientos ocurridos en esta ciudad en el mes de diciembre último, según los datos tomados del registro civil (p. 153).
- Estado general de las defunciones y nacimientos ocurridos en esta ciudad durante el año 1871 según los datos tomados del registro civil (pp. 153-154).
- Del cundurango (p. 155).
- [Polémica con el director de La Crónica Oftalmológica sobre Broussais] (pp. 155-156).
- [Errata importante] (p. 156).

Gaceta Médico-Quirúrgica Jerezana:
I (1872), N.º 7
(Jueves 15 de febrero de 1872)

- Advertencia (A partir de este número se publicará la revista una vez cada mes, sin día determinado) (p. 157).
- Revueltas Carrillo. Resección y amputaciones. III (pp. 157-160).
- Cortina, Dr. Hidrología médica. De la influencia del agua en la naturaleza humana, como medio higiénico y como agente terapéutico (pp. 160-162).
- Rubio y Gali, Federico. Apuntes de don Federico Rubio y Gali, sobre los tumores y quistes del ovario y el resultado de su tratamiento médico-quirúrgico (pp. 162-166) (Observaciones número 17 y 18) (Se

- continuará).
- [Clínica Quirúrgica del Hospital]. Martínez, Bernardo (Alumno observador). Tumor escirroso de la mama derecha. Ramificaciones. Operación. Corte de la subclavia. Ligadura. Muerte á los tres meses (pp. 167-173).
- Benítez Navarro, José A. (Alumno observador). Catarro vexical crónico. Estrecheces de la uretra. Operación. Completa curación (pp. 174-177).
- Enfermos asistidos en el Hospital de Santa Isabel en el mes de enero (pp. 178-179).
- Estado de las defunciones y nacimientos ocurridos en esta ciudad en el mes de enero último, según los datos tomados del registro civil (p. 180).
- Barea, Francisco de P. Estado que comprende el número de acogidos en el Hospicio provincial de esta ciudad, existente en 31 de enero, los que han estado enfermos durante dicho mes, los curados y los muertos, y la existencia de enfermos en el expresado día (p. 181).
- Reguera, Francisco G. Estado que manifiesta el movimiento de albergados en la Casa de Expósitos durante el mes de la fecha (pp. 181-182).
- Estado sanitario (p. 182).
- Variedades. Revueltas Carrillo: D. Antonio García de Villaescusa, Doctor en Medicina y Cirugía, catedrático y Decano de la Facultad de Cádiz (pp. 182-185) (Se continuará).
- Más sobre el cundurango (p. 186).
- Nueva publicación. Primer cuaderno del *Tratado práctico elemental de Patología sifilítica y venérea*, de los Dres. M.L. Belhomme y M. Aime Martin, traducido al castellano por el Dr. Don Antonio Cordero Ferrer (p. 186).
- [Queja]. ¿Por qué El Pabellón Médico no visita nuestra redacción? (p. 186).
- Cambas, Dr. Solemnidad académica

[Toma de posesión de su cargo del nuevo decano de la Facultad de Medicina de Cádiz, el Excmo. Sr. D. Francisco Flores Arena. Texto tomado de El Progreso Médico de Cádiz] (pp. 187-188).

- [Lápida y retrato en la Escuela de Medicina de Sevilla dedicados al catedrático malogrado Dr. D. Gabriel Tejada] (p. 188).
- Cifras horribles [Muertos en campos de batallas] (p. 188).

Gaceta Médico-Quirúrgica Jerezana:

I (1872), N.º 8

(Jueves 25 de marzo de 1872)

- Advertencia [Incumplimientos de pagos suscriptores de la revista y dificultades "para esta empresa"] (p. 189).
- Cortina, Dr. Hidrología Médica. De la influencia del agua en la naturaleza humana, como medio higiénico y como agente terapéutico (pp. 189-191) (Se continuará).
- Rubio y Gali, Federico. Apuntes de don Federico Rubio y Gali, sobre los tumores y quistes del ovario y el resultado de su tratamiento médico-quirúrgico (pp. 192-194) (Observación número 19) (Se continuará).
- [Clínica Médica del Hospital]. Martínez, Bernardo (Alumno observador). Parálisis esencial con asfasia (sic). Curación (pp. 194-196).
- [Clínica Quirúrgica del Hospital]. Solís, Eduardo (Alumno observador). Herida contusa con fractura del antebrazo. Amputación (197-206).
- Enfermos asistidos en el Hospital de Santa Isabel en el mes de febrero (pp. 207-209).
- Barea, Francisco de P. Estado que comprende el número de acogidos en el Hospicio provincial de esta ciudad,

existente en 29 de febrero, los que han estado enfermos durante dicho mes, los curados y muertos, y la existencia de enfermos en el expresado día (p. 209).

- Reguera, Francisco G. Estado que manifiesta el movimiento de albergados en la Casa de Expósitos durante el mes de la fecha (p. 209).
- Estado de las defunciones y nacimientos ocurridos en esta ciudad en el mes de febrero último, según los datos tomados del registro civil (p. 210).
- Estado sanitario (p. 211).
- Variedades. [Deducimos que el autor es Revueltas Carrillo]. D. Antonio García de Villaescusa, Doctor en Medicina y Cirugía, catedrático y Decano de la Facultad de Cádiz. II. (pp. 211-214) (Se continuará).
- Visita importante [Visita el hospital el Excmo. Sr. Dr. D. Melchor Sánchez Toca. Recibido por el Dr. Revueltas Carrillo, el conde de Monte-Gil y la superiora sor Tomasa Ochoa] (pp. 214-216).
- El cáncer y el cundurango (pp. 216-217).
- Noticia [Trabajo de Cayetano del Toro sobre la *Importancia y adelantos de la oftalmología y resumen estadístico de la clínica oftalmológica*] (p. 217).
- Recibido en la redacción el anuario *El Relámpago Médico* del Dr. Juan Marsillach y Parera (p. 217).
- Más publicaciones [Intercambio de nuevos periódicos: *Revista Médico-Quirúrgica*, *La Gaceta Escolar*, de Madrid, *La Voz de la Juventud*, de Sevilla, y *The Chloral Review*, de Londres] (p. 217).
- Real Academia de Medicina de Madrid. Programa de premios para 1872 (pp. 218-219).
- Navas y Román, Leonardo de. Discurso leído ante la Facultad de Medicina de Cádiz para el grado de doctor el 28 de enero de 1872: "*Determinar ó señalar los inconvenientes y perjuicios que resultan a los individuos, la familia y la sociedad, por las*

faltas y engaños en el cumplimiento de las funciones de la generación” (p. 220) (Se continuará).

Gaceta Médico-Quirúrgica Jerezana:
I (1872), N.º 9

(Sábado 27 de abril de 1872)

- Revueltas Carrillo. Resección y amputaciones. IV (PP. 221-224).
- Rubio y Gali, Federico. Apuntes de don Federico Rubio y Gali, sobre los tumores y quistes del ovario y el resultado de su tratamiento médico-quirúrgico (pp. 224-228) (Observación número 20) (Se continuará).
- [Clínica Médica del Hospital]. Martínez, Bernardo (Alumno observador). Ascitis dependiente de un infarto del hígado. Complicación accidental. Curación (pp. 229-231).
- [Clínica Quirúrgica del Hospital]. Terán Francisco (Alumno observador). Carcinomas tratados por la pomada arsenical. Curaciones (pp. 231-236).
- Enfermos asistidos en el Hospital de Santa Isabel en el mes de marzo (pp. 237-238).
- Estado de las defunciones y nacimientos ocurridos en esta ciudad en el mes de marzo último, según los datos tomados del registro civil (p. 239).
- Barea, Francisco de P. Estado que comprende el número de acogidos en el Hospicio provincial de esta ciudad, existente en 31 de marzo, los que han estado enfermos durante dicho mes, los curados y muertos, y la existencia de enfermos en el expresado día (p. 240).
- Reguera, Francisco G. Estado que manifiesta el movimiento de albergados en la Casa de expósitos durante el mes de la fecha [sin datos, no han sido enviados por el Sr. Administrador de la Casa de Expósitos] (p. 240).

- Estado sanitario (pp. 240-241).
- Variedades. [Deducimos que el autor es Revueltas Carrillo]. D. Antonio García de Villaescusa, Doctor en Medicina y Cirugía, catedrático y Decano de la Facultad de Cádiz. (pp. 241-242) (Se continuará).
- Nuevas publicaciones [*La Unión Médica*, revista científica y profesional, órgano del Centro Médico-farmacéutico castellanense, y *El Ateneo Lorquino*, revista científica, literaria y de bellas artes. Y el libro *Novísimo formulario magistral* de A. Bouchardat. Y el trabajo del Dr. Da Costa Alvarenga de Lisboa: *Thermosémiologie et Thermacologie*] (pp. 242-243).
- Real Academia de Medicina de Madrid. Programa de premios para el año de 1873 (pp. 243-244).
- [Anuncio]: “Creyendo de sumo interés la Memoria del Dr. Moreau Wolf sobre la curación de las estrecheces de la uretra, la hemos traducido, y dedicamos a ella el último pliego, siendo esta la primera obra que forme la biblioteca de nuestro periódico” (p. 244).

Gaceta Médico-Quirúrgica Jerezana:
I (1872), N.º 10

(Martes 28 de mayo de 1872)

- Cortina, Dr. Hidrología Médica. De la influencia del agua en la naturaleza humana, como medio higiénico y como agente terapéutico (pp. 245-247).
- Gerard, Dr. (De Breuning, Austria). Comunicaciones médicas alemanas (pp. 248-253).
- [Clínica Quirúrgica del Hospital]. Gracia, Antonio de (Alumno observador). Inflamación del escroto. Terminación por gangrena. Eliminación completa de aquel. Curación (pp. 253-257).
- Enfermos asistidos en el hospital de Santa

- Isabel (pp. 258-259).
- Estado de las defunciones y nacimientos ocurridos en esta ciudad en el mes de abril último, según los datos tomados del registro civil (p. 260).
 - Barea, Francisco de P. Estado que comprende el número de acogidos en el Hospicio provincial de esta ciudad, existente en 31 de abril, los que han estado enfermos durante dicho mes, los curados y muertos, y la existencia de enfermos en el expresado día (p. 261).
 - Reguera, Francisco G. Estado que manifiesta el movimiento de albergados en la Casa de Expósitos durante los meses de marzo y abril (p. 261).
 - Estado sanitario (pp. 261-262).
 - Revueltas Carrillo. De la Thermosémiologie et Thermacologie analyse de la loi Thermo-differentielle etc. Por le Dr. P. F. da Costa Alvarenga (pp. 262-264).
 - Noticia: [El 18 de abril, “una de las recogidas en la sala de Maternidad, del Hospital de esta población, dio a luz en parto natural y feliz, tres criaturas (...). La paciente ha convalecido sin alteración ninguna en breve tiempo, y de los tres fetos trasladados á la casa de expósitos, ha muerto solamente uno, habiendo vivido un mes, y sobreviviendo aun los otros dos”] (p. 264).
 - Noticia: [Jóvenes hacen un llamamiento para formar un Congreso Escolar. En la revista realizan una defensa de la libertad de enseñanza: “Aprendan ahí los tiranos de la libertad, de la de enseñanza particularmente, y vean los resultados de ella que creían que bajo su influjo pudiera cerrarse el sagrado templo de la ciencia” (p. 264).
 - [Nuevas publicaciones]: *La Oficina farmacéutica ó Repertorio universal de farmacia práctica*, primer cuadernillo, de Carlos Bailly-Bailliere. Ejemplar de las *Cartas médicas franco-prusianas de Salvador Badia* (p. 265).
 - [Intercambios de revistas y erratas] (pp. 265-266).
 - Navas y Román, Leonardo de. Discurso leído ante la Facultad de Medicina de Cádiz, por el licenciado en medicina y cirugía don Leonardo de Navas y Román, en el acto de recibir la investidura de doctor en dicha Facultad, el día 28 de enero de 1872 (continuación) (pp. 266-268) (Se continuará).
- Gaceta Médico-Quirúrgica Jerezana:
I (1872), N.º 11
(Domingo 30 de junio de 1872)**
- Revueltas Carrillo. Resección y amputación. V. (pp. 269-272).
 - [Clínica Quirúrgica particular del Dr. Revueltas Carrillo]. Balbás, Manuel (Licenciado). Laringitis pseudo-membranosa. Traqueotomía. Curación (pp. 272-279).
 - Rubio y Gali, Federico. Apuntes de don Federico Rubio y Gali sobre los tumores y quistes del ovario y el resultado de su tratamiento médico-quirúrgico (pp. 279-284) (Observación número 21) (Se continuará).
 - Estado sanitario (p. 284).
 - Enfermos asistidos en el hospital de Santa Isabel en el mes de mayo (pp. 285-287).
 - Barea, Francisco de P. Estado que comprende el número de acogidos en el Hospicio provincial de esta ciudad, existente en 31 de mayo, los que han estado enfermos durante dicho mes, los curados y muertos, y la existencia de enfermos en el expresado día (p. 287).
 - Reguera, Francisco G. Estado que manifiesta el movimiento de albergados en la Casa de Expósitos durante el mes de mayo (p. 287).
 - Estado de las defunciones y nacimientos ocurridos en esta ciudad en el mes de

- mayo último, según los datos del registro civil (p. 288).
- Variedades. [Agradecimiento al Dr. D. Miguel Moreno, profesor clínico del Hospital general de Cádiz, por una copia fotografiada de dos voluminosos cálculos vexicales, extraídos por él (talla hipogástrica)] [Felicitación a don Bernardo Martínez y Álvarez, compañero de redacción, por haber alcanzado la licenciatura en el mes de junio] [El Dr. Juan José Cambas, director de *El Progreso Médico*, ha sido distinguido como Socio Corresponsal de la Sociedad de Ciencias Médicas de Lisboa] (p. 289).
 - Navas y Román, Leonardo de. Discurso leído ante la Facultad de Medicina de Cádiz, por el licenciado en medicina y cirugía don Leonardo de Navas y Román, en el acto de recibir la investidura de doctor en dicha Facultad, el día 28 de enero de 1872 (continuación) (pp. 289-292) (Se continuará).

Gaceta Médico-Quirúrgica Jerezana:

I (1872), N.º 12

(Domingo 31 de julio de 1872)

- Reynés, José Antonio. Del estado presente de la Medicina y sus tendencias para el porvenir (pp. 293-300).
- Enfermos asistidos en el Hospital de Santa Isabel en el mes de junio (pp. 301-302).
- Estado de las defunciones y nacimientos ocurridos en esta ciudad en el mes de junio último, según los datos tomados del registro civil (p. 303).
- Barea, Francisco de P. Estado que comprende el número de acogidos en el Hospicio provincial de esta ciudad, existente en 30 de junio, los que han estado enfermos durante dicho mes, los curados y muertos, y la existencia de

enfermos en el expresado día (p. 304).

- Reguera, Francisco G. Estado que manifiesta el movimiento de albergados en la Casa de Expósitos durante el mes de junio (p. 304).
- Navas Román, Leonardo de. Discurso leído ante la Facultad de Medicina de Cádiz, por el licenciado en medicina y cirugía don Leonardo de Navas y Román, en el acto de recibir la investidura de doctor en dicha Facultad, el día 28 de enero de 1872 (continuación) (pp. 305-308) (Final).

[Página desplegable]. Fontán y Crespo Manuel; Hernández, Francisco J.; Revueltas Carrillo, Francisco. Cuadro estadístico del movimiento ocurrido durante el año de 1871 en el Hospital General de Santa Isabel de esta ciudad, a cargo de los profesores que suscriben. Jerez de la Frontera, 31 de diciembre de 1871.

Agradecimientos: Al Archivo y la Biblioteca Municipal de Jerez de la Frontera, muy especialmente a Cristóbal Orellana González, Eulalia Barea, José Luis Jiménez García y Antonio Santiago Pérez. Y a el Archivo de la Universidad de Cádiz, muy especialmente a Clemencia Cruz Rodríguez, Rosario Marín Alfaro y María José Romero Melero.

FUENTES DOCUMENTALES

- Sobre la revista estudiada:

"Gaceta Médico-Quirúrgica Jerezana, con observaciones recogidas en el Hospital General de Santa Isabel". Año I (Números 1 al 12) (1871-1872). 12 números. Números: Número

1 (Martes, 15 de agosto de 1871); *Número 2* (Viernes, 15 de septiembre de 1871); *Número 3* (Domingo, 15 de octubre de 1871); *Número 4* (Miércoles, 15 de Noviembre de 1871); *Número 5* (Viernes, 15 de diciembre de 1871); *Número 6* (Lunes, 15 de enero de 1872); *Número 7* (Jueves, 15 de febrero de 1872); *Número 8* (Jueves, 25 de marzo de 1872); *Número 9* (Sábado 27 de Abril de 1872); *Número 10* (Martes 28 de mayo de 1872); *Número 11* (Domingo, 30 de junio de 1872); *Número 12* (Domingo, 31 de julio de 1872). *Localización:* Encuadernación en un tomo que contiene los 12 números. Biblioteca Central Municipal de Jerez de la Frontera. Signatura: 61 (051) GAC.

Abreviaturas de los números de esta revista utilizadas en las citas internas del artículo: GM-QJ 1; GM-QJ 2; GM-QJ 3; GM-QJ 4; GM-QJ 5; GM-QJ 6; GM-QJ 7; GM-QJ 8; GM-QJ 9; GM-QJ 10; GM-QJ 11; GM-QJ 12.

- Sobre algunos de los autores que publicaron en la revista o que recibieron formación práctica en el Hospital de Santa Isabel de Jerez de la Frontera (médicos, alumnos de medicina, practicante y matronas):

- Expediente de alumno de Francisco de Paula Revueltas y Montel en la Facultad de Medicina de Cádiz. FM 83(1)-1 (Archivo de la Universidad de Cádiz, AUCA).
- Defunción de Francisco de Paula Revueltas y Montel. Cf. Libro de Cementerio 53, 1887, número de registro 1012, f. 22 (Archivo Municipal de Jerez de la Frontera). Abreviatura: Libro de Cementerio 53, 1887, f. 22, AMJF).
- Renuncia del cargo de médico del Hospital de Santa Isabel por Manuel Fontán. Sesión Ordinaria 6 de noviembre de 1882 (punto 3.º). Acta Capitular 1882-1883. N.º 279. Archivo

Municipal de Jerez de la Frontera. Abreviatura: A.M.J.F. En sesión extraordinaria de 22 de noviembre de 1882 (punto 9.º) consta que se nombró Facultativo interino del Hospital a don Teodoro Orozco.

- Expediente de alumno de Juan José Cortinas Pérez en la Facultad de Medicina de Cádiz. FM 96 (1)-4 (Archivo de la Universidad de Cádiz, AUCA).
- Expediente de alumno de Pedro Ruiz Berdejo en la Facultad de Medicina de Cádiz. FM 3 (1)-7 (Archivo de la Universidad de Cádiz, AUCA).
- Expediente de alumno de Leonardo Navas y Román en la Facultad de Medicina de Cádiz. FM 43 (2)-15 (Archivo de la Universidad de Cádiz, AUCA).
- Navas y Román, Leonardo (1872): *Determinar ó señalar los inconvenientes y perjuicios que resultan á los individuos, la familia y la sociedad, por las faltas y engaños en el cumplimiento de las funciones de la generacion.* Discurso leído ante el claustro de la Facultad de Medicina de Cádiz, por el licenciado en medicina y cirugía () en el acto de recibir la investidura de Doctor en dicha Facultad, el día 28 de enero de 1872. Cádiz: Imprenta y Litografía de la Revista Médica, de D. Federico Joly, calle de la Bomba, núm. 1 (Esta tesis impresa se puede consultar en el expediente personal de Leonardo Navas y Román, citado anteriormente, que se encuentra en AUCA).
- Expediente de alumno de Bernardo Martínez Álvarez en la Facultad de Medicina de Cádiz. C-15 (1)-5 FM (Archivo de la Universidad de Cádiz, AUCA).
- Expediente de alumno de Manuel Balbás Martín en la Facultad de Medicina de Cádiz. C-10 (1)-1FM

- (Archivo de la Universidad de Cádiz, AUCA).
- Expediente de alumno de José Antonio Benítez Navarro en la Facultad de Medicina de Cádiz. C-21 (1)-8FM (Archivo de la Universidad de Cádiz, AUCA).
 - Expediente de alumno de Francisco Terán Salguero en la Facultad de Medicina de Cádiz. FM 16(2)-14 (Archivo de la Universidad de Cádiz, AUCA).
 - Expediente de alumno de Eduardo Solís Bazán en la Facultad de Medicina de Cádiz. FM 15(1)-2 (Archivo de la Universidad de Cádiz, AUCA).
 - Expediente de alumno de Antonio de Gracia Rodríguez en la Facultad de Medicina de Cádiz. FM 15(2)-9 (Archivo de la Universidad de Cádiz, AUCA).
 - Expediente de alumno de Vicente Marín González en la Facultad de Medicina de Cádiz (carrera de Practicante). C-55(2)-51FM (Archivo de la Universidad de Cádiz, AUCA).
 - Expediente de alumna de Inés de Peña y Vargas en la Facultad de Medicina de Cádiz (carrera de Matrona). C-51(1)-2FM (Archivo de la Universidad de Cádiz, AUCA).
 - Expediente de María del Carmen Molinillo Marín en la Facultad de Medicina de Cádiz (carrera de Matrona). C-55(1)-12FM (Archivo de la Universidad de Cádiz, AUCA).
- Sobre el Hospital de Santa Isabel de Jerez de la Frontera:**
- Legajo n.º 339. Expediente 9992. Inauguración del Hospital General de Santa Isabel. 1841 (Archivo Municipal de Jerez de la Frontera, abreviatura: AMJF).
 - Legajo n.º 340. Expediente 10047. Solicitud Hermanas de la Caridad. 1853 (AMJF).
 - Legajo n.º 342. Expediente 10094. Construcción del Departamento de Mujeres. 1843 (AMJF).
 - Legajo n.º 342. Expedientes 10093-10123. Expedientes sobre obras y reparaciones en Hospital de Santa Isabel de Jerez de la Frontera (décadas de los 50 y 60 del siglo XIX) (AMJF).
 - Legajo n.º 1406. Expediente 27307-bis. Hospital Municipal de Santa Isabel. Administración. Memoria de 1954 (AMJF).
 - *Reglamento del Hospital General de Santa Isabel de Jerez de la Frontera* (1874). Jerez: Imprenta del Guadalete (Abreviatura para la cita interna: Reglamento, 1874).

BIBLIOGRAFÍA

- Albarracín-Teulón, A. (1975). La polémica Creus-Rubio en torno a la resección subperiostica (1861). En *Actas del IV Congreso Española de Historia de la Medicina* (Granada, 1973). (Vol. 1, 265-272). Granada: Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Granada y Obra Cultural de la Caja de Ahorros de Granada.
- Álvarez-Sierra, J. (1947). *El doctor D. Federico Rubio. Vida y obra de un cirujano genial*. Madrid: Editora Nacional.
- Camacho-Iglesias, A. (2006). *El niño en la prensa médica del siglo XIX en el distrito universitario hispalense*. Tesis doctoral. Cádiz: Universidad de Cádiz.
- Campos-Marín, R. (2003). *Monlau, Rubio, Giné. Curar y gobernar. Medicina y liberalismo en la España del siglo XIX*. Madrid: Novatores.
- Caro-Cancela, D. (1990). *Burguesía y jornaleros en el sexenio democrático (1868-1874)*. Jerez: Colección Ensayo Caja de Ahorros de Jerez de la Frontera.
- Caro-Cancela, D. (2018). La ciudad republicana: Jerez de la Frontera a finales de 1868. En: Caro-Cancela, D. (Ed.): *La revolución de 1868 en Andalucía* (pp. 71-97). Cádiz: Ediciones Presea, S. L.
- Carrillo-Martos, J. L. et al. (2002): *Federico Rubio y Galí (1827-1902): Estudio documental y bibliográfico*. El Puerto de Santa María: Biblioteca de Temas Portuenses.
- Carrillo-Martos, Juan L. (2003). *Medicina y sociedad en la España de la segunda mitad del siglo XIX: una aproximación a la obra de Federico Rubio y Galí (1827-*

1902. El Puerto de Santa María: Ayuntamiento de El Puerto de Santa María y Asociación para la Formación, Investigación y Asistencia Médica de Andalucía "Federico Rubio".
- Doña-Nieves, F. (1987a). *El doctor Revueltas Montel (1839-1887) y su labor como alcalde de Jerez en tiempos de la primera República española*. Cádiz: Caja de Ahorros de Jerez.
 - Doña-Nieves, F. (1987b). La especialidad tocoginecológica en la prensa médica gaditana (1820-1886). *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz*, XXIII, 1, 33-105.
 - Doña-Nieves, F. (1987c). La especialidad tocoginecológica en la prensa médica gaditana (1820-1886). *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz*, XXIII, 2, 47-77.
 - Doña-Nieves, F. (1998). *Los orígenes de la medicina del trabajo en España. Aportación de la prensa médica andaluza del siglo XIX (1820-1898)*. Tesis doctoral. Cádiz: Universidad de Cádiz.
 - Doña-Nieves, F., y Herrera-Rodríguez, F. (1990). El vino de Jerez, como agente higiénico y terapéutico, en la medicina del siglo XIX. En: *Libro de Actas de las "XI Jornadas de Viticultura y Enología de Tierra de Barros"*. Zafra, 337-348.
 - Doña, F. y Herrera, F. (1991). Contribución de Jerez de la Frontera a los Congresos Médicos Andaluces del siglo XIX. En: *Libro de Actas del IX Congreso Nacional de Historia de la Medicina*. Zaragoza. Tomo III, 907-920.
 - Fernández-Lozano, E. M^a. (2018). *Indización y estudio crítico de «La Crónica Oftalmológica» (1871-1883)*. Trabajo Fin de Grado (Máster). Cádiz: Facultad de Medicina. Disponible en: <https://rodiu.uca.es/xmlui/handle/10498/20696> (Consultado el 27 de enero de 2019).
 - Góngora, A. de (1900). *El periodismo jerezano. Apuntes para su historia*. Jerez: Imprenta El Guadalete.
 - Granjel, Luis S. (1986). *Medicina española contemporánea*. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca.
 - Guedea-Calvo, L. (1890). *Discurso sobre la práctica actual de la ovariectomía especialmente en lo que se refiere al tratamiento del pedículo y á la antisepsis*. Madrid: Establecimiento tipográfico de Fortanet.
 - Guisado-Cuéllar, A. (2017). *Cayetano del Toro y Quartiellers (1942-1915): "El padre del pueblo". Setenta y dos años claves en la historia de Cádiz*. Cádiz. Diputación de Cádiz.
 - Gutiérrez, E. (1903). *Biografía del Excmo. É Illmo. Señor D. Federico Rubio y Gali*. Madrid: Est. Tipo. De la viuda é hijos de M. Tello.
 - Herrera-Rodríguez, F. (1986). La enseñanza libre de practicantes y matronas en el Cádiz de 1868. *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz*, XXII, 2, 99-105.
 - Herrera-Rodríguez, F. (1987). *La investigación científica en la Facultad de Medicina de Cádiz a través de las tesis doctorales producidas en la misma en el siglo XIX*. Tesis doctoral. Microfichas. Barcelona: Universidad de Cádiz.
 - Herrera-Rodríguez, F. (1989). La titulación de matronas en la Facultad de Medicina de Cádiz durante el «sexenio revolucionario» (1868-1874). *Toko-Ginecología Práctica*, XLVIII, 539, 230-236.
 - Herrera-Rodríguez, F. (1992-93). La titulación de practicantes y matronas en la Facultad de Medicina de Cádiz en el sexenio revolucionario (1868-1874). En: Herrera-Rodríguez, F.: *Estudios sobre las profesiones auxiliares sanitarias en Cádiz (siglos XIX y XX)*. *Anales de la Universidad de Cádiz*, IX-X, 231-250.
 - Herrera-Rodríguez, F. (1994). El médico jerezano Juan José Cambas Gallego (1833-1877). *Revista de Historia de Jerez*, 2, 83-90.
 - Herrera-Rodríguez, F. (1999): La Casa de Maternidad de Cádiz a finales del siglo XIX. *Híades. Revista de Historia de la Enfermería*, 5-6, 271-283.
 - Herrera-Rodríguez, F. (2000). *Gavilla de médicos gaditanos*. Cádiz: Quorum libros editores.
 - Herrera-Rodríguez, F. y Lasarte Calderay, J.E.: (1996). La prensa andaluza de los practicantes y matronas (1916-1939). En: *I Congreso Nacional de Historia de la Enfermería*. Libro de Ponencias y Comunicaciones (pp. 169-174). Barcelona: Fundación Uriach; E.U. de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Complutense; E.U. de Enfermería del Hospital General Universitario de Valencia.
 - Herrera-Rodríguez, F. (2002a). *El Dr. Federico Rubio y la renovación de la medicina española (1827-1902)*. Cádiz: Ayuntamiento de El Puerto de Santa María.
 - Herrera-Rodríguez, F. (2002b). Un acercamiento a la obra de Federico Rubio y Gali (1827-1902). *Revista de Historia de El Puerto*, 29, 63-88.
 - Herrera-Rodríguez, F. (2008) Archivos y hemerotecas: espacios para la investigación de la Historia de la Enfermería. *Híades. Revista de Historia de la Enfermería*, 10, 71-110.
 - Herrera-Rodríguez, F. (2010). Cayetano del Toro y Quartiellers (1842-1915). En Bustos, M. (dir.): *Centenario de la Real Academia Hispanoamericana (1910-2010).I. Alrededor de los Cien Años de Historia y Vida Académicas* (pp. 207-236). Cádiz: Real Academia Hispanoamericana de Ciencias, Artes y Letras.
 - Laín-Entralgo, P. (1977-78). Medicina y Sociedad en la obra de Federico Rubio. En: *Sesión de apertura del curso académico 1977-78*. Madrid: Instituto de España, pp. 53-62.
 - Larra y Cerezo, A. (1905). *Historia resumida del periodismo médico en España*. Madrid: La Medicina Militar Española.

- Lasarte-Calderay, J.E. (1995). *La prensa de las profesiones auxiliares sanitarias en Andalucía. Estudio socio-profesional (1916-1939)*. Tesis doctoral. Microficha. Barcelona: Universidad de Cádiz.
- Lasarte-Calderay, J.E., y Herrera-Rodríguez, F. (1992). Noticias hispanoamericanas en la prensa andaluza de los auxiliares sanitarios (1916-1936). *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz*, XXVIII, 1, 349-358.
- Leiva, J. (1982). *El periodismo en Jerez. Siglo XIX*. Jerez de la Frontera: Publicaciones del Centro de Estudios Históricos Jerezanos.
- López-Piñero, J.M. (1983). Rubio Galí, Federico. En: *Diccionario histórico de la ciencia moderna en España*. Barcelona: Ediciones Península, pp. 269-273.
- López-Piñero, J.M. (1992). Las ciencias médicas en la España del siglo XIX. En López-Piñero, José M.: *La Ciencia en la España del siglo XIX* (pp. 193-240). Madrid: Marcial Pons.
- López-Piñero, J. M. y Terrada, M. L. (1980). Las etapas históricas del periodismo médica en España. Estudio bibliométrico. En Albarraquín Teulón, A.; López-Piñero, José M^º.; Granjel, Luis S.: *Medicina e Historia* (pp. 163-191). Madrid: Editorial de la Universidad Complutense.
- López-Piñero, J. M. y Terrada, M. L. (1990). *Bibliographia Médica Hispánica, 1475-1950. Volumen VIII. Revistas, 1736-1950*. Valencia: Instituto de Estudios Documentales e históricos sobre la Ciencia. Universidad de Valencia-CSIC.
- López-Piñero, J. M. y Terrada, M. L. (1991). *Bibliographia Médica Hispánica, 1475-1950. Volumen IX. Bibliometría de las revistas, 1736-1950*. Valencia: Instituto de Estudios Documentales e históricos sobre la Ciencia. Universidad de Valencia-CSIC.
- Maraver-Eyzaguirre, F. (1982). *El Periódico de la Sociedad Médico-Quirúrgica (1820-1831): Indización y estudio crítico*. Tesis doctoral. Cádiz: Universidad de Cádiz. Cádiz.
- Marín-Paz, Antonio J. (2013). El asociacionismo histórico de los practicantes y la defensa de su profesión. *Enfermería Gaditana. Revista del Excmo. Colegio Oficial de Enfermería de la Provincia de Cádiz*, 24, 21-23.
- Mariscal-Trujillo, A. (2001). *La Sanidad Jerezana 1800-1975 (Apuntes históricos)*. Cádiz: Editorial Eje.
- Mariscal-Trujillo, A. (2015). *Hermano Adrián. Limosnero de Dios. Vida, obra y aventuras del Hermano Adrián del Cerro. Orden Hospitalaria de San Juan de Dios*. Granada: Ediciones Alsur, S.C.A.
- Márquez-Espinós, C. (1988). *La introducción de la anestesiología en España a través de la prensa médica gaditana del siglo XIX*. Tesis doctoral. Microfichas. Barcelona: Universidad de Cádiz.
- Márquez-Espinós, C. y Orozco-Acuaviva, A. (1984). La Anestesia en «La Crónica de los Hospitales» (1849-1850) de Antonio de Gracia. *Boletín Informativo del Excelentísimo Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Cádiz*, 5, 5-9.
- Matilla, V. (1982). *Galería de presidentes de la Real Academia Nacional de Medicina*. Madrid: Instituto de España.
- Méndez Álvaro, F. (1978). *Historia del periodismo médico y Farmacéutico en España* (Introducción, edición e índices de J. Riera). Valladolid: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Valladolid.
- Olagüe de Ros, G., y Paredes-Salido, F. (1983). Análisis histórico de una revista isleña del siglo XX: La Medicina Práctica (1902-1915). Su aportación a la Medicina y a la Farmacia de la época. *Medicina Militar*, 39 (4), 76-79.
- Orozco-Acuaviva, A. (1962). El doctor don Cayetano del Toro y Quartiellers. *Archivo Iberoamericano de Historia de la Medicina y Antropología Médica*, XIV, 261-284.
- Orozco-Acuaviva, A. (1977). Federico Rubio, el gran maestro. *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz*, XIII, 2, 17-32.
- Orozco-Acuaviva, A. (1980a). La prensa médica gaditana. *Boletín Informativo del Excelentísimo Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Cádiz*, 1, 6-8.
- Orozco-Acuaviva, A. (1980b). El Periódico de la Sociedad Médico-Quirúrgica de Cádiz (1820-1831). *Boletín Informativo del Excelentísimo Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Cádiz*, 2, 5-9.
- Orozco-Acuaviva, A. (1981a). La Crónica de los Hospitales de don Antonio Gracia. *Boletín Informativo del Excelentísimo Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Cádiz*, 3, 7-10.
- Orozco-Acuaviva, A. (1981b). La Gaceta de Higiene y Climatología (1880-81) de Benito Alcina (1853-1902). *Boletín Informativo del Excelentísimo Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Cádiz*, 4, 16-18.
- Orozco-Acuaviva, A. (1981c). La Crónica de Especialidades Médico-Quirúrgicas (1884-1886) de Cayetano del Toro y Benito Alcina. *Boletín Informativo del Excelentísimo Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Cádiz*, 7, 5-9.
- Orozco-Acuaviva, A. (1981d). *Bibliografía Médico-Científica Gaditana*. Cádiz: Obra Cultural Casino Gaditano.
- Orozco-Acuaviva, A. (1983). La Prensa Médica Gaditana (1916) de Bartolomé Gómez Plana (1860-1928). *Boletín Informativo del Excelentísimo Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Cádiz*, 1, 16-21.
- Orozco-Acuaviva, A. (1987). Los «Los Archivos Homeopáticos» de Cádiz (1835). *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz*, XXIII, 2, 35-44.
- Puelles-Benítez, M. de (1980). *Educación e ideología en*



- la España contemporánea (1767-1975)*. Barcelona: Ed. Labor.
- Ramos-Contreras, A. (1994). *Una institución romántica gaditana: La Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz. Origen y evolución (1815-1900)*. Tesis doctoral (inédita). Facultad de Medicina. Universidad de Cádiz.
 - Riera-Palmero, J. (1978). Introducción, edición e índices de J. Riera. En: Méndez Álvaro, F.: *Historia del periodismo médico y farmacéutico en España* (pp. 11-19 y pp. 171-179). Valladolid: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Valladolid.
 - Rubio y Galí, F. (1868). *Apuntes de mi práctica sobre los tumores y quistes del ovario y el resultado de su tratamiento médico y quirúrgico*. Sevilla: Imprenta y Librería de José M. Geofrin.
 - Rubio y Galí, F. (1977). *Mis maestros y mi educación*. Madrid: Tebas.
 - Sánchez de la Cuesta, G. (1949). *Ideario y grandeza de don Federico Rubio*. Sevilla: Real Academia de Sevilla.
 - Sebastianes-Marfil, M. del C. (1995). *La anestesia general en Andalucía a través de su prensa médica (1847-1936)*. Tesis doctoral. Microfichas. Barcelona: Universidad de Cádiz.
 - Soto-Villalba, Juan. (2015). *Las enfermedades del riñón y vías urinarias a través de la prensa médica gaditana (1820-1936)*. Tesis doctoral (inédita). Facultad de Medicina. Cádiz.

Identidad del ser enfermero en la perspectiva de estudiantes de grado de enfermería

Identity of being a nurse according to the nursing undergraduate students' perspectives

Identidade do ser enfermeiro na perspectiva de graduandos de enfermagem

Thaís Araújo da Silva¹, Genival Fernandes de Freitas², Taka Oguisso³

¹Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da EEUSP. Correo electrónico: taarsi2@hotmail.com

²Livre Docente, Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da USP. Líder do Grupo de Pesquisa História e Legislação da Enfermagem (EEUSP). Correo electrónico: genivalf@usp.br

³Enfermeira. Titular da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (aposentada). Líder do Grupo de Pesquisa História e Legislação da Enfermagem – ENO/EEUSP/CNPq. Correo electrónico: v takaoguisso@uol.com.br

Cómo citar este artículo en edición digital: Silva, T.A., Freitas, G.F. & Oguisso, T. (2019). *Identidad del ser enfermero en la perspectiva de estudiantes de grado de enfermería*. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 23 (54). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.54.12>

Correspondencia: Endereço Rua Antônio Albergaria Pereira, 1060 – CEP 13065-010 – Campinas. São Paulo – SP. Brasil. Telefones contato: 55-19-9 8444 5433

Correo electrónico de contacto: taarsi2@hotmail.com

Recibido: 09/12/2018; Aceptado: 21/04/2019



ABSTRACT

This article aims to understand perceptions and meanings attributed to the identity of the being a nurse, according to the Nursing students from a private institution of higher level within the city of São Paulo. An exploratory investigation was made using the Thematic Oral History method. Therefore, fifteen students of the Nursing undergraduate course were interviewed in 2015. Their words were analyzed under Claude Dubar's view. It was noted that, despite being newly entered students, they had been working as nursing

auxiliares or technicians, aspects related to the professional identity have characterized certain crisis. Their statements brought some revealing ambiguities related to the nurses' job, as well the recognition of their role to the society, such as those statements that have shown some idealistic connotations about being a nurse (mission, vocation, dedication, among others).

Keywords: History of nursing, nurse's role, nurses, ego.

RESUMO

Este artigo tem como objetivo

compreender as percepções e significados atribuídos à identidade do *ser enfermeiro* na perspectiva de estudantes de Enfermagem, em uma Instituição de Ensino Superior privada, do município de São Paulo. Foi feita uma investigação exploratória, utilizando o método da História Oral Temática. Sendo assim, foram entrevistados quinze graduandos de Enfermagem, no ano de 2015, cujos discursos foram analisados sob a ótica de Claude Dubar. Percebeu-se que, mesmo sendo ingressantes e alguns já serem profissionais da área como auxiliares e/ou técnicos de enfermagem, os aspectos relacionados à identidade profissional em certos momentos caracterizaram crises, cujos discursos trouxeram enunciados reveladores de ambigüidades relacionadas ao trabalho do enfermeiro e do reconhecimento de seu papel perante a sociedade, como aqueles discursos que retrataram conotações idealistas do ser enfermeiro (missão, vocação, dedicação, dentre outros).

Palavras chave: História da enfermagem, papel do profissional de enfermagem, enfermeiras e enfermeiros, ego.

RESUMEN

Este artículo tiene como objetivo comprender las percepciones y significados atribuidos a la identidad del ser enfermero en la perspectiva de estudiantes de Enfermería, en una institución privada de enseñanza superior de la municipalidad de São Paulo. Se trata de investigación exploratoria, utilizando el método de la Historia Oral Temática. Siendo así, fueron entrevistados quince estudiantes de Enfermería, en el año 2015, cuyos discursos fueron analizados sobre la óptica de Claude Dubar. Se percibió que, aun siendo ingresantes y algunos ya son profesionales del área como auxiliares y técnicos de

enfermería, los aspectos relacionados a la identidad profesional en ciertos momentos caracterizaron crisis, cuyos discursos trajeron enunciados reveladores de ambigüidades relacionadas al trabajo del enfermero Y el reconocimiento de su papel ante la sociedad, como aquellos discursos que retrataron connotaciones idealistas del ser enfermero (misión, vocación, dedicación, entre otros).

Palabras clave: Historia de la enfermería, rol de la enfermera, enfermeros, ego.

INTRODUÇÃO

A identidade do indivíduo está atrelada a transmutações no cotidiano ao longo da trajetória de vida. Essas mudanças ocorrem no campo individual e social, dentro de uma dinâmica entre o passado, presente e futuro. Dessa forma, em cada momento da vida, o indivíduo desempenha um papel, ou seja, um personagem, de acordo com sua cultura e o que vivencia no momento (Ciampa, 1983). Assim, a identidade pode ser analisada pelo ponto de vista biográfico (como o próprio indivíduo se vê) ou dentro dos processos relacionais (o modo como o outro percebe esse indivíduo). Portanto, ambas as categorias (biográfica e relacional) estão intimamente ligadas (Dubar, 2005).

O conceito de identidade profissional é heterogêneo, pois cada campo de conhecimento profere divergentes pontos de vista na constante busca em revelar a dicotomia entre o profissional e o indivíduo (Dubar, 2012).

A temática sobre a identidade profissional, no caso da Enfermagem, faz-se presente e necessária, tendo em vista que essa discussão envolve o que significa *ser enfermeiro* e o que esse profissional faz no contexto social.

Desse modo, breve revisão de literatura foi feita no portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no período de novembro e dezembro de 2016, a qual possibilitou o levantamento de estudos acerca da identidade profissional do enfermeiro. Dentre eles, destacam-se três pesquisas interessantes a respeito da temática. A primeira foi constituída por uma pesquisa histórico-social no período de 1973 e 1977, com o objetivo de analisar a contribuição das enfermeiras norte-americanas do Projeto HOPE (*Health Opportunity for People Everywhere*) referente à configuração da identidade profissional das primeiras enfermeiras formadas em Alagoas. Nesse estudo, foram entrevistados 13 participantes (professores e colaboradores) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Os resultados demonstraram que a participação das enfermeiras americanas contribuiu para configurar uma identidade profissional singular das primeiras enfermeiras formadas na Universidade citada à época, concebida pelo entrelaçamento de culturas e por meio das relações de poder (Costa *et al.*, 2014).

O segundo estudo apontou para a visão discente sobre a identidade profissional do enfermeiro. Assim, foi feito um estudo descritivo-exploratório na Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN); 11 discentes do curso de Enfermagem participaram da pesquisa. Constatou-se que a identidade profissional do enfermeiro esteve atrelada ao papel do enfermeiro como líder, educador, que possui um arcabouço sólido de conhecimento técnico-científico, além de que, necessita ser empático (Pinto *et al.*, 2014).

O terceiro estudo selecionado desenvolveu uma pesquisa sócio-histórica, no qual foram entrevistados 16 egressos do primeiro Curso de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal do Rio Grande do

Norte (UFRN). Os resultados demonstraram que, embora a perspectiva da identidade profissional do enfermeiro estivesse permeada por uma ideologia peculiar de cada entrevistado, o significado do *ser enfermeiro* esteve arraigado no entendimento do cuidado (Teodosio, Padilha, 2016).

Os estudos supracitados tratam da temática proposta no presente estudo e, por essa razão, são de extrema importância para refletir a respeito da identidade profissional do enfermeiro que esteve muito vinculada à simbologia da vocação por mais de um século e foi construída sob a influência de uma visão moralista⁷. Essa influência talvez persista até os dias atuais na formação em Enfermagem, tanto nas instituições de ensino superior, como nas profissionalizantes. Assim, ao olhar para a História da Enfermagem de forma crítica e reflexiva, vê-se que a formação do enfermeiro enfatizou a conduta e a moral, por vezes em detrimento do conhecimento técnico da Enfermagem (Gastaldo, Meyer, 1989).

Isto posto, o presente estudo tem como objeto de investigação as percepções e significados atribuídos à identidade do *ser enfermeiro* a partir das experiências de estudantes de Enfermagem de uma Instituição de Ensino Superior (IES) privada do município de São Paulo.

Destarte, diversos questionamentos suscitaram, afluindo para a seguinte questão norteadora: quais são as percepções e significados atribuídos por graduandos de Enfermagem de uma IES privada ao *ser enfermeiro* e ao *fazer* desse profissional na perspectiva desses sujeitos? Visando buscar respostas a tal questionamento, foi delineado o seguinte objetivo: conhecer e compreender as percepções e significados atribuídos à identidade do *ser enfermeiro* a partir das experiências de estudantes de

Enfermagem de uma IES privada no município de São Paulo.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo histórico-social, qualitativo, exploratório, pautado no método da História Oral, no qual foram utilizadas técnicas baseadas em depoimentos de pessoas e escritas para a obtenção de dados (Meihy, Holanda, 2013).

Na presente pesquisa, optou-se pela História Oral Temática, pois esta atende melhor ao objetivo do estudo, uma vez que traduz a expressão e opinião do entrevistado sobre um fato ocorrido (Alberti, 2013).

Foram entrevistados quinze graduandos de Enfermagem, sendo oito do primeiro semestre e sete do segundo semestre, por meio de entrevista semiestruturada, realizada individualmente, após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Os entrevistados foram escolhidos aleatoriamente, com idade igual ou superior a 18 anos, de uma IES localizada na região central do município de São Paulo, no período de março a junho de 2015. As entrevistas foram gravadas com o apoio de suporte digital e, em seguida, transcritas e transcriadas (Meihy, Holanda, 2013). Além disso, optou-se pelo uso de um caderno de campo a fim de registrar as impressões do entrevistador, as quais foram incorporadas no momento de se transcrever os conteúdos de cada entrevista.

Como critérios de inclusão, foram definidos que residissem no município de São Paulo ou na região metropolitana. Optou-se por ambos os sexos e, também, aqueles participantes que atuavam em diferentes profissões/funções, inclusive aqueles que atuavam como técnicos ou

auxiliares de enfermagem.

As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade do participante e realizadas em ambiente fornecido pela própria instituição, com o prévio consentimento da coordenação do curso e após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CAE: 31704214.5.0000.5392).

De posse dos dados empíricos, a análise pautou-se na teoria de Claude Dubar, que possibilita identificar os modelos identitários no contexto estudado.

Todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de forma voluntária, após esclarecimento da proposta de investigação. Foi assegurado o anonimato, a privacidade e o sigilo absoluto das informações e os entrevistados foram identificados por meio de uma sequência numérica arábica (por exemplo: P1, P2, P3, etc.).

REFERENCIAL TEÓRICO

A escolha do referencial de Claude Dubar, no presente estudo, justifica-se pelo fato desse autor jogar luzes nas variâncias das formas identitárias profissionais. Tal autor define identidade como “resultado a um só tempo estável e provisório, individual e coletivo, subjetivo e objetivo, que, conjuntamente, constroem os indivíduos e definem as instituições”. É desenvolvida na infância pelo processo de socialização familiar e escolar e, posteriormente, na socialização profissional (Dubar, 2005, p. 136).

Assim, na dinâmica de interação com diversos meios ou grupos, ocorrem os processos biográficos que se traduzem na identidade para si (definição de si), à qual se apoia nas identidades herdadas, porém

passa a sofrer mutações com a entrada no mercado de trabalho. Esse período é estabelecido na transição da adolescência para a vida adulta e permite a desenvoltura dos processos relacionais (identidade para o outro/rotulagem por outrem) (Dubar, 2009).

No cerne da teoria de Dubar, compreende-se um modelo proposto por ele, cujas análises dos processos de identificação confluem na composição identitária. Assim, dentro do chamado processo relacional, existem as categorias sinópticas, a saber: identidade para o outro, atos de atribuição (que tipo de mulher/homem você é), identidade social virtual, transação objetiva (identidades atribuídas/propostas; identidades assumidas/incorporadas) (Dubar, 2005).

Concomitantemente a cada categoria sinóptica supracitada, o processo biográfico compreende: identidade para si, atos de pertencimento (que tipo de mulher/homem você quer ser), identidade social real,

transação subjetiva (identidades herdadas; identidades visadas) (Dubar, 2005).

Assim, com base nos pressupostos teóricos de Dubar, foram escolhidos fragmentos de discursos dos participantes, a fim de construir a rede de significados que revela a heteroglossia dos mesmos no tocante ao *ser enfermeiro*.

RESULTADOS

Foram criadas duas categorias: A identidade para si do ser enfermeiro e identidade para o outro em relação à escolha profissional.

A primeira categoria revelou a percepção dos participantes em relação ao profissional enfermeiro como um indivíduo em sociedade, exteriorizando uma identidade pessoal e profissional percebida para si. Assim, essa identidade foi traduzida em cinco tópicos apresentados no Quadro 1:

QUADRO 1: Distribuição das categorias e dos discursos inerentes à identidade para si do *ser enfermeiro*. São Paulo, SP, Brasil, 2015

CATEGORIA	DISCURSOS
É um profissional importante, que cuida, zela e salva vidas	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Ser enfermeiro é uma honra (...). É ter uma consciência, de poder cuidar do próximo, ter amor, ter zelo, (...) é honrar aquilo que você faz à pátria (...) (P1). ◦ Além de cuidar, zela e salva vidas (P3). ◦ É basicamente cuidar (P4). ◦ Ser enfermeiro para mim é ter amor à vida e ao próximo (P5). ◦ Salva vida (P6). ◦ O enfermeiro é uma pessoa muito importante para a sociedade, algo que não pode faltar, todo mundo precisa (P12). ◦ Cuida do próximo (P13). ◦ O enfermeiro acaba sendo o porto seguro daquela pessoa que está necessitando de cuidado (P14).
Ser enfermeiro é doação e dedicação	<ul style="list-style-type: none"> ◦ É poder se doar total para ajudar outras pessoas. Ter dedicação (P9). ◦ É doar uma parte de si do seu tempo (P10).
Profissional que cuida de forma holística	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Ser enfermeiro é cuidar de um todo da pessoa, tanto da parte física quanto mental do paciente (P8).

Profissional que tem grande responsabilidade	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Ser enfermeiro é uma responsabilidade muito grande (P11). ◦ O enfermeiro é a peça-chave do quebra cabeça e tem grande responsabilidade (P15).
Profissional que detém o poder	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Sempre tive uma figura muito distorcida do enfermeiro, como um mandão, um chefe. (...). Quando o enfermeiro se forma, ele incorpora um grau de superioridade sobre outros profissionais, assim, ele passa a tratar o auxiliar e o técnico como se fosse o faxineiro dele (P7).

A segunda categoria -identidade para o outro- traz resultados do questionamento feito aos participantes da pesquisa sobre

aceitação ou negação da escolha profissional pela Enfermagem apontados no Quadro 2:

QUADRO 2: Distribuição das categorias e dos discursos inerentes à identidade para o outro frente aos desafios da escolha profissional. São Paulo, SP, Brasil, 2015

CATEGORIA	DISCURSOS
Enfermeiro como missionário do cuidado	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Eles veem o enfermeiro como um missionário do cuidado ao próximo (P5).
Empregabilidade	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Minha mãe sempre insistiu muito para eu fazer o curso de enfermagem, alegando ser uma área boa, que tem emprego (P14).
Profissional que trabalha excessivamente	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Quando resolvi fazer a faculdade de enfermagem, uns falaram: “Que loucura! Depois que você começou a fazer enfermagem, mal tem tempo para nós”. (...). “Você vai ficar praticamente num plantão doze horas. E seu noivo? Futuramente você vai casar?” (P1). ◦ Alguns falaram: “Ah, isso não é vida! Plantão de doze horas! Você não terá tempo para sua família! Você vai querer uma família no futuro?” (P3).
Enfermeira como representante da mulher de vida fácil	<ul style="list-style-type: none"> ◦ No momento da escolha pela faculdade de enfermagem, foi difícil porque tem aquela coisa do mal visto, no sentido da pornografia (P2). ◦ Quando comecei a faculdade de enfermagem, eu era casada e meu marido não aceitava. Ele dizia que enfermeira era “lanche” de médico (P13).
Profissional não reconhecido	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Os amigos do meu serviço falaram que eu era louca. (...). Meu pai, meu irmão e minha irmã não aprovaram; falavam que essa área não era reconhecida (P8). ◦ Minha mãe dizia: “É isso mesmo que tu quer? Porque não é uma área reconhecida como deveria” (P9).
Profissional mal remunerado	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Meus colegas falaram: “Ah, enfermagem? Vá fazer engenharia ou direito que dá dinheiro” (P7). ◦ Os vizinhos e meus amigos falaram: “Nossa! Tanta coisa pra você fazer, você vai fazer enfermagem? Não dá dinheiro!” (P12).

DISCUSSÃO

Os discursos dos participantes da pesquisa (Quadro 1), revelaram uma *identidade para si*,

destacando que o enfermeiro é *um profissional importante, que cuida, zela e salva vidas*. Nessa direção, o presente estudo

retrata a teoria humanista, cujo enfoque está no cuidado praticado pelo enfermeiro, revelando a existência de um vínculo que transcende a relação sujeito-objeto (Paterson, Zderad, 1976).

Observa-se forte conotação ideológica no discurso do P1 quando diz que ser enfermeiro é honrar aquilo que você faz à pátria, em conformidade com o pensamento de Parsons, (1997, p. 18) que afirma que “as interessadas no curso de Enfermagem veem a profissão não somente como meio de vida, mas por motivos e ideais mais elevados de se prepararem para um grande serviço patriótico e humanitário”.

A ideologia da enfermeira como patriota é algo histórico, pois no contexto da Segunda Guerra Mundial, em que foram enviadas 73 enfermeiras para a Itália em 1944, junto à Força Expedicionária Brasileira, para cuidar dos soldados, denota-se esse imaginário social sobre a enfermeira que simbolizava a Pátria-Mãe, ou seja, aquela que estendia os cuidados maternos aos soldados no *front* de guerra (Cytrynowicz, 2000).

Na categoria *ser enfermeiro é doação e dedicação*, os discursos dos participantes P9 e P10 evidenciam que o legado da Enfermagem está embasado na origem ideológica da Enfermagem brasileira, no qual era permeada por uma atuação caritativa (Oguisso *et al.*, 2011). Tal conotação da profissão advém da Enfermagem pré-profissional, como uma prática social pautada na bondade e no altruísmo (Oguisso *et al.*, 2011).

O discurso do P8 retrata o enfermeiro como um *profissional que cuida de forma holística*. Nessa direção, vale pontuar que o cuidado ao ser humano caracteriza-se nas práticas dos profissionais de Enfermagem e circunda o cuidado integral do indivíduo no que tange à promoção, prevenção e tratamento da saúde, englobando o

indivíduo como um todo, ou seja, na construção biológica e mental do ser (Beserra *et al.*, 2014).

Referente ao discurso do colaborador P11, no tocante à categoria - *profissional que tem grande responsabilidade* - reflete que a profissão do enfermeiro, bem como suas atribuições, requer um agir comprometido com ética profissional. É considerável ressaltar que esse participante já atuava como auxiliar de enfermagem e possuía cursos em outras áreas que abrangiam a saúde. Neste sentido, a identidade de um profissional está interligada ao processo de socialização e interação entre os indivíduos que pode estar associada ao ambiente familiar, escolar, do trabalho, entre outros (Dubar, 2005). Assim, o fato do participante já ter tido contato com a área da saúde, permitiu que ele observasse o ambiente de trabalho do enfermeiro, formando para si, uma definição das atividades desse profissional.

O fragmento do discurso do colaborador P7 difere do contexto da essência do trabalho do enfermeiro, tão difundido pelo cuidado, responsabilização e doação, como se observa na categoria - *profissional que detém o poder*. Esse olhar pode estar associado à divisão técnica do trabalho de Enfermagem, a qual é originária do século XIX, à época da criação da Enfermagem moderna ou profissional, que ocorreu por conta do cuidado direto ao doente ser considerado inapropriado para mulheres de classe social elevada (Gastaldo, Meyer, 1989). Portanto, as categorias de *nurses* e *ladies nurses* foram criadas para dizer quem eram e de onde provinham socialmente. As *nurses* eram treinadas para realizar o trabalho manual junto ao paciente e as *ladies nurses* estavam voltadas ao trabalho intelectual, administrativo e supervisão do ensino (Oguisso, 2014).

Nos sistemas produtivos, em geral, existem os trabalhos considerados como 'serviços sujos' e as funções de elite. Os primeiros são desvalorizados e os segundos são tidos como atribuições nobres e executadas por pessoas qualificadas (Dubar, 2012). Desse modo, o discurso produzido pelo P7 traz essa diferenciação do trabalho do enfermeiro com o trabalho do auxiliar de enfermagem, traduzindo aquilo que o autor relata como atividades excluídas do sistema, ou seja, relacionadas às pessoas que fazem trabalhos pesados Dubar, C. (2012). Nesse sentido, existe uma relação de poder, pois este abrange um fenômeno interacionista que flui continuamente em todas as fases de vida e em todos os espaços da vida social no dia a dia (Brígido, 2013).

O Quadro 2 serviu como subsídio para investigar a *identidade profissional do enfermeiro sob a ótica do outro*, presente nos discursos dos participantes.

No tocante à opção pela profissão da Enfermagem, apenas os dois primeiros discursos (P5 e P14) puderam ser considerados positivos. Por outro ângulo, os discursos subsequentes demonstraram a dificuldade da aceitação pelos familiares e/ou amigos inerente à escolha profissional da Enfermagem pelo participante da pesquisa, por motivos diversos.

Cabe pontuar que, os discursos dos entrevistados que disseram não ter tido problema quanto à escolha profissional da Enfermagem, não evidenciaram uma caracterização concreta da identidade para o outro; apenas um discurso salientou que a escolha profissional foi bem aceita pelos familiares e entes queridos. Isso pode ser ratificado na categoria *enfermeiro como missionário do cuidado*, no qual evidencia assertividade pela escolha da profissão eleita pelo participante. Essa concepção religiosa perpassa historicamente o *ser*

enfermeiro, remontando à escolha pela Enfermagem por Florence em razão do Chamado de Deus, no qual ela relatava que sua missão era ser enfermeira por designação divina (Kauati, 2014). Esse Chamado de Deus, conceituado por Florence, foi traduzido por ela mesma como vocação. Tal ideologia fora transferida para as enfermeiras inglesas, americanas, canadenses e, posteriormente, trazida para a América Latina (Kauati, 2014).

Um dos participantes relatou que uma das motivações referida por sua mãe foi a empregabilidade, criando-se assim, uma categoria. A mãe desse colaborador (P14) trabalha como técnica de enfermagem em uma instituição hospitalar; sendo assim, ela possui vivência na profissão e, por trabalhar junto aos enfermeiros, pôde identificar que a área da Enfermagem dispõe de um leque com variados caminhos a seguir.

Em contrapartida, os discursos seguintes relacionam-se à recusa ou não aceitação da escolha profissional pelo grupo social no qual se inserem os participantes do estudo. Com isso, emergem vestígios de uma identidade do enfermeiro como um *profissional que trabalha excessivamente*, sendo isso discutido nas falas dos participantes P1 e P3.

O fato da profissão de Enfermagem estar inserida em um contexto de cuidado ininterrupto, logo requer uma assistência em período integral, no qual inclui plantões aos finais de semana, noturnos e feriados (Silva Neto *et al.*, 2015).

Outro ponto que marca a fala nos discursos é que as enfermeiras são vistas de maneira estereotipada na categoria *enfermeira como representante da mulher de vida fácil*. A historiografia pode explicar o motivo dessa imagem trivial da enfermeira ter sido concebida, pois antigamente essa profissão era exercida predominantemente pelas

mulheres e era uma atividade considerada eminentemente manual e socialmente desvalorizada (Santos, Luchesi, 2002).

A categoria *profissional não reconhecido* demonstra que a profissão de Enfermagem é invisível à sociedade. Nesta perspectiva, para que uma profissão seja legitimada ela precisa ter um mandato, ou seja, o reconhecimento social (Dubar, 2005).

Ainda no tocante à identidade para o outro emergiu a categoria *profissional mal remunerado*. Nessa dimensão, sabe-se que a satisfação no trabalho está interligada ao fator salário, não como um aspecto isolado, mas caracterizada como um incentivo ao trabalho do indivíduo.

Frente ao contexto, é possível conjecturar que o *ser enfermeiro* se desvela a partir de cenários complexos mediante a trajetória individual dos protagonistas que fazem História ao longo dos tempos. Assim, é fundamental compreender as inter-relações sociais, principalmente no campo profissional, uma vez que tais elementos podem contribuir para caracterizar uma identidade do enfermeiro que permita o reconhecimento dessa profissão.

CONCLUSÃO

As questões relativas à identidade do enfermeiro foram objeto de estudo nessa pesquisa, visto que existe a necessidade em aprofundar-se nesse tema, pois a Enfermagem vem se destacando no mercado de trabalho e vem ganhando espaços que anteriormente não ocupavam e, assim, torna-se fundamental que tal profissão seja afirmada e reconhecida socialmente. Contudo, esse reconhecimento social se desvela a partir do momento em que se investiga uma realidade que permitirá desvendar possíveis desdobramentos presentes e tecer um

futuro.

Os discursos dos participantes desta pesquisa foram essenciais para compreender a construção da identidade profissional acerca do *ser enfermeiro* a partir de uma dimensão individual e coletiva. Mesmo sendo ingressantes e alguns já serem profissionais da área como auxiliares e/ou técnicos de enfermagem, os aspectos relacionados à identidade profissional em certos momentos caracterizaram *crises*. Tais discursos trouxeram enunciados reveladores de ambiguidades relacionadas ao trabalho do enfermeiro. Outro aspecto verificado foi o reconhecimento do papel do enfermeiro perante a sociedade, como aqueles discursos que retrataram conotações idealistas do *ser enfermeiro* (missão, vocação, dedicação, dentre outros).

Seria necessário e importante que outros trabalhos fossem realizados nessa mesma direção, a partir de novos questionamentos, permitindo-se assim, observar novos olhares e outras formas de reinterpretar os achados desse estudo e, conseqüentemente, gerar resultados diferenciados dos apresentados.

A contribuição dos dados demonstrados amplia o debate sobre a constante luta pelo reconhecimento e (re)construção de uma identidade profissional, pela qual o enfermeiro passa, continuamente, em busca de uma imagem que possa corresponder aos seus anseios, para conferir-lhe não somente direitos, mas, sobretudo, mais autonomia e respeito.

REFERÊNCIAS

- Alberti, V. (2013). *Manual de história oral*. 3ª ed. Rio de Janeiro: FGV.
- Beserra, E. P., Braga, V. A. B., Alves, M. D. S., Moreira, R. V. O., Ramos, I. C. & Oliveira, F. C. (2014). Sofrimento humano e cuidado de enfermagem:

- múltiplas visões. *Esc. Anna Nery Rev*, 18(1), 175-80. DOI: <https://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140026>.
- Brígido, E. I. (2013). Michel Foucault: uma análise do poder. *Rev. Direito Econ. Socioambiental*, 4(1), 56-75. Recuperado de 10.7213/rev.dir.econ.socioambiental.04.001.AO03.
 - Ciampa, A. C. (1983). *A estória do Severino e a história da Severina: um ensaio de psicologia social*. São Paulo: Brasiliense.
 - Cytrynowicz, R. (2000). A serviço da pátria: a mobilização das enfermeiras no Brasil durante a Segunda Guerra Mundial. *Hist Ciênc Saúde-Manguinhos*, 7(1), 73-91. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702000000200004>.
 - Costa, L. M. C., Santos, R. M., Santos, T. C. F., Trezza, M. C. S. F. & Leite, J. (2014). Project HOPE contribution to the setting up of the professional identity of the first nurses from Alagoas, 1973-1977. *Rev. Bras. Enferm*, 67(4), 535-2. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670406>.
 - Dubar, C. (2005). *A socialização: construção das identidades sociais e profissionais*. São Paulo: Martins Fontes.
 - Dubar, C. (2009). *A crise das identidades: a interpretação de uma mutação*. São Paulo: Edusp.
 - Dubar, C. (2012). A construção de si pela atividade de trabalho: a socialização profissional. *Cad Pesqui*, 42(146), 351-67. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-15742012000200003>.
 - Gastaldo, D. M. & Meyer, D. E. (1989). A formação da enfermeira: ênfase na conduta em detrimento do conhecimento. *Rev Bras Enferm*, 42(1-4), 7-13. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71671989000100002>.
 - Kauati, A. (2014). Análise Conscienciométrica de Florence Nightingale. *Glasnost*, 1(1). Recuperado de <https://www.conscious.org.br/revistaglasnost/index.php/Glasnost/article/view/3/3>.
 - Luchesi, L. B. & Lopes, G. T. (2011). História oral. In: Oguisso T, Souza Campos PF, Freitas GF, organizadores. *Pesquisa em História da Enfermagem* (pp. 401-56). 2.ª ed. Barueri: Manole.
 - Meihy, J. C. S. B., Holanda, F. (2013). *História oral: como fazer, como pensar*. 2.ª ed. São Paulo: Contexto.
 - Oguisso, T., Campos, P. F. S., Moreira, C. A. (2011). Enfermagem pré-profissional no Brasil: questões e personagens. *Enfermagem em Foco*, Supl. 2: S, 368-72. Recuperado de <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/85>.
 - Oguisso, T. (2014). As origens da prática do cuidado. In: Oguisso, T. *Trajetória histórica da enfermagem* (pp. 123-46). 1.ª ed. São Paulo: Manole.
 - Parsons, E. (1997). A enfermagem moderna no Brasil. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 1(n. esp.), 10-24.
 - Paterson, J. G. & Zderad, L. T. (1976). *Humanistic nursing*. 2nd ed. New York: National League for Nursing.
 - Pinto, D. P. S., Câmara, A. G., Malveira, F. A. Z., Valença, C. N., Germano, R. M. & Ferreira Junior, M. A. (2014). A visão discente sobre a identidade profissional do enfermeiro. *Rev Iberoamericana de Educación e Investigación em Enfermería*, 4(3), pp. 36-42. Recuperado de <http://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/132/>.
 - Santos, C. B. & Luchesi, L. B. (Maio, 2002). A imagem da enfermagem frente aos estereótipos: uma revisão bibliográfica. Em: *Procedimentos do 8º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem*, São Paulo, SP. Recuperado em <http://www.proceedings.scielo.br/pdf/sibracen/n8v2/v2a073.pdf>.
 - Silva Neto, J. A., Torres, C. R. D., Feitosa, K. V. A., Oliveira, M. T. G., Torres, J. R. D. (2015). Aspectos jurídicos da jornada de trabalho em enfermagem: reflexão teórica. *Rev de Enfermagem da UFPI*, 4(3), 95-8. Recuperado de <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/2368>.
 - Teodosio, S. S. C., Padilha, M. I. (2016). "To be a nurse": a professional choice and the construction of identity processes in the 1970s. *Rev Bras Enferm*, 69(3), 401-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690303i>.

Dibujando cuidados profesionales de enfermería: Relatos de memorias del Norte Chileno a partir de 1952

Drawing professional nursing care: Stories of memories of the Chilean North from 1952

Desenho profissional de enfermagem: Histórias de memórias do norte chileno desde 1952

Elizabeth Núñez Carrasco¹, Lylian Macías Inzunza², Rossana Navarro Torres³, Marcelo Loyola Avilés⁴

¹*Dra. Enfermera. Académica Escuela de Enfermería Universidad de Santiago de Chile. Correo electrónico: elizabeth.nunez@usach.cl*

²*Doctoranda Programa Educación y Sociedad, U de Barcelona. Enfermera. Académica Escuela de Enfermería Universidad de Santiago de Chile. Correo electrónico: lylian.macias@usach.cl*

³*Enfermera. Académica Escuela de Enfermería Universidad de Santiago de Chile. Correo electrónico: rossana.navarro@usach.cl*

⁴*Estudiante Programa de Magister en Historia, U. de Santiago de Chile. Profesor de Historia y Ciencias Sociales, UNAB. Licenciado en Historia, mención Estudios Culturales, UAHC. Correo electrónico: marcelo.loyola@usach.cl*

Cómo citar este artículo en edición digital: Núñez Carrasco, E., Macías Inzunza, L., Navarro Torres, R. & Loyola Avilés, M. (2019). Dibujando cuidados profesionales de enfermería: Relatos de memorias del Norte Chileno a partir de 1952. Cultura de los Cuidados (Edición digital), 23 (54). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.54.13>

Correspondencia: Escuela de Enfermería, Universidad de Santiago de Chile, Avenida Libertador Bernardo O'Higgins 3363, Estación Central. Región Metropolitana. Chile. CP: 9170022

Correo electrónico de contacto: elizabeth.nunez@usach.cl

Recibido /Aceptado

Este artículo forma parte del Proyecto Dicyt, Código 021702NC. Vicerrectoría de investigación, Desarrollo e Innovación



ABSTRACT

Objective: The objective of this article is to describe the practice of caring for nurses in northern Chile in the context of the new institutional framework of the National Health Service since 1952.

Method: A historical analysis was carried out following the methodology provided by Siles (2008), beginning with a historical-practical review of the forms of care of

nurses after the creation of the National Health Service. The primary sources are life stories of nurses combined with secondary sources that account for the contextualization of the period of time studied.

Results: The following categories were obtained, precedents of the creation of the National Health Service and northern Chile, the science of nursing in daily care, personal

knowledge and the health context of the time, ethical tensions in care and the emancipation of nurses.

Conclusions: The National Health Service granted a sanitary structure of responsibility of the Chilean State for the health of all its inhabitants. In this scenario, the professional nurses applied the science of nursing in the care of hospitals and communities. Given the social deprivation scenario, the personal knowledge of each one is challenged and in this way empowered them in the development of their professional role.

Keywords: History of nursing, nurse's role, nursing care, public health, national health programs, Chile.

RESUMO

Objetivo: O objetivo deste artigo é descrever a prática de cuidar de enfermeiros no norte do Chile no contexto do novo arcabouço institucional do Serviço Nacional de Saúde desde 1952.

Método: Realizou-se uma análise histórica seguindo a metodologia proposta por Siles (2008), partindo de uma revisão histórico-prática das formas de cuidar dos enfermeiros após a criação do Serviço Nacional de Saúde. As fontes primárias são histórias de vida de enfermeiras combinadas com fontes secundárias que explicam a contextualização do período de tempo estudado.

Resultados: Foram obtidas as seguintes categorias, precedentes da criação do Serviço Nacional de Saúde e do norte do Chile, a ciência da enfermagem no cotidiano do cuidado, o conhecimento pessoal e o contexto de saúde da época, as tensões éticas no cuidado e a emancipação dos enfermeiros.

Conclusões: O Serviço Nacional de Saúde outorgou uma estrutura sanitária de

responsabilidade do Estado chileno para a saúde de todos os seus habitantes. Nesse cenário, os profissionais enfermeiros aplicaram a ciência da enfermagem no cuidado de hospitais e comunidades. Dado o cenário de privação social, o conhecimento pessoal de cada um é desafiado e, dessa forma, fortalece-os no desenvolvimento de seu papel profissional.

Palavras chave: História da Enfermagem, papel da enfermeira, cuidados da enfermagem, saúde pública, programas nacionais de saúde, Chile.

RESUMEN

Objetivo: El artículo tiene por objetivo describir el ejercicio del cuidado de las enfermeras del norte de Chile en el contexto de la nueva institucionalidad del Servicio Nacional de Salud a partir de 1952.

Método: Se realizó un análisis histórico siguiendo la metodología aportada por Siles (2008), comenzando por una revisión histórico-práctica de las formas de cuidados de las enfermeras posterior a la creación del Servicio Nacional de Salud. Las fuentes primarias son relatos de vida de enfermeras combinado con fuentes secundarias que dieran cuenta de la contextualización del período de tiempo estudiado.

Resultados: Se obtuvieron las siguientes categorías, antecedentes de la creación del Servicio Nacional de Salud y zona norte de Chile, la ciencia de la enfermería en el cuidado cotidiano, el conocimiento personal y el contexto sanitario de la época, las tensiones éticas en el cuidado y la emancipación de las enfermeras.

Conclusiones: El Servicio Nacional de Salud otorgó una estructura sanitaria de responsabilidad del Estado chileno por la salud de todos sus habitantes. En este escenario las enfermeras profesionales aplicaron la ciencia de enfermería en los

cuidados de hospitales y comunidades. Dado el escenario de carencia social se desafió el conocimiento personal de cada una y de esta forma las empoderó en el desarrollo de su rol profesional.

Palabras clave: Historia de la enfermería, rol de la enfermería, cuidados de enfermería, salud pública, servicio nacional de salud, Chile.

INTRODUCCIÓN

La enfermería es una disciplina que durante siglos fue asociada como un oficio de mujeres, y por ende su valoración social ha estado marcada por su poca visibilidad, aunque es incuestionable que su acción en la asistencia sanitaria ha impactado en todos los procesos de salud de los países. En Chile, la Enfermería ha presentado avances más evidentes en torno al desarrollo profesional, que a la producción de conocimiento disciplinar, por ello se torna necesario que el avance de los cuidados profesionales estén acompañados (Siles, 2008) de una contextualización histórica, social y cultural que permita la comprensión de los fenómenos de la salud de las personas.

Dado lo anterior, es posible señalar que Chile durante los inicios del siglo XX era un país de bajos ingresos económicos, caracterizado por constantes crisis políticas, luchas obreras que culminaron en matanzas, éxodo masivo de las personas del campo a la ciudad, mientras tanto, en la ciudad las condiciones de hacinamiento y escaso saneamiento ambiental provocaban que las personas presentaran enfermedades infectocontagiosas y muerte en especial en los niños (Illanes, 2006). Sin embargo, durante las primeras décadas se inició un camino de implementación de una institucionalidad sanitaria nacional que

permitió pasar desde un escenario de precariedad sanitaria hacia una mejora significativa de las condiciones de vida de la población¹.

Luego de lo descrito en el escenario sanitario, es necesario contextualizar la territorialidad del norte del país, y es así que durante el año 1952 Chile poseía una extensión de 741,767 km², de los cuales 298,122 km² correspondían a la zona norte, cuyas provincias eran: Tarapacá, Antofagasta, Atacama y Coquimbo (Instituto Nacional de Estadísticas, 2018), esta territorialidad posee como característica un extenso desierto, con vegetación esteparia y zonas de valles siendo la principal tarea productiva para el período la agricultura y la minería, esta última se ha constituido en la principal fuente de ingresos económicos para el país. Para la época, el norte de Chile representaba el 29,7% de la producción minera del país siendo, Antofagasta quién representaba el 9,7%; Atacama el 9,7 % y Coquimbo 2,5%.

Durante este período la densidad poblacional promedio de Chile era 8 habitantes por Km² y la densidad poblacional de las distintas provincias eran: Tarapacá 1,9; Antofagasta 1,5; Atacama 1,0 y Coquimbo 6,6 en contraste con otras provincias como Valparaíso que poseía 103,4 habitantes por Km². De estas 4 provincias las que presentaban mayor ruralidad eran Atacama y Coquimbo (INE, 2018). De acuerdo a lo anterior, es posible señalar que el norte de Chile dada las características de una amplia territorialidad y menor población poseía menor capacidad de servicios sanitarios y de educación, una muestra de este ejemplo se plasma en el desarrollo de la profesionalización de la enfermería.

Es así, que durante las primeras décadas del siglo, la zona central del país contaba con

al menos dos escuelas de enfermería universitarias, Universidad de Chile (Flores, 1965) y Escuela de Enfermería de Carlos Van Buren Valparaíso (Bettancourt, Lazcano y otros autores, 2010) que dotaban de enfermeras a los hospitales e incipientes unidades sanitarias del centro del país, sin embargo recién con la creación del Servicio Nacional de Salud en 1952 se crean cargos de enfermeras para el norte del país (Servicio Nacional de Salud, 1955) y posteriormente la creación de Escuelas de Enfermería para la zona norte.

Respecto a la recopilación historiográfica de la enfermería chilena plasmada en libros, se puede señalar que es iniciada por Rosalba Flores (1965), la cual describe la forma de educación de las enfermeras, la influencia de las universidades, los hospitales, el Estado y fundaciones internacionales en el desarrollo de la educación de las enfermeras. Posteriormente, se han realizado revisiones historiográficas sobre Escuelas de Enfermería, como Escuela de Enfermería de la Universidad Católica de Chile (Cubillos, Castellano y Camus, 2000) y Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso (Bettancourt *et al.*, 2010). Asimismo, se constata recopilaciones en libros internacionales Behn, Jara, Ortiz y Valenzuela (2009) e Ibarra (2010) que describen de manera general la historia de la enfermería chilena.

De acuerdo a todo lo anterior, existe la necesidad de rescatar una historia de la enfermería situada desde el desarrollo de su praxis, por ello la pregunta que ronda este artículo es ¿Cómo eran las formas de entrega de los cuidados que las enfermeras otorgaban a la persona, familia y comunidades, posterior a la creación del Servicio Nacional de Salud en la zona norte de Chile? Se escoge este periodo de tiempo porque es cuando el Estado de Chile se

propone la protección de la salud para toda la población.

Ahora bien, desarrollar la práctica del cuidado de enfermería desde la memoria posee como meta dos objetivos, por un lado, en el rescate de aquellas experiencias que muchas veces la historia oficial no logra cubrir, dando voz a los sin voz (Zalazar, 2007) y por otro, permite a la persona que recuerda tomar conciencia respecto de las acciones vividas y lo recrea.

MÉTODO

La metodología utilizada fue el método histórico, por lo cual se utilizaron fuentes secundarias para contextualizar el período de tiempo, tales como la revista "Enfermería"² del Colegio de Enfermeras de Chile, Revista de Salubridad^{3,4}, Boletín de la Asociación de Enfermeras de Chile⁵ y libros de Historia de la Salud chilena.

Las fuentes primarias, fueron los relatos de vida de las enfermeras chilenas que trabajaron en el Servicio Nacional de Salud, el cual se inició en el año 1952. Como las enfermeras que vivenciaron este período de tiempo en su mayoría se encuentran en su período de jubilación se decidió buscar enfermeras en la institución colectiva más representativa: el Colegio de Enfermeras de Chile, Asociación Gremial (AG), el cual se encuentra presente con sedes 16, desde el extremo norte al sur de Chile. De esta forma el grupo de estudio se constituyó con el cumplimiento de los criterios de inclusión, exclusión y con el método de avalancha luego de la segunda enfermera contactada.

Los criterios de selección de las entrevistadas fueron: Territorialidad, al ser Chile un país extenso en longitud la investigación se ha dividido en tres zonas geográficas: Zona Norte, Zona Centro y Zona Sur y por ello este artículo sólo

abordará la práctica del cuidado de la zona Norte de Chile. Espacio del ejercicio profesional de la enfermera, el cual comprende las áreas de la atención directa, docencia, administración, gremio e investigación. Aprobación del consentimiento informado por parte de las enfermeras participantes, luego de la entrega de la información sobre confidencialidad de su identidad, autonomía de participar y de los beneficios que aporta esta investigación. Los criterios de exclusión son: las enfermeras que, siendo chilenas, su ejercicio profesional lo realizaron en el extranjero y aquellas enfermeras que poseen alguna patología de salud mental.

El grupo de estudio se constituyó de manera intencionada, de este modo se logró un total de 5 participantes entrevistadas con su consentimiento para el uso de los datos y cuyo lugar de trabajo correspondió sólo a la Zona Norte de Chile: ciudades tales como Arica, Antofagasta, Copiapó, La Serena. Es importante destacar que esta investigación se inició cuando fue aprobado por el Comité de Ética Institucional de la Universidad de Santiago de Chile. El proceso de análisis e interpretación de los datos se construyó con un análisis formal y funcional de cada relato para luego escribir un relato único en torno a hechos, influencias, decisiones del contexto y de las formas de conocer de las enfermeras según los Patrones del conocimiento de Carper (Chinn y Kramer, 2011). El presente artículo sólo presentará los resultados de la zona norte de Chile.

DESARROLLO DEL TEMA Y SU DISCUSIÓN

Antecedentes de la creación del Servicio Nacional de Salud y Zona Norte de

Chile

La creación del Servicio Nacional de Salud en 1952 es el resultado de un trascendental proyecto fundacional de una nueva institucionalidad sanitaria en Chile, que tiene como origen un largo devenir social y sanitario originado en el contexto nacional e internacional de principios de siglo, donde el surgimiento de nuevos sujetos y actores sociales dieron cuerpo (Molina, 2010) a las disímiles formas de relacionamiento y articulación de la historia del siglo XX.

Los legisladores chilenos se vieron enfrentados a la urgente necesidad que rebelaban estudios realizados de la relación ambiente y salud, los cuales generaron un fuerte impulso a la salud pública y la higiene; y la relación entre “pobreza y enfermedad”, en la cual se demostraba que los más desposeídos se encontraban más propensos a presentar malas condiciones de salud. De este modo, la institucionalidad entregada por el Servicio Nacional de Salud se encargaría de la protección de la salud de la población por medio de acciones sanitarias y atenciones médicas de carácter preventivo y curativo⁶, la centralización del planeamiento, normalización y evaluación de los programas de salud en áreas urbanas y rurales, y la mejora de los aspectos técnicos y administrativos, tanto del personal como de los centros de atención⁷.

De este modo, la urgencia de la llamada “Cuestión Social”, interpeló a la clase dominante a atender los problemas que aquejaban al bajo pueblo, los cuales estaban en directa relación con las condiciones insalubres de vida de la población. Parte de las soluciones adoptadas fueron implementar una serie de medidas de higiene pública que “proyectaba renovados contenidos y significados, acercándose a lo social a través de diferentes e importantes instrumentos sanitarios: departamentos de

profilácticos; enfermeras y visitadoras sociales; previsión social. El nuevo objetivo de la higiene pública (Ibarra, 2010) como higiene social era el pueblo, como: género, raza, nación y factor de producción. La sociedad era equivalente a un caso clínico donde se buscaba “diagnosticar” su estado o condición biológica, social y política.

Se debe recordar, que hasta principios de siglo, la atención de salud estaba a cargo principalmente de congregaciones religiosas, ejerciendo un rol de caridad para con la población enferma. Con el aumento de la necesidad de atención, dadas las condiciones descritas más arriba, se hizo necesario la incorporación de empleados varones al servicio, los cuales cumplían específicamente labores de servicio doméstico, dado que la figura a cargo seguía siendo la del médico especialista. Ante tal demanda y la sensibilización de la sociedad civil y del Estado, las acciones de asistencia comenzaron un proceso de feminización. Este proceso explicaría según Núñez, Urrea y Pavez (2016) a la “inserción de las mujeres laicas al mundo de la educación y del cuidado de los enfermos, dando paso a la profesionalización de profesoras y enfermeras” (p. 138).

El aumento de la población⁸ y la movilidad de la misma por el territorio nacional en búsqueda de oportunidades laborales, evidenciaba una situación de salud desastrosa y motivaba la preocupación de médicos y críticos sociales. En específico para la zona norte aquí analizada (provincias de Tarapacá a Coquimbo)⁹, el traslado de chilenos y extranjeros residentes en el país desde fines del siglo XIX y principios del XX, se concentró en Antofagasta y Tarapacá explorando las oportunidades de los motores productivo del país, el Salitre y posteriormente el Cobre. El trabajo en la pampa salitrera era arduo y

peligroso (Collier, 1999) y dada la falta de servicios médicos y muchas veces la lejanía de la población de los centros urbanos, la mayoría de las enfermedades, de causas poco conocidas, y los accidentes propios de la fuerza de trabajo resultaban fatales o muy difíciles de combatir¹⁰.

Avanzadas las décadas de los treinta y cuarenta, la evolución del pensamiento médico-social y sanitario en Chile recogía las influencias de corrientes intelectuales internacionales, afirmando que “la medicina es una ciencia social y la política no es más que medicina en gran escala” (Molina, 2010, p.107). Esta afirmación revela el rol preponderante que debía asumir el Estado para garantizar la salud de la población. De manera paralela, profesionales de la salud buscaban perfeccionamiento teórico y práctico en el extranjero, ejercicio del cual no estuvieron exentas las enfermeras chilenas. Aquellas enfermeras visionarias buscaron perfeccionarse en diferentes áreas del conocimiento profesional y como resultado de ello, los planes de estudios al interior del país se nutrieron de nuevos conceptos y prácticas. El uso de modelos teóricos de enfermería respondía efectivamente a las necesidades del ser humano y de la sociedad de mediados de siglo, y a su vez, ponía en escena “la misión curativa, preventiva, social y educativa que debía manifestar la enfermera en cualquier actividad profesional” (Ibarra, 2010, p. 277).

Ante este escenario de fortalecimiento teórico y de responsabilidad social por parte del Estado surge el Servicio Nacional de Salud bajo la Ley 10.383¹¹, la cual modificaba la Ley 4.054 relacionada con el Seguro Obligatorio. Esta nueva ley establecía los fundamentos orientadores, fortalecía las líneas técnicas de acción, y entregaba estructura y gestión a los servicios de Salud y a sus profesionales. La esencia del Servicio

Nacional de Salud era la atención centrada en la población nacional con un enfoque preventivo y curativo, lo cual se tradujo en una impresionante mejora de los indicadores de salud. Durante los primeros años de su puesta en marcha, el Servicio Nacional de Salud registra una significativa ampliación de actividades para afrontar las necesidades de salubridad de la población, así lo constata el Informe de la Misión Klein y Saks “entre los años 1952 y 1956, el número de atenciones médicas aumentó en un 28%, alcanzando a 5.9 millones; de atenciones dentales, en 123%, a 1.7 millones; de exámenes de laboratorio, en un 9%, a 2.7 millones; y de atenciones obstétricas, en un 45% a 166.000. La tasa de mortalidad infantil ha declinado durante este mismo periodo de 117.9 a 109.1 por 1.000; y de la mortalidad en general, de 13.0 a 12.8” (Servicio Nacional de Salud, 1958 p. 10). Otros indicadores complementarios sostienen que, “entre 1950 y 1975, la tasa de mortalidad infantil cayó desde 140 a 58 muertes por cada mil nacidos vivos, mientras que la mortalidad general desciende a la mitad, desde 15 a 7,2 fallecidos por cada 1000 habitantes. La esperanza de vida al nacer aumenta de 54,8 años, en el quinquenio 1950-55, a 63,6 años, en el quinquenio 1970-1975” (Larrañaga, 2010, p. 39).

El aumento en los indicadores de atención y la disminución evidente de las tasas de mortalidad tienen directa relación con las normativas impuestas por el Servicio Nacional de Salud y la incorporación al sistema de nuevas profesiones médicas, la mayoría de ellas conformadas por un fuerte contingente femenino en ejercicio, donde unos sus principales roles era encargarse de la implementación de la política pública sanitaria en los diferentes centros de salud establecidos para estos fines¹².

La institucionalidad del Servicio Nacional

de Salud significó una validación a la práctica médica y en especial a la identidad de las enfermeras hospitalarias y salubristas. Desde la década de los cincuenta en adelante, la profesionalización de las enfermeras (Zarate, 2017) se plasmó en hechos concretos, abriéndose campo en un espacio netamente dominado o mediado por la figura masculina del médico. Sin embargo, la implementación y práctica de esta política pública es encarnada en la figura de la mujer, quien es la que ejerce el rol de acción directa para con la sociedad, generando un impacto como eje transformador en el ejercicio de los cuidados (Illanes, 2016). Con el paso de los años, la incorporación formal del rol profesional de las enfermeras en el sistema oficial de salud generó a su vez la necesidad de salvaguardar el ejercicio profesional y la ética socio-política orientada en la necesidad del paciente. Como resultado de ello se forman el Colegio de Enfermeras de Chile en el año 1953; la organización técnico-administrativa de Enfermería del Servicio Nacional de Salud en el año 1955 y la Sociedad Chilena de la Educación en Enfermería en el año 1963.

Para dar cuenta de este proceso de autorregulación de la práctica de las enfermeras y fortalecimiento de su identidad, las entrevistas fueron aplicadas a algunas de las primeras enfermeras profesionales que llegaron a los espacios del norte de Chile, donde es posible identificar en ellas al menos 3 categorías analíticas en sus relatos: la ciencia de la enfermería en el cuidado cotidiano, la reflexiones personales sobre el cuidado y su contexto, las tensiones éticas que vivencian y el empoderamiento de la enfermera.

La Ciencia de la Enfermería en el Cuidado Cotidiano

Comprendiendo para la época, que la ciencia de la enfermería, era aplicar un método que permitiera satisfacer necesidades humanas, es posible señalar que las enfermeras entrevistadas fueron en su mayoría las primeras enfermeras que iniciaron los cuidados profesionales en la zona norte de Chile, por ello la tarea de implementar una práctica de cuidado profesional a nivel hospitalario era desafiante porque primero las nuevas enfermeras debían ganar la confianza de las religiosas y practicantes¹³ que habían realizado por décadas cuidados a los pacientes y por otra parte, debían implementar rutinas y registros de enfermería que permitieran sistematizar los cuidados de los pacientes. Además, en algunos casos la gestión de enfermería estaba situada en otros profesionales como por ejemplo en el contador del hospital "... tenía un papel muy fuerte en enfermería, él realizaba los roles de turno, realizaba los pedidos y compras... manejo del personal" (Entrevistada D, 2017).

Las rutinas del cuidado hospitalario se iniciaba a las 8:00 horas primero con una revisión de novedades del turno de noche que estaba a cargo de los practicantes y luego era la visita rápida por cada paciente por parte de la enfermera profesional, quien destaca que el primer elemento en su rutina era conocer el nombre del paciente "... ellos me fueran dando los nombres, me digieran como habían pasado la noche, les preguntaba a ellos como lo habían tratado, qué problemas habían tenido" (Entrevistada D, 2017). Luego de la visita de enfermería comenzaba las rutinas de procedimientos tales como mioclisís, verificación de grupo sanguíneo y transfusión de sangre, entrega de anestesia entre otros. Al mismo tiempo que se organizaban para asumir la capacitación y supervisión de las personas

que brindaban cuidados.

Otro elemento sobresaliente del apoyo de la ciencia de la enfermería es que la inserción de enfermeras universitarias permite la creación de registros de enfermería que permitiera la continuidad del cuidado "... el anotar las cosas que se hacían para el enfermo y las cosas que el médico, teníamos que escribirlo. Y eso era más fácil en una hoja, porque esa hoja se archivaba o se metía a la ficha del enfermo" (Entrevistada D, 2017). Es importante clarificar que, de las 5 enfermeras entrevistadas, 3 de ellas fueron las primeras enfermeras laicas con formación universitaria de enfermería en sus regiones, por ello, su persistencia en evidenciar que su acercamiento a estos espacios sanitarios fue implementar medidas de sistematización del cuidado, supervisión y capacitación del personal que realizaba cuidado de enfermería.

Asimismo, en otras instituciones de salud de la época, como el Servicio Médico Nacional de Empleados, quién prestaba atención de control de salud ambulatorio, no existían funciones claras de la enfermera, sin embargo, de acuerdo al relato la organización de su jornada comenzaba con la revisión del área del tratamiento, vacunatorio y esterilización, luego la revisión del listado de personas para posteriormente iniciar una evaluación de necesidades en la sala de espera y realizar educación de acuerdo a lo detectado en la entrevista. La necesidad de mejorar el acceso a la consulta médica abrió un espacio de innovación por parte de la enfermera, quien comenzó a crear las primeras tablas estadísticas, que dieron cuenta que era posible mejorar el acceso a la atención con el médico, "... en la mañana había poca atención, generalmente los médicos trabajaban más en las tardes, entonces yo me ponía a hacer cuadros, a hacer datos

estadísticos” (Entrevistada A, 2017).

El conocimiento personal y el contexto sanitario de la época

En relación a las problemáticas de salud pública de la época, se encontraban las enfermedades que generaban temor en la población, mortalidad en los hospitales, y consecuencias sociales, o más bien llamadas “enfermedades sociales” pues eran producto de la miseria, el hacinamiento, carencia de una vivienda higiénica y las extenuantes condiciones laborales en las que trabajaban cientos de chilenos. Las enfermeras eran conscientes de la temática social, no sólo porque eran formadas para esta realidad, sino porque asumían un compromiso con las personas y las comunidades a las cuales cuidaban.

Es importante recalcar que se percibe que los valores de la abnegación eran parte del arquetipo de las enfermeras, sin embargo, se observa en los relatos, que existe una reflexión personal crítica y de acciones concretas que permiten, el logro de un cuidado que se ajuste a combatir la muerte y la carencia social. Una de las estrategias más relevantes para la época fue la educación en salud, pues los niños eran llevados a los centros por cuadros diarreicos producto de la mala manipulación de los alimentos, pues en su mayoría eran madres sin educación formal “... por la mala alimentación y por las diarreas continuamente. No había hábitos higiénicos. Y ahí fue cuando empezamos la parte educativa; fue fundamental en ese tiempo” (Entrevistada B, 2017).

Consideraban fundamental en la atención comunitaria generar un espacio de confianza en las consultas de morbilidad pediátrica y control del niño sano, para fomentar la educación a las madres, la cual se continuaba con seguimiento en visitas

domiciliarias, para constatar in situ las carencias de esas familias y si las madres estaban ejecutando las indicaciones en el control de salud, “... y ahí mi tema era el de la prevención, no sólo de las vacunas, sino también el tema de las mamaderas, el aseo, de la limpieza, del niño, era ese tipo de cosas las que yo me planteaba” (Entrevistada B, 2017).

Es relevante señalar, que cada familia o comunidad significaba un desafío para el cuidado, por ello el significado personal que cada enfermera otorgaba a su cuidado permitía la creación de estrategias nuevas que permitieran que la comunidad se empoderara. Un ejemplo de esto era cautivar a las madres por medio de la comunión y apoyo entre mujeres, es así que para que el cuidado de niños distróficos fue importante la creación de clubes sociales de niños con distrofia, “... la educación para la salud en la clínica y terreno, la formación de clubes del niño distrófico. Eso fue bien importante, porque formamos clubes de distróficos” (Entrevistada C, 2017).

Otro ejemplo de la importancia de conocimiento personal de la enfermera es cuando asumiendo su propia biografía está consciente, de estar en la realidad con otros expresando su ser en acciones, dentro de un contexto cultural y temporal. Durante este período de tiempo, la noción de promoción y prevención de la salud era una conceptualización en ciernes, por ello no solo la clase social más vulnerable poseía falta de conocimientos en salud sino también las personas que poseían mejor acceso a prestaciones médicas como por ejemplo los trabajadores de la minería del cobre. Es así como los pacientes acudían al médico con la enfermedad ya presente, como era la silicosis que provocaba discapacidad temprana en el trabajador. Por ello, la enfermera observando esta realidad

reflexionaba y actuaba "... porque yo decía, es muy tarde, porque ya no pueden trabajar, hay que hacer un examen antes, eso no les sirve, entonces tiene que haber exámenes periódicos obligatorios, tienen que ser enviados por la empresa, y no había" (Entrevistada B, 2017).

Es importante destacar que el conocimiento personal que las enfermeras de la época desarrollaron, fue cultivar el profundo respeto y compromiso por la salud de las personas y sus familias, sin duda el contexto de carencia social impedía que pudieran abstraerse en sólo la ejecución de técnicas y procedimientos de enfermería, sino que debían utilizar herramientas aparentemente intangibles pero esenciales como el acompañamiento y la abogacía como herramientas cotidianas de su cuidado.

Las tensiones éticas en el cuidado y la emancipación de las enfermeras

El cuidado de enfermería en norte de Chile durante la primera parte del siglo XX seguía a cargos de religiosas y practicantes, cuyas características estaban sostenidas en la abnegación, caridad y por otro lado en la colaboración médica. Cuando ingresan las enfermeras profesionales a la zona norte de Chile durante la época de los años 50, el tránsito de su inserción a los espacios sanitarios presentó situaciones de tensión en la relación con quienes realizaban la enfermería. Algunas de las características descritas por las entrevistas evidencian que existió una disputa por la realización de procedimientos de enfermería, y esto se resolvía cuando el procedimiento o técnica significaba un mayor riesgo para el paciente. Esto quiere decir que el conflicto sobre la disputa de quién poseía el poder del cuidado se resolvía frente al principio ético no dañar al paciente.

Bajo este principio ético las religiosas y practicantes fueron cediendo su espacio de acción ante las enfermeras profesionales, que poseían una metodología y sistematización de los cuidados. Por ello las enfermeras de la época sienten orgullo de este proceso, porque significó muchas veces intensos conflictos y negociación, "... soy feliz de haber sido la primera enfermera laica de la región" (Entrevistada E, 2017). Otro espacio de tensión ética del cuidado era la relación que sostenía con la figura del médico, dado que el médico poseía un legado que consistía en que el resto del personal de salud realizaba acciones de colaboración médica y por ende el control de estas acciones estaba centrado en su figura.

Consecuencia de ello eran que las acciones que estuvieran fuera de este marco no estaban valoradas por esta figura. Dentro del relato de una enfermera que comenzaba sus acciones de prevención de la salud en consultorio debió cruzar la tensión entre la autonomía de la prestación de los cuidados y la subordinación de la figura médica, esta acción lo realizaba porque comprendía que existían otras determinantes sociales que impactaban en el cuidado de los niños y de los trabajadores. De esta forma comenzó a realizar control del niño sano en un espacio que no estaba aceptado culturalmente, "... entonces en el área mía que era preocuparme de las vacunas, de la bodega de leche y no se usaba que el enfermero hiciera control del niño sano con desarrollo psicomotor. Jamás, era médico totalmente. Y yo empecé a hacer una pre-consulta cuando llegué... que a algunos médicos no les gustó, a otros no les importó, entonces implementamos" (Entrevistada A, 2017).

La tensión de la enfermera entre realizar su función de cuidar a otro desde una mirada social y la conceptualización de depender moralmente de la aceptación del médico era

una situación altamente estresante, "... lo que me costó más fue la relación con alguno de los médicos porque no estaban acostumbrados que hubiera enfermera en el área infantil, para ellos yo tenía que poner vacunas, inyecciones, que se yo. Y eso me costó, tuve más de un problema con un médico" (Entrevistada A, 2017). Las situaciones que provocan conflicto eran temas que estaban relacionado con el acceso a los controles, horario de los médicos *versus* número de pacientes por atender, la demanda de la atención era mayor por esto generaba reclamos por parte de la comunidad, en este espacio la enfermera realizaba la acción de abogacía con el médico, sin embargo, esto generaba discusiones que muchas veces debían ser resuelta en la dirección del establecimiento.

La sensación de la enfermera era que lo que argumentaba a favor de un acceso a la salud para los pacientes, estaba subordinado también a los temperamentos de la figura del médico, esta situación generaba en la enfermera la sensación de no ser escuchada y tratada como una niña que intentaba cumplir un deseo, "¿como se le ocurre hacerle, esto a este médico, usted sabe qué es, como una polvorita, ... me trató como una cabra chica pero no tenía muchos argumentos" (Entrevistada A, 2017). Las situaciones de tensión del cuidado se repiten en varios de los relatos sin embargo existe una línea común, las enfermeras cuando cuidan observan que estos cuidados impactan en la vida de otro, y por ello se sienten como un vehículo terapéutico que la emancipaba frente a la sociedad.

La emancipación de la enfermera primero se gesta por el objetivo de cuidar a otros "porque nos gustaba la profesión, yo fui porque me gusto. Siempre lo hice con mucho amor" (Entrevistada C, 2017). Las enfermeras para lograr sus objetivos

sanitarios ocupaban los espacios comunitarios, un ejemplo eran las campañas de vacunación, utilizaban puntos clave donde la población acudía y las reconocía "se hacían vacunatorios en el teatro... en la puerta de loa iglesia, en la puerta de los bancos...la gente no podía entrar, se tenían que vacunar porque era una necesidad" (Entrevistada D, 2017).

Las enfermeras comprendían finalmente que el cuidado debía ser una acción social que la movilizaba y visibilizaba, "ingresé a la carrera de enfermería con una visión y después me di cuenta de que uno podía dar vuelta y agregar una visión o un tema más social y eso me di cuenta a medida que iba aprendiendo todas estas cosas" (Entrevistada B, 2017). La comunidad reconocía el trabajo y confiaban en sus acciones "yo controlé a niños que después, en 20 o 18 años, llegaban como mamás: señorita, usted me controlaba a mí cuando yo era chica" (Entrevistada C, 2017). La emancipación de la enfermera definitivamente estaba situada en comprender que a través de la práctica del cuidado las enfermeras pueden transformar la desigualdad de acuerdo al contexto y su periodo de tiempo.

CONCLUSIONES

Para este caso, el rescate de las experiencias de vida centrados en el ejercicio profesional no sólo es un aporte a la persistencia de la memoria ante el olvido, sino también genera un espacio que enriquece la reconstrucción histórica del colectivo profesional de enfermería del país y que implica a su vez el reconocimiento social como profesionales de la salud. Con la descripción del cuidado que realizaban las enfermeras en el norte de Chile posterior a la formación del Servicio Nacional de Salud es posible visualizar que las

condiciones de vida de las personas fueron el primer tamiz que las enfermeras debían desafiar. Del total de las enfermeras entrevistadas es posible consignar que fueron las pioneras profesionales de enfermería en la zona norte de Chile, casi 50 años más tarde que el inicio de la profesionalización de enfermería en la zona central de Chile. Este avance sin duda se debe a la implementación del Servicio Nacional de Salud que tuvo como estrategia dotar de enfermería profesional a todo el país.

Con la instauración de los cuidados de enfermería profesionales, una de las tareas iniciales fue la creación de registros, lo cual permitió el dominio de sus conocimientos y asimismo, tomar decisiones y responsabilizarse por ellas de manera individual, dado que fueron las pioneras de la enfermería profesional. Otro elemento central de la implementación de los cuidados era la carencia extrema de las condiciones de vida de las personas y sus familias, por ello las enfermeras debían ajustar sus cuidados a la realidad social y cultural de las comunidades. Del mismo modo su conocimiento personal era la herramienta que le permitía estar conectada con las múltiples diversidades y desigualdades sociales, por lo que, en varios escenarios sanitarios, desde la práctica del cuidado, comenzaron a asumir roles que permitían a las comunidades tener mejor acceso a la salud.

Por otra parte, las tensiones éticas del cuidado estaban centradas en que ellas fueron las primeras enfermeras profesionales y laicas, las cuales debieron entrar en un espacio de disputa con las personas que realizaban el ejercicio de la enfermería como un oficio. Este escenario de conflicto fortaleció a las enfermeras profesionales, pero abrió otro espacio de tensión ética y de emancipación de las

enfermeras, que fue constatar que poseían un rol distinto a sólo ejercer acciones de colaboración médica, sino que comprendían que existía una realización de cuidados de enfermería que estaba asociado a la justicia social. Las enfermeras debían sortear éticamente la dependencia moral de la figura médica y sostener su propio juicio ético de los cuidados que realizan.

Resulta evidente entonces, que la descripción del pasado de las enfermeras del norte de Chile es un aprendizaje a las nuevas formas de realización de cuidados en los presentes escenarios de las personas, familias y comunidades. Este aprendizaje es como ir al pasado comprenderlo y observar nuestro presente y re-significar el legado del cuidado de enfermería en Chile para rescatarlo, des-construirlo y crear nuevos en un contexto de un mundo globalizado.

FUENTES PRIMARIAS

- Entrevistada A, 2017.
- Entrevistada B, 2017.
- Entrevistada C, 2017.
- Entrevistada D, 2017.
- Entrevistada E, 2017.

BIBLIOGRAFÍA

- Behn, V., Jara, P., Ortiz, N. & Valenzuela, S. (2009). Nursing in Chile. En K. Lucas (Eds.), *Nursing and Globalizacion in the Americas: in the Critical Perspective* (pp.55-95). New York: Baywood.
- Bettancourt L, Lazcano M, Monardes G, Núñez N, Peroni S. (2010). *Escuela de Enfermería: 75 años formando profesionales de enfermería al cuidado de la comunidad*. Valparaíso, Chile: Escuela de Enfermería, Universidad de Valparaíso, Facultad de Medicina.
- Collier, Simon-Sater, William F. (1999). *Historia de Chile 1808-1994*. Madrid, España: Cambridge University Press.
- Cubillos O., Castellano S., Camus G. (2000) *Historia Escuela de Enfermería "Isidora Lyon Cousiño 1950- 2000*. Santiago, Chile: Facultad de Medicina de la Pontificia

- Universidad Católica de Chile.
- Chinn, P., Kramer, M. (2011). *Integrated Theory and Knowledge Development in Nursing*. Estados Unidos: Elsevier Mosby.
 - Flores R. (1965) *La historia de la enfermería, síntesis de su evolución educacional de la enfermera*. Santiago, Chile: Universidad de Chile.
 - Ibarra, Ximena (2010). Historia de la Enfermería en Chile. En: Siles González, J., Oguisso, T., and Fernandes de Freitas, G. *Cultura de los cuidados: historia de la enfermería iberoamericana* (pp. 265-289). Alicante, ES: Editorial Club Universitario.
 - Instituto Nacional de Estadísticas. (2018). *XII Censo General de Población y I de Vivienda, 1952*. Santiago: Chile Gobierno de Chile. Recuperado en http://historico.ine.cl/canales/usuarios/cedoc_online/censos/pdf/censo_1952.pdf.
 - Illanes, M.A. (2006). *Cuerpo y sangre de la política. La construcción histórica de las Visitadoras Sociales (1887-1940)*. Santiago: LOM.
 - Larrañaga, O. (2010). *El Estado de Bienestar en Chile: 1910-2010*. (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo-Chile. Santiago: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Recuperado en http://www.cl.undp.org/content/chile/es/home/librari/poverty/documentos_de_trabajo/el-estado-bienestar-en-chile--1910--2010.html).
 - Misión Klein y Saks. *Servicio Nacional de Salud, 1957*. Santiago: Chile. Servicio Nacional de Salud. Recuperado de <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2013/08/Boletin-enero-febrero1958.pdf>.
 - Molina, C. (2010). *Institucionalidad sanitaria chilena 1889-1989*. Santiago, Chile: LOM.
 - Núñez, E., Urra, E., y Pavez, A. (2016). Identity and Institutional framework of Chilean Nurses in the mid-twentieth century. *Ciencia y enfermería*, 22(1), pp. 135-145. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532016000100012>.
 - Servicio Nacional de Salud (1955). *Boletín Servicio Nacional de Salud*. Santiago, Chile: Servicio Nacional de Salud. Hallado el 5 abril 2018 en <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2013/08/Boletin-octubre-1955.pdf>.
 - Siles, J. (2008). *Historia de la Enfermería*. Valencia, España: Editorial Aguacalara.
 - Zalazar, G. (2007). *Ser niño "Huacho" en la Historia de Chile (siglo XIX)*. Santiago, Chile: LOM.
 - Zárata, M. S. (2017). "Formar enfermeras, no empleadas domésticas". Profesionalización del cuidado sanitario en Chile, 1930-1950." *Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinam Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 37, (2), 317-343. Recuperado de <http://www.raco.cat/index.php/Dynamis/article/view/328553>.

[w/328553](http://www.raco.cat/index.php/Dynamis/article/view/328553).

NOTAS

- ^[1] Algunos indicadores que reflejan este cambio son: esperanza de vida al nacer en 1920: 30,90 años para hombres y 32,21 años para mujeres, en 1960: 54,68 años para hombres y 59,91 años para mujeres; la tasa de mortalidad infantil en 1920: 263,96 para hombres y 248,66 para mujeres en comparación con 1960: 122,24 para hombres y 107,19 para mujeres. Somoza, Jorge; Tacla, Odette. Mortalidad en Chile según tablas de vida 1920, 1930, 1940, 1952-1960. Santiago, Chile. 1966. Naciones Unidas. Universidad de Chile. Centro Latinoamericano de Demografía. Recuperado en https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7556/S6600924_es.pdf?sequence=1.
- ^[2] Pincheira, S. (1965). La enfermera profesional y sus responsabilidades. *Revista del Colegio de Enfermeras de Chile*, 1 (3), 13-14.
- ^[3] Urzúa, H. (1911). Objetivos y rendimiento de las unidades sanitarias. Memoria Chilena, Biblioteca Nacional de Chile. Recuperado de <http://www.memoriachilena.cl/602/w3-article-65963.html>.
- ^[4] Mayers, C. (1929). Valor social de la enfermera. Memoria Chilena, Biblioteca Nacional de Chile. Recuperado de <http://www.memoriachilena.cl/602/w3-article-65910.html>.
- ^[5] Puntos cardinales en la organización de un departamento de Enfermería. (1942-1943). *Boletín de la Asociación de Enfermeras de Chile*, II (10), 24-25.
- ^[6] Cámara de Diputados de Chile. Recuperado en <https://www.camara.cl/memoria/hito.aspx?prmHITOID=25>.
- ^[7] "Entre las razones para una expansión y consolidación de los servicios médicos propuestos por la Ley pueden indicarse los siguientes: (1) la necesidad de actuar sobre la unidad familiar como grupo en la protección, reparación y fomento de la salud; (2) la necesidad de coordinar y mejorar los servicios existentes para la atención prenatal y cuidado del niño, y fomento de adecuados programas nutritivo; (3) el mejoramiento de la atención médica en las áreas rurales que carecen de servicios adecuados y personal médico; (4) la necesidad de centralizar el planeamiento, normalización y evaluación de los programas, y de centralizar la aplicación de las normas en la concepción y ejecución de los programas locales, logrando reunir los esfuerzos en las actividades más productivas; (5) interrelación entre el Servicio, y la comunidad para promover la activa participación de ésta; (6) dedicación exclusiva e incremento de la capacidad técnica y administrativa del personal". Informe de la Misión Klein & Saks sobre el Servicio Nacional de Salud, 6 diciembre 1957, Pág. 10. En Servicio Nacional de Salud, Boletín, Santiago-Chile, enero-febrero 1958, Año (Vol.) IV, N.º 1. Biblioteca Minsal. Recuperado en <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2013/08/Boletin-enero-febrero1958.pdf>.

⁶⁹ El aumento de la población se constata en los resultados de los censos nacionales. Censos aplicados y sus resultados respectivos: 1920 (3.730.235 hab.), 1930 (4.287.445 hab.), 1940 (5.023.539 hab.), 1952 (5.932.995 hab.), 1960 (7.374.115 hab.), 1970 (8.884.768 hab.). Fuente: Retratos de Nuestra Identidad: Los Censos de Población en Chile y su evolución histórica hacia el Bicentenario. Instituto Nacional de Estadísticas INE, Santiago, 2009).

Aumento de la población en la zona Norte (provincias Tarapacá, Antofagasta, Atacama, Coquimbo) en los mismos censos anteriormente señalados: 1940 (579.245 hab.), 1952 (629.895 hab.), 1960 (763.515 hab.), 1970 (919.718 hab.).

⁷⁰ Hasta 1976 la Provincia era la unidad superior administrativa que distribuía el país. En la actualidad es la Región la unidad político-administrativa que divide el país con 16 regiones.

⁷¹ Las principales enfermedades registradas que aquejaban a la población son: Tuberculosis, Tifus, Fiebre Tifoidea, Viruela, Silicosis, Disentería, Cólera, Peste Bubónica, Sífilis, entre otras. La mayoría de ellas catalogadas como "enfermedades sociales" dadas por cuadros clínicos de la miseria, el hacinamiento, la carencia de una vivienda higiénica y las extremas condiciones laborales a que estaban sometidos miles de chilenos. El conocido drama histórico de la modernidad industrial y la explosión urbana. Datos recogidos desde Memoria Chilena

<http://www.memoriachilena.cl/602/w3-article-97698.html> y el Museo de Antofagasta <http://www.museodeantofagasta.cl/629/w3-article-52947.html>.

⁷² Ley núm. 10.383. Modifica la Ley núm. 4.054, Relacionada con el Seguro Obligatorio. Ministerio de Salubridad; Previsión y Asistencia Social. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Recuperado en <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=26387>.

⁷³ Las profesiones médicas a las cuales se hace alusión se profesionalizan con la creación de sus respectivas escuelas en los centros de educación superior y su incorporación al sistema de salud, sin embargo, muchas de ellas eran ejercidas como oficio o bajo roles de caridad antes de ser profesionalizadas. Algunas de ellas son: la Escuela de Matronas creada en 1834, la Escuela de Enfermeras del Estado en 1906 y la posterior fusión de las Escuelas de Enfermería Hospitalaria y Enfermería Sanitaria en 1951, Escuela de Dietistas en 1939, el primer curso de Fonoaudiología en 1956 y la creación de la carrera de Terapia Ocupacional en 1963. Recueprado en <http://www.medicina.uchile.cl/pregrado/resenas-escuelas/126701/escuela-de-enfermeria>.

⁷⁴ La denominación de practicante es para aquellos hombres o mujeres que se dedicaban a cuidar enfermos sin una formación formal sino desde la praxis.

Academia Brasileña de Historia de la Enfermería: 2007 a 2014

Brazilian Academy of Nursing History: 2007 to 2014 Academia Brasileira de História da Enfermagem: 2007 a 2014

Fábio Soares de Melo¹, Genival Fernandes de Freitas², Bárbara
Barrionuevo Bonini³

¹*Mestrando em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de
São Paulo. Correo electrónico: fabio.soares.melo@usp.br*

²*Professor Titular junto ao Departamento de Orientação Profissional da Escola
de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Correo electrónico:
genivalf@usp.br*

³*Professor por tempo determinado junto ao Departamento de Orientação
Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Correo
electrónico: bonini@usp.br*

*Cómo citar este artículo en edición digital: Melo, F.S., Freitas, G.F. & Bonini, B.B. (2019). Academia
Brasileña de Historia de la Enfermería: 2007 a 2014. Cultura de los Cuidados (Edición digital), 23
(54). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.54.14>*

*Correspondencia: Avenida Queiróz Pedroso, n.º 562, apartamento 710, Jardim Pedroso, Mauá, Estado de
São Paulo, CEP 09370-360*

Correo electrónico de contacto: fabio.soares.melo@usp.br

Recibido: 20/01/2019; Aceptado: 20/01/2019



ABSTRACT

This study aims to understand how, why and for what reason, a group of nurses and History of Nursing researchers chose to create the Brazilian Academy of Nursing History in 2010. This study aimed to describe motivations and expectations of the nurses and researchers in this field as well as to identify the historical circumstances, struggles and political forces involved in the creation of institution. It is observed that the social actors involved in the creation of the entity came from the Research Group "History and Legislation of Nursing" and that political forces and struggles were among researchers in the history of nursing because there were disparate interests in the

creation of this entity. Among the contributions of the Academy is the fight for the continuity of teaching nursing history in the universities, and the 2007 Ibero-American Symposium on Nursing History that was the propulsion for its creation.

Keywords: Nursing, nursing history, professional identity, qualitative research, social actors.

RESUMO

Este estudo objetiva compreender como, por quê e para que, um grupo de enfermeiros e pesquisadores da História da Enfermagem optou pela criação da Academia Brasileira de História da Enfermagem, em 2010. Este estudo

objetivou descrever as motivações e expectativas dos enfermeiros e pesquisadores nesse campo, bem como identificar as circunstâncias históricas, lutas e forças políticas envolvidas na criação dessa instituição. Observa-se que os atores sociais envolvidos na criação da entidade eram provenientes do Grupo de Pesquisa “História e Legislação da Enfermagem” e que as forças e lutas políticas davam-se entre os pesquisadores da história da enfermagem pois havia interesses díspares na criação dessa entidade. Dentre as contribuições da Academia destaca-se a luta pela continuidade do ensino da história da enfermagem nas instituições formadoras, sendo a realização do I Simpósio Iberoamericano de História da Enfermagem, em 2007, a propulsão para sua criação.

Palavras chave: Enfermagem, história da enfermagem, identidade profissional, pesquisa qualitativa, atores sociais.

RESUMEN

Este estudio tiene el objetivo de comprender cómo, por qué y para qué, un grupo de enfermeros e investigadores de la Historia de la Enfermería optó por la creación de la Academia Brasileña de Historia de la Enfermería en 2010. Los objetivos específicos del estudio fueron describir las motivaciones y expectativas de los enfermeros y investigadores de ese campo, asimismo, identificar las circunstancias históricas, luchas y fuerzas políticas involucradas en la creación de esa institución. Se observa que los actores sociales involucrados en la creación de la entidad provenían del Grupo de Investigación "Historia y Legislación de la Enfermería" y que las fuerzas y luchas políticas se daban entre los investigadores de la historia de la enfermería pues tenían intereses diferentes en la creación de esa

entidad. Entre las contribuciones de la Academia se destaca la lucha por la continuidad de la enseñanza de la historia de la enfermería en las instituciones formadoras siendo la realización del I Simposio Iberoamericano de Historia de la Enfermería en 2007 la propulsión para su creación.

Palabras clave: Enfermería, historia de la enfermería, identidad profesional, investigación cualitativa, actores sociales.

INTRODUÇÃO

Tendo como princípio que nenhuma instituição se cria se os personagens envolvidos na história não estejam motivados para realizar tal desafio, busca-se, neste estudo, entender como, por que e para que enfermeiros e pesquisadores da História da Enfermagem decidiram criar uma Academia Brasileira de História da Enfermagem, identificando as circunstâncias históricas, possíveis campos de lutas e forças políticas envolvidas na criação e desenvolvimento dessa entidade.

Segundo Löw (2013) na elaboração de trabalhos científicos a história constitui importante base para rever caminhos já percorridos, na busca de lacunas a serem analisadas, no aprofundamento de estudos ou de reflexões temáticas, para destacar a origem de um acontecimento ou iniciar uma reflexão sobre diversas temáticas. Todavia, mais que uma narrativa linear, introdutória ou sobre acontecimentos notáveis, a história deve problematizar contextos histórico-culturais, bem como fundar suas análises a partir de evidências, registros ou sinais, que permitam o acesso a outras possibilidades de interpretação do passado.

Oguisso (2014) diz que pensar o passado como mola propulsora para a arte e a ciência

do cuidado reside no entendimento de que nenhuma ocupação pode ser compreendida inteligentemente sem ter sido, em alguns de seus aspectos, analisada do ponto de vista histórico e interpretada do ponto de vista humano, pois caso contrário perderia sua condição de ciência.

Em relação à Enfermagem:

“É uma profissão que ao longo do tempo vem desconstruindo e construindo sua história [...]. E sua relação com a sociedade é permeada pelos conceitos, preconceitos e estereótipos que se estabeleceram na sua trajetória histórica e que influenciam até hoje a concepção do que é, a que vem e qual o seu significado enquanto profissão da saúde composta de gente que cuida de gente” (Padilha, Nazario & Moreira, 1997, p. 308).

Campos, Porto, Oguisso e Freitas (2008) defendem que a História da Enfermagem vem se impondo como tema emergente obrigatório, urgente e necessário no campo da profissão, dado que outros setores da prática profissional de enfermagem têm alcançado elevada cientificidade intelectual, grande produtividade e a plena maturidade tecnológica, talvez, por isso mesmo, com certo reconhecimento social. Segundo ele, os determinantes humanísticos, histórico-sociais e político-culturais da enfermagem não foram ainda suficientemente analisados e continuam pouco explorados.

Barreira e Baptista (2003) nos diz que o que se entende por enfermagem é uma construção histórica e coletiva, marcada por rupturas, as quais, no entanto, não significam o apagamento do passado e o desconhecimento do que então foi construído. O estudo da História da Enfermagem, ao lançar um novo olhar sobre a trajetória da profissão na sociedade brasileira, é um instrumento vital para a busca de respostas às demandas sociais do presente.

Deste modo, esta pesquisa tem como objetivos descrever as motivações e expectativas dos enfermeiros e pesquisadores da História da Enfermagem para a criação da Academia Brasileira de História da Enfermagem (ABRADHENF) em 2010 e identificar as circunstâncias históricas, as lutas e forças políticas envolvidas na criação e desenvolvimento dessa entidade.

MÉTODOS

Optou-se pelo recorte temporal de 2007 a 2014, por duas razões: a primeira refere-se à realização do I Simpósio Ibero Americano de História da Enfermagem, organizado pela Profa Dra Taka Oguisso, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), no qual aglutinaram-se pesquisadores provenientes da Europa, Ásia e América Latina, no entorno das temáticas: Antropologia dos cuidados, História das instituições e História de vida, culminando com a celebração de um Fórum de Pesquisadores em História da Enfermagem. A segunda razão, refere-se aos anos de 2010, quando se consolidou a ABRADHENF com a sua fundação legal e 2014, quando finalizou a primeira gestão eleita da referida entidade.

Trata-se de um estudo histórico social de abordagem qualitativa. Para consecução da presente investigação foram utilizadas fontes primárias, após a autorização formal da Presidência da ABRADHENF para o manuseio dos seguintes documentos: a) Acervo do Centro Histórico Cultural da Enfermagem Ibero Americana da EEUSP; b) Regimento da Fundação da Academia; c) Registro Notorial; d) Ata da Assembleia Fundacional; e) Ata das Assembleias Ordinárias e Extraordinárias da Diretoria dessa Entidade; f) Atas dos Simpósios Ibero-

Americanos de História da Enfermagem e g) correios eletrônicos. Também foram utilizados, como fontes secundárias, os trabalhos acadêmicos que versem sobre a temática da História da Enfermagem e entidades de classe da enfermagem brasileira.

Após levantamento das informações contidas nos documentos acima descritos foi realizada uma profunda análise das mesmas para organizá-las consoante os objetivos propostos na pesquisa.

No que tange à abordagem qualitativa da pesquisa González (2016) afirma que o planejamento metodológico supõe que o desenho de investigação considere a fundamentação teórica do problema; formulação de hipóteses; revisão bibliográfica necessária para elaborar-se o estudo da questão; descrição da importância do trabalho para a temática escolhida de acordo com a constatação alcançada sobre o objeto de estudo.

Para problematizar os dados, o investigador pode utilizar-se da historiografia ou fazer uma tese historiográfica, o que exige saber o que se busca (o objeto da investigação), ou seja, a definição de uma situação histórica que se configure na possibilidade de realização de uma pesquisa. A problematização é um ponto de partida para o trabalho, e não apenas uma ideia inconclusa relativa à historiografia ou aos livros que já foram escritos. (Padilha & Boresntein, 2005).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados revelaram as motivações e as expectativas dos enfermeiros e pesquisadores do campo da história da enfermagem em prol do desenvolvimento da ABRADHENF, a qual se consolidou como uma entidade real, como se pode

observar no excerto referente a correio eletrônico seguinte trocado entre membros do Grupo de Pesquisa:

“Ficamos nesse impasse e discutindo o assunto com o Fernando Porto e Wellington da UNIRIO e o Paulo e Genival em SP, chegamos à conclusão que teríamos que criar uma associação de História da Enfermagem aqui, entre nós. [...] A proposta do Fernando era que se criasse essa associação em SP em agosto para comemorar os 100 anos da morte de Florence. [...] prefere que seja em SP por termos melhor estrutura para enfrentar “essa barra”. [...] A ideia me parece é ampliar e trazer gente do Brasil todo, para dar suporte à nova associação. Tenho certeza que dentro e fora da enfermagem acharão aliados” (T. Oguisso, comunicação pessoal, 23 de fevereiro de 2010).

No excerto acima os nomes citados, Fernando Ramos Porto e Wellington Mendonça Amorin, ambos pesquisadores da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) e os professores Paulo Fernando de Souza Campos que integrava, à época, o Grupo de Pesquisa “História e Legislação da Enfermagem” da EEUSP como pós-doutorando na área da História da Enfermagem, e Genival Fernandes de Freitas atualmente pesquisador da EEUSP.

A ideia originária era a criação de uma associação de história da enfermagem que congregasse pesquisadores interessados nesse campo, no Brasil. Essa ideia foi-se construindo até a sua consolidação definitiva, em 2010, com a gênese oficial de Academia Brasileira de História da Enfermagem. Cabe destacar que, desde a realização do I Simpósio Ibero-Americano de História da Enfermagem (I SIAHE), em São Paulo, em 2007, organizado pela EEUSP, sob o patrocínio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, vinha

sendo engendrada aquela ideia da criação de uma entidade que aglutinasse pesquisadores do campo da história, alunos de graduação e de pós, e outros atores sociais como historiadores, etc.

O I SIAHE alavancou as questões da História da Enfermagem nos âmbitos brasileiro e ibero-americano, pois propiciou um encontro entre pesquisadores de vários países, destacando-se: Espanha, Portugal, Brasil, Chile, Peru, México, Argentina, dentre outros. Após o evento referido, coordenado pela Profa. Taka Oguisso, a época profa pela EEUSP, houve a continuação do debate sobre o regimento para a criação da ABRADHENF, culminando com a sua fundação, de maneira formal, em 2010.

Além da fundação da Academia, vale pontuar a consolidação da série histórica dos eventos em História da Enfermagem com o II SIAHE em Lisboa, em 2009; o III em Alicante, Espanha, em 2011; o IV na Cidade do México, em 2013. Em 2015, não houve o evento (que seria o V) na Colômbia, sob a alegação de dificuldades financeiras e de patrocínio para a sua consecução junto à Universidade Nacional, daquele país. Em 2016 aconteceu o V SIAHE, em Granada, Espanha, junto à Fundação Index. Proximamente, ocorrerá o VI SIAHE, na Costa Rica.

Dentro do grupo de pesquisa em “História e Legislação em Enfermagem”, da EEUSP, era unânime a ideia de se criar esta Academia, urgentemente, a fim de dar mais alento e fôlego às pesquisas na área da História da Enfermagem, valorizar esse campo do saber, buscar novos financiamentos para essa área do conhecimento e favorecer as trocas de experiências entre os pesquisadores.

As motivações e expectativas que os atores sociais envolvidos na criação da referida

entidade traziam consigo materializaram-se no Estatuto da Academia cujos objetivos foram delineados em seu artigo 2.º:

“a) Estimular o interesse e a mútua colaboração em História da Enfermagem; b) Promover a educação de enfermeiros e do público, em geral, com relação à história e ao legado da profissão de enfermagem; c) Apoiar pesquisas em História da Enfermagem para que alcancem nível de excelência nesse campo do saber; d) Incentivar a guarda, coleção, preservação e uso de documentos de importância histórica para a enfermagem; e) Divulgar estudos históricos sobre enfermagem através de mostras ou exposições de objetos e documentos e servir como fonte de informação sobre História da Enfermagem; f) Produzir e distribuir material educacional relacionado com a História de Enfermagem e o legado da profissão de enfermagem; g) Promover e/ou fortalecer a inclusão do conteúdo da História da Enfermagem no currículo dos cursos de graduação, pós-graduação e de nível médio de enfermagem; h) Fomentar a colaboração interdisciplinar em História com todas as ciências e saberes afins; i) Reconhecer profissionais que contribuíram com suas realizações para a História da Enfermagem como membros honorários, outorgando-lhes um título honorífico apropriado segundo critérios especificados em Regimento Interno; j) Organizar eventos, exposições e reuniões científicas para intercâmbio de estudos e informações entre seus membros e os de outras entidades similares de nível nacional ou internacional; k) Manter publicação periódica, impressa ou virtual, com informações e textos inéditos/originais de pesquisadores, membros individuais ou em grupo; l) Apoiar grupos de pesquisa de História da Enfermagem cadastrados, ou não, em órgãos de fomento à pesquisa científica; m) Integrar entidades internacionais de História da Enfermagem e áreas afins” (Academia Brasileira de História da Enfermagem [ABRADHENF], 2010).

A criação da Academia foi fundante para o alcance de um anseio dos pesquisadores citados anteriormente, qual seja, o de dar visibilidade às raízes históricas da profissão e de fomentar estudos e trabalhos dedicados à História da Enfermagem, tão claramente expressos em seu regimento podendo ser observado através do excerto da Ata da 1.^a Assembleia Geral da entidade:

“A presidente relatou as diversas atividades já realizadas pelos membros da diretoria: a) participação na Conferência Internacional de História da Enfermagem, ocorrida em Londres, Inglaterra, nos dias treze a dezesseis de setembro do corrente ano, com apresentação de trabalhos de Taka Oguisso e Luciana Barizon Luchesi, da diretoria da Academia; b) participação na reinauguração do Museu Florence Nightingale, em Londres, Inglaterra; c) V Congresso Científico de Enfermagem, Nacional e Internacional, em La Paz, Bolívia, nos dias vinte e um a vinte e quatro de setembro do corrente ano, representado pela presidente Taka Oguisso” (Kuntze, 2010, p. 2).

Em eventos nacionais observa-se a participação dos membros da entidade conforme fragmento abaixo da Ata da 1.^a Assembleia Geral:

“ [...] a Presidente comunicou também a participação em Cuiabá, do IV Encontro do Conselho Regional de Enfermagem de Mato Grosso, Encoren-MT, no dia primeiro de setembro passado, ministrando conferência de abertura do evento; Comemoração dos cento e vinte anos da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, UNIRIO, na cidade do Rio de Janeiro, em setembro de dois mil e dez” (Kuntze, 2010, p. 2).

A criação da entidade, conforme observação em mesmo documento, alcançou projeção internacional com a divulgação de sua fundação em revistas como Hyades, na

Espanha, e Bulletin, da Associação Americana de História da Enfermagem, nos Estados Unidos, configurou o reconhecimento, por parte dessas instituições, da importância da recém criada entidade no tocante às questões que envolvem a temática da História da Enfermagem.

Ainda em consonância com o objetivo traçado de fomentar estudos e publicações acerca da temática observou-se que no primeiro ano de atuação da academia já ocorreu o lançamento do livro, organizado pelos professores doutores Fernando Rocha Porto e Wellington Mendonça Amorim, *História da Enfermagem: identidade, profissionalização e símbolos*, durante o evento dos 120 anos da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto-UNIRIO.

Em outro documento analisado, a Ata da Reunião Extraordinária, notou-se a importância da constituição de parcerias para a fundação da ABRADHENE, com destaque ao apoio oferecido pelo Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo (COREN-SP) à época:

“Dando início, a presidente apresenta a proposta de plano de trabalho exigida como contrapartida do Conselho Regional de Enfermagem – COREN-SP para a utilização do espaço para escritório de representação da ABRADHENE, junto ao Centro de Aperfeiçoamento Profissional da Enfermagem – CAPE/COREN-SP, à Rua Dona Veridiana, 298, São Paulo, que consiste de duas (2) salas equipadas com armários, mesa, cadeiras, computadores e ramal telefônico, servido ainda de ar condicionado e som ambiente, localizado no primeiro piso do CAPE/COREN-SP” (Campos, 2010, p. 1).

Sendo assim, a Academia propôs, em contrapartida, e foi aprovado pelo COREN-SP, um projeto sobre “Representações

Sociais da Enfermagem no Cinema”, com a apresentação mensal de um filme, seguida de debate, aberto a todo o público interessado, sem ônus. Vale destacar que o referido projeto alcançou êxito, com um número cada vez mais crescente de pessoas interessadas, graças à divulgação antecipada da programação pelo próprio Conselho. Além do projeto referido, a Academia também realizou junto ao Conselho um Colóquio sobre a História da Enfermagem e um Seminário de Educação e Pesquisa.

Os membros da Academia mostravam-se empenhados, conforme observado nos documentos analisados, em manter publicações inéditas que contribuíssem para os estudos e trabalhos voltados à história da enfermagem, bem como defendiam a atuação de professores em história da enfermagem nos cursos de capacitação profissional e capacitação para docentes, conforme excerto da Ata da 2.^a Assembleia Geral da ABRADHENF:

“Dr. Wellington Amorim considerou que era necessário trazer produções novas, textos originais, resultados de pesquisa para não haver repetição de textos e análises. [...] Dr. Gilberto Tadeu ressaltou a importância da participação de professores de história da enfermagem, para capacitação docente, [...] Dra. Taka relatou sobre dois cursos específicos, de 08 a 12 ou 16 hs de duração, oferecidos para enfermeiros/docentes de História da Enfermagem com limitação de 10 vagas” (Campos, 2011, p. 3).

Vale destacar que o personagem referido no excerto trata-se do Prof. Dr. Gilberto Tadeu Reis da Silva, docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Dentre as instituições da enfermagem, no cenário nacional, que passaram a se

interessar pela Academia, destacam-se: Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, ABEN Nacional e Universidade Adventista de São Paulo. Vale pontuar que essas parcerias constituíram-se em ganhos para a temática da história da enfermagem ocorrendo, por exemplo, a partir delas, o lançamento do livro *Ivete Oliveira-ícone da Enfermagem Brasileira*, cuja edição havia sido feita em parceria da ABRADHENF com a UFBA. Soma-se a isso a parceria entre pesquisadores da Academia com o Museu Nacional de Enfermagem Ana Neri-MUNEAN, sediado, até então, em Salvador (BA), com o propósito de alavancar o desenvolvimento de projetos educativos e culturais sobre história da enfermagem.

A ideia de se criar um espaço para discussões e debates em história da enfermagem, o que hoje é a ABRADHENF, com o intuito de tentar “entender o passado dessa profissão e como ela desenvolveu-se através do tempo até os dias atuais teve início na década de oitenta com a profa Dra Amália Correa de Carvalho” (Oguisso, 2015), adquiriu o impulso necessário duas décadas depois através dos membros do grupo de pesquisa “História e Legislação de Enfermagem” cujo desejo maior era a criação da Federação Ibero-Americana de História da Enfermagem (FIHAE).

E, apesar de a criação da ABRADHENF não ter sido a ideia primeira, conforme verificado nos documentos analisados, sua fundação serviu para impulsionar os trabalhos e estudos ligados à história da enfermagem, constituindo-se num importante pólo de disseminação das ideias, estudos, pesquisas, debates acerca da temática e como esta influenciou, e ainda influencia os comportamentos e atitudes como profissionais de enfermagem.

Os primeiros anos de existência da

Academia foram de intensa produção de conhecimentos neste campo do saber. Seus membros empenharam todos os esforços necessários para a disseminação desses conhecimentos através de cursos, simpósios, seminários e publicações, procurando contemplar cada uma das alíneas expressas em seu artigo 2.º refletindo sua razão de existir, sua missão.

Importante destacar, também, o interesse de seus membros em manter um canal aberto de comunicação e interação com outros pesquisadores da área, sendo através de participações em congressos nacionais e internacionais, ou, sendo na formação de agentes multiplicadores em cursos oferecidos pela entidade aos demais profissionais interessados.

Outro aspecto relevante foram as parcerias que a Academia constituiu em sua trajetória inicial, que ajudaram a alicerçar essa entidade por acreditarem em seus ideais e por estarem convictos de que a Academia contribuiria, em muito, para os estudos nesta área de conhecimento. Exemplos de parcerias foram as firmadas com a EEUSP que concordou em ceder espaço físico para acomodar o escritório da entidade bem como abrigar a página da ABRADHENF em seu site; com o COREN-SP que de imediato prontificou-se, também, em ceder um espaço físico e em contrapartida propôs à entidade a realização de cursos para os profissionais de enfermagem, desafio de imediato aceito pelos membros; com o COFEN; entre outras instituições.

Percebe-se a necessidade de maior divulgação das atividades da Academia, a fim de atrair novos interessados, especialmente entre graduandos e pós-graduandos da enfermagem e de áreas afins, como a História. Essa é uma das limitações atuais, pois vê-se que ainda há um exíguo número de associados, em torno de 30

pesquisadores inscritos. No entanto, acredita-se que a divulgação do que é a Academia poderá angariar novos adeptos.

Inegavelmente tudo que foi produzido pela ABRADHENF, no período de 2010 a 2014, foi relevante para os estudos na área da história da enfermagem e contribuiu para o engrandecimento da profissão. E ainda, faz-se mister, a citação de dois importantes desdobramentos ocorridos com a sua criação, a saber, o grande apoio dado para a criação da FIHAE, em 2014, com sede na cidade de México, da qual é associada. Configurando que a internacionalização dos estudos em História da Enfermagem não só fortaleceram os mecanismos de cooperação e colaboração entre seus membros associados como também favoreceram a complementariedade de forças e recursos entre instituições situadas em diferentes realidades, propiciando um enriquecimento contínuo e mútuo de oportunidades de novos conhecimentos.

O segundo desdobramento foi a reinauguração do Centro Histórico Cultural da Enfermagem Ibero-Americana (CHCEIA), em 2015, responsável por manter viva e preservada a história da formação da identidade profissional da enfermagem através de seu riquíssimo acervo.

CONCLUSÃO

A fundação da Academia inaugurou um importante espaço para debates e estudos sobre a história da enfermagem cujo passado, ainda mal compreendido pelos profissionais que a exercem, encontrou um importante elo para ligar-se ao presente, tornando-se mais compreensível. Passado que se reflete, ainda hoje, em nosso modo de ver e pensar a profissão, ganhando voz e fazendo-se ouvir em nosso presente para que, assim, possamos entendê-lo e

constituirmos em agentes transformadores.

A ABRADHENF foi o primeiro elemento de uma cadeia de transformações envolvendo a temática, atuando na promoção de debates em congressos como o Simpósio Ibero Americano de História da Enfermagem, na multiplicação de conhecimentos através dos cursos oferecidos a profissionais da área interessados em ampliar seus saberes, nas publicações de artigos e livros. A partir dessas experiências seus membros constituíram-se em atores sociais relevantes na formação da identidade profissional da categoria e para as futuras gerações de enfermeiros.

O resgate da história da enfermagem, feito através da memória e de outras fontes documentais, são relevantes, na medida em que fornecem subsídios para uma maior compreensão acerca da profissão no contexto social em que está inserida, bem como, possibilita a tentativa de fornecer respostas a alguns questionamentos, tais como, afinal quem somos? O que realmente desejamos? E, qual direção vislumbramos?

A finalidade à qual se propõe uma entidade, declarada em Estatuto, somente é alcançada quando estes objetivos são perseguidos com toda dedicação e afinco e postos em prática. E isto, é perfeitamente visível no caso da ABRADHENF, cuja busca incessante em difundir suas ideias, em promover conhecimento e alcançar o máximo possível de profissionais da área está muito bem alicerçada em suas ações, sendo possível constatar o quão esta entidade contribuiu, e ainda contribui, para elevar a história da enfermagem e a categoria profissional a um patamar ainda mais significativo para a coletividade.

REFERÊNCIAS

- Academia Brasileira de História da Enfermagem (ABRADHENF). (2010). *Estatuto* [internet]. Recuperado de <http://www.abradhenf.com.br/pt-br/institucional>.
- Barreira, I. A. & Baptista, S. S. (2003). O Movimento de Reconsideração do Ensino e da Pesquisa em História da Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 56(6), 702-706.
- Campos, P.F.S., Porto, F., Oguisso, T. & Freitas, G.F. (2008). Memória da Saúde em São Paulo: Centro Histórico Cultural da Enfermagem Ibero-Americana. *Cadernos de História da Ciência*, 4(I), 39-52.
- Campos, P. F. S. (novembro, 2010). Ata da Reunião Extraordinária. Academia Brasileira de História da Enfermagem. São Paulo.
- Campos, P. F. S. (junho, 2011). Ata da Segunda Assembleia Geral. Academia Brasileira de História da Enfermagem. São Paulo.
- González, J.S. (2016). Teoria e Método nos Estudos Históricos em Enfermagem—o Modelo Estrutural Dialético dos Cuidados (MEDC). In Oguisso, T., Freitas, G.F. & González, J.S. (Ed.), *Enfermagem-História, Cultura dos Cuidados e Métodos* (pp. 289-315). Rio de Janeiro: Águia Dourada.
- Kuntze, T.D. (setembro, 2010). Ata da Primeira Assembleia Geral. Academia Brasileira de História da Enfermagem. Rio de Janeiro.
- Löw, L. (2013). *Enfermeiras Negras na Revolução Constitucionalista de 1932*. (Tese inédita de mestrado). Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, SP.
- Oguisso, T. (2014). *Trajetória histórica da enfermagem*. Barueri-SP: Manole.
- Oguisso, T. (2016). Amália—Uma Gigante da Enfermagem Brasileira. *Enfermagem em foco*, 7 (3/4), 81-85.
- Padilha, M.I.C.S., Nazario, N. O. & Moreira, M.C. (1997). A Compreensão do Ideário da Enfermagem para a Transformação da Prática Profissional. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 50 (3), 307-322.
- Padilha, M. I. C. S. & Borenstein, M.S. (2005). O Método de Pesquisa Histórica na Enfermagem. *Texto, Contexto e Enfermagem*, 14(04), 575-584.
- Primeiro Simpósio Ibero-americano de História da Enfermagem: Memória e Identidade Profissional. (2007). *Livro Programa*. São Paulo: Tecart.

Representaciones sociales del rol de la enfermera chilena en salud mental y psiquiatría 1960-1975: Una mirada histórica

Social representations of the role of the Chilean nurse in mental health and psychiatry 1960-1975: A historical view

Representações sociais do papel do enfermeiro chileno na saúde mental e na psiquiatria 1960-1975: um olhar histórico

Jeannette Andrea Quiroz Reyes¹, Edith Rivas Riveros²

¹Docente Departamento Universidad de Chile. Magister en enfermería mención Gestión del Cuidado Universidad de la Frontera, Temuco, IX región. Correo electrónico: Jeannettequiroz@med.uchile.cl

²Doctora en enfermería. Directora Magister en enfermería mención Gestión del Cuidado Universidad de la Frontera, Temuco, IX de la Araucanía. Correo electrónico: edith.rivas@frontera.cl

Cómo citar este artículo en edición digital: Quiroz Reyes, J.A. & Rivas Riveros, E. (2019). Representaciones sociales del rol de la enfermera chilena en salud mental y psiquiatría 1960-1975: Una mirada histórica. Cultura de los Cuidados (Edición digital), 23 (54). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.54.15>

Correspondencia: Independencia 1027, Independencia, Santiago de Chile. Código Postal: 8380453

Correo electrónico de contacto: jeannettequiroz@med.uchile.cl

Recibido: 07/12/2018; Aceptado: 09/03/2019



ABSTRACT

Introduction: The professionalization of psychiatric nursing started in 1928 with the inclusion of the subject "Care of mental and nervous patients" in the curriculum of the nursing career at the University of Chile.

Objective: To reveal social representations regarding the professional role of nurses in the Psychiatric Hospital in the 60's.

Material and method: Qualitative research from the constructivist paradigm, descriptive type, historical methodology of documentary review and oral history. The

study units were: a) the nurses who worked in the Psychiatric Hospital in the 60's and b) the revision of primary documents. The data collection consisted of semi-structured interviews and historical documents. The analysis was carried out using the constant comparative method and supported by the Atlas.Ti software. The criteria of methodological rigor and the 7 ethical principles of Ezequiel Emanuel were applied, a project approved by the Scientific Ethics Committee.

Results: 1 thematic core emerged: social

representation. As subcategories: *Valuable ideology in career choice and development; *Professionalism and social determinants; *Integral care as a social response.

Discussion: Highlight the assistential care, delegation of medical procedures.

Conclusion: Professional psychiatric nursing began in the 60's.

Keywords: Social representation, history of nursing, nursing research, psychiatric nursing, Moscovici.

RESUMO

Introdução: A profissionalização da parte enfermagem psiquiátrica 1928, com a inclusão do tema "Cuidar de pacientes mentais e nervosos" no currículo da carreira de enfermagem da Universidade de Chile.

Objetivo: Revelar as representações sociais sobre o papel profissional do enfermeiro no Hospital Psiquiátrico na década de 60.

Métodos: A pesquisa qualitativa a partir do paradigma construtivista, descritivo, histórico de revisão de documentos metodologia e história oral. Unidades de estudo foram: a) as enfermeiras que trabalhavam no Hospital Psiquiátrico na década de 60 e b) análise de documentos primários. A coleta de dados consistiu de entrevistas semiestruturadas e documentos históricos. A análise foi realizada utilizando o método comparativo constante e apoiada pelo programa Atlas. Ti os critérios de rigor metodológico e princípios éticos 7 Ezequiel Emanuel, Comitê de Ética Científica aprovação do projeto foram aplicados.

Resultados: 1 núcleo temático emergiu: representação social. Como subcategorias: *Ideologia valiosa na escolha de carreira e desenvolvimento; *Profissionalismo e determinantes sociais; *Cuidado integral como resposta social.

Conclusão: A enfermagem psiquiátrica

profissional iniciou-se na década de 60.

Palavras chave: Representações sociais de enfermagem, história da enfermagem, pesquisa em enfermagem, enfermagem psiquiátrica, Moscovici.

RESUMEN

Introducción: La profesionalización de la enfermería psiquiátrica parte el año 1928 con la inclusión de la asignatura "Cuidados de enfermos mentales y nerviosos" en el currículum de la carrera de enfermería de la Universidad de Chile.

Objetivo: Develar las representaciones sociales respecto del rol profesional de las enfermeras en el Hospital Psiquiátrico en la década del 60.

Material y método: Investigación cualitativa desde el paradigma constructivista, de tipo descriptivo, metodología histórica de revisión documental e historia oral. Las unidades de estudio fueron a) las enfermeras que trabajaron en el Hospital Psiquiátrico en la década del 60 y b) la revisión de documentos primarios. La recolección de datos consistió en entrevistas semiestructuradas y documentos históricos. El análisis se realizó por medio del método comparativo constante y se apoyó en el programa Atlas. Ti. Se aplicaron los criterios de rigor metodológico y los 7 principios éticos de Ezequiel Emanuel, proyecto con aprobación del Comité de Ética Científico.

Resultados: Emergió 1 núcleo temático: la representación social. Como subcategorías: *Ideario Valórico en elección y desarrollo de carrera profesional; *Profesionalismo y determinantes sociales; *Cuidado Integral como respuesta social.

Discusión: Destaca el rol asistencial, delegación de procedimientos médicos.

Conclusión: La enfermería profesional

psiquiátrica se inicia en la década de los 60.

Palabras clave: Representaciones sociales de enfermería, historia de la enfermería, investigación en enfermería, enfermería psiquiátrica, Moscovici.

INTRODUCCIÓN

La enfermería en salud mental ubica su remoto origen en la Orden de San Juan de Dios, religiosos católicos quienes arriban a Chile a inicios del siglo XVII con la misión de administrar los primeros hospitales y de brindar cuidados directos a pacientes (Huaquián, Siles y Velandia, 2013).

El inicio de la profesionalización de la enfermería psiquiátrica en Chile se establece en el año 1928, con la inclusión de la asignatura “cuidados de enfermos mentales y nerviosos” en el currículum de la carrera de enfermería de la Universidad de Chile y se reafirma en 1944, en el Plan de estudios, con la asignatura “Higiene Mental”, con un total de 48 horas (Flores, 1965). Ambos eventos marcan precedentes en el desarrollo profesional de enfermería, documentándose en 1952, la designación de una beca a la primera enfermera docente, para cursar la especialidad de enfermería psiquiátrica en la Universidad de Toronto, Canadá (Flores, 1965).

El objetivo del estudio es develar las representaciones sociales respecto del rol profesional de las enfermeras en el Hospital Psiquiátrico en la década del 60. Esta investigación se enfoca en representaciones sociales del rol profesional de enfermeras, en el Hospital Psiquiátrico en la década 1960-1970. Se entenderán las representaciones sociales como una forma de aproximarse al conocimiento a partir de las experiencias individuales y colectivas del sujeto enfermera (Araujo Martínez, Elena,

de Souza, Sônia Regina, y Romijn Tocantins, Florence, 2012).

La representación social (RS) es un modelo que explica cómo se construye socialmente la realidad. Corresponde a actos de pensamiento e imágenes condensadas que contienen una gran cantidad de significados, a través de las cuales una persona transforma un objeto en un símbolo (Materán, 2008). Para Abric (2004) los individuos se relacionarán entre sí y con su entorno, de acuerdo con lo que comprenden como real y ello determinará sus conductas.

Realizar una investigación sustentada en la teoría de las RS permite la construcción de conocimiento, puesto que permite ampliar la comprensión del porqué ocurren determinados hechos, a la luz de la interpretación de los grupos que vivencian el fenómeno. Es necesario esclarecer que las RS no aparecen espontáneamente en el lenguaje de las personas, es el investigador quien debe objetivarlas a partir de la opinión, imagen y comportamiento de los grupos sociales (Araujo Martínez, Elena, de Souza, Sônia Regina, y Romijn Tocantins, Florence, 2012).

A inicios de la década del 60, Chile es un país subdesarrollado con graves problemas socioeconómicos. Altos índices de pobreza y migración de población del campo a la ciudad, ocasionan importantes problemas de saneamiento básico. La tasa de analfabetismo llega a un 25% (Paredes y Rivas, 2014).

Un discurso del Ministro de Salud de la época, insta a los psiquiatras a hacerse partícipes del grave problema social que tiene Chile en materia de salud mental (Valdivieso, 1966). El Ministro cita un estudio de Horwitz y Muñoz (1957), que estima la existencia de 180.000 alcohólicos, con incidencia en 1958 de un 5%, de psiconeurosis entre 10 a 20% y la epilepsia

en 2%, Datos de la época indican que existen 3 casos de psicosis por cada 1,000 habitantes y 153 neurosis por cada 1,000 habitantes (Muñoz, Marconi y Horwitz, 1970).

Estos problemas de salud mental están relacionados con el grado de desarrollo socioeconómico del país, que condicionan de manera determinante las patologías prevalentes. Se establece así un círculo vicioso de miseria y enfermedad, en el que la pobreza, el medio insalubre y la existencia de patrones culturales indeseables, son causa y consecuencia de niveles precarios de salud y de problemas mentales. Además, se debe considerar la actitud de rechazo de la sociedad hacia los desequilibrios de la mente, enraizado en la tradición y temores (González, 1976).

A pesar de que el concepto de salud mental está incorporado teóricamente en los planes y en las declaraciones de la política de salud, el público, los administradores y políticos en general perciben muy débilmente la problemática. De esta forma las prestaciones de servicios generales de salud son insuficientes, válido también para los servicios de salud mental y psiquiatría (González, 1976).

Los intentos de solución de los problemas psiquiátricos de la década se concentran en los grandes hospitales asilares (Buñuel y Arroyo, 1970). Así, en 1972, en América Latina existían unos 455 establecimientos hospitalarios dedicados exclusivamente al cuidado de enfermos mentales, con una capacidad aproximada de 135,000 camas. Esto representó un aumento considerable sobre las que existían en 1964 (OPS, 1974) (Valdivieso, 1965).

El hospital psiquiátrico, de corte tradicional y con numerosos vicios de funcionamiento, tenía presupuestos reducidos, instalaciones antiguas e inadecuadas, condiciones sanitarias

deficientes, hacinamiento, alimentación deficiente, vestimentas escasas y, muchas veces, falta de medicinas. La mayoría del personal asistencial está constituido por practicantes y auxiliares, con nula o muy deficiente preparación (Horwitz y Naveillan, 1970).

Por otra parte, la formación en salud mental de los médicos generales y enfermeras es, salvo excepciones, también muy deficiente. Se admite su incapacidad para manejar casos psiquiátricos de urgencia, seguir pacientes que han sido dados de alta, administrar psicoterapias simples o emprender acciones elementales de salud mental (Valdivieso, 1966; Garrido, 1972).

La situación de las enfermeras en Chile, informada por el Colegio de Enfermeras de Chile (CECH), señala que, en 1964, existe un déficit de profesionales. El acento en la formación se dirige a la enfermería sanitaria, enfocada en la atención directa de la comunidad y poblaciones (Flores, 1965).

Durante su preparación, las estudiantes de enfermería de la Universidad de Chile, en tercer año, cursan la asignatura "Cuidados de Enfermos Mentales y Nerviosos", de 20 horas anuales, cuyo objetivo es entregar herramientas a las egresadas para dar respuesta a las necesidades de salud mental de la comunidad (Flores, 1965).

Al egresar, el contexto laboral demanda que las enfermeras se enfoquen principalmente hacia la administración (Flores, 1965).

A pesar del reducido número de ellas, socialmente la enfermera es visualizada como una profesional magnánima destinada al fomento, prevención y reparación de la salud del individuo en el seno de su familia. De esta forma durante los años 60, la imagen de la enfermera en Chile transita por uno de sus mejores momentos, siendo reconocida como un profesional de formación

universitaria de alta calidad en relación con sus pares en Latinoamérica, con un cuerpo profesional con organización técnico-administrativa autónoma en los establecimientos de salud públicos, organizadas en un Colegio Profesional que vela por el ejercicio ético de la profesión y el resguardo de sus asociadas. Para ejercer, en esta década es requisito ser miembro del colegio profesional (Núñez Carrasco, Urrea Medina y Pavez Lizarraga, 2016).

En el año 1969, se marca un hito para la incipiente enfermería psiquiátrica del país: la creación de la Sociedad Chilena de Enfermería en Salud Mental, concebida en base a redes y cuyo proyecto fue integrar a la comunidad en la reinserción de las personas con trastornos psiquiátricos (Horwitz y Naveillan, 1970).

MÉTODO

Estudio cualitativo de paradigma constructivista (Burns y Grove, 2004) (Maykut y Morehouse, 1999) (Pedraz, A. Zarco, J. Ramasco, M. Palmar, 2014). Desde la perspectiva ontológica para este paradigma las realidades se comprenden como construcciones mentales individuales o colectivas de carácter específico, modificables a través de la influencia relacional entre investigador y sujetos de investigación (Guba y Lincoln, 2002). Se recurrió a la metodología histórica asumiendo como base la revisión de documentos y la historia oral (Grajales, 2002; Padilha y Borenstein, 2005; Velandia, 2012). La recolección de los datos se realizó a través del análisis de documentos considerados fuentes primarias y de entrevistas semiestructuradas. Se consultaron fuentes secundarias para poder otorgar contexto y comprensión de las fuentes primarias.

La selección de los participantes del

estudio fue a través de muestreo opinático, utilizando la técnica de bola de nieve (Burns & Grove, 2004). Criterios de inclusión utilizados: poseer el título de enfermera, desempeño de funciones al menos de un año en el Hospital Psiquiátrico en la década señalada, deseos de participar del estudio, firma del consentimiento informado. Se aplicó la crítica externa para inspeccionar la naturaleza de los documentos, determinando su autenticidad (Barreira, 1999) y la crítica interna para verificar la exactitud de un relato con al menos otras dos fuentes (orales o escritas) que entregaron la misma información (Burns y Grove, 2004)

Con respecto a los criterios de calidad/rigurosidad la presente investigación consideró la credibilidad y dependencia (Ruiz, 2009; Guba, 1981).

Desde las implicancias éticas, la investigación se adscribió a los 7 requisitos éticos de Ezekiel Emanuel (Emanuel, 2003): Valor social, en cuanto a develar los inicios de la enfermería psiquiátrica chilena, Validez científica a través del diseño y la utilización de dos métodos de recolección de la información, Selección equitativa de sujetos a través de muestra opinática, Proporción favorable de riesgo-beneficio, no suponiendo ningún riesgo para los participantes y sí beneficios en cuanto a poder recordar, trascender a través del relato, Evaluación Independiente: se contó con revisión de un par experto externo a la investigación. Consentimiento Informado, Respeto a los sujetos inscritos por medio de la colaboración voluntaria resguardando el anonimato de los sujetos participantes del estudio e informando de los resultados una vez concluido. El proyecto fue autorizado por el Comité de Ética Científico de la Universidad de la Frontera (CEC UFRO).

Para el análisis se utilizó el Método Comparativo Constante (MCC) (Maykut,

Morehouse, Álvarez, y Roure, 1999; Schettini y Cortazzo, 2015), generando una matriz de categorización. Considerando que esta investigación se realizó con dos técnicas distintas de recogida de datos (entrevistas en profundidad y análisis de datos), para el análisis documental se utilizó el programa Atlas.Ti en su versión 7.5.4.

RESULTADOS

Ideario valórico en elección y desarrollo de carrera profesional

Motivación humanístico-social, para estudiar enfermería, centrada en las necesidades y derechos humanos del paciente. La decisión de dedicarse a la enfermería psiquiátrica surge principalmente en las experiencias clínicas como estudiante. Son potenciadores de la decisión, el tiempo de práctica (2 a 3 meses) y la mística transmitida por sus docentes (médicos y enfermeras).

La autonomía del rol les permitió desarrollar sus inquietudes personales y experimentar diferentes formas de realizar el trabajo.

(E2P17US269) *“A mí me aguantaron mucho...lo que yo decía... me lo daban...entonces yo no tengo nada que decir en ese sentido, me apoyaron mucho. Porque era una cuestión novedosa, no había terapeutas, no había nadie que hiciera...”*

Profesionalismo y determinantes sociales

Hace referencias a las funciones propias del rol, el entorno del paciente y la necesidad de cambio. Fuerte predominio del rol administrativo, a la vez que se produce desarrollo profesional.

(E1P46US136) *“porque creo que ... en salud mental es donde más se rutiniza ... el trabajo*

(...) ...no tienes jeringas, no tienes la cajita de curaciones, entonces tienes el paciente... y tienes que estar capacitado para darle mucho a ese paciente”.

Rol Administrativo

Las enfermeras fueron destinadas a un servicio en particular, lo que aumenta la presencia de enfermeras en los servicios de agudos. Ello se traduce en la organización de éstos y en acciones que apoyaron el cuidado directo: Revisión de indicaciones médicas, creación del tarjetero, implementación del control de fármacos y mejora de la ficha clínica en los servicios de agudos.

De esta forma, se reestructuraron y definieron las funciones del personal, aumentó la supervisión directa, permitiendo detectar irregularidades y mejorar las relaciones interpersonales entre el equipo y con los pacientes. Las enfermeras redactaron manuales de procedimientos y de funciones. En esta década se inician los turnos diurnos de fin de semana por enfermera.

(E2P13US240) [Recursos humanos y materiales]... *Limpieza...*

Rol Asistencial

En el rol asistencial destacaron los cuidados de enfermería en la atención directa al paciente y los procedimientos médicos delegados a enfermeras.

Las publicaciones de enfermeras contemporáneas al estudio, relatan que las enfermeras en psiquiatría utilizan técnicas y procedimientos generales y desarrollan habilidades como la creatividad, la modificación del ambiente, generando entornos favorecedores de interacción. Emerge el “rol psicoterapéutico” de la enfermera. En este contexto surgen reparos relacionado a la cantidad de tiempo invertido en realizar procedimientos

delegados y cumplimiento de indicaciones médicas.

Rol Educativo- Investigativo

Esta categoría plantea que la enfermera debe educar al paciente, familiares y personal de enfermería. A través de la educación se busca disminuir el temor del paciente a los procedimientos (TEC), el miedo y angustia de la familia, en relación al paciente y a los procedimientos médicos. Se entregan instrucciones sobre los cuidados de la medicación al alta. Se evidencia la importancia de las rutinas y del ambiente estructurado en psiquiatría, y se puntualiza la necesidad de planificar actividades por cada tipo de paciente.

(E3P14US460) [Al paciente] “...decirle que se le iba a hacer un tratamiento, explicarle hasta donde se podía, (...)...tú tenías que buscar como una explicación para cada paciente...”.

Se educa incidentalmente al personal de enfermería y de aseo, principalmente en la forma de relacionarse con los pacientes y en el apoyo a procedimientos.

Participación en prácticas clínicas de las universidades y colaboración en cursos de capacitación del área Norte del SNS. Participación en Congresos y colaboración en publicaciones médicas. Contribución en la publicación del “Manual de Psiquiatría” de Gomberoff y Olivos, con el Capítulo de Enfermería Psiquiátrica.

Se localizó un artículo de investigación sobre el seguimiento de los pacientes esquizofrénicos al alta.

Perfeccionamiento

Oportunidades de desarrollo profesional, catalogando su progreso como satisfactorio, de acuerdo a sus intereses, con apoyo institucional en tiempo y financiamiento. Pasantías en el extranjero y realización de

post grados académicos. Participación activa en Sociedades Científicas de la época, particularmente en la Sociedad Chilena de Salud Mental.

Sin embargo, el contexto fue adverso para aplicar lo aprendido.

(E1P45US131) “También hice una pasantía...de un mes en el país Vasco y un mes en el Hospital Psiquiátrico de Madrid...volví con... con hartas ideas...pero el Director no me dejó realizar ninguna...”.

En los textos se evidencia que el rol de la enfermería psiquiátrica era objeto de discusión y análisis. Los pacientes una vez dados de alta no tienen continuidad en los cuidados.

Cuidado integral como respuesta social

Enmarcado dentro del rol asistencial, existe preocupación por el cuidado que requiere el paciente y el trato que recibe. Éste es percibido como abusivo, existe vulneración de derechos y falta de dignidad. La atención y supervisión directa, permitió detectar situaciones de maltrato físico que se investigaron y sancionaron. Existe educación al personal para corregir estas conductas.

(E2P11US226) “los enfermos de repente dicen “es que el tío...le pegó” ... nadie sabía nada excepto los enfermos que decían que el tío le había pegado...”.

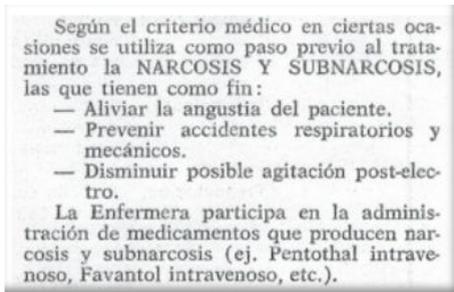
No existían el consentimiento informado, ni protocolos de procedimientos. Pasado cierto tiempo, los enfermos son trasladados desde los servicios de agudos a los servicios de crónicos, eternizándose su estadía.

(E1P33US98) “...lo que sí sabía que [pacientes]... permanecían mucho tiempo hospitalizados...Y que después de tanto tiempo pasaban a crónico...Y ahí a vivir en el hospital...”.

Dos de los tratamientos médicos de la época (electroshock e insulino-terapia) son delegados en las enfermeras. Éstos son descritos como traumáticos, tanto para el paciente como para el equipo que debe realizarlos. Quienes vivencian el procedimiento de electroshock lo consideran un castigo, realizándose incluso contra su voluntad y con camisa de fuerza en algunos casos.

(E3P14US458) *“nunca faltaba el que había escuchado que le iban a poner electricidad y...le tenían terror...entonces a veces eran batallas campales para atender a algunos pacientes, entonces a veces en vez de estarlo afirmando había... que ponerle camisa de contención...”*.

Se encontró un artículo del año 72 que reconoce la delegación del procedimiento y describe el rol de la enfermera en la Terapia Electroconvulsiva (TEC). Requiere preparación y adiestramiento de la enfermera que lo aplica.



GARRIDO, M. A. (1972). «Participación de la enfermera Psiquiátrica en el tratamiento de electroshock». *Rev. Neuropsiquiatría*, pp. 17-19

Durante la época estudiada evoluciona el uso de medicamentos, que inducen un estado de “Narcosis y subnarcosis” (anestésicos) en la aplicación de la TEC, lo que mejoró las condiciones en las que se realizaba. Una de las participantes se preparó para realizar TEC con anestésicos, ello significó que el hospital psiquiátrico fue

el primer espacio público donde se realizó con anestesia.

(E2P21US305) [TEC sin anestesia] *“Entonces qué pasaba...que se...luxaban...los hombros... se luxaba la mandíbula...se fracturaban...entonces...la gracia era hacerlo con anestesia con ‘succí’”*.

Otro tratamiento utilizado en la época es la insulino-terapia, tratamiento médico delegado a las enfermeras, utilizado principalmente en los pacientes esquizofrénicos. Consiste en inyectar insulina subcutánea en cantidad suficiente para inducir un estado de coma. Por observación visual, se decide en qué momento revertir. Los cuidados pre, intra y post, son rudimentarios y causan preocupación en las enfermeras ya que existe riesgo de muerte.

(E1P30US64) *“Lo que sí nos pasaba de repente es que sufríamos mucho que... el... que estaba en coma... no, no volvía... Y ahí empezábamos a correr... claro porque eso es súper peligroso...”*.

(E1P30US95) *“Claro, antes se sacaba con mermelada (del coma insulínico) ... Por sonda nasogástrica con mermelada...”*.

En algunas ocasiones los psiquiatras observan el procedimiento, mas no participan. Las entrevistadas recibieron adiestramiento en esta terapia por parte de auxiliares y posteriormente fueron las encargadas de aplicarla. Ninguna observó a las enfermeras anteriores a ellas realizarla.

La documentación de la época hace referencia a la insulino-terapia como un procedimiento médico, sin embargo, los relatos indican la delegación.

Algunas de las entrevistadas dedicaron gran parte de su tiempo a la labor-terapia. Por primera vez se realizan actividades recreativas centradas en el interés de los

pacientes, como el fútbol y el baile, existían tardes bailables.

(E2P15US258) *"...empezamos a juntar sectores... de hombres con mujeres y hacíamos...tardes bailables...los días lunes... y así empezamos... los martes era... mi fútbol..."*.

Lo anteriormente descrito coincide con los artículos escritos por enfermeras que puntualizan la laborterapia como una de las acciones de enfermería.

A fin de colaborar con el Equipo de Rehabilitación, el Servicio de Enfermería ha tomado a su cargo algunos aspectos del programa de Laborterapia y Recreación, entre los cuales se incluyen un grupo de teatro, coro, conjunto folklórico, actividades deportivas, fiestas y paseos.

DOYHARCABAL, Y. & ESPINOZA, A. (1965). «Enfermería en Psiquiatría», *Rev. de Psiquiatría clínica*. Vol. Nro. 1. Santiago de Chile, pp. 50

Hasta el año 1965 las patologías quirúrgicas de los pacientes psiquiátricos hospitalizados se resuelven en el mismo hospital y las enfermeras del Servicio de Cirugía deben actuar como arsenaleras, segundo cirujano e incluso proporcionar anestesia en cirugías diversas, desde traumatológicas a ginecológicas, además de los cuidados intra y post operatorios. Se realizan también procedimientos quirúrgicos en pacientes externos del hospital, específicamente las cirugías estereotáxicas que buscan la destrucción de la glándula hipófisis, tratamiento de la época para los cánceres hormonodependientes.

(E4P14US697) *"ahí lo que operábamos era muy interesante porque eran cánceres hormono dependientes, entonces operábamos... cáncer de mamas, cáncer de próstata... también eh en general casi todas las operaciones... con la operación de la cirugía estereotáxica..."*.

DISCUSIÓN

La experiencia común de las enfermeras les permitió adquirir discernimientos particulares, ello influyó en la estructuración de ideas y en su construcción identitaria, función atribuible a las RS en cuanto a la interpretación de la realidad, el sentido de pertenencia grupal y la manifestación de los comportamientos y prácticas (Moscovici, 1979), a partir de lo cual se puede inferir que la enfermería psiquiátrica chilena tiene su desarrollo como tal en este período.

En el análisis de los discursos destaca el rol asistencial (particularmente el cuidado integral como respuesta social), ejercido principalmente por la realización de procedimientos médicos delegados y el cumplimiento de indicaciones médicas. A pesar de ello, se distingue gran autonomía profesional, permitiéndoles realizar actividades que se desmarcan de la enfermería tradicional (Doyharcabal, y Espinoza, 1965).

Esta categoría evolucionó durante el periodo estudiado, ya que las enfermeras redactaron protocolos de cuidados en relación a los procedimientos. Se destaca la creatividad como una de las habilidades necesarias para desempeñar el rol.

La influencia de las enfermeras en la laborterapia le dio un nuevo sentido a la actividad, considerando los intereses de los pacientes, proponiendo objetivos terapéuticos e involucrando por medio de la educación a todo el personal de enfermería (Doyharcabal y Espinoza, 1965).

En la década del 60 la enfermería profesional comienza a tener mayor permanencia en los servicios psiquiátricos, permitiendo el ordenamiento administrativo.

Con respecto al perfeccionamiento, las entrevistadas destacaron las oportunidades

y apoyo; sin embargo, no siempre se les permitió aplicar lo aprendido.

El entorno cultural y social influyó en las RS de las entrevistadas, quienes en la narrativa reconocen que haber dedicado gran parte del tiempo al rol administrativo y al cumplimiento de tratamientos delegados les dificultó haber alcanzado un mayor desarrollo profesional. Se distingue una evolución desde una etapa técnica hacia una etapa profesional. Sobresale la descripción de las entrevistadas de las relaciones establecidas con los psiquiatras, las que son descritas por ellas como “cercanas”, “de respeto”, “de amistad”.

En esta década la perspectiva sobre el paciente psiquiátrico cambia. Las profesionales de enfermería establecen nuevas formas de comunicación y atención hacia los pacientes. Evolucionan, por tanto, la forma de administrar cuidados, la capacitación del personal, la disponibilidad de profesionales. La nueva forma de relacionarse con los pacientes influye en la construcción de las RS de las enfermeras puesto que les ayuda a esbozar el rol de la enfermera en psiquiatría y de los cuidados (Dias da Silva, Vizeu Camargo y Itayra Padilha, 2011).

CONCLUSIONES

El estudio pone sello, en que la enfermería psiquiátrica chilena nace en el periodo estudiado, dado el desarrollo humanístico-social del rol profesional, situación que potenció la interacción paciente-enfermera. A partir del análisis de sus experiencias con pacientes, familias y con asuntos administrativos propios de los pacientes, las primeras enfermeras construyeron el rol de la enfermera en psiquiatría.

En este desarrollo, es relevante la autonomía que detentan las enfermeras

psiquiátricas en el período estudiado, situación inédita en el contexto de desarrollo de la enfermería nacional y que les permitió dar respuesta a los problemas de la práctica clínica con creatividad y apoyo por parte de los Jefes de Servicio y administración del hospital.

Sin embargo, la evolución de la enfermería psiquiátrica chilena presentó en sus primeros años un desarrollo dificultoso, debido a que las necesidades del país se dirigían hacia la salud de la madre y el niño, como preferencia nacional, lo que influyó en las decisiones de la estructura de enfermería, para orientar recursos hacia las áreas más deficitarias, desplazando a la psiquiatría.

Un aporte importante, de la presente investigación es constituirse como el insumo inicial para futuras investigaciones sobre la enfermería psiquiátrica chilena, cimentando las bases para continuar evidenciando el rol profesional a lo largo de la historia de la salud en Chile.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abric, J. C. (2001). *Las representaciones sociales: Aspectos teóricos, en prácticas sociales y representaciones*. México: Presses Universitaires de France y Ediciones Coyoacan.
- Araujo Martinez, E., de Souza, S.R. & Romijn Tocantins, F. (2012). As contribuições das representações sociais para a investigação em saúde e enfermagem. *Investigación y Educación en Enfermería*, 30(1), 101-107. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072012000100012&lng=en&tlng=pt (Consultado el 10 de noviembre de 2018).
- Barreira, I.A. (1999). Memória e história para uma nova visão da enfermagem no Brasil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 7(3), 87-93. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11691999000300012>.
- Buñuel, L. G. & Arroyot, L. G. (1970). *El hospital psiquiátrico como centro de salud mental*. In Grupo de trabajo sobre la administración de SERVICIOS PSIQUIATRICOS Y DE SALUD MENTAL (p. 96). Washington: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/1701>

- [34/40238.pdf?sequence=1&isAllowed=y#page=66](#).
- Burns, N. Grove, S. (2004). Introducción a la Investigación Cualitativa. En *Investigación en Enfermería* (pp. 385-430). Elsevier.
 - Cameron, D., Kapur, R. & Campbell, P. (2005). Releasing the therapeutic potential of the psychiatric nurse: a human relations perspective of the nurse-patient relationship. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 12(1), 64-74. Recuperado de <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2004.00796.x>.
 - Schettini, P. & Cortazzo, I. (2015). *Análisis de datos cualitativos en la investigación social*. Editorial de la Universidad Nacional de La Plata (EDULP). Recuperado de: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/49017>.
 - Doyharcabal, I. Espinoza, A. (1965). Enfermería en Psiquiatría. *Rev. de Psiquiatría Clínica*, 4(1), 50.
 - Emanuel, E. (1999). ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. En: *Investigación en Sujetos Humanos: Experiencia Internacional*. Santiago de Chile: Programa Regional de Bioética OPS/OMS (pp. 33-46).
 - Flores R. (1965). *Historia de la Enfermería en Chile. Síntesis de su evolución educacional*. 1.ª parte (1.ª ed.). Autoedición.
 - Garrido MA. (1972) Participación de la enfermera Psiquiátrica en el tratamiento de electroshock. *Rev. Neuropsiquiatría*, 17-19.
 - González Uzcategui, R. (1976). Salud mental en América Latina: problemas y perspectivas. Boletín de La Oficina Sanitaria Panamericana. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/17540/v81n2p93.pdf?sequence=1>.
 - Guba, E. (1981). Criteria for assessing the trustworthiness of naturalistic inquiries. *Ectj*, 29(2), 75.
 - Guba, E. & Lincoln, Y. (2002). Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social*, 113-145.
 - Guerra, T. G. (2017). La metodología de la investigación histórica: una crisis compartida. *Enfoques*, 14(1 y 2), 5-21.
 - Horwitz, J. Muñoz, L. (1958). Investigaciones epidemiológicas acerca de la morbilidad mental en Chile. *Rev. Serv. Nac. Salud.*, (3), 277-309.
 - Horwitz, J. & Naveillant, P. (1970). Primeras experiencias de psiquiatría en la comunidad en Chile. En: Grupo de trabajo sobre la administración de SERVICIOS PSIQUIÁTRICOS Y DE SALUD MENTAL (p. 74). Organización Mundial de la Salud.
 - Huaiquién Silva, J. C., Siles González, J., Velandia Mora, A. L. (2013). La enfermería de la Orden de San Juan de Dios en el Chile colonial. *Aquichan*. Vol. 13, No. 2, 290-300.
 - Materán, A. (2008). Las representaciones sociales; un referente teórico para la investigación educativa, *Geoenseñanza*, 13(2), 243-248. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/360/36021230010.pdf> (Consultado el 10 de noviembre de 2018).
 - Maykut, P. Morehouse, R. (1999). *Investigación Cualitativa Una guía Práctica y filosófica* (H. Ediciones, Ed.) (1.ª ed.). Barcelona.
 - Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público* (Huemul, Ed.) (2.ª ed.). Buenos Aires.
 - Muñoz. L. J. Marconi v J. Horwitz et al. (1970) Prevalencia de enfermedades mentales en el Grau Santiago En: *Epidemiología Psiquiátrica en América Latina*, J. Mariátegni y G. Adis Castro, Eds. Buenos Aires, Acta, Págs. 113-125.
 - Núñez Carrasco, E. R., Urra Medina, E. & Pavez Lizarraga, A. (2016). Identidad e institucionalidad de las enfermeras chilenas en la mitad del siglo XX. *Ciencia y enfermería*, 22(1), 135-145.
 - Organización Panamericana de la Salud 1969-1972. (1974) *Las Condiciones de Salud en las Américas. Publicación Científica 287*. Washington, D. C.
 - Coelho de Souza Padilha, M. I. & Stüsskind Borenstein, M. (2005). O método de pesquisa histórica na enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, 14(4). 575-584. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072005000400015>.
 - Paredes P., Rivas E. (2014). Historia del ejercicio profesional de enfermeras hospitalarias del sur de Chile (1940-1980). *Ciencia y enfermería*, 20(1), 9-21. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532014000100002>.
 - Pedraz, A. Zarco, J. Ramasco, M. Palmar. (2014). Investigación cualitativa (1.ª ed). Barcelona: Elsevier.
 - Ruiz, J. (2009). *Metodología de la investigación cualitativa* (4.ª ed). Bilbao: Universidad de Deusto.
 - Silva, Sílvia Éder Dias da, Camargo, Brígido Vizeu & Padilha, Maria Itayra. (2011). A teoria das representações sociais nas pesquisas da enfermagem brasileira. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(5), 947-951. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000500022>.
 - Valdivieso, R. (1966). Discurso del Sr. Ministro de salud, Prof. Dr. Ramón Valdivieso, en la inauguración de la Jornada Anual de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía sobre Salud mental. *Rev. Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 1, 69-71.
 - Velandia Mora, A. (2012). Fundamentos teórico metodológicos de investigación en historia de la enfermería. *Cultura de los cuidados*, 0(31), 118-126. Recuperado de <https://doi.org/10.7184/cuid.2011.31.15>.

Análisis bibliométrico de tesis doctorales españolas en lactancia materna, entre los años 1980-2015

Bibliometric analysis of Spanish doctoral theses on breastfeeding, between the years 1980-2015

Análise bibliométrica de teses de doutorado espanholas em aleitamento materno, entre os anos 1980-2015

Ana García Rubio¹, Carmen Isabel Gómez García², Pilar Martínez Clares³ y María Jesús Ruíz García⁴

¹Escuela Internacional de Doctorado, Universidad de Murcia, Murcia, España

²Profesora Titular de Universidad. Perteneciente a clases pasivas. Facultad de Enfermería, Universidad de Murcia, Murcia, España

³Profesora Titular de Universidad. Dpto. de Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación. Facultad de Educación, Universidad de Murcia, Murcia, España

⁴Profesora Titular de Universidad. Dpto. Enfermería. Facultad de Enfermería, Universidad de Murcia, Murcia, España

Cómo citar este artículo en edición digital: García Rubio, A., Gómez García, C.I., Martínez Clares, P., y Ruíz García, M.ª J. (2019). Análisis bibliométrico de tesis doctorales españolas en lactancia materna, entre los años 1980- 2015. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 23 (54). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.54.16>

Correspondencia: Ana García Rubio. C/ José Antonio Camacho, 7, 30010, Murcia

Correo electrónico de contacto: ana.garcia7@um.es

Recibido: 12/12/2018; Aprobado: 09/06/2019



ABSTRACT

The current society inserted in a VUCA world (volatile, uncertain, complex and ambiguous) has produced vertiginous changes in relation to breastfeeding. That is why we consider it necessary to analyze the knowledge and scientific production carried out to date on this discipline. From this concern, this research emerges as an interdisciplinary study that aims to give priority to the protection, promotion and support of breastfeeding. The purpose is to investigate the growth and distribution of scientific documents through their analysis and evaluation, in order to gather the

scientific production of researchers on breastfeeding. To this end, a sample of 155 Doctoral Theses published in Spanish Universities is used, with the common denominator of the word breastfeeding, in the period that goes from 1980 to 2015. The methodology used is mixed, with qualitative data analysis, framed within a retrospective and descriptive analysis, as well as a quantitative analysis through bibliometric indicators. The aim is to offer a solid and reliable set of systematic, empirical and critical research processes and results, in order to present information on current and future research and innovation trends.

Keywords: Breastfeeding, health sciences, nursing, bibliometric indicators, doctoral theses.

RESUMO

A sociedade atual inserida em um mundo da VUCA (volátil, incerto, complexo e ambíguo) produziu mudanças vertiginosas em relação ao aleitamento materno. Por isso, consideramos necessário analisar o conhecimento e a produção científica realizada até o momento nesta disciplina. A partir desta preocupação, esta pesquisa surge como um estudo interdisciplinar que visa dar prioridade à proteção, promoção e apoio da aleitamento materno. Objetivo é investigar o crescimento e a distribuição de documentos científicos por meio de sua análise e avaliação, a fim de coletar a produção científica de pesquisadores em aleitamento materno. Para tanto, utiliza-se uma amostra de 155 teses de doutorado publicadas em universidades espanholas, com o denominador comum da palavra amamentação, no período de 1980 a 2015. A metodologia utilizada é mista, com análise qualitativa dos dados, enquadrado em uma análise retrospectiva e descritiva, bem como uma análise quantitativa através de indicadores bibliométricos. O objetivo é oferecer um conjunto sólido e confiável de processos e resultados sistemáticos, empíricos e críticos de pesquisa, a fim de apresentar informações sobre tendências atuais e futuras de pesquisa e inovação.

Palavras chave: Aleitamento materno, ciências da saúde, enfermagem, indicadores bibliométricos, teses de doutorado.

RESUMEN

La sociedad actual inserta en un mundo VUCA (volátil, incierto, complejo y ambiguo) ha producido cambios vertiginosos en relación a la Lactancia

Materna (LM). Es por ello que consideramos preciso analizar el conocimiento y la producción científica efectuada hasta la fecha sobre esta disciplina. De esta inquietud, surge esta investigación como un estudio interdisciplinar que pretende dar prioridad a la protección, promoción y apoyo a la LM. La finalidad es investigar el crecimiento y la distribución de los documentos científicos a través de su análisis y evaluación, con el fin de recoger la producción científica de los investigadores en LM. Para ello se utiliza una muestra de 155 Tesis Doctorales publicadas en las Universidades Españolas, con el denominador común de la palabra clave lactancia materna, en el período comprendido entre los años 1980 a 2015. La metodología utilizada es mixta, con análisis de datos cualitativos, enmarcados dentro de un análisis retrospectivo y descriptivo, así como un análisis cuantitativo mediante indicadores bibliométricos. Se trata de ofrecer un conjunto sólido y fiable de procesos y resultados sistemáticos, empíricos y críticos de investigación, a fin de exponer la información sobre las tendencias actuales y futuras de investigación e innovación.

Palabras clave: Lactancia materna, ciencias de la salud, enfermería, indicadores bibliométricos, tesis doctorales.

INTRODUCCIÓN

El estudio de las tesis doctorales como objeto de análisis constituye un espejo donde se reflejan las líneas y tendencias de investigación de las universidades, es un medio idóneo para conocer la estructura social de la investigación, ya que permite analizar no sólo la evolución científica de una disciplina o área completa de estudio,

sino también identificar cuáles son sus principales protagonistas y como se relacionan entre sí. (Repiso *et al.*, 2011, p.157). El análisis de las publicaciones científicas constituye un eslabón fundamental dentro del proceso de investigación, convirtiéndose en una herramienta que nos permite calificar la calidad del proceso generador de conocimiento y el impacto de este proceso en el entorno. (Rueda- Clausen *et al.*, 2005, p. 30).

La publicación y difusión de los resultados de cualquier investigación, al margen del área que se trate, constituye uno de los pilares de la ciencia; El acto de creación de la investigación científica estaría incompleto sin la publicación. Al ser ésta, la que facilita el nexo de unión, evaluación, y llegado el caso, la aceptación de la investigación y de sus resultados por parte de la comunidad científica. (Price, 1966). En este contexto, aplicar indicadores Bibliométricos, se constituye como uno de los procedimientos en la evaluación de la actividad investigadora.

La Bibliometría como disciplina científica se fundamenta en la búsqueda de comportamientos estadísticamente regulares a lo largo del tiempo, en los diferentes elementos relacionados con la producción y el consumo de información científica. Estas razones, justifican el interés de elaborar un estudio Bibliométrico capaz de proporcionar información exhaustiva de las tesis doctorales realizadas en las universidades españolas, en el período comprendido entre los años 1980 a 2015, que tengan como tópico de estudio la Lactancia Materna (LM). Previamente se ha comprobado que no existe ningún otro trabajo similar y se ha puesto de manifiesto el alto nivel que dichos estudios han conseguido dentro de los programas

universitarios españoles, así como las bondades de esta práctica en la salud y educación de las mujeres y los lactantes.

La investigación que nos ocupa pretende realizar una revisión sistemática, crítica e integradora de las tesis doctorales existentes en este campo y que con un carácter interdisciplinar han ofrecido una comprensión más profunda del tema y del significado y alcance de la LM, dando prioridad a la protección, promoción y apoyo a la misma. A través de revisión sistemática bibliográfica y el análisis de contenido de las tesis se ha evidenciado cuáles son las fortalezas y las limitaciones u obstáculos que impiden avanzar o frenan el cambio que se ha producido a lo largo de la historia en LM. Hablar sobre LM es hablar de la historia del ser humano, como proceso biológico, es una actividad cultural que afectará a las mujeres independientemente de sus creencias o clase social. El análisis teórico de los conocimientos actuales que desde la historia, sociología, psicología, biología molecular y anatomía, se están produciendo sobre los beneficios de la LM, se verá completado con este estudio, para redefinir gran parte del conocimiento que tenemos en LM, surgiendo la siguiente pregunta de investigación ¿Qué se ha investigado sobre LM en las universidades españolas?

Objetivos de investigación

1. Analizar las tesis doctorales publicadas en universidades españolas entre los años académicos 1980/81 y 2014/15, con un muestreo de ciento cincuenta y cinco tesis doctorales extraídas de bases de datos digitales.
2. Exponer de manera cuantitativa los resultados, por medio del uso de un conjunto de indicadores bibliométricos.
3. Determinar la productividad científica

de los investigadores en LM, producidas por un autor, departamento, institución o disciplina, a través de la aplicación de la llamada Ley de Lotka.

4. Describir las relaciones existentes entre los productores científicos que han determinado a través de una red social con el estudio de Indicadores de Colaboración.
5. Exponer la información recogida sobre las tendencias de investigación, metodologías empleadas, innovación y actualidad, comprobando el estado actual de la investigación.

MATERIAL Y MÉTODO

El presente trabajo es un análisis de la estructura productiva de la investigación española catalogada dentro de la Lactancia Materna, a través de los datos extraídos de las tesis doctorales en España, en el período 1980/2015. Utilizando la base de datos bibliográfica TESEO, Tesis Doctorales en Red (TDR), Tesis digitalizadas de libre acceso de la biblioteca Virtual Miguel de Cervantes, DIALNET, y por último, tesis digitales de REBIUN (Red de bibliotecas universitaria).

Muestra

Para ello se ha utilizado una muestra de 155 tesis doctorales publicadas en

universidades españolas entre el período de 1980 a 2015. Con el fin de recoger la producción científica de los investigadores en LM.

Procedimiento y análisis

Para la realización de este proyecto, la información se ha tratado con el software ofimático de Microsoft Office, usándose sus aplicaciones específicas Word 2011 y Excel 2011. Como herramienta para la gestión de referencias bibliográficas, se ha usado Mendeley Desktop, con la finalidad de identificar, capturar, etiquetar y clasificar las tesis doctorales. Se ha realizado un registro individualizado de todos los investigadores, cuando los datos bibliográficos eran insuficientes para determinar todos los datos necesarios para catalogar a los investigadores, se ha realizado una búsqueda documental a través del motor de búsqueda Google, intentando acceder a la referencia completa de la tesis doctoral. Si aun así no era posible acceder a todos los datos, hemos intentado ponernos en contacto vía correo electrónico a través de las instituciones colaboradoras.

Una vez recuperados los documentos de las bases de datos analizadas, se han ordenado para incluirlos a través de Microsoft Excel 2011 en una base de datos propia, dándole forma y contenido a través de las siguientes variables:

TABLA 1

TESIS DOCTORAL
Título Tesis
Autor
Tutores y/o Directores de Tesis
Fecha de Defensa
Universidad
Departamento

Nombres miembros del Tribunal
Mención Europea
Línea de Trabajo
Tipología de Tesis
Tipo de Estudio

FUENTE: Elaboración propia

INDICADORES BIBLIOMÉTRICOS EMPLEADOS

Los indicadores bibliométricos empleados para el análisis de los datos han consistido en:

Indicadores de productividad, forma y contenido

Este conjunto de indicadores es el medio más simple de cuantificación de la cantidad de investigación que produce un agente investigador, y permite observar la evolución temporal del agregado (Cabezas, 2013, p.46). Se obtienen a partir del recuento de las publicaciones científicas. Se puede medir la productividad científica de un autor, departamento o grupo de investigación, una institución, disciplina o un país durante un período de tiempo determinado, entre los que destacamos los que a continuación se relatan:

- ❖ **Autores más productivos:** En este sentido, se ha calculado este indicador encaminado a identificar el porcentaje de miembros más activos en investigación en LM.
- ❖ **Instituciones, Universidad, Facultad y Departamentos más productivos:** Entre las bondades de los estudios bibliométricos podemos definir los patrones, tendencias y regularidades de la producción científica por instituciones, universidades, facultades o departamentos. Así como hacer comparaciones y ponderaciones entre ellas y sus temáticas.

❖ **Años más productivos:** Otro análisis de interés, tiene que ver con los años más productivos desde 1980 a 2015, permitiendo comparar la labor de los investigadores y grupos de investigación según la capacidad que tienen para influir en el desarrollo de nuevos artículos y la generación de nuevo conocimiento.

❖ **Líneas de investigación:** Centrándonos en las líneas de investigación llevadas a cabo en los artículos en LM, a través de un análisis del contenido muestra su grado de especialización. Para su categorización, se han agrupado según la clasificación utilizada en este estudio, analizando la cantidad de documentos publicados en cada clase temática, midiendo de esta manera la distribución por frecuencias de la producción temática.

❖ **Tipos de estudio:** Los indicadores de contenido se refieren al estudio de los ejes centrales en una publicación, su metodología se puede analizar a través de las palabras más significativas en los títulos, resúmenes, descriptores o el material y método empleado en el estudio.

Indicadores de colaboración

Los indicadores de colaboración, aplicados al estudio de las publicaciones científicas permiten conocer el grado de cooperación que un agente científico presenta en su actividad productiva. En este estudio, el

grado de colaboración se mide desde una perspectiva individual, calibrando el número medio de autores por trabajo, como desde una perspectiva institucional.

- ❖ **Índice de coautoría:** Este indicador se utiliza para determinar la actividad y cooperación científica.
- ❖ **Autoría por sexo:** El estudio de la igualdad entre mujeres y hombres es uno de los ámbitos de atención prioritarios para gobiernos y administraciones públicas y su tratamiento es imprescindible en el ámbito universitario. Por ello, se ha introducido la variable sexo como categoría de análisis, para analizar la igualdad o desigualdad de género.
- ❖ **Colaboración internacional:** Refleja las tesis doctorales en los que aparece como firmante una institución no española junto a otros autores españoles, así como tesis doctorales con mención internacional.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis de los diferentes datos se realiza a través de las medidas estadísticas de la media y de la desviación típica. El cálculo de los indicadores se realizó con MS Access 2011, mientras que para el análisis estadístico se ha usado el paquete informático SPSS en su versión 20.0.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se presentan los principales resultados de este trabajo desagregados por indicadores bibliométricos y para el corte temporal de 1980 a 2015. Indicadores de recursos humanos, producción y colaboración científica, actividad, autoría y finalmente obsolescencia, le dan forma y contenido a este estudio.

INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD, FORMA Y CONTENIDO

A través de estos indicadores se ha estudiado la producción científica de los autores de tesis doctorales, sus directores y los miembros del tribunal que participaron en las diferentes defensas de tesis. Así como, las instituciones desde las que se gestaron dichos estudios y el año en el que sucedió. Sin olvidar los tipos de estudio y líneas de investigación que han dado forma y contenido a estas tesis doctorales.

Directores de tesis doctorales más productivos

En estos 35 años estudiados, como ya se ha mencionado con anterioridad, se han identificado un total de 203 directores o codirectores de tesis doctorales. Siendo importante mencionar que un gran número de ellos solamente ha dirigido una tesis dentro de esta área. A continuación, se presentan aquellos directores que han dirigido más de una tesis. En 1996 y desde la Universidad de Granada nos encontramos con la primera tesis, de las 3 dirigidas por el Dr. Bayes García. Destacar que en las dos primeras décadas estudiadas, era muy frecuente contar con solo un director de tesis. Continuando con la Universidad de Granada, la Dra. Campoy Folgoso, dirige en 2002 su primera tesis codirigida junta al Dr. Bayes García, constatándose a través de esta variable la agregación de este tándem como grupo de investigación desde la Universidad de Granada. También desde la Medicina y más concretamente desde la Universidad Autónoma de Barcelona, nos encontramos con la Dra. Castellote Baragalló, codirigiendo 3 tesis doctorales desde la primera tesis que nos encontramos censada en nuestra base datos en 2002. Desde esta Universidad también nos

encontramos con la Dra. López Sabater, que junto a la Dra. Castellote Baragalló, dirigen otra tesis desde la Facultad de Farmacia, la primera de ellas en 2006.

Cambiando de disciplina desde la Facultad de Enfermería de la Universidad de Murcia una figura relevante y precursora del estudio de la LM desde la enfermería, la Dra. Gómez García dirige en 2006 la primera tesis de la que hay constancia en las bases de datos consultadas. La tesis doctoral de la Dra. Morales Gil, desde la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Málaga, realizando su aportación sobre la “Valoración del empleo de metodología NANDA–NOC–NIC en Lactancia materna”. La Dra. Gómez García ha dirigido entre otras tesis, como la llevada a cabo en 2011 desde la Universidad de Murcia y uno de los pocos estudios cualitativos desde la disciplina enfermera, “Un estudio cualitativo sobre Lactancia Materna prolongada en un grupo de madres de Murcia” llevado a cabo por la Dra. Ruíz García.

Si nos centramos ahora en otras figuras relevantes, desde la Universidad de Zaragoza destacamos al Dr. Rodríguez Martínez y la Dra. Samper Villagrasa, pareja de investigadores que desde 2011, tal y como consta en las bases de datos consultadas han dirigido varias tesis conjuntas. Constatándose de nuevo una red de escuelas científicas y redes académicas desde esta Universidad que participan en la producción conjunta en LM.

Tribunales de tesis doctorales más productivos

El número total de profesionales que han participado en tribunales de tesis doctorales referidas a la LM en el período estudiado es de 553. A continuación relatamos una muestra de los que han estado en más de un

tribunal de tesis, siendo un total de 89. Así, se pone de manifiesto la importancia de diferentes académicos que ocupan puestos destacados durante este período.

La Dra. Ballester Añon desde la Universidad de Alicante del Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud pública e Historia de la Ciencia ha estado presente en hasta en 3 ocasiones como Presidenta de tribunales de Tesis en su Universidad.

Desde el Departamento de Pediatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada, tenemos de nuevo a la Dra. Campoy Folgoso, que además de dirigir varias tesis doctorales, ha sido testigo de varias defensas de tesis desde 1993 a 2007, tales como, Granada, Barcelona y Málaga. También desde ésta universidad nos encontramos al Dr. Gómez Capilla desde el Departamento de Bioquímica y Biología Molecular, que de 1993 a 2014 también a participado en 5 tribunales de tesis. Continuando con la Universidad de Granada, nos encontramos al Dr. Molina Font, profesor titular de la Universidad de Granada con plaza vinculada al Servicio Andaluz de Salud, que ha participado hasta en 7 tribunales de tesis doctorales, desde 1996 hasta 2014 en Universidades tales como, Granada y Barcelona. El Dr. Narbona López, Catedrático del Departamento de Pediatría de la Facultad de Medicina, también de la Universidad de Granada, nos consta que desde 1988 hasta 1998 ha participado hasta en 4 tribunales de tesis.

Desde la isla de la “eterna primavera” destacamos a la Dra. Díaz Gómez, profesora titular de la Universidad de La Laguna del departamento de Enfermería, participando como nos consta en las bases de datos consultadas, desde 2006 hasta 2012 en varios tribunales de tesis, tanto en las Universidades de Málaga como de Murcia.

Trasladándonos al otro extremo del país, desde el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Santander), más concretamente el Servicio de Pediatría, destacamos al Dr. García Fuentes, que desde 1989 hasta 2003, ha participado en 5 tribunales de tesis en universidades como Zaragoza, País Vasco, Cantabria o Granada. También desde la Universidad de Santiago de Compostela, desde el Departamento de Ciencias forenses, Anatomía Patológica, Ginecología y Obstetricia y Pediatría, destacamos al Dr. Tojo Sierra, con su participación hasta en 4 tribunales desde 1989 a 2008 en universidades de País Vasco, Santiago de Compostela y Granada.

Continuando en nuestro ámbito, la Enfermería, destacar al Dr. Linares Abad, desde la Universidad de Jaén y el Departamento de Enfermería, participando en diferentes tribunales de tesis como vocal desde 2009 hasta 2013 en las universidades de Alicante, Granada y Málaga. Desde la Unidad Docente de Matronas de la Región de Murcia, la Dra. Martínez Roche ha participado en hasta 4 tribunales de tesis doctorales desde 2006 hasta 2015, pasando desde la Universidad de Murcia hasta Alicante y Universidad de Málaga. Y es desde ésta última universidad desde donde destacamos la figura de la Dra. Morales Gil, profesora titular de Universidad en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Málaga. Presenciando hasta 4 defensas de tesis doctorales desde 2011 hasta 2014, en las universidades de Murcia y Málaga.

Instituciones más productivas

Las tesis producidas se han defendido en 30 universidades diferentes, estamos por tanto ante una herramienta de análisis científico de amplia difusión en la universidad española. No obstante, un

número reducido de tesis concentran la mayoría de tesis defendidas: Autónoma de Barcelona, Autónoma de Madrid, Complutense de Madrid, Alicante, Barcelona, Granada, Málaga y Murcia. Convirtiéndose en los principales productores de trabajos en LM y el auténticos faros que han guiado la proliferación de estudios en esta temática.

En cuanto a Facultades de lectura, se pone de manifiesto el carácter médico que tiene la LM, concentrándose fundamentalmente entre las Facultades de Medicina y Ciencias de la Salud, siendo bastante inferior en otros campos del conocimiento. No obstante, son las Facultades de Medicina las que adquieren mayor protagonismo, situándose en segundo lugar las Facultades de Ciencias de la Salud. Aludimos al bajo número de tesis defendidas en las Facultades de Enfermería al hecho de que muchas de ellas se encuentren adscritas dentro de Facultades de Ciencias de la Salud como Departamentos de Enfermería. Resultado que se corrobora en el estudio de tesis defendidas por departamentos, donde se puede observar, que el Departamento de Enfermería junto al del Pediatría y Pediatría, Ginecología y Obstetricia encabezan el ranking de Departamentos donde se han defendido más tesis doctorales.

Años más productivos

El análisis de la evolución productiva evidencia un crecimiento del número de tesis leídas, dicho crecimiento se va produciendo al mismo ritmo y en los mismos plazos temporales que la extensión de la enseñanza universitaria, el crecimiento en el número de alumnos y la inversión en recursos humanos que esta conllevó (Delgado *et al.*, 2006, p. 499). Así en la década de 1980 a 1990 nos encontramos con 15 tesis doctorales leídas, número que se duplica en

la siguiente década de 1991 a 2000 con 32 tesis leídas en universidades españolas. Investigaciones del más alto nivel que va en un progresivo aumento, continuando con la siguiente década de 2001 a 2011 nos encontramos con 41 tesis doctorales. Pero es especialmente en el último quinquenio estudiado, en el cual se va a producir la eclosión definitiva, ya que en la mitad de tiempo que el anteriormente analizado se han leído 67 tesis doctorales. Esta cifra puede considerarse como un signo de interés por este tema que en la actualidad aún permanece sobre la LM en España.

Líneas de investigación

Las líneas de investigación estudiadas se refieren principalmente a temas relacionados a analizar ya sea bien desde una metodología cualitativa como cuantitativa aspectos de la LM, seguido de líneas de investigación cuya finalidad era la promoción de la LM. Siendo las revisiones históricas aquellas áreas en las que menos profundizan las tesis doctorales.

Tipos de estudio

Las metodologías que han prevalecido han sido la Cualitativa Descriptiva con líneas de investigación que analizan la situación actual de la LM o fomentan la promoción de la misma. Y los de metodología Cuantitativa Analítica de Cohortes o Casos – controles, que han analizado desde epidemiología de la LM, su composición o los factores que influyen en su permanencia o abandono.

INDICADORES DE COLABORACIÓN

Estos indicadores, permiten conocer el grado de cooperación que los protagonistas estudiados presentan en su actividad productiva a través de estos indicadores, el grado de colaboración se mide tanto desde

una perspectiva individual, calibrando que autores han producido tesis en LM, como una perspectiva institucional, caracterizando la colaboración a la hora de dirigir tesis, como su presencia en tribunales. No menos importante es conocer la colaboración internacional o la autoría por sexo.

Índice de coautoría

En el siguiente apartado se ha considerado cruzar dos indicadores anteriormente presentados, para situar a cualquier director en relación con la comunidad a la que pertenece. Para ello, se ha establecido una genealogía de autores de tesis doctorales en LM, dirección de tesis doctoral y afiliación a tribunal. Y posteriormente se ha completado con una red de coparticipación de los diferentes académicos como directores de tesis y participación en tribunales, ya que no todos nos han conestado como autores de tesis en LM en las bases de datos consultadas.

Por tanto, si analizamos las estructuras reticulares de coparticipación, podemos observar como casi todos ellos han estado presentes en evaluaciones de otras universidades estrechamente relacionadas, presentando en muchos casos además la característica común de tener una relación bidireccional. Otras variables nos permiten estudiar cómo se han interrelacionado los investigadores como directores de tesis doctorales junto a su presencia en tribunales tanto de sus universidades como en otras universidades. Mostrándose activos en cuanto a dirección de tesis, liderando proyectos de investigación así como creando lo que hoy en día se llama “la ciencia de las redes”. Se puede estudiar su estructura social a nivel micro y comprobar cómo es un patrón que se repite en la mayor parte de todos los autores.

Tras estudiar las escuelas científicas o redes sociales que se han ido creando, se puede confirmar una unión de las universidades de la zona centro de España con el triada entre Universidad de Alcalá de Henares, Complutense de Madrid y Autónoma de Madrid guiado por los Dr. Nogales Espert y Dr. Álvarez De Los Heros. Destacar la presencia del Dr. Tojo Sierra que ha estado presente en tribunales de Universidad de Granada y País Vasco. Continuando con la Universidad de Granada, destacar la escuela científica entre las universidades de Granada y Barcelona, dominadas por las figuras, Dra. Campoy Folgoso, Dra. López Sabater y Dr. Molina Font. Otra escuela científica es la formada por la Dra. Lozano de La Torre y el Dr. Sanjurjo Crespo a través de encuentros bidireccionales entre las universidades de Cantabria y País Vasco.

Bajando hacia el sur, nace la escuela científica formada por la Dra. Gómez García perteneciente a la Universidad de Murcia, que conecta los tribunales de las universidades de Málaga a través de la Dra. Morales Gil y Alicante y Miguel Hernández de Elche a través de los doctores Cortés Castell, Juste Ruíz y Rizo Baeza. A esta escuela científica se une la Dra. Díaz Gómez de la Universidad de La Laguna. Quedando establecida una red de investigadores expertos en LM.

Autoría por sexo

El objetivo de este indicador es analizar la representación las diferencias de género en LM, comprobando si existen diferencias de sexo en estas investigaciones de alto nivel. El 69,03% de los trabajos son firmados por mujeres, es decir, 107 de los 155 analizados han sido producidos por mujeres, siendo casi el doble que los firmados por hombres, confirmando la presencia de mujeres en el

campo de la producción de tesis doctorales en LM.

Colaboración Internacional

Tan solo 3 tesis doctorales constan en las bases de datos consultadas, con mención internacional que se han llevado a cabo en el terreno de la LM, aportando 1,93%. Dichas tesis doctorales pertenecen al sistema universitario catalán, 3 universidades que se encuentran en grandes áreas metropolitanas, Barcelona y Tarragona. No se ha obviado que de las 3 tesis doctorales con mención internacional, ninguna ha sido realizada desde la enfermería. Habitualmente, solo se hace eco de las grandes investigaciones, de los avances tecnológicos, de la robotización o de nuevos hospitales, invitándonos a reflexionar, ¿por qué no podemos comenzar a visibilizar la enfermería española nuestras investigaciones en cuidados a nivel internacional? Con la llegada de la convergencia del Espacio Europeo de Educación superior (EEES), tenemos la oportunidad de un espacio abierto en el que no existen obstáculos de movilidad de estudiantes, con garantía de calidad.

CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y PROSPECTIVAS

Si tuviéramos que poner fecha y escenario al resurgimiento de la disciplina enfermera, sería tras la creación del EEES, la implantación del Grado de enfermería y la posibilidad de realización de másteres académicos oficiales. Se abrieron las puertas a los profesionales enfermeros para desarrollar una carrera investigadora, que incluiría entre sus hechos más relevantes la defensa de una tesis doctoral.

Hemos constatado una evidente heterogeneidad tanto en la elaboración de

tesis, como dirección, así como presencia en tribunales. Poniéndose de manifiesto a través de las escuelas científicas o redes académicas que se han ido creando a través de una colaboración bilateral entre centros a nivel nacional. En este sentido, la propuesta es lograr que diferentes instituciones encuentren la congruencia y el punto de equilibrio entre los investigadores, haciendo uso de investigaciones multidisciplinarias, para realizar nuevas aportaciones desde diferentes perspectivas al estudio de la LM. Aludimos del crecimiento producido a finales de los años 90 y principios del nuevo milenio en lo que a producción científica en LM se refiere, debido a las medidas gubernamentales impulsadas para promover la LM, reconociéndose oficialmente la LM como una prioridad.

El estudio de las unidades de análisis ayuda a dilucidar las líneas de investigación más definidas como es, el análisis y promoción de la LM bajo las metodologías más empleadas, Cualitativa Descriptiva y Cuantitativa Analítica de Cohortes o Casos-controlados. En cuanto a diferencias de género en LM, el 69,03% de los trabajos son firmados por mujeres. Un estudio llevado a cabo por López Gómez en 2016, destaca que se aprecia una tendencia a estar más representadas las mujeres en la autoría de la producción científica. Aunque a pesar de esto, los últimos datos del Ministerio de Sanidad aluden a que solo un 20% del total de Catedráticos está formado por mujeres. No se ha encontrado predominio de colaboración internacional, dicha dimensión es una de las principales características de la ciencia actual, reflejándose su peso cada vez más en los evidentes cambios en cuanto a producción del conocimiento se refiere.

En cuanto a limitaciones destacar que las bases de datos no recogen el total de tesis producidas en España y nos gustaría

recordar que “Sin datos no hay visibilidad y sin visibilidad no hay prioridad” (Huyer y Westholm, 2002, p. 84).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arias, F. G. (2017). Obsolescencia de las referencias citadas: un mito académico persistente en la investigación universitaria. *E-Ciencias de la Información*, 7(1), 1-14.
- Berchid-Martínez, F., Herrero-Hahn, R., y Hueso-Montoro, C. (2017). Producción científica en enfermería transcultural en el periodo 2007–2014. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 21(49), pp. 23-45. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2017.49.13>.
- Buela-Casal, G., Bermúdez, M.P., Sierra, J.C., Guillén-Riquelme, A. y Quevedo-Blasco, R. (2012). Productividad y eficiencia en investigación por comunidades autónomas españolas según la financiación. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*. 6(1), pp. 1-10. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2171206915700013#bib0005>.
- Cabezas Clavijo, A. (2013). *Estudio Bibliométrico de la producción científico, actividad y colaboración científicas en grupos de investigación: el caso de la Universidad de Murcia*. (Tesis doctoral). Granada: Universidad de Granada.
- Curiel-Marín, E., y Fernández-Cano, A. (2015). Análisis cuantitativo de tesis doctorales españolas en didáctica de las ciencias sociales (1976-2012). *Revista Española de Documentación Científica*. 38(4), e110.
- Delgado López-Cózar, E., Torres-Salinas, D., Jiménez-Contreras, E. & Ruiz-Pérez, R. (2006). Análisis bibliométrico y de redes sociales aplicado a las tesis bibliométricas defendidas en España (1976-2002): temas, escuelas científicas y redes académicas. *Revista Española de Documentación Científica*, vol. 29 (4), 493-524.
- Huyer, S. y Westholm, G. (2002). *Toolkit in Gender Indicators in Engineering, Science and Technology*. UNESCO/GAB. Paris: Unesco.
- López Gómez, E. (2016). Análisis de las tesis doctorales sobre tutoría: aproximación bibliométrica y tendencias temáticas. *Rev. gen. inf. doc.* 26(1), 147-164. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/RGID/article/view/53047>.
- Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. (2018). *Datos y cifras del sistema universitario español. Curso*

- 2016-17. Madrid: Secretaría General Técnica. Subdirección General de Documentación y Publicaciones. Recuperado de http://estadisticas.mecd.gob.es/EducaJaxiPx/Datos.htm?path=/Universitaria/Alumnado/Estadistica/20162017/1GradoCiclo/CapituloI/10/&file=mat_1.px&type=pcaxis.
- Price, D. J. S. (1963). *Little science, big science*. Nueva York: Columbia University Press.
 - Repiso, R., Torres, D. & Delgado, E. (2011). Análisis

bibliométrico y redes sociales en tesis doctorales españolas sobre televisión (1976 – 2007). *Comunicar*, 37, 151-159.

- Rueda-Clausen Gómez, C. F, Villa-Roel Gutiérrez, C. & Rueda-Clausen Pinzón, C. E. (2005). Indicadores bibliométricos: Origen, contradicción y nuevas propuestas. *Revista MedUNAB*, 8(1), 29-36.

Una excepción en la trayectoria formativa de las mujeres: Al-Ándalus en los siglos VIII-XII

An exception in the academic training of women: Al-Andalus during the 8th to the 12th centuries

Uma exceção na formação das mulheres: Al-Andalus nos séculos VIII-XII

Blanca Espina-Jerez¹, Patricia Domínguez-Isabel², Sagrario Gómez-Cantarino³, Paulo Joaquim Pina-Queirós⁴, Carmen Bouzas-Mosquera⁵

¹Universidad de Castilla-La Mancha. Campus Toledo. Graduada en Psicología. MSc en Psicología Clínica y de la Salud. Grado en Enfermería. Estudio Asociado HISAG-EP. Correo electrónico: b.espinajerez@gmail.com

²Universidad de Castilla-La Mancha. Campus Toledo. Grado en Enfermería. Estudio Asociado HISAG-EP. Correo electrónico: patriventas98@gmail.com

³PhD Universidad de Castilla-La Mancha, Toledo. Departamento: Enfermería, Fisioterapia y Terapia Ocupacional. Campus de Toledo. Correo electrónico: sagrario.gomez@uclm.es

⁴PhD Professor Coordenador. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal. Estudio Asociado HISAG-EP. Correo electrónico: pauloqueiros@esenfc.pt

⁵PhD, Universidad de Castilla-La Mancha, Toledo. Departamento: Enfermería, Fisioterapia y Terapia Ocupacional. Estudio Asociado HISAG-EP. Correo electrónico: carmen.bouzas@uclm.es

Cómo citar este artículo en edición digital: Espina-Jérez, B., Domínguez-Isabel, P., Gómez-Cantarino, S., Pina-Queirós, P.J. & Bouzas-Mosquera, C. (2019). Una excepción en la trayectoria formativa de las mujeres: Al-Ándalus en los siglos VIII-XII. Cultura de los Cuidados (Edición digital), 23 (54). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.54.17>

Correspondencia: Sagrario Gómez-Cantarino. Universidad de Castilla - La Mancha, Toledo. Departamento: Enfermería, Fisioterapia y Terapia Ocupacional

Correo electrónico de contacto: sagrario.gomez@uclm.es

Recibido: 20/01/2019; Aceptado: 16/05/2019



ABSTRACT

Introduction: Women in Al-Andalus, 8th to the 12th centuries, could get trained in a formal way in medicine and caring. This turning point between legal-religious regulation and healthcare was the result of different factors.

Main objective: To clarify the training

course of women in Al-Andalus during the 8th to the 12th centuries. Specific objectives: to know the educational beginnings of women in Al-Andalus; to establish the healthcare training paths of women in Al-Andalus; to define the feminine figures dedicated to healthcare according to their academic education.

Methods: Historical and descriptive review. It has conducted a bibliographic research in primary sources, original articles, manuals, libraries, historical archives and databases.

Results: The education of the andalusí women began with the reading and writing of the Koran. The training in healthcare was associated to male teachers known as *tabib*, and female teachers, *tabiba* and *qabila*. When their training was finished, women should acquire the *iyaza* and pass a theoretical-practical exam. Andalusí women got trained in hispanic-arabic medicine.

Conclusions: The training of *tabibas* and *qabilas* in Al-Andalus was silent but revolutionary, giving its formal and regulated nature. They made contributions to the obstetrics. Part of the training tradition of Al-Andalus lasts nowadays.

Keywords: History of nursing, history of medicine, women physicians, teaching, cultural diversity.

RESUMO

Introdução: Considerando diferentes de lugares e períodos históricos, a mulher residente em Al-Andalus, durante os séculos VIII-XII, podia ser formada, de forma regulamentada, em medicina e em cuidado. Tal inflexão entre as normas jurídico-religiosas e a prática sanitária foi devida a diferentes fatores.

Objetivo geral: Esclarecer a trajetória formativa das mulheres de Al-Andalus durante os séculos VIII-XII. Objetivos específicos: conhecer os inícios formativos das mulheres em Al-Andalus; estabelecer os percursos de formação em saúde para as mulheres andaluzes; determinar as figuras femininas dedicadas aos cuidados de saúde em Al-Andalus de acordo com a sua formação.

Metodologia: Revisão histórico-descritiva. Pesquisa bibliográfica em fontes primárias,

artigos originais, manuais e outros, bibliotecas, arquivos históricos e bases de dados.

Resultados: A educação da mulher andaluza começou com o aprendizagem da leitura e escrita do Corão. A formação em saúde esteve vinculada a professores do sexo masculino, *tabib* e do sexo feminino, *tabiba* e *qabila*. Quando terminaram a sua formação, tiveram que adquirir o *iyaza* e passar num exame teórico-prático. A sua formação foi em medicina hispano-árabe.

Conclusões: A formação de *tabibas* e *qabilas* andaluzes foi silenciosa, mas revolucionária, dado o seu caráter regulado e formal, e contribuiu para a obstetrícia da época. Parte da tradição formativa em Al-Andalus dura até hoje.

Palavras chave: História da enfermagem, história da medicina, mulheres médicas, educação, diversidade cultural.

RESUMEN

Introducción: Diferenciando lugares y períodos históricos, la mujer residente en Al-Ándalus durante los siglos VIII-XII pudo formarse de manera reglada en la medicina y el cuidado. Tal inflexión entre normativa jurídico-religiosa y práctica sanitaria se debió a diferentes factores.

Objetivo general: Esclarecer el recorrido formativo de las mujeres de Al-Ándalus durante los siglos VIII-XII. Objetivos específicos: conocer los inicios formativos de las mujeres en Al-Ándalus; establecer las vías de formación en salud de la mujer andalusí; determinar las figuras femeninas resultantes dedicadas a la atención sanitaria en Al-Ándalus según su formación.

Metodología: Revisión histórico-descriptiva. Búsqueda bibliográfica en fuentes primarias, artículos originales, manuales y otros, bibliotecas, archivos históricos y bases de datos.

Resultados: La educación de la mujer andalusí comenzó con el aprendizaje de la lecto-escritura del Corán. La formación en salud estuvo vinculada a docentes masculinos, *tabib*, y femeninas, *tabiba* y *qabila*. Cuando terminaban su formación, debían adquirir la *iyaza* y superar un examen teórico-práctico. Se formaron en medicina hispano-árabe.

Conclusiones: La formación de *tabibas* y *qabilas* andalusíes fue silenciosa pero revolucionaria, dado su carácter reglado y formal, e hizo aportaciones a la obstetricia de la época. Parte de la tradición formativa en Al-Ándalus perdura hasta la actualidad.

Palabras clave: Historia de la enfermería, historia de la medicina, mujeres médicas, enseñanza, diversidad cultural.

INTRODUCCIÓN

A pesar de que históricamente y de manera casi universal los cuidados han sido relegados a la mujer (Martín, Pérez & Sabado, 2012), su aplicación no siempre ha

estado fundamentada en una trayectoria formativa, y mucho menos han adquirido el reconocimiento sanitario, social y cultural merecido. En este sentido, la mujer residente en Al-Ándalus durante los siglos VIII-XII constituye una excepción (Cabanillas, 2012).

Desde la invasión árabe de la Península Ibérica en el año 711 d.C., en Al-Ándalus hubo una gran variedad étnica y cultural (Mesned, 2007). El territorio estuvo habitado por árabes, beréberes (procedentes del norte de África), Al-Mawālis (musulmanes no árabes)¹, población autóctona hispano-visigoda, muladíes (cristianos convertidos al islam), judíos, esclavos (procedentes del norte de Europa y España) y normandos (llegaron con las invasiones de las costas andalusíes) (Guichard, 1998; Halilović, 2017; Mesned, 2007). Conforme la población musulmana fue adentrándose en la península, se sucedieron los procesos de arabización e islamización, es decir, la implantación del árabe como lengua y el islam como religión, para todos los pueblos presentes en ese momento (Abellán, 2006).

FIGURA 1: Mapa de la expansión musulmana en la Península Ibérica, siglo VIII



FUENTE: Banco de imágenes y sonidos. Ministerio de Educación y Formación Profesional. Gobierno de España.
Disponible en: <http://recursostic.educacion.es/bancoimagenes/web/>

Resulta conveniente a su vez aclarar que el territorio andalusí llegó a ocupar casi toda la Península Ibérica, con la pequeña excepción de algunos reinos del norte (Figura 1). Tal puntualización se vuelve relevante para evitar confusiones con la actual Andalucía, Comunidad Autónoma española que comparte similitudes en la denominación, debido a que guardó durante más tiempo la diversidad cultural gestada en este momento histórico.

La elección del período histórico de este estudio estuvo determinada por la ocupación islámica de la región y por la propia delimitación práctica necesaria a la

hora de estudiar la historia. La invasión árabe se materializó muy rápidamente en la península, puesto que en 716 d. C. los árabes ya habían alcanzado el norte de España y empezaban a dirigir sus fuerzas hacia los Pirineos. Aunque los inicios de la Reconquista española se iniciaron años después, concretamente con la batalla de Covadonga en el 722 d. C., los cristianos no consiguieron alcanzar más de la mitad peninsular hasta llegado el siglo XII, con lo que la ocupación árabe del territorio fue prolongada (Domínguez, 2013; Valdeón, 2006) (Figura 2).

FIGURA 2: Mapa de la expansión de los reinos cristianos durante la Reconquista, siglo XII



FUENTE: Banco de imágenes y sonidos. Ministerio de Educación y Formación Profesional. Gobierno de España.
 Disponible en: <http://recursosotic.educacion.es/bancoimagenes/web/>

La religión y el proceso de islamización jugaron un papel muy importante en la configuración de la colectividad andalusí, al decidir de qué manera se regulaban los matrimonios entre las diferentes culturas (López, 1992). Al comienzo de la invasión árabe (siglo VIII), las restricciones se impusieron sobre todo en la mujer musulmana que venía de oriente, pues a ésta

el derecho malikí le prohibía contraer matrimonio con un hombre cristiano o judío. Sin embargo, el hombre musulmán, es decir, el invasor, sí podía casarse con una mujer cristiana o judía, siempre bajo el compromiso de convertirse al islam en los meses posteriores, pues de lo contrario el matrimonio quedaría anulado. La descendencia de los matrimonios

interculturales fue dando lugar a la población andalusí, educada desde el nacimiento en el islam (de Castro, 2015). Por este motivo, a partir de ahora el manuscrito utilizará de forma intercambiable los términos “mujer” y “mujer andalusí” para describir a las mujeres que residieron en el territorio de Al-Ándalus durante los siglos VIII-XII, y que fueron el resultado de la integración de diferentes culturas y sociedades. Si bien sobre los documentos jurídico-religiosos la sociedad andalusí seguía un modelo patriarcal, se dio paso a una flexibilidad mayor en los roles y patrones relacionales de la época, específicamente, en lo concerniente a la mujer. A partir del siglo X se empezó a valorar la cultura, inteligencia y conocimiento de la mujer andalusí, y no tanto su belleza y juventud (Cabanillas, 2012).

La mujer andalusí tomó un importante papel en distintas áreas culturales y sociales, en muchos casos independientemente de su condición social (Ávila, 1989). No obstante, la literatura en general tiende a vislumbrar una imagen encorsetada de la mujer de la época, en la que más bien tienen cabida los estereotipos de las poetisas, cantoras y dedicadas a otros entretenimientos. Pero nada más lejos de la realidad, también existieron mujeres dedicadas a las ciencias sociales y sanitarias, como la literatura, la copia, la astronomía, el cálculo, la medicina y los cuidados reglados de la mujer y el niño (Aguilar, 1997). Si bien es cierto que en la literatura se trata el tema de la mujer andalusí dedicada a la salud (Aguirre, 1997; Ávila, 1989; Cabanillas, 2012; Marín, 2006; Olmo & Vidal, 2012; Roldán *et al.*, 2014), apenas existen trabajos que aborden los factores que propiciaron su formación en la medicina y el cuidado, ni el recorrido que podían tomar para su adquisición. Así, el

objetivo general del presente estudio fue esclarecer el recorrido formativo de las mujeres de Al-Ándalus durante los siglos VIII-XII. Para ello, se marcaron los siguientes objetivos específicos: conocer los inicios formativos de las mujeres en Al-Ándalus; establecer las vías de formación en salud de la mujer andalusí; determinar las figuras femeninas resultantes dedicadas a la atención sanitaria en Al-Ándalus según su formación.

METODOLOGÍA Y FUENTES

Se llevó a cabo una revisión histórico-descriptiva con el fin de conocer la trayectoria formativa de las mujeres residentes en Al-Ándalus durante los siglos VIII-XII. Para ello, se analizaron los inicios educativos, las diferentes vías de formación en salud y las figuras resultantes dedicadas al cuidado y la atención de la salud-enfermedad durante este período histórico.

En una búsqueda inicial, se llevó a cabo un acercamiento a la cuestión por medio de bases de datos electrónicas: PubMed, CINAHL, SciELO y Dialnet. Con la información obtenida, se realizó una segunda búsqueda en la biblioteca de la Universidad de Castilla-La Mancha, la biblioteca pública de Castilla-La Mancha y en los archivos histórico y provincial de Toledo. De este modo se obtuvieron fuentes primarias de la época, como textos médicos, escritos de poesía y recursos artísticos; artículos originales; manuales que abordan el tema de la situación socio-cultural en Al-Ándalus y, más concretamente, de la mujer andalusí; y comunicaciones en congresos. La relación documental se resume en la tabla 1.

Los criterios de inclusión aplicados a la revisión fueron: utilización de material procedente de fuentes primarias, artículos originales, manuales y comunicaciones en

congresos ceñidas a la temática de la investigación; época de estudio comprendida entre los siglos VIII y XII; idiomas manejados por los investigadores: inglés, español y portugués; trabajos procedentes de disciplinas sanitarias y no sanitarias. Como criterios de exclusión se

marcaron: textos ceñidos específicamente a la formación de la mujer andalusí en otras disciplinas diferentes a la medicina y el cuidado; material referido a la situación del hombre en Al-Ándalus; documentos de bajo rigor científico.

TABLA 1: Número de documentos revisados

TIPO DE DOCUMENTO	N.º REVISADOS
Artículos de Revista	64
Fuentes Primarias	6
Manuales	16
Comunicaciones en congreso	6
Tesis doctorales	2

FUENTE: Creación propia de las autoras

Se procedió a la descripción, reconstrucción e interpretación de los hallazgos descubiertos, adoptando una perspectiva hermenéutica con el fin de recopilar e interpretar de la manera más objetiva posible la información encontrada. Seguidamente, la información se ordenó siguiendo un criterio cronológico que facilite la comprensión de la evidencia histórica construida.

RESULTADOS

Los inicios formativos de las mujeres en Al-Ándalus

Uno de los factores claves que determinó la dedicación de las mujeres a las ciencias sociales y sanitarias fue su inmersión en la lectoescritura del Corán. Estos comienzos formativos no estuvieron mediados por razones de índole económica, condición social o género (Mesned, 2007), pero sí

supusieron una inflexión entre la normativa legal del momento y la práctica social. Legalmente, se desaprobaba que las niñas asistieran a las escuelas coránicas, pero se tiene constancia de que existieron maestros que se opusieron ante tal regulación, y se dedicaron a enseñar a las niñas en la mezquita, desde el amanecer hasta el final del día sin ningún tipo de remuneración económica (Lachiri, 1993). Además, debido a la segregación por sexos de gran parte de los espacios públicos, se fomentó la creación de espacios de reunión similares a los de los varones, pero sólo para mujeres (Lévi-Provençal, 1953; Marín, 2010). Estas variaciones en las normas jurídico-religiosas posibilitaron que las mujeres andalusíes pudieran tener un lugar en la ciencia, la literatura, la poesía y la docencia (Aguilar, 1997).

Una vez que se daba el salto a la adquisición de una formación más específica, la situación se volvía diferente.

En muchos casos, las mujeres avanzaron y adquirieron posiciones laborales impensables al estar vinculadas a una figura masculina, bien por haber nacido en el seno de una familia de nivel socioeconómico y/o académico-educativo alto, o por prestar sus servicios a hombres de poder. Dos ejemplos del primer caso lo constituyen Umm al-Hasan, quien se formó en la lectura coránica y la poesía, y más tarde adquirió grandes conocimientos en medicina a través de las enseñanzas de su padre; y Umm Amr bint Abī Marwān Ibn Zuhr, hija del reconocido médico andalusí Avenzoar (m. 557/1162) (Olmo & Vidal, 2012). Un patrón que siguió la segunda modalidad fue Lubna (m. IV/X), experta en gramática, poetisa, copista y matemática. Trabajó como escritora para el califa Al-Hakam II y fue contratada por este como secretaria mayor de la biblioteca de Medina Azahara (Córdoba), lugar que reunió una gran cantidad de volúmenes de todas las ramas del saber (Ávila, 1989; Bernis, 1956; Cabanillas, 2012).

Vías de formación, docentes para la enseñanza en salud y paradigma médico

Para las mujeres de Al-Ándalus generalmente existían dos vías posibles de formación. Podían hacerlo con una persona dedicada a la medicina, habitualmente un varón, o con una mujer encargada de asistir a mujeres y menores. De tales opciones emergían las figuras de *tabiba* y *qabila*.

Las mujeres que tuvieron un padre u otro varón de la familia dedicado a la medicina, se formaron como *tabibas* o médicas por la vía del linaje (Aguilar, 1997; Marín, 2006; Olmo & Vidal, 2012). No obstante, también existía la posibilidad de que aprendieran los conocimientos teóricos a través de un tutor particular externo a la familia, caso bastante excepcional cuando el profesor era varón y la estudiante mujer, aunque posible en la

práctica. Requería que algún pariente estuviera presente durante las lecciones o se posicionara una cortina entre ambos, además de que la familia contara con una situación de privilegio económico que le permitiera costear la docencia de su hija (Ávila, 1989).

Debido a la aparición de figuras pseudoprofesionalizantes en el campo de la salud y los cuidados, se crearon dos regulaciones. Por un lado, en caso de que la *tabiba* quisiera dedicarse a la docencia, que sólo podía impartirla a otras mujeres mientras se hiciera con velo, debía estar en posesión de la *iyaza* o licencia para transmitir lo aprendido, regulación que ya existía en otras profesiones (Ávila, 1989; Lachiri, 1993). Por otro lado, la *tabiba* debía someterse a un examen teórico-práctico llevado a cabo por el médico jefe del momento, quien firmaba o no la licencia de acreditación teórica y práctica (Aguirre, 1997).

Existieron otras vías formativas para las figuras médicas, como el maristán u hospital, y la escuela médica privada (Aguirre, 1997). Aunque apenas existen datos sobre las instituciones sanitarias en Al-Ándalus (Fernández & Mañá, 2016), se sabe que en el mundo islámico se empezaron a desarrollar instituciones médicas, como la madrasa (escuela) y el maristán. En estos lugares se llevaba a cabo la educación médica y se practicaban cuidados universales (Edriss, Rosales, Nugent, Conrad & Nugent, 2017; Micheli-Serra, 2002). A pesar de la supuesta idoneidad de estos centros para la adquisición de conocimientos sanitarios, en Al-Ándalus apenas se tiene constancia de varias almadradas y maristanes, como el de Granada, también conocido como maristán nazari, ambas instituciones de instauración posterior al periodo histórico del presente estudio (Fernández & Mañá, 2016; Said-

Farah, 2008).

El paradigma médico andalusí entre los siglos VIII y XV fue conocido como medicina hispano-árabe, resultado de la confluencia de tres corrientes médicas: la medicina monástica, practicada por médicos mozárabes; la medicina del profeta, ejercida por los musulmanes que llegaron a la Península; y la medicina greco-helenística, de inicio más tardío en Al-Ándalus y consecuencia de la asimilación de la cultura de Occidente (Álvarez, Girón, Díaz & Peña, 1984; Guardo, San Martín, De Gracia & Palma, 2008; Puente, 2003).

El material de estudio para la adquisición de conocimientos teóricos fueron los diccionarios y manuales médicos de la época (Halilović, 2017). A pesar de que en el período comprendido entre los siglos XI y XVII, el modelo y método que guiaba la formación y la práctica médica en el mundo islámico y europeo procedía de Avicena y su Canon, en el territorio de Al-Ándalus se produjo una excepción. Tomaron mayor importancia otros tratados médicos (Moosavi, 2009), como los de *Arib ibn Sa'id* (980 d. C.) (Arib Ibn Sa'id, 1983), *Abulcasis* (1.013 d. C.), *Avenzoar* (1.077 d. C.) y *Averroes* (1.126 d.C.) (Al-Majali, 2017; Roldán *et al.*, 2014).

Figuras dedicadas a la asistencia de la salud-enfermedad

Bajo este marco formativo, cabe establecer una diferenciación según la zona de residencia. En el medio urbano se estima que el desarrollo de la *tabiba* fue más frecuente. No obstante, también se considera que posiblemente pudo existir una figura denominada *mutatabbiba*, término derivado de *mutatabbib*². En el medio rural sobre todo estuvo presente la figura de la *qabila*, aunque igualmente se extendió al área urbana para brindar su atención desde los sectores más

privilegiados a los menos.

Tabiba

La *tabiba* recibió una educación académica desde las aportaciones de la medicina antigua, a través de la tutoría teórica de maestros y maestras con alta cualificación y actualización científica (Aguirre, 1997). A pesar de ser una disciplina muy frecuente entre las mujeres andalusíes, solo se tiene constancia del nombre de seis médicas durante los ocho siglos de historia andalusí, entre las que destacó la ya nombrada Umm al-Hasan, que ejerció la práctica y la docencia de la medicina (Olmo & Vidal, 2012).

Adquirieron conocimientos anatómicos del cuerpo femenino y fueron expertas en el conocimiento sobre plantas medicinales y sus efectos secundarios. No obstante, gracias a su destreza en la lecto-escritura podían consultar y formarse teóricamente en cualquier campo de la medicina a través de los manuales médicos de la época. Se entrenaban en la práctica cuando acompañaban a la figura formativa en el desempeño de la asistencia sanitaria (Marín, 1993).

Principalmente atendieron a mujeres y menores, y en especial se encargaban de las esclavas del califa o gobernador del momento. Su ámbito de actuación socio-sanitario se circunscribió especialmente a usuarios pertenecientes a sectores económicamente privilegiados (Llaveró, 2003).

Mutatabbiba

Se estima que la *mutatabbiba* pudo acceder al saber por medio de figuras familiares de edad avanzada y como método de aprendizaje primaba la observación y la experiencia. Sus intervenciones podían estar enfocadas al tratamiento de las enfermedades más prevalentes a través de la

aplicación de sus conocimientos sobre drogas y especias (Aguirre, 1997; Marín, 2006). Se la consideraría médica práctica experimentada por la vía de formación y desempeño de su práctica asistencial, un tanto más popular, lo que en ocasiones podría complicar al lector la diferenciación con las otras figuras pseudoprofesionlizantes, también populares y vinculadas a la elaboración de pócimas y ungüentos (Arvide, 2001).

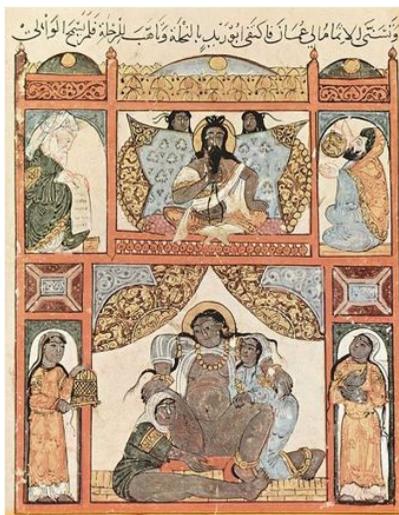
Qabila

Aunque las figuras anteriores fueron las más conocidas y tratadas por la literatura médica, escrita en las ciudades (Marín, 1993), también existe constancia de la *qabila* o matrona andalusí. A pesar de la casi inexistencia de fuentes que aborden la situación de esta figura, se sabe que fue muy solicitada sobre todo en el ámbito rural, y en el urbano atendió tanto a los sectores económicamente privilegiados como los que no (Roldán *et al.*, 2014).

La *qabila* no poseía una formación

académica reglada, a diferencia de las *tabibas*, sino que aprendía de otras mujeres (Domínguez, Elena & Fernández, 2017). La adquisición de conocimientos estaba ligada a la práctica de la maestra, de manera que incluso podían llegar a vivir juntas durante el período formativo. Cuando había que atender a una mujer las aspirantes a *qabila* actuaban como ayudantes de la experta, colocándose a los lados y/o detrás de la parturienta (Arib Ibn Sa'id, 1983) (Figura 3). Mientras, además de ayudar en lo requerido observaban el desempeño de la profesional a la vez que escuchaban las explicaciones que iba dando, para pasar poco a poco de la coparticipación a la asunción absoluta de las labores enseñadas (Ortiz, 1999). De esta manera, la *qabila* transmitía sus conocimientos de atención al parto oralmente y de generación en generación (García & Claret-García, 2005) ya que por el hecho de ser mujer se le tenía prohibido escribir tratados o *kitab* (Marín, 2006; Roldán *et al.*, 2014).

FIGURA 3: Representación islámica del parto en una casa árabe



FUENTE: *Maqamat* de al-Hariri (1054-1122), ilustración realizada por Yahya ibn Mahmud al-Wasiti. Biblioteca Nacional de París.

En: Arib Ibn Sa'id (1983) & <http://visualizingbirth.org/medieval-islamic-painting-of-a-queen-giving-birth>

CONCLUSIONES

La situación formativa de las mujeres de Al-Ándalus fue algo singular para cada una de las culturas que coexistieron en el mismo territorio y durante los siglos VIII-XII. Debido a la asimilación socio-cultural del islam por parte de los pueblos allí presentes, bajo unas normas jurídico-religiosas estrictas sobre el papel pero flexibles en la práctica social, la mujer andalusí pudo formarse y avanzar en los campos del saber.

Aunque la existencia de mujeres dedicadas a la medicina y el cuidado no fue infrecuente, apenas se conocen figuras con nombre y apellido en los diccionarios biográficos y en las fuentes primarias de la época. Lamentablemente, aunque las mujeres sí pudieron formarse y ejercer su carrera profesional, no pudieron transmitir lo aprendido a través de la escritura, solo de manera oral y en los espacios segregados propios de las mujeres.

Un ejemplo claro del recorrido educativo de mujer dedicada a la medicina fue Umm al-Hasan, quien inicialmente se formó en la lecto-escritura del Corán y después en la poesía y la medicina. Se sabe que una de las profesiones de gran valoración que permitió a las mujeres adquirir otros conocimientos fue la poesía, con lo que la educación de las aspirantes en éste área del saber era esmerada. Es posible que este paso educativo, el de formarse para ser poetisas, fuera frecuente entre las mujeres que posteriormente se instruían en otros campos del saber, línea que podría resultar de gran interés para los próximos estudios.

La figura de la *qabila* supone a su vez un punto de inflexión, pues el desempeño de su práctica profesional no estuvo determinado por los sectores más o menos privilegiados, pues contrataban sus servicios desde los

califas de la corte hasta las personas con menor nivel económico. Además de ser necesaria desde el punto de vista socio-sanitario, debido a que el hombre no podía ver por completo el cuerpo de una mujer, la *qabila* desempeñó una labor brillante, cuestión que le permitió no sólo ejercer funciones asistenciales, sino también de índole jurídica, lo que constituye también un aspecto de gran relevancia a tratar en sucesivos trabajos.

Finalmente, resulta oportuno reflexionar sobre el papel de las mujeres dedicadas a la medicina y el cuidado durante la historia. Es muy probable, que la tradición formativa en Al-Ándalus según ha ido superando las diferentes etapas de la historia, se ha ido adaptando hasta nuestros días, compartiendo grandes similitudes con la educación sanitaria actual.

A pesar de que las figuras femeninas realizaron importantes funciones y aportaciones a la sociedad de la época, realmente no recibieron el reconocimiento personal, familiar, social y cultural que merecían. En algunos casos, sus contribuciones fueron integradas a los tratados médicos escritos por hombres y a la práctica, aunque no bajo su autoría. De esta manera, el presente trabajo adquiere gran relevancia al tratar de recuperar la formación sanitaria de las mujeres en la época andalusí, educación reglada que posteriormente les permitiría dedicarse a la medicina y los cuidados formales en salud, y cuya repercusión se mantiene sobre la situación socio-sanitaria actual.

BIBLIOGRAFÍA

- Abellán, J. (2006). Poblamiento y sociedad en al-Ándalus. En *IV-V Jornada de Cultura Islámica*

- Almonaster la Real* (pp. 13-36). Huelva: Universidad de Huelva.
- Aguilar, V. (1997). Mujeres y repertorios biográficos, biografías y género biográfico en el Occidente Islámico. *Estudios Onomástico-Biográficos de Al-Andalus VIII*, 127-139.
 - Aguirre, L. F. (1997). Sobre el ejercicio de la medicina en al-Andalus: una fetua de Ibn Sahl. *Anaquel de Estudios Árabes*, 2, 157-160.
 - Al-Majali, S. A. M. (2017). Arab Muslims' Medicine and Pharmacy in Andalusia: 138-172 A. D. *Research on Humanities and Social Sciences*, 7(20), 21-28.
 - Álvarez, C., Girón, F., Díaz, A. & Peña, C. (1984). El niño enfermo en los textos médicos andalusíes. *Dynamis, Acta Hispanica ad Medicinam Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 4, 265-276.
 - Arib Ibn Sa'íd. (1983). *Kitab Khalq al-JanIn wa-Tadblr al-Habala wa al-MawludIn* (DDPP de Córdoba). Córdoba.
 - Arvide, M. L. (2001). Un ejemplo de medicina práctica en al-Andalus: el Tratado XIX del Kitab al-taerif de Abu-l-Qasim al-Zahrawi (c. 936-c. 1013). *Dynamis: Acta hispanica ad medicinam scientiarumque historiam illustrandam*, 21, 73-92.
 - Ávila, M. L. (1989). Las mujeres «sabias» en Al-Ándalus. En *La mujer en Al-Ándalus: reflejos históricos de su actividad y categorías sociales* (pp. 139-184). Madrid, Sevilla: UAM, Eds. Andaluzas Unidas.
 - Cabanillas, M. I. (2012). La mujer en Al-Ándalus. En *IV Congreso Virtual sobre Historia de las Mujeres* (p. 19).
 - Puente, C. (2003). *Médicos de al-Andalus: perfumes, ungüentos y jarabes: Avenzoar, Averroes, Ibn al-Jatib*. Tres Cantos: Nivola.
 - Micheli-Serra, A. (2002). Notas sobre la medicina del antiguo Islam. *Gac Méd Méx*, 138(3), 5.
 - Domínguez, A. (2013). *España. Tres milenios de historia*. Madrid: Marcial Pons Ediciones de Historia.
 - Domínguez, P., Elena, A. & Fernández, S. (2017). Alta Edad Media, siglos V-X: Salud y cuidados realizados en la cultura árabe. En *Los Colegios Profesionales de Enfermería, su función social e institucional* (Colegio de Enfermería de Salamanca). Salamanca.
 - Edriss, H., Rosales, B. N., Nugent, C., Conrad, C. & Nugent, K. (2017). Islamic Medicine in the Middle Ages. *The American Journal of the Medical Sciences*, 354(3), 223-229. <https://doi.org/10.1016/j.amjms.2017.03.021>.
 - Fernández, A. & Mañá, R. (2016). El legado islámico en los cuidados psiquiátricos. El Maristán de Granada. *Cultura de los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades*, (45). <https://doi.org/10.14198/cuid.2016.45.06>.
 - García, M. J. & Claret-García, A. (2005). Las funciones de la matrona en el mundo antiguo y medieval. Una mirada desde la Historia. *Matronas Profesión*, 6(1), 11-18.
 - Guardo, A. J., San Martín, G., De Gracia, A. & Palma, J. B. (2008). El despertar de la medicina árabe en la Edad Media: algunos de sus médicos. *Revista de la Asociación Médica Argentina*, 121(2).
 - Guichard, P. (1998). *Al-Ándalus. Estructura antropológica de una sociedad islámica en occidente*. Granada: Universidad de Granada.
 - Halilović, S. (2017). Islamic Civilization in Spain - a Magnificent Example of Interaction and Unity of Religion and Science. *Psychiatria Danubina*, 29(1), 64-72.
 - Lévi-Provençal, E. (1953). *La civilización árabe en España*. Buenos Aires: Espasa Calpe.
 - Llaveró, E. (2003). La Medicina Árabe (Siglos-VII-XI). En Fundación Canaria Orotava de Historia de la Ciencia, *Ciencia y cultura en la Edad Media* (Vol. Actas VIII y X). Canarias: Consejería de Educación, Cultura y Deportes del Gobierno de Canarias.
 - López, G. (1992). Las mujeres andalusíes en el discurso y en la práctica religiosa. En *Al-Ándalus: Mujeres, sociedad y religión* (pp. 33-62). Málaga: Universidad de Málaga.
 - Bernis, M. (1956). La ciencia hispano-árabe. *Temas Españoles*, 235. Recuperado de <http://www.filosofia.org/mon/tem/es0235.htm>.
 - Marín, M. (1993). Las mujeres en al-Andalus: fuentes e historiografía. En C. del Moral, *Árabes, judías y cristianas: mujeres en la Europa medieval* (pp. 35-52). Granada: Feminae.
 - Marín, M. (2006). Los saberes de las mujeres. En M. Marín, *Vidas de mujeres andalusíes* (pp. 188-189). Málaga: Sarriá.
 - Marín, M. (2010). Derecho islámico medieval y fronteras de género: reflexiones sobre textos de Al-Burzuli (m. 841/1438). *Clepsydra*, 9, 21-40.
 - Martín, M. A., Pérez, P. F. & Sabado, J. T. (2012). Mujer y cuidados: ¿historia de una relación natural? *Cultura de los cuidados*, 7(13), 36-39. <https://doi.org/10.14198/cuid.2003.13.07>.
 - Mesned, M. S. (2007). *El estatus de la mujer en la sociedad árabe-islámica medieval entre oriente y occidente*. Editorial de la Universidad de Granada, Granada.
 - Moosavi, J. (2009). The Place of Avicenna in the History of Medicine. *Avicenna Journal of Medical Biotechnology*, 1(1), 3-8.
 - Lachiri, N. (1993). La vida cotidiana de las mujeres en Al-Ándalus. En C. del Moral, *Árabes, judías y cristianas: mujeres en la Europa medieval*. Granada: Universidad de Granada.
 - Olmo, A. & Vidal, F. (2012). Dos modelos de mujeres «sabias» andalusíes en la Loja nazari. En *IV Congreso Virtual sobre Historia de las Mujeres*.
 - Roldán, M. F. J., Calero, M. Á., Pérez, R. E. M., Calama, A. M. S., Higuera, A. T. & Concepción, M. B. A. (2014). La «qabila»: historia de la matrona olvidada de al-Andalus (siglos VIII-XV). *Matronas profesión*, (1), 2-8.

- Said-Farah, M. (2008). El maristán y Al-Madrasa: Hospital-Escuela de Medicina (II). *Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología*, 83(4), 277-280. <https://doi.org/10.4321/S0365-66912008000400012>.
- Seila de Castro. (2015). Matrimonios interreligiosos y pensiones (nafaqāt) en el derecho islámico. Su reflejo en el Kitāb al-Nafaqāt del andalusí Ibn Rašīq (s. XI). En *VII Congreso virtual sobre Historia de Las Mujeres* (pp. 95-112). Universidad de Granada.
- Ortiz, T. (1999). Las matronas y la transmisión de saberes científicos sobre el parto. *Arenal*, 6(1), 55-79.
- Valdeón, J. (2006). *La Reconquista: El concepto de España: Unidad y Diversidad*. Pozuelo de Alarcón: Espasa Calpe.

NOTAS

- ^[1] Al-Mawali: Población magrebí, aunque también hispana en menor medida, que se unió a los Omeyas. Estos últimos proporcionaron a los Al-mawali puestos administrativos como estrategia política para contrarrestar el poder de las estructuras tribales árabes.
- ^[2] *Mutatabbib*: En la jerarquía de cualificación médica del momento, seguía al médico o *tabīb*, fue considerado médico práctico. Dado que únicamente se ha descrito en la literatura en términos masculinos, sólo es posible teorizar a cerca de una extrapolación de Esta figura a la ocupación femenina, a diferencia de lo que ocurre con el *tabīb*, para el que sí se encuentra recogido el término *tabiba* en la bibliografía.

Antropología

Entre ritos y contextos: Resoluciones y significados atribuidos al parto natural humanizado

Between rites and contexts: Decisions and meanings attached to natural childbirth humanized

Entre ritos e contextos: Decisões e significados atribuídos ao parto natural humanizado

Bárbara Régia Oliveira de Araújo¹, Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza², Regina Maria dos Santos³, Larissa Lages Ferrer de Oliveira⁴, Laura Maria Tenório Ribeiro Pinto⁵

¹Mestre. Professora Titular do Centro Universitário CESMAC. Maceió, Alagoas–Brasil. Correo electrónico: brboliveiraa@gmail.com

²Pós-Doutora. Professor Associado IV da Universidade Federal de Alagoas. Maceió, Alagoas–Brasil. Correo electrónico: trezzacris@gmail.com

³Doutora. Professor Associado IV da Universidade Federal de Alagoas. Maceió, Alagoas–Brasil. Correo electrónico: relpesantos@gmail.com

⁴Mestranda. Programa de pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas. Maceió, Alagoas–Brasil. Correo electrónico: larissalagesf@gmail.com

⁵Mestranda. Programa de pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas. Maceió, Alagoas–Brasil. Correo electrónico: lauraatenorio@gmail.com

Cómo citar este artículo en edición digital: Araújo, B. R.O., Trezza, M. C. S. F., Santos, R. M., Oliveira, L. L. F. & Pinto, L. M. T. R. (2019). Entre ritos y contextos: Resoluciones y significados atribuidos al parto natural humanizado. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 23 (54). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.54.18>

Correspondencia: Rua Prof. Virgílio Guedes, 794. Ponta Grossa. Maceió-AL, Brasil

Correo electrónico de contacto: brboliveiraa@gmail.com

Recibido: 06/12/2018; Aceptado: 11/03/2019



ABSTRACT

The object of this study is the development of decisions and meanings assigned by women from different health contexts in humanized natural birth. This is a

qualitative and descriptive study based on stories of 14 women from Maceió/AL, Brazil. To generate reports it was used an interview form based in the Transcultural Nursing Theory from Madeleine Leininger. The

results highlight two groups: A) Women that wished a humanized natural birth; and, B) Women that didn't wish a humanized natural birth. The first group did so believing in maternal-fetal benefits and also wishing to exercise their autonomy, giving birth respectfully through a violence free health care; while the women in the second group reported different reasons for their choices, whether understanding the shortcomings from national health system or even from fear of pain and easy access to elective cesareans. It is understood that the meanings and decisions made by the informants about their parturition are closely related with their contexts and the understanding of their health-disease process linked to parturition.

Keywords: Nursing, transcultural nursing, natural childbirth, humanizing delivery.

RESUMO

É objeto deste estudo o desenvolvimento de decisões e significados atribuídos por mulheres de diferentes contextos de saúde ao parto natural humanizado. Trata-se de um estudo qualitativo e descritivo baseado nos relatos de 14 mulheres de Maceió/AL, Brasil. Para produção de informações utilizou-se formulário baseado na Teoria do Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger. Dos resultados emergiram dois grupos: A) mulheres que desejaram parto natural humanizado e, B) mulheres que não desejaram um parto natural humanizado. As primeiras fizeram-no acreditando em seus benefícios materno-fetais e ainda desejando o exercício de sua autonomia, parindo respeitosamente por meio de uma assistência livre de violências; enquanto as mulheres do segundo grupo relataram motivos distintos para sua escolha, fosse pelo entendimento das deficiências do Sistema Único de Saúde ou pelo próprio

medo da dor e fácil acesso às cesarianas eletivas. Compreendeu-se assim que os significados e decisões das informantes acerca dos seus tipos de parto estão intimamente relacionados com seus contextos e entendimento de seu processo saúde doença atrelados à parturição.

Palavras chave: Enfermagem, enfermagem transcultural, parto normal, parto humanizado.

RESUMEN

Es objeto de este estudio las decisiones y significados atribuidos por mujeres de diferentes contextos de salud al parto natural humanizado. Se trata de un estudio cualitativo y descriptivo, basado en informes de 14 mujeres de Maceió/AL, Brasil. Para la producción de la información se utilizó un formulario basado en la Teoría del Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger. Los resultados plantean dos grupos: A) Las mujeres que desean un parto natural humanizado; y, B) Las mujeres que no desean un parto natural humanizado. El primero lo hizo creer en los beneficios para la madre y el feto y también desean el ejercicio de su utonomía, de dar a luz con respeto a través de una asistencia libre de violencia; mientras que las mujeres en el segundo grupo informaron diferentes razones para su elección fue el entendimiento de que las deficiencias del sistema nacional de salud o por el miedo al dolor y fácil acceso a la cesárea electiva. Se entiende así que los significados y las decisiones de los informantes sobre sus modos de entrega están estrechamente relacionadas con sus contextos y la comprensión de su proceso de salud-enfermedad relacionado con el parto.

Palabras clave: Enfermería, enfermería transcultural, parto normal, parto humanizado.

INTRODUÇÃO

Por anos, os profissionais de saúde tem fornecido atividades assistenciais focadas nos aspectos fisiológicos, biológicos e na dimensão clínica do processos saúde-doença das pessoas assistidas. Neste sentido, problematizamos aqui a reprodução desta lógica durante assistência à gestação e ao parto e o desenvolvimento de decisões e significados atribuídos por mulheres de diferentes contextos de saúde ao parto natural humanizado, configurando assim o objeto deste artigo.

Ao criticarem o modelo de assistência biomédica em trabalhos muito à frente de seu tempo, Jordan e Davis-Floyd abriram outras visões relativas abordagem em saúde baseada em relações de poder e domínio e na coexistência de vários sistemas de assistência à parturição e nascimento. Porém, sendo a maioria dessas pesquisas desenvolvidas por homens, até uma época recente, pouco se conhecia dos costumes das mulheres nas sociedades estudadas (Jordan, 1983; Davis-Floyd, 1992).

No setor profissional de assistência, as controvérsias dos papéis de gênero também se acentuam e apesar de constituir maior parte do setor (enfermeiras e parteiras), os empregos de prestígio e justa remuneração estão geralmente nas mãos de profissionais do sexo masculino. Sendo assim, considera-se a classe médica “de certa forma, uma expressão da ideologia social e do sistema econômico dominante, incluindo as suas divisões em estratos sociais e sua divisão sexual do trabalho” (Helman, 2009).

O processo de medicalização pode ser reconhecido como um fenômeno que torna a medicina controladora da sociedade através do saber médico e da intervenção em desvios e patologias que desnaturalizam a vida cotidiana, deixando as pessoas em desarmonia com seu meio (Vargens, 2008).

De acordo com o Ministério da Saúde, “a medicalização do corpo feminino – que trata a gravidez e a menopausa como doença, transforma a menstruação em distúrbio crônico e o parto em um evento cirúrgico – é uma das mais poderosas fontes da ideologia sexista da nossa cultura” (Brasil, 2001).

A cultura do nascimento “informa os membros da sociedade sobre a natureza da concepção, as condições apropriadas para a procriação e a gestação, o funcionamento da gravidez e do parto e as regras e os fundamentos lógicos do comportamento pré e pós-natal” (Helman, 2009).

No seu estudo transcultural sobre nascimento nas comunidades Maia (México) em contraste com a assistência altamente tecnológica dos Estados Unidos e a assistência prestada por parteiras na Holanda e na Suécia, Jordan constatou o desenvolvimento de maneiras específicas de condução do parto. Tendo estas diferenças recaído especificamente na conceituação do processo de tomada de decisão e os sistemas disponíveis para a mulher em trabalho de parto (Jordan, 1983).

A partir de então, sintetizou os conceitos encontrados em quatro categorias: I) evento natural; II) evento estressante, porém fisiológico; III) experiência pessoal intensa; IV) evento patológico. Sendo nas três primeiras realidades o parto considerado uma manifestação de saúde e de cuidados prestados no âmbito familiar, enquanto que na última nota-se a prática adoção do modelo biomédico, condicionando padrões de comportamento e cuidados próprios a um contexto geralmente hospitalar, com condutas padronizadas e emprego de rituais mais complexos, sendo a variável risco-benefício analisada no plano final da assistência (Jordan, 1983; Gualda, 2009).

Davis-Floyd também contribuiu para a caracterização dos nascimentos, tomando

como ponto de análise a perspectiva de 100 gestantes e mães, inseridas no contexto de assistência de enfermeiras, obstetrias e obstetras nos Estados Unidos. Neste estudo adotou-se a perspectiva do nascimento enquanto rito de passagem, considerando que os procedimentos executados no partear conduzem valores centrais da sociedade no qual se insere (Davis-Floyd, 1992).

Mais tarde, em 1996, a Organização Mundial de Saúde viria propor uma mudança e reformulação dos paradigmas de assistência pautada no modelo biomédico, dando o pontapé na era da humanização do parto e nascimento com o Guia de boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento. Sendo assim, este novo paradigma apresenta-se com ênfase ao respeito ao processo fisiológico e à dinâmica de cada nascimento, prezando por intervenções respeitosas e cuidadosas, sem excessos, utilizando recursos tecnológicos de acordo com critérios preestabelecidos.

No contexto brasileiro, Paim, ao descrever as concepções e maternidades em grupos populares, afirmava que a mesma não se esgotara apenas como fato biológico, mas abrangia dimensões construídas cultural, social, histórica e afetivamente, sendo este fenômeno uma construção simbólica que poderia ser percebida a partir dos diversos significados que uma gravidez pode ter na mesma cultura ou em diferentes culturas (Paim, 1998).

Acredita-se assim que que não se pode compreender o comportamento da parturiente somente no momento no qual se presta assistência à saúde. Pelo contrário, “há de se buscar a visualização do ambiente em que se desenvolveu a gestação, em que momento de vida se encontrava a mulher e o seu companheiro, e qual a preocupação maior da parturiente naquele momento”

(Bezerra, 1998).

O estudo dos elementos que compõem as práticas culturais, como valores, reflexões, costumes, normas, dentre outros, faz-se importante para a compreensão das diferenças culturais à medida que elas formam sistemas integrados. Os conhecimentos, percepções e cognições são utilizados nos sistemas culturais de saúde para definir e classificar, bem como explicar fenômenos de saúde e doença (Langdon, 2010).

Sendo assim, acreditando-se na importância e potencial dos estudos culturais embasando a formulação de práticas assistenciais culturalmente congruentes, tem-se como objetivo deste artigo descrever as decisões e significados atribuídos por mulheres ao parto natural humanizado.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo e descritivo baseado nos relatos de 14 mulheres, que optaram ou não por um parto natural humanizado, em seus diversos contextos de vida. As entrevistas foram realizadas entre dezembro de 2015 e abril de 2016 após contato com as participantes do estudo *Dimensões culturais envolvidas na busca pelo parto natural humanizado*, trabalho de dissertação de mestrado do programa de pós-graduação da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas, da qual este artigo foi extraído.

A aproximação com as informantes se deu por meio da relação previamente estabelecida pelas pesquisadoras com as mesmas e seus contextos de vivência e assistência ao ciclo grávido-puerperal. Levou-se em conta mulheres de qualquer idade que tiveram pelo menos um parto na cidade de Maceió, Alagoas, com definição

das informantes por meio do uso da técnica de amostragem não probabilística, conhecida como Amostragem em Bola de Neve ou *Snowball*.

Ao nos depararmos com as realidades de busca de cada mulher pelo parto natural humanizado, fez-se necessário a caracterização em dois grupos: A) mulheres que desejaram parto natural humanizado e, B) mulheres que não desejaram um parto natural humanizado, cada um composto por 7 informantes. As autorizações foram cedidas por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido–TCLE, como sugerido na Resolução N.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que aprova as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (CNS, 2012), e após autorização do Comitê de Ética em Pesquisa, por meio do Parecer Consubstanciado n.º 1.423.003/16.

Para produção de informações utilizou-se o eixo “Aproximação com o tema” de um formulário de entrevista semi-estruturado baseado no *Sunrise Model*, mapa visual e cognitivo para a apreensão dos múltiplos fatores que influenciam nas concepções de cuidado, alicerçado na Teoria do Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger (Leininger, 2006), composto dos seguintes questionamentos, para o grupo A: *Você está sendo entrevistada porque escolheu ter um parto natural humanizado (PNH), foi isso?; O que você entende por parto natural?; O que você entende por parto humanizado?; Por que você planejou este tipo de parto?;* e para o grupo B: *Você já ouviu falar em parto natural? O que você entende por parto natural? O que você entende por parto humanizado? Por que você não planejou um parto natural humanizado?*

As entrevistas foram transcritas na íntegra e analisadas com base em categorias temáticas levantadas por meio da assimilação da universalidade dos relatos ou

diversidade de compreensões de mundo acerca do parto natural humanizado, como proposto pela Teoria da Diversidade e Universalidade Cuidado Cultural e suas correlações com a escolha das informantes, gerando subgrupos de acordo o desfecho de seus partos.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A necessidade de aprofundar o entendimento das mulheres acerca de suas concepções sobre parto natural humanizado foi percebida a partir do momento em que estas relataram motivações e planejamento de sua gravidez e parturição. Cientes de seu contexto sociocultural, as informantes adquiriram de outras pessoas os saberes sobre o processo do parto em si.

No grupo das mulheres que buscavam um parto natural humanizado, foi possível tomar que seus conceitos universais que envolviam primeiramente uma clara necessidade de distinguir parto natural do parto vaginal, além de definir suas representações sobre a cesariana. Para as informantes, um parto natural sempre evoluirá por via vaginal, mas nem sempre o contrário será válido, pois o excesso de intervenções tiraria de si o entendimento da “naturalidade” do processo:

Parto natural é o que acontece por via vaginal. Porque o fato de não ser cirúrgico não significa que é natural, assim, quando tem todas as intervenções e remédios, instituição e aquele monte de proteção ao nosso redor não é um parto natural, pode ser um parto via vaginal, mas não um parto natural. (...). (I-02)

No contexto da atenção ao parto no sistema público, faz-se forte ainda a dicotomia da assistência localizada entre a grande violência obstétrica embutida nos

partos vaginais *versus* cesarianas desnecessárias. A partir desse entendimento e levando-se em conta os procedimentos ainda rotineiros na assistência ao parto vaginal como uso da episiotomia, a administração de ocitócitos para acelerar o trabalho de parto, amniotomia sem a prévia autorização, realização da manobra de Kristeller, o frequente toque, parece haver necessidade de definição de outros aspectos universais para ampliar a compreensão das informantes.

Sendo assim, o segundo aspecto universal, este consenso absoluto entre todas as sete informantes, é o de que o parto natural perpassa ausência de intervenções, associando a sua responsabilidade total e inteiramente à interação da mulher com seu processo de parturição e com o feto, sem interferência e durante o tempo que se julgue necessário:

O parto natural, eu acredito que seja um parto sem intervenção, com o mínimo de intervenção técnica no caso (...) eu entendo como algo que vem mais para mulher, dando o empoderamento da mulher para o seu próprio corpo, em relação ao domínio do processo, não necessariamente esperar o profissional da saúde (...). (I-05)

(...) aquele parto onde a mulher segue seus instintos é uma coisa bem animal mesmo, onde ela não tem intervenção externa, interferência externa. Eu sempre me associo ao parto dos animais né, onde eles buscam sentir as emoções, no caso as contrações e também é uma coisa assim que não tem... (I-01)

Nota-se ainda a preocupação das mesmas informantes em sinalizar que alguma intervenção possa ser necessária, o que demonstra a compreensão de que o trabalho de parto e parto são processos de saúde que determinam alterações homeostáticas

necessárias para sua evolução e que estas podem devem avaliadas por um profissional competente. Aqui salienta-se que, os possíveis riscos por si só não impedem a gestante de evoluir o curso normal do parto, necessitando sempre existir uma razão válida para interferir no processo natural (Baston, 2010).

Julga-se importante sinalizar ainda que, para este grupo de mulheres, a compreensão de naturalidade não está necessariamente relacionada a aspectos desprovidos de assimilação cultural, como na antropologia, mas sim no que se espera e se compreende de um processo harmônico e fisiológico do próprio corpo centrado na mulher e no feto enquanto atores principais.

Admitindo-se diferenças na definição de parto normal *versus* parto natural, para além da evolução da via vaginal, considera-se a reflexão de que humanizar o parto e o nascimento é um momento de contracultura que busca resgatar a humanidade e a individualidade da mulher que pari, em oposição ao ideário do corpo máquina, da mulher como fábrica de bebês e da maternidade como linha de montagem (Maia, 2010).

Esta perspectiva corrobora com o fato de que o parto natural consiste numa assistência sem intervenções ou procedimentos desnecessários durante todo o processo de parturição, onde o cuidador oferece suporte emocional e científico à mulher e/ou familiares, estimulando empoderamento individual e relações terapêuticas benéficas centradas na fisiologia e autonomia da mulher e suas escolhas livres e esclarecidas num contexto biológico, social, cultural e espiritual próprio (Cruz, 2009; Maia, 2010).

Porém, a assistência ainda prestada por profissionais de saúde, em sua maioria experiências de parto normal, caracteriza-se

por uma relação impessoal, no qual os profissionais estão distanciados do ser que recebe (Cruz, 2009). É neste sentido que, para algumas mulheres do grupo que não buscou um parto natural -grupo B- as concepções de parto natural são diversas:

[O parto natural] é um parto mais humanizado em que eles fazem a mulher estar no centro das atenções e respeita a vontade dela, como ela se sente, o que ela quer fazer... Aí ela pode fazer exercícios com a bola, tomar banho, entrar na banheira, para que ela sinta o máximo possível de bem-estar. (...) Não faz diferença [o parto natural] do humanizado. (I-04)

Eu acho assim, que é o mesmo procedimento de ter normal, só que muda que não é no hospital né, é em casa, acho que talvez tem gente que prefira ter em casa por conforto, acho que se sente mais confortável em casa do que no hospital. (I-11)

O normal é... o normal, o natural... Eu acho que o natural também é o normal né? Que você tem na maternidade, né isso? Que é com os médicos, com as enfermeiras, lhe examinando e tudo... (I-03)

Os qualificadores de parto natural utilizados pelas mulheres do grupo B deixam implícita a via de parto vaginal e a aproximação de um contexto que respeite as necessidades de conforto das mulheres. Citando as boas práticas, para o manejo do parto e nascimento e técnicas não-farmacológicas para o alívio da dor enquanto meio para este conforto, sem dispensar assistência profissional, relação muito utilizada nas discussões de assistência humanizada ao parto nascimento (WHO, 1996). Essas tecnologias podem promover o conforto, reduzindo riscos e instituindo cuidados eficazes e apropriados às

necessidades das mulheres, ressaltando uma relação profissional-paciente humanizada, ancorada no diálogo genuíno e no respeito à dignidade humana (Pereira, 2011).

No tocante ao entendimento de parto humanizado, as mulheres do grupo A localizaram a prática profissional como determinante para favorecimento e reconhecimento do bem-estar materno e neonatal, tomando a autonomia da mulher enquanto determinante para sua compreensão e não necessariamente a fisiologia ou a via de parto:

(...) acho que tem mais a ver com a postura dos profissionais que estão acompanhando o parto do que a via ou o parto natural por exemplo ou um parto desassistido no banheiro, na banheira de casa pode ser um parto natural. Mas não necessariamente é um parto humanizado, porque se aquela mulher tá assustada, ela não planejou aquilo, se aquilo não foi bom uma boa experiência pra ela, eu acho que não se encaixa no conceito de humanizado. (I-06)

Seibert afirma que “humanizar o parto não significa fazer ou não o parto normal, realizar ou não procedimentos intervencionistas, mas sim tornar a mulher protagonista desse evento e não mera espectadora, dando-lhe liberdade de escolha nos processos decisórios” (Seibert,2011), visão que corrobora com a apresentada por informantes deste grupo:

A primeira coisa que pra mim caracteriza parto humanizado é ver aquela mulher como uma pessoa protagonista do parto, que tem as suas necessidades e que (...) não se coloque empecilhos, como é feito, né? (I-02)

Sendo assim compreende-se que

humanização não perpassa a realização ou não de cesariana. Pelo entendimento da dinâmica e imprevisibilidade do parto, nem sempre o parto planejado e/ou natural será possível, o que não quer dizer que a autonomia e o respeito à mulher não foi exercido. Tem-se que “o próprio dinamismo do momento do parto pode modificar as preferências iniciais da mulher, suscitando novas escolhas que são impelidas pelo instinto do seu corpo no momento de parir” (Pereira, 2011).

As compreensões das mulheres do grupo A também são compartilhadas em certa medida pelas mulheres do grupo B quando assinalam a postura humanizada enquanto atitude profissional diferenciada. Porém, ressalta-se que no segundo grupo foi frequente a associação direta com a assistência prestada em domicílio, como fazem as informantes I-03 e I-11, que não buscavam um parto natural humanizado e tiveram seus partos assistidos sem intervenções numa maternidade SUS:

E humanizado é em casa né? Que você tem mais apoio dos seus familiares, você, tem higiene né, na sua casa, o conforto né. É acho que eu troquei! Assim no meu pensamento, é um parto que você tem na sua casa no seu conforto né, com as pessoas da sua família, lhe dando forças né, aquele vizinho também... (I-03)

(...) como natural geralmente é em hospital, humanizado é em casa no seu lar, no seu conforto, sem estresse do hospital, você mesmo pode retirar né o bebê na água é mais confortável, sem mais estresse. (I-11)

Porém, ao serem questionadas sobre a possibilidade de seus partos hospitalares serem classificados como humanizados, as mesmas informantes afirmam crer que sim, mas refletindo a possibilidade dos mesmos terem “fugido à regra” do que se espera no

contexto hospitalar, reforçando assim a dicotomia “parto vaginal com muitas intervenções *versus* cesariana mal indicada” dos Sistema Único de Saúde e sistema suplementar de atenção à saúde, respectivamente:

Eu esperava assim né, que na hora das minhas dores as enfermeiras iam ser muito ignorantes, porque sempre me falavam: “Olha, quando você for ter, não fique gritando não, porque elas são muito ignorantes”. Aí elas diriam assim: “Na hora de fazer você não sentia dor, não chorava, né? E foi bom né, na hora de fazer e na hora de ter você fica chorando”. (...) Mas quando eu comecei chorar, as meninas: “Pode chorar, grite, pode gritar! E eu lá com vergonha (...). Pra ser um hospital pelo SUS, foi bem atendido lá, o atendimento foi ótimo. (...) [porque] nem todos são assim, com pessoas que dá força, né, com pessoas que são educadas. (I-03)

(...) [se eu tivesse plano] acho que com certeza [seria] particular, mas eu acho que por ter plano eu iria optar pelo cesáreo. Acho que o povo ia sair botando coisa na minha cabeça. (...) geralmente quem tem plano, até os próprios médicos fazem isso querem que a pessoa faça cesariana, a maioria das mulheres tem plano é cesárea (...) Que eu conheça, né? Tenho amigas que os médicos falam para fazer cesariana. (I-14)

Nesta perspectiva, reflete-se aqui que os estudos sobre parto normal e cesarianas tem abordados problemas associados à organização da assistência, perpassando desde a qualidade da atenção obstétrica e os ainda atuais índices de cesariana elevados até o significado da parturição para as mulheres (Velho, 2014).

Por isso, a partir da análise da compreensão das informantes acerca do

parto natural humanizado foi possível fazer associação direta com os motivos pelos quais estas mulheres relataram acreditar terem sido incentivadas ou não a buscarem um parto natural humanizado.

As mulheres que buscavam um parto natural humanizado tiveram como motivadores universais: 1) respeito à sua escolha e autonomia; 2) estudos pessoais sobre da violência obstétrica via fóruns virtuais; e 3) compreensão acerca dos benefícios maternos e fetais do parto vaginal.

Ainda, estudos individuais acerca da parturição e da violência obstétrica e a participação em fóruns virtuais foi citado por todas as mulheres que buscaram um parto natural humanizado, somando-se ainda à ciência dos benefícios maternos e fetais do parto natural humanizado: *Eu tinha lido algumas coisas... no processo da gravidez eu tentei me manter informada (...) eu não queria sofrer procedimentos desnecessários, em relação a corte, injeção e nem que nada disso chegasse nele [no recém-nascido], eu queria que ele nascesse com o mínimo de intervenções possível. (I-05)*

Como motivadores diversos, as pesquisadoras perceberam experiência de trauma advindo de violência obstétrica: *Porque a minha mãe sofreu muita violência obstétrica. Só que assim, os dois tipos de parto me assustavam tanto o normal, quanto cesariana, porque no normal que minha mãe teve ela sofreu violência, em todos, e na cesariana também, então tudo me assustava não queria nem um e nem outro ((risos)), (...) eu fui trabalhando essa questão de transferir esse sentimento né pra mim, trabalhei isso e que eu poderia ter uma história diferente da dela, mas foi por conta de tudo que ela sofreu. (I-09)*

Porém, faz-se aqui a necessidade de assinalar que ao entrevistarmos as mulheres do grupo B, como a informante I-03, foi possível fazer mais uma divisão não em

relação ao tipo de parto que buscavam especificamente, mas o que concebiam como sua realidade de saúde coletiva. Deste grupo emergiram dois subgrupos: B1) Um de mulheres que acreditavam que sua realidade de acesso ao serviço único de saúde só lhes permitiriam um parto definido apenas pelos profissionais de saúde que as assistiram e por isso não criaram expectativas em relação a um parto natural humanizado, embora quisessem num primeiro momento um parto vaginal, e B2) Mulheres que conheciam os benefícios do parto natural e ainda assim, optaram por cesariana eletiva na rede suplementar de saúde (privada) por outros motivos.

Estas mulheres que não buscavam um parto natural humanizado e não queriam um parto vaginal (B2) vão diferenciar-se das mulheres do grupo A, principalmente pela aversão ou aceitação à dor e acesso à tecnologias específicas, dentre elas profissionais ou renda com a qual pudesse ter acesso a uma cesariana eletiva ou naturalização da assistência intervencionista ao parto normal pelo sistema único de saúde.

No tocante à dor, uma série de estudos mostra que está frequentemente associada como principal característica do parto vaginal, sendo de uma intensidade maior do que a expectativa e outros procedimentos inesperados que contribuem para a elevação desses níveis dolorosos, como amniotomias ou ocitócitos a fim de acelerar o trabalho de parto (Velho, 2014).

Independentemente da forma como manifeste-se, a dor é uma parte inseparável do cotidiano, constituindo-se para além de um evento neurofisiológico e envolvendo fatores sociais, psíquicos e culturais⁽¹⁴⁾. Sendo assim, são as suas “expectativas culturais de um grupo em relação a dor e a sua aceitação da dor como uma parte normal

da vida que determinarão se a dor será vista como um problema clínico que requer solução clínica” (Helman, 2009).

Duas informantes citaram aversão à dor enquanto motivadoras ou justificativas para a intervenção de um parto cirúrgico, fazendo ainda correlação direta com suas realidades econômicas: *Eu quis cesariana desde o começo, desde que peguei o exame (...) porque eu não gosto de sentir dor, humanizada ou não humanizada, com alguém perto de mim, eu não gosto de sentir dor (...). É inimaginável uma mulher poder escolher uma cesariana no SUS, mesmo que ela tenha direito à escolha (...) mas aí eu consegui um plano de saúde e tive minha cesariana como eu queria.* (I-04)

Já as informantes do subgrupo B1 citaram a possibilidade de cesariana por medo de intercorrências ou da dor, apesar de correlacioná-la com o processo natural de parturição, inevitável no contexto do SUS que lhes competia. Sendo assim, em algum momento aceitaram a condição pelo fato de não terem acesso à plano de saúde, contexto ou renda que garantisse a escolha por um parto cirúrgico: (...) *porque no tempo eu não tinha plano de saúde. (...) Hoje eu tenho plano. (...) Aí fui para o SUS, fiz meu pré-natal no SUS também, só algumas “ultrassons” que foram pagas, mas o resto foi tudo pelo SUS (...) pensei só o parto pelo SUS porque não tinha plano. (...) na hora eu pedi tanto pra fazer cesárea, porque eu não tava aguentando a dor o resto.* (I-03)

Importante salientar aqui que, por outro lado, cinco das sete mulheres do grupo A apresentam uma realidade de saúde embutida no sistema privado de assistência e renda acima de quatro salários mínimos e às duas demais foi acessível algum planejamento financeiro para o parto, o que lhes propiciou mais opções relacionadas à assistência domiciliar ou intra-hospitalar com profissionais e acompanhantes de sua escolha, deixando explícito que dentre os

determinantes para este grupo sobressaem-se o acesso à tecnologia e torna possível a determinação de um corte de classe como representativo para a busca destas mulheres.

CONCLUSÃO

As mulheres que buscaram um parto natural humanizado fizeram-no acreditando em seus benefícios materno-fetais e ainda desejando o exercício de sua autonomia, parindo respeitosamente por meio de uma assistência livre de violências. Sendo assim relacionavam a naturalidade deste processo centrado na mulher e no feto à ausência de intervenções desnecessárias e evolução pela via vaginal, sendo importante o respeito profissional às suas escolhas para a concretização de seu desejo.

Por sua vez, as informantes que não buscavam um parto natural humanizado faziam-no por motivos distintos, ora pelo entendimento que as deficiências do Sistema Único de Saúde são fundamentais para que a realidade de uma assistência respeitosa ainda seja longe da realidade das mesmas, ora pelo a significação da parturição diversa, mas atrelada à dor, e que pode ser dispensável dado o avanço tecnológico. Sendo assim, apresentaram diversidades também acerca da compreensão da naturalidade e humanização obtiveram ou não este tipo de parto.

Sendo assim, os resultados permitiram-nos concluir que os significados e decisões das informantes acerca dos seus tipos de parto estão intimamente relacionados com seus contextos e vida e entendimento de seu processo saúde doença atrelados à parturição, sendo a universalidade ou a diversidade posta de acordo com a dimensão cultural que abarque.

REFERÊNCIAS

- Baston, H. y Hall, J. (2010). *O parto. Série enfermagem obstétrica essencial*. Rio de Janeiro: Elsevier, v. 3.
- Bezerra, M. G. A., Cardoso, M. V. L. M. L. (1998). Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto *Rev Latino-am Enfermagem*, maio-junho, 14(3): 414-21. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&id=S0104-11692006000300016.
- Brasil. (2001). Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. In: Secretaria de Políticas Públicas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher Mu, editor. Brasília, Brasil. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf.
- Conselho Nacional de Saúde. Brasil. (2012). Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.
- Cruz, A. P. (2009). Parto natural e parto normal: qual o diferencial? *Revista Enfermagem*. COREN-SP: ano 10. N.º 81. Jul.
- Davis-Floyd R. (1992). *Birth as an American tire of passage*. Berkeley: University of California Press.
- Gualda, D. M. R. (2009). As dimensões e os significados de saúde e doença nas perspectivas médica e popular. In: Nakamura E, Martin D, Santos JFQ (Orgs.) *Antropologia para enfermagem*. Barueri: Manole. pp. 36-55 (Série Enfermagem).
- Helman, C. G. (2009). *Cultura, Saude e Doença*. 5ed. 432 pg. Porto Alegre: Artmed.
- Jordan B. (1983). *Birth in four cultures*. London: Eden Press.
- Langdon, E. J., Wiik, F. B. (2010). Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 18(03). Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_23.pdf.
- Leininger, M. M., McFarland, M.R. (2006). Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory. New York (NY): McGraw-Hill.
- Maia, M. B. (2010). *Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 189 pp.
- Paim, H. H. S. (1998). Marcas no corpo: gravidez e maternidade em grupos populares. Org. Duarte LFD e Leal OF. In: Doença, sofrimento e perturbação: Perspectivas Etnográficas. RJ, Fiocruz.
- Pereira, A. L. F y Bento. (2011). Autonomia no parto normal na perspectiva das mulheres atendidas na casa de parto. *Rev Rene*, Fortaleza, jul/set, 12(3), 471-7. Recuperado de http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/artigos-cientificos/a017_-_autonomia_no_parto_normal_na_perspectiva_das_mulheres_atendidas_na_casa_de_parto_-_rene_2011.pdf.
- Seibert, S. L., Barbosa, J. L. S., Santos, J. M., Vargens, O. M. C. (2011). Medicalização x Humanização: O cuidado ao parto na história. *R Enferm UERJ*, 13: 245-51. Recuperado de <http://www.facenf.uerj.br/v13n2/v13n2a16.pdf>.
- Vargens, O. M. D. C., Progianti, J. M., Silveira, A. C. F. (2008). O significado de desmedicalização da assistência ao parto no hospital: análise da concepção de enfermeiras obstétricas. *Rev da Esc Enferm.*, 42(2): 339-46. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&id=S0080-62342008000200018.
- Velho, M. B., Santos, E. K. A., Collaço, V. S. (2014). Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. *Rev. bras. enferm.* Apr. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n2/0034-7167-reben-67-02-0282.pdf>.
- World Health Organization. (1996). *Care in normal birth: a practical guide*. Geneva: WHO. Recuperado de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_frh_msm_9624/en/.

Las jóvenes madres solteras universitarias: Apoyo en el cuidado de los(as) hijos(as)

The university young single mothers: support in the
care of children

Jovens mães universitárias solteiras: apoio no cuidado
de crianças

Rosa María Huerta Mata¹

¹Profesora Investigadora, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Escuela Superior de Actopan. México. Correo electrónico: huertamx@hotmail.com

Cómo citar este artículo en edición digital: Huerta Mata, R. M. (2019). Las jóvenes madres solteras universitarias: Apoyo en el cuidado de los(as) hijos(as). Cultura de los Cuidados (Edición digital), 23 (54). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.54.19>

Correspondencia: Ejército Nacional 187. Col. Las Águilas. San Luis Potosí, S. L. P. México

Correo electrónico de contacto: huertamx@hotmail.com

Recibido: 11/12/2018; Aceptado: 22/03/2019



ABSTRACT

The objective of this study is to analyze the characteristics of the support networks for the care of children of single mothers who are university students in a career of sciences and technology.

The study was conducted from February to May in the year 2014, at the Faculty of Sciences Chemical of the Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Mexico. We carry out the stories of life from 8 undergraduate students.

The lack or a solid and predictable support network for the care of children becomes the central element which determines the impossibility of young women to continue their university studies.

Some young women living situations of violence within their support network and it leads them to experience a not legitimate motherhood.

Keywords: Care, young, network support, gender, higher education.

RESUMO

O objetivo deste estudo é analisar as características das redes de apoio ao cuidado de filhos de mães solteiras, estudantes universitários, em uma carreira de ciências e tecnologia.

O estudo foi realizado de fevereiro a maio no ano de 2014, na Faculdade de Ciências Químicas da Universidade Autónoma de San Luis Potosí, no México. Realizamos as histórias da vida de 8 estudantes de graduação.

A falta ou uma rede de apoio sólida e previsível para o cuidado das crianças torna-se o elemento central que determina a impossibilidade de as mulheres jovens continuarem seus estudos universitários.

Algumas mulheres jovens que vivem situações de violência dentro de sua rede de apoio e apresentam uma maternidade não legítima.

Palavras chave: Cuidado, jovens, rede de suporte, gênero, ensino superior.

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es analizar las características de las redes de apoyo para el cuidado de los(as) hijos(as) de las madres solteras que son estudiantes universitarias en una carrera de ciencias exactas y tecnologías. El estudio fue realizado de febrero a mayo del año 2014, en la Facultad de Ciencias Químicas de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México. Llevamos a cabo los relatos de vida de 8 estudiantes de nivel licenciatura.

La falta de una red de apoyo sólida y predecible para el cuidado de los(as) hijos(as) se convierte en el elemento central que determina la imposibilidad de las jóvenes para continuar con sus estudios universitarios. Algunas jóvenes viven situaciones de violencia dentro de su red de apoyo, lo que deslegitima socialmente su maternidad.

Palabras clave: Cuidado, jóvenes, red de apoyo, género, educación superior.

INTRODUCCIÓN

En la región de América Latina la figura de cuidado adjudicada a las mujeres está fuertemente asociada con la función materna, por lo tanto, el que ellas se identifiquen con las labores de cuidado las representa como “buenas madres”, pues el cuidar se reconoce socialmente como una virtud propia de las mujeres. Sin embargo, en la primera década del siglo XXI en América Latina, como resultado de las políticas neoliberales, se presenta en mayor número el ingreso de las mujeres al mundo laboral, esto junto con las frecuentes crisis económicas genera dificultades para cubrir las necesidades de cuidado, debido a que las mujeres ya no se encuentran en el orden establecido de respuesta a estas demandas,

a ello se le denomina “crisis de los cuidados” (Flores y Tena, 2014). La crisis de los cuidados es definida por:

“... un aumento en el número y complejidad de las necesidades de cuidados y la reducción simultánea de actores potencialmente proveedores, lo que significa una agudización de las dificultades de amplios sectores de la población para cuidarse, cuidar o ser cuidados” (Ezquerro, 2011, p. 176).

Esteban y Otxoa (2010) plantean que en la actualidad se asumen que el cuidado es tarea propia de las mujeres, así se legitima su subordinación y ellas presentan una sobrecarga de labores en el ámbito privado y público, incluso se les reconoce socialmente como cuidadoras, lo que limita el que se exijan otras formas de cuidar que sobrepasen la circunscripción de estas tareas a la familia, donde se asocia el cuidado con la jerarquía de las relaciones afectivas, por lo que, es fundamental el reconocimiento legal de otros lazos de solidaridad.

Por otro lado, Batthyány (2000) identifica en las mujeres que trabajan, que tanto las redes de cuidado familiares como las redes de cuidado informales que las asisten, están constituidas por mujeres, especialmente de la familia materna, en específico la abuela materna, así mismo, se involucra la abuela o suegra paterna, aunque esta última participa en menor medida; por su parte, los hombres se involucran, pero no de manera representativa. Por lo tanto, la dimensión relacional de los cuidados evidencia que, en la familia, específicamente en las mujeres, se concentran las labores de apoyo en el cuidado. Por lo tanto, la familiarización del cuidado consiste en encomendar en familia extensa o en la familia nuclear, en madres y hermanas, el cuidado de otros miembros (Flores y Tena, 2014; Gómez y Agudelo, 2017). En consecuencia, las redes de apoyo

para el cuidado de los(as) hijos(as) son “marcadamente feminizadas” (Hernández, 2016). Así es como el cuidado es “el nudo crítico de la desigualdad de género”, debido a que las mujeres son quienes principalmente se dedican a dichas labores, lo que limita su participación en diversos espacios públicos, de esta forma, se configuran otras desigualdades para ellas (Batthyany, 2017).

Por su parte Mari Luz Esteban (2017) sostiene que en la actualidad el debate sobre los cuidados no solamente debe centrarse en las desigualdades económicas y sociales que conlleva para las mujeres en comparación con los hombres, es necesario que se dirija la atención a lo que implica en las relaciones familiares. En este sentido, puede afectar en diversas formas a las redes familiares, lo que puede analizarse a través de dimensiones del cuidado. Algunas de las dimensiones del cuidado son: la material, que incluye el tiempo y el dinero que asumen las labores de cuidado; la dimensión emocional, donde intervienen los afectos, envuelve a las tensiones emocionales originadas por el tiempo que se dedica a los(as) hijos(as) y al trabajo y desgaste emocional ocasionado por la sobrecarga de trabajo en las mujeres (Martín Palomo, 2008).

Sales (2015) propone que dado que los cuidados son fundamentales para la autonomía, deben colocarse en el centro de la agenda política, pues el cuidado es una relación de poder donde quien provee lo hace sin crítica a la demanda de cuidado. No obstante, el cuidado es un elemento de crítica deconstructiva y constructiva, primero porque es imperativo visibilizar la subordinación que generan las formas tradicionales de cuidados, y en segundo, para poder a partir de ello, configurar nuevas vías democráticas de cuidar, donde la corresponsabilidad sea simétrica, y no

solamente se implique a la familia y al Estado, sino también la solidaridad comunitaria (Sales, 2016).

Así pues, en la actualidad el cuidado se configura como un problema público, uno de los argumentos que permite visibilizarlo de este modo es la importancia de concebir que las personas somos autosuficientes y dependientes a la vez, requerimos unos de otros, pensar que el ciudadano es totalmente autónomo es una ficción, por lo tanto, al ser las mujeres en quienes recaen estas labores, es necesario que el cuidado sea parte de sus derechos como ciudadanas y como elemento a tratar para alcanzar la democracia (Aguirre, 2005).

Además, una relación de cuidado involucra el que una persona llegue a imponerse sobre la otra y acapare las decisiones, lo que puede ser destructor y requiere la protección de la integridad de quienes componen la relación de cuidado (Collin, 1992). Por lo tanto, es fundamental configurar un cuidado democrático, donde prevalezca entre el dependiente y el cuidador la negociación sobre las condiciones de cuidar, sin embargo, dicha democracia no depende solamente de marcos de interacción, también es necesario que esté acompañada de elementos materiales y recursos para que las tareas de cuidado sean en circunstancias de igualdad y valoradas socialmente, de lo contrario se provoca una injusticia en el cuidado (Sales, 2014).

Como hemos constatado, la teoría sobre los cuidados se centra en las mujeres que laboran, el presente artículo se dirige al estudio de las mujeres jóvenes que se encuentran estudiando una carrera en el área del conocimiento de ciencias exactas y tecnología, y que son madres solteras. Para ello pretendemos contestar las siguientes preguntas:

¿Cuáles son y cómo se caracterizan las redes de apoyo para el cuidado de los(as) hijos(as) de las madres solteras universitarias?

¿De qué manera las redes de apoyo para el cuidado de sus hijos(as) determinan el ingreso y permanencia de las jóvenes a la universidad?

¿Cómo influye la red familiar en el ejercicio y legitimación de la maternidad de las madres solteras universitarias?

Una de las prioridades en los objetivos del desarrollo sostenible, especificada en el objetivo cinco, es la de alcanzar en el año 2030 la igualdad de género: se pretende que para que las mujeres no vivan discriminación y logren el ejercicio de sus derechos humanos, exista la igualdad en el trabajo de cuidado de otras personas (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2018). Por consiguiente, visibilizar las dificultades que presentan sobre el cuidado de los(as) hijo(as) de las madres solteras universitarias en carreras de ciencias exactas y tecnología, aporta conocimiento sobre el ejercicio de los derechos de las mujeres.

MÉTODO

El presente estudio fue llevado a cabo de febrero a mayo del año 2014, en la Facultad de Ciencias Químicas de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México. Esta universidad es pública y la más importante en el estado de San Luis Potosí. Cabe aclarar que la universidad no cuenta con un sistema de guardería para el cuidado de los(as) hijos(as) de los(as) estudiantes.

Para seleccionar a la población de estudio en primera instancia desarrollamos un análisis de los porcentajes en los que estaban distribuidos los estudiantes en todas las

carreras de la universidad. Se identificó que en la Facultad de Ciencias Químicas, una cantidad representativa de la población estaba conformada por mujeres, quienes eran el 56 % de la matrícula total de licenciatura registrada hasta diciembre de 2011 (UASLP. Universidad Autónoma de San Luis Potosí, 2012). Cabe destacar que en esta Facultad se encuentran carreras del área del conocimiento de ciencias exactas y tecnología, las cuales se caracterizan por un menor número de mujeres en comparación con el de hombres.

Otras características por las que decidimos trabajar con la población de esta Facultad, es que se define por exigir un tiempo completo de los estudiantes, en cual distribuyen en asistir a prácticas en los laboratorios y a clases teóricas. Así mismo, la Facultad de Ciencias Químicas alberga carreras que son costosas económicamente, pues los reactivos químicos los adquieren los estudiantes con sus recursos económicos y su precio es en dólares y/o euros.

Aplicamos entrevistas semi-estructuradas en profundidad a través de la metodología de relatos de vida, la cual consiste en obtener datos biográficos de determinadas temáticas de la vida de las personas. Llevamos a cabo los relatos de vida de 8 estudiantes de nivel licenciatura de la Facultad de Ciencias Químicas en la Universidad Autónoma de San Luis Potosí (UASLP). Con fines de confidencialidad modificamos los nombres de las jóvenes. Así mismo, las participantes firmaron un consentimiento informado para autorizar el uso exclusivamente académico de los datos brindados en las entrevistas.

Se utilizó la estrategia de bola de nieve para conformar la muestra. Los criterios de selección de la muestra poblacional son: mujeres jóvenes de 18 a 29 años de edad, inscritas como alumnas regulares o irregulares en una de las carreras de la

Facultad de Ciencias Químicas, que sean madres sin estar casadas legalmente y que mantengan ese estado civil al momento de las entrevistas. Con dependencia económica total y/o parcial de una red de apoyo familiar y/o social. Que cohabiten con su(s) hijo(s) y/o hija(s). (Ver tabla 1).

Establecimos el criterio de inexistencia de un contrato matrimonial, para incluir distintos acuerdos de pareja, y de esta forma ampliar la diversificación de la población: jóvenes que han vivido o viven en unión libre con el padre de su(s) hijo(s) o con otra

pareja, jóvenes que nunca han cohabitado con el padre de su(s) hijo(s) y que viven de manera independiente de su familia de origen, o mujeres que permanecen viviendo con su familia de origen.

Todas las entrevistas fueron grabadas, transcritas y codificadas. La metodología que se utilizó fue el análisis del contenido de los relatos de vida de las participantes, para ello, utilizamos el programa ATLAS. ti, versión 7.1.8.

TABLA 1: Características generales de las participantes

PARTICIPANTE	EDAD	CARRERA	SEMESTRE	N.º HIJOS(AS)	SEXO HIJO(A)	EDAD HIJO(A)
Laura	20 años	Ingeniería en Bioprocesos	6.º	1	Hombre	3 años
Karla	20 años	Licenciatura en Química	1.º	1	Hombre	2 años
Alma	24 años	Ingeniería Química	8.º	1	Hombre	5 años
Marcela	24 años	Ingeniería en Alimentos	6.º	1	Hombre	4 meses
Leticia	24 años	Licenciatura en Químicofarmaco biólogo	7.º	1	Mujer	3 años
Fernanda	22 años	Ingeniería en Alimentos	6.º	1	Hombre	1 año, 9 meses
Fátima	25 años	Licenciatura en Químicofarmaco biólogo	1.º	1	Hombre	2 años, 6 meses
Sofía	21 años	Ingeniería Química	6.º	1	Mujer	2 años, 10 meses

Desarrollo

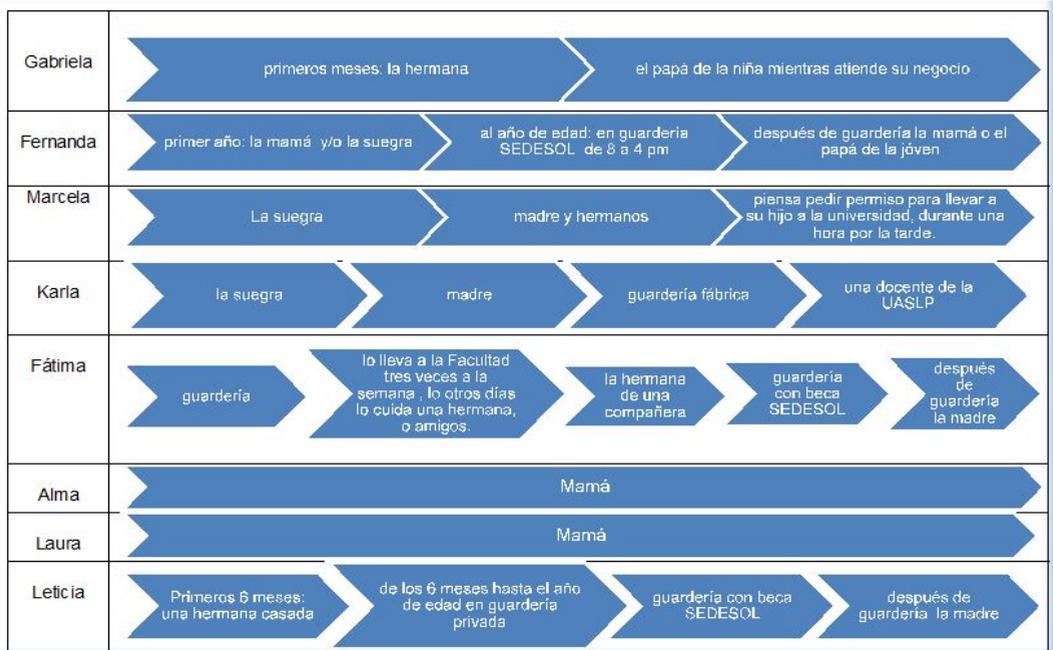
Existen dos elementos que en la vida diaria llegan a limitar la presencia de las jóvenes en sus hogares para el cuidado de sus hijos(as): uno es el horario escolar que les exige al día una presencia por largo tiempo en la universidad (sobre todo en semestres avanzados, o si no logran obtener un horario corrido). Por otro lado, la mayoría de estas

jóvenes habitan en lugares distantes de la universidad, lo que les obliga a invertir en promedio, una hora de camino en el transporte urbano, adicionalmente, les significa una inversión de tiempo y dinero si realizan varios viajes al día, en las horas en las que no tienen clases, de modo que, muchas optan por no ir a sus casas hasta terminar su jornada escolar.

En el análisis sobre las trayectorias de las redes de apoyo que han tenido para el cuidado de sus hijos(as) a partir de que las jóvenes son universitarias. (Ver figura 1), identificamos diversidad sobre el cuidado, el cual lo pueden llevar a cabo: parientes, vecinas, hermanas de compañeras, amigas, compañeros, personal docente, las madres, las suegras, el padre de sus hijos(as), las hermanas, la madre del padre de su hijo(a) (aunque no sean pareja). En el primer año de edad, los niños y las niñas son cuidados por familiares, especialmente las madres, hermanas, suegras (algunas poseen las posibilidades económicas para pagar una guardería privada). En algunas guarderías

particulares les ofrecen una beca como madres solteras, pero admiten a los niños y niñas hasta el primer año de edad, así mismo, debido al problema de escasez de las becas, es difícil que todas logren dicho beneficio. Martín Palomo (2008) señala que el limitando servicio público para el apoyo en el cuidado de los(as) hijos(as), está siendo subsanado por las mujeres, especialmente en el apoyo intergeneracional. Los resultados en las trayectorias de la red de apoyo para el cuidado de los(as) hijos(as) de las participantes, en general reproduce el patrón de feminización intergeneracional del cuidado.

FIGURA 1: Trayectorias de las redes para el cuidado de los(as) hijos(as) a partir de que son universitarias



El cuidado de los(as) hijos(as) es un eje a partir del cual se biografía la trayectoria escolar de estas mujeres por la universidad, y se convierte en un elemento a través del

cual se define su fragilidad social, pues diversifica las formas en que permanecen en la institución.

Para varias, el cuidado del hijo(a) se

convierte en un punto de estabilidad, especialmente cuando esta labor la han realizado permanentemente sus madres, pues algunos niños y niñas están al cuidado de sus abuelas por las tardes y en las mañanas asisten a la guardería. Otras abuelas los cuidan durante todo el día, como en los casos de Laura y Alma, sin embargo, para otras jóvenes, el cuidado de los(as) hijos(as) ha llegado a ser un punto de crisis debido a la carencia de una red de apoyo familiar para esta labor. Al respecto, Karla es la única participante que cuenta con la asistencia de una maestra, quien cuida a su hijo dentro de la misma universidad.

... ya tengo como un año de conocerla, de recién que entré aquí, y... pues conoce toda mi situación. Y ella me dijo: -pues mira yo ya terminé [los estudios de maestría] si quieres yo te hecho la mano, y yo te lo cuido-. Me dice: -nada más me pasas tu horario, y ya así nos acomodamos-. Pues a ella yo le pago, hasta eso es accesible porque no me cobra mucho, [...] ella casi no viene todos los días aquí [a la universidad], viene jueves, viernes, y a veces lunes y martes, casi los miércoles no, o hay días que me dice que no viene, entonces ella se lo lleva a su casa, pero igual, ella tiene que venir todos los días aquí a checar [...] Tengo que reconocer que me ha echado mucho la mano, porque sí es una gran ayuda, en cuestión de costos y de tiempo, porque pues se acomoda a mi horario, y en costos, en una guardería pagaría más, serían más gastos, y pues a lo mejor no podría cubrirlos, y con ella sí me acomodo, y además que... mi hijo se lleva muy bien con ella, [...] aunque a veces me complico mucho porque... a veces batallo con los horarios para que me lo cuiden, entonces digo... es que ya me voy a salir (KARLA P<4:34, 36: 36).

La situación de Karla es reflejo de las dificultades económicas de la población mexicana, donde es cada vez es más común que los jóvenes que asisten a las

universidades públicas lleven a cabo un trabajo de tiempo parcial, si a ello se agrega la situación de madre soltera y huérfana de madre (por lo que no dispone del apoyo de esta figura para el cuidado de su hijo), las condiciones para que permanezca en la universidad son más complejas. En este caso, para que Karla pueda insertarse en ambos escenarios (escolar y laboral) se vuelve fundamental la asistencia que logra obtener para el cuidado de su hijo, lo que a su vez la posiciona en una mayor dependencia debido a lo frágil de los lazos sociales que la apoyan en las funciones de cuidado. La desprotección que vive por parte del Estado y la universidad para acceder a un servicio de guardería acorde a sus posibilidades económicas, como parte de sus derechos como madre y estudiante, la mantiene en la incertidumbre sobre el futuro de los apoyos para el cuidado de su hijo, por tanto, de su porvenir escolar, pues depende en gran medida de la asistencia, la cual gira en torno a los aspectos volitivos y de disposición de las personas con las que establece este lazo social.

El caso de Karla es muy particular debido a que logra conseguir ayuda para el cuidado de su hijo, en otro contexto que es el laboral. Este es un claro ejemplo donde se rompe con la “idealización” de la función compensadora de las familias, al suponer que se convierten en todos los aspectos en la red principal de apoyo para las jóvenes, ante los limitados apoyos del Estado, sin embargo, no todas las familias cuentan con la organización para cubrir aspectos como el cuidado de los(as) hijos(as), incluso con la flexibilidad de cambiar el orden de género que establece a las labores de cuidado como privativas de las mujeres. Frente a la falla de los apoyos en políticas públicas y de la familia para el cuidado de su hijo, Karla logra tener ayuda de su jefa laboral.

Sí, de hecho me dejan llevar a mi hijo (sonríe). Sí, y ahí me lo llevo, es que salgo de la escuela, y paso y lo recojo, y luego ya me voy al trabajo. Trabajo haciendo el quehacer en un consultorio, soy recepcionista y hago el aseo, y ahí tengo a mi hijo. Pues estoy... son cuatro o cinco horas dependiendo, hasta qué hora haya consulta, hay veces que hay hasta las ocho o las nueve, o hay veces [que] son menos. Pues lo pongo a colorear, o juega con sus carritos, cosas así, como que no es muy inquieto, [...] se supone que es un horario fijo y a veces como salgo más tarde o más temprano, pues, ahí yo llego a la hora que salga, dependiendo de a qué horas pase por mi hijo, ya es a la hora que yo llego (KARLA P<4:246, 198: 198).

La condición de fragilidad social de Karla referente al cuidado de su hijo, nos permite afirmar que el cuidado se convierte en el elemento que en mayor medida puede determinar la permanencia de estas jóvenes en la universidad. En cuanto a la carga de materias, el dinero, el apoyo emocional, las participantes muchas veces logran generar estrategias, pero si sus soportes en el cuidado de sus hijos(as) son inexistentes o precarios, ello determinará su decisión de continuar sus esfuerzos por permanecer en la universidad.

En los antecedentes de Karla se encuentra el que renuncia a ocupar el lugar que obtiene para estudiar medicina, debido a que en el momento en que fue admitida se encontraba embarazada y no contaba con el dinero suficiente para sustentar los gastos que la maternidad y la carrera le implicarían. Trabaja un tiempo para poder pagar la universidad, posteriormente ingresa en la Facultad de Ciencias Químicas y estudia el primer semestre, después deserta temporalmente de la universidad para cuidar de su hijo y su madre enfermos, al volver a la universidad vive negligencia institucional, cuya consecuencia la obliga a

cursar nuevamente un semestre que ya había aprobado en la Facultad de Ciencias Químicas. Actualmente combina el trabajo y la escuela para mantenerse económicamente ella y su hijo, por tanto, ha generado una serie de estrategias para continuar con sus estudios, sin embargo, si en la vida diaria no cuenta con el apoyo sólido para el cuidado de su hijo, esta joven está expuesta a desertar definitivamente de la institución.

En consecuencia, se debe configurar un cuidado democrático, en el cual es necesario que este acompañado de elementos materiales y recursos para que las tareas de cuidado se desarrollen en circunstancias de igualdad y sean valoradas socialmente, de lo contrario se provoca una injusticia en el cuidado (Sales, 2014). Por lo tanto, es fundamental visibilizar que a la universidad asisten jóvenes que no cuentan con recursos económicos que les permitan integrarse a un sistema de mercantilización para el cuidado de sus hijos(as), así pues, es prioritario atender la dimensión material del cuidado como elemento clave para el ingreso y permanencia de las madres solteras en la universidad.

La red familiar y la legitimación de la maternidad

Dentro de la estructura familiar se establece una redefinición de la crianza en conjunto, donde en muchos casos las jóvenes madres solteras continúan una relación de noviazgo con el padre de su hijo(a), sin cohabitar ni estar casados. Estos roles parentales y de pareja pueden desarrollarlos de manera provisional, como un medio de ajuste a las condiciones socio-económicas y para posteriormente transitar a una vida independiente como familia tradicional, o bien, pueden vivirlos de manera permanente y/o con algunas modificaciones que presenten durante sus

vidas. En la red de apoyo principal de las participantes se configuran una variedad de posiciones sobre su maternidad, lo anterior con base en el acceso que las jóvenes presentan sobre el reconocimiento social de esta función. Sofía y el padre de su hija acuerdan continuar viviendo cada uno en casa de sus respectivos progenitores, su hija vive de lunes a viernes con su padre y el fin de semana con Sofía; ella y su pareja adoptaron un patrón de relación de maternidad compartida, de manera que ambos puedan desarrollarse en otros ámbitos de forma más igualitaria.

Como mi pareja [...] su negocio está en la misma casa de sus papás, entonces ahí trabaja y todo, y ahí cuida a la niña, él es el que la cuida, bueno no él al cien por ciento, también yo [...] Ella toda la semana está con su papá y los fines de semana en mi casa, [...] pues ahorita, lo bueno es que su papá está ahí con ella casi de tiempo completo. Entonces, pues prácticamente él es el que la atiende, como quien dice él es la mamá (ríe), más que yo (SOFIA P<1:221, 37: 37).

Si bien, Sofía comparte el rol materno con el padre de su hija, reconoce que actualmente él posee un mayor estatus de madre frente a la niña. En parte reproduce el estereotipo sobre el estatus de madre en función del tiempo que permanece al lado de su hija, por otro lado, establece con su pareja un acuerdo que le permite experimentar una maternidad que marca pautas más óptimas a la organización de su vida diaria como estudiante, lo cual genera mayor flexibilidad sobre el rol materno, al ejercerlo junto con su pareja de manera corresponsable, esto le permite manejar la culpabilidad, elemento recurrente en las madres que ingresan al espacio público y no cumplen totalmente con las funciones sobre el cuidado de sus hijos(as).

En general, estas jóvenes son madres no reconocidas del todo, especialmente en quienes presentan una mayor dependencia de la red familiar se establecen lógicas de género que impiden el que accedan totalmente a la legitimación de su maternidad, pues están insertas en relaciones de desigualdad dentro de su red de cuidados. Valencia y Correa (2006) identifican como un componente de reciprocidad dentro de una red de apoyo, el ejercicio del poder, el cual sobresale cuando un elemento está más necesitado que otro, y deriva en una desigualdad más marcada entre quienes componen la red. En este sentido, las jóvenes no cuentan con recursos para ser recíprocas en la misma medida o al mismo tiempo en que son beneficiadas, de este modo entran en dinámicas de red que presentan relaciones desiguales de poder, en las cuales los cuidados maternos se convierten en un espacio de intercambio entre ellas y sus propias madres, donde se trasgrede la organización del parentesco, incluso se presentan situaciones de violencia simbólica, así pues, no siempre la negociación es la vía de acceso a los acuerdos que sobre el cuidado se logren, dentro de la red de apoyo.

... es que mi mamá dijo: -Ay no, como tu papá no tuvo un niño, pues ponle Manuel, igual que él-. Pero pues yo no quería, porque dije: ay ¿otro Manuel? Pero pues en sí, como que influyó mi mamá [...] En la comida también, yo le hago una comida [a mi hijo] y nada más está checando, a ver cómo la hiciste, no échale más o... cuando yo le sirvo algo, me dice: -le serviste muy poquito, le serviste mucho, ay por qué le das en ese vaso, mejor dale en el otro, y... por qué le pusiste... mejor cámbialo de ropa...-, así como que nada más está ahí diciendo, yo digo una cosa y... no, es lo que ella dice [...] Como todos en mi casa, a lo mejor porque como somos muchos y todos me dicen, Alma, Alma, Alma,

[mi hijo] ya mejor también agarró, y no, no me dice mamá, a veces sí de repente, de que ay mamá, pero no es muuuuy escasa (ALMA P<6:184, 413: 413).

Alma cede la elección del nombre de su hijo como parte de un acuerdo de red, lo que además ubica a su hijo como extensión de la familia de origen, y no tanto como parte de un grupo familiar establecido junto con su madre y que cohabita con los abuelos. Así mismo, Alma permite que su maternidad sea invisibilizada dentro de su familia nuclear, al no ser nombrada como madre por su hijo, así como al consentir que su madre intervenga constantemente en las decisiones básicas sobre el cuidado del niño.

... desde el principio que yo empezaba a regañarlo o a tener conciencia de: "no hagas eso, eso está mal", mi mamá como que lo defendía mucho, y como que no me daba mi lugar ¿me entiendes? Siempre era como que yo era la hermana, no como la mamá, y no sigo siendo... ahorita como que siento que no tengo el rol todavía de mamá [...] [Mi familia extensa] yo siento que más le dicen a mi mamá de: "ay Carlos está bien grandote" y no sé qué tanto, pero como hijo de mi mamá... no como mi hijo. O a veces de: "ay se parece a ti" y no sé qué tanto, ese tipo de cosas, sí [me dicen]. Pero más que nada se refieren a mi mamá, como su mamá, ¿me entiendes? No sé [si es] sin querer, o porque... pues obviamente, es obvio que si está viviendo en su casa, y lo está manteniendo a él, pues es como más hijo suyo, pero, en ese tipo de cosas es donde recibo comentarios de mi demás familia [...] Pues... me siento mal, pero pues digo es la verdad, ¿qué puedo hacer yo? [...] Tampoco son cosas que me afecten mucho. O sea digo: -¿sí, verdad?-. Yo soy la que lo cuido, yo sé en mi interior que yo lo quiero como hijo. Que igual y no estoy todo el tiempo con él, pero que lo baño, que estoy con él, que a veces le doy de comer, que le hago de desayunar, que juego con él. Entonces pues ese tipo de cosas yo también

creo que influyen, o tienen algún peso, para sentirme también que soy su mamá (LAURA P<8:146, 250: 250).

Se observa que la maternidad de las jóvenes madres solteras es parcialmente reconocida en su esfera privada, y una de las razones es la asociación entre el rol materno y el tiempo que se asigna a las funciones de crianza, debido a que ellas invierten gran parte de su tiempo a sus estudios universitarios y, en varios casos además a un trabajo, al parecer su maternidad es menos reconocida. Laura apropia sus derechos como madre al acreditarlos en un sentido distinto al ideal de la maternidad tradicional en cuanto al tiempo que debe dedicar a la crianza, esto lo configura en torno a dudas, frente a las cuales plantea que "tiene algún peso", los cuidados que ella da a su hijo, lo cual le permite "sentir" que es su madre; desde su percepción no logra integrar del todo el ser madre, se vive en una idea de incompletud.

La teoría sobre cuidado centra la atención en la jerarquía de género respecto al cuidado, identifica que son las mujeres quienes comúnmente lo realizan, y señala esta situación como una injusticia. Sin embargo, los datos de este estudio indican que esta dominación de género se extiende de manera intergeneracional, entre las propias mujeres, el apoyo que reciben las jóvenes de sus madres para el cuidado de sus hijos(as), a través de las rutinas compartidas entre ellas, permite que las jóvenes estudien, pero a su vez, legitima el que las participantes pierdan poder sobre su maternidad. No obstante, el recibir cuidados debe presentarse en condiciones de calidad y en un marco de justicia (Flores y Tena, 2014), así, las jóvenes tienen derecho a obtener apoyo en el cuidado, pero salvaguardando su dignidad, por lo tanto, en el cuidado intergeneracional de los(as)

hijos(as) de las jóvenes madres solteras no debe naturalizarse la violencia y el descrédito de su maternidad.

En otro orden de ideas, para estas jóvenes estar en la universidad adquiere importancia en el plano material y simbólico, ya que atribuyen que la educación superior les permitirá estar mejor calificadas para ingresar en el mundo laboral, punto en el que consideran se marcará la diversidad en sus biografías maternas.

La red de apoyo familiar para el cuidado de sus hijos(as), les permite no clausurar o posponer su inclusión en la universidad, tampoco trasladan esta aspiración para que la cumplan sus hijos(as) en vez de ellas, pues desean que tanto ellas como sus hijos(as) logren concluir los estudios universitarios. Todas las participantes plantean como objetivo el lograr una vida estable, lo cual asocian con la adquisición de autonomía a partir de adquirir un trabajo que les permita independencia residencial, económica y sobre las decisiones en la crianza de sus hijos(as).

Por otro lado, es más común en las jóvenes que estudian y trabajan, y las que se encuentran en semestres más avanzados (donde se exige permanecer más tiempo en la universidad), se proyecten hacia el futuro como dotadas de tiempo para convivir con sus hijos(as), indican que en este momento el tener una convivencia limitada con ellos, es un sacrificio que tendrá su recompensa cuando ingresen al mundo laboral: "...yo lo que tengo pensado es terminar mi carrera y dedicarme tiempo a mi hijo ¿no? Ya ganar dinero y poder irme a viajar con él, o no sé, hacer cosas entre él y yo" (ALMA P6:202, 451: 451).

Pues, yo sí sabía que iba hacer pesado y a la vez difícil, en cuestión de tiempos, de las

materias, de dedicarle tiempo a mi hijo, porque igual también está chiquito y me necesita, pero pues yo creo que a lo mejor ahorita él no lo resiente tanto, porque esta chico, digo ya si fuera grande y lo dejara, pues yo creo que sí. Entonces, por eso decidí empezar ahorita y no ya más grande, porque a lo mejor se me dificultaría más, también, ya cuando él entre al kínder o cosas así, pues son gastos de él y serían gastos míos, entonces digo, ya por lo menos ahorita aventajo, y ya sé que a lo mejor en un futuro ya podría solventar más los gastos (KARLA P4:248, 78: 78).

... me visualizo pues echándole ganas como una mujer exitosa, entregada a la carrera, y pues en ese lapso también voy a tratar de que me sobren unas dos horas, para poder ir por mi hijo a la guardería, y llevarlo con mi mamá, para verlo en ese lapso, o alcanzar a comer algo con él, para no dejarlo solo todo el día [...] A veces llego en la noche, salgo bien noche de aquí, él está durmiendo, y le digo te amo, aquí estoy, aquí está tu mami, y le digo se va a pasar rápido el tiempo, porque saliendo de [la universidad] ya voy a tener mi horario, vamos a salir, vamos a viajar, y le digo vale la pena el sacrificio papacito, estoy estudiando, y le explico (FATIMA P<69, 109: 109).

Algunas de estas mujeres brindan preponderancia a su educación, siempre y cuando ello no implique limitaciones graves en la educación y manutención de sus hijos(as), plantean "aprovechar" lo que consideran es el "momento preciso", pues el que las y los niños sean pequeños les representa menos costos económicos, lo que les permite otorgar prioridad a su formación profesional.

No cobran conciencia de la inequidad del sistema de género, y atribuyen a ellas mismas y a la decisión de estar en la universidad, el no poder tener más tiempo para sus hijos(as). Las participantes aspiran a convivir más horas de su rutina diaria con

sus hijos(as), generan la idea de que al ingresar de lleno al mundo laboral, será más fácil conciliar las labores de crianza con el trabajo; concepción que contrasta con la realidad laboral de muchas mujeres en México. Asocian su futuro profesional con la capacidad de actuar sobre el tiempo de forma más administrada y justa, el combinar el trabajo con lograr suficiente tiempo para los(as) hijos(as), es una aspiración que no problematizan en función de las dinámicas del mundo laboral y la maternidad.

CONCLUSIONES

La falta de una red de apoyo sólida y predecible para el cuidado de los(as) hijos(as), se convierte en el elemento central que determine el que las jóvenes puedan continuar con sus estudios universitarios, de modo que, se confirma al cuidado como una necesidad elemental a cubrir para la integración de las mujeres en el mundo público, en este caso, en las carreras de ciencias exactas y tecnología de la Facultad de Ciencias Químicas, de la UASLP, México.

De acuerdo con Guadalupe Ordaz (2010), en México a partir de 1980, se presentan cambios en las reformas estructurales, lo que significa un menor papel por parte del Estado en la provisión de seguridad social. Aunado al ajuste que ha traído las políticas económicas, todo ello derivó en que las familias presenten una “sobrecarga de responsabilidades”, que afectan en mayor grado a las mujeres, quienes dentro de sus familias comúnmente viven condiciones de desigualdad de género. En este sentido, Sales (2014) plantea que se debe configurar un cuidado democrático, donde prevalezca entre el dependiente y el cuidador la negociación sobre las condiciones de cuidar, sin embargo, dicha democracia no depende solamente de marcos de interacción,

también es necesario que esté acompañada de elementos materiales y recursos para que las tareas de cuidado sean en circunstancias de igualdad y valoradas socialmente, de lo contrario se provoca una injusticia en el cuidado.

Las jóvenes madres solteras universitarias experimentan injusticias en el cuidado especialmente cuando no logran cubrir su dimensión económica, elemento clave para la deserción y el rezago escolar de estas jóvenes. Dicha dimensión rige el que ellas permanezcan en la universidad, pues sostienen que uno de los motivos por los que invierten en su educación es el que sus niños(as) son pequeños(as) y generan menos gastos monetarios, de lo contrario, tendrán como prioridad la educación y manutención de sus hijos(as) sobre su asistencia a la universidad.

Evidenciamos que en la mayoría de los casos las trayectorias en el cuidado de los(as) hijos(as) no son lineales, salvo en las estudiantes que fueron madres adolescentes y a quienes sus padres exigieron que rompieran toda relación con el padre de sus hijos(as), así, la familia de origen asume la responsabilidad total de ellas y sus hijos(as). Por otro lado, la red de apoyo intergeneracional no siempre está presente, madre-abuelas, lo que da lugar a la diversidad de figuras de cuidado, aunque en todos los casos son principalmente mujeres.

Algunas de estas jóvenes experimentan situaciones de violencia dentro de su red de apoyo, el compartir la relación de cuidado de sus hijos(as) junto con sus madres y, a su vez, la permanencia del cuidado de la madre hacia la joven, mantiene a las participantes en una relación diferencial de poder, ante la cual, adicionalmente se entrecruza la falta de conocimiento y ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, a través de los cuales podrían exigir el respeto básico que

merecen como madres -por tanto, de sus derechos humanos- a pesar de vivir en una situación de dependencia residencial y económica; hecho que no les permite acceder a un amplio bienestar sobre su maternidad.

Para que las prácticas del cuidado se desarrollen en un marco de justicia se requiere profundizar en el estudio de las jóvenes universitarias que son madres, y generar políticas del cuidado para que la maternidad no les limite ejercer su derecho a la educación superior, del mismo modo, el establecer redes de apoyo por parte del Estado, la Universidad y la comunidad en general, les permitirá desarrollar las tareas de cuidado en circunstancias de igualdad.

REFERENCIAS

- Aguirre, R. (2005). Los cuidados familiares como problema público y objeto de políticas. En I. Arriagada (Ed.), *Políticas hacia las familias, protección e inclusión sociales*. (pp.4-11). Chile: CEPAL. Recuperado de https://dds.cepal.org/eventos/presentaciones/2005/0628/Rosario_Aguirre.pdf.
- Alonso-Sanz, A.; Iglesias, M.J. & Lozano, I. (2015). La conciliación estudiantil -familiar y el proceso de enseñanza- aprendizaje en Educación Superior: un estudio cualitativo. *Educatio Siglo XXI*, 33(3), 223-246. Recuperado de <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/51609>.
- Batthyány, K. (2000). Maternidad y trabajo asalariado: Las estrategias de cuidado infantil de las mujeres en Motevideo, estudio de caso múltiple. Recuperado de <http://cienciassociales.edu.uy/departamentodesociologia/wp-content/uploads/sites/3/2013/archivos/11%20Batthyany.pdf>.
- Batthyany, K. El tema de cuidados es el nudo crítico de la desigualdad de género. CLACSO Tv. Argentina. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=2jrp03JgTMo>.
- Cerri, C. & Alamillo-Martínez, L. (2012). La organización de los ciudadanos, más allá de la dicotomía entre esfera pública y esfera privada. *Gaceta de Antropología*, 28 (2), Recuperado de <http://www.gazeta-antropologia.es/?p=4145>.
- Collin, F. (1992). Borderline. Por una ética de los límites. *ISEGORÍA*, 6, 83-95. Recuperado de <http://isegoria.revistas.csic.es/index.php/isegoria/articulo/view/325/326>.
- Esteban, M. L. (2017). Los cuidados, un concepto central en la teoría feminista: aportaciones, riesgos y diálogos con la antropología. *QuAdernis-e*, 22 (2), 33-48. Recuperado de https://www.antropologia.cat/files/3_Esteban.pdf.
- Esteban, M.L. & Otxoa, I. (2010). El debate feminista en torno al concepto de cuidados. *Cip-Ecosocial*. 10, 1-10. Recuperado de <https://docplayer.es/8844343-El-debate-feminista-en-torno-al-concepto-de-cuidados.html>.
- Ezquerro, S. (2011). Crisis de los cuidados y crisis sistémica: la reproducción como pilar de la economía llamada real. *Investigaciones Feministas*, 2, 175-194. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/INFE/articulo/view/38610/37335>. Acceso el 09/08/2018.
- Flores, R. L & Tena, O. (2014). Maternalismo y discursos feministas latinoamericanos sobre el trabajo de ciudadanos: un tejido en tensión. *Revista de Ciencias Sociales*, 50, 27-42. Recuperado de <http://revistas.flacoandes.edu.ec/iconos/articulo/view/1426>.
- Gómez, G. M. & Agudelo, M. E. (2017). Redes familiares y vecinales en el cuidado de niños y niñas. *Infancias imágenes*, 16 (1), 60-71. Recuperado de <http://revistas.udistrital.edu.co/ojs/index.php/infancias/articulo/viewFile/11457/12947>.
- Hernández, A. L. (2016). Cuidar se escribe en femenino: redes del cuidado familiar en hogares de madres migrantes. *Psicoperspectivas Individuo y sociedad*, 15 (3), 46-55. Recuperado de <https://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/articulo/view/784>.
- López-Ibor, R. A.; Escot, L. & Fernández, J. A. (2010). La predisposición de las estudiantes universitarias a autolimitarse profesionalmente en el futuro por razones de reconciliación. *Estudios de Economía Aplicada*, 28-1, 1-32. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30120313013>.
- Martín Palomo, M. T. (2008). Los cuidados y las mujeres en las familias. *Política y Sociedad*, 45 (2), 29-47. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/POSO/articulo/view/POSO0808230029A>.
- Martín Palomo, M. T. (2008). Domesticar el trabajo: Una reflexión a partir de los cuidados. *Cuadernos de relaciones laborales*, 26 (2), 13-44. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/CRLA/articulo/view/CRLA0808220013A>.

- Medialdea, B. (2016). Discriminación laboral y trabajo de cuidados: El derecho de las mujeres jóvenes a no elegir. *ATLÁNTICAS. Revista internacional de estudios feministas*, 1 (1), 90-107. Recuperado de <http://revistas.udc.es/index.php/ATL/article/view/ari.ef.2016.1.1.1792>.
- Ordaz, G. (2010). Políticas públicas y familias en México. Tendencias y desafíos. En S. Lerner & L. Melgar (coords.), *Familias en el siglo XXI: Realidades diversas y políticas públicas* (pp. 343-358). México: El Colegio de México.
- Pacheco, L. C. (2018). Académicas universitarias: el tiempo entre los libros y el cuidado. *Revista de Investigación sobre los Estudios de Género*, 22, 9-30. Recuperado de <http://revistasacademicas.ucol.mx/index.php/genero/article/view/1322>.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. 5 Igualdad de Género. Recuperado de <http://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals/goal-5-gender-equality.html>.
- Roldán, E. L; Ayala, M. C; Pérez, D. P & Romero, N. Y. (2016). Redes sociales de apoyo a la crianza de los menores en etapa escolar primaria. *Revista Científica General José María Córdoba*, 14 (18), 73-95. Recuperado de <https://www.revistaesmicgimc.com/index.php/esmic/article/view/43>.
- Sales, T. (2014). Ciudadanía y cuidados; apuntes para política feminista democrática. *Daimon. Revista Internacional de Filosofía*, (63), 159-174. Recuperado de <http://revistas.um.es/daimon/article/view/189751>.
- Sales, T. (2015). Cuidados poder y ciudadanía. *Las Torres de Lucca: revista internacional de filosofía política*, (6), 7-45. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5172676>.
- Sales, T. (2016). Contra la precariedad, con la precariedad; cuidados y feminismo. *Oxímora Revista Internacional de Ética y Política*, (8), 53-62. Recuperado de <http://revistes.ub.edu/index.php/oximora/article/view/15393>.
- UASLP. Universidad Autónoma de San Luis Potosí. *Resumen ejecutivo del informe de rectoría 2011-2012. Indicadores institucionales*. (2012). Recuperado de <http://www.uaslp.mx/Documents/Universidad/Sitio%20rector/Informes/2011-2012/indicadores%20institucionales.pdf>.
- Valencia, F. & Correa, A. (2006). Ayuda mutua e intercambio: Hacia una aproximación conceptual. *Revista Científica Guillermo de Ockham*, 4 (2), 71-82. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105316853006>.

Lactancia materna, alimentación complementaria y suplementación con multimicronutrientes: Perspectiva intercultural

Breastfeeding, complementary feeding and supplementation multimicronutrient: intercultural perspective

Amamentação, alimentação complementar e multimicronutrient suplementação: intercultural Perspectiva

Jessica Paola Bustamante Llatas¹, Miguel Amberly Gordillo Julón²,
Rosa Jeuna Díaz Manchay³, Flor de María Mogollón Torres⁴,
Angelica Soledad Vega Ramírez⁵, Sonia Tejada Muñoz⁶

¹Licenciado en enfermería. Nunulaf Salud Natural- Chiclayo, Perú. Correo electrónico: jessi.bustamantellatas@gmail.com

²Licenciado en enfermería. Puesto de Salud Pampa la Rioja-Cajamarca, Perú. Correo electrónico: miguelamb.gordillojulon@gmail.com

³Doctor en ciencias de enfermería. Especialista en salud familiar y comunitaria. Docente de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo-Chiclayo, Perú. Correo electrónico: rdiaz@usat.edu.pe

⁴Magister en ciencias de enfermería. Especialista en neonatología. Docente de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo-Chiclayo, Perú. Correo electrónico: fnogollon@usat.edu.pe

⁵Magister en ciencias de enfermería. Especialista en salud familiar y comunitaria. Docente de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo-Chiclayo, Perú. Correo electrónico: avega@usat.edu.pe

⁶Doctor en ciencias de enfermería. Docente de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza- Chachapoyas, Perú. Correo electrónico: sonia.tejada@untrm.edu.pe

Cómo citar este artículo en edición digital: Bustamante Llatas, J. P., Gordillo Julón, M. A., Díaz Manchay, R. J., Mogollón Torres, F. M., Vega Ramírez, A. S. & Tejada Muñoz, S. (2019). Lactancia materna, alimentación complementaria y suplementación con multimicronutrientes: Perspectiva intercultural. Cultura de los Cuidados (Edición digital), 23 (54). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.54.20>

Correspondencia: Facultad de Medicina- Escuela de Enfermería, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Avenida San Josemaría Escrivá de Balaguer 855, Chiclayo. Perú

Correo electrónico de contacto: rdiaz@usat.edu.pe

Recibido: 01/12/2018; Aceptado: 15/04/2019



ABSTRACT

Introduction: Feeding the child is essential

for proper growth and healthy development; however some entrenched

cultural practices in different communities have influenced the morbidity and infant mortality, despite health education provided by health personnel.

Objective: To describe and understand breastfeeding, complementary feeding and supplementation multimicronutrient to lower infant from a cultural perspective.

Method: A qualitative study, with ethnographic design. The sample consisted of 25 participants (10 nurses and 15 Andean mothers), chosen for convenience and determined by saturation technique and redundancy. For data collection ethnographic interview and participant observation was used, recorded in the diary, processed using thematic analysis. The criteria of scientific rigor and principles of personalistic bioethics was taken into account.

Results: Emerged three cultural themes: A) Health education, customs and breastfeeding. B) Health education and cultural practices in complementary feeding. C) Health Education, and rejection multimicronutrient consumption.

Conclusions: Health personnel educates the Andean mother about proper nutrition to be performed at home, but more prevalent customs and beliefs, which may result in poor growth and development.

Keywords: Culture, food, nursing child, nursing, ethnography.

RESUMO

Introdução: Alimentação da criança é essencial para o crescimento e desenvolvimento saudável; no entanto, algumas práticas culturais arraigadas nas comunidades diferentes influenciaram a morbidade e mortalidade infantil, apesar de educação de saúde prestados por profissionais de saúde.

Objetivo: Para descrever e compreender o aleitamento materno, alimentação complementar e multimicronutrient suplementação para menor bebê do ponto de vista cultural.

Método: Estudo qualitativo, com design etnográfica. A amostra foi composta por 25 participantes (10 enfermeiras e 15 mães andinos), escolhidos por conveniência e determinados pela técnica de saturação e redundância. Para coleta de dados foi utilizada entrevista e observação participante etnográfica, gravado no diário, processados usando análise temática. Os critérios de rigor e princípios da bioética personalista científica foi tida em conta.

Resultados: Surgiu há três temas culturais: A) A educação em saúde, costumes e amamentação. B) A educação em saúde e as práticas culturais na alimentação complementar. C) Formação de Saúde, e rejeição consumo multimicronutrient.

Conclusões: O pessoal de saúde educa a mãe andina sobre nutrição adequada a ser realizado em casa, mas costumes e crenças mais prevalentes, o que pode resultar num fraco crescimento e desenvolvimento.

Palavras chave: Cultura, comida, criança dos cuidados, nutrição, etnografia.

RESUMEN

Introducción: La alimentación en el niño es fundamental para su adecuado crecimiento y desarrollo saludable; sin embargo algunas prácticas culturales arraigadas en diferentes comunidades han influido en la morbilidad y la mortalidad infantil, a pesar de la educación sanitaria que brinda el personal de salud.

Objetivo: Describir y comprender la lactancia materna, alimentación complementaria y suplementación con multimicronutrientes al lactante menor

desde una perspectiva intercultural.

Método: Estudio cualitativo, con diseño etnográfico. La muestra estuvo conformada por 25 participantes (10 enfermeros y 15 madres andinas), elegidas por conveniencia y determinada por la técnica de saturación y redundancia. Para la recolección de datos se usó la entrevista etnográfica y la observación participante, registrándose en el diario de campo, procesados mediante análisis temático. Se tuvo en cuenta los criterios de rigor científico y los principios de bioética personalista.

Resultados: Emergieron tres temas culturales: A) Educación sanitaria, costumbres y lactancia materna. B) Educación sanitaria y prácticas culturales en la alimentación complementaria. C) Educación sanitaria, consumo y rechazo de multimicronutrientes.

Conclusiones: El personal de salud educa a la madre andina acerca de una adecuada alimentación que deben realizar en el hogar, pero más prevalece sus costumbres y creencias, lo que puede ocasionar deficiente crecimiento y desarrollo.

Palabras clave: Cultura, alimentación, lactante menor, enfermería, etnografía.

INTRODUCCIÓN

El derecho de todo niño (a) es iniciar su vida con todas sus capacidades, sin importar el lugar donde se gesta, nace, crece y desarrolla. Específicamente la primera infancia es un momento principal de la vida y su desarrollo está intrínsecamente ligado a la familia, por tanto podemos afirmar, que la interculturalidad influye considerablemente en la primera infancia, constituyéndose en una variable que puede favorecer o limitar este derecho (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2018). La alimentación

constituye uno de los problemas más prioritarios con los que se enfrentan los adultos responsables de los niños. Por ello, es importante tener en cuenta que alimentar adecuadamente es algo más que proveer de alimentos suficientes para el crecimiento del cuerpo. En una alimentación adecuada intervienen además de una buena selección de alimentos, la situación socio familiar, los hábitos y costumbres (alimentarios, religiosos, etc.), la educación, el nivel cultural, etc. (Chinchay y De la Cruz, 2016).

La alimentación del lactante y del niño (a) es fundamental para mejorar la supervivencia infantil y fomentar un crecimiento y desarrollo saludables. Los primeros dos años de la vida son especialmente importantes, puesto que la nutrición óptima durante este periodo reduce la morbilidad y la mortalidad, así como el riesgo de enfermedades crónicas, y mejora el desarrollo general. Contrariamente, por tener una inadecuada alimentación, coexiste una alta cifra de muertes de niños debidas a la desnutrición, el cual llega a 2,7 millones, lo que representa el 45% de todas las muertes de niños (Organización mundial de la salud, 2017).

En la actualidad, en el departamento de Cajamarca-Perú, la desnutrición crónica en niños (as) menores de 5 años que acceden a los establecimientos de salud (EESS), continúa con una lenta disminución, afectando a 1 de cada 3 niños de la región; la desnutrición global presenta una similar disminución, menor en el último año y afecta a 1 de cada 18 niños; la desnutrición aguda presenta una evolución estacionaria y afecta a 1 de cada 50 niños; el sobrepeso y la obesidad tampoco han sufrido variación sustancial en el periodo de 3 años, afectando el exceso de peso (sobrepeso y obesidad) a casi 1 de cada 13 niños menores de 5 años que acuden a los EESS, en la región (Instituto

Nacional de Salud, 2012).

Esta situación es difícil de afrontar, pues el profesional de enfermería poco o nada puede hacer para cambiar los hábitos alimenticios de las familias andinas, teniendo diariamente que lidiar con prácticas y costumbres muy arraigadas en cuanto a la alimentación del lactante, además de negociar con las madres algunos cuidados que determinan e influyen de manera negativa el estado nutricional del niño; y para ello es necesario que dicho profesional haga uso del principio de la interculturalidad, estipulado en el Modelo de Atención Integral de Salud del MINSA, ente rector del sector Salud en Perú.

Al respecto, la interculturalidad según Goicochea (2012); es el proceso de interrelación entre culturas, a través del respeto y reconocimiento de las diferencias y convergencias entre las personas y grupos. Tiene como características: la confianza, comunicación efectiva (comprender al “otro” desde su cultura), diálogo y debate, aprendizaje mutuo, intercambio de saberes y experiencias. Es así, que el rol del profesional de enfermería en las zonas alto andinas juega un papel importante en la salud de la población, toda vez que de la efectividad de los procesos educativos que brinda, va a depender el impacto de las intervenciones; en la que además, el analfabetismo se constituye en una gran barrera en la comprensión de los mensajes emitidos, por lo tanto en la modificación de ciertas prácticas alimenticias para con el lactante menor. En consecuencia las habilidades de comunicación intercultural son fundamentales, si se pretende mejorar la calidad de vida de los niños (as) en dichas zonas.

Una de las estrategias para conocer cuáles son las creencias y costumbres que tienen las familias en el cuidado de sus niños, es a

través del Control del Crecimiento y Desarrollo (CRED); su aplicación se da según la Norma Técnica N.º 537 – 2017 del MINSA, donde se define al CRED como una intervención de salud que tiene como propósito vigilar el adecuado crecimiento y desarrollo de la niña(o) (Ministerio de Salud, 2017). Al respecto, se ha observado que el profesional de enfermería que labora en la Red de Salud de Súcota, escenario donde se realizó la investigación, al realizar el CRED, trata de comunicarse de la mejor forma con las madres, para así conocer cómo es la alimentación del niño en su hogar, en cuanto a: la consistencia, calidad, frecuencia y preparación de los alimentos; es así, que las enfermeras identifican ciertos cuidados erróneos para con el lactante menor, como: interrumpir la lactancia materna exclusiva o el inicio precoz de la alimentación complementaria, con alimentos no apropiados para la edad del niño. Al realizar visitas domiciliarias en la zona, se constató que algunos lactantes menores tienen problemas nutricionales (talla baja, delgadez, sobrepeso, etc.) y que la alimentación es en base a carbohidratos, con predominio de papas, camote, olluco, choclo y escaso en proteínas.

Por lo mencionado anteriormente, en Súcota, la desnutrición está fuertemente relacionada con la pobreza y la cultura, donde la enfermera debe aplicar un cuidado desde una perspectiva intercultural. Esto supone huir de los estereotipos y superar los prejuicios a fin de establecer una relación efectiva con el usuario, aceptando las diferencias culturales como una oportunidad de crecimiento y no como un problema, para ello es necesario tener una actitud sensible y de respeto hacia las personas de otra cultura (Castrillón, 2015).

En este contexto se realizó la investigación con los objetivos de: Describir y comprender

la lactancia materna, alimentación complementaria y suplementación con multimicronutrientes desde una perspectiva intercultural; discutir la educación sanitaria de los profesionales de enfermería y las costumbres que tienen las madres andinas en la alimentación del lactante menor.

MÉTODOS

La investigación fue de tipo cualitativo, con abordaje etnográfico (Grove, Gray y Burns, 2016; Do Prado, De Souza, Monticelli, Cometto y Gómez, 2013). Los investigadores se involucraron directamente con los sujetos de estudio, y además se observó el escenario cultural donde la madre andina interactúa según sus creencias, costumbres adquiridas culturalmente y las prácticas que emplean para el cuidado del lactante menor; así mismo se observó cómo la enfermera atiende al lactante menor y educa a la madre para los cuidados del lactante en el hogar. Los sujetos de estudio lo constituyeron 10 enfermeras de los establecimientos de salud que pertenecen a la Micro Red de Súcota. Así mismo, participaron 15 madres de familia de la zona. Para asegurar la confidencialidad, se asignaron los siguientes códigos de identificación; para las madres: MADR1, MADR2...MADR15, y para las enfermeras ENF1, ENF2..., ENF10. El muestreo fue por conveniencia, y el tamaño de la muestra determinada por la técnica de saturación y redundancia, es decir cuando la información de las entrevistas se repitió y no hubo datos nuevos.

Como técnica de recolección de datos, se utilizó la observación participante y la entrevista etnográfica, como instrumento se usó la guía de observación que se registró en el diario de campo y la guía de entrevista, cuyos datos fueron grabados en un grabador de voz. Cabe mencionar que dichos

instrumentos, fueron elaborados por los investigadores y validados por juicio de expertos. Después de la aprobación del proyecto por Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, se realizó la prueba de piloto, con 02 madres de familia y 02 enfermeras de la Micro Red de Salud de Cutervo, lugar con las mismas características del escenario donde se realizó la investigación (zona alto andina de Perú).

Luego se obtuvo la autorización del Gerente de la Micro Red de Súcota, a fin de ejecutar la investigación. Y los investigadores acudieron a los establecimientos de Salud para contactar a los sujetos de estudio, quienes cumplieron los siguientes criterios de selección: madre de familia mayor de 18 años, entre 2 o más hijos. Con quienes se hizo la presentación respectiva, se les brindó la información detallada del estudio, se les hizo firmar el consentimiento informado y se estableció la fecha y hora para realizar las visitas en su propio escenario.

A las enfermeras y madres se realizaron cuatro visitas, con un promedio de cuatro horas cada una; la estrategia que utilizaron los investigadores para realizar la observación al trabajo que realizan las enfermeras fue ofrecerse de apoyo en la Atención Integral del Niño, realizando algunas actividades como, por ejemplo: control de peso y talla del lactante menor y algunos registros. En tanto que con las madres se interactuó con cada una de ellas en visitas domiciliarias, hasta ganarse su confianza, llegando a involucrarse en las actividades cotidianas relacionadas con el cuidado al lactante menor, como es en la higiene, alimentación, descanso, estimulación, entre otros cuidados, el cual se logró en las dos últimas visitas, la misa que se realizó en el propio escenario, donde la

madre cuida (hogar) y la enfermera educa (consultorio de atención integral del niño), en un tiempo aproximado de 30 minutos, al finalizar la jornada laboral de la enfermera y al finalizar las tareas cotidianas de las madres, buscando el mejor momento, libre de interrupciones para los participantes.

Para el procesamiento de datos se utilizó análisis temático (McCurdy, Sprandel y Shandy, 2005) que consistió en cuatro etapas: a) Análisis del dominio: en el cual se analizó los datos referentes a situaciones sociales, identificando las prácticas culturales obtenidas por medio de la observación participante y los discursos de las entrevistas, los cuales se analizaron para identificar los dominios culturales, b) Análisis taxonómico: donde se construyó un conjunto de caracteres relacionados sobre la base de una relación semántica, pero a diferencia de los dominios, muestra la relación entre todos los términos incluidos, c) Análisis componencial: es el análisis por el cual se buscó componentes de significado y d) Análisis de temas: que consistió en un proceso de búsqueda de dimensiones de contraste entre los términos permitiendo construir paradigmas y la verificación de los mismos.

La base ética de la investigación se basó en los principios de la Ética Personalista de Sgreccia (2009). El principio de respeto a la vida y dignidad, Principio de libertad y responsabilidad y el principio de socialización y subsidiaridad. Los sujetos de estudio no fueron expuestos a experimentación, ni sufrieron ningún daño físico, ni emocional, se protegió su identidad con códigos y su participación fue voluntaria, previa firma del consentimiento informado, además de contar con la aprobación de un comité de ética en investigación y los permisos respectivos de las instituciones de salud.

Asimismo, se consideró los criterios de rigor científico de Denzin y Lincoln (2012): Credibilidad, Auditabilidad y Transferibilidad. Esta investigación garantiza la credibilidad mediante la transparencia y fidelidad en relación con los datos encontrados; los datos fueron recolectados durante un periodo de tiempo amplio, y fueron construidos e interpretados de forma cuidadosa y ejemplificados a través de las respuestas de los actores participantes. Igualmente, la credibilidad se asegura mediante la triangulación de la información obtenida a través de múltiples fuentes (entrevistas individuales y observaciones); diferentes contextos (casa e instituciones de salud), y los diferentes actores (madres y enfermeras) que ampliaron la visión sobre el fenómeno de la investigación. Finalmente, con la devolución de la información a los actores participantes se aseguró la credibilidad de este trabajo, pues permitió corroborar lo establecido por ellos. La auditabilidad, se garantizó mediante la existencia de grabaciones de las entrevistas realizadas, los registros de las entrevistas, la transcripción fiel de los diálogos, las observaciones y la descripción de los contextos sociales donde se llevó a cabo esta etapa. La transferibilidad o aplicabilidad se aseguró al presentar los resultados que identifican al grupo de estudio en su contexto social.

RESULTADOS

Posterior al procesamiento de los datos, se obtuvieron tres temas culturales, de los cuales trata el presente artículo:

A) Educación sanitaria, costumbres y lactancia materna

Una alimentación sana, correcta y equilibrada tiene su fundamento en la

lactancia materna (LM), considerada como un factor positivo primordial en la Salud Pública tanto a nivel nacional y mundial. Por lo cual, las prácticas óptimas de la LM se convierten en la acción más eficaz para prevenir la mortalidad en los niños menores de cinco años, lo cual corresponde a uno de los Objetivos del Desarrollo del Milenio (Organización Mundial de la Salud, 2013). El inicio temprano de la misma (en la primera hora de vida) protege al recién nacido de las infecciones y reduce la mortalidad neonatal. El riesgo de muerte por diarrea y otras infecciones puede aumentar en los lactantes que solo reciben lactancia parcialmente materna o exclusivamente artificial (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Al respecto los investigadores, en sus notas de campo, observaron que *“las enfermeras del estudio educan a las madres acerca de la lactancia materna con la ayuda de trípticos o con láminas que tienen en la pared del consultorio de CRED, recalca que debe ser exclusiva hasta los seis meses y que no deben darle agüitas como anís, manzanilla, mazamoras u otros alimentos. Además, enfatizan en los beneficios tanto biológicos como afectivos para el bebé y la madre, la posición, la frecuencia y el tiempo de amamantamiento”* (Diario de campo-consultorio de CRED).

Para la mayoría de las enfermeras, el primer alimento inmediato para satisfacer al lactante menor es la leche materna, debido a que brinda la nutrición ideal, protege contra infecciones, reduce el riesgo de algunas enfermedades a largo plazo en el niño y en la madre. Lo mencionado, se corrobora también con los discursos vertidos por las madres: *“La enfermera me ha dicho que hasta los seis meses tengo que darle solo el seno, y durante todo el día le daré entre 6 a 10 veces al día”* (MADR 3); *“y que yo me alimente bien porque los alimentos que como le paso por la leche”* (MADR 5).

Sin embargo, se observó en los hogares que la mayoría de las madres andinas *“con frecuencia le dan de lactar a su niño y generalmente cuando este llora, lo hacen en diferentes posiciones, como: acostadas, sentadas en banquitos artesanales propios de la zona (de troncos de madera), incluso cuando están caminando haciendo sus tareas domésticas, en este caso sostienen a al lactante usando un paño o chal con el que lo cargan sobre su tórax anterior (tipo mama canguro) (Diario de campo – hogar de las madres).*

Por otro lado, algunas madres tienden a interrumpir la lactancia materna exclusiva antes del 6.º mes de vida, e incluso desde el nacimiento optan por alimentar a sus hijos con leche de vaca, gelatina, infusiones, entre otro, frente a cualquier dificultad con el amamantamiento. Situación con el que los profesionales de enfermería tienen que lidiar a diario, procurando concientizar a las madres acerca de la importancia que tiene la lactancia materna exclusiva y continuada en el sano crecimiento y desarrollo del niño, tal cual se evidencia en los discursos de las madres: *“a mi niño le gusta la leche sin hervir y le doy en biberón, así me enseñó mi mamá (MADR 6), “tengo mis vacas, por eso le doy leche de vaca, sobre todo cuando estoy en la chacra y dejo a mi hijito que sus hermanitos le den su biberón, así criamos a nuestros hijos” (MADR 2). Asimismo, se observó que “cuando la madre realiza sus quehaceres domésticos o va la chacra, la madre encarga al bebé a la hermana mayor, quien le da la leche de vaca hervida o cruda...también le dan gelatina, agüita de manzanilla, chochoca, y pan mojado” (Diario de campo –hogar de las madres). Por lo tanto, se verificó que algunas madres interrumpen la lactancia materna, y lo hacen en ocasiones cuando ellas no se encuentran en el hogar y los que se encargan de la alimentación del lactante menor, son los hermanos mayores.*

Frente a esta situación los profesionales de enfermería precisan negociar estas prácticas alimenticias con las madres, a fin de llegar a un acuerdo y poder mejorar la alimentación del lactante, toda vez que la leche de vaca y más aún si de brinda cruda, puede ser muy dañina para la salud del niño, poniendo en práctica los principios que propone Leininger (2015) en su teoría del sol naciente, en la que se da valor a las prácticas y saberes culturales de la madre, de modo que se respete las practicas no nocivas y se trate de modificar paulatinamente, aquellas que sí lo son, buscando así un punto de equilibrio de ambas culturas: el de la madre y el de la enfermera.

B) Educación sanitaria y prácticas culturales en la alimentación complementaria

Alrededor de los seis meses, las necesidades de energía y nutrientes del lactante empiezan a ser superiores a lo que puede aportar la leche materna, por lo que se hace necesaria la introducción de una alimentación complementaria. La alimentación complementaria inicia a los seis meses de edad, cuando se deben cubrir los requerimientos nutricionales (Ministerio de Salud, 2016). Los investigadores consideran que cumplir una buena alimentación en el lactante es crucial para un óptimo crecimiento y desarrollo, la mayoría de las enfermeras incide en: *“contamos con material educativo, en la que figura un cuadro distributivo de alimentos según la edad, la cantidad, la calidad, la consistencia. También realizamos sesiones demostrativas (lavado de manos, alimentación complementaria y administración de chispitas), según los sectores o zonas donde viven las madres”* (ENF 3, 6, 9). *“En la consejería incidimos que a los seis meses deben comenzar con purés a base de tubérculos, de 7 meses en adelante deben incluir la proteína*

vegetal y la carne blanca y acompañado de la lactancia materna y a media mañana y media tarde se le debe dar una fruta... tienen que usar alimentos de la zona (menestras, huevos, arracacha, etc.)” (ENF 1, 5, 8,10).

Los profesionales de enfermería hacen énfasis en la alimentación complementaria, la misma que se inicia a partir de los seis meses, y es de gran importancia para el lactante, toda vez que complementa la energía y los nutrientes que le otorga la leche materna para promover un óptimo crecimiento y desarrollo, además de promover la formación de conductas alimentarias deseables. Siendo la madre quien cumple un rol crucial y decisivo para formar buenos hábitos alimentarios, puesto que ella es la cuidadora principal del niño y quien perfila con dichos hábitos y costumbres, el estado nutricional del mismo, este supuesto se sustenta en las unidades de significado, extraído de los discursos brindados por las madres: *“En el desayuno le doy su papilla de papa, a la media mañana come su pera, manzana o plátano y para que se duerma su leche; en el almuerzo come su sopa de hígado o pollo con verdura y después le doy a la media tarde su mazamorra de fruta...en el almuerzo le doy sus menestras, sopa de zapallo, papas y fideos, luego a las 3 de la tarde le doy su mazamorra de maíz morado... toma leche de vaca, hígado de pollo come 3 veces a la semana, no le gusta la sangrecita”* (MADR 2, 4, 6).

La mayoría de las madres andinas inician la alimentación complementaria a partir de los seis meses de edad de su niño. La frecuencia en la alimentación depende de la edad, ellas manifiestan darle alimentos que proporcionan diferentes nutrientes: tales como, carbohidratos (papa, camote, fideos, arroz), proteínas (pescado, pollo, huevos, leche de vaca y algunas menestras), vitaminas y minerales (principalmente algunas frutas); sin embargo cabe resaltar

que no mencionaron en ningún momento, usar verduras, ciertas frutas y productos propios de la zona, como: (quinua, quihuicha, ocas, choclo, etc.), tampoco mencionan productos ricos en hierro (sangrecita, carnes rojas, vaso, etc.).

Por otro lado, un grupo de madres, realizan prácticas inadecuadas en la alimentación del lactante, como se vislumbra en los discursos de las enfermeras y en las observaciones realizadas por los investigadores: *“a veces las madres no se lavan las manos, no utilizan utensilios, pues le dan de comer con su mano, dicen que así es más rico”* (ENF 3, 6). Asimismo, *“se observó que, en el desayuno, al bebé le dan galleta vainilla o rellenita acompañado de gaseosa o “café” o chizitos...”* (Diario de campo –hogar de las madres).

Estas prácticas, requieren ser modificadas de manera paulatina, con argumentos convincentes para las madres, puesto que son perjudiciales para la salud del lactante, en tal sentido, el profesional de enfermería precisa dar pautas de manera repetitiva y de alta intensidad, para lograr una práctica saludable (Pender, Murdaugh y Parson, 2010), no solo orientando a la madre andina, en cuanto a la selección de los alimentos, si no en la frecuencia, la cantidad, la textura y las combinaciones que puede realizar, de acuerdo a los requerimientos nutricionales del niño.

C) Educación sanitaria, consumo y rechazo de la suplementación con multimicronutrientes

La suplementación con multimicronutrientes, es una intervención que tiene como objetivo asegurar su suministro en las niñas y niños menores de 36 meses de edad para asegurar niveles adecuados de hierro en su organismo, prevenir la anemia y favorecer su

crecimiento y desarrollo, el cual forma parte de la Atención Integral de Salud de la Niña y el Niño y está incluida en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (Ministerio de Salud, 2016).

Al respecto los investigadores, en sus notas de campo, observaron que *“educa a la madre con respecto a la administración de las chispitas, para que le den todo el contenido del sobre al niño, ya que es importante para que su hijo crezca más sano y fuerte, a las 10 de la mañana mezclado con la dos cucharitas de papilla de papa o yuca, o con alguna fruta...además realizan sesiones demostrativas”* (Diario de campo-consultorio de CRED). Todas las enfermeras refieren que le *“explican a la madre la forma adecuada en que deben administrar las “chispitas” que le tienen que dar tofos los días, una hora antes del almuerzo, le tiene que dar en una o dos cucharaditas de algún tubérculo, bien aplastado y mezclado”* (ENF 4,7); esto es muy importante para lograr la adherencia del niño a la suplementación, ya que de la información que le brinden a las madres en cuanto a la dosis, la frecuencia, el contenido, la forma de administración, reacciones adversas y los cuidados que se deben tener en cuenta, se evitará el rechazo a la suplementación y así también se desterrarán progresivamente las ideas erróneas entorno a la suplementación con multimicronutrientes.

En base a la educación que brinda el profesional de enfermería, las madres realizan la suplementación con multimicronutrientes, de la siguiente manera: *“la enfermera me ha informado que cuando le dé sus papillas, tengo que sacar dos cucharadas de su comida y mezclarlo con el contenido del sobre de la chispita; y por eso es lo primero que debo de darle, para que aproveche la dosis completa, hasta ahora mi niño va bien”* (MADR 3, 5). Los investigadores evidenciaron cómo realizan la

administración del micronutriente algunas madres: *“en ocasiones le administraban mezclados con mazamoras, con sopas (particularmente de chochoca- maíz seco molido); en tanto que otras madres, antes de darle su comida, colocaban todo el contenido del sobre de micronutriente en su mano y le daban al niño directo en su boca, y a la pregunta porque lo hacen de esa manera, referían que cuando lo mezclan en su comida, lo rechaza y algunas veces incluso lo vomita”*. (Diario de campo –hogar de las madres).

Por otro lado, las enfermeras en sus discursos refieren ciertas controversias acerca de la suplementación con las chispitas: *“las chispitas no tienen buena acogida, los niños no lo consumen, nosotros asumimos que es de mala calidad el producto. Algunas madres compran en las boticas el sulfato ferroso y dejan de darle las chispitas. He podido verificar en las visitas domiciliarias, que el 70 % de los niños consumen las chispitas, pero no todos los días, y el 30 % rechaza totalmente este producto”* (ENF 6). Al respecto las madres refieren: *“A veces no le doy, me olvidó, además mezclado con la comida lo rechaza, pero si le doy en su manito, lo tolera muy bien...solo le he dado tres veces, porque se estriñe, y le he dado a mis hijos mayores o a los animales”* (MADR 6,12, 14).

Como podemos notar, algunas enfermeras refieren que hay madres que no administran los micronutrientes a sus niños conforme las indicaciones y por el contrario prefieren comprar otros suplementos como el sulfato ferroso para ayudar a sus niños, siendo muy pocas las madres que se adhieren a la suplementación, de manera ideal para disminuir la anemia. Esto debido a muchos factores, como el desconocimiento de su importancia, de las formas de administración, de las reacciones adversas y de los cuidados que se deben tener para contrarrestar dichas reacciones; es ahí donde

el profesional de enfermería debe dar cumplimiento a su rol educador, siguiendo los pasos de una consejería personalizada, utilizando un lenguaje sencillo, adecuado al nivel educativo, a la cultura.

DISCUSIÓN

Los hallazgos de esta investigación reflejan la necesidad de establecer espacios de diálogo que permitan construir una mediación cultural entre el personal de salud y el sujeto de cuidado, el cual debe convertirse en sujeto activo y no solo en receptor de una información que en ocasiones pueda alterar el contexto cultural. Precisamente esa diversidad cultural hace indispensable conocer, compartir e identificar las ventajas de este conocimiento emic. ¿Cómo garantizar entonces un cuidado culturalmente coherente y sensible, en un medio en el cual se valora más el conocimiento científico que cultural? ¿Cómo fortalecer la importancia del conocimiento etic, y a partir de este generar estrategias de cuidado que faciliten un cuidado en el que se respete no solo la cultura sino las tradiciones familiares las cuales forman parte del paciente?

En efecto, uno de los aspectos importantes para garantizar un cuidado congruente con la cultura es conocerla y reflexionar sobre la influencia que esta ejerce en el cuidado. Igualmente, poner en práctica los modos de acción que describe Leininger en su teoría (preservar, negociar y reestructurar), permitirá establecer un diálogo de saberes que conduzca, de manera sensible, a un cuidado culturalmente congruente.

En los últimos años las prácticas de cuidado en torno a la lactancia materna, alimentación complementaria y suplementación con micronutrientes han tenido una influencia cultural significativa.

Así mismo, el cuidador, representado por el esposo, madre, hermano mayor, abuela o suegra, ejerce una gran influencia en este cuidado. El grupo de docentes investigadores de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo de Perú ha realizado estudios los cuales se han acercado al componente cultural en varias localidades del país, se han identificado aspectos del cuidado universal como la interrupción de la LME antes del 6° mes de vida, e incluso desde el nacimiento optan por alimentar a sus hijos con leche de vaca, gelatina, infusiones; exclusión de alimentos propios de la zona como quinua, quiwicha, oca, choclo y el rechazo de los micronutrientes llamados “chispitas”. La diversidad en el cuidado se ve representada en cada una de las regiones en donde se han llevado a cabo las investigaciones (Villegas y Arriola, 2016; Campos y Castillo, 2014; Barragan y Torres, 2014).

Las creencias alimentarias que tenían la mayoría de las madres no favorecerían la lactancia materna exclusiva, la disminución de anemia, ni una correcta elección de varios alimentos, lo que evidenciaría una alimentación poco saludable. Estos resultados ya han sido reportados en otras investigaciones Osorio (2015), Guillen (2012) y Sencia y Vargas (2016) a diferencia de este estudio, en sus resultados se evidencia que las prácticas de alimentación complementaria la mayoría de madres no administra alimentos correspondientes para cubrir la necesidad nutricional ni en la frecuencia de veces al día, pero si cumplen con la forma de preparación, lo que podría aumentar el riesgo de desnutrición en los niños. Más de las dos terceras partes de madres entrevistadas utilizan en forma adecuada los multimicronutrientes en la preparación de la dieta diaria del niño lo que favorece la disminución de la anemia en

hijos de la muestra de estudio.

En la investigación realizada por Landa (2009) el objetivo del estudio fue describir las costumbres y creencias de la madre en las prácticas del cuidado de la ablactación. Es un estudio cualitativo de diseño etnográfico. En él se indica que la alimentación del niño menor de un año está influida por las costumbres, creencias, valores y cultura de la madre; sin embargo, por fuentes secundarias se comprobó que los niños de estas mujeres no presentan algún grado de desnutrición. Estos resultados llaman la atención porque se oponen a los encontrados en este estudio, donde existe reporte de la presencia de enfermedades como desnutrición y anemia en los niños de las madres participantes.

Por otro lado, en relación a las competencias culturales que debe demostrar todo profesional para brindar un cuidado de enfermería, se han encontrado coincidencias en los resultados de esta investigación con la realizada por Noble LM, Noble A y Hand (2009), afirmando que la lactancia materna está fuertemente influenciada por consideraciones culturales. Por lo tanto, los profesionales de la salud culturalmente competentes pueden proporcionar información y soporte de lactancia más apropiados, pero la mayoría (77%) de los profesionales de la salud que atienden a madres que amamantan en zonas urbanas no alcanzan una puntuación de competencia cultural.

En consecuencia, este y otros estudios Noble *et al.* (2009) y Bentley, Jovanovic y Sharma (2008), proporcionan evidencia de la necesidad de directrices nacionales para incorporar la capacitación en competencias culturales por parte de todos los organismos de formación profesional de la salud a nivel de los países latinoamericanos, ya que se encuentran coincidencias en relación a que

los profesionales de enfermería precisan incorporar en su actuar diario las competencias culturales, por ejemplo, aprender a negociar estas prácticas alimenticias con las madres, a fin de llegar a un acuerdo y poder mejorar la alimentación del lactante, toda vez que la leche de vaca y más aún si de brinda cruda, puede ser muy dañina para la salud del niño, poniendo en práctica los principios que propone Leininger (2015), en su teoría del sol naciente, en la que se da valor a las prácticas y saberes culturales de la madre, de modo que se respete las practicas no nocivas y se trate de modificar paulatinamente, aquellas que sí lo son, buscando así un punto de equilibrio de ambas culturas: el de la madre y el de la enfermera.

CONCLUSIONES

En cuanto a la alimentación del lactante menor, la enfermera educa acerca de los beneficios de lactancia materna exclusiva, alimentación complementaria, importancia de la suplementación con multimicronutrientes y la manera correcta de alimentar al lactante menor de acuerdo a su edad. Con respecto a la alimentación se observó que la mayoría de las madres interrumpen la lactancia materna exclusiva debido a sus actividades diarias, reemplazando con la leche de vaca; por lo que la enfermera debe negociar y reestructurar dichos cuidados para así optimizar un adecuado crecimiento y desarrollo del niño.

En relación a la alimentación complementaria la enfermera enfatiza que se debe empezar a partir de los seis meses, pero pocas madres andinas comienzan a darle papillas, frutas, pescado, huevos, camote y de vez en cuando le dan sangrecita, etc., es así que estos cuidados se deben

preservar porque brindan a los niños alimentos adecuados para su edad. Mientras otras madres inician la alimentación complementaria precoz debido a que piensan que el niño quiere comer porque ve a los demás comiendo, y le dan chochoca (maíz molido en sopa) porque les hace fuertes; es por esto que el personal de salud tiene que negociar y reestructurar estas creencias y costumbres. Acerca del consumo de multimicronutrientes la mayoría de los niños lo rechazan, debido a sus reacciones adversas, la más frecuente es el estreñimiento; o les dan de manera incorrecta; es así que la enfermera tiene que mejorar sus estrategias educativas para favorecer su adherencia.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Financiamiento: Ninguno.

BIBLIOGRAFÍA

- Barragán, J., y Torres, K. (2015). Cuidado cultural de las madres en la alimentación del niño preescolar con desnutrición, Salas 2014 (Tesis Licenciatura). Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo: Chiclayo-Lambayeque, Perú.
- Bentley, P., Jovanovic, A., y Sharma, P. (2008). Capacitación en diversidad cultural para profesionales de la salud del Reino Unido: una encuesta transversal general a nivel nacional. *Clin Med (Lond)*. Oct.; 8 (5):4 93-7.
- Campos M., y Castillo J. (2015) Cuidado cultural de la madre al neonato en el caserío de Marayhuaca, Ferreñafe, 2014 (Tesis Licenciatura). Facultad de Medicina Humana. Escuela de Enfermería. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo: Chiclayo-Lambayeque. Perú.

- Castrillón E. (2015). La enfermera transcultural y el desarrollo de la competencia cultural. *Cultura de los Cuidados*, 19(42), 128-136. Recuperado de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/49335/1/Cultura-Cuidados_42_11.pdf.
- Chinchay, T., y De la Cruz, T. (2016). Rol de la madre en el cuidado del crecimiento y desarrollo del lactante menor, centro de salud de Pítipu 2015. (Tesis Licenciatura). Facultad de Medicina Humana. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo: Chiclayo – Lambayeque, Perú.
- Denzin, N., y Lincoln, Y. (2012). *Manual de la investigación Cualitativa: El campo de la Investigación cualitativa*. 3.ª ed. Vol. 1. Barcelona: Gedisa.
- Do Prado, M. De Souza, M. Monticelli, M. Cometto, M. Gómez, P. (2013). *Investigación cualitativa en enfermería. Metodología y didáctica*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Fondo de las Naciones Unidas. (2012). Crecer Juntos para la Primera Infancia: Encuentro Regional de Políticas Integrales. Recuperado de http://www.unicef.org/argentina/spanish/educacion_Libro_primera_infancia.pdf.
- Goicochea, E. (2012). Interculturalidad en Salud. *Revista Scientia*, 4(1), 52-55 p. Recuperado de <http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/UCV-SCIENTIA/article/view/321/210>.
- Grove S. Gray J. Burns N. (2016). *Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia*. 6ª ed. Barcelona: Elsevier.
- Guillén, Y.N. (2014). Mitos y creencias alimentarias de madres que asisten a la Asociación Taller de los niños. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Mayor San Marcos. Lima Perú.
- Instituto Nacional de Salud. (2013). Informe Ejecutivo Cajamarca I-Situación Nutricional. Recuperado de http://www.ins.gob.pe/repositoriooaps/0/5/fer/resu_sist_cena/CAJAMARCA.pdf.
- Landa, R.A. (2009). Costumbres y Creencias de la Madre en las Prácticas de Cuidado de la Ablactación. *Desarrollo Cientif Enferm*. 17(2), 72-75 pp.
- Leininger M. (2015). *Teoría de los cuidados culturales*. En: Raile M. *Modelos y teorías en enfermería*. 7.ª ed. Barcelona: Elsevier.
- McCurdy D, Spradley J, Shandy D. (2005). *The cultural experience: Ethnography in Complex Society*. 2.ª ed. Estados Unidos de América: Waveland Pr. Inc.
- Ministerio de Salud. (2017). *Norma técnica de Salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años*. Dirección General de Salud de las personas-Lima.
- Ministerio de Salud. (2016). *Directiva sanitaria que establece la suplementación con multimicronutrientes y hierro para la prevención de anemia en niñas y niños menores de 36 meses*. Perú.
- Noble, M. Noble A. Hand I.L. (2009). *Competencia cultural de los profesionales de la salud que atienden a madres que amamantan en áreas urbanas*. New York: Breastfeed Med.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Alimentación del lactante y del niño pequeño. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es/>.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Protección de la lactancia materna en el Perú. Recuperado de: http://www.who.int/features/2013/peru_breastfeeding/es/.
- Osorio, C.L. (2016). *Prácticas y creencias en el cuidado del lactante que tienen las madres que acuden a un Policlínico, Huaycán. 2015* (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Mayor San Marcos. Lima, Perú.
- Pender, N. Murdaugh, C. Parsons, M.A. (2010). *Health promotion in nursing practice*. 6.ª ed. Pearson.
- Sencia, E. Vargas, D. (2016). *Prácticas de alimentación complementaria y uso de los multimicronutrientes de madres con niños de 6 a 36 meses del C.S. Infantas, distrito de San Martín de Porres Lima* (Tesis de Licenciatura). Facultad de Medicina Humana. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.
- Sgreccia E. (2009). *Manual de Bioética: La bioética y sus principios*. 5.ª ed. Madrid: Talisio.
- Villegas E, Arriola M. (2016). Conocimientos y Prácticas sobre Lactancia Materna Exclusiva en Madres Primíparas que acuden al Servicio de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Naylamp. *Acc Cietna*. 4(1), 30. Recuperado de <http://publicaciones.usat.edu.pe/index.php/AccCietna2014/article/view/341/336>.

¿Quién cura y cómo cura? Tratamiento de la enfermedad en una comunidad rural de Ecuador

Who heals and how does it cure? Treatment of the disease in a rural community from Ecuador Quem cura e como se cura? Tratamento da doença em uma comunidade rural do Equador

Jessica Valeria Pasto-Capuz¹, Judith Inmaculada Francisco Pérez²,
Manuel Ramón Blanco³

¹Estudiante de la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Ambato
†Falleció inesperadamente en febrero de 2018. Para esa fecha, ya había recopilado todas las entrevistas y había transcrito las mismas. Colaboró igualmente en la búsqueda de bibliografía. Era nuestra alumna de titulación. En reconocimiento a su compromiso con el trabajo, es la primera autora.

Dedicación a su memoria

²PhD. Educación a Distancia. Pontificia Universidad Católica del Ecuador

³Médico, Magíster en Salud Pública. Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Cómo citar este artículo en edición digital: Pasto-Capuz, V., Francisco-Pérez, J. & Blanco, MR. (2019). ¿Quién cura y cómo cura? Tratamiento de la enfermedad en una comunidad rural de Ecuador. Cultura de los Cuidados (Edición digital), 23 (54). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.54.21>

Correspondencia: Mariscal Foch y José Tamayo. N.º 10-37. Parroquia Mariscal Sucre. Quito. CP. 170123

Correo electrónico de contacto: judithfrancisco@gmail.com

Recibido: 29/01/2019; Aceptado: 12/05/2019



ABSTRACT

Introduction: Traditional medicine is a therapeutic alternative that respects ancestral knowledge and multiculturalism.

Objective: To explore the practices used for the cure of diseases in the rural community of San Miguel de Chalata, Ecuador.

Methods: A qualitative, hermeneutical research was carried out. A semi-structured interview was answered by 22 older adults living in the community. The discourses were recorded, transcribed and analyzed.

Results: Traditional medicine is valued to

cure somatic diseases due to its accessibility, low cost and effectiveness. They recognize conventional medicine in the cure of chronic diseases, however, they associate it with prolonged waiting times and discriminatory treatment with the elderly. They use rituals in supernatural diseases, mixing faith, religiosity and assistance of the universal divine power.

Conclusions: Traditional and conventional medicine have defined attributions in the collective thought of this community. They approve the power of the healer and respect the scientific knowledge of professional

doctors. The barriers of the conventional system should be studied because of their importance in the use of health services and equality in health.

Keywords: Traditional medicine, cultural diversity, alternative medicine.

RESUMO

Introdução: A medicina tradicional é uma alternativa terapêutica que respeita o conhecimento ancestral e o multiculturalismo.

Objetivo: Explorar as práticas utilizadas para a cura de doenças na comunidade rural de San Miguel de Chalata, Equador.

Métodos: Uma pesquisa qualitativa e hermenêutica foi realizada. Responderam a uma entrevista semiestruturada 22 idosos vivendo na comunidade. Os discursos foram gravados, transcritos e analisados.

Resultados: A medicina tradicional é valorizada para curar doenças somáticas, devido à sua acessibilidade, baixo custo e eficácia. Eles reconhecem a medicina convencional na cura de doenças crônicas. No entanto, associam-na a prolongados tempos de espera e tratamento discriminatório com os idosos. Eles usam rituais em doenças sobrenaturais, misturando fé, religiosidade e assistência do poder divino universal.

Conclusões: A medicina tradicional e convencional têm atribuições definidas no pensamento coletivo dessa comunidade. Eles aprovam o poder do curador e respeitam o conhecimento científico dos médicos profissionais. As barreiras do sistema convencional devem ser estudadas devido à sua importância no uso de serviços de saúde e igualdade na saúde.

Palavras chave: Medicina tradicional, diversidade cultural, medicina alternativa.

RESUMEN

Introducción: La medicina tradicional es una alternativa terapéutica que respeta los saberes ancestrales y la multiculturalidad.

Objetivo: Explorar las prácticas utilizadas para la curación de enfermedades en la comunidad rural San Miguel de Chalata, Ecuador.

Métodos: Se realizó una investigación cualitativa, hermenéutica. Respondieron una entrevista semiestructurada, 22 adultos mayores residentes en la comunidad. Los discursos fueron grabados, transcritos y analizados.

Resultados: Se valora a la medicina tradicional para curar enfermedades somáticas por su accesibilidad, bajo costo y efectividad. Reconocen a la medicina convencional en la curación de enfermedades crónicas. Sin embargo, la asocian con prolongados tiempos de espera y trato discriminatorio con las personas de mayor edad. Usan rituales en enfermedades sobrenaturales, mezclando fe, religiosidad y asistencia del poder divino universal.

Conclusiones: La medicina tradicional y la convencional tienen atribuciones definidas en el pensamiento colectivo de esta comunidad. Aprueban el poder del sanador y respetan el conocimiento científico de los médicos profesionales. Las barreras del sistema convencional deberían estudiarse por su importancia en la utilización de los servicios sanitarios y la igualdad en salud.

Palabras clave: Medicina tradicional, diversidad cultural, medicina alternativa.

INTRODUCCIÓN

La medicina tradicional es valorada mundialmente como tratamiento de fácil acceso y con menos efectos adversos que la medicina convencional (OMS, 2013; OMS,

2003). En países de Asia y Europa se reconoce como una alternativa que respeta la multiculturalidad (TCM Clinic, 2003). En Estados Unidos existe una alta demanda de plantas para el manejo terapéutico de diversas sintomatologías (Morón, 2012).

En Latinoamérica existe interés científico en esta medicina por su penetración cultural y carácter ancestral, basada en el poder de la naturaleza y del curandero, quien invoca a las energías supremas mediante rituales de sanación (OPS/OMS, 2002). Por ello, recomiendan introducir su estudio en la formación de profesionales de la salud (Cruz, Tase, Martínez y Moneja, 2015; Guillaume, Quintero, Estrella, Morales y Matos, 2012).

En México, parte de la población resuelve sus enfermedades agudas mediante plantas, requiriendo asistencia médica convencional en casos de gravedad (Gómez, 2012). Generalmente son los adultos mayores quienes curan afecciones causadas por energías provenientes de otras personas (White-Olascoaga, Juan-Pérez, Chávez-Mejía y Gutiérrez-Cedillo, 2013). Al igual que en Colombia, en otros lugares los curanderos estabilizan espiritualmente al enfermo, siendo sus intermediarios con la naturaleza, donde reside el poder de sanación (Cardona y Rivera, 2012; López, Castaño, López y Velásquez, 2011). Es importante la fe del paciente, especialmente en enfermedades avanzadas como el cáncer (Venegas *et al.*, 2008).

Ecuador preserva diversas prácticas ancestrales en la curación de la enfermedad (White-Olascoaga *et al.*, 2013). En algunas poblaciones existen chamanes, quienes diagnostican y curan utilizando palabras, movimientos, animales, plantas y objetos representativos del mundo espiritual. Por ello, la Constitución Nacional del país establece el respeto a la medicina tradicional

y los saberes ancestrales de sus comunidades indígenas (Cruz *et al.*, 2015).

Bolívar es una provincia de la sierra ecuatoriana habitada por indígenas y mestizos, con una elevada riqueza cultural. Allí se encuentra San Miguel de Chalata, una comunidad rural de 600 habitantes, quienes utilizan la medicina ancestral para curar sus problemas de salud (Cruz *et al.*, 2015).

La investigación tuvo el propósito de explorar las prácticas utilizadas para la curación de enfermedades en esta comunidad rural. Una forma de reconocer su existencia y generar conocimientos para promover relaciones más justas, éticas y humanas entre personas de diferentes grupos culturales (Falkenberg, Shimizu & Bermudez (2017).

MÉTODOS

Se realizó una investigación cualitativa, hermenéutica, insertada dentro del paradigma interpretativo. Este estudio no generaliza resultados y está orientado al entendimiento de las experiencias de las personas con relación al fenómeno en estudio, basado en la interpretación de sus los argumentos (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Participaron 22 adultos mayores, seleccionados intencionalmente por practicar la medicina tradicional. Se utilizó la entrevista semiestructurada, conformada por cinco preguntas abiertas. Las entrevistas fueron grabadas y literalmente transcritas. Posteriormente, se construyó una tabla con el contenido del discurso y se analizó, identificando en cada línea, conceptos o ideas que funcionaron como códigos. Estos se agruparon diferenciando la coincidencia de los discursos, dando origen a las categorías emergentes de análisis. Las categorías se analizaron en un proceso de

triangulación, sustentado en la bibliografía relacionada con el tema y los antecedentes de otras investigaciones similares. De la triangulación surgieron las conclusiones del estudio.

Aspectos éticos

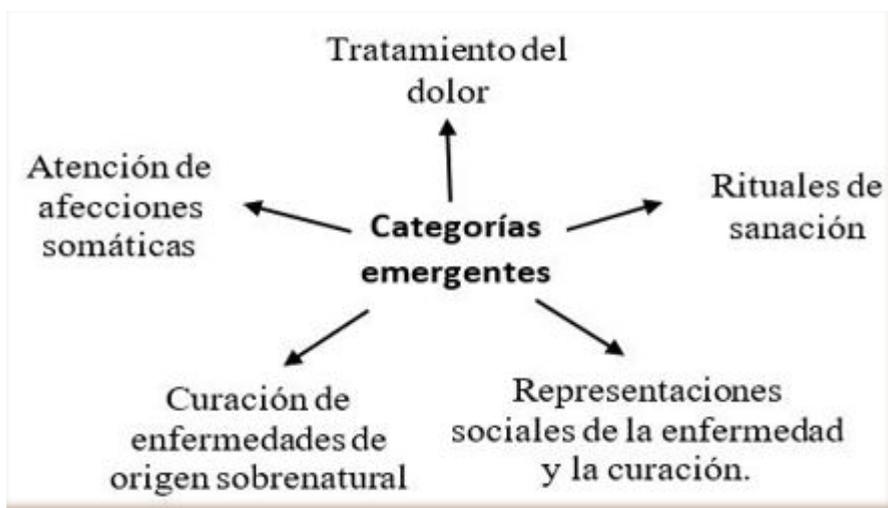
Se consideraron las recomendaciones de Gordillo (2012) en cuanto a los principios para el manejo de información. Se presentó el estudio al presidente de la comunidad. Se entregó a informantes un documento con las características del estudio, implicaciones, beneficios, riesgos, confidencialidad y compromisos de las investigadoras por

culminar el estudio y publicar los resultados. Se adjuntó el consentimiento informado, dando dos días a las personas para su consideración y aceptación.

RESULTADOS

El análisis de los discursos permitió identificar 32 códigos asociados con problemas de salud tratados en la comunidad. Este análisis y la similitud entre los códigos identificados, permitió organizar conceptos más amplios, conformando las categorías emergentes que se muestran en la Figura 1.

FIGURA 1: Categorías emergentes identificadas en los discursos



FUENTE: Análisis de los discursos. Pasto y Francisco (2017)

Se identificaron cinco categorías emergentes, tituladas: tratamiento del dolor, atención de afecciones somáticas, curación de enfermedades de origen sobrenatural, rituales de sanación y representaciones sociales de la enfermedad y la curación. Los códigos quedaron distribuidos por

categorías de la siguiente manera: cuatro en la primera, 10 en la segunda, ocho en la tercera, dos en la cuarta y cinco en la quinta. A partir de este momento del estudio, se analizó separadamente cada categoría, las cuales se describen en las figuras 2 a la 6.

FIGURA 2: Curación del dolor

Dolor de cabeza	→ Oler cogollo de ortiga frotado. Aplicar agua fría. Compresas de <u>escancel</u> , llantén, caballo chupa, pelo de choclo preparadas en ebullición.
Dolor del corazón	→ Ingerir varias tomas de agua fría preparada con dos cogollos de toronjil machucado con las manos, previamente lavados
Dolor en piernas	→ Pasar ortiga por las piernas. Bañarse o lavarse las piernas con agua caliente de ortiga hervida, manzanilla o matico.
Dolor de estómago (empacho)	→ Ingerir infusión de raíz de cebolla blanca, menta, orégano o mejorana, previamente lavadas.

FUENTE: Análisis de los discursos. Pasto y Francisco (2017)

Tal como se observa en la Fig. 2, los informantes tratan el dolor utilizando infusiones de plantas por vía oral. Igualmente, usan la vía inhalatoria de

algunas plantas frotadas, aplican compresas directamente sobre la zona adolorida y emplean agua de hierbas cocidas como tópico o baño corporal.

FIGURA 3: Curación de afecciones somáticas

Tos	→ Tomar infusión de tilo y flor de borraja. Quemar licor y agregar gotas de limón para beberlo por las noches.
Náuseas	→ Tomar infusión de diversas hierbas combinadas con tamarindo.
Gripe	→ Tomar infusión de limón o naranja con canela y aguardiente, tilo o cogollo de eucalipto tierno con limón.
Proceso de parto	→ Tomar infusión de matico, laurel, llantén, pelo de choclo, manzanilla y toronjil.
Fiebre	→ Tomar infusión fría de rosas, pelos de choclo y <u>escancel</u> , o tibias de borraja, llantén y linaza. Tomar gel de sábila, previamente batido, hervido con linaza.
Malestar General	→ Tomar infusión de linaza, llantén, borraja, canela y agua <u>vidoca</u> . Bañarse con infusión de la hoja de guayusa.
Diarrea	→ Tomar infusión de raíz de cebolla con hojas de orégano y agua de limón con manzanilla.
Infección	→ Tomar infusión de cascara de papa lavada con caballo chupa o <u>cañotillo</u>
Infertilidad	→ Tomar hojas de higo hervidas
Heridas	→ Colocar hojas de matico cocidas, sobre la herida. Verter cogollo del lechero sobre la herida abierta.

FUENTE: Análisis de los discursos. Pasto y Francisco (2017)

En la Fig. 3 se muestran las distintas terapias empleadas en la curación de

enfermedades somáticas. En casi todas usan infusiones y en menos casos, plantas

hervidas y en zumo. También colocan hierbas directamente en la piel para curar las

heridas.

FIGURA 4: Medidas no farmacológicas utilizadas en la curación de enfermedades de origen sobrenatural

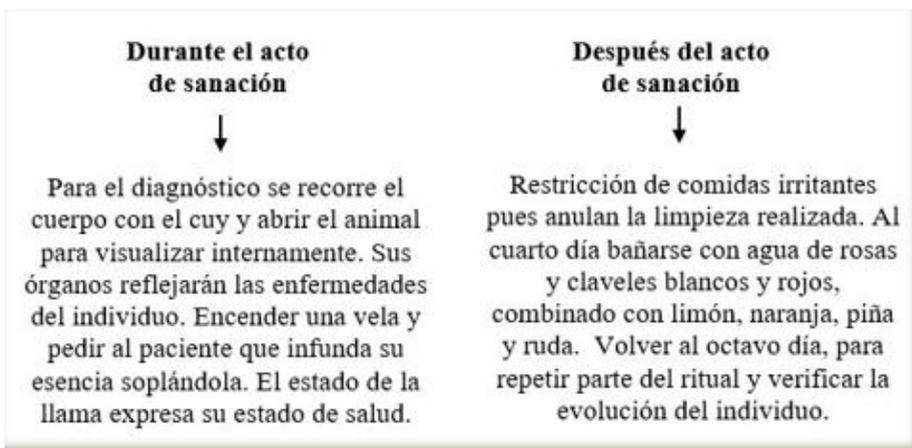
Espanto	→ Sacudir sobre el cuerpo con manajo de hierbas, previamente calentadas al fuego humedecidas con perfume y humear el ambiente con las hojas quemadas.
Mal de ojo	→ Limpiar el cuerpo con montes. Ingerir orina mezclada con hojas de frejol verde.
Pachanchi	→ Ingerir orina mezclada con manteca de cacao. Hervir un pedazo de fierro, usar para beber y limpiar la cabeza, mientras tanto, humear con cigarrillo.
Maligno	→ Limpiar el cuerpo con montes calentados en el fuego y humear con cigarrillo. Beber infusión de raíz de cebolla blanca, congona y ruda.
Mal bajo	→ Frotar dos huevos de gallina por el cuerpo, junto con montes de viento (santa maría, <i>mashya</i> negra y blanca, <i>pumin</i> , quila, entre otros), soplar con licor y perfume. Frotar una gallina culeca por el cuerpo.
Colerín	→ Beber infusión de cogollo de toronjil cernido con limón.
Brujería	→ Encargado a los chamanes que poseen objetos sagrados y especies personales como preparados, piedras y hierbas especiales.
Mal aire	→ Usar un manajo de plantas específicas para rociar con perfume. A la par, humar con cigarrillo. Pasar dos huevos por el cuerpo y luego descartar.

FUENTE: Análisis de los discursos. Pasto y Francisco (2017)

Tal como se describe en la Fig. 4, se identificaron ocho enfermedades de origen sobrenatural. Para su curación utilizan el humo de plantas quemadas, orina humana, humo de cigarrillo e infusiones. En casos

particulares como en el mal bajo, frotan huevos de gallina por el cuerpo, soplan con licor y agregan perfume. La brujería, es atendida por el chamán mediante objetos sagrados y especies personales.

FIGURA 5: Rituales empleados durante y después del acto de sanación



FUENTE: Análisis de los discursos. Pasto y Francisco (2017)

Tal como se describe en la Fig. 5, los

informantes realizan rituales conducidos

por personas concedoras de la medicina andina, llamados *Yachak* o sabios ancestrales. En el acto de sanación utilizan el *cuy*, un roedor que permite curar y diagnosticar la enfermedad absorbiendo en

sus propios órganos todos los males de la persona enferma. Con posterioridad a la sanación, se incluyen restricciones alimentarias y baños preparados de hierbas.

FIGURA 6: Representaciones sociales de la enfermedad y el proceso de sanación

Atribuciones de la medicina convencional	→	"...si el médico del campo dice..., tengo que ir al médico del centro de salud" (I10) "me hago tratar con el doctor porque no mejoraba" (I21) "tengo problemas en los huesos, para eso no puedo tomar remedios naturales" (I14)
Barreas de la medicina convencional	→	"...¿para qué ir donde el doctor?, ya por la edad no quieren ni verlo a uno" (I2) "...el trato no es el mismo con nosotros los viejos" (I4) "no somos preparados como ellos, a veces ellos no entienden" (I5) "...la medicina que mandan es buena, pero es cara y también pasan muchos meses para poderse ver" (I6)
Atribuciones a la Medicina Tradicional	→	"ya no se gasta en medicamentos de las boticas" (I8). "La medicina tradicional es buena porque es natural y curativa" (I6) "...la medicina natural es más sana" (I20) "Hay que saber recoger para qué es, así se puede curar" (I3) "Todo lo que tenemos en el campo es remedio (I18).
Curación por fe	→	"Todo depende de la fe" (I1) "...hay que tener fe y se siente mejoría" (I3) "...pedir a Dios con fe que saiga todo lo malo" (I4) "Si se compone uno es por la fe, por voluntad de Dios" (I10) "...creer...si no tiene esa fe tampoco se cura uno" (I14) "He creído en esos chamanes cuando estaba enfermo y me curé" (I22)
Origen del conocimiento sanador	→	"...nuestros ancianos conocían la preparación de estos remedios" (I7) "las personas mayores han sabido curar y aprendimos de ellos" (I9) "andando con la gente mayor, que sabe cosas, se aprende mejor" (I10) "Nuestros padres y abuelos, así sabían curar, nosotros aprendimos con ellos" (I8)

FUENTE: Análisis de los discursos. Pasto y Francisco (2017)

Tal como se muestra en la Fig. 6, se agruparon cuatro códigos referidos a las atribuciones de la medicina convencional, atribuciones de la medicina tradicional, la curación por fe y el origen del poder sanador. La medicina tradicional es la primera forma de tratamiento para la curación de enfermedades somáticas y de tipo sobrenatural. Se reconoce su

accesibilidad, su efecto inmediato y bajo costo. El poder del sanador proviene del conocimiento ancestral, transmitido de forma directa por los curanderos de la comunidad. La fe en el ser supremo, el curandero y el tratamiento a utilizar, tiene un papel determinante en la curación.

Se valora a la medicina convencional en la atención de enfermedades crónicas. El

sistema sanitario tiene barreras percibidas como trato desigual, retardo en el acceso a la atención y de comunicación.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Las afecciones de origen somático se tratan con plantas medicinales como manzanilla, menta, toronjil, taraxaco, sábila, entre otras, las que son de fácil acceso y producción espontánea en los hogares. La mayoría de las personas las utiliza para aliviar manifestaciones físicas como el dolor, la fiebre y el malestar (Cruz *et al.*, 2015; Gómez, 2012). Incluso en cáncer, donde algunos pacientes usan hierbas, oraciones y sustancias especiales que ayudaron a ralentizar el proceso de metástasis (Venegas *et al.*, 2008; Valdez-Cobo, 2013; Czubaj, 2005).

Se reconoce a la medicina convencional en la curación de afecciones somáticas cuando son crónicas o han ocasionado complicaciones, similar a otros casos en donde las personas no mejoraron usando medicina natural (Gómez, 2012). Sin embargo, la asocian con comunicación impersonal y trato discriminatorio, especialmente en personas mayores. Esto pudiera afectar la búsqueda de atención médica y la continuidad del cuidado de estos grupos minoritarios (Crawley, Ahn & Winkleby, 2008; Regts, 2013; Ortíz, Baeza, Salinas, Flynn & Betancourt, 2016).

El modo de preparación más sobresaliente es la infusión, aunque también usan zumos, jugos, aguas frescas y aguas reposadas, a veces combinados con licor caliente administrados por vía oral. De manera similar otras investigaciones aquí también se considera que las propiedades curativas de las hojas se manifiestan con la cocción (Angulo, Rosero y González, 2012; Bernal, López, Murilla & Méndez, 2015; Barragán-Solis, 2006).

Algunas afecciones manifestadas en la piel

se tratan con ungüentos, compresas y aplicación de hojas. De ello se puede interpretar que reconocen a la piel como una vía de administración donde se absorben los principios activos, necesarios para la curación.

Los informantes han construido saberes para identificar, diagnosticar y tratar algunas enfermedades de origen sobrenatural, las que tienen en común el ser causadas por otras personas, directa o indirectamente. Son de aparición súbita y frecuente en la comunidad, causan debilidad progresiva y pueden comprometer la vida del afectado según la magnitud de las energías negativas que estén involucradas.

La brujería es la única enfermedad encargada exclusivamente a los chamanes. Ellos conocen el tratamiento con preparados especiales, objetos sagrados, representaciones divinas, piedras y una variedad de hierbas disponibles en la comunidad. Además, conocen los días donde abunda la energía positiva requerida para que ocurra la sanación. En ese sentido, hay coincidencia con otras investigaciones, en donde se considera al chamán el único encargado de los ritos, rezos, plegarias, prácticas mágicas e invocaciones necesarias para devolver la salud, porque tiene el poder para actuar en armonía con la energía divina para alejar la maldad que causa la enfermedad (Barragán-Solis, 2006; Vicente, Rojas, Vivanco y Vallejo, 2011; Gubler, 1996; Pereyra y Guzmán, 2010).

En los pueblos donde se practica la medicina tradicional se reconoce socialmente a los curanderos, cuya sabiduría proviene de Dios (Magaña, 2010; Henao, 2006) aceptando su capacidad para formar a otras personas en un proceso informal e integral (López *et al.*, 2011). Los rituales siguen protocolos específicos de sanación,

tal como otros estudios donde han fijado plantas y días concretos donde abunda la energía que la persona requiere para recuperar la integridad del alma y eliminar la enfermedad (Gubler, 1996).

Un ritual muy utilizado es la limpia mediante el cuy, un roedor que, al ser frotado por el cuerpo del enfermo, absorbe la enfermedad, permitiendo la curación. Un estudio previo describe el poder mágico de este ritual, que incluye el sacrificio posterior del animal para ver en sus órganos las afectaciones que le fueron retiradas a la persona tratada (Bianchetti, 2014).

La fe es un elemento representativo en el tratamiento tradicional de esta comunidad. La persona debe creer en el curandero y en la divinidad que le otorga el poder de curar, pues influye en la salud y la enfermedad (Duque y Barco, 2015; Charcot, 2001).

CONCLUSIONES

Los informantes reconocen enfermedades somáticas coincidentes con patologías de la nosografía convencional e identifican enfermedades de origen sobrenatural en las cuales la medicina convencional no puede actuar. Tienen como primera elección el uso de medidas no farmacológicas para la atención de sus problemas somáticos de manifestación aguda.

La medicina tradicional y la convencional, tienen atribuciones claramente definidas en el pensamiento colectivo de esta comunidad. Aprueban el poder sanador de los médicos tradicionales y respetan el conocimiento científico de los médicos profesionales, cada uno en particulares alteraciones de la salud. Usan la medicina casera en el tratamiento de la mayoría de sus afecciones, pero reconocen la propiedad de la medicina convencional para la atención de enfermedades crónicas. En los adultos mayores reside la

transferencia de saberes ancestrales para atender padecimientos somáticos mediante el uso de plantas medicinales. Actúan de manera similar a un sistema de atención primaria dentro de su propia comunidad. Reciben al enfermo, diagnostican el problema y ofrecen tratamiento administrado principalmente por vía oral y tópica. La medicina natural no tiene efectos adversos, es más económica y más accesible.

Se reconoce al tratamiento tradicional en la curación de enfermedades de origen sobrenatural, por sus beneficios corporales y espirituales. El médico tradicional trata desde afuera, para curar desde adentro mediante rituales de sanación. Es intermediario entre la persona enferma y el poder divino sanador, usando fricción con plantas, humo de cigarrillo, sahumero, licor, flores y preparados con esencias.

Los habitantes de esta comunidad poseen saberes socialmente construidos que determinan sus prácticas de salud. Su interacción con los profesionales del sistema convencional debería ser estudiada por ser una condición para mejorar la utilización de los servicios sanitarios, el control de padecimientos crónicos y reducir las desigualdades en salud. Así, ambos sistemas podrían complementarse en concordancia con las políticas de la nación, en beneficio de la población.

Responsabilidades éticas

La autora declara que para esta investigación no se realizaron experimentos con seres humanos y animales. No se indican datos de los informantes, pues se respetaron todos los principios relacionados con la privacidad de la información y el consentimiento informado de los participantes y no se recibieron fondos institucionales ni de otra ninguna organización para realizar el estudio.

BIBLIOGRAFÍA

- Barragán-Solis, A. (2006). La práctica de la

- autoatención por fitoterapia en un grupo de familias mexicanas. *Arch Med Fam*, 8(155-162). Consultado en <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2006/amf063c.pdf>.
- Bernal, J. M, López, A. F., Murilla, E. & Méndez, J. J. (2015). Flora silvestre medicinal utilizada por los Kofan colombianos en el tratamiento de la leishmaniasis cutánea. *Revista Cubana de Plantas Medicinales*, 19(4). Consultado en <http://www.revplantasmedicinales.sld.cu/index.php/pla/article/view/142/87>.
 - Bianchetti, M. C. (2014). Curanderos, especializaciones y afecciones que rigen aún hoy en el área andina centro oeste suramericano. *Scripta Ethnologica*, XXXVI, 129-164. Consultado en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14832692005>.
 - Cardona, J. A & Rivera Palomino, Y. (2012). Representaciones sociales sobre medicina tradicional y enfermedades foráneas en indígenas Embera Chamí de Colombia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(3), 471-483. Consultado en <https://bit.ly/2FOCZOW>.
 - Crawley, L. M, Ahn, D. K, Winkleby, M. A. (2008). Perceived medical discrimination and cancer screening behaviors of racial and ethnic minority adults. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 17(8): 1937-44.
 - Czubaj F. (2005). Eligen terapias alternativas para atacar el cáncer. *La Nación*; Buenos Aires [Internet]. Consultado en <https://bit.ly/2R7BgFr>.
 - Charcot, J. M. (2001). La fe que cura. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (77), 99-111. Consultado en <https://bit.ly/2S5P9Uw>.
 - Duque, J. E, Barco, J. (2015). La ciencia médica versus creencia en dios: la conservación del mito. *Arch Med Col*, 15(1). Consultado en <https://bit.ly/2zosThI>.
 - Escalona, L. J., Tase, A., Estrada, A., Almaguer, M. L. (2015). Uso tradicional de plantas medicinales por el adulto mayor en la comunidad serrana de Corralillo Arriba. Guisa, Granma. *Revista Cubana de Plantas Medicinales*, 20(4) Consultado en <https://bit.ly/2POh0eR>.
 - Falkenberg MB, Shimizu HE, Bermudez XPD. (2017). Representaciones sociales de la atención sanitaria de la población indígena Mbyá-Guaraní por parte de trabajadores de salud. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 25:e2846. Consultado en http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es_0104-1169-rlae-25-02846.pdf.
 - Felipe Angulo, A., Rosero, R. & González Insuasti, M. S. (2012). Estudio etnobotánico de las plantas medicinales utilizadas por los habitantes del corregimiento de Genoy, Municipio de Pasto, Colombia Ethnobotanical study of medicinal plants used by the inhabitants of the village of Genoy, Municipality of Pasto, Colombi. *Universidad y Salud*, 14(2). Consultado en <http://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/artic le/view/1277>.
 - Gómez Álvarez, R. (2012). Plantas medicinales en una aldea del estado de Tabasco, México. *Revista fitotecnica mexicana*, 35(1), 43-49. Consultado en <https://bit.ly/2Rds02r>.
 - Gordillo, A., Medina, U., Pierdant, M. (2012). *Manual de investigación clínica*. Mexico: Manual Moderno.
 - Gubler, R. (1996) El papel del curandero y la medicina tradicional en Yucatán. *Alteridades*, 6(12): 11-8. Consultado en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74711374003>.
 - Guillaume, V., Marín, M. E., Morales, E., Matos, N. (2012). Conocimiento y aplicación de la medicina natural y tradicional por profesionales y técnicos de la salud. *Revista Cubana de Estomatología*, 49(2), 89-98. Consultado en <https://bit.ly/2AisLA9>.
 - Henao, J. (2006). La Fe Mueve Montañas. The Santa Fe New Mexican; Santa Fe, NM [Internet]. Consultado en <https://bit.ly/2KxyVks>.
 - Hernández, R., Fernández, P., y Baptista, L. (2010). *Metodología de la Investigación*. Quinta Edición. Mexico: Mc Graw Hill.
 - López, L., Cataño, N., López, H., Velásquez, V. (2011). Diversidad cultural de sanadores tradicionales afrocolombianos: preservación y conciliación de saberes. *Aquichan Chia*, 11(3):287-304. Consultado en <https://bit.ly/2r5ytBj>
 - Magaña, M. A., Gama, L. M., Mariaca, R. (2010). El uso de las plantas medicinales en las comunidades Maya-Chontales de Nacajuca, Tabasco, México. *Polibotánica*, (29), 213-262. Consultado en <https://bit.ly/2KuTYnS>.
 - Morón, F. (2012). Las plantas medicinales como recurso de salud de bajo costo para el adulto mayor. *Revista Cubana de Plantas Medicinales*, 17(4), 297-299. Consultado en <https://bit.ly/2S9mT3t>.
 - Organización Mundial de la Salud. (2003). *Medicina Tradicional* [Internet]. Consultad en <https://bit.ly/2Bumh2S>.
 - Organización Mundial de la Salud. (2013). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014 - 2023* [Internet]. OMS; Consultado en <https://bit.ly/2THFCVn>.
 - Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (2002). *Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005*. Consultado en <http://www.ops.org.bo/textocompleto/pi31676.pdf>.
 - Ortiz, M. S., Baeza-Rivera, M. J., Salinas-Oñate, N., Flynn, P., Betancourt, H. (2016). Atribución de malos tratos en servicios de salud a discriminación y sus consecuencias en pacientes diabéticos mapuche. *Rev*

- Med Chile*, 144(10): 1270-6. Consultado en: <https://bit.ly/2DZdwAq>.
- Pereyra, R.G., Guzmán, E.R. (2010). Curanderismo y magia: Un análisis semiótico del proceso de sanación. *CULCyT Cult Científica Tecnológica*, (38): 5-15. Consultado en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3739085>.
 - Regts, G.J. (2013). "Discrimination-Based Attributions for Mistreatment Affect Continuity of Care". Loma Linda University Electronic Theses, Dissertations & Projects. 147. Consultado en <http://scholarsrepository llu.edu/etd/147>.
 - TCM Clinic. (2003). Medicina china: Regulación en Europa-[Internet]. Consultado en <https://bit.ly/2THxdRJ>.
 - Valdes-Cobos, A. (2013). Conservacion y uso de plantas medicinales: el caso de la región de la Mixteca Alta Oaxaquena, Mexico. *Ambiente y Desarrollo*, 17(33), 87-97.
 - Venegas, V., Chaves, M., Beltran, G., Díaz, G., Estrada, M., Gonzalez, Y., Muñoz, A. (2008). Creencias populares acerca de la curación del cáncer de próstata y cérvico uterino y experiencias de aplicación en pacientes de una institución de salud, Bogotá. *Revista Colombiana de Enfermería*. Vol 3, Año 3, 69-76. Consultado en <https://bit.ly/2NCLVIQ>.
 - Vicente, S., Rojas, R., Flores, Vivanco, K., Vallejo, M. (2011). Recuperación histórica del patrimonio cultural de salud en la región sur de Ecuador y norte del Perú Loja-Piura. Pimera Edición. Loja-Piura: Imprenta Santiago. 398 pp.
 - White-Olascoaga, L., Juan-Pérez, J. I., Chávez-Mejía, C., Gutiérrez-Cedillo, J. G. (2013). Flora medicinal en San Nicolás, municipio de Malinalco, Estado de México. *Polibotánica*, (35), 173-206. Consultado en <https://bit.ly/2Qdqi47>.

Factores de motivación en el desempeño de personal de enfermería

Motivational factors in the performance of nursing team

Fatores motivacionais no desempenho da equipe de enfermagem

Karla Danielle Leite Lúcio¹, Maria Girlane Sousa Albuquerque Brandão², Deborah Vasconcelos Aguiar³, Leonardo Alexandrino da Silva⁴, Joselany Áfio Caetano⁵, Lívia Moreira Barros⁶

¹Enfermeira. Coordenadora da Clínica Pediátrica do Hospital Dr. Waldemar Alcântara. Fortaleza, Ceará-Brasil. Correo electrónico: girlane.sousa22@gmail.com

²Acadêmica de Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Sobral, Ceará-Brasil. Correo electrónico: girlane.albuquerque@yahoo.com.br

³Enfermeira. Assistencialista na Emergência do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Sobral. Sobral, Ceará-Brasil. Correo electrónico: deborahvasconcelos@hotmail.com

⁴Enfermeiro. Mestrando do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza, Ceará, Brasil. Correo electrónico: alexandrinoleo@hotmail.com

⁵Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza, Ceará, Brasil. Correo electrónico: joselany@ufc.br

⁶Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Sobral, Ceará, Brasil. Correo electrónico: livia.moreirab@hotmail.com

Cómo citar este artículo en edición digital: Lúcio, K.D.L., Brandão, M.G.S.A., Aguiar, D.V., Silva, L.A., Caetano, J.A. & Barros, L.M. (2019). Factores de motivación en el desempeño de personal de enfermería. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 23 (54). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.54.22>

Correspondencia: Rua L 04, 428, Jerônimo de Medeiros Prado, Sobral, Ceará-Brasil. CEP 62100000

Correo electrónico de contacto: girlane.albuquerque@yahoo.com.br

Recibido: 06/12/2018; Aceptado: 12/04/2019



ABSTRACT

Objective: To identify the perception of the nursing team about the motivational factors in the work environment.

Methods: An exploratory study with a qualitative approach, carried out from January to February, 2015, in the pediatrics

sector of a reference hospital of medium complexity, with 12 nursing technicians and nine nurses. The data collection was based on interviews guided by a semi-structured instrument and the data collected were analyzed according to Bardin.

Results: The main factors that could

contribute to the motivation of the nursing team were: sufficient supply of materials; motivational meetings; standardization of conduits and elaboration of assistance protocols; training courses and training; increased communication and feedback among the team of activities performed. The factors that discouraged them were: lack of recognition of the profession, lack of material, poor remuneration, excessive workload, high number of patients and non-constructive criticism.

Conclusions: The results identified could contribute with nursing managers to the planning of strategies that aim to increase the motivation in the professionals of the team.

Keywords: Occupational health, nursing, motivation, job satisfaction.

RESUMO

Objetivo: Identificar a percepção da equipe de enfermagem sobre os fatores motivacionais no ambiente de trabalho.

Métodos: Estudo exploratório com abordagem qualitativa, realizado de janeiro a fevereiro de 2015, no setor de Pediatria de um hospital referência de média complexidade, com 12 técnicos de enfermagem e nove enfermeiros. A coleta de dados ocorreu a partir de entrevistas guiadas por instrumento semiestructurado e os dados coletados foram analisados de acordo com Bardin.

Resultados: Os principais fatores que podem contribuir com a motivação da equipe de enfermagem foram: suprimento suficiente de materiais; reuniões motivacionais; padronização das condutas e elaboração de protocolos assistenciais; cursos de capacitação e treinamentos; aumento da comunicação e feedback entre a equipe das atividades realizadas. Já os

fatores que desmotivam foram: falta de reconhecimento da profissão, falta de material, má remuneração, carga horária excessiva, número alto de pacientes e críticas não construtivas.

Conclusões: Os resultados identificados poderão contribuir com os gestores da enfermagem para o planejamento de estratégias que visem aumentar a motivação nos profissionais da equipe.

Palavras chave: Saúde do trabalhador, enfermagem, motivação, satisfação no emprego.

RESUMEN

Objetivo: Identificar la percepción del equipo de enfermería sobre los factores motivacionales en el ambiente de trabajo.

Métodos: Estudio exploratorio con abordaje cualitativo, realizado de enero a febrero de 2015, en el sector de Pediatría de un hospital referencia de mediana complejidad, con 12 técnicos de enfermería y nueve enfermeros. La recolección de datos ocurrió a partir de entrevistas guiadas por instrumento semiestructurado y los datos recolectados fueron analizados de acuerdo con Bardin.

Resultados: Los principales factores que pueden contribuir con la motivación del equipo de enfermería fueron: aprovisionamiento suficiente de materiales; reuniones motivacionales; estandarización de las conductas y elaboración de protocolos asistenciales; cursos de capacitación y entrenamientos; aumento de la comunicación y retroalimentación entre el equipo de las actividades realizadas. Los factores que desmotivan fueron: falta de reconocimiento de la profesión, falta de material, mala remuneración, carga horaria excesiva, número alto de pacientes y críticas no constructivas.

Conclusiones: Los resultados identificados podrán contribuir con los gestores de la enfermería para la planificación de estrategias que apunten a aumentar la motivación en los profesionales del equipo.

Palabras clave: Salud laboral, enfermería, motivación, satisfacción en el trabajo.

INTRODUÇÃO

A enfermagem vem ampliando o seu espaço de atuação na área da saúde, tanto no contexto nacional quanto no cenário internacional. O enfermeiro assume um papel cada vez mais decisivo e proativo na identificação das necessidades de cuidado da população, bem como na promoção e proteção da saúde dos indivíduos, famílias e comunidades. O cuidado de enfermagem é, portanto, um componente fundamental nos sistemas de saúde, considerando a complexidade e as expectativas em torno das demandas de saúde da população (Backes *et al.*, 2014).

A divisão do trabalho de enfermagem expressa, desde sua origem, a marca do trabalho coletivo, em virtude do processo de enfermagem não ter a possibilidade de ser gerado por uma pessoa só, tal como ocorre com outros trabalhos especializados (Bergamim, Prado, 2013).

No cotidiano prático da enfermagem, caracterizado por atividades que exigem alta interdependência, a motivação surge como aspecto fundamental na busca de maior eficiência e conseqüentemente, de maior qualidade na assistência prestada, aliada à satisfação dos trabalhadores (Pol, Zarpellon, Matia, 2014).

A motivação é explicada como a indução de comportamento de trabalho que canaliza o esforço do funcionário para alcançar os objetivos da organização. Geralmente,

pesquisadores categorizaram a motivação em duas dimensões, motivação intrínseca e extrínseca. A principal diferença entre essas duas dimensões é que a motivação intrínseca é derivada internamente e extrínseca a motivação é derivada externamente (Hee, 2016).

Estudar os fatores e relacioná-los a motivação de um determinado grupo de trabalho é de extrema relevância para a enfermagem, visto que pode ser uma rica fonte de dados para que os gestores possam definir quais as ações básicas a serem implementadas para motivação de sua equipe, visando um bom desempenho das suas funções (Silveira, Stipp, Mattos, 2014).

Diante das considerações, surgiram os seguintes questionamentos: como motivar a equipe de enfermagem em sua atuação diária e quais as estratégias que poder ser adotadas pelos gestores para que a equipe se sinta motivada?

Torna-se relevante estudar a motivação dentro do processo de trabalho da equipe de enfermagem considerando ser da responsabilidade do gestor primar por essa qualidade assistencial buscando estratégias eficazes e reconhecendo os fatores que ocasionam desmotivação e motivação da equipe para uma atuação efetiva. Os resultados poderão contribuir com os gestores e profissionais para que planejem ações de incentivo no trabalho da enfermagem e, assim, melhorar o rendimento dos profissionais e a qualidade da assistência.

O objetivo desse estudo é identificar a percepção da equipe de enfermagem sobre os fatores motivacionais no ambiente de trabalho.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório e

qualitativo, realizado no período de janeiro e fevereiro de 2015 no setor da Pediatria em um hospital localizado no município de Fortaleza, Ceará - Brasil, sendo uma unidade de referência em média complexidade.

Participaram do estudo 21 profissionais da equipe de enfermagem, sendo 12 técnicos e nove enfermeiros. Os critérios de inclusão foram: estar vinculado à instituição e que trabalhavam no setor há mais de seis meses. Como critérios de exclusão, temos: profissionais que ocupavam exclusivamente cargos de chefia e/ou em serviços administrativos e profissionais afastados, de férias ou de licença.

Para determinação do número de participantes, utilizou-se o critério de saturação dos dados. A saturação do conteúdo dos dados emergentes nas falas permite a garantia de que as informações contêm grande diversificação e abrangência em relação à reconstituição do objeto do material estudado (Bardin, 2009).

Os dados foram coletados a partir de uma entrevista utilizando-se um instrumento semiestruturado dividido em duas partes. A primeira continha dados de identificação como sexo, idade, categoria profissional. A segunda parte continha perguntas sobre o significado de equipe e trabalho em equipe, satisfação no ambiente de trabalho, fatores de motivação e desmotivação na equipe de enfermagem.

Para a garantia de um ambiente privativo e seguro, as entrevistas foram realizadas em uma sala do hospital, no turno de trabalho da equipe de enfermagem, conforme a disponibilidade de tempo de cada profissional com o objetivo de não interferir na rotina de trabalho do setor. No início da entrevista, a pesquisadora explicou novamente o objetivo da reunião, sendo solicitada a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As respostas dos participantes foram transcritas, sendo realizada a tabulação dos dados de cada pergunta presente nos guias, copiando-se integralmente o conteúdo de todas as respostas relacionadas com determinada pergunta. Após essa etapa, foram identificados os discursos em comum e as frases em destaque em que os dados obtidos foram interpretados de acordo com a análise de conteúdo proposta por Bardin (2009).

A análise de conteúdo proposta por Bardin (2009) é dividida em três etapas: Pré-análise (seleção dos documentos para análise, retomada de hipóteses e objetivos do estudo e elaboração de indicadores que auxiliam a interpretação final); exploração do material (dados brutos são agregados em unidades e inicia-se a leitura exaustiva das transcrições e observações para comparação com a finalidade da pesquisa, para, em seguida, realizar o recorte das falas registradas) e tratamento dos resultados e interpretação (as categorias são estabelecidas de acordo com a análise obtida através da exploração do material).

A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da instituição em estudo, sendo aprovada com número de protocolo 09/2015. A identificação dos sujeitos do estudo é apresentada seguindo a codificação pela letra "E" para enfermeiros ou "TE" para técnicos de enfermagem acrescentado do número da sequência em que o profissional foi entrevistado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os 21 profissionais de enfermagem, a maioria era do sexo feminino, exceto um enfermeiro. A média de idade entre os técnicos foi de 31,5 anos com variância de 26 a 50 anos. Já entre os enfermeiros, a média foi de 32,7 anos com uma variância de 27 a 42 anos.

A análise de conteúdo do material permitiu identificar as seguintes categorias:

Categoria 1: Significado do trabalho em equipe

De acordo com os profissionais entrevistados, trabalho em equipe significa a união dos membros de uma equipe que trabalham juntos no alcance de um objetivo em comum, ajuda mútua, divisão de tarefas, respeito e interação:

Trabalho em equipe é quando todos se reúnem para conseguir o mesmo objetivo. (TE2)

É um grupo de pessoas que trabalham juntos para alcançar os mesmos objetivos. (TE7)

Quando as pessoas trabalham juntas para atingirem objetivos específicos. (TE9)

É o esforço coletivo em busca de um mesmo objetivo de trabalho. (E1)

Esse esforço no trabalho coletivo contribui para a melhoria da assistência prestada e para otimizar o serviço. O trabalho em equipe, muitas vezes, possui uma conceituação mais técnica, em que o trabalho de cada área profissional é apreendido como conjunto de atribuições, tarefas ou atividades. Para que se obtenha um atendimento em saúde com qualidade e eficiência, é fundamental compreender o real significado de equipe. Na área da saúde, o trabalho em equipe implica compartilhar o planejamento e a divisão de tarefas, cooperar, colaborar e interagir democraticamente, integrando os diferentes atores, saberes, práticas, interesses e necessidades (Navarro, Guimarães, Garanhani, 2013).

O trabalho em equipe emerge como resultado de um processo complexo, onde há necessidade de integrar os trabalhadores de diferentes áreas da saúde. Alcançar o trabalho em equipe interprofissional

colaborativo é considerado fundamental para qualidade da atenção à saúde, segurança e satisfação de paciente e profissionais (Brandt, 2014).

O trabalho em equipe exige, para sua efetivação, comunicação e integração entre os agentes envolvidos, no sentido de construir consensos e acordos (Bergamim, Prado, 2013). A equipe de enfermagem tem a possibilidade de trabalhar, de forma criativa e autônoma, nos diferentes níveis de inserção social, seja por meio da educação para a saúde, que se torna uma ferramenta importante para a promoção da saúde ou prevenção de doenças, ou na reabilitação da saúde dos indivíduos (Backes *et al.*, 2014).

Categoria 2: Benefícios do trabalho em equipe

Ao serem questionados como podem colocar em prática o trabalho em equipe no serviço em que atuam, os técnicos de enfermagem relataram que os mesmos procuram doar o melhor de si no ambiente de trabalho, cooperar com os outros membros da equipe, respeitar os colegas, dividir as tarefas entre a equipe, cumprir os horários, discutir em conjunto os pontos positivos e negativos e trocar as experiências:

Praticando diretamente [...] dando o meu melhor. (TE3)

Trocando conhecimentos, ajudando o colega a realizar tarefas. (TE7)

Comprometimento, horário e interação com a equipe. (TE10)

É aceitar as opiniões positivas e discutir em conjunto as negativas. (TE11)

Para as enfermeiras, o trabalho em equipe possibilita o bom funcionamento do serviço em que há o aprendizado mútuo com

compartilhamento e discussão em conjunto dos casos, o que favorece a melhora do paciente e o aumento da segurança no serviço de saúde tanto para o paciente como para o profissional:

Vejo o trabalho em equipe como um aprendizado contínuo no qual descobrimos o erro e continuamos na luta sempre buscando melhorar. (E1)

De forma natural, pois com uma equipe unida e coesa tudo flui melhor, sempre buscando a melhora do paciente. (E3)

Gosto muito de compartilhar com outros profissionais e discutir com eles os casos. O trabalho em equipe traz segurança para os profissionais e para o paciente. (E4)

No meu dia a dia, o trabalho da equipe de enfermagem que em esforço coletivo se dedica ao serviço do plantão. (E5)

O trabalho em saúde requer uma boa interação entre os membros da equipe e não pode estar dissociado da interação social. Isso também é afirmado no que diz respeito à motivação no trabalho, sendo o relacionamento interpessoal um fator que contribui para a motivação no trabalho em enfermagem. Alguns pontos são fundamentais para que as pessoas se sintam em equipes de trabalho, dentre eles a importância da comunicação clara e verdadeira, a necessidade de existir confiança e respeito elevado, a clareza de papéis e dos propósitos da equipe, a corresponsabilidade e a relação de parceria entre seus membros. Esses pontos em conjunto são indispensáveis para se atingir sucesso, produtividade e qualidade no trabalho em equipe (Navarro, Guimarães, Garanhani, 2013).

A cooperação é o ingrediente principal do trabalho em saúde. Um estímulo ao grupo pode ser ofertado através de um simples

contato social entre seus integrantes, que pode potencializar o ambiente de trabalho e favorecer a capacidade de realização individual e coletiva. A interação do grupo é um dos fatores que possibilita uma assistência de qualidade, já que exerce influência direta em algumas condições de trabalho como ambiente harmonioso e organização das atividades (Lima *et al.*, 2013).

Categoria 3: Atividades que contribuem para a motivação na equipe

Nos relatos dos profissionais, destaca-se que os mesmos se sentem motivados em participar da equipe de enfermagem quando estão prestando assistência ao paciente e podem cuidar desses indivíduos para que eles alcancem seu bem-estar e sua recuperação:

Me dedico diariamente para garantir a melhor assistência aos pacientes. (TE6)

Ajudar o paciente na sua recuperação e no seu bem-estar. (TE9)

Orientar o paciente e participar do processo de recuperação. (TE10)

Desenvolvo meu trabalho com respeito e responsabilidade, visando sempre o paciente como foco principal. (E2)

Observou-se que o cuidado em si e o objeto do trabalho da enfermagem, o paciente, está relacionado ao significado de satisfação pela recuperação do paciente. O uso de conhecimentos e habilidades, almejando a recuperação do paciente é um dos fatores que motivam a assistência do profissional de enfermagem, pois permite a realização do trabalho com responsabilidade, qualidade e prazer, desenvolvendo as atividades da melhor maneira e atingindo os objetivos de melhora, manutenção e promoção da saúde dos pacientes (Somense; Duran, 2014).

A equipe de enfermagem sente prazer em atuar junto ao paciente, sentem-se parte integrante do processo de cuidar. Entende-se que o cuidado não acontece sozinho, já que é uma ação e um processo interativo, que ocorre entre o ser que cuida e aquele que é cuidado, e para tal é preciso disponibilidade, confiança, receptividade e aceitação, possibilitando o desenvolvimento de ambas às partes (Lima *et al.*, 2013).

Salienta-se a importância da equipe de enfermagem perceber que cuidar dos pacientes ou familiares se constitui em processo onde há uma relação entre uma ou mais pessoas, ou seja, por profissionais com preparo técnico-científico e humanístico e disponível para o cuidado efetivo e de outras pessoas que estão precisando de ajuda e de cuidados. Assim sendo, os sentimentos de satisfação com o cuidado prestado e com o carinho recebido repercutirá, positivamente, para ambos.

Categoria 4: Satisfação no cuidar do profissional da Enfermagem

Percebe-se que os fatores motivacionais no trabalho para os técnicos de enfermagem são os resultados na recuperação do paciente, o reconhecimento do trabalho, exercer as atividades que gosta, amor à profissão e os colegas da equipe. Para as enfermeiras, a motivação vem da satisfação pessoal, oportunidade de aprender diariamente, cuidar dos pacientes, reconhecimento dos esforços dedicados e remuneração financeira justa:

Poder ajudar ao próximo quando ele mais precisa e vê-lo saindo do hospital recuperado. (TE4)

O que me motiva é ver o paciente que eu estou cuidando recebendo a alta hospitalar e indo bem para casa. (TE6)

Ver a melhora a cada dia do paciente. (TE12)

Saber que, embora eu tenha falhas, como qualquer ser humano, me dedico, me responsabilizo e me preocupo com o bem-estar do paciente e tento assisti-lo da forma mais humana possível. (E1)

Vejo o meu trabalho como uma missão de Deus. Gosto de cuidar e também das amizades no ambiente de trabalho. (E5)

Sentimentos de gratificação estão presentes quando o sujeito percebe a melhora do estado de saúde do paciente como resultado das ações de enfermagem e cuidados realizados por ele durante aquele dia, ou até após alguns dias de internação. O cuidado humanizado pode ser um meio de se ter prazer no trabalho em enfermagem. Assim, além de equilibrar a relação sujeito-trabalho através do prazer, também traz perspectivas positivas com relação à cultura do cuidado de enfermagem, indicando que existem focos de mudança comportamental (Garcia *et al.*, 2012).

O reconhecimento é fator necessário para satisfação do trabalhador e, como fonte de prazer pela valorização profissional, expressa a sua influência na saúde do indivíduo, bem como na qualidade do trabalho realizado. Sabe-se que quando os esforços para a realização do trabalho não são valorizados ou passam despercebidos por aqueles que participam do processo, existe o sofrimento e, conseqüentemente, os perigos que ele oferece à saúde do trabalhador (Moraes *et al.*, 2014).

Categoria 5: Desmotivação na equipe de Enfermagem

Os fatores causadores da desmotivação no trabalho que mais se destacaram pelos profissionais foram: falta de reconhecimento da profissão e do valor do trabalho da enfermagem, falta de material, descompromisso entre os membros da

equipe, má remuneração, carga horária excessiva, número alto de pacientes, críticas não construtivas e desunião entre os profissionais:

Falta de condições de trabalho e má remuneração dos profissionais. (TE3)

O ambiente de trabalho, pois é muito quente, não tem ventilação. Também a escala de diarista que é muito corrido. (TE4)

Quando o trabalho não é valorizado por outros profissionais e nem por aqueles a quem estamos prestando serviço. (TE5)

Desvalorização do profissional, pouca remuneração e trabalho exaustivo. (TE9)

Devido ao processo de globalização, ocorreram transformações econômicas e sociais que alteraram a relação entre o homem e o seu trabalho. Tem-se observado também a busca cada vez maior por aumento da produtividade, porém, agregada a um baixo custo de produção, com a finalidade de se conseguir produtos mais competitivos no mundo capitalista. Devido essas exigências ocorre aumento do ritmo e da sobrecarga de trabalho, o que pode gerar insatisfação dos trabalhadores ao desenvolver suas atividades, interferindo, assim no seu processo saúde e doença (Somense, Duran, 2014).

A falta de reconhecimento do profissional, seja pela instituição, seja pelos colegas ou sociedade, resulta em insatisfação pessoal, que representa fator negativo para o indivíduo no que concerne à sua vida particular, bem como às atividades laborais, podendo ocasionar desgastes que, conseqüentemente, vão repercutir na sociedade onde vivemos (Navarro, Guimarães, Garanhani, 2013). O reconhecimento do trabalho prestado possibilita o surgimento de sentimentos de recompensa e aproxima o trabalhador do

resultado de seu trabalho, tornando esta relação positiva (Garcia *et al.*, 2012).

A frustração em relação à falta de materiais vivenciada pelos trabalhadores leva-os à realização constante de improvisações para o desenvolvimento das atividades assistenciais, deixando-os insatisfeitos e sujeitos ao sofrimento (Moraes *et al.*, 2014).

A carga horária excessiva e a baixa remuneração foram fatores de insatisfação em destaque. Devido à realidade atual do mercado e a sociedade capitalista, as pessoas acabam trabalhando em excesso e em horários considerados inadequados. A sobrecarga de trabalho pode levar ao aumento da carga psíquica, que na ausência de vias de descarga satisfatórias, podem transformar-se em tensão e desprazer, levando ao aparecimento de sintomas como astenia e fadiga. Estas conseqüentemente levarão ao adoecimento, pelo trabalho, que passa ser considerado como fatigante e penoso (Dejours, Abdoucheli, Jayet, 2011).

O fator remuneração é o de maior insatisfação do profissional, já que o salário, em função da responsabilidade, é irrisório e não condiz com as habilidades e o conhecimento científico necessário, podendo até interferir na permanência ou a desistência da profissão. O salário é considerado gerador de insatisfação juntamente com duplas e triplas jornadas de trabalho, sobrecarga no que tange à assistência direta ao paciente e ao processo administrativo e inadequação de recursos materiais (Melo *et al.*, 2011).

Categoria 6: Melhoria na assistência: o que se pode fazer?

Pertinente às mudanças necessárias para melhorar a assistência, houve destaque para a redução da carga horária, aumento do salário, reconhecimento da profissão, união da equipe, dedicação, profissionalismo,

respeito, reunião para discutir pontos positivos e negativos e climatização do ambiente do trabalho:

A carga horária, o salário e um ambiente adequado. (TE2)

Que todos trabalhassem em equipe e houvesse uma valorização por cada profissional. (TE5)

A carga horária e um ambiente mais agradável (climatização das enfermarias). (TE7)

Oferta de cursos de atualização e aprimoramento na área seria uma forma de engrandecimento profissional. (E3)

Redução de atividades burocráticas, priorização da assistência. (E8)

Os significados de satisfação no trabalho apoiam-se na proximidade com o cliente, no exercício da assistência de forma qualificada e na sensação de reconhecimento e valorização. Para tanto, é necessário ambiente com condições adequadas de trabalho e bom relacionamento afim de obter bons resultados (Somense; Duran, 2014).

Categoria 7: Estratégias para aumentar a motivação no trabalho em equipe

Quanto aos fatores que podem aumentar a motivação entre os profissionais de enfermagem, destaca-se o suprimento suficiente de materiais; divisão das tarefas; reuniões motivacionais; padronização das condutas e elaboração de protocolos assistenciais que envolvam a participação da equipe; cursos de capacitação e treinamentos; reconhecimento do trabalho de cada membro da equipe; diálogo, respeito e união entre os profissionais; aumento da comunicação e feedback entre a equipe das atividades realizadas:

Material suficiente e divisão das tarefas para não sobrecarregar a equipe. (TE1)

Reuniões motivacionais e elaboração de protocolos assistenciais com toda a equipe. (TE3)

Aulas de reciclagem, padronização das condutas assistenciais, organização no serviço e maior valorização e reconhecimento da categoria. (TE6)

Posto de enfermagem mais amplo e climatizado, aumento do salário e comunicação mais aberta com a direção. (TE10)

A equipe como um todo necessita de estímulos e os mais desejados são a diminuição da carga horária, melhores salários e valorização profissional. (E2)

Reconhecer as qualidades e os pontos positivos, carga horária reduzida e reajuste salarial. (E3)

Redução da carga horária semanal de trabalho, valorização de cada profissional da equipe e de seus conhecimentos, escutar o profissional, parabenizar por bons resultados. (E7)

Para a formação de uma equipe harmoniosa, torna-se essencial conhecer as potencialidades, bem como fragilidades dos indivíduos que a compõe, pois o grau de satisfação e motivação de uma pessoa é uma questão que pode afetar a harmonia e a estabilidade psicológica dentro do local de trabalho (Regis, Porto, 2011).

Para o gerenciamento de qualquer organização, o processo comunicativo é fator essencial para garantir que as atividades ocorram de maneira eficiente e eficaz, devendo acontecer constantemente a fim de proporcionar informação e compreensão necessárias à condução das tarefas, e acima de tudo, motivação, cooperação e satisfação nos cargos. Dentro da área da saúde, percebe-se e valoriza-se a importância da comunicação nas relações entre os profissionais e os usuários do

sistema, de forma que possibilite o entendimento e a satisfação a todos e a harmonia para a instituição (Santos, Bernardes, 2010).

Nesse processo motivacional, a comunicação efetiva, embora seja um grande desafio, é fator primordial para o alcance de objetivos e metas já estabelecidas e para o alinhamento de processos e definições de papéis (Bezerra *et al.*, 2010).

A necessidade da realização de encontros e reuniões periódicas com os integrantes da equipe multiprofissional, no intuito de estabelecer vínculo interpessoal entre seus membros, além de proporcionar uma oportunidade formal para o repasse de informações pertinentes ao trabalho coletivo (Navarro, Guimarães, Garanhani, 2013).

Na equipe de enfermagem, o *feedback* é muito importante para verificar se alguma informação transmitida para os membros da equipe está sendo compensadora. Serve para avaliar as mensagens transmitidas sobre como agir num determinado procedimento ou até mesmo se as prescrições de enfermagem estão sendo realizadas de forma efetiva, pois conforme for o resultado dos receptores a fonte precisará efetuar mudanças no seu modo de enviar a mensagem ou até mesmo mudar o conteúdo da mesma (Broca, Ferreira, 2012).

CONCLUSÕES

Concluiu-se que os profissionais de enfermagem notam o trabalho em equipe como a união de todos os membros do setor para o alcance de um objetivo em comum que permite uma assistência prestada com excelência e qualidade. Observou-se que a recuperação do paciente motiva o empenho e a dedicação dos profissionais no seu ambiente de trabalho tendo em vista que os cuidados dedicados surtem efeito e

beneficiam o alcance do bem-estar e a alta hospitalar.

Identificou-se que os principais fatores que podem contribuir com a motivação entre a equipe de enfermagem foram: suprimento suficiente de materiais; reuniões motivacionais; padronização das condutas e elaboração de protocolos assistenciais que envolvam a participação da equipe; cursos de capacitação e treinamentos; aumento da comunicação e feedback entre a equipe das atividades realizadas. Já os fatores que desmotivam foram: falta de reconhecimento da profissão, falta de material, má remuneração, carga horária excessiva, número alto de pacientes e críticas não construtivas.

Diante do exposto, percebe-se a necessidade do enfermeiro gestor na identificação dos fatores motivacionais entre os profissionais da sua equipe e a implementação de estratégias que possibilitem o aumento da satisfação e motivação no ambiente de trabalho como cursos na educação continuada, reuniões semanais, melhora da comunicação e *feedback* na equipe, entre outras ações. Infere-se como limitação do estudo a impossibilidade de tempo em implementar tais ações para avaliar a sua eficácia entre profissionais. Assim, destaca-se a necessidade de outros estudos que visem avaliar a motivação dos profissionais após a realização das intervenções sugeridas para a melhoria da assistência e do trabalho em equipe.

REFERÊNCIAS

- Backes, D. S., Backes, M. S., Erdmann, A. L., Büscher, A. & Salazar-Maya, A. M. (2015). Significado da prática social do enfermeiro com e a partir do Sistema Único de Saúde brasileiro. *Aquichan*, 14(4), 560-70.
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

- Bergamim, M. D. & Prado, C. (2013) Problematização do trabalho em equipe em enfermagem: relato de experiência. *Rev Bras Enferm*, 66(1), 134-7.
- Bezerra, F. D., Andrade, M. F., Andrade, J. S., Vieira, M. J. & Pimentel, D. (2010). Motivação da equipe e estratégias motivacionais adotadas pelo enfermeiro. *Rev Bras Enferm*, 63(1), 33-7.
- Brandt, B., Lutfiyya, M. N., King, J. A. & Chioreso, C. (2014). A scoping review of interprofessional collaborative practice and education using the lens of Triple Aim. *J Interprof Care*, 28(5),393-9.
- Broca, P. V. & Ferreira, M. D. (2012). Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. *Rev Bras Enferm*, 65(1), 97-103.
- Dejours, C., Abdoucheli, E., Jayet, C. & Betiol, M. I. (2012). Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas.
- Garcia, A. B., Dellaroza, M. S., Haddad, M. D. & Pachemshy, L. R. (2012). Prazer no trabalho de técnicos de enfermagem do pronto-socorro de um hospital universitário público. *Rev Gaucha Enferm*, 33(2), 153-9.
- Hee, C., Kamaludin, N. K. & Ping, L. L. (2016). Motivation and Job Performance among Nurses in the Health Tourism Hospital in Malaysia Ong Choon. *Internat Review of Management and Marketing*, 6(4), 68-672.
- Lima, F. B., Velasco, A.R., Lima, A. B., Alves, E. A., Santos, P. S. & Passos, J. P. (2013). Fatores de motivação no trabalho de enfermagem. *Rev. pesqui. cuid. Fundam*, 5(4), 417-23.
- Moraes, M. P., Martins, J. T., Robazzi, M. L. & Cardelli, A. M. (2014). Insatisfação no trabalho de enfermeiros de um hospital universitário. *Cogitare enferm*, 19(2), 316-22.
- Navarro, A. S., Guimarães, R. L. & Garanhani, M. L. (2013). Trabalho em equipe: o significado atribuído por profissionais da estratégia de saúde da família. *Rev. min. Enferm*, 17(1),62-76.
- Pol, P., Zarpellon, L. D. & Matia, G. (2014). Fatores de (in) satisfação no trabalho da equipe de enfermagem em UTI pediátrica. *Cogitare enferm*, 19(1), 63-70.
- Regis, L. F. & Porto, I.S. (2011). Necessidades humanas básicas dos profissionais de enfermagem: situações de (in) satisfação no trabalho. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 45(2): 334-41.
- Santos, M. C. & Bernardes, A. (2010). Comunicação da equipe de enfermagem e a relação com a gerência nas instituições de saúde. *Rev. gaúch. Enferm*, 31(2), 359-66.
- Silveira, C. D., Stipp, M.A. & Mattos, V. Z. (2014). Fatores intervenientes na satisfação para trabalhar na enfermagem de um hospital no Rio de Janeiro. *Rev. eletrônica enferm*, 16 (1),100-8.
- Somense, C. B. & Duran, E. C. (2014). Fatores higiênicos e motivacionais do trabalho do enfermeiro em enfermaria de cardiologia. *Rev. gaúch. Enferm*, 35(3),82-9.

Análisis del proceso de divorcio como transición de salud según la teoría de las transiciones de Alaf Meleis

Analysis of the divorce process as health transition according to the theory of Alaf Meleis transitions

Análise do processo de divórcio como transição de saúde segundo a teoria das transições de Alaf Meleis

Mireia Larrosa Domínguez¹, Sandra López Estela², Raquel Tejada Musté³, Carmen Vives Relats⁴

¹Enfermera graduada por la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona. Estudiante del Máster en Investigación en Ciencias de la Enfermería en la Universitat Rovira i Virgili. Correo electrónico: mireia.larrosa.dominguez@gmail.com

²Enfermera diplomada por la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona. Enfermera retén en el Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona. Estudiante del Máster en Investigación en Ciencias de la Enfermería en la Universitat Rovira i Virgili. Correo electrónico: slopezestela@gmail.com

³Enfermera diplomada por la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona. Especialista en Enfermería Pediátrica por el Ministerio de Educación y Ciencia. Enfermera oncológica en el Hospital de Sant Pau i Santa Tecla de Tarragona. Estudiante del Máster en Investigación en Ciencias de la Enfermería en la Universitat Rovira i Virgili. Correo electrónico: rtmtgn@hotmail.com

⁴Profesora emérita de la Universitat Rovira Virgili. Departamento de enfermería. Correo electrónico: carme.vives@urv.cat

Cómo citar este artículo en edición digital: Larrosa Domínguez, M., López Estela, S., Tejada Musté, R. & Vives Relats C. (2019). Análisis del proceso de divorcio como transición de salud según la teoría de las transiciones de Alaf Meleis. Cultura de los Cuidados (Edición digital), 23 (54). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.54.23>

Correspondencia: Carretera Valencia 221 E-1 2.º-1.ª C.P.: 43006. Tarragona

Correo electrónico de contacto: mireia.larrosa.dominguez@gmail.com

Recibido: 30/12/2018; Aceptado: 07/4/2019



ABSTRACT

The general goal of this study is to analyze the transitions produced during a divorce process using the Theory of transitions of Alaf Ibrahim Meleis. Our specific goals are two: 1) Identify the elements that characterize the experience of the divorce transition, and 2) examine if this experience is healthy for the person or not.

A qualitative phenomenological case

study was conducted in a person who was experiencing a divorce process. To collect the data, a conversation was conducted in a climate of trust that began with the question: "Are you living through a period of changes?". Free narration and the expression of concerns and feelings were favored. Data processing was done through content analysis of the transcribed conversation, identifying the nature, conditions and

indicators of the divorce transition.

It is suggested that nursing professionals can and should perform interventions aimed at providing security, self-esteem and confidence to the person experiencing a divorce process. This research concludes that the theory of transitions offers a holistic perspective of the persons experiencing a transition in their lives. It is proposed that the Theory guides the nurse to promote healthy responses to the transition in people.

Keywords: Nursing, transition, divorce, healthy.

RESUMO

O objetivo geral de nosso estudo é analisar as transições produzidas durante um processo de divórcio, através da Teoria das Transições de Alaf Ibrahim Meleis. Como objetivos específicos, propomos a identificação dos elementos que caracterizam a experiência da transição do divórcio e se esta experiência é ou não saudável para a pessoa.

Realizamos um estudo de caso fenomenológico qualitativo em uma pessoa que estava passando por um processo de divórcio. Para coletar os dados, uma conversa foi usada em um clima de confiança que começou com a pergunta: "Você está vivendo um período de mudanças?". A narração livre e a expressão de preocupações e sentimentos foram favorecidas. O processamento dos dados é feito através da análise de conteúdo da conversa transcrita, identificando a natureza, condições e indicadores da transição do divórcio.

Os profissionais de enfermagem podem e devem realizar intervenções que visem proporcionar segurança, autoestima e confiança na pessoa imersa em um processo de divórcio. Conclui-se que a teoria das transições oferece uma perspectiva holística

da pessoa que experimenta uma transição em sua vida. Desta forma, a teoria orienta o enfermeiro a promover respostas saudáveis à transição nas pessoas.

Palavras chave: Enfermagem, transição, divórcio saudável.

RESUMEN

El objetivo general de nuestro estudio es analizar las transiciones producidas durante un proceso de divorcio, mediante la Teoría de las transiciones de Alaf Ibrahim Meleis. Como objetivos específicos planteamos la identificación de los elementos que caracterizan la vivencia de la transición del divorcio y si esta vivencia es o no saludable para la persona.

Realizamos un estudio de caso fenomenológico cualitativo en una persona que vivía un proceso de divorcio. Para recolectar los datos se utilizó una conversación en clima de confianza iniciada con la pregunta: "¿Estás viviendo un periodo de cambios?". Se favoreció la libre narración y la expresión de inquietudes y sentimientos. El procesamiento de datos se realiza mediante análisis de contenido de la conversación transcrita, identificando la naturaleza, condiciones e indicadores de la transición de divorcio.

Los profesionales de enfermería podemos y debemos realizar intervenciones dirigidas a proporcionar seguridad, autoestima y confianza en la persona inmersa en un proceso de divorcio. Se concluye que la teoría de las transiciones ofrece una perspectiva holística de la persona que experimenta una transición en su vida. De este modo, la teoría guía a la enfermera a promover en las personas respuestas saludables a la transición.

Palabras clave: Enfermería, transición, divorcio, saludable.

INTRODUCCIÓN

Afaf Ibrahim Meleis creó, en relación a la profesión de enfermería, la Teoría de las transiciones en 1971. Definió los componentes, los procesos y las estrategias relacionadas con la suplementación del rol que ayudarían a la persona a realizar una transición saludable.

Las transiciones por las que transcurre la persona y la influencia del entorno pueden ocasionar un desequilibrio entre la demanda y la respuesta ocasionando estrés. De esta manera, cada persona puede responder de diferente manera ante una misma situación a consecuencia de variables ambientales y personales (Lazarus, 1999).

Con intención de aumentar los conocimientos en la investigación en enfermería, Meleis explica que cada cambio en la vida de una persona supone una transición que puede ser de cuatro tipos de transiciones: de desarrollo (incluye aspectos como el nacimiento, crecimiento, madurez, envejecimiento y muerte), situacional, de salud-enfermedad (incluye el proceso de diagnóstico de una enfermedad crónica, alta hospitalaria y recuperación) y organizativo (incluye los cambios en las condiciones del entorno que afectan la vida de los clientes y trabajadores) (IM, 2011).

Meleis determina los conceptos que debemos valorar en la persona que está viviendo un proceso de transición: conciencia, compromiso, cambios y diferencias, evolución en el tiempo, puntos críticos y fenómenos. Dando importancia a la valoración de las condiciones personales, sociales y comunitarias. Además, es importante valorar las transiciones vividas por las personas bajo los supuestos (IM, 2011): son multidimensionales y complejas, se mueven en el tiempo y pueden cambiar roles, relaciones, conductas, habilidades y patrones básicos de la vida.

La insuficiencia de rol vivida por una persona durante un proceso de transición como la situación de divorcio, hace que nos encontremos ante un hecho social que se encuentra ligeramente en aumento y que, por tanto, es importante abordar a muchos niveles. La Real Academia de la Lengua Española define divorcio como “dicho de un juez competente: Disolver o separar, por sentencia, el matrimonio, con cese efectivo de la convivencia conyugal”. (Real Academia Española, 2014).

Según datos del Instituto Nacional de Estadística, en el año 2016 se produjeron en España un total de 96.824 divorcios (INE, 25/09/2017). Además, según datos de Idescat, el total de divorcios en Cataluña en el año 2016 fue de 17.931, produciéndose 1.981 de ellos en la provincia de Tarragona (IDESCAT, 2016).

Aunque existen diferentes estudios sobre el impacto que genera el divorcio en la salud física y psicoemocional de la persona adulta (Valdés, Basulto, Choza, 2009; Gómez, 2001), pocos estudios muestran una intervención enfermera que ayude a la persona a sobrellevar de forma efectiva la transición (Castellón, 2000).

El objetivo general de nuestro estudio es analizar las transiciones que se producen durante un proceso de divorcio mediante la Teoría de las transiciones de Afaf Ibrahim Meleis. No obstante, los objetivos específicos son identificar los elementos que caracterizan la transición del divorcio en la vivencia de una persona, y conocer si la persona vive la transición del divorcio como un proceso saludable.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio de caso fenomenológico cualitativo en el año 2017. El informante estaba viviendo un proceso de

divorcio y accedió de manera voluntaria a participar en este estudio. Se produjo un encuentro en su propio domicilio, puesto que es un lugar donde la persona se siente cómoda, tranquila y favorece el feed-back. Se inició la conversación con la pregunta: “¿Estás viviendo un periodo de cambios?”. Se favoreció la libre narración de la persona, la expresión de inquietudes y sentimientos, teniendo en cuenta que el simple hecho de narrar la vivencia ya es terapéutico.

Se pretendió detectar la situación de transición por la que estaba pasando la persona, los aspectos que influyen en dicha transición y si ésta es o no saludable. Durante la conversación se negó a ser grabado, por lo que se tomaron notas durante la narrativa para poder analizar los datos posteriormente.

Para garantizar el anonimato de la persona hemos utilizado nombres ficticios, pero las edades y los lugares de residencia son reales.

Presentación del caso

Javier de 34 años casado desde hace tres años, se encuentra actualmente en un proceso de divorcio debido a diferencias con su pareja e infidelidades por ambas partes. Durante un tiempo han tenido diversas discusiones y, aunque intentaron reconciliarse, pronto se dieron cuenta de que no había solución. Además, tienen un hijo de 4 años en común, llamado Marcos.

Su mujer abandonó el domicilio familiar hace seis meses y ya está viviendo con otro hombre. Javier se dedica a trabajar y a cuidar de su hijo, que casi siempre está con él puesto que su ex mujer, por problemas laborales, únicamente puede estar con Marcos en momentos puntuales. De esta manera, cuando Marcos tiene que estar con ella, habitualmente se queda al cuidado de los abuelos maternos.

Javier trabaja a turnos y tiene problemas

económicos ya que está endeudado con la hipoteca y el crédito de dos coches. Sin embargo, tiene un nivel adquisitivo medio pero no le es suficiente para hacerse cargo de toda la deuda. Por otra parte, para poder dedicarle más tiempo a Marcos, intenta hacer cambios de turnos con sus compañeros y así trabajar de noche para poder estar con su hijo. Siempre que puede intenta llevar a su hijo a la escuela y disfrutar del tiempo libre con él. Además, Javier cuenta con la ayuda de sus padres y sus dos hermanas que contribuyen al cuidado de Marcos.

La separación está siendo una transición dificultosa, ya que con su ex pareja no llega a un acuerdo sobre el piso y la custodia de Marcos. Además, ella se ha llevado muchísimas cosas del piso, incluidas algunas que no le pertenecían. Javier le ha dado uno de los coches a pesar de estar pagando él mismo el crédito, y ha cedido en varias peticiones que ella le ha hecho para no tener más discusiones ni problemas.

Al inicio de la separación, Javier pasó por un periodo de tristeza, depresión y pérdida del sentido de vida. Él mismo refiere que “no tenía ganas de comer ni de salir”. Además, precisó ayuda psicológica recibiendo tratamiento con ansiolíticos y antidepresivos. Los síntomas se controlaron rápidamente por lo que pudo incorporarse al trabajo en dos meses.

Durante la transición, Javier hizo nuevas amistades y se volcó en su hijo Marcos. Actualmente, se encuentra en pleno divorcio legal con su ex mujer, tiene una nueva pareja con la que mantiene una buena relación y se encuentra feliz. Vive solo en su piso y tiene la custodia compartida de su hijo Marcos.

Análisis del caso. Tipos y patrones de la transición

La transición que está viviendo actualmente Javier es de carácter

organizativo ya que se están produciendo cambios en su entorno. La principal transición ha sido la ruptura sentimental que ha desencadenado otra serie de cambios simultáneos en su vida (transiciones), que han afectado a toda la familia.

Su nueva situación ha comportado cambios a nivel social, laboral, emocional. Anteriormente, Javier vivía con su pareja y su hijo Marcos, al que podía ver todos los días. Desde la separación este hecho ha cambiado. Lo ve muy a menudo pero debe compartir la custodia con la madre de su hijo. Y, a pesar de haberles otorgado la custodia compartida, ésta en muchas ocasiones no se cumple puesto que ella no puede hacerse cargo de su hijo por asuntos laborales. De esta manera, Javier puede disfrutar más tiempo de su hijo a pesar de que esto le implica hacer variaciones a nivel laboral. Recientemente ha iniciado una nueva relación sentimental.

En conclusión, Javier está viviendo múltiples transiciones en un mismo periodo, todas ellas secuenciales y a consecuencia de la separación: cambios en la relación padre e hijo, cambios emocionales, cambios del entorno, cambios de rol y cambios a nivel laboral.

Propiedades de la transición

Conciencia: Javier manifiesta verbalmente que se muestra consciente de los cambios emocionales, laborales, sociales y del entorno sobre la situación percibida como una transición. En un primer momento la respuesta fue negativa ya que, durante un mes manifestó tristeza, depresión, pérdida del sentido de vida y no tenía ganas de salir de casa. Por lo que fue necesario tratamiento con ansiolíticos y antidepresivos. Actualmente, manifiesta encontrarse más animado desde que ha creado un nuevo vínculo de amigos y tiene una nueva pareja.

Compromiso: Javier, al ser consciente del proceso de transición, presenta un alto grado de implicación. Se muestra muy atento con su hijo e intenta estar todo el tiempo posible con él. Además, intenta aprender a cocinar y a realizar las tareas domésticas.

Cambios y diferencias: Tras la separación se ha producido un cambio en la relación con su ex pareja. Anteriormente, vivían juntos y tenían una buena relación. Actualmente la relación no es buena.

Tiempo: El proceso de separación y divorcio de Javier, tuvo su inicio hace seis meses tras la percepción de un cambio en su vida. Desde el inicio hasta la actualidad, ha tenido diferentes emociones que han llegado a producirle sintomatología ansioso-depresiva. En un primer momento, tuvo un período de inestabilidad y confusión (se sintió perdido, triste, no encontraba salida a la situación y pensaba que su problema no tenía solución). Actualmente, aún se encuentra en proceso de divorcio pero se siente más recuperado y está iniciando una relación sentimental y está luchando por conseguir la estabilidad.

Puntos críticos y fenómenos: Están relacionados con el abandono del domicilio por parte de su ex mujer, la relación tormentosa con ella y la custodia de su hijo Marcos. En la actualidad, Javier tiene visión de futuro ya que ha iniciado una nueva relación sentimental.

Condiciones de la transición

Condiciones personales: Javier ha tenido varias rupturas sentimentales a lo largo de su vida, pero con ninguna de ellas tuvo hijos y únicamente con una de ellas compartió vivienda. Sin embargo, refiere que la separación fue percibida de manera negativa ya que tuvieron varios desacuerdos. El hecho de tener un

antecedente previo de separación difícil y, además teniendo ahora un hijo en común con su exmujer, hace que su vivencia actual sea mucho más negativa.

Condiciones sociales o comunitarias: Sus padres y sus hermanas cuidan de su hijo cuando él trabaja. Además, su madre le prepara la comida cada día y en ocasiones le compra alimentos. Por ese motivo, podemos decir que Javier tiene un adecuado soporte social y afectivo por parte de diferentes miembros de su familia. Por otro lado, su actual pareja le está aportando estabilidad y tiene una muy buena relación con él y su hijo Marcos, hecho al que él da mucha importancia.

Observamos cómo estos cambios en la vida de Javier se iniciaron como un proceso de transición no saludable, con sentimientos negativos, precisando ayuda profesional y farmacológica. Sin embargo, gracias a los procesos y estrategias relacionados con la suplementación del rol, Javier ha conseguido afrontar el cambio llegando a alcanzar una transición saludable.

Tiene unas condiciones personales y familiares que favorecen este cambio. Los principios y creencias vinculados a su cultura le han ayudado a hacer frente esta situación y desarrollar mecanismos adecuados para la transición. De este modo, aunque tiene problemas económicos ha preferido seguir teniendo su propio piso y no volver a vivir con sus padres. Sin embargo, acepta la ayuda de su familia durante esta transición. Por otro lado, aunque precisa cambios a nivel laboral para poder conciliar la vida familiar, tanto sus compañeros como la directiva de la empresa le proporcionan muchas facilidades para poder llevarlos a cabo.

Patrones de respuesta o indicadores de proceso de salud en la transición

Podemos identificar que Javier es plenamente consciente de los cambios que está viviendo durante este periodo, tanto a nivel social, laboral, familiar, etcétera. Él mismo ha sido capaz de definir el momento en que el proceso de transición no era saludable, y solicitar ayuda cuando ha sido conveniente. De esta manera, la ayuda tanto de su entorno como de los profesionales sanitarios ha influido positivamente en la evolución del proceso, para conseguir una transición saludable.

Javier muestra una actitud positiva frente el cambio. Intenta mejorar la situación mediante un análisis de su transición para encontrar soluciones efectivas.

Intervención terapéutica de enfermería

En los procesos de transición observados en Javier, los profesionales de enfermería debemos realizar intervenciones con el objetivo de fortalecer la seguridad, autoestima y confianza. En este sentido, la conversación con la enfermera es productiva, ya que favorece la expresión de sentimientos positivos y negativos respecto la circunstancia que está viviendo Javier en la actualidad.

El hecho de que la persona narre permite expresar aquello que siente, que vive y que piensa, siendo la narrativa en sí terapéutica. Es importante animar a Javier a continuar con la terapia psicológica para favorecer la expresión de sentimientos, emociones y búsqueda de estrategias. Además, debemos favorecer una correcta adherencia al tratamiento farmacológico recomendado. Por último, debemos animar a Javier a que realice actividades recreativas y de ocio con su nueva pareja y amigos.

Dentro de nuestras intervenciones enfermeras, podríamos reunirnos con los

padres de Javier, con el fin de conocer su opinión sobre la situación y trabajar sus emociones. No obstante, se proporcionará recomendaciones con el fin de ser un buen soporte para Javier y Marcos, ya que, para esta transición, la familia es importante para él.

Por último, es importante conocer la vivencia de Marcos en relación al proceso de divorcio de sus padres. Para ello, podríamos animarlo a que hiciera un dibujo y determinar así, sus sentimientos y emociones.

CONCLUSIONES

Cuando los profesionales de enfermería detectamos la vivencia de una transición, en este caso el divorcio, debemos proporcionar a la persona educación sanitaria con el fin de promover la salud y prevención de la enfermedad, para conseguir una transición saludable. Con el mismo objetivo, debemos ofrecer también las herramientas y estrategias de afrontamiento necesarias en estas situaciones.

Creemos que es importante abordar el fenómeno del divorcio además de legalmente, a nivel sanitario, ya que influye negativamente en la vida de las personas pudiendo causar repercusiones a nivel de salud, produciendo estrés, pánico, problemas de organización, dificultades para la socialización, etcétera.

La teoría de las transiciones nos ofrece una

perspectiva holística acerca de la persona que está experimentando una transición en su vida. De esta manera, la teoría guía a la enfermera a promover respuestas saludables a la transición.

BIBLIOGRAFÍA

- Castellón, A. M. D. (2000). El rol de enfermería frente a una estructura familiar cambiante. *Investigación y educación en enfermería*, 18(1), 87-92. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105218294006>.
- Gómez-Díaz, J. A. (2011). Fenomenología del divorcio (o la esencia de la separación) en mujeres. *Psicología & Sociedad*, 23(2), 391-397. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23n2/a20v23n2.pdf>.
- Raile Alligood, M. & Marriner Tomey, A. (2011). *Teorías y modelos en enfermería*, Barcelona: Elsevier.
- Instituto de Estadística de Cataluña (2016). *Idescat. Anuario estadístico de Cataluña. Nulidades, separaciones y divorcios. Provincias*. Recuperado de <https://www.idescat.cat/>.
- Instituto Nacional de Estadística. (2017). *INEbase/Sociedad /Seguridad y justicia/Estadística de nulidades, separaciones y divorcios/Resultados*. Recuperado de <http://www.ine.es/>.
- Lazarus, R.S. (1999). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua*. Recuperado de <http://dle.rae.es/>.
- Valdés, Á. A., Basulto, G., y Choza, E. (2009). Percepciones de mujeres divorciadas acerca del divorcio. *Enseñanza e investigación en psicología*, 14(1). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29214102>.

Prácticas de cuidado cultural de mujeres con morbilidad materna extrema

Cultural care practices of women with extreme maternal morbidity

Práticas de cuidados culturais de mulheres com morte materna extrema

Luis Miguel Hoyos Vertel¹, Lucy Muñoz de Rodríguez²

¹Magíster en Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá, Colombia. Correo electrónico: lmhoyosv@unal.edu.co

²Magíster en Enfermería, Profesora Emérita, Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá. Correo electrónico: lucymdero@yahoo.com

Cómo citar este artículo en edición digital: Hoyos Vertel, L. M. & Muñoz De Rodríguez, L. (2019). Prácticas de cuidado cultural de mujeres con morbilidad materna extrema. Cultura de los Cuidados (Edición digital), 23 (54). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.54.24>

Correspondencia: Carrera 31A # 35 79 Ciudad: Montería-Colombia

Correo electrónico de contacto: lmhoyosv@unal.edu.co

Recibido: 10/12/2018; Aceptado: 07/04/2019



ABSTRACT

The present article is generated from the results of the research: Beliefs and cultural care practices of women with extreme maternal morbidity (Hoyos & Muñoz, 2017).

Objective: To describe the cultural care beliefs and practices of women who had extreme maternal morbidity, who were not in control of prenatal care and who were treated at hospital in the city of Medellín, Colombia.

Sample: 17 women with extreme maternal morbidity, not in control of prenatal care.

Method: Qualitative, ethnographic, using ethno-nursing proposed by Leininger and Spradley's ethnographic interview.

Results: 3 general topics and 2 taxonomies were found.

Conclusions: The study concluded that women with extreme maternal morbidity,

who do not have prenatal care, have their own ways of caring for themselves and their unborn child when they are sick, because access to maternal health services is poor.

Keywords: Nursing, ethno-nursing, cultural care, health, severe maternal morbidity.

RESUMO

Este artigo tem sua origem no projeto da pesquisa: Crenças e práticas de cuidados culturais de mulheres com extrema morbidade materna (Hoyos & Muñoz, 2017).

Objetivo: Descrever as crenças e práticas de atenção cultural de mulheres que tiveram morbidade materna extrema, que não controlavam o pré-natal e que foram atendidas em um hospital da cidade de Medellín, na Colômbia.

Método: Qualitativo, etnográfico, utilizando a etno-enfermagem proposto

pela entrevista etnográfica de Leininger e Spradley.

Amostra: 17 mulheres com extrema morbidade materna, não controlando o pré-natal.

Resultados: Foram encontrados 3 tópicos gerais e 2 taxonomias.

Conclusões: O estudo concluiu que as mulheres com morbidade materna extrema, que não controlam o pré-natal, têm suas próprias formas de cuidar de si mesmas e do nascituro quando estão doentes, porque o acesso aos serviços de saúde materna é fraco.

Palavras chave: Enfermagem, etno-enfermagem, cuidados culturais, saúde, extrema morbidade materna.

RESUMEN

El presente artículo se genera a partir de los resultados de la investigación: Creencias y prácticas de cuidado cultural de mujeres con morbilidad materna extrema (Hoyos & Muñoz, 2017).

Objetivo: Describir las creencias y prácticas de cuidado cultural de mujeres que tuvieron morbilidad materna extrema, inasistentes al control prenatal y atendidas en un Hospital de la ciudad de Medellín-Colombia.

Método: Cualitativo, etnográfico, utilizando la etnoenfermería propuesto por Leininger y la entrevista etnográfica de Spradley.

Muestra: 17 mujeres con morbilidad materna extrema, inasistentes a control prenatal.

Resultados: Se encontró 3 temas generales y 2 taxonomías.

Conclusiones: El estudio concluyó que la mujer con morbilidad materna extrema, inasistente al control prenatal tiene sus propios modos de cuidado a sí misma y al

hijo por nacer cuando está enferma, porque el acceso a los servicios en salud materna es deficiente.

Palabras clave: Enfermería, etnoenfermería, cuidado cultural, salud, morbilidad materna extrema.

INTRODUCCIÓN

La morbilidad materna extrema es “una complicación que ocurre en el embarazo parto y puerperio y que coloca en riesgo la vida de la mujer y del hijo por nacer” (FLASOG, 2007). Muchos casos se presentan por la falta de accesibilidad al servicio de salud materna, lo cual justifica la inasistencia a los programas prenatales en lugares dispersos de Colombia.

Conocer estas creencias y prácticas de cuidado de este grupo poblacional se logró con el referente de la teoría de la universalidad y diversidad del cuidado cultural de Leininger, quien ha definido la enfermería transcultural como “un área principal de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados, la expresión, las creencias de salud, la enfermedad y prácticas de cuidado, cuyo propósito consiste en concebir un saber científico y humanístico para que proporcione una práctica de cuidados enfermeros específicos para la cultura y/o una práctica de cuidados enfermeros universales de la cultura” (Leininger, 1994). Con base en la teoría de Leininger, se propuso la presente investigación sobre creencias y prácticas de cuidado cultural de gestantes con causas principales de morbilidad materna extrema e inasistentes a control prenatal, con el fin de aportar al cuidado culturalmente congruente en este

grupo. El concepto de morbilidad materna extrema es versátil de acuerdo con Águila (2012) y la fácil identificación de los casos y la posibilidad de entrevistar las sobrevivientes refuerzan el valor del estudio fortaleciendo la disciplina, al desarrollar planes de cuidado con base a lo planteado por Leininger, lo cual guía al profesional de enfermería en la planificación y ejecución de planes de acciones y políticas en salud materna e infantil con el fin disminuir la mortalidad materna. Diferentes estudios y autores plantean como causas principales de morbilidad materna extrema; hipertensión arterial Jayaratnam (2011), preclamsia Monroy (2012), eclampsia Zanconato (2012), alteración de los factores de coagulación Van den Akker (2013), la diabetes gestacional Adeoye (2013), parto obstruido y prolongado Zanette (2014), hemorragia grave Alvarez (2010), septicemia Lopez (2009) y anemia grave Galvão (2014). Según el Instituto Nacional de Salud de Colombia (INS) para el año 2015 el total acumulado de casos de morbilidad materna extrema a semana epidemiológica 52 fue de 15.067 (INS, 2016). La morbilidad materna extrema, ocurre con mayor frecuencia que la mortalidad materna, lo cual permite un análisis sobre un número mayor de casos y favorece una cuantificación más detallada de los factores de riesgo y determinantes sociales y culturales de salud, que la obtenida al analizar un número relativamente pequeño de muertes maternas (INS, 2014). Los factores determinantes en salud, que influyen en una mujer para desarrollar morbilidad materna extrema pueden estar relacionados con el contexto social, cultural, y entre ellos se destacan el estado de inferioridad económica, educativa, legal o familiar, y los relativos a su estado de salud, así como el acceso y calidad de los servicios de salud para la

atención materna y la planificación familiar (INS, 2014). Estudios confirman que una atención de calidad y la asistencia al programa prenatal, es un factor protector para la detección de la morbilidad materna; Jabir (2013) Verma (2013) Rodríguez (2014) Cáceres (2009) Lasso (2012) Munares (2013) Rodríguez (2014) y Choudhury (2011). En el departamento de Antioquia, según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS (Minsalud Colombia, 2015), se reportó asistencia al control prenatal del 94.1%, y de este el 88.4% de los controles fueron atendidos por Médicos, el 5.4% Enfermeras (os) Profesionales, 0.6% parteras, 0.3% auxiliares de enfermería y el 5.4% no asistió a control prenatal. Para Medellín, asistencia al control prenatal del 99.8% de los cuales el 97.3% los realizó el Médico, y el 2.5% lo realizó la Enfermera(o) Profesional, y el 0.2% no recibió controles prenatales. Al realizar la comparación con Antioquia y Medellín, se observó que hay una mayor asistencia al control prenatal, en su capital que en los demás municipios de acuerdo con el Minsalud Colombia (2015). Esta inasistencia al control prenatal, en el caso de Antioquia del 5.4%, y el índice negativo de 0.2% de inasistencia en la ciudad de Medellín, impidió detectar tempranamente la morbilidad materna extrema en gestantes que no asisten al control prenatal y hace suponer que estas mujeres tienen sus propios modos de cuidarse desde su propia cultura. Leininger en su teoría de la Universalidad y Diversidad del Cuidado Cultural plantea que en varias de sus observaciones directas y experiencias en personas de diversas culturas, con una variedad de condiciones de salud, encontró que el modo de cuidado humano era importante para la recuperación de una enfermedad, el mantenimiento de la salud y el bienestar y

que las personas naturalmente tienen sus propias maneras de cuidarse, por lo que retó a las enfermeras a descubrir el cuidado específico y holístico utilizado por las diferentes culturas a través del tiempo y en distintos contextos McFarland (2006). Con los propósitos anteriores, se encontraron investigaciones desde lo cultural en gestantes que han experimentado situaciones de enfermedad, relacionadas con causas principales de morbilidad materna extrema como diabetes y preclamsia, donde se hizo referencia a creencias y prácticas que utilizaron, las mujeres de los estudios, para su cuidado y el de su hijo por nacer. Guerra (2006) encontró que las embarazadas diabéticas consideran la salud como un valor, como algo positivo; Benavente (2008) descubrió el significado que tiene la salud y la enfermedad para un grupo de adolescentes diabéticas, encontrando que tener salud significa estar tranquilas. Álvarez (2012) describió la percepción del cuidado de enfermería en gestantes con preclamsia, encontrando que el 95% de las gestantes percibió que el personal de enfermería demostró conocimiento y competencias en los cuidados terapéuticos que proporciono frente a la preclamsia. Laza (2012) describió la experiencia de la mujer con preclamsia, encontrando que esta experiencia generó miedo y angustia. Pérez (2011) describió el significado que un grupo de púerperas asignaron a la preclamsia, encontrando que confían en estar sanas y reaccionan ante el diagnóstico con temor al riesgo de morir ella y su hijo. Castiblanco (2014), describió la percepción acerca de la preclamsia, encontrando que las mujeres que sufrieron por primera vez la enfermedad, la percibieron de forma "inesperada y sin avisar"; para las que la habían padecido, la esperaron con resignación y angustia.

Noguera (2014) describió los significados de tener preclamsia para un grupo de gestantes, encontrando que se generan sentimientos como incertidumbre, miedo, nervios y ansiedad, secundario a no saber qué va a pasar con su salud y con la salud del hijo por nacer. Pulido (2014) describió las experiencias vividas por la preclamsia severa, encontrando que la relación con Dios, se convirtió en una fortaleza y compañía en momentos de soledad, incertidumbre y miedo frente al peligro que implicó la enfermedad. Pérez (2009) detectó las necesidades de cuidado percibidas por gestantes con diagnóstico de preclamsia, encontrando que requieren un estricto cuidado en el manejo de cuatro necesidades básicas que son: fisiológicas, seguridad, amor y pertenencia, y de autorrealización. Con lo referido anteriormente, es evidente que los estudios abordaron la clasificación y las causas de la morbilidad materna extrema, la importancia de la calidad de la atención de las gestantes con morbilidad materna extrema, las demoras en la atención y búsqueda de ayudas, la no detección temprana de la morbilidad materna extrema, el control prenatal como un factor protector de la morbilidad materna extrema, la dimensión y presencia de factores culturales como creencias y prácticas que utilizan las gestante con alguna situación de enfermedad relacionada con morbilidad materna extrema. Estudios sobre creencias y prácticas de cuidado desde lo cultural en mujeres que tuvieron causas principales de morbilidad materna extrema y fueron inasistentes a control prenatal, no fueron encontrados, por lo cual surge la necesidad de este estudio.

MÉTODO

El método utilizado fue cualitativo

etnográfico desde la Etno enfermería como método naturalístico y abierto de investigación que permitió estudiar y explicar fenómenos relacionados con la teoría del cuidado cultural (Leininger, 2002).

La técnica utilizada para la recolección de la información fue la entrevista etnográfica y la observación etnográfica de James Spradley, conociendo lo que la gente sabe, piensa y cree (Spradley, 1983), el tipo de preguntas que se hicieron fueron de tipo descriptivo, estructural y de contraste, en promedio de 2 a 3 entrevistas, también se usó las notas de campo con las cuales se logró observar e indagar sobre el contexto y escenario cultural lo cual permitió planificar y orientar nuevas preguntas para entrevistas adicionales con el fin de saturar la información, las entrevistas se grabaron en un dispositivo electrónico casete, posterior a esto se realizó una lectura juiciosa y analítica tratando de entender la información que las participantes compartieron con el investigador para identificar los dominios y posteriormente realizar el análisis componencial. El Análisis de la información se hizo a la par de la recolección, mediante la saturación de la información y no por un número previamente establecido. La investigación evaluó la calidad científica según los criterios de credibilidad, auditabilidad y transferibilidad, (Lincoln, 1985); la credibilidad se aplicó a través de la observación, notas de campo y las entrevistas analizadas y confirmadas por las mujeres del estudio. La confirmabilidad de este estudio se aplicó con la directora de la tesis quien realizó el acompañamiento y seguimiento paso a paso del desarrollo de toda la investigación; a través de revisiones de las entrevistas, notas de campo, análisis de la investigación, sugerencias y envío de material bibliográfico. Para garantizar la validez y confiabilidad, además de la

credibilidad y la confirmabilidad, el investigador invirtió el tiempo suficiente para realizar la captación de las participantes y para desplazarse y realizar las entrevistas en el lugar donde se encuentren las gestantes o púerperas, hasta obtener saturación en la información.

El presente proyecto de investigación se realizó bajo los principios de: beneficencia, justicia, autonomía, veracidad y fidelidad, principios importantes en la práctica de enfermería de acuerdo con Tejera (2004). Esta investigación, según la Resolución 8430 de 1983 es de bajo riesgo Minsalud Colombia (1993). Este estudio no realizó ninguna intervención o modificación intencionada de variables fisiológicas, psicológicas o sociales de las participantes. La recolección de la información se hizo cuando se obtuvo la aprobación por parte del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, del Hospital General de Medellín, para utilizar sus instalaciones y captar a las gestantes o púerperas con causas principales de morbilidad materna extrema para incluirlas dentro de la muestra del estudio. En el consentimiento informado se advirtió a las participantes que las entrevistas serán grabadas y posteriormente transcritas textualmente para hacer el análisis respectivo del estudio.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Características del contexto

Fueron 17 Gestantes o púerperas con causas principales de morbilidad materna extrema, inasistentes a control prenatal, atendidas en el Hospital General de Medellín- Colombia. La edad promedio fue de 22 años, el 47% procedían de Municipios de Antioquia, 41% de Municipios que

conforman el área metropolitana del Valle de Aburrá y el 12% restante fueron referenciadas del departamento del Choco. El 58% residían en cabeceras municipales, 22% en rural disperso y el 20% en centros poblados, la ocupación de las mujeres, 47% eran amas de casa, 23% estudiantes, 11% oficios varios, 9% operarias de confección, auxiliar de enfermería y vendedoras de pollo 5% respectivamente. El tipo de régimen en salud, fue subsidiado para 100% de las mujeres, nivel de escolaridad, el 48% tenía bachillerato completo, 17% bachillerato incompleto, 29% primaria completa y el 6% tenía técnica.

Prácticas de cuidado cultural

Las prácticas de cuidado identificadas en las mujeres con morbilidad materna extrema evidencian prácticas de cuidado desde lo profesional (ético) y desde lo genérico (émico). Las primeras corresponden a las orientadas por profesionales de la salud, las genéricas provenientes de su conocimiento ancestral. Al realizar el análisis de los datos obtenidos surgen los siguientes temas de la investigación, los cuales cada uno de estos es presentado, en tabla con sus respectivos dominios y una taxonomía. Las demás taxonomías son descritas en texto de la respectiva descripción del dominio.

Prácticas de cuidado desde lo profesional

Las prácticas de cuidado desde lo profesional que realizan las mujeres con morbilidad materna extrema, están basadas en las orientaciones del equipo de profesionales de la salud y en algunos casos particulares han sido aprendidas por medios de comunicación masiva como lo es la internet y las aplicaciones móviles. *“aprendí a cuidarme con la aplicación baby center” (P2E1), “en la aplicación aprendí de la*

alimentación” (P1E1). Las mujeres con morbilidad materna extrema suelen cuidarse a través de prácticas de cuidado como son la alimentación; consumiendo una dieta rica en proteínas, baja en lípidos, carbohidratos y sodio, *“comer de todo, carne pollo, frutas, verduras, harinas, arroz, pescado” (P1E1, P2E1),* muchas dicen que esta práctica en el caso de las mujeres con preclamsia la realizan para evitar que su tensión arterial se eleve, tengan edema, al igual que su glicemia en el caso de las mujeres con diabetes gestacional, *“evitar comer azúcares, y cosas dulces” (P9E1, P6E1), “el médico me dijo que si no disminuía el dulce quedare con azúcar” (P12E1), “no comer salado por el edema” (P13E1, P16E1, P11E1),* también ellas realizan ejercicio físico y cardiovascular, *“trotar por 20 a 45 minutos” (P2E1, P3E2), “si trotas tu hijo nace bien y te va bien cuando pares, te pones feliz” (P4E1),* puesto que esto las ayuda a mejorar la circulación sanguínea su sistema cardiovascular y así mejorar la irrigación y perfusión tisular a su hijo, también descansan, se relajan y evitan realizar esfuerzo físico, *“dormir cómoda, descansar constantemente y dormir plácidamente” (P8E1, P3E2), “no trasnocharse, dormir sin ruidos” (P15E1), “si duermes bien el bebé crece más rápido y sale sanito” (P9E2, P6E1), “ir al yoga te ayuda a estar relajada” P5E1, “moverse poquitico, o no moverte para que no se te venga el bebe” (P5E1, P6E1),* con el fin de prevenir abortos espontáneos y partos pretérmino, otras prácticas de cuidado que realizan es el cuidado así misma y al hijo por nacer asistiendo a los controles prenatales, *“me han enseñado como cuidarme” (P3E2, P7E1, P8E1, P9E1),* y consultando por urgencias cuando se presenten signos de alarma *“cuando tengo signos de alarma ir para la urgencia enseguida” (P12E1, P6E2), “si me pongo mal me voy para urgencia me dijo la jefe” (P4E1, P5E1), “Ir para la urgencia cuando tenga*

dolores de cabeza, mareo" (P4E1, P5E1), "si tengo vómito, si estoy amarilla" (P13E1, P15E1) "si se me sale el líquido, sangrado, si no se mueve" (P12E1, P6E2), como son dolores de cabeza, mareo, vomito, si presentan ictericia, edema, salida de líquidos por vía vaginal y/ sangrado, si no se mueve el feto y visión borrosa.

A pesar de que este grupo de mujeres con morbilidad materna extrema no asistió puntualmente al programa detección temprana de alteraciones del embarazo (control prenatal), de acuerdo con la norma 412 de 2000 Minsalud Colombia (2000), ellas han aprendido del grupo de profesionales de la salud a cuidarse y a mantener hábitos y estilos de vida que puedan contribuir a mejorar su condición de salud y calidad de vida y la de su hijo por nacer.

Lo anterior se puede concluir que estas prácticas de cuidado son congruentes con las orientaciones que recomiendan organismos de salud.

Algunas investigaciones confirman los anteriores argumentos y razones del cuidado de la mujer; Benavente (2008) encontró que las mujeres diabéticas restringen el consumo de algunos alimentos para mantenerse sanas. Jabir (2013) Verma (2013) y Rodríguez (2014) detectaron que la mujer debe identificar tempranamente los signos de alarma, con el fin de tener una atención de calidad. Lira (2014) encontró que las gestantes de la etnia otomí evitaban cargar cosas pesadas. Muñoz (2015) encontró que la mujer mantiene prácticas de cuidado de forma regular en la alimentación.

Prácticas de cuidado desde lo genérico

Las prácticas de cuidado genérico que realizan las mujeres con morbilidad materna extrema están basadas en un conocimiento folclórico y cultural, ellas practican esos

cuidados basados en el saber de su experiencia personal y la de sus parientes cercanos las cuales han sido transmitidos de generación en generación. Este saber está basado en prácticas culturales relacionadas con el uso de hierbas, "tomar baño de hojas de eucalipto, canela, manzanilla, lulo, hojas de brevo, sentada en una silla y recibir ese vapor" (P1E1, P14E1, P8E1, P17E1, P16E1), "tomar agua de timorreal, lulo, y hojas de brevo con panela" (P3E1, P2E2, P3E1), "tomar aceite de recino para el dolor de parto" (P4E1, P5E1) "echarse eucalipto en la barriga" (P9E2), evitar movimientos bruscos, "moverse poquitico, o no moverte para que no se te venga el bebe" (P5E1, P6E1) "permanecer quieta" (P7E2, P17E1), "no hacer mayor cosa" (P2E2), estar tranquila "estar siempre relajada y no coger rabietas por riesgo al aborto" (P15E1), "el yoga me pone tranquila a mí y al bebe" (P1E1), "ir a control prenatal me calma" (P2E2, P8E2), "que te atienda el ginecólogo te mantiene tranquila" (P7E1, P9E1, P15E1), "me gusta que me atienda la jefe, (enfermera(o) profesional) me deja más tranquila" (P14E1), protegerse de cambios térmicos, "no serenarse" (P8E1, P9E1), "no acercarme a sitios donde pase el frio" (P7E1, P12E1), "no salir si está lloviendo" (P7E1, P10E2), "no sentarse en el piso frio" P5E1, "salir con chaqueta" (P17E1, P13E1), "no exponerme a esos frio, porque sale flaquito el bebe" (P9E1), "uso blusas largas, igual allá hace calor, pero el frio de la noche" (P14E1), precauciones antes del parto, "él bebe se salva después de los 7 meses" (P8E1), "no comprarle ropa al bebe" (P8E1), "lo hago por supersticiones de mi familia" (P8E1), "se le compra la ropita después de los 8 meses" (P8E1), la higiene, bañarse para evitar infecciones y trasmitirlas al hijo" (P8E1, P11E1) "bañarse las partes bien (genitales)" (P9E1), los cambios de posición ante la presencia de edema, la mujer con morbilidad materna extrema cuida de ella misma y del hijo por nacer en ausencia de los

controles prenatales, cuando evidencia edema realiza prácticas como elevación de miembros inferiores; *“levanto los pies para que se me quite la hinchazón”* (P9E2, P16E1, P14E1), *“colocar piedras en los pieseros para bajar la cabecera de la cama”* (P8E1), *“acostarse del lado izquierdo”* (P6E1, P5E1), la restricción en el consumo de agua y líquidos, disminuyen el consumo de líquido como practica para evitar que el edema aumente; *“no consumir agua para que se me disminuya la hinchazón”* (P16E1, P6E1, P14E1) y la búsqueda de ayuda ante problemas de salud *“la enfermera del pueblo me toma la presión y estaba alta”* (P6E1), *“consulte en la urgencia por la presión”* (P12E1, P15E1), *“llamo a una enfermera cuando tengo dolor de cabeza”* (P4E1, P1E1), *“me Marie y fui a urgencias enseguida”* (P3E2), *“sentí unos palpitos en el corazón y fui al hospital del pueblo”* (P13E1).

Estas prácticas son valiosas tanto para las mujeres con morbilidad materna extrema como para el sistema sanitario y de salud, ya que por medio de estas cuidan su embarazo, a su hijo por nacer, ayudan en el proceso de parto, disminuyendo los problemas de salud reales y potenciales que puedan presentar, lo mismo que el cuidado frente a situaciones adversas como lo es la enfermedad cuando se está embarazada. Es así como las prácticas de cuidado genérico que realizan estas mujeres consigo mismo y con el hijo por nacer ejercen una importancia en el mejoramiento de su condición de salud y de vida, puesto que este saber folclórico y cultural le brinda herramientas para cuidarse, para cambiar su estilo de vida y garantizar un embarazo sano a pesar de su condición clínica. Sin embargo, la confianza que ellas tienen en estas prácticas puede convertirse en un factor de riesgo para la morbilidad materna puesto que reemplaza la consulta del servicio de salud, por sus prácticas de cuidado folclóricas. Parra (2011)

encontró que las gestantes en su mayoría tienen buena práctica de cuidado de limpieza e higiene de los genitales y del cuerpo; lo cual contribuye a disminuir las infecciones del tracto genitourinario, factor de riesgo para amenazas de aborto y parto prematuros, una práctica de cuidado similar que usan las gestantes de la presente investigación. Choudhury (2011), encontró que las mujeres consideran el embarazo como un evento normal, a menos que surjan complicaciones y en ese momento buscan ayuda profesional.

CONCLUSIONES

Las mujeres con morbilidad materna extrema suelen cuidarse a través de prácticas de cuidado como la alimentación, evitando el consumo de algunos alimentos que ella considera perjudiciales para su estado, también ellas realizan ejercicio físico mejorando la irrigación y perfusión hística tisular a su hijo, también descansan, se relajan y evitan realizar esfuerzo físico con el fin de prevenir abortos espontáneos y partos pretérmino. Muchas de estas prácticas son propias y a su vez recomendadas por profesionales de la salud. Las prácticas de cuidado genérico están basadas en un conocimiento folclórico y cultural, basados en su experiencia personal y la de sus parientes cercanos las cuales han sido transmitidos de generación en generación, entre ellas uso de hierbas, estar tranquila, no exponerse al frío, precauciones ante el parto, cambiar posición ante la presencia de edema, restringir el consumo de agua, líquidos y sodio, por medio de estas cuidan su embarazo, a su hijo por nacer. El uso de estas prácticas evidencia que muchas mujeres no consultan porque prefieren cuidarse en su hogar, a pesar de estar enfermas. Es imperativo tener en cuenta el

conocimiento genérico (émico) de las mujeres con morbilidad materna extrema durante la atención en el programa detección temprana de las alteraciones del embarazo (control prenatal) y durante su estancia hospitalaria, educándolas y preservando y manteniendo el cuidado genérico (émico) adecuado y benéfico, negociando o acomodando las susceptibles de mejorar y reestructurando las prácticas que pueden ser perjudiciales para ellas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adeoye, I. y Onayade, A. (2013). Incidence, determinants and perinatal outcomes of near miss maternal morbidity in Ile-Ife Nigeria: a prospective case control study. *BMC pregnancy and childbirth*; 13(1), 93. Recuperado de <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-13-93>.
- Águila, S. (2012). Una estrategia para la disminución de la mortalidad materna. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 38(2), 281-289. Recuperado de <http://ref.scielo.org/yjsjd64>.
- Álvarez M., Salvador, S. y González, G. (2010). Caracterización de la morbilidad materna extremadamente grave. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*; 48(1), 310-320. Recuperado de <http://ref.scielo.org/rv5695>.
- Álvarez, M. López, R. y Carbonell, I. (2012). Características epidemiológicas de la morbilidad materna extremadamente grave en tres provincias de Cuba, 2009. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*; 50(1), 286-299. Recuperado de <http://ref.scielo.org/h32pmw>.
- Fayad, Y. y López, R. (2009). Materna crítica durante el periodo 2004-2008. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*; 35(4), 12-19. Recuperado de <http://ref.scielo.org/8tmvtg>.
- Álvarez, L. y Espitia, S. (2012). *Percepción del cuidado de enfermería en gestantes diagnosticadas con preclamsia en una institución de cuarto nivel* (Tesis de pregrado), Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. Recuperado de <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/13740>.
- Benavente, M. Guerra, A. y Mendoza, N. (2008). Significado de la salud-enfermedad desde la perspectiva de las adolescentes diabéticas embarazadas. *Enfermería, M., Reproductiva, S., Biblioteca Lascasas*; 4(5). Recuperado de <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0381.pdf>.
- Cáceres, F. (2009). El control prenatal: una reflexión urgente. *Revista colombiana de obstetricia y ginecología*; 60(2), 165-170. Recuperado de: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/viewFile/342/358>.
- Choudhury, N. y Ahmed, S. (2011). Maternal care practices among the ultra poor households in rural Bangladesh: a qualitative exploratory study. *BMC pregnancy and childbirth*; 11(1): 15. Recuperado de <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-11-15>.
- FLASOG, (2007). *Federación Latinoamericana de sociedades de obstetricia y ginecología*. Santa Cruz de la Sierra Bolivia. Recuperado de www.flasog.net.
- Galvão, L. y Alvim, F. (2014). The prevalence of severe maternal morbidity and near miss and associated factors in Sergipe, Northeast Brazil. *BMC pregnancy and childbirth*; 14(1), 25. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24433516>.
- Guerra, C. y Vásquez, M. (2006). El cuidado de sí de la embarazada diabética como una vía para asegurar un hijo sano. *Texto y Contexto Enfermagem*; 15(1), 74-81. Recuperado de: <http://ref.scielo.org/nhp8hc>.
- Jabir, M. y Abdul-Salam, I. (2013). Maternal near miss and quality of maternal health care in Baghdad, Iraq. *BMC pregnancy and childbirth*; 13(1), 11. Recuperado de <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-13-11>.
- Jayaratnam, S. De Costa, C. y Howat, P. (2011). Developing an assessment tool for maternal morbidity 'near-miss'—A prospective study in a large Australian regional hospital. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*; 51(5), 421-425. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21806590>.
- Lasso, P. (2012). Atención prenatal: ¿tensiones o rutas de posibilidad entre la cultura y el sistema de salud? *Pensamiento psicológico*; 10(2), 123-133. Recuperado de <http://ref.scielo.org/vmz264>.
- Laza, C. y Castiblanco, N. (2014). Peligro, muerte y secuelas: percepción de la preclamsia severa por quienes la han vivido. *Enfermería Global*; 13(33), 481-492. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365834853022>.
- Laza, C. y Pulido, G. (2014). La vivencia de la preclamsia: una dura travesía para la cual no se está preparada. *Revista Salud UIS*; 46(2), 1-7. Recuperado de <http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/>

- article/view/4365/6115.
- Laza, C. y Pulido, G. (2012). Cuando la preclamsia irrumpe inesperadamente en el embarazo: dolor, miedo y fe en Dios. *Index de Enfermería*; 21(4), 234-238. Recuperado de <http://ref.scielo.org/z8s9mj>.
 - Leininger, M., y McFarland, M. (2006). *Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory*. Boston, Estados Unidos: Jones y Bartlett Learning.
 - Leninger, M. (1994). *Transcultural nursing. Nursing Education: An International Perspective*. Johannesburgo, South Africa: Hilla Brink Juta and Company.
 - Leininger, M. McFarland, M. (2002). *Transcultural nursing concepts, theories, research y practice*. Washington, Estados Unidos: National League Nursing.
 - Lincoln, Y. y Guba, E. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills: Sage.
 - Lira, B. y Álvarez, A. (2014). Prácticas culturales de cuidado de las mujeres otomíes durante su embarazo. *Ene*; 8(1). Recuperado de <http://ref.scielo.org/smbkxj>.
 - Ministerio De Salud y Protección Social Colombia. (2016). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud Profamilia*, 2015. Recuperado de <https://profamilia.org.co/investigaciones/ends/>.
 - Ministerio De Salud y Protección Social. (2016). *Instituto Nacional De Salud. Boletín epidemiológico Nacional. Semana Epidemiológica 52, 2016*. Recuperado de <http://www.ins.gov.co/boletin-epidemiologico/Boletin%20Epidemiologico/2016%20Boletin%20C3%ADn%20epidemiologico%20semana%2052%20-.pdf>.
 - Ministerio De Salud y Protección Social. (2014). *Instituto Nacional De Salud. Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública Mortalidad Materna*. Recuperado de <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Protocolos%20SIVIGILA/PRO%20Morbilidad%20Materna%20Extrema.pdf>.
 - Ministerio de Salud Colombia. Resolución, N. 8430. (1993). *Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>.
 - Monroy, A. Becerril, G. y Vargas, A. (2012). Morbilidad materna extrema (near miss) muertes maternas. *Arch Inv Mat Inf*; 4(1), 146-53.
 - Munares, G. (2013). Factores asociados al abandono al control prenatal en un hospital del Ministerio de Salud Perú. *Revista Peruana de Epidemiología*; 1(1), 1-8.
 - Muñoz, M. y Pardo, M. (2015). Significado de las prácticas de cuidado cultural en gestantes adolescentes de Barranquilla. *Aquichan*; 16(1), 115-126. Recuperado de <http://ref.scielo.org/xz6qkj>.
 - Noguera, N. y Muñoz, L. (2014). Significados que las gestantes hospitalizadas le atribuyen a la experiencia de tener preclamsia. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*; 16(1), 27-48.
 - Parra, R. y Medina, B. (2011). Prácticas de cuidado de la gestante con ella misma y con su hijo por nacer. *Revistas Salud UIS*; 43(1), 27-32.
 - Pérez, B. y Muñoz, L. (2011). Significado que las puérperas asignan a la experiencia de una gestación con preclamsia (Tesis de maestría). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/5415/1/belialisape-rezherrera.2011.pdf>.
 - Pérez, M. y Prieto, O. (2009). Preclamsia leve: cuidados en casa. *Repertorio de Medicina y Cirugía*; 18(4), 2-18.
 - Rodríguez, F. y Jiménez, W. (2014). Efecto de las barreras de acceso sobre la asistencia a citas de programa de control prenatal y desenlaces perinatales*. *Gerencia y Políticas de Salud*; 13(27), 1-9.
 - Rodríguez, P. y Zapata, V. (2014). Causas de demora en la atención de pacientes con complicaciones obstétricas ¿qué es necesario atender? *Ginecol Obstet Mex* 82, 647-658.
 - Tejera, G. y Pérez, C. (2004). *Enfermería familiar y social*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
 - Van den Akker, T. y Beltman, J. (2013). The WHO maternal near miss approach: consequences at Malawian District level. *PLoS One*; 8(1), 54-85. Recuperado de <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0054805>.
 - Verma, S. Rai, L. Kumar, P. y Pai, M. (2013). "Near Miss" Obstetric Events and Maternal Deaths in a Tertiary Care Hospital: An Audit. *Journal of pregnancy*. 5(2), 3-5 Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1155/2013/393758>.
 - Zanconato, G. y Cavaliere, E. (2012). Severe maternal morbidity in a tertiary care centre of northern Italy: a 5-year review. *The Journal of Maternal-Fetal y Neonatal Medicine*; 25(7), 1025-1028.
 - Zanette, E. y Parpinelli, M. (2014). Maternal near miss and death among women with severe hypertensive disorders: a Brazilian multicenter surveillance study. *Reprod Health*; 11(1), 4. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24428879>.

Construcción cultural de la sexualidad en un grupo de mujeres. Implicaciones para el ámbito de los cuidados

Cultural construction of sexuality in a group of women. Implications for the field of care

Construção cultural da sexualidade em um grupo de mulheres. Implicações para o campo do cuidado

José Hernández – Ascanio¹, Pedro Ventura Puertos²

¹ Profesor, Universidad de Córdoba. Correo electrónico: jhascanio@gmail.com

² Profesor, Universidad de Córdoba. Correo electrónico: pventuura@uco.es

Cómo citar este artículo en edición digital: Hernández-Ascanio, J., & Ventura Puertos, P. (2019). Construcción cultural de la sexualidad en un grupo de mujeres. Implicaciones para el ámbito de los cuidados. Cultura de los Cuidados (Edición digital), 23 (54). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.54.25>

Correspondencia: Dpto. de Ciencias Sociales y Humanidades; Facultad de Filosofía y Letras; Universidad de Córdoba; Plaza del Cardenal Salazar, n. 5, Córdoba

Correo electrónico de contacto: jhascanio@uco.es

Recibido: 10/12/2018; Aceptado: 18/05/2019



ABSTRACT

Despite the importance of sexuality in the life trajectory of any individual, this has been a traditionally invisible issue, something especially evident and restrictive in the case of women, in whom the issue of sexuality has usually been a space of control and of resistance.

The absence of studies on sexuality is significant in disciplines related to care, which have shown a late interest in this issue, despite being recognized as a space conditioning health and well-being. When it has been approached it has been done from a fundamentally biomedical perspective, without taking into account the conditioning role of socio - cultural constructions on it, a question that has limited the intervention capacity of health

professionals.

This work, of a qualitative nature carried out through in-depth interviews and discussion groups with rural women in the province of Córdoba, aims to address this identified gap, as well as highlighting the main constructs on sexuality with which women manage their day to day, with the purpose of providing care professionals with useful tools for their professional performance in this particular field.

Keywords: Sexuality, nursing care, gender, sex education.

RESUMO

A ausência de estudos sobre sexualidade é significativa nas disciplinas relacionadas ao cuidado, que têm demonstrado um interesse tardio nessa questão, apesar de ser

reconhecida como espaço condicionante de saúde e bem-estar. Quando abordado, foi feito a partir de uma perspectiva fundamentalmente biomédica, sem levar em conta o papel condicionante das construções socioculturais, questão que tem limitado a capacidade de intervenção dos profissionais de saúde. Este trabalho, de natureza qualitativa realizado em profundidade entrevistas e discussões em grupo com mulheres rurais na província de Córdoba, pretende abordar essa lacuna identificada, bem como para destacar o que as principais construções da sexualidade com mulheres gerenciar o seu día a día, com o objetivo de fornecer aos profissionais de saúde ferramentas úteis para o seu desempenho profissional neste campo particular.

Palavras chave: Sexualidade, cuidados de enfermagem, gênero, educação sexual.

RESUMEN

Pese a la importancia de la sexualidad en la trayectoria vital de cualquier individuo, ésta ha sido una cuestión tradicionalmente invisibilizada, algo especialmente evidente y taxativo en el caso de las mujeres, en quienes la cuestión de la sexualidad ha sido normalmente un espacio de control y de resistencia. La ausencia de estudios sobre sexualidad es significativa en disciplinas relacionadas con el cuidado, que han demostrado un tardío interés por esta cuestión, pese a ser reconocido como un espacio condicionador de la salud y el bienestar integral. Cuando ha sido abordado se ha hecho desde una perspectiva fundamentalmente biomédica, sin tener en cuenta el papel condicionante que ejercen las construcciones socio – culturales sobre la misma, cuestión que ha limitado la capacidad de intervención de los profesionales sanitarios. Este trabajo, de carácter cualitativo llevado a cabo mediante

entrevistas en profundidad y grupos de discusión con mujeres rurales de la provincia de Córdoba, pretende abordar ese vacío identificado, así como poner de manifiesto cuáles son los principales constructos sobre sexualidad con los que las mujeres gestionan su día a día, con la finalidad de aportar a los profesionales del cuidado herramientas útiles para su desempeño profesional en este ámbito en concreto.

Palabras clave: Sexualidad, cuidados enfermeros, género, educación sexual.

INTRODUCCIÓN

Pese a que el ámbito de la sexualidad es una cuestión de especial interés como foco de intervención en cuidados es una temática sobre la que apenas se dispone de investigaciones y de conocimiento contrastado, y muy especialmente, en el caso de las mujeres. En la mayoría de las ocasiones, el planteamiento dominante es el de carácter biomédico, que considera la sexualidad como algo intrínseco, natural, universal y biológicamente determinado, planteando que el deseo femenino disminuye de manera natural con la menopausia (Buss, 1998).

Esta postura choca frontalmente con la propia definición integral que la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1975) hace de la sexualidad, incluyendo dimensiones de carácter psicosocial, con implicaciones económicas, políticas, culturales, éticas, legales, históricas, religiosas y espirituales que interpelan al individuo y que ha sido puesto de manifiesto en estudios llevados a cabo sobre esta temática (Freixas y Luque, 2009; Freixas, Luque y Reina, 2015; Wood, Mansfield y Kock, 2007).

La dedicación de una mayor atención a la salud sexual y el control de la reproducción ha ido adquiriendo un creciente interés en sus múltiples dimensiones, siempre de la mano de iniciativas sociales comprometidas con la agenda de los movimientos de mujeres y del feminismo de la nueva ola en el mundo (Giddens, 2000). Este interés creciente ha trascendido al ámbito de la incidencia pública a través de su reconocimiento en diferentes acuerdos internacionales, tales como las Conferencias Internacionales de Desarrollo, Derechos Humanos y Población, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), la Plataforma de Acción de la Conferencia de El Cairo sobre Población y Desarrollo o la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995.

De un análisis de marcos de estos documentos, se podría inferir que la salud sexual y reproductiva entraña capacidades de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, así como la asunción de la maternidad como una opción libre y planificada. Pese a que de manera teórica es posible identificar una cierta simetría entre la importancia dada al ámbito de la sexualidad procreativa y la sexualidad recreativa, en la práctica hay un mayor énfasis en el primer aspecto, evidenciándose un claro déficit en cuanto a la formulación de contextos y de programas de atención que abarquen la sexualidad de las mujeres en su dimensión más amplia, pues, con frecuencia, los proyectos que se ponen en marcha tanto desde las instancias gubernamentales como desde la sociedad civil, dejan fuera el ámbito de la sexualidad recreativa, lo que tiene efectos tangibles en cómo las mujeres gestionan ese ámbito concreto de sus vidas.

En suma, parecería que no es importante

considerar las características particulares de la sexualidad recreativa de las mujeres para establecer los criterios de atención en el ámbito de la salud sexual. Sin embargo, de las construcciones que sobre la sexualidad hacen las mujeres se van a derivar cuestiones tan importantes como la toma de decisiones acerca de la gestión de su salud sexual y reproductiva, el abordaje de la maternidad o el afrontamiento de relaciones distópicas de género, por poner algunos ejemplos. La realidad es que existen pocas investigaciones que partan de la premisa de identificar las construcciones culturales y psicosociales que contextualizan este ámbito. Por ello, este trabajo pretende cubrir este déficit abordando las principales construcciones que sobre la sexualidad hacen mujeres del medio rural para ponerlo en relación con las implicaciones en la prestación de cuidados que de las mismas se puede derivar.

Los trabajos considerados hasta el momento han ido aportando de manera progresiva elementos de carácter conceptual que han ido enriqueciendo el debate sobre la temática propuesta, pero han adolecido de un sesgo claramente directivo y homogeneizador en la mayoría de los casos, y en los menos, una orientación claramente experiencial y subjetiva. Hasta tal punto ha ocurrido esto, que nos encontramos con que la sexualidad es un constructo que profundamente encastrado en la dimensión de género, que posteriormente se ha ido matizando con otras variables como la orientación sexual o la edad. Sin embargo, en muy pocas ocasiones ha sido posible encontrar aportes que situaran la sexualidad en un mismo plano de igualdad que el concepto de género, como elementos que se matizan y reelaboran mutuamente, y que, por tanto, son igualmente productos socialmente construidos y culturalmente

transmitidos. Aportar esa perspectiva nos puede ayudar a comprender en buena medida muchas de las tensiones y distorsiones que las mujeres pueden manifestar al tener que lidiar con ese proceso de incorporación y reelaboración que no siempre son fáciles ni coherentes con otros aspectos de su construcción bio – psico – socio – cultural como individuos.

En este trabajo partimos de identificar las construcciones que hacen las propias mujeres en base a su experiencia compartida pero también al despliegue de recursos de carácter personal, de forma que se puedan identificar los elementos transversales que son comunes en torno a variables como la edad, la formación o la experiencia de residencia y que forman parte de su matriz identitaria como individuos.

METODOLOGÍA

Se apostó por un diseño de investigación cualitativa de teoría fundamentada, dentro del paradigma del interaccionismo simbólico, básicamente, por las siguientes razones: Es evidente el déficit de conocimiento que existe acerca de esta temática y, de ahí, la necesidad de saber cómo lo conciben actrices sociales particularmente expuestas a la misma. En segundo lugar, desde una óptica de cuidados, la sexualidad es un objeto de estudio bastante apropiado para un abordaje cualitativo, puesto que se enmarca en la dimensión subjetiva de la realidad social. No queríamos analizar únicamente la sexualidad de la mujer como un hecho social, sino interpretando el significado que le otorgan ellas mismas.

El ámbito de realización se enmarcó en la Comarca del Alto Guadalquivir Cordobés en la provincia de Córdoba, España. Como criterios de inclusión se tuvieron en cuenta

mujeres mayores de edad, con competencia comunicativa y social para poder participar de entrevistas en profundidad y grupos de discusión, naturales y residentes en algunos de los municipios que componen dicha comarca.

Previa a la selección de las participantes, se llevó a cabo un muestreo teórico que tuvo en cuenta una tipología de actrices sociales implicadas en el objeto de estudio, con una variedad significativa de experiencias, y donde la adscripción generacional, la formación académica y la orientación sexual fueron fundamentales. La selección se hizo mediante estrategia de bola de nieve utilizando como facilitadoras las asociaciones y colectivos de mujeres presentes en cada municipio, así como las trabajadoras del Centro de Información a la Mujer comarcal.

En cuanto a la recogida de datos, se realizó entre marzo y agosto de 2017, usando las instalaciones municipales y recurriendo a la combinación de entrevistas en profundidad y grupos de discusión:

- Las entrevistas sumaron un total de 73, con una duración media de 45 minutos, y derivaron de las preguntas de investigación iniciales (¿cómo definen las mujeres la sexualidad? ¿con qué componentes la asocian? ¿a partir de qué contextos construyen esas definiciones? ¿hay una variabilidad en relación a la edad?).
- En cambio, los grupos de discusión fueron 4 con 5 participantes cada uno, contaron con la figura de un observador, y tuvieron una duración media de 60 minutos.

La estrategia de análisis estuvo orientada por el enfoque de propio de la Teoría Fundamentada (Glaser y Strauss 1967),

recurriendo al programa NVivo 9 para la operativización de dicho proceso. Se siguió una dinámica de codificación abierta (Stake, 1995; Simons, 2011), que permitió además descubrir subcategorías y categorías significativas. Luego se pasó a agrupar esa información por temas, mediante el método de comparaciones constantes (Strauss y Corbin 2002).

Los principios fundamentales de la investigación biomédica fueron tenidos en cuenta en todo momento por el conjunto de autores, informando de los objetivos y garantizando a los sujetos del estudio el anonimato y la confidencialidad de los datos, recogidos con su permiso expreso. El análisis de los datos se hizo de forma desagregada, con codificación de doble ciego, en relación a las informantes que participaron. Para su exposición, se recurrió a una nomenclatura basada en la combinación de una letra mayúscula (asignada aleatoriamente a cada una de las participantes), una cifra de dos dígitos (correspondiente con la edad de la informante) y una abreviatura relativa al nivel de estudios académicos.

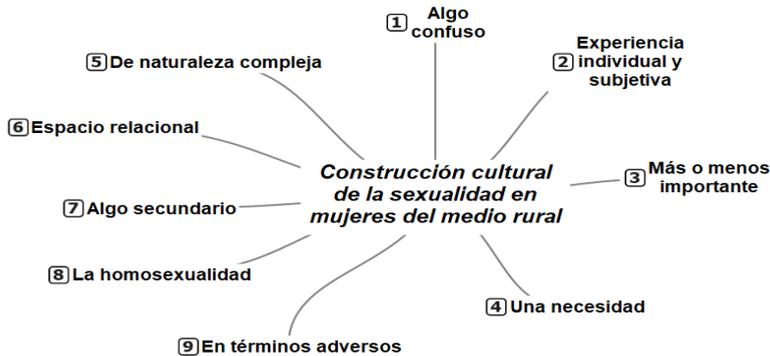
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Respecto a los resultados, se analizaron los discursos de las entrevistas y grupos de discusión, identificando los campos semánticos que utilizaban las mujeres al elaborar su propia definición de lo que pudiera ser la sexualidad, con palabras significativas o con metáforas e imágenes representativas.

Como se puede ver claramente, los resultados obtenidos ponen de manifiesto que la sexualidad no es un elemento sólido, biológicamente acotado y determinado, sino que es un espacio en continua construcción y reelaboración. Dicho proceso se da en diálogo y a veces en contestación, con espacios sociales y culturales que pretenden normativizar la sexualidad en términos claramente afines a un modelo patriarcal. La sexualidad es un campo de conquista y de resistencia de muchas mujeres, que articula su identidad como sujetos teniendo profundos efectos en su salud psicosocial. Los mecanismos tradicionales de control sobre esta esfera de la mujer tienen que ver con el control de la información, la transmisión de determinadas normas y valores, así como la aplicación de una experiencia de “disonancia experiencial” mediante la cual se desarticula la sexualidad de una concepción integral del sujeto. En este proceso, elementos como la variable edad y nivel educativo van a ser especialmente importantes, porque suponen la posibilidad de acceder o no a determinados recursos con los que resistir a esa estrategia de control que hemos comentado anteriormente.

Una vez hechas estas puntualizaciones, pasamos a analizar con más detalle algunas de las categorías que emergieron durante el proceso de investigación y que reflejan los principales aspectos de nuestro marco explicativo (Figura 1).

FIGURA 1: Marco explicativo del estudio



FUENTE: Elaboración propia

La sexualidad como algo confuso

En primer lugar, la sexualidad es algo “confuso”, muchas veces “indeterminado”, que se construye por la concurrencia de otros conceptos o ideas que les resultan más operativas. Frente a algunas de estas palabras evocadoras que fueron surgiendo (tales como amor, sexo, cariño, deseo o erotismo), descubrimos que la sexualidad es un concepto que ocupa un segundo nivel de abstracción sobre el cual hay poca reflexión objetiva por parte de las mujeres, así como que es más una experiencia pragmática – experiencial en la que, para hablar de ella, se precisa de un tiempo previo de reflexión antes de formular ideas. Estas indefiniciones (cuando menos definiciones abiertas) hacen tremendamente difícil poder establecer diálogos fluidos que no estén conectados a hechos concretos.

No sabría definirte, así me pillas un poco en blanco, me imagino que toda la actividad que tenga una connotación erótica, no tiene por qué estar vinculada con el amor siempre, y yo lo veo como algo muy natural que ha estado rodeado de tabúes, prejuicios y nos han vuelto locos porque todo giraba en torno a lo mismo y que

habría que vivirla con otra naturalidad, aunque no somos capaces de transmitirlo a nuestros hijos que se diga con naturalidad, con naturalidad aunque con cierta sensatez aunque muchas veces la sensatez con la sexualidad no tiene nada que ver, pero a ver como se lo dices a tu hija cuando tiene catorce años. Yo cuando lo pienso, lo pienso siempre con otra persona intuitivamente, no significa que no lo contemple como algo personal, tu contigo misma, yo te soy sincera, yo cuando lo pienso intuitivamente lo pienso con otra persona.

H – 48 – UNIV

Primero creo que es algo muy abierto, primero porque creo que la sexualidad empieza desde que somos pequeños, primero porque es algo humano y es algo del cuerpo que se estimula desde que somos pequeños y luego cuando somos mayores, es algo que está en nuestras vidas y que va desde una caricia o un abrazo también puede tener un aspecto sexual hasta lo que es algo mas como es el coito, creo que es algo muy amplio, no sabría definirlo, pero creo que sería algo así...por una parte creo que físicamente es mío pero creo que con mi pareja o también puede ser, no sé, con mi pareja es en conjunto.

F – 28 – UNIV

La verdad es que nunca me lo he planteado, es una difícil pregunta, no sé, por un lado, se me viene a la cabeza sexo, pero no es solo eso, es todo el conjunto, es algo que nunca me he parado a pensar, no sé, lo relaciono tal vez con placer, claro que sí, no sabría cómo decirlo.

D – 24 – ESTMED2

Durante un largo periodo de tiempo, la sexualidad ha estado fuertemente vinculada con otros conceptos como el amor por ejemplo en el imaginario colectivo, teniendo como espacio preferencial de representación el ámbito del matrimonio. Sin embargo, hay saltos generacionales que permiten visibilizar como los procesos de “des-tradicionalización” (Beck et al, 1994) junto con una mayor tolerancia social hacia las relaciones sexuales han permitido desbordar la sexualidad de los límites del matrimonio y de su vinculación con el amor en las generaciones más jóvenes.

La sexualidad como una experiencia individual y subjetiva

Relacionado con la idea anteriormente expuesta, está la justificación de que, intuitivamente, la sexualidad es una experiencia profundamente íntima y, por lo tanto, difícilmente comunicable y dependiente estructuralmente de la experiencia vital de cada sujeto. El sexo o el amor aparecen como “conceptos duros”, entendido esto como que tienen una entidad lo suficiente sólida como para poder ser considerados en sí mismos sin necesidad de tener que hacer referencia a otros. Además, parte de esa solidez de concepto viene determinado por la percepción de que es algo “común y universal”, con independencia de la expresión histórica, cultural o geográfica que puedan tener. Sin embargo, la sexualidad como concepto no parece tener esa solidez, lo que podría ser

explicada en parte por el hecho de que sería como resultado de la combinación flexible de otros varios elementos, y esto ya cae en la esfera de lo estrictamente individual y subjetivo. Una imagen que nos ayudaría a entender esto sería las de las figuras de un “mecano”, en las que todos los sujetos parten de un número similar de piezas pero tienen libertad (la realidad de esta libertad será discutida más adelante) para escoger y combinar las mismas según sus gustos, intereses o necesidades.

Depende de cada persona, hay gente más echada y otros no tanto, puede ser que se sientan atraídos por ti, atracción puede ser.

B – 39 – ESTMED

Abarca muchas cosas, desde pareja a orientación. Es todo lo que tiene que ver con el tema de pareja, de sexo, en este momento. Lo relaciono con el placer por ejemplo.

B – 28 – UNIV

La sexualidad en términos de importancia

Un primer bloque de definiciones serían las que abordan la sexualidad en términos de “importancia” en términos absolutos, pero en las que descubrimos que la sexualidad es entendida como la consecución lógica o la prolongación de un “algo”. Es decir, si no se da la primera premisa (la existencia o disponibilidad de una pareja, por ejemplo) la segunda, que sería la expresión de la sexualidad, se vería innecesaria o algo totalmente marginal en la vida de la persona. Especialmente significativo es este discurso en mujeres que ya cuentan con una edad avanzada, no disponen de compañero /a íntimo /a en este momento o se ven condicionadas por las condiciones de salud de dichas parejas.

No le doy mucha importancia a la sexualidad. Sexualidad hay muchas clases, porque yo que

sé, porque yo por ejemplo con que me tocaban un poquito, ahora no me toca nadie, pero cuando me tocaban un poquito te ponías y a lo mejor era muy bonito que hacer otras cosas, otras se piensas que es hacerlo y ya está... yo ahora sigo viviendo mi sexualidad a mi modo, sola... una cosa es sexo y otra cosa es sexualidad...

B – 77 – ESTBAS

Es algo que tiene poco sentido porque mi pareja tiene un problema de salud, además de otras cuestiones que hacen que sea imposible que aquello se ponga en plan, yo le doy menos importancia de la que tiene, y hay otras cosas con las que puedes jugar sin necesidad de, yo he tenido orgasmos sin necesidad de penetración y yo por eso no le voy a querer menos, ni él va a ser menos hombre... si me pilla bien, disfruto el momento...

B – 55 – ESTMED

La sexualidad como “una necesidad”

Un segundo bloque son las que “naturalizan” la sexualidad de tal forma que se constituyen en “necesidades vitales básicas como beber o comer”. Estas construcciones conceptuales coinciden en justificar, en primer plano, un origen biológico a la sexualidad y, en un segundo, en ser uno de los elementos estructurales de la relación con otras personas, especialmente en el contexto concreto de la pareja.

Esta naturalización de la sexualidad puede dotar de argumentos a los comportamientos que se generan en torno a ella (con independencia del efecto beneficioso – pernicioso de los mismos), así como servir de justificación para una llamada de atención sobre la necesidad de dar visibilidad con una mayor “normalización” a esta temática. Especialmente interesante resulta la naturalización realizada como elemento constitutivo de la pareja (o de

vínculo análogo entre sujetos) sin el cual es imposible pensar a dicho vínculo o, cuando menos, lo condiciona de una forma extremadamente importante.

Es una cosa de la naturaleza que el cuerpo, que en la etapa de joven si yo supiera aquello no hubiera perdido el tiempo que hemos perdido, disfrutar el cuerpo es ley de naturaleza.

B – 68 – ESTABAS

Hombre, es importante, hoy por hoy ya es que ya está perdiendo mucho peso, pero necesaria es, no diría ya del 10 como en otro momento, pero que su 4 o 5 todavía lo necesita uno, una rutina, un de vez en cuando sí, eso no puede fallar, no, porque entonces qué clase de pareja es?, para estar, comer, estar juntos nada más, salir de paseo?, tiene que haber algo más?... lo del coito nada más no me afecta, pero la complejidad de tener a alguien de cuando estés tranquila y te llega o que te diga buenos días y te dé un beso, eso sí me destrozaría perderlo, eso sí me destrozaría.

F – 56 – UNIV

Disfrutar con alguien o contigo misma y satisfacer tus necesidades, es una necesidad, porque te lo pide el cuerpo, somos animales, a veces la tienes y a veces no, y cuando la tienes es como si tienes hambre, o calmas ese hambre o tienes hambre y te cabreas, es un instinto básico como el del ser humano igual que los animales... es la satisfacción mutua entre las personas de la pareja, ya tiene que ver con otra manera de relacionarse en la pareja.

D – 46 – UNIV

La naturaleza compleja de la sexualidad

Otro conjunto de definiciones son las que mejor ejemplifican la “dimensión compuesta” de la sexualidad, asumiendo un carácter holístico para la misma sin que exista una relación asimétrica entre las diferentes dimensiones a partir de las cuales las informantes construyen su concepto de sexualidad. En estas definiciones vemos

como la sexualidad adquiere un carácter aglutinante de las dimensiones bio – psico – emocionales y de los espacios intra – inter relacionales de la persona.

La sexualidad es que es todo, porque al principio es cuando empiezas de pareja, placer, es placer, es un puro placer, después ya empiezas placer pero con un poquito de cariño de cariñitos, de tonterías, entonces la sexualidad ya se abre a más mimos, más hablar, mas complicidad, cuando vas más mayor ya casi lo que es parte corporal es lo de menos, es más el estar con alguien, poder contar con él, pero claro, no puedes dejar tampoco la parte corporal por mucho que quieras porque entonces no tiene, tiene que ir mezclándose una cosa con otra aunque lo corporal va perdiendo un poquillo de peso, no debes de dejarlo porque si lo dejas pierdes la pareja, persona que se crea con cariño, cuanto te quiero o cuatro besitos va a ser que la pareja no sigue, sin sexualidad no sigue la pareja, pero vamos, no es tampoco que sea todo sexualidad igual a coito, ese concepto de cuando tienes quince o veinte años de sexualidad igual a coito eso ya no, es sexualidad es estar con alguien y sentirte a gusto y conocer tu cuerpo, conocer el suyo, no sé, ¿entiendes?

F – 56 – UNIV

Lo asocias a sexo, pero a más cosas, todas las cosas que eso conlleva, las personas de diferentes gustos, de diferentes formas en general... intimidad...

D – 30 - ESTMED

Ahondando en la dimensión bio – psico – emocional de la sexualidad es posible encontrar que el bienestar físico – mental – psicológico es una categoría que aparece de manera recurrente a la hora de elaborar la definición de sexualidad. Es un elemento especialmente valorado por las informantes y pivota sobre las “elaboraciones naturalizadoras” que hemos visto anteriormente. Existe una correlación directa entre entender la sexualidad como

“necesidad” y percibir que la cobertura o no de la misma tiene una serie de efectos sobre la integridad de la persona. Es significativo cómo se pone de manifiesto que, salvo raras excepciones, la relación entre necesidad – cobertura se establece normalmente en términos de incremento cuanti y cualitativo, es decir, que mayor / mejor cobertura de dicha necesidad mayores / mejores serán los beneficios integrales sobre el sujeto. En muy pocas ocasiones nos hemos encontrado entre las participantes la manifestación de que una ausencia de cobertura conlleva aspectos negativos.

Bienestar, relajación, confianza, todo eso, bienestar y paz, confianza, para mi confianza, lo entiendo como algo dentro y fuera de la pareja, pero yo no te puedo hablar de eso porque sólo he tenido relaciones dentro de la pareja, yo no he tenido relaciones sexuales, yo también empecé muy jovencita, si estuviera sola pues hablaría también de diversión, alegría, algo que necesitas, porque además cuando no lo tienes se nota.

D – 37 - UNIV

La sexualidad, sentirte bien contigo mismo o misma, y mostrarte tal y como eres con otra persona, y tener una persona o varias que puedas sentirte cómoda en ese aspecto de tu vida, que es algo muy importante en la vida de cualquier persona, la satisfacción sexual es algo fundamental... si pasamos mucho tiempo sin hacer nada me influye en el carácter y la relación no fluye de la misma manera.

B – 34 – UNIV

Es un tema placentero, a raíz de ahí te puede sacar felicidad, sonrisa, quedarte floja, para mí es bueno, para mi creo que hace falta, habrá personas a las que no les haga falta, pero para mí es necesario, pero yo creo que no les hace falta o no lo necesitan porque no se conocen a sí mismas, sabes, porque el sexo para uno mismo es lo mejor que te puedes encontrar, con una pareja es bonito, vale, pero si no te conoces a ti misma, que vas a hacer con eso?,

se lo vas a dar a la otra persona para que disfrute él, pero y que pasa contigo?

B – 28 – ESTBAS

La sexualidad como espacio relacional

A continuación, le vamos a prestar especial atención a los espacios relacionales que se le atribuyen a la sexualidad. Vemos cómo la sexualidad se construye en torno al eje de “la sexualidad es un espacio de relación”. En el eje de mayor inespecificidad, nos encontraríamos con la sexualidad como experiencia de comunicación contigo misma o con otra persona, mientras que, en el foco más extremo, se entiende como una experiencia de comunicación sujeta a principios de relación y, más concretamente, en el escenario de la pareja.

En el foco más “inespecífico” nos encontramos formulaciones tales como las siguientes:

Es una manera de comunicarte con otra persona, digo con otra persona porque podría ser tanto hombre como mujer, y es una manera de alcanzar placer físico y placer emocional, porque si hay amor también hay placer emocional, si hay amor hay otro tipo de placer físico... para mí la sexualidad es importante pero hoy por hoy no me acostaría con un hombre simplemente por tener sexo, pero si me lo daría yo porque mi cuerpo me lo pide.

D – 61 - UNIV

Para mí es compartir, respeto, placer, diversión, intimidad.

E - 39 - UNIV

Para mi sexualidad es amor, respeto, autoestima y placer y muchísima muchísima comunicación, pero entiendo que para la gente el componente del amor no sea necesario, pero para mí la sexualidad tiene que tener amor, deseo, pero sobretodo comunicación, respeto, eso a rajatabla.

D – 26 – UNIV

Un paso más sobre las formulaciones

anteriormente llevadas a cabo es la que sitúa la sexualidad dentro de un vínculo de relación (dirigida a una misma o hacia otra persona) que cuenta con unos códigos normativos más o menos establecidos.

La sexualidad, que entiendo por sexualidad, pues todo lo referente tanto a una pareja como contigo misma, creo, todo lo referente al cuerpo... yo lo que entiendo es eso, referente a yo conmigo misma y con mi cuerpo y también referente a la pareja tal vez, porque otro concepto no lo considero.

H – 33- UNIV

Para mí son las relaciones que puedan tener dos personas, ya sean del mismo sexo o no, y las que puedan tener uno mismo consigo mismo.

H – 27 – UNIV

Para mí la sexualidad es el conjunto de hechos que tienen entre una, que tienen en lugar entre dos personas que se atraen, creo yo que es, no solamente el sexo, sino lo que viene siendo la primera mirada, tocamientos entre comillas, el tonteo, hasta que llegue el momento.

D – 21 - ESTMED

Un grado mayor de concreción en el interfaz comunicación – relación, nos lo encontramos cuando se incorpora la expresión explícita de las relaciones sexuales en dichas experiencias. Es importante tener en cuenta que esta dimensión es incorporada paulatinamente conforme interaccionamos con generaciones más jóvenes, encontrando el punto de inflexión en las mujeres que se encuentran en la generación de los cincuenta años para abajo. Ello es claramente identificable en el discurso de aquellas mujeres que han desarrollado su proceso de socialización durante los últimos cincuenta años, en los que se puede constatar una mayor visibilidad de las relaciones sexuales en todos los ámbitos de la vida social.

Para mí, tal y como lo veo es estar con una

persona con la que quieres, para mí personalmente, entrar por la puerta un tío que no conoces de nada e irme esa misma noche como que no, tiene que haber algo, algo de química, de conocerte por lo menos de dos o tres días, tiene que haber algo, mínima amistad, pero tiene que haber algo... yo nunca he tenido de esas experiencias ni yo tampoco las he querido... tampoco me ha dado tiempo porque llevo con mi pareja desde los catorce años.

D – 40 - SINEST

Hombre, es una pregunta complicada, es difícil porque vamos a ver, sexualidad, sexualidad, yo siempre he referido al sexo y cuando hablo de sexo me refiero al acto sexual de dos personas, dependiente de luego ya de la orientación que tengan, entonces yo sexualidad yo creo que es sobre lo que me vas a preguntar sobre temas referentes al acto sexual, al sexo tuyo, yo que sé....

F – 40 UNIV

La sexualidad no es solo penetración, es también un abrazo, es un cariño, para mí es más importante, para ellos a lo mejor no, no sé si es porque las mujeres pensamos de otra manera...

D – 37 - UNIV

Para mí es la totalidad de la persona, se me ocurre que tiene que ver con el sexo, el respeto de la persona, los detalles que tienes con tu pareja... la sexualidad tiene que ser que te traten con cariño, que te cuiden, no la viviría bien si me la impusieran o si me forzaran.

D – 37 - ESTMED

Pues ideas, para mí es que nazca un sentimiento entre las dos personas, una atracción física, esa la primera idea, que haya atracción física, palabras que se me ocurren atracción física, amor, amor, deseo, placer, esas son las que yo considero... para sentirme plena debo tener mi sexualidad satisfecha.

D – 21 – ESTMED

Pues yo que sé, dos personas que se quieren mucho, es que no sé cómo explicarlo, dos personas que se quieren mucho y que están juntas, es que no sé qué explicar... no creo que sea tampoco una cosa muy, ni que sea como

quien dice poca cosa ni muy muy muy importante, una cosa natural, normal, que yo no veo que sea tampoco, tampoco creo que me afectaría tener una vida plena si no tuviera mucho sexo...

D – 18 – ESTMED

El mayor grado de focalización a la hora de situar la sexualidad en un entorno de relación es el que lo enmarca en el contexto concreto de la pareja, como estructura formal y estable que actúa como panóptico desde el cual entender al otro y entenderse a sí mismo. Estos discursos son más frecuentes en las generaciones de mujeres más mayores y en aquellas en las que sus itinerarios vitales vienen determinados por un mayor arraigo en los pueblos, así como por un menor nivel de instrucción. En estos casos, es frecuente encontrar una correlación con la constatación de que se dan las mínimas parejas sexuales en sus trayectorias vitales, limitándose en muchas ocasiones a un único caso.

Es un acto de amor, que realizas con una persona a la que quieres, o con una persona que no quieres, según, cada persona, tan hombre como mujer, una forma de demostrar que lo quieres, o que te gusta...

D – 63 - ESTMED

Sin sentimiento no tiene sentido para mí, forma parte de un sentimiento, de una relación, es una mezcla de muchas cosas.

D – 58 - ESTMED

Algo muy íntimo, muy íntimo, con una persona a la que quieres, con alguien con quien tienes feeling en ese momento, que te da placer... es un desahogo del cuerpo que puede ir acompañado o no de amor o de enamoramiento, con el amor como que va más adornado, pero es un desahogo del cuerpo, una necesidad...

D – 57 - SINEST

La sexualidad es difícil de explicar, porque según con quien, una cosa es sexo y otra sexualidad, es difícil de explicar, en mi cabeza

solo cabe de que sea con mi pareja, mi cabeza no da más, tal vez sea por el lugar donde me he criado o bien por el tiempo que hace, porque tú te ibas de aquí y en lo último que pensabas era en volver a casa con un bombo con alguien que no fuese de tu pareja... es algo fundamental...

D – 50 - SINEST

Yo que sé, depende de la situación, puede ser echar un rato, otras veces con tu pareja, que tengas tu intimidad, si eres más grande, pues para formar familia. Hombre, ahora mismo pues echar un rato o buscar algo más serio, buscar algo más serio...

D – 22 – ESTMED

Frente a este continuo que hemos expresado anteriormente en este trabajo, también nos encontramos con referencias marginales a la sexualidad como algo reducido a su expresión física, especialmente la relacionada con la de relaciones sexuales.

Entiendo dos definiciones, la de aquí llego aquí te pego y ya está, o como la sexualidad para mí después de estar tanto tiempo con pareja, de haber conocido una persona que llevas tanto tiempo con ella pues, pero si, es que también sexualidad te puedes referir a dos personas del mismo sexo, que es el tema que ahora está más, ahora el tema es ese es lo que veo yo.

B – 32 – ESTMED

En algún momento si he tenido relaciones puntuales, pero en este momento no porque estoy formal. Tampoco ha sido uno aquí y otro allí, a lo mejor ha sido varias veces con la misma persona, pero de esto nadie se ha enterado, siempre he sido muy discreta, nunca lo he ido contando por ahí porque nadie se tiene que enterar.

D – 22 – ESTMED

La sexualidad como algo secundario

Junto con las construcciones de concepto que hemos podido ver hasta ahora, también nos encontramos con algunas posiciones

que intentan conciliar diferentes aspectos de los que hemos visto dentro del concepto, pero que suelen coincidir en adscribir a la sexualidad un carácter secundario en sus vidas.

Un complemento dentro de una vida para sentirte plena, si no no te sientes plena porque tu cuerpo lo necesita, no es el primordial...

D – 45 – ESTMED

La homosexualidad

Una mención aparte se merece el indagar acerca de si existen diferencias substanciales a la hora de elaborar el concepto sexualidad entre sujetos en función de su orientación sexual. Hasta el momento, hemos recogido la construcción que han hecho mujeres heterosexuales y, a continuación, reservamos un lugar especial a mujeres lesbianas. No encontramos diferencias significativas a la hora de situarse ante la sexualidad, salvo por el hecho de sentirse sometidas a un mayor escrutinio social, a una mayor presión familiar hasta que se da el momento de “aceptación” de esa realidad, y a una mayor tensión personal hasta que se asume en términos de diversidad y no de desigualdad esa característica.

Yo no quería salir con uno y luego con otro, yo tenía que era para toda la vida, entonces yo no salía con nadie, salí nada más que un día con uno, pero me daba vergüenza que no le quería, y luego ya me enamoré, yo no me he enamorado de un hombre. El hecho de ser una mujer sí me ha hecho pensarme por qué me ha tocado a mí, por qué yo no puedo vivir como una pareja normal, porque es diferente, a la gente, a la familia, no puedes vivirlo o disfrutar como una pareja que es un hombre, o yo, la culpable soy yo por no haberlo dicho en su momento... es una relación oculta, no lo sabe sólo las personas que son más cercanos, mis padres no lo saben porque para ellos sería un disgusto muy grande, ellos son mayores y su forma de pensar pues no

es de ese tipo, con sus pensamientos, ojalá pudiera convivir, pero es complicado.

D – 43 – ESTMED

La sexualidad en términos adversos

Las construcciones realizadas al respecto son marginales y cuantitativamente poco representativas, pero ejemplifican cómo la elaboración del concepto no es ajena al propio devenir biográfico de la persona, y cómo en torno a malas experiencias pueden desarrollarse conceptos muy negativos de profundo calado.

Yo he llegado a odiar el sexo, es lo que menos echo de menos, llevo 8 años sin tener sexo, no es que sea una cosa que me ha calado, pero seguramente, en aquel momento he llegado a odiar el sexo... el sexo tiene que ser una complicidad, pasarlo bien, olvidarte de lo demás y estar bien en ese momento.

D – 53 – ESTMED

CONCLUSIONES

Si bien en el ámbito tradicional de los cuidados se ha dado mucha importancia a la dimensión biológica, profiláctica y procreadora de la sexualidad, esta dimensión apenas es reconocida por sus protagonistas, quienes identifican un mayor peso a la dimensión comunicativa y relacional de dicho espacio. Tanto una postura como otra son simplificaciones del ámbito de la sexualidad, que dificulta una gestión integral de la misma. El desencuentro entre los marcos de partida entre mujeres y profesionales sanitarios también genera que el diseño y la ejecución de las acciones de cuidado por parte de profesionales de la salud (programas de formación, intervenciones, etc) no respondan a las expectativas y necesidades de las mujeres implicadas, lo que se traduce en intervenciones ineficaces.

Un análisis general muestra cómo la sexualidad es percibida por parte de las mujeres principalmente como una manera de expresar el sentimiento amoroso, siguiendo el ideal romántico de la época moderna, y en el caso de no existir este amor, como una forma de conectarse con otra persona de una manera especial y única. Hay una pérdida progresiva de importancia por parte del ideal tradicional de sexualidad relacionado a aspectos clásicos como la procreación.

Es posible identificar cómo el constructo “sexualidad”, que utilizan las mujeres participantes de este estudio, está atravesado de manera importante por elementos asociados a los mandatos culturales de género dentro del sistema patriarcal de tal manera que, en la mayoría de las ocasiones, la vivencia de la sexualidad por parte de estas mujeres es una vivencia vicaria; es decir, que viene determinada y regulada por la presencia de un tercer sujeto, que es la que la legitima y la autoriza.

Con este trabajo se evidencia que la sexualidad de la mujer es un ámbito todavía caracterizado por la abstracción, la indefinición y la invisibilización bajo el argumento de que “forma parte de lo privado”, lo que crea un potencial contexto de riesgo y socaba las posibilidades de una atención plena e integral por parte de los profesionales del ámbito de los cuidados.

BIBLIOGRAFÍA

- Beck, U., Giddens, A. & Lash, S. (1994). *Reflexive modernization*. Cambridge: Polity Press.
- Buss, D. M. (1998). Sexual Strategies Theory: Historical Origins and Current Status. *The Journal of Sex Research*, 35(1), 19-31.
- Fine, M. (1988). Sexuality, schooling, and adolescent females: The missing discourse of desire». *Harvard Educational Review*, 58(1), 54-63.

- Freixas, A. (2006). *Demà més. Dones, vides i temps*. Barcelona: Institut Català de les Dones.
- Freixas, A. & Luque, B. (2009). El Secreto mejor guardado: la sexualidad de las mujeres mayores. *Política y Sociedad*, 46(1), 191-203.
- Freixas, A., Luque, B. & Reina, A. (2015). Sexuality in Older Spanish Women: Voices and Reflections. *Journal of Women & Aging*, 27, 1-24.
- Gannon, L. (1998). The Impact of Medical and Sexual Politics on Women's Health. *Feminism & Psychology*, 8(3), 285-302.
- Giddens, A. (2000). *La transformación de la intimidad. Sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas*, Madrid: Cátedra.
- Gómez Cantarino, S. & Moreno Preciado M. (2012). La expresión de la sexualidad durante la gestación y el puerperio. *Cultura de los Cuidados*, 16 - 33.
- Hite, S. (1977). *El Informe Hite. Estudio de la Sexualidad Femenina*. Barcelona: Plaza & Janés.
- Iglesias de Ussel, J. (1983). La sociología de la sexualidad en España: notas introductorias, *REIS*, 21,103-133.
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., Martin, C. E. & Gebhard, P. H. (1953/1967). *Conducta sexual de la mujer*. Tomo I y Tomo II. Buenos Aires: Ediciones Siglo Veinte.
- Masters, W. H. & Johnson, V. E. (1966). *Human sexual response*. Boston: Little Brown.
- McNeill, P., Freeman, B. & Newman, J. (1992/1995). *Las mujeres hablan del sexo*. Barcelona: Serres.
- Osborne, R. & Guasch, O. (2003) *Sociología de la sexualidad*, Madrid, CIS.
- Plummer, K. (1991). La diversidad sexual. Una perspectiva sociológica, en Nieto, J. A. (Coord.); *La sexualidad en la sociedad contemporánea. Lecturas antropológicas*, Madrid, Fundación Universidad-Empresa.
- Rich, A. (1980/2001). Heterosexualidad obligatoria y existencia lesbiana en Rich, A. (Ed.), *Sangre, pan y poesía. Prosa escogida 1979-1985* (pp. 41-86). Barcelona: Icaria.
- Simons, H. (2011), *El estudio de caso. Teoría y Práctica*. Madrid, Ed. Morata.
- Stake, R. E. (1995), *Investigación con estudios de casos*, Madrid, Ed. Morata.
- Strauss, A. & Corbin, J. (2002), *Bases de la Investigación Cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Antioquia, Ed. Universidad de Antioquia.
- Walz, T. (2002). Crones, Dirty Old Men, Sexy Seniors: Representations of the Sexuality of Older Persons. *Journal of Aging and Identity*, 7(2), 99-112.
- Wood, J. M., Kock, P. B., & Mansfield, P. K. (2006). *Women's sexual desire: a feminist critique*. *Journal of Sex Research*, 43(9), 236-244.
- Wood, J. M., Mansfield, P. K. & y Kock, P. B. (2007). Negotiating Sexual Agency: Postmenopausal Women's Meaning and Experience of Sexual Desire. *Qualitative Health Research*, 17(2), 189-200.

Información a los padres durante el tratamiento del cáncer infantil: un estudio descriptivo

Information to parents during childhood cancer treatment: a descriptive study

Informações aos pais durante o tratamento do câncer infantil: um estudo descritivo

Fernanda Machado Silva-Rodrigues¹, Karoline dos Santos Rodrigues Moraes², Adriana Maria Duarte³, Naiara Barros Polita⁴, Marcele Pescuma Capeletti Padula⁵, Lucila Castanheira Nascimento⁶

¹Doutoranda pelo Programa Interunidades em Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – FCMSCSP

²Graduanda do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – FCMSCSP

³Doutora em Ciências. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília - Unb, campus Ceilândia

⁴Doutoranda pelo Programa Interunidades em Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP

⁵Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – FCMSCSP

⁶Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – USP

Cómo citar este artículo en edición digital: Silva-Rodrigues, F. M., Moraes K. S. R., Duarte, A. M., Polita, N. B., Padula, M. P. C., & Nascimento, L. C. (2019). Información a los padres durante el tratamiento del cáncer infantil: un estudio descriptivo. Cultura de los Cuidados (Edición digital), 23 (54). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.54.26>

Correspondencia: Fernanda Machado Silva-Rodrigues. Rua Cesário Mota Júnior, 61 Vila Buarque. CEP: 01221-020 São Paulo – SP

Correo electrónico de contacto: fernanda.rodrigues@femsantacasasp.edu.br

Recibido: 04/12/2018; Aceptado: 19/04/2019



ABSTRACT

Objective: The study aimed to explore the perspective of parents of children with cancer when searching for information at different points in the treatment.

Method: This is a descriptive study with qualitative data analysis. Semistructured

interviews were conducted with 22 parents at two public hospitals in the city of São Paulo, Brazil. The data were analyzed using inductive content analysis.

Results: We did not observe a pattern in the search for information during the disease trajectory, but different needs

regarding the type of information as the child or adolescent advances within the therapeutic plan. The primary sources of information were: doctors, other health professionals than nurses and the internet. The doctor remains the reference as a source of information. Nurses presented a very modest role concerning their possibilities to serve as educators and information providers. Parents stressed the need for precise and individualized information.

Conclusions: The professionals involved in the care for this population are expected to be ready to provide information and to adopt strategies to simplify the information given to enable these families for care and for the decision-making process during treatment.

Keywords: Neoplasms, child, parents, information literacy, nursing.

RESUMEN

Objetivo: Este estudo teve como objetivo explorar a perspectiva de pais de crianças com câncer na busca de informações em diferentes momentos do tratamento.

Método: Estudo descritivo, qualitativo. Realizaram-se entrevistas semiestruturadas com 22 pais em dois hospitais públicos de São Paulo, Brasil. Os dados foram analisados segundo os procedimentos da análise de conteúdo indutiva.

Resultados: Não foi observado um padrão na busca por informações na trajetória da doença, mas necessidades diferentes quanto ao tipo de informação, à medida que a criança ou adolescente avança dentro do plano terapêutico. As principais fontes de informação apontadas foram: os médicos, outros profissionais de saúde que não o enfermeiro e a internet. O médico ainda é a referência como fonte de informação. O

enfermeiro apresentou um papel bem modesto em relação às suas possibilidades de atuação enquanto educador e provedor de informações. Pais e mães evidenciaram a necessidade de informações claras e individualizadas.

Conclusões: Espera-se que os profissionais envolvidos no cuidado dessa clientela estejam dispostos a fornecer informações e adotar estratégias para simplificar as informações fornecidas, a fim de preparar os pais para o processo de tomada de decisão durante o tratamento.

Palavras chave: Neoplasias, criança, pais, competência em informação, enfermagem.

RESUMEN

Objetivo: Este estudio tuvo como objetivo explorar la perspectiva de los padres de niños con cáncer en la búsqueda de información en diferentes momentos del tratamiento.

Método: Estudio descriptivo, con enfoque cualitativo. Las entrevistas semiestructuradas fueron desarrolladas con 22 padres en dos hospitales públicos de Sao Paulo, Brasil. Los datos se analizaron mediante análisis de contenido inductiva.

Resultados: No se observó un estándar en la búsqueda de información en el curso de la enfermedad, pero diferentes requisitos en cuanto al tipo de información según el avance del niño o adolescente en el plan de tratamiento. Las principales fuentes de información fueron: médicos, otros profesionales de salud que no enfermeras y Internet. El médico sigue siendo la referencia como fuente de información. La enfermera tiene papel muy modesto en relación con sus posibilidades de actuación como proveedora de información. Los padres pusieron de relieve la necesidad de una información clara e individualizada.

Conclusiones: Se espera de los profesionales implicados en la atención a esta clientela la disposición a proporcionar la información y la adopción de estrategias para simplificar la información proporcionada con el fin de preparar los padres para cuidar y para el proceso de toma de decisiones durante el tratamiento.

Palabras clave: Cáncer, niño, padres, alfabetización informacional, enfermería.

INTRODUÇÃO

O câncer infantojuvenil é uma doença rara que acomete indivíduos na faixa etária de 0 a 19 anos e compreende um grupo de tumores de origem embrionária, agressivos e rápida evolução (Brasil, 2017).

De acordo com pesquisa publicada pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), o número de casos de neoplasias na infância vem crescendo e o percentual mediano dos tumores pediátricos observado nos Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP) encontra-se próximo de 3%. No Brasil, estimam-se 12.500 novos casos de câncer em crianças e adolescentes em cada ano do biênio 2018-2019 (Brasil, 2017). A experiência do câncer infantil não afeta apenas o paciente, mas também seus familiares. A família e a criança enfrentam problemas como os longos períodos de hospitalização e as frequentes reinternações, que demandam mudanças rápidas e intensas na rotina e dinâmica familiar (Aburn & Gott, 2011). Pais e mães vivenciam muitas situações desafiadoras e permeadas por incertezas durante a evolução da doença de seus filhos, que envolvem a tomada de decisões sobre terapias, condutas e procedimentos realizados com as crianças e os adolescentes durante o tratamento (Kilcarslan-Toruner & Akgun-Citak, 2013;

Mazor *et al.*, 2013).

O apoio informativo é um ponto-chave para o enfrentamento do câncer infantil pelos pais. Informações acerca da doença, dos exames, procedimentos e da terapêutica adotada são essenciais para que compreendam a que a criança será submetida, vivenciem menos incertezas e tornem-se capazes de se envolver nos cuidados (Sari, Yilmaz, Ozsoy, Kantar, & Cetingul, 2013; Xafis, Wilkinson, & Sullivan, 2015). Para tanto, devem ser orientados de forma correta e clara (Mazor *et al.*, 2013).

A necessidade de informação e de recursos da família pode mudar ao longo da trajetória da doença e do tratamento, de acordo com o conhecimento prévio dos pais e aumento de suas experiências. Nesse sentido, cada nova situação exigirá que busquem por informações adicionais (Xafis, Wilkinson, & Sullivan, 2015).

Apesar da relevância de se conhecer a forma pela qual são informados, orientados, capacitados e apoiados para cuidar da criança com câncer, a literatura científica pouco contribui no que diz respeito às suas necessidades de informação, se considerado o quanto esse conhecimento é indispensável para o planejamento de ações educativas pelo enfermeiro (Sari, Yilmaz, Ozsoy, Kantar, & Cetingul, 2013; Silva-Rodrigues, Kurashima, & Nascimento, 2016). Diante do exposto, este estudo objetivou explorar a perspectiva de pais de crianças com câncer na busca de informações em diferentes momentos do tratamento.

MÉTODOS

Estudo descritivo, com análise qualitativa dos dados, realizado em dois hospitais públicos especializados no atendimento de crianças e adolescentes com câncer no estado de São Paulo, Brasil. A identificação

dos potenciais participante foi realizada por enfermeira, integrante da equipe de pesquisa e atuante nas duas instituições. Constituíram critérios de inclusão: pais e mães de crianças com câncer em seguimento nas instituições selecionadas; estar vivenciando a experiência de doença do(a) filho(a) por, no mínimo, seis meses. Excluíram-se pais e mães de crianças fora de possibilidades terapêuticas e em situação de finitude de vida. Os potenciais participantes foram abordados pessoalmente por uma das pesquisadoras, no momento em que acompanhavam seus filhos na unidade de internação pediátrica ou no ambulatório das instituições selecionadas. A totalidade dos pais convidados aceitou participar do estudo. Dessa maneira, 20 mães e dois pais de crianças e adolescentes em tratamento oncológico, em diferentes fases da terapêutica, integraram a pesquisa

Os participantes foram convidados a participar da pesquisa continuamente, até que o conjunto de dados obtidos se mostrasse suficiente para a compreensão do fenômeno de interesse, respondendo ao objetivo estabelecido para o estudo (O'Reilly, & Parker, 2012).

Como técnica para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas audiogravadas, com apoio de um roteiro elaborado pelas autoras, com perguntas gerais sobre as características clínicas das crianças e adolescentes e sociodemográficas dos participantes e questões que exploraram a experiência dos pais acerca das informações recebidas durante o tratamento oncológico de seus filhos. As entrevistas foram realizadas por pesquisadora experiente na coleta de dados dessa natureza, sem conhecimento prévio dos participantes, no período de julho a novembro de 2015 tanto no espaço hospitalar quanto ambulatorial. Realizou-se

um encontro com cada participante e as entrevistas tiveram duração média de 30 minutos. Este tempo se mostrou suficiente para investigar o objeto de estudo em questão.

Após a transcrição das entrevistas, submeteu-se seu conteúdo aos procedimentos preconizados pela análise de conteúdo indutiva que incluiu as fases de codificação aberta, criação de categorias e abstração (Elo, & Kyngäs, 2008). As entrevistas gravadas foram transcritas na íntegra e, em seguida, fez-se a leitura exaustiva do material empírico, linha por linha, a fim de identificar termos, frases e conceitos de interesse para o estudo. Posteriormente, expressões semelhantes foram agrupadas em conjunto e padrões de experiências identificados e nomeados. Procedeu-se, então, à categorização dos dados, etapa em que as informações foram organizadas com ênfase nas respostas aos objetivos do estudo. Subsequentemente, realizou-se a integração dos dados em categorias amplas que representassem as experiências e necessidades dos pais em relação às informações recebidas durante o tratamento de seus filhos (Elo, & Kyngäs, 2008). A análise ocorreu de forma concomitante à coleta dos dados, realizada por dois pesquisadores experientes e ainda houve a validação por um terceiro pesquisador, a fim de sanar possíveis divergências.

Na apresentação dos resultados, para manter o anonimato dos participantes, os fragmentos expostos das falas dos depoentes foram identificados pela letra E (Entrevistado), seguida de algarismos arábicos, conforme a ordem de realização das entrevistas. O estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo

seres humanos.

RESULTADOS

O grau de instrução dos participantes variou do ensino fundamental (n=5/22,8%), ensino médio (n=11/50%), ensino superior incompleto (n=2/9.1%), ensino superior completo (n=1/4,5%) à pós-graduação (n=3/13,6%). Os pais eram provenientes da capital (n=11/50%), de cidades do interior do estado de São Paulo (n=4/18,1%) e de outros estados (n=7/31,8%). As crianças e adolescentes tinham entre 1 ano e 5 meses e 17 anos, com prevalência do diagnóstico de Leucemia Linfóide Aguda (LLA) (n=7/31.8%), seguido de Neuroblastoma (n=4/22.7%) e Osteossarcoma (n=2/9.1%). Em relação à modalidade de tratamento, a quimioterapia (n=13/59.1%) foi a terapia padrão, seguida da associação de quimioterapia, radioterapia e cirurgia (n=4/18.1%).

Em seus depoimentos, os pais descreveram como se deu a busca por informações acerca da doença e do tratamento dos filhos. O agrupamento por similaridade dos elementos revelados pelos depoentes gerou três categorias: *Principais fontes informativas*: “Onde pais e mães buscam informações?”; *Tipo de informação*: “O que eles querem saber?”; *Recursos e habilidades para informar*: *aspectos essenciais*”.

Principais fontes informativas: onde pais e mães buscam informações?

Por desconhecerem as especificidades do câncer infantil, os 20 pais buscaram informações prioritariamente com a equipe médica responsável pelo tratamento, principalmente logo após a descoberta inicial da doença e nas fases iniciais da terapêutica.

O médico foi a figura de referência para a

maioria das famílias participantes, principalmente os especialistas. O médico é aquele quem define o diagnóstico e traça o plano terapêutico inclusive referenciando para outras instituições mais especializadas ou para centros urbanos com mais recursos.

“Ela (médica) falou que acharam um nódulo entre o rim e o pâncreas, que eles (médicos) iam fazer todo o tratamento e que a gente não precisava se preocupar, mas na hora é um choque. Na hora, eu fiquei sem saber o que fazer” (E5).

Os enfermeiros foram apontados como fonte de informação por apenas quatro entrevistados e, normalmente, eram procurados para o esclarecimento de dúvidas pontuais sobre alimentação, higiene e cuidados com as crianças no domicílio.

“Sim, a gente sempre procura saber com ela (enfermeira) como faz com higiene, comida, para ser o quanto melhor para ele (criança)” (E4).

“Pergunto para enfermeira também, qual alimento que pode dar para ele, como é que ele vai reagir a certo medicamento que ele vai tomar, pergunto isso” (E6).

Participantes assumiram o hábito de conversar com outros pais e mães de crianças também em tratamento contra o câncer, a fim de trocar experiências e, consequentemente, informações sobre a doença:

“Tem uma (mãe) que a menina dela até faleceu, ela que me ajudou. Por isso, quando chegam as mães novas, eu vou atrás delas e pergunto as dúvidas e eu falo o que eu sei, aí eu falo: Não sei se é igual, mais da (criança com câncer) foi assim, porque elas (outras mães) ficam perdidas. Isso não é um resfriado, é uma doença” (E1).

Além dos profissionais de saúde, a Internet foi citada como fonte de informação. A rede mundial de computadores é uma fonte de consulta bastante utilizada pelas famílias, pois facilita o acesso a uma variedade de informações em tempo real. Alguns pais afirmaram consultar na Internet detalhes da doença e do tratamento de crianças com diagnósticos e quadros clínicos semelhantes aos apresentados por seus filhos. Os mecanismos de busca por eles adotados foram considerados a porta de entrada para um conhecimento mais detalhado.

“Então, eu procurei no Google, eu queria saber tudinho, depois queria saber tudinho como é que era, o que ia acontecer, o que podia acontecer, antes, depois, tudo. Eu entrei (na internet), aí que eu fiquei sabendo de detalhes” (E2).

A Internet também representa um instrumento útil para o esclarecimento de dúvidas, inclusive sobre o que pode ou não ser ofertado para a criança durante o tratamento, em se tratando, por exemplo, de alimentação.

“Eu procurei na Internet já, pra ver o que era legal pra dar pra ele (criança), como que era essa doença, o que é legal pra ele, o que que não é” (E17).

Duas participantes afirmaram que pesquisaram em sites experiências de outros pais e mães que também vivenciavam o adoecimento de seus filhos, em busca de informações. Uma delas, inclusive, pesquisou sobre dados relacionados à doença e ao seu prognóstico.

“Eu para Internet, pra saber o que seria um neuroblastoma na idade da minha filha. Quais seriam as chances (de cura)...Era o lugar que eu achava maiores explicações e tudo” (E21).

Quase todos os pais e mães que fizeram buscas na rede mundial de computadores afirmaram se beneficiar da conveniência desse recurso enquanto fonte informativa, exceto uma das participantes, que o apontou como gerador de dúvidas e, portanto, preferia esclarecê-las diretamente com a médica responsável pelo tratamento.

“Ah, eu procurava assim, muito em Internet, mas aí eu via muita coisa, eu parei até de procurar e tirei as dúvidas depois com a própria médica que faz o acompanhamento dela, não fico mais procurando em Internet, vou direto na médica dela e pergunto” (E16).

Três participantes evitavam fazer perguntas, uma delas por temer o conteúdo das respostas dos profissionais:

“Eu evito perguntar porque eu tenho medo do que ela (médica) vai falar” (E1).

Outra participante relatou nunca questionar nada aos profissionais pelo fato deles explicarem em uma linguagem *própria e específica* (E2), e uma terceira depoente declarou também não o fazer por não acreditar que poderia obter explicações para o *inexplicável (adoecimento do filho)* (E12), como se observa na fala a seguir:

“Nunca me interessei pra pesquisar na Internet, sabe, o que causa isso (câncer), o que que gera, nunca procurei, e também nunca perguntei pra eles (médicos), porque eu vejo tanta criança com isso, eu acho que, se for procurar, eu não sei se vai ter uma explicação” (E12).

Tipo de informação: o que eles querem saber?

Quase a totalidade dos participantes relatou a necessidade de informação sobre o tratamento da criança. Os questionamentos variaram desde o tempo de duração, as

possíveis sequelas cirúrgicas, reações adversas dos medicamentos, funcionamento dos ciclos de quimioterapia até quais seriam as próximas etapas da terapêutica.

“É sobre a quimioterapia mesmo, que eu mais fico confusa. Ai eu que procuro ela (médica) e pergunto, quanto tempo vai, ela (médica) explica direitinho, não me deixa nenhuma dúvida” (E2).

“Como ele (criança) tinha que fazer a cirurgia de emergência, eu busquei saber se ele poderia ter sequelas, qual era o procedimento mais correto, como que eu poderia estar ajudando” (E18).

Treze pais ressaltaram a importância de informações sobre cuidados com a criança em casa, origem e estadiamento da doença neoplásica. Os resultados dos exames de controle emergiram como um aspecto de grande interesse, por evidenciarem progressão ou regressão do câncer:

“Quando eles (médicos) me dão o resultado da ressonância, eles já vão me explicando, já vão me explicando, assim, se aumentou, se

diminuiu” (E12).

Informações sobre as chances de cura e o prognóstico da criança também foram consideradas importantes, assim como acerca dos sinais e sintomas que a criança poderia apresentar durante o curso da doença.

“Queria saber se meu filho iria morrer. Fiquei abalada, eu queria saber. Quando você fala em câncer, você fica apavorada! Queria saber se meu filho iria ter chances de sobreviver, se vai ter alguma sequela, qualquer coisa ...” (E2)

“Agora que ela (criança) terminou a fase de indução, queria saber como a medula dela reage, o que acontece com o organismo dela, se ele vai reagir e parar de produzir essa célula errada. A gente tem esse tipo de dúvida” (E8).

Pais e mães expressaram, em seus depoimentos, as informações que consideravam mais importantes assim que definido o diagnóstico e no momento do tratamento em que se encontravam, conforme apresentado na Figura 1.

FIGURA 1: Informações consideradas mais importantes pelos pais, de acordo com a fase do tratamento da criança

Fase do tratamento	Tipo de informações importantes para os pais
Início do tratamento	<ul style="list-style-type: none"> • Prognóstico da doença; • Informações específicas sobre o tipo de neoplasia; • Tratamento; • Precauções e cuidados com a criança em casa; • Reações adversas à quimioterapia; • Possibilidade de cura; • Exames para controle da doença;

<p>Momento atual do tratamento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Exames para controle da doença e resposta ao tratamento; • Precauções e cuidados com a criança em casa; • Seguimento da doença após o término do tratamento; • Reações adversas à quimioterapia; • Novas intervenções terapêuticas; • Prognóstico da doença; • Estadiamento da doença; • Possibilidade de cura; • Informações sobre a possibilidade de recidiva.
------------------------------------	--

Recursos e habilidades para informar: aspectos essenciais

Os participantes expressaram suas opiniões a respeito dos recursos disponibilizados pelos profissionais de saúde, dentre eles os enfermeiros, para melhor informar e educar a respeito das doenças dos filhos. Nesse sentido, a maioria referiu calma, franqueza e clareza das informações como aspectos fundamentais para melhor compreensão e êxito no processo de comunicação.

“Foi de uma forma muito branda (no sentido de calma), a gente é muito grato. A gente ficou muito transtornado, sem acreditar, mas ela (médica) conduziu de uma maneira que fez a gente acreditar que realmente não estava sozinho” (E8).

Os participantes também verbalizaram a disponibilidade dos profissionais para ouvir e informar e a repetição das informações como recursos importantes para o esclarecimento de dúvidas remanescentes.

“Eles sempre repetem o que ela (criança) não pode comer, para ter cuidado com ela, eles explicam muito bem nessa parte” (E6).

“Acho que tempo, eles (médicos) deveriam ter mais tempo para explicar, porque às vezes é corrido, é muita gente pra eles atenderem, então não dá tempo” (E13).

Na opinião de uma depoente, não faltam

informações, mas há uma barreira que limita a compreensão por parte de alguns pais.

“Eu não sei te dizer se a informação não foi dada, eu acho que a gente que, às vezes, não tem o conhecimento correto para dizer se a informação foi totalmente do jeito que a gente queria, entendeu? Talvez o que faltou foi o entendimento da minha parte, mas não o esclarecimento” (E15).

Alguns verbalizaram desenvolver meios próprios para melhor assimilação das explicações. Quando eu vou abordar o médico para fazer uma pergunta de um questionário, eu faço um plano primeiro, pego uma folha com uma caneta e elaboro um questionário com as perguntas e faço para eles (médicos) e eles me explicam bem melhor” (E17).

Citaram também a disponibilidade de materiais escritos, como cartilhas ou folhetos, como sendo de grande importância, sobretudo quando distantes do hospital:

“Seria bom, uma cartilha. Seria mais fácil do que eu ficar toda hora ligando para perguntar” (E14).

“Informação escrita, porque às vezes, te falam alguma coisa e, no momento, passa pela sua cabeça e você esquece daquilo, então, para mim, a informação fixa melhor pela escrita” (E18).

Houve menção à relevância da realização

de palestras, tanto para a família como para os pais, para obtenção de orientações gerais sobre os cuidados com a criança.

“... os médicos, a enfermeira, os profissionais da área, dar uma palestra para as famílias, para avisar os procedimentos que têm que ter com ele (criança). Acho que é bom, que até ali na palestra você já tira algumas dúvidas” (E16).

DISCUSSÃO

As experiências dos pais no processo de busca por informações no curso da doença e tratamento de seus filhos são essenciais para o planejamento de intervenções individualizadas e mais eficazes para atender às reais necessidades dessas famílias. Não há um padrão nesta busca por informações, mas necessidades distintas quanto ao tipo de informação, à medida que a criança ou adolescente avança no plano terapêutico (Aburn, & Gott, 2011; Patistea, & Babatsikou, 2013).

Observou-se que os médicos ainda são as figuras de referência no processo de busca por informações por parte das famílias. O enfermeiro apresentou um papel bem modesto em relação às suas amplas possibilidades de atuação. Outro estudo também identificou o médico como referência para os pais, embora pesquisas internacionais destaquem o papel do enfermeiro neste processo (Patistea, & Babatsikou, 2013; Ringnér, Karlsson, & Hällgren, 2015).

Alguns aspectos culturais parecem influenciar a preferência dos pais na busca por informações com o profissional médico. Investigação realizada na Grécia observou que a equipe de enfermagem foi citada apenas por alguns pais como fonte de informação (Patistea, & Babatsikou, 2013), corroborando os achados deste estudo. Na Grécia, há uma estrutura de saúde centrada

nas crenças, nos benefícios e valores da medicina ocidental, algo semelhante com a centralização na figura do médico observada nos serviços brasileiros, ambas provenientes do modelo biomédico de atenção à saúde (Cavalheiro, 2009).

Os participantes do presente estudo que recorreram aos enfermeiros enquanto fonte de informações o fizeram para sanar dúvidas referentes a medicações, alimentação e cuidados no domicílio. De forma semelhante, em estudo sobre essa temática (Ringnér, Karlsson, Hällgren, 2015), os pais relataram a relevância de palestras ministradas por uma enfermeira sobre temas específicos, como nutrição, tratamento, vida escolar, entre outros, por eles consideradas uma excelente fonte de informações. Também é descrita a busca pelos enfermeiros para orientações sobre o manejo dos efeitos adversos das medicações e reconhecimento precoce de situações emergenciais (Aburn, & Gott, 2011; Ringnér, Karlsson, Hällgren, 2015).

O enfermeiro possui vínculo estreito com a família, o que possibilita que se apresente como uma “ponte” e estabeleça a ligação entre os pais e a equipe multidisciplinar, no sentido de facilitar que informações sejam transmitidas mutuamente (Kilicarslan-Toruner & Akgun-Citak, 2013). Muitas vezes, ele também assume o papel de “intérprete” das informações médicas (Kästel, Enskär, & Björk, 2011).

Em alguns países, o trabalho das “*key nurses*”, ou enfermeiras de referência, é valorizado e consiste em uma das abordagens com melhores resultados para a efetividade de apoio social e transmissão de informações para os pais (Kilicarslan-Toruner & Akgun-Citak, 2013; Aburn & Gott, 2011). Elas acompanham o tratamento, envolvem-se diretamente no cuidado diário do paciente e estabelecem vínculo com os

pais desde o diagnóstico da criança, o que facilita a comunicação e o provimento de informações às famílias (Kilicarslan-Toruner & Akgun-Citak, 2013).

Neste estudo, a rede mundial de computadores (Internet) foi citada pela maior parte dos pais como fonte de fácil acesso e confiável para a busca de informações sobre a doença e o tratamento, contrapondo-se, portanto, aos resultados de estudo disponível na literatura, em que os pais relataram dificuldades para compreender e relacionar as informações adquiridas na Internet com situações advindas da doença de seus filhos (Ringnér, Karlsson, & Hällgren, 2015).

É crescente o uso da Internet para aquisição de informações relacionadas ao câncer, pois permite acesso em qualquer lugar e tempo a questões específicas de interesse dos pacientes e familiares. Entretanto, é necessária cautela, pois a qualidade do conteúdo disponível é bastante heterogênea (Ebel, Stellamanns, Keinki, & Huebner, 2015). Para maximizar a confiabilidade das informações adquiridas por essa fonte, é recomendável pesquisar em sites de instituições de referência para o tratamento do câncer infantil e discutir os achados com a equipe de saúde. Paralelamente, os profissionais devem conhecer sites informativos fidedignos sobre o tema e indicá-los às famílias.

Além da Internet, da equipe médica e dos enfermeiros, pais e mães de outras crianças que se encontravam em tratamento oncológico foram citados como importante fonte para busca de informações e esclarecimento de dúvidas, por poderem compartilhar suas experiências e informar detalhes de difícil assimilação referentes ao tratamento. Este resultado corrobora o apontado em estudo que identificou a preferência dos pais, em algumas situações,

por pedir conselhos e buscar informações com outras famílias, pelo fato de utilizarem uma linguagem mais simples e abrangente do que a da maioria dos profissionais (Ringnér, Karlsson, & Hällgren, 2015).

Alguns participantes afirmaram não buscar informações por medo de questionar os profissionais sobre a condição de saúde de seus filhos, o que evidencia barreiras na comunicação. Resultado semelhante foi encontrado em estudo a respeito dos cuidados físicos de crianças com câncer, em que os pais mencionaram evitar a formulação de perguntas aos médicos e enfermeiros no período em que eles estavam no hospital (Sari, Yilmaz, Ozsoy, Kantar, & Cetingul, 2013).

Outras pesquisas também identificaram discrepâncias entre o grau de escolaridade e a linguagem utilizada por pacientes e famílias e os termos formais e técnicos habitualmente adotados pelos membros da equipe de saúde como obstáculos à comunicação efetiva nesse contexto (Brandes, Lin, Smit, & van Weert, 2015; Norouzinia, Aghabarari, Shiri, Karimi, Samami, 2015). Diante dessas barreiras, os pais identificaram e desenvolveram estratégias consideradas facilitadoras da comunicação com os profissionais de saúde, tais como: importância da calma, clareza e franqueza na transmissão do conteúdo e da disponibilidade em ouvir, informar e validar as informações por meio de repetições e esclarecimento de dúvidas. Estudo com pacientes oncológicos e seus familiares reafirma esses achados, pois os participantes apontaram aspectos semelhantes na troca de informações com os profissionais (Mazor et al., 2013).

Além disso, mencionaram a eficácia do uso de materiais escritos e de palestras para o aprendizado e esclarecimento de dúvidas. Em metassíntese realizada sobre aspectos

que influenciam a tomada de decisões dos pais em situações de fase terminal dos filhos, o uso de panfletos e folhetos também foi sugerido como forma de facilitar a retenção do conteúdo (Xafis, Wilkinson, & Sullivan, 2015).

Pais e mães demonstraram interesse por diferentes tipos de informação, a depender da fase do tratamento em que seus filhos se encontravam. De acordo com Sari, Yilmaz, Ozsoy, Kantar, & Cetingul (2013), a necessidade de informação dos pais pode ser dividida em dois estágios: no primeiro, após receber a notícia sobre o diagnóstico de seus filhos, necessitam de informações sobre a doença, tratamento, prognóstico, complicações advindas do tratamento e cuidados com a criança. No segundo estágio, desejam ser informados principalmente sobre o prognóstico da doença, cuidados em casa, estratégias de enfrentamento para lidar com a nova situação e as diversas possibilidades terapêuticas.

O apoio informacional dos profissionais de saúde à família é essencial ao diagnóstico, pois contribui para que aceitem, controlem ou alterem os significados pessoais atribuídos à doença com vistas à superação de sentimentos e limitações (Kästel, Enskär, & Björk, 2011). Já em etapas posteriores do tratamento, informações pertinentes aos exames para controle da doença permaneceram prioritárias, assim como acerca de cuidados com a criança em casa, reações do tratamento, prognóstico e estadiamento da doença, possibilidade de cura e informações sobre recidivas. Observou-se, também, interesse em conhecer novas possibilidades terapêuticas, conforme apontado na literatura.

Ressalta-se que a necessidade de informações dos pais, além de variar com a fase do tratamento, sofre influências

culturais. Em estudos com pais de outras nacionalidades, observou-se preocupação quanto a informações sobre a fisiopatologia da doença, terapias disponíveis, sinais e sintomas e eventos adversos do tratamento (Brandes, Lin, Smit, & van Weert, 2015; Mazor et al., 2013; Patistea, & Babatsikou, 2013). Em contrapartida, evitavam discutir aspectos psicossociais associados ao adoecimento da criança, tal como observado neste estudo.

Diferentemente dos resultados apresentados, outros estudos abordaram, além dos cuidados com a criança no domicílio, a necessidade de informações em momentos decisivos do tratamento, por exemplo, no retorno para casa, no período de reinserção escolar e nos momentos de transição durante o tratamento (Ebel, Stellamanns, Keinki, & Huebner, 2015; Brandes, Lin, Smit, & van Weert, 2015).

De todo o exposto, acredita-se que o presente estudo tem potencial para contribuir com a grande complexidade que envolve o tema, apesar das limitações no que se refere a algumas especificidades da amostra, por exemplo, ter apenas dois pais como membros participantes. Acredita-se que as experiências maternas e paternas no contexto do câncer infantil sejam diferentes e influenciadas por aspectos culturais como os papéis sociais atribuídos aos gêneros. Dessa maneira, as necessidades e a busca por informações por pais e mães podem ser distintas.

Apesar disso, os resultados fornecem evidências para o planejamento de uma assistência individualizada, que atenda às necessidades particulares dessas famílias. Suprir a demanda de informação dos pais favorece o processo de tomada de decisões, o manejo das incertezas, a redução do estresse e da ansiedade e o cuidado integral e humanizado à criança com câncer.

Nesse sentido, são necessárias novas pesquisas que investiguem também a perspectiva dos profissionais sobre as formas de comunicação com as famílias de crianças e adolescentes com câncer, seus desafios e as estratégias adotadas para a transmissão das informações de forma clara e compreensível, levando em consideração todos os níveis de letramento em saúde.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo apontam que a busca por informações durante o tratamento oncológico pediátrico não segue padrões e, tampouco, é linear, mas depende de como a criança ou o adolescente avança no planejamento terapêutico e de sua resposta à terapia empregada. A equipe médica ainda é a principal fonte de informação para a maioria dos pais, seguida da Internet e de outros profissionais de saúde que não o enfermeiro, o qual, a despeito de seu papel fundamental como educador, não recebeu destaque neste estudo enquanto provedor de informações.

Espera-se que os profissionais envolvidos no cuidado dessa clientela estejam dispostos a fornecer informações claras, individualizadas, além de esclarecer as dúvidas dos pais, a fim de prepará-los para lidar com uma doença de características e desdobramentos bastante complexos.

REFERÊNCIAS

- Aburn, G., & Gott, M. (2011). Education Given to Parents of Children Newly Diagnosed With Acute Lymphoblastic Leukemia. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 28(5), 300-305. doi:10.1177/1043454211409585
- Brandes, K., Lin, A. J., Smit, E. G., van Weert, J. C. M. (2015). Patients' reports of barriers to expressing concerns during cancer consultations. *Patient Education and Counseling*, 98(3), 317-22.
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA). *Protocolo de diagnóstico precoce do câncer pediátrico*. (2017). Rio de Janeiro, RJ: INCA. Recuperado de: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/fevereiro/17/Protocolo-de-Diagnostico-Precoce-do-Cancer-Pediatico.pdf>.
- Cavalheiro, E. (2009). The sickness or the sick person? *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 9(2), 117-9. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&id=S1519-38292009000200001
- Ebel, M. D., Stellamanns, J., Keinki, C., Rudolph, I., Huebner, J. (2015). Cancer patients and the internet: a survey among german cancer patients. *Journal of Cancer Education*, 32(3), 503-8.
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
- Kästel, A., Enskär, K., Björk, O. (2011). Parents' views on information in childhood cancer care. *European Journal of Oncology Nursing*, 15(4), 290-5.
- Kilicarslan-Toruner, E., & Akgun-Citak, E. (2013). Information-seeking behaviours and decision-making process of parents of children with cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(2), 176-183. doi:10.1016/j.ejon.2012.03.001
- Mazor, K. M., Beard, R. L., Alexander, G. L., Arora, N. K., Firreno, C., Gaglio, B., . . . Gallagher, T. H. (2013). Patients and family members views on patient-centered communication during cancer care. *Psycho-Oncology*, 22(11), 2487-2495. doi:10.1002/pon.3317. doi:10.1002/pon.3317
- Norouzinia R, Aghabarari M, Shiri M, Karimi M, Samami E. (2015). Communication barriers perceived by nurses and patients. *Global Journal of Health Sciences*, 8(6), 65-74.
- O'Reilly, M., & Parker, N. (2012). 'Unsatisfactory Saturation': A critical exploration of the notion of saturated sample sizes in qualitative research. *Qualitative Research*, 13(2), 190-197. doi:10.1177/1468794112446106
- Patistea, E., Babatsikou, F. (2013). Parents' perceptions of the information provided to them about their child's leukaemia. *European Journal Oncology Nursing*, 7(3), 72-81. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12932479>
- Ringné, A., Karlsson, S., Hällgren, G. U. (2015). A person-centred intervention for providing information to parents of children with cancer. Experiences and effects. *European Journal of Oncology Nursing*, 19(3), 318-24. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25466827>
- Sari, H. Y., Yilmaz, M., Ozsoy, S., Kantar, M., & Çetingul, N. (2013). Experiences of Parents With the



- Physical Care Needs at Home of Children With Cancer. *Cancer Nursing*, 36(5), 385-393. doi:10.1097/ncc.0b013e3182a0e221
- Silva-Rodrigues, F. M.; Nascimento, L. C.; Kurashima, A. Y. Information for parents in pediatric oncology and nurses' educational interventions: integrative review. *Journal of Nursing UFPE on line*. (2016), 10(6), 2167-76. Recuperado de: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermage>
[m/article/view/11231](#)
 - Xafis, V., Wilkinson, D., & Sullivan, J. (2015). What information do parents need when facing end-of-life decisions for their child? A meta-synthesis of parental feedback. *BMC Palliative Care*, 14(1). doi:10.1186/s12904-015-0024-0

Percepciones y prácticas sobre salud-enfermedad y muerte de una madre emberá chamí, una aproximación etnográfica

Perceptions and practices on health-disease and death of a mother emberá chamí, an ethnographic approximation

Percepções e práticas sobre saúde-doença e morte de uma mãe emberá chamí, uma abordagem etnográfica

Juan Camilo Arboleda Sarmiento¹, Lina María Vargas-Escobar²,
Lucely Marisel Fiscal Idrobo³, Karen Johana López Posada⁴, Yahel
Tatiana Mejia Rendon⁵

¹Antropólogo, Magister en Salud Pública. Docente Maestría de enfermería en Cuidados Paliativos. Universidad El Bosque. Correo electrónico: arboleda.j@javeriana.edu.co

²Enfermera, Doctora en Enfermería. Docente Maestría de enfermería Cuidados Paliativos. Universidad El Bosque. Correo electrónico: El Bosque, Colombia. Correo electrónico: lmvargase@unbosque.edu.co

³Enfermera profesional, Hospital Universitario San José. Estudiante Maestría de enfermería en Cuidados Paliativos. Universidad El Bosque. Correo electrónico: lfiscal@unbosque.edu.co

⁴Enfermera profesional, Hospital Universitario San Vicente Fundación. Estudiante Maestría de enfermería en Cuidados Paliativos. Universidad El Bosque. Correo electrónico: klopez@unbosque.edu.co

⁵Enfermera profesional, Hospital Internacional de Colombia. Estudiante Maestría de enfermería en Cuidados Paliativos. Universidad El Bosque. Correo electrónico: ymejia@unbosque.edu.co

Cómo citar este artículo en edición digital: Arboleda, J.C, Vargas Escobar, L., Fiscal, L., López, K., & Mejia Rendon, Y.T. (2019). Percepciones y prácticas sobre salud-enfermedad y muerte de una madre emberá chamí, una aproximación etnográfica. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 23 (54). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.54.27>

Correspondencia: Balcones de Ruitoque torre 1 apartamento 705, km7 autopista Piedecuesta, Santander Colombia

Correo electrónico de contacto: ymejia@unbosque.edu.co

Recibido: 12/01/2019; Aceptado: 23/03/2019



ABSTRACT

This article explores the perceptions about health-illness and death of an Emberá Chamí mother, a Colombian indigenous

woman who experienced the illness of one of her children. The research was carried out through a qualitative interpretative type case study with an ethnographic approach.

The data analysis was classified by categories and subcategories structuring the information in this way. Mother Embera Chami's perception of the concept of health, illness and death, are constructs formed through her experiences with a child with cancer, cultural beliefs, Western medicine and the process of Acculturation of her community. The present work as health professionals allowed an enriching cultural approach identifying the cultural diversity of patients in the Colombian context to which they are confronted, customs and worldview, the need to apply cross-cultural care and palliative care as an essential part of the attention of patients with chronic diseases. Understanding the situation of the other helps to broaden the perspectives of management regarding care by reaching cultural agreements that benefit the health of the indigenous population.

Keywords: Health, illness, death, perceptions, Emberá Chamí.

RESUMO

Este artigo explora as percepções de saúde e doença e morte que tem uma mãe Embera Chami, um nativo da Colômbia que viveu o processo de um de seus filhos doença. A pesquisa foi realizada através de um estudo de caso qualitativo com abordagem interpretativa etnográfica, análise de dados por categorias e subcategorias estruturados desta forma a informação foi classificada. A percepção da mãe Embera Chami no conceito de saúde, doença e morte são construções formadas através das experiências sobre a sua experiência com uma criança com câncer, de onde vêm a participar crenças culturais, a medicina ocidental e processo Aculturação Este trabalho como profissionais de saúde permitiu uma aproximação cultural enriquecedora identificar a diversidade

cultural dos pacientes no contexto colombiano são confrontados, costumes e visão de mundo, a necessidade de cuidados cross-cultural e os cuidados paliativos como uma parte essencial da o cuidado de pacientes com doenças crônicas. Compreender a situação do outro ajuda a ampliar as perspectivas sobre gestão de cuidados de alcançar acordos culturais que beneficiem a saúde da população indígena..

Palavras chave: Saúde, doença, morte, percepções, Embera Chami.

RESUMEN

Este artículo explora las percepciones sobre salud- enfermedad y muerte que tiene una madre Emberá Chamí, una indígena colombiana que vivió el proceso de enfermedad de uno de sus hijos. La investigación se realizó mediante un estudio de caso cualitativo tipo interpretativo con abordaje etnográfico, El análisis de los datos se clasificó por categorías y subcategorías estructurando de esta manera la información. La percepción que tiene la madre Embera Chamí sobre el concepto de salud, enfermedad y muerte son constructos formados a través de las experiencias vividas sobre su experiencia con un hijo con cáncer, donde entran a participar las creencias culturales, la medicina occidental y el proceso de aculturación. El presente trabajo como profesionales de salud permitió un acercamiento cultural enriquecedor identificando la diversidad cultural de los pacientes en el contexto colombiano a que se ven enfrentados, las costumbres y la cosmovisión, la necesidad de aplicar los cuidados transculturales y los cuidados paliativos como parte esencial de la atención a pacientes con enfermedades crónicas. El comprender la situación del otro ayuda a ampliar las perspectivas de manejo con respecto al cuidado llegando a acuerdos

culturales que beneficien la salud de la población indígena.

Palabras clave: _Salud, enfermedad, muerte, percepciones, Emberá Chamí.

INTRODUCCIÓN

El presente artículo busca explorar los procesos subjetivos de una madre Emberá Chamí con respecto a términos relacionados a la salud, enfermedad y muerte mediante un estudio de caso cualitativo con abordaje etnográfico, tratando aspectos individuales como sociales de las percepciones y prácticas. Es necesario aclarar dos términos Percepción y práctica, Gutiérrez (2007) afirma que: Una de las etapas del modelo de procesamiento cognitivo propuesto por Callista Roy “involucran los procesos de alerta, atención, sensación y percepción. El estado de alerta y la atención procesan la información en una forma automática o controlada, donde las experiencias sensoriales se transforman en una percepción o representación mental que se relaciona con la experiencia y el conocimiento del mundo”.

MacIntyre (1981) considera “la práctica más que una colección de comportamientos discretos es una actividad coherente y socialmente organizada que tiene una noción del bien y una variedad de significados comunes implícita o explícitamente articulados”. En el extremo noroccidental del Municipio de Jardín, en el Suroeste del Departamento de Antioquia, se localiza el Resguardo Indígena de Cristianía, poblado por la comunidad Emberá-Chamí. La proyección del Ministerio del Interior (Dirección de Asuntos Indígenas, Rom y Minorías) según datos con corte en junio del 2017 refiere “una población en el resguardo de Cristianía de 1,518 habitantes”. El

resguardo de Cristianía es lugar donde vive una familia compuesta por 4 personas papá de 35 años con escolaridad primaria que trabaja como constructor, mamá de 33 años con escolaridad bachillerato más estudio de técnica infantil trabaja en un centro de desarrollo infantil, esta pareja tiene 2 hijos Ginna que tiene en la actualidad tiene 15 años y cursa octavo de bachillerato y Santiago tiene 8 años quien cursa segundo de primaria en la actualidad. Santiago a sus 8 meses de vida fue diagnosticado con meduloblastoma de fosa posterior de alto riesgo, con resección de tumor en dos tiempos quirúrgicos octubre y noviembre del 2010, con una resección del 70%, con múltiples hospitalizaciones por su enfermedad de base, recibió poli quimioterapia del 15/12/2010 hasta el 04/04/2011 y en el momento se encuentra en seguimiento por oncología.

La importancia de los cuidados transculturales desde enfermería necesita de la exploración de percepciones y prácticas que propone este artículo, la enfermería paliativa necesita comprender la base del cuidado tradicional para articularse desde la medicina occidental

METODOLOGÍA

La investigación se realizó mediante un estudio de caso cualitativo tipo interpretativo etnográfico a través del cual se describió las percepciones y prácticas de una madre Emberá Chamí residente en el resguardo Cristianía Jardín – Andes Antioquia cuyo pequeño núcleo familiar cuenta con un menor que tuvo un diagnóstico de cáncer, el cual fue tratado en un hospital privado en Medellín con respecto a términos relacionados a la salud, enfermedad y muerte abordando aspectos individuales como sociales. El presente

estudio se realizó durante los meses de septiembre y octubre del 2018 por medio de una entrevista semiestructurada, la observación participante y un diario de campo.

Para el análisis de los datos cualitativos, se predeterminaron las categorías, luego de leer las respuestas dadas por la informante clave seleccionada se determinaron las subcategorías en cada una de las categorías correspondientes. El análisis se realizó a partir de una triangulación de las técnicas de recolección de datos.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CONCEPTO DE SALUD

“La salud para mí lo es todo, yo siempre digo que es lo primordial, porque uno sin salud no es nada”. Estar sano es considerado un estado de equilibrio que permite interactuar en diferentes actividades como trabajar y realizar las labores cotidianas, estar sano determina la relación del sujeto con su núcleo familiar y con el aporte a la sociedad. Esta visión coincide con la definición de Salud de la OMS como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

El tener una enfermedad con riesgo inminente de morir no es algo fácil de sobrellevar, más cuando se vive a través de un hijo, se espera que su vida no sea sufrimiento, bajo estas condiciones un paciente con necesidades paliativas es manejado para mejorar su calidad de vida.

CONCEPTO DE ENFERMEDAD

“La enfermedad según como le dé al ser humano grave, leve... es como uno lo quiere ver, pensar, es una cosa que uno como ser humano le toca y hay que saber afrontarla”.

El concepto de enfermedad es constructivo, se basa en las experiencias previas que se tiene durante la enfermedad, hace parte de los procesos adaptativos y de afrontamiento a una determinada situación, otorgarle un significado ayuda a controlar la percepción que se tiene. La OMS define enfermedad como "Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible".

CREENCIAS ESPIRITUALES

“En mi familia mi abuelo, bisabuelo y tatarabuelo por parte de la familia de mi mamá eran Jaibanás, ellos me contaron que años atrás los jai eran personas que tenían el don de curar a las personas con solo tocarlas o hablarles. Los Jai son espíritus, el Jaibaná los ve cuando se sienta coge su planta y comienza a cantar, visualiza que tipos de espíritus hay y cómo los pueden sacar, trabajan más que todo con plantas medicinales. Estas plantas medicinales a uno lo curan. Los jai son considerados espíritus de maleficio esa persona si no es tratada por el Jaibaná se muere y queda regado. Eso es peligroso, puede empezar a matar, hasta que se puedan guardar en un sitio”.

La espiritualidad en la salud indígena está influenciada por la naturaleza y los jais. Los Jaibanás son como médicos espirituales que requieren el don para serlo, curan los espíritus de maleficio, trabajan con plantas y animales mediante rituales, equilibran la vida espiritual liberando el espíritu para que no quede deambulando. Para los Emberá Chamí el Jaibaná representa una autoridad dentro de su comunidad, son las personas a las que acuden inicialmente cuando presentan un problema de salud, es quien determina si este problema es de origen occidental o propio además es quien

dictamina la pauta terapéutica a seguir. Vasco (1985) comenta: “El Jaibaná cura únicamente “por el canto”. La intervención de los llamados jais es decisiva en la explicación causal de la enfermedad, así como en el tratamiento y curación de la misma, aplica un conocimiento empírico-natural de las propiedades de los vegetales, como de algunos minerales”.

CONCEPTO DE MUERTE

“Es otro paso de la vida, imagino que al morirse la esencia el espíritu (...) es otra fase de la vida, de más que exista otro mundo, otro nivel y nos esperan allá hasta que podamos partir y estar”.

La muerte a menudo es un término muy discutido, que no posee un único significado influenciado por un contexto cultural que nos permite múltiples variaciones. Louis Vincent Thomas apunta a la existencia de cuatro tipos de muerte (Thomas, 1991: 12-13): “biológica”, “muerte psíquica”, “muerte social” y, por último, “muerte espiritual” (Thomas citado por Rienda, 2011).

MIEDO A LA MUERTE

“Se queda con la sensación de que horas podrá partir yo o mis hijos, mi esposo alguien de mi familia, de allá mi Diosito dijo venga para acá, por más que se aferre a la vida. Ver a alguien partir de mi familia va a ser muy doloroso”.

“Morirse o arrepentirse de todo lo que hizo, aferrarse a Dios y pedir perdón. Si existe paraíso la mayoría sueña estar al lado de Dios, tratarse de portarse bien en la tierra mientras esté vivo para no lo juzgue. Para el que está en la puerta no diga usted no puede entrar, eso sería muy triste”. La espera de la muerte se convierte en una lucha interna por encontrar significado a incertidumbre del final de la vida y la búsqueda de lo sagrado se convierte en un mecanismo de

afrontamiento y adaptación. Yoffe, L. (2007) en su artículo Efectos positivos de la religión y la espiritualidad en el afrontamiento de duelos menciona: “Pargament y Brant (1988) nos dicen que aunque las creencias y las prácticas religiosas no están reservadas solamente para los momentos de pérdida y dolor, las personas se dirigen hacia la religión en busca de aquellas situaciones de la vida que son más estresantes”.

“Se concibe la muerte como un estímulo aversivo contra la propia supervivencia, por lo tanto, genera temor, que es la respuesta actitudinal más típica. También produce ansiedad y preocupación, disposiciones que pueden ser adaptativas dentro de un rango normal, llevan a la persona a tener conductas como la evitación de la muerte, aceptar la muerte como parte integral de la vida, aceptación de acercamiento por medio de la cual se concibe la creencia de una vida feliz después de la muerte, y ver la muerte como alternativa frente a una vida dolorosa” (Gala et al., 2002).

MEDICINA TRADICIONAL

“Es lo primario, todos a mi alrededor somos familia...empezamos primero con las bebidas y las plantas medicinales utilizamos para el dolor de estómago con diarrea según no sea infección”.

La medicina tradicional juega un papel importante en el sistema de salud Emberá, para ellos la naturaleza otorga los primeros tratamientos para enfermedades tradicionales que no son del espíritu y está en el colectivo tradicional el uso de plantas medicinales como tratamiento de síntomas comunes, esta información se pasa de forma oral entre generaciones siempre sustentado por la autoridad que es el Jaibaná, dentro de la familia de la entrevistada, sus ancestros han sido Jaibanas por lo que se evidencia un

conocimiento seguro del tema, todo que a su vez fue transmitido en un momento por sus antecesores.

Los Emberá tienen una concepción holística de lo que es enfermedad, para ellos el problema de salud no es de origen solo físico y por lo tanto las intervenciones tampoco son exclusivas para el cuerpo. Así lo confirma también Cardona (2012): *“Hay que aprovechar al máximo los elementales de las plantas ya que, con ellos, son quienes nos van a ayudar a curar, nosotros somos intermediarios dentro de la medicina tradicional y en la parte espiritual”*.

SISTEMA DE SALUD OCCIDENTAL

“(…) El primer paso las plantas medicinales-después si no hay mejoría, ya toca ir al médico y si con el médico occidental manda medicación, si el tratamiento no funciona ya ve que esto está bien, al ver que no, entonces ya toca ir a lo espiritual”.

Encontramos similitudes con lo dicho por otros médicos tradicionales en el estudio de Cardona (2012): *“Nosotros como médicos tradicionales el lema es no luchar contra lo imposible, en base a ello cuando vemos que una enfermedad debe ser tratada más con la medicina occidental que la tradicional, le decimos que asista al hospital para que allí le den un mejor diagnóstico”*.

A su vez difiere de lo encontrado por Oviedo et al. (2014), En su estudio con mujeres Emberá en proceso de gestación, donde se encontraron diversas condiciones que interfieren con el acercamiento al sistema médico tradicional: *“el hombre es quien decide llevar a la gestante al médico, ellos tienen resistencias porque durante la atención las mujeres son examinadas y deben mostrar su cuerpo lo cual no es aceptado desde su cultura; a las mujeres esto también las intimida y no las*

hace sentir cómodas”.

Con los cuidados transculturales se puede llegar a acuerdos entre la medicina occidental y la cultura Embera Chamí, respetando su cosmovisión sin causarle daño, buscando soluciones que permitan la interacción médico paciente y cultura, aprovechando que la comunidad Embera vista desde una de sus habitantes posee cierta flexibilidad y adaptabilidad ante la muerte y enfermedad. De igual forma también se pueden integrar los cuidados paliativos, permitiendo a los pacientes morir en el ambiente familiar y no alejados de su comunidad, donde no pueden practicar sus rituales de despedida de ser necesario, articular los cuidados paliativos a la atención primaria es un reto que tenemos como sistema de salud, llegar a las comunidades más alejadas y permitir un enlace multicultural podría facilitar la atención sanitaria.

EXPERIENCIA HOSPITALARIA

“Empezaron a revisarlo, les explique todo lo que había pasado, cuando me dicen, mamá para salir más de la duda vamos a llevarla para Medellín, me dijo que le iba a buscar un cupo en un hospital de cuarto nivel, (...). Nos recibieron en urgencias, ahí nos quedamos (...) una jefe me dijo que no puede estar acá y yo le dije que no me separo de mi hijo, si me va a echar la policía y el batallón échemelo, pero yo no me separo del niño, yo no quiero dejar a mi hijo con gente extrañas... me dieron una silla y una cobija y allí me quedé”.

La multiculturalidad en población colombiana es cada vez más evidente, los usuarios del sistema de salud proceden de orígenes diversos, precisa nuevas formas de concebir y desarrollar el acercamiento a estas poblaciones. El acceder al manejo hospitalario expone ante muchas

dificultades de tipo económico, de desplazamiento al alejarse de su familia, abandonando su rol de madre y esposa por estar lejos de su hogar, adquiriendo su rol de cuidadora de su hijo enfermo al estar hospitalizado, enfrentándose a un lugar que no conoce a nadie.

Todo lo que conlleva ser tratado desde la medicina occidental, ajenos al manejo, las reglas así como la adaptación, entendimiento de los conceptos y tratar de adaptarse a las circunstancias, muy parecido a lo encontrado en el metaanálisis de Mbuzi et al, (2017):

“Los resultados proporcionan una apreciación consistente de las dificultades experimentadas por los pacientes indígenas y familiares en el acceso a la atención hospitalaria siendo en gran parte negativos. La hospitalización fue asociada con importantes sentimientos de miedo afectando su sentido de identidad y seguridad cultural e impactó sus relaciones interpersonales”.

“Cuanto Santi terminó los seis ciclos de quimio, después de eso nos fuimos a la casa de paso, le dio una desnutrición aguda horrible yo con eso vi que mi hijo no aguantaba, era tanta cosa, la diarrea le empezó a bajar el peso, ya no comía, me enseñaron a colocar sonda para alimentarlo sacar lavararlo, aprendí de todo allá. Una vez el dormido en la noche estaba muy decaído, le dije a mi esposo Rafa porque no lo llevamos y lo mandamos a curar donde un Jaibaná. Usted hable con el médico, dígame a él tanta cosa que le han hecho, tantos exámenes, (...) era tan flaco que parecía un niño del África cabezones. (...) Habló con el doctor, y dijo que no lo pueden llevar de la ciudad, hagan lo posible de que lo puedan hacer en Medellín mismo, así hicimos, dieron la autorización (...) y llevamos al Jaibaná. Mi hijo también estaba enfermo de esos espíritus, había muchas almas que, al verlo a él

tan cansado, como en oncología murieron muchos niños los compañeritos de él”.

El cuidado debe ser enfocado desde una perspectiva holística, llegando a acercamientos de adaptación según la cultura para evitar las discrepancias culturales entre pacientes y profesionales de la salud porque estas pueden intervenir en la adherencia al tratamiento. Bouchaibi Dalil (2013) afirma que:

“Los cuidados transculturales sirven de guía en la atención a pacientes de distintas culturas. El profesional debe trabajar desde la personalización y la evidencia ayudando y guiando al paciente como a su familia para que participen activamente en su proceso, entendiendo y respetando su cosmovisión”.

La experiencia en un entorno hospitalario irrumpe en la dinámica familiar y personal, es algo para lo que el enfermo o sus cuidadores no están preparados. La estancia y experiencia hospitalaria viene cargada de la incertidumbre del diagnóstico, de las opciones terapéuticas que pueden transgredir formas de vida, creencias, entre otras y además implica una connotación de abandono, pues están en una ciudad que muchas veces desconocen, rodeados de un ritmo de vida totalmente ajeno para ellos, están en tierra ajena y muchas veces ni siquiera pueden comunicarse fluidamente lo que agrega más carga emocional. Además, las opciones terapéuticas ofrecidas muchas veces escapan del entendimiento del Indígena quien puede y llega a negarse a las mismas pues considera que son intervenciones que van en contra de la naturaleza o de sus creencias religiosas.

Para una madre Emberá entender y aceptar que tiene un menor de edad con cáncer, que necesita quimioterapia, después pasar por ese proceso y ver los efectos de esa

medicación en su menor, resulta difícil aceptar una intervención tan agresiva como el trasplante de células madres cuando en su colectivo el cáncer es algo distante y remoto. Así lo comenta ella *“En la comunidad nunca había visto un caso de cáncer a un bebé, la comunidad, dice mi mamá que quedó como muy trastornada, empezaron a hablar de eso”*.

En su metaanálisis, Mbuzi et al, (2017) describen lo encontrado en diversos artículos relacionados a experiencias con el sistema de salud: *“(…) Habían dejado su familias y comunidad familiar para venir y habitar entre extraños que en su mayoría no eran indígenas, y que cuidaban de ellos con poca comprensión o conocimiento de sus protocolos culturales. Fue una situación aterradora y estresante, especialmente para aquellos experimentando la hospitalización por primera vez”*.

PROCESO DE MUERTE

“Acá se respeta mucho el silencio, llevan sus pésames, acompañan a los familiares y al muerto, al día siguiente hacen la misa acompañamos y llevamos al cementerio después a los familiares se los lleva al río, los bañan en el río, hablan con la madre Dojura buena para que lleve esos pesares río abajo y ya no pongan a darle más desgracias en la familia”.

El proceso de cristianización, violencia y mestizaje al que se ha visto sometido el pueblo Embera y muchas de las poblaciones indígenas colombianas, llevó a un proceso de aculturación donde tomaron muchas de las costumbre cristianas y las adoptaron como propias sin embargo aún continúan algunos ritos de sus cultura Embera como lo son el ritual familiar en el río que se han mantenido a través de la tradición oral.

Esto difiere de lo encontrado por Luis Guillermo Vasco (1970):

“El muerto era envuelto en una tela de corteza de árbol, llevado al cementerio indígena y enterrado con algunas de sus pertenencias. La tumba era de foso con una bóveda lateral, en el fondo de la cual se depositaba el cadáver encima de una esterilla de guadua. Luego quemaban la casa del muerto o, al menos, la abandonaban (esta costumbre se conserva, según referencias, en la zona de Canchibare). Y los familiares se entregaban a una pena profunda. Lloraban y se negaban a comer”.

Sanchis (2017): El propósito del ritual de enterramiento es el de llevar de una forma sana el proceso del duelo. Los rituales y los símbolos ayudan a reducir la ansiedad; por ese motivo el funeral también tiene efectos terapéuticos: ayuda a los familiares a aceptar que la persona muerta no volverá nunca más. (Trabajo de grado doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.

CUANDO SE ESPERA LA MUERTE

“Me gustaría esperar a sentirlo, vi morir a mi abuelita ella sufría para no dejar de respirar, ese dolor en su mirada, esos ojos de no querer dejar este mundo y el dolor de mi mamá al querer darle vida”. Aquí se retoma la necesidad de los cuidados paliativos, la necesidad que expresan los familiares de no ver morir a un familiar sufriendo, de evitar la muerte a toda costa. *“sí a mi hijo le volviera a suceder eso o alguien de la familia o inclusive a uno y me dijeran tanto tiempo le queda, que se lo que dios quiera. A mí me dijeron que si no seguía al tratamiento de 6 a 8 meses podría volver a recaer mi hijo, es muy duro ver a la persona que uno ama en esas, los últimos días me gustaría de mucho amor mucho cuidado”*.

Gómez et al., (2010) considera *“Comúnmente se asocia el hecho de morir con dignidad cuando no existe dolor ni otros*

síntomas relevantes. Pero hay que tener en cuenta otros factores igualmente importantes, como la presencia de sus seres queridos y en un entorno amable”

CONCLUSIONES

La comunidad Embera Chamí de Cristianía ha estado expuesta a múltiples procesos de aculturación: el proceso de cristianización y su cercanía con dos comunidades occidentales. Por este motivo, sus habitantes acogieron muchas de las costumbres cristianas, a su vez, algunas tradiciones propias Emberás se han mantenido a través de la tradición oral.

No es fácil abordar esta clase de población sin llegar a extremismos que los perjudiquen. Esta historia nos permite justificar la importancia que tiene la cultura en aspectos tan importantes como salud, para después entrar a intervenir desde la enfermería paliativista comprendiendo las necesidades culturales desde la medicina tradicional y como acercarse a brindar cuidados, es necesario entonces ampliar esta investigación pues la informante manifestó muchas veces las necesidades paliativas que tiene con su núcleo familiar.

La hospitalización especialmente en las unidades críticas está estructurada en protocolos muy estrictos que el personal de enfermería debe seguir dadas las políticas institucionales; Esto afecta la atención en salud pues se deja de lado la connotación cultural, provocando desacuerdos, desconfianza y angustia entre los cuidadores, lo que conlleva a que el proceso se vea afectado y que el transcurrir de la hospitalización sea traumático para ambas partes. Los modelos de atención en salud deben centrarse en el individuo pero sin dejar de lado su familia.

Desde la medicina occidental se deben

idear medidas que no dejen de lado el enfoque cultural tan importante en la cosmovisión, factores como la cercanía de los municipios de Andes y Jardín han permitido que esta comunidad tenga disponibilidad de acceder a servicios de salud occidentales y esto es algo que se debe aprovechar como modelo a seguir con otras comunidades.

El presente trabajo como profesionales de salud permitió un acercamiento cultural enriquecedor identificando la diversidad cultural de los pacientes en el contexto colombiano al que se ven enfrentados, las costumbres y la cosmovisión. El generar empatía y comprender la situación del otro ayuda a ampliar las perspectivas de manejo con respecto al cuidado paliativo, llegando a acuerdos culturales que beneficien la salud de la población indígena.

LIMITACIONES

Una limitación que se encontró durante la realización de la entrevista es el tiempo limitado de la familia para participar y la disponibilidad de tiempo de las investigadoras.

BIBLIOGRAFÍA

- Berner, P., & Gordon, S. (1996). Caring practice and caregiving; 40-55 Citado por Melguizo Herrera, E., & Alzate Posada, M. L. *Creencias y prácticas en el cuidado de la salud*. 26(1), 112-123 23460261 01214500. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v26n1/v26n1a12.pdf>.
- Cardona-Arias, J. A. (2012). Sistema médico tradicional de comunidades indígenas Emberá-Chamí del Departamento de Caldas-Colombia. *Revista de Salud Pública*, 14(4), 630-643. Recuperado de http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&t&pid=S0124-00642012000400008&lng=en&tlng=en.
- Cardona-Arias, J. A., Rivera-Palomino, Y., &

- Carmona-Fonseca, J. (2015). Expresión de la interculturalidad en salud en un pueblo emberá-chamí de Colombia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(1). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000100008&lng=es&tlng=es.
- El Bouchaibi Dali, I. (2013). Los cuidados paliativos transculturales: Una visión universal de los cuidados. *Medicina Paliativa*, 20(2), 74-74.
 - Expósito Concepción, Y. (2008). La calidad de vida en los cuidadores primarios de pacientes con cancer. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 7(3). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000300004&lng=es&tlng=es.
 - Fernández, L. S. (2017). *Afrontamiento del miedo a la muerte*. Doctoral dissertation, Madrid: Universidad Complutense
 - Gala, F. J., Lupiani, M., Raja, R., Guillén, C., González, J. M., Villaverde, C., y Alba, I. (2002). Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual. *Cuadernos de Medicina Forense*, 30, 39-50.
 - Gómez-Sancho, M., Altisent, R., Bátiz, J., Ciprés, L., Corral, P., González-Fernández, J. L., Herranz, J.A., Rocafort, J., & Rodríguez-Sendín, J. J. (2010). Atención médica al final de la vida: Conceptos. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 17(3), 177-179. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v17n3/especial.pdf>.
 - Herrero Jaén, S. (2016). Formalización del concepto de salud a través de la lógica: Impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. *Ene*, 10(2). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000200006.
 - Mbuzi, V., Fulbrook, P., & Jessup, M. (2017). *Indigenous peoples' experiences and perceptions of hospitalisation for acute care: A metasynthesis of qualitative studies*. *International Journal of Nursing Studies*, 71, 39-49. DOI: doi-org.ezproxy.unbosque.edu.co/10.1016/j.ijnurstu.2017.03.003
 - Ministerio del Interior, Dirección de Asuntos Indígenas, Rom y Minorías. (2017). RESGUARDOS 2017 | datos abiertos colombia. Recuperado de <https://www.datos.gov.co/dataset/RESGUARDOS-2017/3ezv-gz3c>.
 - Organización Mundial de la Salud. (2006). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. 45. Ginebra: OMS. Recuperado de http://www.who.int/governance/eb/who_constitutio_n_sp.pdf.
 - Oviedo C., María del Pilar, Hernández Q., Andrea, Mantilla U., Blanca P., Arias P., Karen N., & Flórez G., Nieves Z. (2014). Comunidades Embera y Wounaan del departamento de Chocó: prácticas de cuidado durante el proceso de gestación. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 32(2), 17-25.
 - Pargament, K. I., & Brant, C. R. (1998). Religion and coping. In H. G. Koenig (Ed.), *Handbook of religion and mental health* (pp. 111-128). San Diego, CA, US: Academic Press. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/B978-012417645-4/50075-4>.
 - Pargament, K. I y Brant, C. R. (1998). Religion and coping. *Handbook of religion and mental health*, pp. 11-128, citado por Yoffe, L. (2007). Efectos positivos de la religión y la espiritualidad en el afrontamiento de duelos. *Psicodebate*, 7, 193-206.
 - Rienda, V. S. (2011). Ciencia y religión: visiones y manejo emocional de la muerte y el duelo (Science And Religion: Views And Emotional Management Of The Death And Of The Grieving Process). *Revista de Humanidades*, (18), 49-64.
 - Roy C. Human Information Processing. 1988; 6:237 - 262. Annual Review of Nursing research, Springer Publishing Co. Citado por: Gutiérrez, M. d. C. (2007). In Panamericana Formas e Impresos, S. A (Ed.), *Adaptación y cuidado en el ser humano: Una visión de enfermería* (1st ed.). Bogotá - Chía, Colombia: Manual Moderno.
 - Sanchís Fernandez, L. (2018). *Afrontamiento del miedo a la muerte*. Tesis doctoral, Madrid. Universidad Complutense. Recuperado de <https://eprints.ucm.es/49449/1/T40309.pdf>.
 - Suárez Rienda, V. (2010). Ciencia y religión: Visiones y manejo emocional de la muerte y el duelo. *Revista De Humanidades*, (18), .64. DOI: <http://10.5944/rdh.18.2011.12879>.
 - Vasco, L. G. (1975). *Los Chamí: la situación del indígena en Colombia* 1, 1-146. Margen Izquierdo. Recuperado de <http://www.luguiva.net/admin/pdfs/Los%20Chami.%20La%20situacion%20del%20indigena%20en%20Colombia.pdf>.
 - Vasco, L. G. (1985). In Textos Universitarios (Ed.), *Jaibanás. los verdaderos hombres* (1st ed.). Bogotá: Fondo de Promoción de la Cultura del Banco Popular.
 - Vasco, L. G. (1990) El indio y la tierra. Guion para una conferencia en la Semana del Medio Ambiente, Bogotá: Departamento de Geografía. Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de <http://www.luguiva.net/admin/pdfs/EL%20INDIO%20Y%20LA%20TIERRA.pdf>.

Moldear el cuerpo como práctica de cuidados: el waltha-chumpi (niño-bulto) entre los inmigrantes bolivianos

Molding body as a care practice: waltha-chumpi (bundle child) among bolivian immigrants

Moldando o corpo como uma prática de cuidado: el waltha-chumpi (criança envolvida) entre os imigrantes bolivianos

María Teresa Roldán Chicano¹, María del Mar García López², José Antonio Vera Pérez³, Ruth Dávila Martínez⁴

¹Doctora en Enfermería. Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena. Universidad de Murcia

²Master en Ciencias de la Enfermería. CS Barrio Peral. Área de Salud 2 del Servicio Murciano de Salud. Universidad de Murcia

³Doctor en Enfermería. Hospital General Universitario los Arcos. Universidad de Murcia

⁴Máster en Geriatría y Gerontología y máster en Prevención de Riesgos Laborales. Servicio Murciano de Salud

Cómo citar este artículo en edición digital: Roldán Chicano, M^a. T., García López, M^a. M., Vera-Pérez, J. A., & Dávila Martínez, R. (2019). Moldear el cuerpo como práctica de cuidados: el waltha-chumpi (niño-bulto) entre los inmigrantes bolivianos. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 23 (54). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.54.28>

Correspondencia: Calle Muro, n.º12. Barrio de la Concepción. CP 30205. Cartagena. Murcia

Correo electrónico de contacto: maiterolchi3@gmail.com

Recibido: 20/12/2018; Aceptado: 12/04/2019



ABSTRACT

Objective: To analyze *el chumpi*, a Quechua baby body care cultural practice during the first year of life.

Method: Qualitative study based on ethnography and grounded theory procedures.

Muestra: 27 inmigrantes bolivianos. Las estrategias para recoger datos fueron las entrevistas en profundidad y la observación participante. Los datos se categorizaron y ordenaron en esquemas lógicos manualmente y a través del programa

ATLAS-ti v.5.

Results: *El chumpi* makes newborns transport easier and protects them from the cold of the Andean region while being carried by their working mothers. However, we found that this practice remains among Bolivian immigrants in southeast Spain.

Conclusions: Quechua worldview motivations lead Bolivian women to continue practising *el chumpi* in destination countries. *El chumpi molds the body and the character of the infant so that a strongly wrapped child will be strong. El chumpi, a practice of*

care, becomes a cultural identity sign. *El chumpi* generates controversial situations within the health sphere.

Keywords: Pediatric Nursing, neonatal nursing, body modification non-therapeutic, cultural competency.

RESUMO

Objetivo: Analisar o chumpi, uma prática cultural de cuidado corporal do bebê Quechua durante o primeiro ano de vida.

Método: Estudo qualitativo baseado em procedimentos de etnografia e teoria fundamentada.

Amostra: 27 imigrantes bolivianos. As estratégias para coletar os dados foram entrevistas em profundidade e observação participante. Os dados foram categorizados e ordenados em esquemas lógicos manualmente e através do programa ATLAS-ti v.5.

Resultados: O chumpi facilita o transporte de recém-nascidos e protege-os do frio da região andina enquanto são transportados por suas mães trabalhadoras. No entanto, descobrimos que essa prática é mantida entre os imigrantes bolivianos no sudeste da Espanha.

Conclusões: As motivações da visão de mundo quechua levam as mulheres bolivianas a continuar praticando o chumpi nos países de destino. O chumpi molda o corpo e o caráter do bebê, de modo que uma criança bem embrulhada é forte. O chumpi, uma prática de cuidado, torna-se um sinal de identidade cultural. O chumpi gera situações controversas dentro da esfera da saúde.

Palavras chave: Enfermagem pediátrica, enfermagem neonatal, modificação corporal não terapêutica, competência cultural.

RESUMEN

Objetivo: Describir el “chumpi”, una práctica de cuidados a niños de hasta un año de edad propia del ámbito cultural quechua.

Método: Diseño cualitativo basado en el método etnográfico y teoría fundamentada.

Muestra: 27 inmigrantes bolivianos. Las estrategias para recoger datos fueron las entrevistas en profundidad y la observación participante. Los datos se categorizaron y ordenaron en esquemas lógicos manualmente y a través del programa ATLAS-ti v.5.

Resultados: El chumpi facilita el transporte de los recién nacidos y los protege del frío de la cordillera andina mientras la madre los transporta y trabaja, pero descubrimos que esta práctica se sigue desarrollando por inmigrantes bolivianos en el Sureste de España.

Discusión y Conclusiones: Motivaciones relacionadas con la cosmovisión quechua llevan a las mujeres bolivianas a seguir practicando el chumpi en los países a los que emigran. El chumpi moldea el cuerpo y el carácter del lactante de forma que un niño envuelto fuerte será fuerte. El chumpi, una práctica de cuidados, se convierte en una práctica cultural identitaria que puede generar situaciones conflictivas en el ámbito sanitario.

Palabras clave: Enfermería pediátrica, enfermería neonatal, modificación del cuerpo no terapéutica, competencia cultural.

INTRODUCCIÓN

En este trabajo nos aproximaremos a una práctica de cuidados a los recién nacidos, *el chumpi*, muy arraigada en la zona cultural y lingüística quechua, (que abarca parte de la zona andina de Colombia Ecuador, Perú, Bolivia, Chile y Argentina). El chumpi consiste en el fajado de todo el cuerpo de los

lactantes que a veces se puede prolongar hasta después del año de edad.

En Bolivia hay 36 pueblos indígenas reconocidos, los más numerosos son el quechua y el aymara, que suelen pertenecer al área de los Andes occidentales (Sichra, 2009). El colectivo de inmigrantes bolivianos es muy heterogéneo, sus integrantes provienen de diferentes grupos étnicos (quechuas, aymaras, guarayos etc.), y traen consigo un amplio abanico de recursos relacionados con los cuidados en la salud y la enfermedad, que, en ocasiones, como es el caso de la práctica del “chumpi”, son difíciles de legitimar desde el ámbito sanitario.

El fajado de los recién nacidos es una práctica antigua extendida en diferentes culturas alrededor del mundo (Lipton *et al.*, 1965). En el siglo XIX, el discurso médico sobre el fajado se vuelve categórico, desaconsejando la práctica en muchos casos. (Lipton *et al.*, 1965; Gélis, 1991; Pinard, 1913). Hoy en día existe evidencia de que la práctica puede ser beneficiosa en algunas circunstancias (Franco *et al.*, 2005; Ridell *et al.*, 2011; van Sleuwen *et al.*, 2007), si bien la mayor parte de la investigación biomédica desaconseja su práctica de forma rutinaria (van Gestel *et al.*, 2002; Bystrova *et al.*, 2007; Sleuwen *et al.*, 2007; Nelson 2017), ya que envolver de forma continua al niño podría asociarse con problemas en la lactancia materna (Genna & Barak D, 2010) y mayor riesgo durante los primeros meses de enfermedad respiratoria, displasia de cadera o sobrecalentamiento (Sleuwen *et al.*, 2007;

Nelson 2017).

Resulta de interés analizar con profundidad este tipo de prácticas porque la forma en la que cuidamos nuestros cuerpos refleja aspectos de nuestra cultura que trascienden el ámbito práctico, y que en el caso del chumpi se relacionan con la conciencia naturalista y profundamente rural del pueblo quechua, sus señas de identidad y los valores y creencias de este colectivo respecto a la fisionomía y carácter deseable en los miembros de su colectivo. En esta investigación nos planteamos describir la práctica del chumpi entre los inmigrantes bolivianos residentes en la Región de Murcia y explorar las lógicas socioculturales y condicionantes estructurales y sociales que subyacen en esta práctica.

METODOLOGÍA

Para explorar las creencias, valores y representaciones que rodean la práctica del chumpi, se desarrolló un enfoque metodológico cualitativo de carácter interpretativo, en el que se utilizaron la Etnografía y la Teoría Fundamentada (Corbin & Strauss, 2008) como principales estrategias metodológicas.

Los datos se obtuvieron a partir de entrevistas en profundidad y observación participante realizadas entre agosto de 2009 y agosto de 2015 a 27 inmigrantes bolivianos procedentes de los departamentos de Cochabamba, Santa Cruz, La Paz, Oruro y el Beni (Tabla 1).

TABLA 1: Características sociodemográficas de los informantes. Cartagena, Región de Murcia, España, 2015

ID	Departamento	Origen urbano o rural	Autoidentificación con grupo étnico	Edad	Sexo
I* 1	Cochabamba	Rural	Sí, quechua	35	H †
I 2	Oruro	Rural	No	30	H
I 3	Cochabamba	Rural	No	29	H
I 4	Cochabamba	Urbano (Cochabamba)	Sí, quechua	33	H
I 5	Santa Cruz	Urbano (Santa Cruz)	Sí, guaraní	27	H
I 6	Cochabamba	Urbano (Cochabamba)	No	21	M ‡
I 7	Cochabamba	Urbano (Sacaba)	Sí, quechua	50	M
I 8	Cochabamba	Urbano (Sacaba)	Sí, quechua	55	H
I 9	Cochabamba	Urbano (Sacaba)	No	30	M
I 10	Cochabamba	Urbano (Sacaba)	Sí, quechua	31	M
I 11	Cochabamba	Rural (Punata)	No	27	H
I 12	Cochabamba	Rural	Sí, quechua	37	H
I 13	Cochabamba	Urbano (Cochabamba)	No	20	M
I 14	Cochabamba	Urbano (Cochabamba)	No	22	M
I 15	La Paz	Urbano (Quime)	No	20	M
I 16	La Paz	Urbano (Quime)	Sí, aymara	20	H
I 17	La Paz	Urbano (Quime)	No	22	M
I 18	Cochabamba	Rural	No	21	M
I 19	Cochabamba	Urbano (Sacaba)	Sí, quechua	24	M
I 20	Santa Cruz	Urbano (Santa Cruz)	No	40	M
I 21	Cochabamba	Urbano (Vinto)	Sí, quechua	27	M
I 22	Cochabamba	Urbano (Vinto)	No	30	M
I 23	El Beni	Urbano (Trinidad)	No	34	H
I 24	Santa Cruz	Urbano (Santa Cruz)	Sí, guarayo	35	M
I 25	Santa Cruz	Urbano (Santa Cruz)	No	30	H
I 26	Cochabamba	Urbano (Cochabamba)	Sí, quechua	40	M
I 27	Cochabamba	Urbano (Cochabamba)	Sí, quechua	43	M

I*: Informante; H†: Hombre; M ‡: Mujer

El acceso a los informantes se realizó a través de un muestreo en cadena o en bola de nieve. Las entrevistas y la observación participante se realizaron en diferentes ciudades de la Región de Murcia (Cartagena, Totana, Lorca, Jumilla y Murcia), y en diferentes escenarios parques, locutorios etc., si bien fue el entorno doméstico el que permitió la recogida de una información más rica sobre El chumpi (discurso, observación participante y documentos gráficos sobre la práctica). La observación participante realizada al igual que las entrevistas desarrolladas fueron disminuyendo progresivamente su grado de estructuración o estandarización, de forma que el muestreo teórico determinó que en las últimas etapas del trabajo de campo la recogida de datos fuera muy dirigida, y tuviera como objetivo principal contrastar algunos temas conceptos y categorías.

Para codificar y ordenar los datos, se utilizó el programa informático ATLAS-ti v.5, posteriormente y con carácter manual se procedió a la agrupación de códigos a partir de sus dimensiones y construcción de las categorías. En torno a las categorías (que representan los fenómenos relacionados con la práctica del *chumpi* que tienen carácter explicativo), se construyeron las líneas de reflexión o ejes que se muestran en el apartado resultados.

Todos los participantes fueron informados, tanto sobre el perfil e intereses de la investigadora que recogía los datos (grabación de entrevistas, fotografías, toma de notas), como sobre las características del proyecto de investigación (la forma en la que se iban a recoger los datos, los posibles

riesgos y los beneficios de participar y de qué manera la información obtenida se mantendría confidencial). A través de esta información se aseguró que aquellos que dieron su consentimiento a participar tenían valores, intereses y preferencias compatibles con este proyecto de investigación. La información fue dada de forma clara y comprensiva y se les notificó los datos de contacto (teléfono y correo electrónico) de la investigadora principal en el caso de que decidiesen retirarse del estudio.

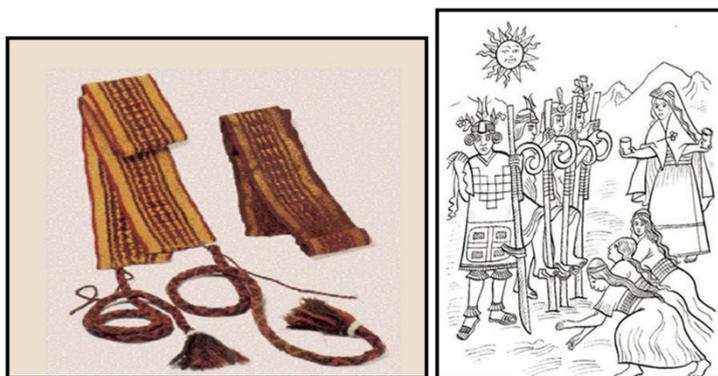
Con el objeto de fortalecer la validez del estudio, se realizó una triangulación de los datos entre la investigadora principal y otros dos investigadores. Se presentó un análisis preliminar de los resultados a 1 de las informantes que más información había aportado sobre la práctica del *chumpi* para determinar si compartía y aprobaba las descripciones e interpretaciones realizadas.

RESULTADOS

EL CHUMPI EN EL CONTEXTO DE ORIGEN

La palabra *chumpi* en quichua significa *cinta o faja que se ciñe a la cintura*, y es una prenda que forma parte de la vestimenta tradicional del colectivo lingüístico y cultural quechua. Figura 1.

FIGURA 1: Origen precolombino del Chumpi



Imágenes de chumpis: (Derecha) fotografía de chumpis incas encontrados en un yacimiento arqueológico (Sciarffia, 2006). (Izquierda) grabado de incas trabajando la tierra, las mujeres visten a la cintura el chumpi (Poma de Ayala, 1615)

Según muestran las investigaciones arqueológicas (Aldunate del Solar, 2001) y las descripciones de los primeros cronistas (Cobo, 1653; Guaman-Poma de Ayala, 1616), esta prenda tiene orígenes precolombinos, y se sigue utilizando en la actualidad como elemento ornamental en la vestimenta tradicional quechua, y como útil ligado al autocuidado del cuerpo. El chumpi se utiliza como refuerzo lumbar en el trabajo (Hoces de la Guardia & Rojas, 2000), en los partos para ayudar a empujar a la madre (The Word Conservation Union.org. Grupo Randi Randi, 2004) durante el puerperio para “que el útero no se mueva de su sitio”, y con los recién nacidos para fajarlos (Ortiz, 2002).

De todas estas funciones, los informantes entrevistados sólo identificaron la que está ligada a la vestimenta del recién nacido.

La técnica del chumpi: prendas

En el contexto de origen se utilizan 4 trozos

de tela de yute, o de lana de llama de color beige, sin embargo, en España, tal y como se observa en la figura 2, las prendas utilizadas se adaptan a las disponibles en el nuevo contexto.

1.-Un trozo con forma de triángulo que se utiliza para envolver la cabeza del niño denominada *umapaño*, (utilizamos el término que utilizó nuestra informante y que parece una unión de los términos **uma**, que en quechua significa cabeza, y **paño**, que en castellano haría referencia a un paño o trozo de tela).

2.-Un trozo más pequeño que cubre genitales y glúteos, para recoger orina y heces.

3.-Un trozo de tela más grande que cubre a todo el niño.

4.-Un trozo de tela larga y estrecha con la que se envuelve al niño, a esa faja es a la que llaman *Chumpi*.

FIGURA 2: Técnica del chumpi



FUENTE: Elaboración propia. Cartagena (2009)

Moldear recién nacido: "Niño fuerte" - "niño duro". El Chumpi como señal de identidad

El recién nacido es percibido como un ser humano inacabado, frágil y moldeable; como si estuviera hecho de barro o de cera, su cuerpo adaptará la forma que la faja o chumpi le imponga durante los primeros meses, a veces incluso hasta después del año de vida. Esta noción de "ser humano

moldeable" en el colectivo del área geocultural quechua se basaría en una percepción compartida sobre la capacidad de este grupo de *dar forma al entorno*, ya que estamos hablando de un grupo étnico con un profundo sentido naturalista de vida, que "trabaja" y "moldea" la tierra como sustento de vida, y que suele habitar entornos poco industrializados en los que el trabajo manual y artesanal todavía no ha sido sustituido por

las manufacturas.

Cuando preguntamos a los informantes que porqué hacen el chumpi éstos nos suelen responder que, si se “enchumpa” a los lactantes éstos crecen más fuertes, más duros para el trabajo, pueden caminar antes y se mantienen calientes.

I 19: El chumpi... es muy bueno...Porque está el niño ahí..., duro...

I 1: Se envuelve al niño para que crezca duro, duro para trabajar.

I 21: Les envuelven así, de las manos a los pies hacia atrás...para que el bebe crezca dicen..., según dicen para que sean duros sus pies, y para que pueda caminar bien..., (...) si, es que cuando les amarran así, sus manos mismo no son débiles cuando son pequeñitos...

I10: ..., al niño se le pone más recta la espalda y el cuerpo tieso...por lo menos hasta los 6 u 8 meses..., y algunos hasta el año y medio..., mi hermano me acuerdo que lo pedía “¿no me vas a poner mi chumpi?...”, se traía su chumpi y su mantita y decía...envuélvame que así duermo calentito y no me muevo..., claro eso está muy bien porque no se mueve..., están tiesos ahí... se traía su chumpi arrastrando y decía mama...

El cuerpo del lactante, después de ser fajado, queda según los informantes “recto”, “tieso” y “duro”, y esa dureza que perciben al tocar al niño es la que esperan que adquiera su futura fisionomía (Platt, 2006). Esta forma de pensamiento, en la que lo semejante produce lo semejante (si el niño está duro, será duro), nos recuerda a las descripciones de Frazer sobre la “magia imitativa” (Frazer, 1944).

Las prácticas realizadas durante los primeros años de vida dirigidas a conformar una arquitectura corporal determinada han sido o son realizadas por diferentes grupos culturales alrededor del mundo. En la cultura incaica precolombina, destacan los restos arqueológicos de cráneos que se deformaban desde el nacimiento con el objeto de diferenciar a los individuos de determinadas castas sociales, y que según Torres-Rouff servía para crear una identidad comunitaria, lo que refleja la naturaleza social de esta práctica, ya que la deformación intencionada de los cráneos se basaba en ideas socialmente construidas sobre la identidad (Torres-Rouff, 2007).

En relación al chumpi como señal identitaria, algunos informantes de origen étnico diferente al quechua (*guarayos* del departamento de Santa Cruz - autoidentificados como *cambas*) argumentaron que el chumpi es propio de “*collas*”, que tienen las piernas “*chuecas*” (en *genu varum*) debido al fajado durante la niñez. La dualidad *camba-colla* puede haberse fortalecido desde el inicio de ciertas tensiones político-económicas de Bolivia, que han desembocado en una división en función del origen departamental de los bolivianos. Los originarios de los departamentos orientales (Beni, Santa Cruz etc.) ricos en petróleo y que votaron por la independencia de su región, pertenecerían a una supuesta “nación *camba*” diferente a la “nación *colla*” (compuesta por los habitantes de la zona del este de Bolivia, a la que los incas dieron originariamente el nombre de *Kollasuyo*). Esta división resulta de un reduccionismo sin fundamento que aglutina a quechuas, aymaras, ururs etc..., en la categoría “*colla*” y que obvia el mismo origen multiétnico de los “*cambas*”.

Waltha-chumpi: niño bulto

En quichua el vocablo *chumpi* se asocia en numerosas ocasiones a la palabra *waltha* cuyo significado es bulto o atado. Esta asociación de conceptos nos lleva a la imagen de un *niño-bulto* que se puede manejar fácilmente.

*I 12: es como si sostuvieras un objeto ... así...
no se lastiman las manos ni los pies*

En la zona andina, contexto de origen de esta práctica, al *chumpi* a los recién nacidos se les protege del frío y se facilita su carga y transporte, sin necesidad de que la madre trabajadora esté preocupada de que los miembros del lactante estén “suelos” y puedan lesionarse, pero en España y en concreto en la Región de Murcia, los recién nacidos no se exponen a las bajas temperaturas de la cordillera andina, ni sus madres, (exceptuando al grupo étnico otavalo de origen ecuatoriano), llevan consigo a sus hijos recién nacidos mientras trabajan. Las funciones del *chumpi* se reducen en el nuevo contexto a las relacionadas con el autocuidado del recién nacido, y desde nuestro punto de vista esta función de autocuidado irá paulatinamente desapareciendo, debido al proceso de aculturación a la que están avocadas la

mayoría de las prácticas, creencias y valores relacionadas con el proceso de salud-enfermedad-atención que están fuera de la lógica de la biomedicina.

EL CHUMPI EN ESPAÑA

El *chumpi* se oculta: las “madres modernas” y los profesionales sanitarios

Según De Mause sujetar al niño con diversos tipos de trabas era una práctica muy común en Europa. Entre las madres trabajadoras era muy frecuente la práctica de envolver a los niños y colgarlos de un clavo para poder ser vigilados mientras la madre trabajaba “se les tenía horas acostados detrás del horno caliente, colgados en ganchos clavados de las paredes, metidos en cubas y, en general, se les dejaba como un paquete en cualquier rincón” (De Mause, 1991). En Europa incluso existía la creencia de que las comadronas podían moldear el cuerpo del bebé cuando este nacía, “...*Se le aprieta la cabeza para darle la forma que se le ocurra a la comadrona; y se le mantiene en ese estado mediante la presión debidamente ajustada*” (Vigarello, 2005).

El modelaje del cuerpo, incluso las deformaciones voluntarias del cráneo utilizando mantos y capillos se realizaron en Europa hasta el SXIX (Figura 3),

FIGURA 3: representaciones escultóricas y pictóricas sobre el fajado del recién nacido en Europa (SV adC- SXVII ddC)



- 1.-Figura griega SV adC (Fuente Demause Historia de la infancia)
- 2.-Pintura italiana S. XV (Fuente Historia de la Infancia)
- 3.-Pintura inglesa SXVI (Fuente Demause Historia de la Infancia)
- 4.-Escultura italiana SXVI (Ospedale degli Innocenti, Florencia)
- 5.-Pintura española SXVII (La adoración de los magos-Velázquez)
- 6.-Pintura francesa SXVII (El recién nacido-Georges de la Tour)

si bien a partir del SXVI, existe un cambio de actitud respecto a la infancia, que aparece reflejado sobre todo en el discurso literario y médico que convierte en símbolo “los fajos” puesto que privan de libertad corporal al recién nacido (Gélis, 1991). El fajado de los niños fue un motivo de educación hacia las madres y niñeras. En el libro de Pinard “La Puericultura de la primera edad” (Pinard, 1913) se instruye a las madres sobre “la envoltura” de los lactantes, desaconsejando las “envolturas ajustadas”: “Cualesquiera que sean los vestidos que tengamos a nuestra disposición, no debemos olvidar jamás que su papel, para con los recién nacidos, es preservarlos del frío o de los grandes calores — dejándoles al mismo tiempo la libertad de sus movimientos”.

En este manual se introduce el “*vestido francés moderno*” (similar al actualmente utilizado en occidente), como una innovación a la que sólo tenían acceso algunos privilegiados.

El chumpi fue identificado por algunos informantes como una práctica propia del ámbito rural, que tiene una relación conflictiva con la idea de “madre moderna” y que es desaconsejada por los profesionales sanitarios. El chumpi es una práctica de cuidados domésticos que contradice los criterios de la biomedicina, los profesionales sanitarios la desaconsejan y si “regañan” a las madres, el chumpi se oculta, deja de visibilizarse en las consultas de los pediatras y enfermeras y se lleva a la práctica en la

intimidad del ámbito doméstico.

I21: ...yo soy madre moderna, antes yo no creía en esas cosas, pero al tener a mi hija ya he comprobado..., lo he visto..., porque en Cochabamba en el centro ya no les suelen envolver porque allá no les hacen el chumpi..., y son más débiles..., se caen más..., o sea y se nota entre un crío que ha sido envuelto y otro que no.

I1: El chumpi lo hicimos con el primer hijo, al resto no..., porque los médicos nos dijeron que no había que hacer eso..., nos han enseñado que hay que dejar los paños..., y que hay que manejar bien..., nosotros los poníamos a veces pero más suave y no seguido, no todos los días..., y ya no apretamos mucho porque si aprietas mucho es como un maltrato, con las enfermeras dimos unas clases y aprendimos un poco ya...

I19: Si, porque yo te puedo decir si, si, si ..., pero yo crío a mi manera...(..)por ejemplo, allí en Bolivia el médico me decía que no teníamos que envolver al niño....., no hay que chumpirle al niño..., pues allá nos regañan...,el médico nos regaña: “Que cómo has envuelto al niño así”, “que no le vas a dejar desarrollar los huesos”...,entonces mi madre me llegaba y me decía...ese niño tiene que estar envuelto...(....) yo siempre le he envuelto a mi hijo... aunque el médico dijera “Que los niños no desarrollan”, “que los niños tienen que estar libres”..., “que tienen que poder agilizarse”..., (...).Sólo para ir al médico lo desenvolvía

I17: Al pediatra lo hemos llevado una vez, pero antes de entrar por la puerta le quitamos las vendas, no más, antes de entrar por la puerta le quitamos todo para que no nos riña.

E: ¿Y cómo sabe que le va a reñir?

I17: En Bolivia tampoco querían que envolviéramos a los niños..., no sé...

**El chumpi “ya no hay quien lo haga”.
Desaparición de prácticas de autocuidado**

La técnica del chumpi requiere de cierta habilidad y experiencia, algunos de los informantes identificaron a familiares cercanos, sobre todo abuelas de los recién nacidos que también habían emigrado, como sujetos activos que enseñaban a las madres y realizaban el chumpi a sus nietos.

Si el proyecto migratorio no se desarrolla con la ayuda de una red social de apoyo sólida, muchos de los recursos relativos a cuidados domésticos que pueden aportar madres y personas de edad que no emigran se quedan en Bolivia. Aunque las llamadas telefónicas para dar consejos, y las encomiendas con medicamentos y comida son frecuentes, hay prácticas relacionadas con habilidades manuales que se pierden en el nuevo contexto.

DISCUSIÓN- CONCLUSIONES

La práctica del *chumpi*, al igual que cualquier otra forma de atención a la salud o la enfermedad que se instale fuera de la lógica de los criterios de la evidencia científica, supone para el profesional sanitario, que se ha formado en las recomendaciones de protocolos, guías de práctica clínica y sumarios y sinopsis de evidencias un desafío.

Desde el ámbito sanitario existe la tendencia a categorizar las prácticas de autoatención del sujeto en buenas o malas, en función de su adhesión a los presupuestos científicos (Menéndez, 2005). Esta crítica, fundamentalmente vertida hacia el modelo biomédico no tendría que extenderse, al menos teóricamente, hacia la Disciplina Enfermera, que ha logrado incorporar en su proceso de construcción disciplinar un modelo social de cuidados que aborda, no sólo el impacto de factores biológicos en los procesos de salud-enfermedad, sino también aquellos que

producen factores culturales y socioeconómicos.

En la actualidad el corpus de conocimiento de la Disciplina Enfermera cuenta con herramientas teóricas que facilitan los Cuidados Culturalmente Competentes (Leininger, 2002), y que posicionan a la Enfermería lejos de las actitudes de subestimación, descalificación o exclusión para todas aquellas iniciativas que emprenden la atención a la salud fuera del ámbito de la prescripción médica. Si realmente la disciplina enfermera, se apoya en un paradigma científico más amplio que el puramente biologicista, tiene que entender el proceso de autocuidado más allá de la mera instrumentalización de la motivación del individuo para asegurar la adherencia a la terapéutica prescrita.

En el caso del chumpi, la posibilidad de facilitar unos *cuidados de acomodación o negociación* (Leininger, 2002), dependerán en primer lugar de la visibilidad de la práctica. Si conseguimos corregir las asimetrías de poder existentes en el ámbito clínico, desarrollando un clima de respeto y evitando una actitud de superioridad en el encuentro con el inmigrante, lograremos en primer lugar evitar que éste nos oculte las formas de atención a la salud y la enfermedad que desarrolla en el ámbito doméstico.

Una vez que éstas se hacen visibles, es necesario que el profesional sanitario analice los beneficios que el individuo o grupo social atribuye a la práctica, las ventajas de una práctica de cuidado se relacionan de forma directa con el contexto en el que se inserta y tuvo origen, en el caso del chumpi la necesidad de proteger al recién nacido a las bajas temperaturas y facilitar su carga para la madre trabajadora, son beneficios que no son necesarios en el nuevo contexto, y que el profesional sanitario debe analizar

con la madre o cuidador.

Cuando los beneficios que identifican los informantes (su capacidad de moldear y fortalecer la anatomía y el carácter del lactante), y su función sigue siendo considerada útil en el nuevo contexto es necesario integrar en el diálogo con el inmigrante el punto de vista del profesional de enfermería. Si nuestra experiencia y la evidencia científica nos dicen que la práctica del chumpi puede provocar hipertermia en climas cálidos, disminución de la capacidad de exploración del entorno, deformación de las articulaciones, flacidez y falta de tono en los músculos debido a la inactividad etc..., hemos de ser capaces de desarrollar nuestros argumentos desde la *sensibilidad* (Castrillon, 2015; Lillo, 2006). Por muy documentadas y contrastadas que sean nuestras razones, éstas se enfrentan a formas de pensamiento que, sin ser irracionales, operan dentro de la lógica de las creencias y los valores; por eso soluciones drásticas que prohíban la práctica tienen una escasa eficacia. *Negociar y acomodar los cuidados*, pactando el fajado de los niños sin apretar, en días alternos, evitando los meses más calurosos y proponiendo el uso de telas finas, frescas y transpirables, podría ser un buen comienzo para iniciar el diálogo intercultural en relación a esta práctica dentro del ámbito clínico.

BIBLIOGRAFÍA

- Aldunate del Solar C. (2001). *Arquitectura y poder. En: Hidalgo J, Aldunate C, Cornejo, L. Tras la huella del Inka en Chile.* p. 44-51. Santiago de Chile. Editor Museo chileno de arte precolombino.
- Bystrova, K., Matthiesen, A.-S., Widström, A. M., Ransjö-Arvidson, A.-B., Welles-Nyström, B., Vorontsov, I., & Uvnäs-Moberg, K. (2007). The effect of Russian Maternity Home routines on breastfeeding and neonatal weight loss with special reference to swaddling. *Early Human Development*,

- 83(1), 29-39. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2006.03.016>.
- Castrillón Chamadoira, E. (2015). La enfermera transcultural y el desarrollo de la competencia cultural. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 19(42), 128-136. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.42.11>>
 - Corbin J., & Strauss, A. (2008). *Basics of Qualitative Research. Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. (3th ed). Los Angeles: SAGE.
 - Franco, P., Seret, N., Hees, J.-N. V., Scaillet, S., Groswasser, J., & Kahn, A. (2005). Influence of Swaddling on Sleep and Arousal Characteristics of Healthy Infants. *Pediatrics*, 115(5), 1307-1311. Recuperado de <https://doi.org/10.1542/peds.2004-1460>.
 - Frazer J. ([1944] 1996). *The Golden Bough*. New York: Penguin. En español: *La rama dorada*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.
 - Gélis J. (1991). La individualización del niño. En: Duby G, Ariés P. *Historia de la vida privada. El proceso de cambio de la sociedad de los siglos XVI-XVIII* (v.5).1º Ed. Madrid: Taurus.
 - Genna C.W., & Barak D. (2010) [Facilitating autonomous infant hand use during breastfeeding](https://doi.org/10.1016/j.clml.2010.01.001). *Clin Lact*; 1(1):15-20.
 - Guaman Poma de Ayala, F. ([1616], 1992). *El Primer Nueva Crónica y Buen Gobierno. Edición crítica de John V. Murra y Rolena Adorno. Traducciones y análisis textual del quechua por Jorge L. Urioste*. ([1616], 1992). México: Siglo XXI Editores.
 - Hoces de la Guardia S., & Rojas, A. (2000). *Textiles Atacameños: Investigación, Registro y Diagnóstico de las Artesanías textiles del Loa y el Salar de Atacama*. Santiago de Chile: Sergraf Ltda.
 - Leiniger, M, & McFarland, M. (2002). *Transcultural nursing. Concepts, Theories, research and practice*. (3th ed). New York: Mc Graw Hill
 - Lillo Crespo, M., & Casabona Martínez, I. (2006). Fenómenos migratorios, competencia cultural y cuidados de salud. *Cultura de los cuidados*, 10(20), 87-91.
 - Lipton, E. L., Steinschneider, A., & Richmond, J. B. (1965). Swaddling, a child care practice: historical, cultural, and experimental observations. *Pediatrics*, 35(3), 521-567.
 - Mateos F. ([1653] 1964). *Obras del P. Bernabé Cobo de la Compañía de Jesús. Estudio preliminar y edición de P. Francisco Mateos*. Madrid: Editorial Atlas, BDAE.
 - Menéndez, E. (2005). Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Rev. Antropología Social*, 1(4), 33-69.
 - Nelson, A. M. (2017). Risks and Benefits of Swaddling Healthy Infants: An Integrative Review. *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 42(4), 216-225. Recuperado de <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000344>.
 - Ortiz Rescaniere A. (2002). *Establecimiento de una línea de base de patrones de crianza y alternativas no escolarizadas de educación inicial en el Perú*. Lima: Ministerio de Educación de la República del Perú. Recuperado de <http://www2.minedu.gob.pe/umc/admin/images/publicaciones/mecep/doc17.pdf>.
 - Pinard, A. (1913). *La Puériculture du Premier age, nourriture, vêtements et hygiene*, París: Colin Ed.
 - Platt, T. (2006). Parto, formación de la persona y mitohistoria en los Andes. En: Fernández Juárez, G. *Salud intercultural en América Latina. Antropología de la Salud y crítica intercultural*. p. 145-172. Quito: Abya-Ayala.
 - Riddell, R. P., Racine, N., Turcotte, K., Uman, L. S., Horton, R., Osmun, L. D., Lisi, D. (2011). Nonpharmacological management of procedural pain in infants and young children: An abridged Cochrane review. *Pain Research & Management: The Journal of the Canadian Pain Society*, 16(5), 321-330.
 - Sichra, I. (2009). *Atlas sociolingüístico de pueblos indígenas en América Latina*. Cochabamba, Bolivia: UNICEF/FUNPROEIB Andes.
 - The Word Conservation Union.org. Grupo Randi Randi. (2004). *Saberes y prácticas de las mujeres kichwas del alto napo en torno a la curación de enfermedades y la atención al parto*. Recuperado de <http://www.iucn.org/places/orma/documentos/Equidad/tena.pdf>.
 - Torres Rouff CH. (2007). La deformación craneana en San Pedro de Atacama. *Estud. Atacam* 33, 25-38.
 - De Mause LI. (1991). *La evolución de la infancia. Historia de la infancia*. Madrid: Alianza Universidad.
 - Van Gestel, J. P. J., L'Hoir, M. P., Ten Berge, M., Jansen, N. J. G., & Plötz, F. B. (2002). Risks of ancient practices in modern times. *Pediatrics*, 110(6), e78.
 - Van Sleuwen, B. E., Engelberts, A. C., Boere-Boonekamp, M. M., Kuis, W., Schulpen, T. W. J., & L'Hoir, M. P. (2007). Swaddling: a systematic review. *Pediatrics*, 120(4), e1097-1106. Recuperado de <https://doi.org/10.1542/peds.2006-2083>.
 - Vigarello G. (2005). *Historia del Cuerpo. Del Renacimiento a la Ilustración*. III. Madrid: Taurus.

Diagnóstico de enfermería para los pacientes con tuberculosis en la unidad de enfermedades infecciosas

Nursing diagnoses for patients with tuberculosis in the infectious diseases unit

Diagnósticos de enfermagem para pacientes com tuberculose na unidade de infectologia

Vinícius Lino de Souza Neto¹, Richardson Augusto Rosendo da Silva², Ivana de Araújo Fonseca³, Sergilene Fonseca Teixeira Santos⁴, Anzielyson Felix Silva dos Santos⁵, Ana Gláucia Lopes do Nascimento⁶

¹Enfermeiro, Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN; Professor do curso Bacharelado em Enfermagem Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN e Faculdade Natalense de Ensino e Cultura - FANEC. Natal/RN, Brasil. Correo electrónico: vinolino@hotmail.com

²Enfermeiro, Doutor, Docente, Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. Natal, Rio Grande do Norte (RN), Brasil. Correo electrónico: rirosendo@hotmail.com

³Discente, Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. Natal, Rio Grande do Norte (RN), Brasil. Correo electrónico: ivanafonsecaa@hotmail.com

⁴Discente, Graduação em Enfermagem, Faculdade Natalense de Ensino e Cultura - FANEC. Correo electrónico: sergilene.100@hotmail.com

⁵Discente, Graduação em Enfermagem, Faculdade Natalense de Ensino e Cultura - FANEC. Correo electrónico: anzielyson.santos@gmail.com

⁶Discente, Graduação em Enfermagem, Faculdade Natalense de Ensino e Cultura - FANEC. Correo electrónico: glaucia@colegiodasneves.com.br

Cómo citar este artículo en edición digital: Neto, V. L. S., Silva, R.A.R., Fonseca, I. A., Santos, S. F. T., dos Santos, A. F. S., & Nascimento, A. G. L. (2019). Diagnóstico de enfermería para los pacientes con tuberculosis en la unidad de enfermedades infecciosas. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 23 (54). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.54.29>

Correspondencia: Vinicius Lino de Souza Neto. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde – Departamento de Enfermagem. Campus Central, s/n, Lagoa Nova 59078-970 Natal, Rio Grande do Norte (RN)

Correo electrónico de contacto: vinolino@hotmail.com

Recibido: 20/01/2018; Aceptado: 11/04/2019



ABSTRACT

Objective: To list the nursing diagnoses in individuals with tuberculosis in an inpatient unit in infectious diseases.

Method: This is a case study developed with 02 patients in a Infectious Diseases inpatient unit in a teaching hospital,

reference for the treatment of infectious diseases, in the Northeast of Brazil. For data collection was used a structured questionnaire was developed by the researchers on the theory of basic human needs of Wanda Horta. Then the diagnostic inferences were formulated, and so outlined in concept maps. The CIPE®2015 was the terminology used, thus following the principles established by the International Council of Nurses (ICN).

Results: The findings allowed the identification of the following prevalent diagnosis in patients with tuberculosis: peripheral edema, impaired dietary nutrition, hygiene impaired oral cavity hygiene standard compromised scalp, insomnia, tobacco abuse, low self-esteem and social isolation.

Conclusions: Patients exhibited nursing diagnoses related to changes in psychobiological and psychosocial needs, which requires action planning and specific care.

Keywords: Tuberculosis, communicable diseases, nursing process, nursing care.

RESUMO

Objetivo: Elencar os diagnósticos de enfermagem em indivíduos com tuberculose em uma unidade de internação em infectologia.

Método: Trata-se de um estudo de caso desenvolvido com 02 pacientes em uma unidade de internação de infectologia em um Hospital de Ensino, referência para o tratamento de doenças infectocontagiosas, no Nordeste do Brasil. Para a coleta de dados utilizou-se um formulário estruturado, elaborado pelos pesquisadores seguindo a teoria das necessidades humanas básicas de Wanda Horta. Em seguida, formularam-se as inferências diagnósticas, e assim esquematizados em mapas

conceituais. A CIPE® versão 2015 foi a terminologia utilizada, seguindo assim, os preceitos estabelecidos pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN).

Resultados: Os achados possibilitaram a identificação dos seguintes diagnósticos prevalentes em pacientes com tuberculose: edema periférico, nutrição dietética prejudicada, higiene da cavidade oral prejudicada, padrão de higiene do couro cabeludo comprometida, insônia, abuso de tabaco, baixa autoestima e isolamento social.

Conclusões: Os pacientes avaliados apresentaram diagnósticos de enfermagem relacionados às alterações das necessidades psicobiológicas e psicossociais, o que requer o planejamento de ações e cuidados específicos.

Palavras chave: Doenças Transmissíveis, tuberculose, processos de enfermagem, cuidados de enfermagem.

RESUMEN

Objetivo: Elaborar una lista de diagnósticos de enfermería en personas con tuberculosis en una unidad de hospitalización de las enfermedades infecciosas.

Método: Es un estudio de caso desarrollado con 02 pacientes en una unidad de hospitalización Enfermedades Infecciosas en un hospital universitario, de referencia para el tratamiento de enfermedades infecciosas, en el noreste de Brasil. Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario estructurado fue desarrollado por los investigadores de la teoría de las necesidades humanas básicas de Wanda Horta. Entonces las inferencias diagnósticas fueron formuladas, y así delineados en los mapas conceptuales. El CIPE® verseo 2015 era la terminología utilizada, siguiendo así los principios

establecidos por el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE).

Resultados: Los hallazgos permitieron la identificación de los siguientes diagnósticos prevalentes en pacientes con tuberculosis: edema periférico, problemas de nutrición dietética, higiene deficiente nivel de higiene cavidad oral cuero cabelludo comprometida, el insomnio, el tabaquismo, la baja autoestima y aislamiento social.

Conclusiones: Los pacientes presentaron diagnósticos de enfermería relacionados con los cambios en las necesidades psicobiológicas y psicosociales, lo que requiere la planificación de acciones y cuidados específicos.

Palabras clave: Tuberculosis, enfermedades transmisibles, procesos de enfermería, atención de enfermería.

INTRODUÇÃO

A tuberculose configura-se como uma doença de alta incidência nos diversos níveis sociais, acometendo pessoas em situações de vulnerabilidade, constituindo assim um grave problema de saúde pública. Apesar de ter tratamento e cura, os índices de morbimortalidade vêm crescendo e sua erradicação está longe de ser alcançada em países no processo de desenvolvimento (Brasil, 2012).

Estima-se que no Mundo, em 2012, ocorreram cerca de 8,6 milhões de novos casos de TB e 1,3 milhões de mortes por esta doença. No Brasil, em 2013, foram diagnosticados aproximadamente 71 mil casos novos e 4,6 mil mortes em decorrência da mesma. O país ocupa o 17º lugar entre os 22 países responsáveis por 80% do total de casos de TB no mundo, e este índice está diretamente associado com a pobreza, tornando os indígenas, as pessoas privadas

de liberdade, os portadores de HIV/AIDS e os moradores de rua mais susceptíveis a doença (Brasil, 2013).

Considerando as regiões do Brasil, verificou-se que no Norte a incidência foi de 45,2/100.000 habitantes, no Sudeste 37,1, no Nordeste 34,7, no Sul 31,3 e no Centro-Oeste 24,6. No entanto a região que apresentou maior coeficiente de mortalidade foi o Nordeste com 2,6 mortes por cada 100.000 habitantes. Do mesmo modo, o estado da Paraíba também apresentou grande número de casos de TB. No ano de 2013, o coeficiente de incidência da doença foi 28,2/100.000 habitantes e o coeficiente de mortalidade 1,9/100.000 habitantes. Além disso, as taxas de cura (64,6%) e de abandono do tratamento (13,0%) estão superiores às recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que preconiza um percentual de cura superior a 85% dos casos detectados e redução da taxa de abandono a menos de 5% dos casos (Brasil, 2013).

Neste cenário, os profissionais de enfermagem são constantemente desafiados na busca de conhecimento técnico-científico frente aos indivíduos acometidos por TB, a fim de promover a melhoria do cuidado prestado ao cliente, focado nas necessidades de cuidado do indivíduo, família e comunidade (Bittencourt & Crossetti, 2013).

Dentre os vários métodos científicos assistências usadas pelos profissionais de enfermagem, estão às práticas sistemáticas. Estas se referem a uma sequência de etapas específicas, como identificação das condições de saúde que requerem intervenções, planejamento, implementação e avaliação das ações de enfermagem. Todos estes mecanismos têm como objetivo proporcionar atendimento profissional ao cliente, seja indivíduo, família ou comunidade, considerando suas singularidades (Alves, Lopes, Jorge, 2010).

Com esse entendimento a operacionalização de ações de enfermagem de forma sistematizada, torna-se fundamental a utilização de uma terminologia comum, pois a documentação do cuidado, conforme o Processo de enfermagem é viabilizado por meio da utilização de terminologias. Dentre as mais conhecidas no Brasil, que apoiam o PE, encontram-se a NANDA Internacional (*North American Nursing Diagnosis Association*), a NIC (*Nursing Interventions Classification*), a NOC (*Nursing Outcomes Classification*), a CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) e o inventário vocabular da CIPESC (Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva) (Alves, Lopes, Jorge, 2010).

A justificativa para o desenvolvimento do estudo se deu pelo fato de existir um número reduzido de produções científicas, principalmente no âmbito de infectologia, que retrate os diagnósticos de enfermagem aos pacientes com tuberculose. Para nortear o desenvolvimento do presente estudo, formulou-se a seguinte questão norteadora: Quais os diagnósticos de enfermagem a pacientes com tuberculose a partir da CIPE® 2.0? Neste sentido o estudo teve como objetivo elencar os diagnósticos de enfermagem para pacientes com tuberculose hospitalizados em uma unidade de infectologia.

A relevância do estudo é contribuir para a comunidade científica através dos achados diagnóstico para pessoas com tuberculose e implementar uma assistência qualificada baseada em evidências, correspondendo a necessidades humanas básicas do indivíduo.

METODO

Trata-se de um estudo de caso desenvolvido com 02 pacientes em uma unidade de internação de infectologia em um Hospital de Ensino, referência para o tratamento de doenças infectocontagiosas, no Nordeste do Brasil. Para a seleção dos sujeitos da pesquisa foram adotados os seguintes critérios: estar hospitalizado na clínica no momento da coleta de dados; idade maior que 18 anos; ter como diagnóstico médico tuberculose primária. Foram excluídos do estudo os pacientes que apresentarem: como causa da tuberculose a co-infecção por HIV/AIDS.

Os dados foram coletados em fevereiro de 2014 por meio de roteiro de entrevista e exame físico, embasado pelo modelo conceitual de Horta, categorizado conforme as Necessidades Humanas Básicas, sendo subdividido em psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais.

Na entrevista, buscou-se a idade, procedência, sexo, diagnóstico. Ao exame físico utilizaram-se as técnicas propedêuticas inspeção, percussão, palpação e ausculta, e complementando o processo foram utilizados os seguintes equipamentos: um oxímetro de pulso portátil, para a mensuração da saturação do nível de oxigênio, um esfigmomanômetro e estetoscópio para verificar a pressão arterial, e por fim um termômetro, a fim de verificar a curva térmica.

Após as coletas dos dados, elencaram-se os fenômenos da prática de enfermagem, catalogando-se conforme as necessidades psicobiológicas, psicossociais e espirituais. E assim formulou-se os diagnósticos de enfermagem, baseados no desenvolvimento do raciocínio diagnóstico e/ou julgamento clínico, diante das necessidades do indivíduo, e esquematizados em mapas conceituais para uma melhor compreensão

do raciocínio diagnóstico na construção das afirmativas.

Com isso, utilizou-se a CIPE® versão 2015 como banco terminológico na referida ação, seguindo as normativas estabelecidas pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN). Para a devida construção dos diagnósticos de enfermagem, os preceitos interpostos pelo presente conselho retratam que a construção das afirmativas de diagnósticos deve ser composta por um termo do eixo foco e julgamento. Antes de iniciar a coleta de dados, os participantes do estudo foram esclarecidos acerca do objetivo da pesquisa, e foi realizada uma leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Assim, a pesquisa foi conduzida de acordo com a Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde, e a Resolução COFEN nº 311/2007, que infere sobre o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

RESULTADOS

Neste sentido, na caracterização sociodemográficas, os indivíduos da amostra apresentavam uma faixa etária de 51 á 58 anos, sexo masculino, solteiro, tendo como função laboral carpinteiro e o outro agricultor, com diagnóstico fechado de tuberculose pulmonar para ambos.

Logo após o agrupamento dos dados sociodemográficos, aliaram-se os dados das necessidades humanas básicas em formato

de caso clínico que foram exemplificados em mapas conceituais. A seguir, os dados dos pacientes e seus respectivos mapas conceituais Figura 1 e 2:

Apresentação dos casos:

J. S. L, 51 anos, sexo masculino, casado, agricultor, TB, Fr: 18 ipm, Saturação de O₂ (Spo₂): 99 %, edema em Membros Inferiores (MMII), Circunferência Abdominal (CA): 81 cm, apetite diminuído, aceita a dieta parcial, Abdômen (ABO): flácido e plano, Peso: 65 kg, A: 1,65 cm, Índice de Massa Corporal (IMC): 23,89, sono e repouso prejudicado, faz uso de medicação para dormir, deambula, consciente, isocóricas, presença de caspa, turgor normal, T. axilar: 36,5°C, faz uso de antibioticoterapia, Pulso: 78 bpm, PA: 120 x 80 mmhg, tabagista há 18 anos, nega etilismo e uso de drogas, analfabeto, medo, apresenta tristeza e tem medo de expor suas ideias.

#**F. C. B**, casado, sexo masculino, carpinteiro, TB, 58 anos, FR: 18 irpm, Spo₂: 95 %, apetite normal com aceite de dieta total, ABO: plano e flácido sem timpanismo, Circunferência Abdominal (CA): 98 cm, P: 72 kg, A: 1,78 cm, IMC: 22,78, sono e repouso preservado, halitose, couro cabeludo com caspa, turgor normal, Temperatura axilar 36,3°C, Fc: 74 bpm, P: 74 bpm, PA: 110 X 80 mmhg, nega tabagismo, etilismo e uso de drogas, e falta de auto-confiança.

FIGURA 1: Mapa conceitual das inferências diagnósticas

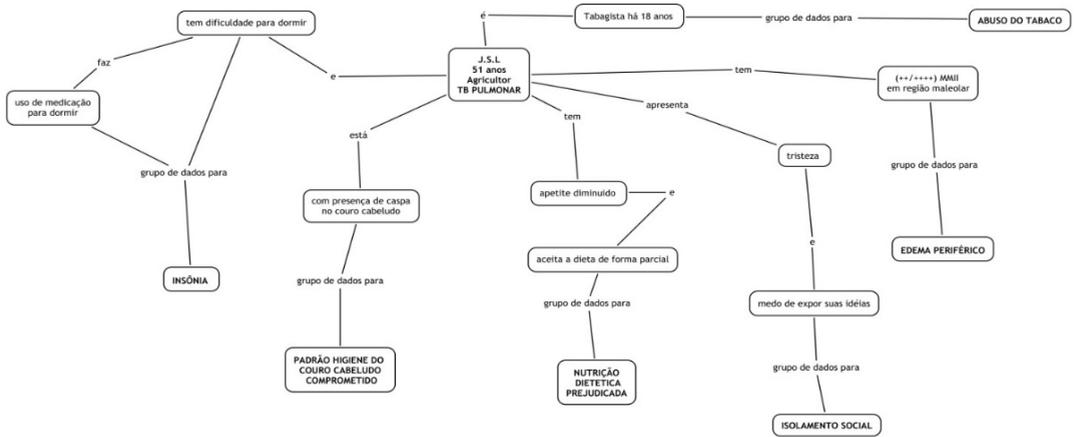
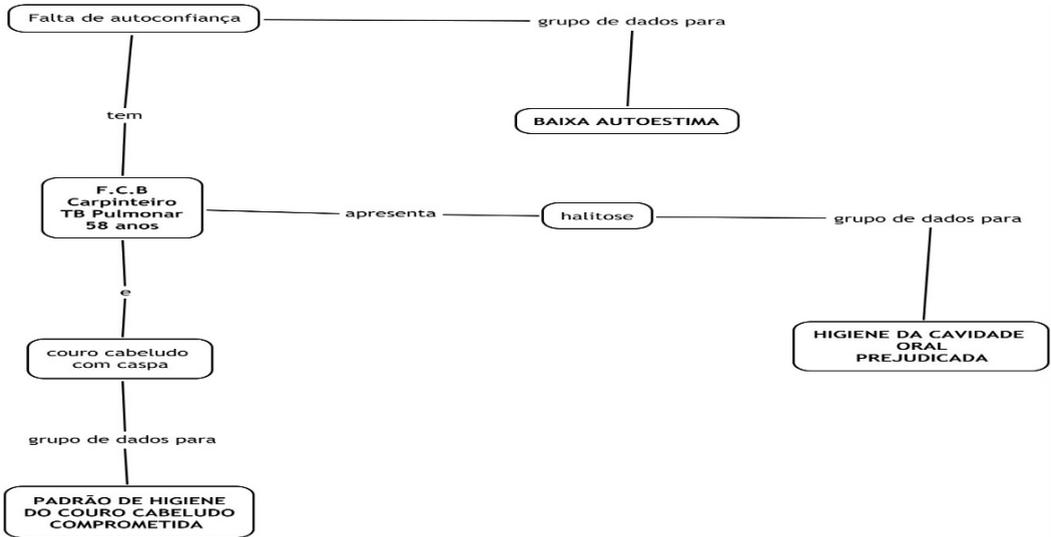


FIGURA 2: Mapa conceitual das inferências diagnósticas



Após a esquematização em mapas conceituais, e para um melhor entendimento dos resultados obtidos, agrupou-se as afirmativas de diagnósticos em tabela de

acordo com as necessidades humanas básicas. No total de afirmativas encontradas foram oito, demonstrado logo abaixo, na Tabela 1:

TABELA 1: Demonstrativo de diagnósticos de enfermagem dos pacientes acometidos por tuberculose conforme necessidades humanas básicas psicobiológicas

Necessidades Psicobiológicas	Diagnóstico de Enfermagem	n	%
Hidratação e regulação eletrolítica	Edema Periférico	01	12,5
	Nutrição dietética prejudicada	01	12,5
Sono e Repouso	Insônia	01	12,5
	Padrão de higiene do couro cabeludo comprometido	01	12,5
Cuidado corporal e integridade cutaneomucosa	Higiene da cavidade oral prejudicada	01	12,5
	Abuso do Tabaco	01	12,5

FONTE: Pesquisa Direta

No que tange as necessidades psicossociais foram elencados os respectivos diagnósticos conforme os fenômenos da

prática de enfermagem, conforme revela a Tabela 2, logo abaixo.

TABELA 2: Demonstrativo de diagnósticos de enfermagem dos pacientes acometidos por tuberculose conforme necessidades humanas básicas psicossociais

Necessidades Psicossociais	Diagnóstico de Enfermagem		
		n	%
Aprendizagem (Educação á saúde) Sociabilidade/ Recreação e Lazer	Isolamento social	01	12,5
Autorealização, Autoestima e Autoimagem	Baixa autoestima	01	12,5

FONTE: Pesquisa Direta

DISCUSSÃO

Após a análise os diagnósticos encontrados foram categorizados, conforme às necessidades psicobiológicas e psicossociais. Destaca-se que, neste estudo, às necessidades psicoespirituais não foram evidenciadas como as demais, decorrentes da limitação de muitos participantes se absterem ao falar sobre religião.

O paciente com tuberculose apresentam alguns comprometimentos no seu estado geral como, febre baixa vespertina com sudorese, inapetência, emagrecimento, e na forma pulmonar da doença, o paciente geralmente tem-se dor torácica e tosse produtiva. Com isso, a tuberculose primária é uma infecção que evolui a partir do foco pulmonar, do ganglionar ou, em decorrência da disseminação hematogênica. A tuberculose de cunho extrapulmonar pode levar o acometimento nos ossos, sistema urogenital, fígado, baço e a forma mais grave miliar, levando ao

desenvolvimento de meningite (Sá *et al.*, 2012).

Nesse sentido, em uma associação entre os achados pertinentes na clínica com a sintomatologia por hora discutida na luz da literatura, conforme mencionado acima, os diagnósticos formulados e categorizados conforme as referidas necessidades, sendo apresentados em forma de mapa conceitual, são: Edema periférico, Nutrição dietética prejudicada, Higiene da cavidade oral prejudicada, Padrão de higiene do couro cabeludo comprometida, Insônia, Abuso de Tabaco, Baixa autoestima, Isolamento social.

Hidratação e regulação eletrolítica

Diante da necessidade à inferência diagnóstica encontrada foi: “Edema periférico”. O edema é um estado de acumulação de líquidos entre os espaços, intra ou extracelulares, onde os dispositivos de regulação estão falhos e as necessidades

eletrolíticas descompensadas, ou seja, as pressões hidrostática, oncótica e coloidosmóticas apresentam-se em desarmonia, decorrente de diversos mecanismos, o mais comum está na ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona. A presença do edema em pacientes com tuberculose possui está vinculada ao presente mecanismo, pois alguns fármacos como efeito colateral ativa o presente sistema.

Desta forma, cabe ao enfermeiro e a equipe assistencial desenvolver intervenções que atenuem o edema, como administração de diuréticos, juntamente com a análise hidroeletrólítica, a realização de movimentos ativos e passivos no leito, controle hídrico, e a educação em saúde frente à utilização dos fármacos e seus efeitos. Outra questão está em orientar junto com o setor de nutrição a importância de obter uma alimentação diversificada, mas que não contenha tanto teor hídrico (Araújo, Nóbrega, Garcia, 2013).

Necessidade de Nutrição

Dentro da necessidade de nutrição elencou-se a inferência “Nutrição dietética prejudicada”. A mesma esteve presente na maioria dos pacientes, pois muitos apresentavam mudanças no paladar. Tudo isso, em decorrência, do uso de medicamentos diários, as papilas gustativas perdem a sua sensibilidade sináptica acarretando uma inapetência alimentar. Por isso, a prática da alimentação diversificada, rica em proteínas, vitaminas, minerais, carboidratos proporciona um melhor aporte nutricional para as devidas necessidades e supre as necessidades metabólicas dos pacientes (Ferraz, Viriato, Moura, 2013).

O prejuízo no mecanismo da deglutição é uma das alterações mais comuns nas

pessoas que vivem com tuberculose, em decorrência do excesso de medicamentos que inibem a produção de grelina (hormônio da fome), ou, em decorrência da produção excessiva de citocinas, que inibem a ingestão alimentar (Jasen *et al.*, 2013). Diante disto, o enfermeiro deverá estabelecer prescrições que visem atenuar os sintomas da inapetência, melhorando assim, as condições fisiológicas do paciente, tais como: mensuração do IMC, solicitação de avaliação nutricional, orientação quanto aos hábitos alimentares saudáveis e alimentos irritantes.

Necessidade de Sono e Repouso

Neste segmento de necessidade elencou-se a inferência diagnóstica: “Insônia”. Pacientes com doenças crônicas, geralmente, fazem uso contínuo de medicamentos e algumas drogas apresentam como efeito adverso alterações no padrão do sono, podendo oscilar entre a insônia e a sonolência. Desta forma, dois fatores que alteram o padrão do sono são a mudança de ambiente e as modificações no cardápio alimentar. Entretanto, percebe-se que os quadros de insônia e sonolência levam ao sono e repouso comprometido (Maciel *et al.*, 2010).

No entanto, cabe à equipe assistencial de enfermagem, modular ações que sejam atenuadoras, como: colocar o quarto em penumbra; ofertar alimentos e chás que estimulem o sono, mas que não ocorram interação com a medicação prescrita, ficando a cargo do enfermeiro essa vigilância; realizar massagens relaxantes e encorajar banho tépido antes de dormir, pois é responsável pela liberação de endorfina, um neurotransmissor que proporciona o relaxamento muscular por via endógena.

Integridade cutaneomucosa e Cuidado corporal

Diante da presente necessidade, encontraram-se os respectivos diagnósticos: “Padrão de higiene do couro cabeludo comprometido” e “Higiene oral prejudica”. Pacientes com tuberculose podem apresentar algumas modificações na pele, couro cabeludo e cavidade oral. A higiene oral, íntima e do couro cabeludo também fazem parte do cuidado corporal, pois muitos pacientes imunodeprimidos apresentam seborreia excessiva no couro cabeludo, m decorrência da produção de liposinas formuladas no folículo piloso. Com isso necessita-se de uma prática higiênica intensiva, com atenção para a fricção do couro cabeludo, a fim de estimular a circulação e melhorar a nutrição do epitélio (Andrade *et al.*, 2013).

A higiene corporal é um mecanismo de profilaxia, principalmente, para os indivíduos que sofrem com as modificações na pele decorrente de uma determinada enfermidade, seja transmissível, ou não. A prática da higiene corporal proporcionam ao indivíduo benefícios, como a manutenção da saúde, segurança e bem-estar. O enfermeiro deve orientar aos pacientes sobre a importância da prática e de ser realizada diariamente Diagnósticos de enfermagem para clientes hospitalizados em uma clínica de doenças infectocontagiosas (Faria & Silva, 2013).

Necessidade de segurança física e ambiente

Neste interim, frente a necessidade elencou-se o diagnóstico de enfermagem, “Abuso do Tabaco”. O uso incorreto dessa substância altera o estado de ânimo ou comportamento do usuário. As drogas lícitas, como o tabaco altera a viscosidade do sangue e liberam bradicinas, potentes

vasoconstrictores. O álcool leva a perda do juízo crítico concentração e consciência. Já, as drogas ilícitas, como a cocaína e maconha, acarretam a uma exacerbação sintomatológica como taquicardia, convulsão, arritmias ventriculares e alucinações. Assim, as pessoas que abusam desses dois tipos de drogas tornam-se mais vulneráveis para contrair doenças infectocontagiosas (Silva *et al.*, 2013).

NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

Aprendizagem/Sociabilidade/ Recreação e Lazer

O Isolamento social foi o diagnóstico de enfermagem encontrado frente à necessidade psicossocial. A prática do convívio social entre as pessoas com doenças transmissíveis torna-se bastante restritiva, a partir do momento em que o meio social sabe do seu da sua condição de saúde, ou, mesmo não detendo a ciência do fato, o indivíduo tem como mecanismo de defesa o isolamento social, evitando certos tipos de meios sociais, representados como potencialmente discriminatórios (Souza, Silva, Meirelles, 2013).

Pacientes com doenças transmissíveis seja hanseníase, tuberculose, HIV/AIDS, hepatites, sofre as ações do tipo restritivas de cunho direta e indireta dos profissionais de saúde que ali articulam a assistência, potencializando os sentimentos diminutivos e gerando momentos de repressão ao tratamento provido pela unidade hospitalar, a qual muitos sofrem por não possuir o devido apoio familiar, decorrente do preconceito diante da patologia (Lima *et al.*, 2014).

Nesse sentido, alguns pacientes ficam restritos em casa, sem realizar qualquer tipo de atividade como recreação e lazer,

decorrente de sofrer certos tipos de preconceito, seja este em convívio social, ou, intrafamiliar. As atividades de recreação e lazer proporcionam o entretenimento, a distração e o divertimento, levando a uma fuga da consciência diante do seu estado de saúde. Em pacientes hospitalizados, essa prática torna-se restrita, pois muitos ficam em estado de inércia decorrente do acometimento patológico e ansiosos nos leitos (Clementino, *et al.*, 2011).

Com isso, cabe ao enfermeiro e toda a equipe formular um programa de interação social entre os pacientes, onde eles possam relatar as suas aflições, para que assim, o seu viver não seja apenas simbólico.

Autorealização/ Autoestima e Autoimagem

A Baixa autoestima foi à inferência diagnóstica mais prevalente dentro da presente necessidade. A autoestima significa a valorização de si mesmo; amor próprio. Com isso, a mesma, torna-se um motivador poderoso de comportamento, pois quando esse motivador está em baixa, o indivíduo apresenta sentimentos negativos, sendo um cofator pertinente em indivíduos que tenham doenças transmissíveis (Lima *et al.*, 2014).

Os pacientes com doenças transmissíveis exteriorizam os seus sonhos, buscando as vossas realizações, elevando assim a sua autoestima. Pois, desenham a vida de forma singela, mesmo convivendo diariamente com manifestações do tipo preconceituosa, são sonhadores, querem sempre o melhor (Courtwright & Turner, 2010). Por isso, cabe o profissional de enfermagem, abraçar estes indivíduos com todas as suas singularidades, a qual necessita de uma socialização sem medo de sofrer qualquer tipo de barreira preconceituosa.

CONCLUSÃO

Á partir dos resultados obtidos os diagnósticos de enfermagem elencados frente as necessidade humanas básicas, psicobiológicas e psicossociais, foram: Edema periférico, Nutrição dietética prejudicada, Higiene da cavidade oral prejudicada, Padrão de higiene do couro cabeludo comprometida, Insônia, Abuso de Tabaco, Baixa autoestima, Isolamento social.

A concretização e divulgação deste e de outros estudos relacionados ao tema abordado podem subsidiar os profissionais da saúde em abordagem diferenciadas, mais enfáticas e que proporcionem melhor qualidade de vida ao paciente com tuberculose. Como limitações do estudo destaca-se o fato deste ter sido realizado com uma clientela específica, a qual possui peculiaridades intrínsecas.

REFERÊNCIAS

- Alves, A. R., Lopes, C. H. A. F., Jorge, M. S. B. (2010). Significado do processo de enfermagem para enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva: uma abordagem interacionista. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 42 (4), 649-55. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n4/v42n4a05.pdf>.
- Andrade, L. L., Nóbrega, M. M. L., Freire, M. E. M., Nóbrega, R. V. (2013). Diagnósticos de enfermagem para clientes hospitalizados em uma clínica de doenças infectocontagiosas. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 47(2), 448-455. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342013000200025&script=sci_arttext.
- Araújo, A. A., Nóbrega, M. M. L., Garcia, T. R. (2013) Diagnóstico e intervenções de enfermagem para pacientes portadores de insuficiência cardíaca congestiva utilizando a CIPE®. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 47(2), 385-392.
- Bittencourt, G. K. G. D., Crossetti, M. G. O. (2013). Habilidades de pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 47(2), 341-7. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/10.pdf>.

- Brasil. (2010). *Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso. Secretaria de Vigilância em Saúde*. Departamento de Vigilância Epidemiológica. 8 ed. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2012). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de <http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>.
- Brasil (2013). Aids e Hepatites Virais. Departamento de DST. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de <http://www.aids.gov.br/pagina/aids>.
- Clementino, F. S., Martiniano, M. S., Souza, J. C., Marcolino, E. C., & Miranda, F. A. N. (2011). Tuberculose: desvendando conflitos pessoais e sociais. *Rev. Enferm. UERJ*, 19(4), 638-643.
- Conselho Federal de Enfermagem. (2007). Resolução COFEN n.º 311/2007. *Código de ética dos profissionais de enfermagem*. Recuperado de: <http://se.corens.portalcofen.gov.br/codigo-de-etica-resolucao-cofen-3112007>.
- Courtwright, A., & Turner, A.N. (2010). Tuberculosis and stigmatization: pathways and interventions. *Public Health Rep*, 125(4), 34-42.
- Faria, J.O., & Silva, G.A. (2013) Diagnóstico de Enfermagem em pessoas com HIV/AIDS: abordagem baseada no modelo conceitual de horta. *Rev. Rene*, 14(2),290-300.
- Ferraz, L.F., Viriato, A., Moura, A. (2013). Análise do diagnóstico nutricional de pacientes em assistência hospitalar de infectologia. *O Mundo da Saúde*, 37(3), 253-258.
- Horta, W. A. (1971). A metodologia do processo de enfermagem. *Rev Bras Enf*, 24(6),81-95.
- Jasen, A. K., Silveira, A. L. M., Oliveira, M. A. B., Pimenta, A.M. (2013). Desfecho terapêutico de pacientes em risco nutricional admitidos em um Hospital Universitário. *Rev. Min. Enferm*, 17 (3), 651-57. Recuperado de <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/679>.
- Lima, L.M., Cardozo-Gonzales, R.I., Schuwartz, E., Costa, L.M., Beduhn, D.A.V., Tomberg, J. (2014). Stigma and tuberculosis: according to the view professionals of primary health care. *Cuid salud*, 1(1), 3-10.
- Maciel, E. L. N., Guidoni, L. M., Favero, J. L., Hadad, J. D., Molino, L. P., Jonhson, J. L. *et al.* (2010). Efeitos adversos causados pelo novo esquema de tratamento da tuberculose preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil. *J Bras Pneumol*, 36(2), 232-238.
- Sá, L.D., Oliveira, A.A.V., Gomes, A.L.C., Nogueira, J.Á., Villa, T.C.S., & Collet, N. (2012). Cuidado ao doente de tuberculose na estratégia saúde da família: percepções de enfermeiras. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 46(2), 356-63.
- Silva, A.P., Perelli, J.G.A., Guimarães, F.J., Mangueira, S.O., Cruz, S.L., & Frazão, I.S. (2013). Identificação do diagnóstico de enfermagem autocontrole ineficaz da saúde em alcoolistas: um estudo descritivo. *Rev. Eletr. Enf.*, 15(4), 932-939. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i4.19841>.
- Souza, S.S., Silva, D.M.G.V., & Meirelles, B.H.S. (2013) Representações sociais sobre a tuberculose. *Acta Paul Enferm*, 23(1), 23-28.

Escalas para medir necesidades de cuidado en pacientes, familia y profesionales que se enfrentan al final de la vida en la UCI

Scales to measure care needs in patients, family and professionals facing the end of life in the UCI

Escalas para medir as necessidades de atendimento em pacientes, famílias e profissionais que enfrentam o fim da vida na UCI

Milena Hernandez-Zambrano¹, Ana Julia Carrillo-Algarra², Lady Bibiana Torres-Pachon³, Dely Marcela Herrera-Cristancho⁴

¹Enfermera, PhD. en Ciencias de la Salud, Mg. en cuidados de salud para la promoción de la autonomía de las personas y la atención a los procesos de fin de vida. Docente Investigadora, Facultad de Enfermería. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: smhernandez3@fucsalud.edu.co

²Enfermera, Mg. en Administración en Salud. Docente, Facultad de Enfermería. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: ajcarrillo@fucsalud.edu.co

³Enfermera, Especialista de Enfermería en Cuidado Crítico. Facultad de Enfermería. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: lbtorres1@fucsalud.edu.co

⁴Enfermera, Especialista de Enfermería en Cuidado Crítico. Facultad de Enfermería. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: dmherrera1@fucsalud.edu.co

Cómo citar este artículo en edición digital: Hernandez-Zambrano, S. M., Carrillo-Algarra, A. J., Torres-Pachon, L. B., & Herrera-Cristancho, D. M. (2019). Escalas para medir necesidades de cuidado en pacientes, familia y profesionales que se enfrentan al final de la vida en la UCI. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 23(54). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.54.30>

Correspondencia: Cra. 19 No. 8A – 32, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá, Colombia. Teléfono / fax: +(571) 4375401

Correo electrónico de contacto: smhernandez3@fucsalud.edu.co

Recibido: 15/11/2018; Aceptado: 03/03/2019



ABSTRACT

Introduction: The needs generated at the end of life can influence not only the physical health but also the emotional, psychological and spiritual health of those who coexist in a critical care environment.

Objective: To describe the scales that

allow to determine the needs of care in patients, family and professionals that face the end of life in the ICU.

Method: Integrative review of the literature. A search was conducted in the databases: PubMed, CINAHL, CUIDEN, Ovid, Epistemonikos, BVS, EBMR,

repositories and cross-reference analysis.

Results: After the process of critical reading, 13 articles met the inclusion criteria: 4 psychometric validations, 2 systematic reviews and 7 descriptive quantitative studies. The results were classified into three categories: measurement instruments for patients, family and professionals.

Discussion: It was found within the category instruments of measurement of needs focused on the family 27 scales, the best known the CCFNI. For patients, a great research trajectory of needs measurement was identified using the CARE-Q scale. As for UCI professionals, there is no evidence of a scale that measures needs beyond those of work.

Keywords: Measurement instruments, needs, patients, family, professionals, hospice care.

RESUMO

Introdução: As necessidades que são gerados no final da vida, pode influenciar não só a saúde física, mas no emocional, psicológico e espiritual daqueles que vivem em um ambiente de cuidados intensivos.

Objetivo: Descrever as escalas para determinar as necessidades de cuidados de pacientes, familiares e profissionais que enfrentam o fim da vida na UTI.

Método: Revisão integrativa da literatura. A pesquisa foi realizada nas bases de dados: PubMed, CINAHL, CUIDEN, Ovid, Epistemonikos, BVS, EBMR, repositórios e de análise de referência cruzada.

Resultados: Após o processo de leitura crítica, 13 artigos atenderam aos critérios de inclusão: 4 validações psicométricas, 2 revisões sistemáticas e 7 estudos descritivos quantitativos. Os resultados foram classificados em três categorias: instrumentos de medida para pacientes,

familiares e profissionais.

Discussão: Constatou-se dentro da categoria instrumentos de mensuração das necessidades focadas na família 27 escalas, as mais conhecidas do CCFNI. Para os pacientes, uma grande trajetória de pesquisa de mensurações de necessidades foi identificada com a escala CARE-Q. Quanto aos profissionais da UCI, não há evidência de uma escala que mensure necessidades além daquelas do trabalho.

Palavras chave: Instrumentos de medida, necessidades, pacientes, familiares, profissionais, cuidados paliativos na terminalidade da vida.

RESUMEN

Introducción: Las necesidades que se generan al final de la vida, pueden influenciar no solo la salud física sino en la emocional, psicológica y espiritual de quienes conviven en un entorno de cuidado crítico.

Objetivo: Describir las escalas que permitan determinar las necesidades de cuidado en pacientes, familia y profesionales que se enfrentan al final de la vida en la UCI.

Método: Revisión integradora de la literatura. Se realizó una búsqueda en las bases de datos: PubMed, CINAHL, CUIDEN, Ovid, Epistemonikos, BVS, EBMR, repositorios y análisis de referencias cruzadas.

Resultados: Tras el proceso realizado de lectura crítica 13 artículos cumplían con criterios de inclusión: 4 validaciones psicométricas, 2 revisiones sistemáticas y 7 estudios cuantitativos descriptivos. Los resultados se clasificaron en tres categorías: instrumentos de medición para pacientes, familia y profesionales.

Discusión: Se encontró dentro de la

categoría instrumentos de medición de necesidades enfocada a la familia 27 escalas, la más conocida la CCFNI. Para pacientes se identificó una gran trayectoria investigativa de medición de necesidades utilizando la escala CARE-Q. En cuanto a los profesionales de la UCI no hay evidencia de una escala que mida las necesidades más allá de las laborales.

Palabras clave: Evaluación de necesidades, pacientes, familia, profesionales, cuidados paliativos al final de la vida.

INTRODUCCIÓN

Las Unidades de Cuidado Intensivo (UCI), son espacios hospitalarios disponibles para el manejo de personas en condición de salud crítica. Es por ello que la intensidad de la experiencia que supone el paso por una UCI es innegable para todo aquel que interactúa en este medio (Gutiérrez *et al.*, 2008).

En primer lugar, el paciente y la familia, se enfrenta a un entorno desconocido y la cercanía con la muerte les genera incertidumbre, se sienten vulnerables, con dolor físico y espiritual, sentimientos de soledad, depresión y sufrimiento (Enciso, 2015). Según lo reportado en estudios realizados en Estados Unidos y Europa, la tasa de mortalidad en la UCI fluctuó entre el 12,83% y el 20% (Ballester *et al.*, 2011; Sprung *et al.* 2003; Marin *et al.*, 2016) y el índice de supervivencia osciló entre 6.4% a 40%, variación atribuible a las características de los pacientes y las patologías por las cuales son ingresados (Bagshaw *et al.*, 2009).

Por otra parte, para los profesionales de la UCI que conviven con la muerte de manera cotidiana, el afrontamiento del sufrimiento y la toma de decisiones al final de la vida constituye una de las tareas más difíciles y estresantes a las que se enfrentan. A pesar de

que la muerte es parte su contexto laboral, se pueden despertar sentimientos de impotencia, indiferencia e incluso de evasión y negación en relación a la muerte (Vicenci, 2016) generando en el personal estrés, en gran proporción relacionado con el contacto con el dolor y el sufrimiento (Zambrano, 2008).

Considerando lo expuesto anteriormente, se vienen promoviendo diferentes iniciativas y consensos internacionales en el ámbito de la Medicina Crítica, para mejorar los cuidados al final de la vida en la UCI. Así, por ejemplo, en la 5.^a Conferencia Internacional en Medicina Crítica, se defiende la importancia de garantizar la provisión del mejor tratamiento posible a los pacientes moribundos y a sus cuidadores (Breen *et al.*, 2001; Carlet *et al.*, 2004). Sin embargo, promover un clima que favorezca una buena muerte en estas unidades no es fácil, es así que durante la última década ha crecido el interés por estudiar cómo se puede mejorar el cuidado en el proceso del final de la vida en la UCI (Jimeno *et al.*, 2007). En este sentido, el objetivo de este estudio fue describir las escalas que permitan determinar las necesidades de cuidados en pacientes, familia y profesionales que se enfrentan al final de la vida en la UCI.

METODOLOGÍA

Revisión integradora de la literatura. Se planteó el proceso de búsqueda mediante 3 fases: estrategias de búsqueda y criterios de selección, selección de los estudios y evaluación de calidad.

Estrategia de búsqueda y criterios de selección. Se realizó una búsqueda en las bases de datos PubMed, CINAHL, CUIDEN, Ovid, Epistemonikos, BVS, EBMR. Las ecuaciones de búsqueda y títulos identificados se describen en la tabla 1. Posteriormente se

revisó literatura gris en repositorios universitarios y motores de búsqueda como: Universidad de la Sabana, GOOGLE ACADEMICO, World Wide Science,

OAISTER Por último, se analizó toda referencia cruzada que aportara información adicional.

TABLA 1: Ecuaciones de búsqueda y títulos identificados

Base de datos	Ecuación	Títulos identificados
Biblioteca Virtual en Salud	Necesidades AND Paciente critico OR Unidades de cuidados intensivos AND enfermería	288
	Necesidades And Familia OR Paciente Critico AND Unidades de cuidados intensivos	15
	Enfermería AND Paciente critico AND Unidades de cuidados intensivos AND Medición	27
	Enfermería AND Cuidado AND Unidades de cuidados intensivos AND Escala	105
	Medición AND cuidado AND enfermería AND paciente critico OR Unidades de cuidados intensivos	38
	Necesidades AND paciente critico AND UCI	36
CUIDEN Plus	Enfermería AND Paciente critico AND Unidades de cuidados intensivos AND Medición	49
Nursing@Ovid	Needa assessments AND Intensive Care Units AND Nurse	171
	Critical Illnesses AND Intensive Care Units AND Nurse AND scale	100
	Critical Illnesses OR Families AND Needs Assessments AND Intensive Care Units	6102
PubMed	Critical Illnesses AND Intensive Care Units AND Nurse AND Scale	99
	Critical Illnesses OR Families AND Needs Assessments AND Intensive Care Units	371
	Critical Illnesses AND Nursing AND Needs Assessments AND Intensive Care Units	85
CINAHL	Needs Assessments AND Intensive Care Units AND Critical Illnesses OR Nursing	145,998
	Critical Illnesses OR Families AND Needs Assessments AND Intensive Care Units	68
	Needs Assessments AND Intensive Care Units AND Critical Illnesses OR Nursing	145,998
	Critical Illnesses AND Intensive Care Units AND Nurse AND Scale	499
	Needs Assessments AND Critical Illnesses	262
Evidence - Based Medicine	Needs Assessments AND Critical Illnesses	7571

Reviews (EBMR)	Critical Illnesses OR Families AND Needs Assessments AND Intensive Care Units	35
Epistemonikos	Necesidades AND Paciente critico OR Unidades de cuidados intensivos	1876
	Enfermería OR Cuidado AND Necesidades AND Unidades de cuidados intensivos	14
	Critical Illnesses AND Intensive Care Units AND Nurse AND Scale	81
	Necesidades AND Familia OR paciente critico	665

FUENTE: Elaboración propia

Se establecieron los criterios de inclusión y exclusión (Tabla 2). Se realizó una lectura inicial de los títulos, resúmenes y textos completos que aportaron al objetivo de la revisión. Se recuperaron artículos de investigación primaria y secundaria disponibles en texto completo, localizados desde la plataforma de la Fundación

Universitaria de Ciencias de la salud (FUCS) que permitió acceder a la mayor parte de la muestra bibliográfica por contar con la licencia de las bases de datos seleccionadas para la búsqueda. El filtro de texto completo se realizó tras la lectura de los resúmenes que cumplían con los criterios de inclusión.

TABLA 2: Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Estudios con pacientes, familiares y profesionales de UCI Adulto.	UCI Pediátrico, neonatal, maternidade.
Valoración de las necesidades a partir de escalas, cuestionarios e instrumentos.	Estudios que no utilizaron cuestionarios, escalas o instrumentos.
Investigaciones primarias, secundarias.	Estudios con más de 10 años de realización.
Artículos de texto completo.	

FUENTE: Elaboración propia

La estrategia de búsqueda inicial arrojó en total 38.471 artículos, a los cuales se le aplicaron los criterios de inclusión y exclusión. El uso de filtros permitió excluir 36.483 artículos tal como se explica en la figura 1.

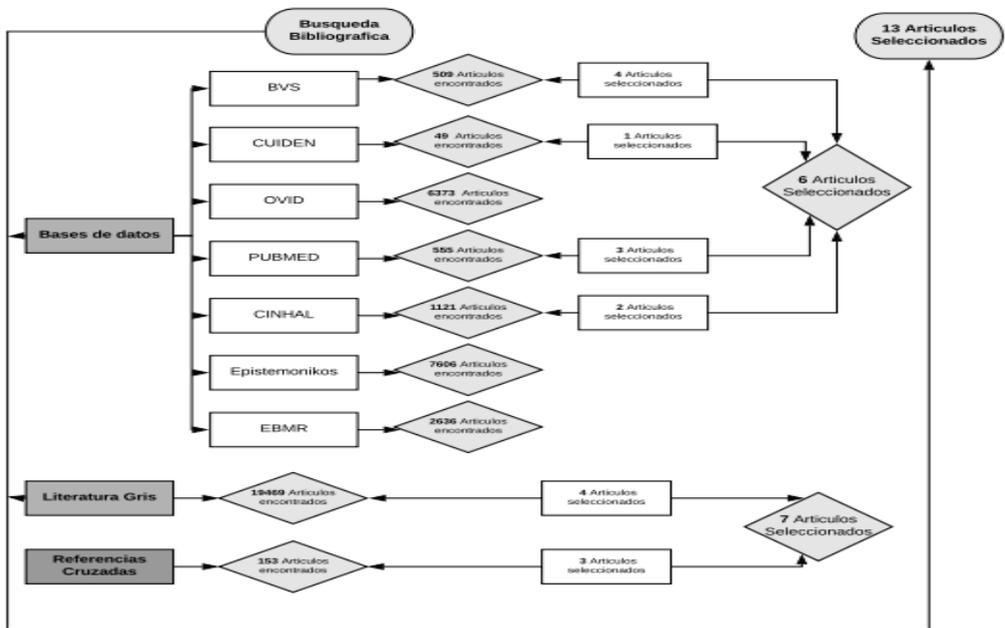
Selección de estudios. Se eligieron 103 títulos

aptos para responder al objetivo planteado, se analizaron un total de 24 resúmenes de los cuales 13 cumplían con los criterios de selección. De los artículos seleccionados se analizaron datos como: autor, año de publicación, idioma, país, objetivo, metodología, resultados relevantes y conclusiones.

Evaluación de calidad. Se realizó mediante la aplicación de las listas de comprobación CASPe, y STROBE para estudios descriptivos observacionales; y para los estudios psicométricos se utilizó la lista de chequeo propuesta que Sánchez & Echeverry (2004) para evaluar la calidad de la validación de una escala: validez, confiabilidad y utilidad. La lectura se realizó por dos investigadores de forma independiente, en caso de discrepancia, el artículo se evaluó por un tercer

investigador. Siendo este estudio una revisión no representó riesgo para las personas, se tuvo en cuenta la resolución 8430 de 1993 para estudios documentales y la ley 44 de 1993 donde se esclarece la responsabilidad del investigador con relación de la protección al derecho de autor de los artículos utilizados en este documento mediante el adecuado referenciación bibliográfica.

FIGURA 1: Selección de artículos*



FUENTE: Elaboración propia

***Motivos de exclusión:** Población de estudio pediátrica, investigaciones realizadas en contexto diferente a la UCI, estudios que no utilizaron cuestionarios, escalas o instrumentos para medir las necesidades de pacientes, familiares o profesionales.

RESULTADOS

Con respecto a los diseños de los estudios incluidos en la revisión, en su mayoría son Descriptivos cuantitativos (n=7), seguidos de estudios Psicométricos (n=4) y Revisiones Sistemáticas (n=2); la **tabla 3** resume las

características de los artículos seleccionados y en la **tabla 4** se describen las características de cada escala, resaltando utilidad, validez, ítems, y categorías que mide.

TABLA 3: Resultados de los estudios incluidos en la Revisión Integradora de la Literatura

Categoría instrumentos de medición de necesidades de pacientes				
Autores y año	Objetivo principal	Tipo de estudio	Mediciones (Cuestionarios entrevistas)	Resultados Relevantes
Pedrechi & Camargo (2015).	Determinar la percepción de los comportamientos en la UCI.	Descriptivo transversal	CARE-Q	El análisis individual de las categorías, expresó que la categoría explica y facilita obtuvo el menor nivel de percepción por parte de la enfermera.
Sepúlveda, Cárdenas & Rojas (2009).	Establecer indicadores de confiabilidad y validez del Cuestionario Corto de Evaluación de la satisfacción del usuario acerca del cuidado de enfermería en versión al español en población colombiana.	Psicométrico	CARE-Q	Confiabilidad: alfa: 0.86%, análisis de validez alfa 0.627%, se facilita alfa de 0.57%, analizar su comportamiento en otras poblaciones.
Silva <i>et al.</i> (2012).	Describir la experiencia de construir un instrumento de colección de datos para documentar el primer paso del proceso de enfermería en una unidad de cuidados intensivos (UCI).	Psicométrico	Histórico de enfermería	Creación de instrumento para documentar y recolección de datos, validado y elaborado por enfermeros con diagramación para el proceso de enfermería con guía en la teoría de necesidades básicas de Horta.

Ramalho <i>et al.</i> (2012).	Construir un instrumento de levantamiento de datos de enfermería para clientes de una UTI General	Psicométrico	Cuestionario de necesidades humanas básicas	IC > 0.80 habla del predominio de las necesidades humanas básicas afectadas en el adulto críticamente enfermo.
Olano & Vivar (2012).	Conocer y examinar las características de instrumentos válidos para valorar las necesidades de los familiares de UCI	Revisión sistemática	CCFNI, FS-ICU, SCCMFNA, FAMILY SATISFACTION SURVEY, CCFSS	CCFNI (45 ítems) es el más utilizado desde su creación, escala tipo Likert 1-4, estabilidad de 64,71 - 96,08%, validez alfa: 0,61 - 0,88. FS-ICU (34 ítems) escala de puntuación y pregunta cerrada, fiabilidad 0,847, validez: alfa: 0.74- 0,97%. SCCMFNA (14 ítems) escala de puntuación, fiabilidad confiada sin registros, valides: alfa 0.76%. FAMILY (15 ítems):
Gómez, Ballester & Gil (2011).	Identificar las necesidades de los familiares de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo.	Psicométrico	CCFNI	Alfa: 0,65%, validez de constructo se eliminaron 3 ítems 8, 12, 13, prueba KMO obtuvo un índice 0,60, tiene una adecuada bondad psicométrica en la población española.
Ban, <i>et al.</i> (2015).	Determinar qué cuestionarios están actualmente disponibles para medir la satisfacción de las familias con la atención en la UCI	Revisión Sistemática	Se encuentran 27 cuestionarios diferentes en los cuales se destacan: CCFNI, SCCMFNA, CCFSS, FS-ICU.	CCFNI Y FS-ICU, muestran las mejores propiedades psicométricas más investigadas y por lo tanto se recomienda su uso.
Sánchez, Fernández & Fernández (2016).	Describir las necesidades de la familia del paciente ingresado en la UCI y la opinión de sus profesionales sobre aspectos relativos a la presencia familiar.	Estudio descriptivo prospectivo	CCFNI, cuestionario opiniones de los profesionales sanitarios de la UCI	Familiares 91,4% comprendió información recibida, $p < 0,05$ mostro conformidad con política de visitas. Profesionales reclaman formaciones habilidades comunicativas.

Galvis & Salamanca (2014).	Describir las necesidades del cuidador familiar de pacientes adultos crónicos hospitalizados en UCI en una institución prestadora de salud privada en Villavicencio, Colombia.	Descriptivo, de corte transversal y de tipo cuantitativo.	CCFNI	La necesidad considerada más importante es seguridad 86%, información 82%, proximidad 78%.
Padilla & Rojas (2018).	Identificar el grado de importancia de las necesidades de los familiares de pacientes en una unidad de cuidados intensivos (UCI).	Estudio descriptivo, comparativo y transversal	CCFNI.	La necesidad mas importante seguridad, e información, la de menor importancia se relaciona con apoyo.
Omari (2009).	Identificar las necesidades autopercibidas de los jordanos adultos que tienen familiares en las unidades de cuidados intensivos y explorar si se satisfacen esas necesidades.	Cuantitativo fue de nivel descriptivo, de corte transversal prospectivo	CCFNI, MNI.	Las necesidades más importantes información, y estar seguro.
Gómez-Carretero <i>et al.</i> (2009).	Valorar el grado de satisfacción y necesidad de información en familiares de pacientes programados para una intervención quirúrgica que requerirán un ingreso en UCI, y su relación con la depresión y ansiedad.	Cuantitativo fue de nivel descriptivo, de corte transversal prospectivo	Inventario de depresión de Beck (BDI). Escala de Ansiedad Estado (STAI A/E-A/R) Encuesta de Satisfacción ante la Información (ESI) Encuesta de Necesidad de Información.	Familiares presentaron síntomas depresivos, y ansiedad, en cuanto a necesidades la información esta insatisfecha.
Gonçalves <i>et al.</i> , (2006).	Caracterizar a los pacientes ingresados en la UCI como los datos bio-sociales y de hospitalización, y verificar las necesidades diarias de los cuidados de	Descriptivo, de corte transversal y de tipo cuantitativo	Para la recolección de datos se utilizó un documento titulado "Evaluación de las necesidades diarias de cuidado", compuesto de 3 partes: la	Los pacientes con alta prolongada en UCI reciben menor manejo terapéutico, mayores gastos y gran demanda de trabajo para enfermería.

	enfermería de acuerdo con NAS.		identificación del paciente, los datos clínicos y NAS, con un desglose de los elementos componentes.	
--	--------------------------------	--	--	--

FUENTE: Elaboración propia

TABLA 4: Generalidades de escalas, categorías, validez y características de diseño

Características	Escalas para Familiares				
	CCFSS	Family satisfaction survey	SCCMFNA	FS-ICU	CCFNI
Nombre	Critical Care Family Satisfaction survey	Family satisfaction survey	Society of Critical Care Medicine's Family Needs Assessment	Family Satisfaction In The Intensive Care Unit	Critical Care Family Need Interventory
Nº Ítems	20	15	14	34	45
Población	Familia	Familia	Familia	Familia	Familia
Puntuación	5 a 1(muy satisfecho, muy insatisfecho"	1 a 5 (1 muy escaso, 5 m bien).	1 a 4 puntuación total 14 satisfactoria, 56 menos satisfactoria	Excelente (100), muy bien (75),malo (0), Si (100), No (0)	Likert 0-4 0"no importante) 4"muy importante"
Validez	alfa: 0,91	alfa:0,94	alfa: 0,76	alfa: 0,97	alfa: 0,88
Categorías	Seguridad, información, proximidad apoyo y confort.	Seguridad, información apoyo, confort, cualidades del profesor satisfacción con la atención.	Información, apoyo, confort, cualidades del profesional.	Información, confort, toma de decisiones, cuidado al paciente, cualidades del profesional, satisfacción general.	Seguridad, información, proximidad, apoyo, confort.

Características	Escala para Pacientes y Profesionales		
	Care- Q	Necesidades Humanas Básicas	NAS
Nº Ítems	50	4 áreas	23
Población	Pacientes	Pacientes	Pacientes - Enfermeras
Puntuación	Sub-escalas	Sub-escalas	Sub-escalas
Validez	alfa: 0,88	IC: 0,80	IVC: 0,77
Categorías	Accesibilidad, facilita y explica, conforta, se anticipa, mantiene confianza, monitorea y hace seguimiento.	Identificación, entrevista, examen físico, impresión de enfermería.	Diario de actividades, soporte ventilatorio, soporte cardiovascular, soporte neurológico, soporte metabólico, intervenciones específicas.

FUENTE: Elaboración propia

A partir del análisis de los estudios se determinaron tres categorías: Escalas de medición de necesidades de la familia en UCI, escalas de medición de necesidades de pacientes críticos adultos y escalas de medición de necesidades de los profesionales que laboran en la UCI.

Escalas de medición de necesidades de la familia en UCI

Existe en la literatura reportada alrededor de 27 instrumentos de medición, los más utilizados y con mayores estándares de calidad dentro de la práctica clínica; CCFNI, FS-ICU SCCMFNA, FAMILY, CCFSS, NMI, cada uno de estos instrumentos cuenta con varias versiones a nivel mundial, donde se evalúa ampliamente su calidad psicométrica, siendo el CCFNI con un alfa de Cronbach de 0,88 el que muestra mejor adaptación transcultural y es el más utilizado, seguido del cuestionario FS-ICU que reporta un alfa de Cronbach de 0,97 (Olano & Vivar, 2012; Gómez, Ballester & Gil, 2011; Ban *et al.* 2015; Sánchez, Fernández & Fernández, 2016; Galvis & Salamanca, 2014; Padilla & Rojas, 2018; Omari, 2009;

Gómez-Carretero *et al.*, 2009).

Escalas de medición de necesidades de pacientes críticos adultos

La literatura descrita aporta 2 instrumentos de medición; escala CARE-Q y Necesidades Humanas Básicas (Pedrechi & Camargo, 2015; Sepúlveda, Cardenas & Rojas, 2009; Ramalho *et al.*, 2013). El Instrumento CARE-Q es el más utilizado a nivel mundial en diferentes contextos. En Colombia el instrumento mostró un alfa de Cronbach de 0,88 (Sepúlveda, Cardenas & Rojas, 2009). Por otro lado, el Instrumento de Necesidades Humanas Básicas se construyó a partir de identificar las características especiales de los pacientes de la UCI en especial a la condición fluctuante de salud, medios invasivos, entre otros, este cuestionario muestra alto indica de confiabilidad IC > 0,80 (Ramalho *et al.*, 2013).

Escalas de medición de necesidades de los profesionales que laboran en la UCI

Los instrumentos de medición en la categoría de necesidades para profesionales de la salud UCI son las escalas NAS, TISS y

se centran en la carga laboral (Gonçalves *et al.*, 2006). No existe evidencia de instrumentos validados para conocer necesidades de otra índole de los profesionales, la única evidencia disponible actualmente es un cuestionario *AD HOC* adaptado a la población, sin embargo, esta evalúa la percepción del profesional frente a las necesidades del familiar (Sánchez *et al.*, 2016).

DISCUSIÓN

En el entorno de la UCI identificar las necesidades de cuidado en pacientes y cuidadores, incluyendo al equipo de salud como cuidadores temporales, se considera como un componente clave para el mejoramiento del cuidado al final de la vida (Breen *et al.*, 2001; Carlet *et al.*, 2004). En la 2002, la Organización Mundial de la Salud define los cuidados paliativos como «el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales».

Con relación a los instrumentos de evaluación disponibles en la literatura, se evidencia que la mayoría de escalas validadas están dirigidas a evaluar las necesidades de los familiares en la UCI, lo cual resalta la importancia de los cuidadores en la atención al final de la vida. Los instrumentos *CCFSS*, y el *FS-ICU* reportan mejores características psicométricas y utilidad clínica; dentro de las similitudes ambas escalas miden confort e información, las diferencias parten en relación al fenómeno a medir; *CCFNI* valora las

necesidades y *FS-ICU* la satisfacción. Aunque estos son fenómenos diferentes se ha identificado que su aplicación combinada es de gran valor para una mejor comprensión de las necesidades percibidas (Broek, 2015; Heiland, 2002).

Respecto a los resultados de los cuestionarios de medición de las necesidades de pacientes de la UCI la evidencia no es amplia, debido a la complejidad de los pacientes en estado crítico que dificulta la aplicación de instrumentos en la práctica clínica (Enciso, 2015; Pardavila, 2011). Se identificaron 2 cuestionarios, *Necesidades Humanas Básicas* y el cuestionario *Care-Q* con características psicométricas apropiadas que se pueden aplicar conjuntamente para la valoración de las necesidades del paciente crítico (Pedrechi & Camargo, 2015; Sepúlveda, Cárdenas & Rojas, 2009; Ramalho *et al.*, 2013; Sepúlveda, Cárdenas & Rojas, 2009).

Por otro lado, los resultados de la revisión reafirman la necesidad de concebir al profesional que labora en la UCI como sujeto de cuidado. Es insípida la producción científica en este ámbito, aunque existen evidencias que demuestran que la sobrecarga emocional del profesional se complejiza por los conflictos éticos que son prevalentes en el manejo del paciente grave, y están asociados habitualmente al desacuerdo sobre decisiones terapéuticas entre el paciente y familia con los clínicos, a la omisión y retirada del tratamiento de soporte vital, y a las decisiones de representación, influyendo así en la interacción entre profesionales y familiares y en las medidas tendientes a decidir el mejor manejo del paciente al final de la vida (Camargo, 2015). Por tanto, valorar sus necesidades permitirá disminuir y tratar oportunamente casos de *síndrome de Bournot* caracterizado por agotamiento emocional,

despersonalización y baja autoestima (Grupo de Certificación De Proyecto HU-CI, 2017).

El profesional de la salud como sujeto multidimensional tiene diversas necesidades (Hernandez-Zambrano *et al.*, 2016), sin embargo, la literatura descrita solo aporta cuestionarios desde el punto de vista de carga laboral, convirtiéndolas automáticamente en escalas para pacientes, ya que permiten distribuir los cuidados de acuerdo a la complejidad y características de ellos. Este fenómeno genera que el personal de salud presente dificultades en la relación terapéutica con pacientes y familiares, relacionadas con el distanciamiento emocional (Velarde *et al.*, 2017) y pone de manifiesto que la disciplina de enfermería ha investigado acerca de las necesidades de pacientes y familia, despersonalizándose de su propio cuidado.

Respecto a las dimensiones que evalúan las escalas, son predominantes los dominios de seguridad, información, proximidad, apoyo, confort y soporte de síntomas físicos. Sin embargo, es insípida la valoración de necesidades psicosociales y espirituales que son esenciales en la atención al final de la vida. Este fenómeno puede obedecer al modelo de gestión de la muerte en la UCI que se centra en el modelo biomédico y excluye la percepción de las enfermeras, familiares y pacientes como sujetos multidimensionales (Gálvez *et al.*, 2011). En esta línea, la investigación de Santos *et al.*, (2017), explica la importancia de evaluar además del estado clínico, el contexto socioeconómico y, principalmente, espiritual de las personas dado que sus expectativas, sus deseos y anhelos deben ser respetados en el momento de la muerte.

Dentro de las limitaciones del estudio se encontró la falta de información respecto a la sensibilidad y utilidad de las distintas

escalas, además son escasos los estudios que describen las características psicométricas de forma detallada. También es importante considerar la adaptación transcultural de los instrumentos, como componente imprescindible para su aplicación en diferentes contextos socio-culturales. Por otro lado, los artículos se recuperaron desde la plataforma de la Fundación Universitaria de Ciencias de la salud, factor que incluye en la muestra bibliográfica.

CONCLUSIONES

Los sujetos que conviven en la UCI, tienen necesidades derivadas del sufrimiento que les ocasiona el enfrentarse a la muerte. Los resultados de la revisión ponen de manifiesto la necesidad de desarrollar y validar instrumentos que evalúen las necesidades psicosociales y espirituales de pacientes, familia y profesionales en el contexto de la UCI, dado que las escalas validadas y utilizadas en este ámbito se focalizan en la valoración de soporte de síntomas físicos y satisfacción.

Son escasas las evidencias de instrumentos que evalúen las necesidades de los profesionales que laboran en la UCI, justificando la necesidad de plantear una línea de investigación que genere conocimiento en este ámbito.

Las implicaciones de estos resultados para favorecer una buena muerte en la UCI son significativas, dado que la evaluación de las necesidades es un imperativo ético para mejorar los cuidados al final de la vida del paciente crítico, de sus familiares y de los profesionales de la salud

BIBLIOGRAFÍA

- Bagshaw, S. M., Webb, S. A., Delaney, A., George, C., Pilcher, D., Hart, G. K. & Bellomo, R. (2009). Very old patients admitted to intensive care in Australia and

- New Zealand: a multi-centre cohort analysis. *Critical Care*, 13(2), R45.
- Ballester, R., Gil, B., Gil, M., & Gómez S. (2011). Afrontamiento de la muerte en familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos: valoración diferencial en función de variables sociodemográficas. *Med Paliat*, 18(2), 46-53.
 - Ban, J., Brunsveld, A., Zedlitz, A., Girbes, A., Jonge, E. & Arbous, M. (2015). Questionnaires on Family Satisfaction in the Adult ICU: A Systematic Review Including Psychometric Properties. *Critical Care Medicine*, 43(8), 1731-44.
 - Breen, C., Abernethy, A., Abbott, K., & Tulskey, J. (2001). Conflict associated with decisions to limit life-sustaining treatment in intensive care units. *J Gen Intern Med*, 16, 283 - 9.
 - Broek, J., Brunsveld, A., & Zeediltz, A. (2015). Questionnaires on Family Satisfaction in the Adult ICU: A Systematic Review Including Psychometric Properties. *Crit Care Med*, 43(8), 1731-44.
 - Camargo, R.D. (2015). El enfermo crónico en la fase final de su enfermedad en cuidado intensivo requiere transición del cuidado curativo al cuidado paliativo. *Acta Colomb Cuid Intensivo*, 15(1), 45-48.
 - Carlet, J., Thijs, L., Antonelli, M., Cassel, J., Cox, P., Hill, N. et al. (2004). Challenges in end-of-life care in the ICU. *Intensive Care Med*, 30, 770-84.
 - Enciso, C. (2015). *El paciente crítico, una familia enferma. Descripción de la experiencia de la familia de pacientes adultos hospitalizados en cuidado intensivo, a través de la teoría de la intersubjetividad.* (Tesis de maestría no publicada) Universidad del Bosque: Bogotá.
 - Gálvez González, M., Ríos Gallego, F., Fernández Vargas, L., Águila Hidalgo, B., Muñumel Alameda, G. & Fernández Luque, C. (2011). El final de la vida en la Unidad de Cuidados Intensivos desde la perspectiva enfermera: un estudio fenomenológico. *Enfermería Intensiva*, 22(1), 13-21.
 - Galvis, C. & Salamanca, E. (2014). Perceived Needs in Family Caregivers of Adults Hospitalized in an Intensive Care Unit of a Private Health Providing Institution in Villavicencio, Colombia. *Investig. Enferm. Imagen Desarr*, (2), 81-94.
 - Gómez, S., Ballester, R. & Gil, B. (2011). El Cuestionario de Necesidades de los Familiares de Pacientes de Cuidados Intensivos (CCFNI) versión breve: adaptación y validación en población española. *An. Sist. Sanit. Navar.* 34 (3), 349-361.
 - Gómez-Carretero, P., Soriano, J. F., Monsalve, D.V. & Andrés J. (2009). Satisfacción con la Información: Posible Variable Interviniente en el Estado de Ánimo de Cuidadores Primarios de Pacientes Críticos. *Clínica y Salud*, 20(1), 91-105.
 - Gonçalves, L. A, Garcia, P.C, Toffoletto, M. C, Telles, S. C. R & Padilha, K. G. (2006). Necesidades de cuidados de enfermagem em Terapia Intensiva: evolução diária dos pacientes segundo o Nursing Activities Score (NAS). *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(1), 56-60.
 - Grupo de Certificación De Proyecto HU-CI. (2017). *Manual de buenas prácticas de humanización en UCI.* Madrid: Proyecto HU-CI.
 - Gutiérrez, B., Blanco, J., Alvaríño, A., Luque, M., & Ramírez, M. (2008). Experiencias Percepciones y Necesidades en la UCI: Revisión Integradora. *Enfermería global*, 12. Recuperado de <http://revistas.um.es/eglobal/articulo/view/822/842>.
 - Hernández-Zambrano, S.M., Hueso-Montoro, C., Montoya-Juárez, R., Gómez-Urquiza, J.L. & Bonill-de-las-Nieves, C. (2016). Metaestudio cualitativo sobre vivencias y gestión del cotidiano en adultos mayores que padecen enfermedades crónicas. *Cultura de los Cuidados*, 20(44), 75-90.
 - Jimeno, L., López, P., Ezenarro, M., Margall, C., & Asiain, E. (2007). Cuidados del paciente al final de la vida: ayudas y obstáculos que perciben las enfermeras de Cuidados Intensivos. *Enferm Intensiva*, 18(1), 3-14.
 - Marin, M., Hernandez, A., Rubio, O., Monzon, J.L. & Cabré, L. (2016). Pacientes críticos al final de la vida: estudio multicéntrico en Unidades de Cuidados Intensivos españolas. *Med Intensiva*, 40, 448-50.
 - Olano, M. & Vivar, G. (2012). Instruments for the assessment of the needs of family members of patients in intensive care units: a systematic review. *An. Sist. Sanit. Navar*, 30(1), 53-67.
 - Omari, F. (2009). Perceived and Unmet Needs of Adult Jordanian Family Members of Patients in ICU. *J Nurs Scholarsh*, 41(1), 28-34.
 - Organización Mundial de la Salud. (2002). Cuidados paliativos [Sede web]. Recuperado de <http://www.who.int/cancer/palliative/es/>.
 - Padilla, C. & Rojas, N. (2018). Necesidades de los familiares de pacientes críticos en un hospital académico de Chile. *Enfermería Intensiva*, 29(1), 32-40.
 - Pedrechi, D. & Camargo, I. (2015). Percepción de las enfermeras y pacientes, del cuidado brindado por el profesional de enfermería, en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional. *Rev. Cien de Enfermería*, 17, 17.
 - Ramalho, J. M., Fontes, W. D. & Nóbrega, M. M. L. (2013). Instrumento de coleta de dados de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Geral. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(4), 535-542.
 - Santos, R. P., Dias, P. F., Ribeiro, J. H. M., Mendes, M. A., & Silva, J.V. (2017). Reflexiones sobre el escenario de la muerte en la perspectiva paliativa. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 21(49). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2017.49.18>.
 - Sánchez, R. & Echeverry, J. (2004). Validación de

- escalas de medición en salud. *Rev. Salud pública*, 6 (3), 302-318.
- Sánchez, V., Fernández, P. & Fernández, M. (2016). Análisis de las necesidades de la familia del paciente crítico y la opinión de los profesionales de la unidad de cuidados intensivos. *Medicina Intensiva*, 40(9), 527-540.
 - Sepúlveda, G., Cárdenas, O. & Rojas, L. (2009). Estudio piloto de la validación del cuestionario 'CARE-Q' en versión al español en población colombiana. *Rev col enfermería* (Edición digital), IV(4). Recuperado de http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=print&id_revista=245&id_seccion=4200&id_ejemplar=6980&id_articulo=69884.
 - Silva, R.S., Pereira, A., Ribeiro, A., Marinho, C., Carvalho, I. & Ribeiro, R. (2012). Elaboração de um instrumento para coleta de dados de paciente crítico: histórico de enfermagem. *Rev. enferm. UERJ*, 20(2), 267-73.
 - Sprung, C.L., Cohen, S.L., Sjøkvist, P., Baras, M., Bulow, H.H., Hovilehto S, et al. (2003). End-of-Life Practices in European Intensive Care Units. The Ethicus Study. *J Am Med Assoc*, 290, 790-7.
 - Velarde, F., García, R., González, R., González, S., Cervantes, B., Álvarez, E., et al. (2017). End of life care difficulties in intensive care units. The nurses' perspective. *Gaceta Sanitaria*, 31(4), 299-304.
 - Vicensi, C. (2016). Reflexión sobre la muerte y el morir en la UCI a partir de la perspectiva profesional en cuidados intensivos. *Revista Bioética*, 24(1), 64-72.
 - Zambrano, G. (2008). Estresores en las unidades de cuidado intensivo. *AQUICHAN* (Edición digital), 6(1). Recuperado de <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/89/183>.

Cuidado Humanizado en el Postoperatorio Inmediato de Pacientes Histerectomizadas

Humanized Care in the Immediate Postoperative Period of Hysterectomized Patients

Cuidado Humanizado no Período Pós-Operatório Imediato de Pacientes Histerectomizados

Yuneyda Camero Solórzano¹, Isabel Meléndez Mogollón², Arelys Álvarez Gonzalez³, Jenny Apuntes Guerrero⁴

¹Especialista. Gerencia en Salud. Docente del Instituto Tecnológico Superior Libertad (ITSL), Pichincha, Ecuador. Correo electrónico: yuneydacameros@gmail.com

²Licenciada en Enfermería. Departamento de Investigación y Docente del Instituto Tecnológico Superior Libertad (ITSL), Pichincha, Ecuador. Correo electrónico: isabelmelendez@gmail.com

³Doctora en Ciencias Pedagógicas. Coordinadora Comisión de Creación, Rediseño y Acreditación de Carreras del Instituto Tecnológico Superior Libertad (ITSL). Correo electrónico: arelys.alvarez@itslibertad.edu.ec

⁴Técnica Superior en Enfermería. Instituto Tecnológico Superior Libertad (ITSL). Correo electrónico: ja_de78@yahoo.es

Cómo citar este artículo en edición digital: Camero, Y.B., Meléndez, I.C., Álvarez, A.R., & Apuntes, Y. E. (2019). Cuidado Humanizado en el Postoperatorio Inmediato de Pacientes Histerectomizadas. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 23 (54). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.54.31>

Correspondencia: Camero Solórzano Yuneyda Beatriz. Instituto Tecnológico Superior Libertad (ITSL). Av. 10 de Agosto N34-38 y Rumipamba Quito. Pichincha. Teléfonos: (02)-393-3850 – (02) 244-78-76

Correo electrónico de contacto: yuneydacameros@gmail.com ybcamero@itslibertad.edu.ec

Recibido: 09/11/2018; Aceptado: 03/03/2019



ABSTRACT

Objective: To analyze the humanized care in the immediate postoperative period of hysterectomized patients, from 25's to 40's, of the Olympus Clinic, during the period March-August 2017.

Method: The study is carried out under a quantitative approach, with a descriptive level, supported by a field investigation. The information was based on a 11 items questionnaire, which was applied to 18 nurses in order to obtain the required data.

Results: The application of humanized care is evidenced partially in the attention of biological needs in patients. It is noted that most of the respondents communicate effectively, however, a high level of indifference is manifested, on the part of nursing staff, in the pain attention as a basic need in the postoperative hysterectomy. Likewise, the absence of an instrument for evaluating user satisfaction is a weakness.

Conclusions: Humanized care is a complex but essential process during post-operative

care in hysterectomies. Within the health institution addressed, it is developed in a fragmented manner, however, there is an opening in nursing professionals for the humanization of care.

Keywords: Humanized care, immediate postoperative, patients, hysterectomy.

RESUMO

Objetivo: Analisar o atendimento humanizado no pós-operatório imediato de pacientes histerectomizados, de 25 a 40 anos, da Clínica Olympus, durante o período de março a agosto de 2017.

Método: O estudo é realizado de forma quantitativa, com nível descritivo, apoiado em uma investigação de campo. As informações foram baseadas em um questionário de 11 itens, aplicado a 18 enfermeiros para obter os dados necessários.

Resultados: A aplicação do cuidado humanizado é evidenciada parcialmente na atenção das necessidades biológicas nos pacientes. Nota-se que a maioria dos entrevistados se comunica de forma eficaz, entretanto, manifesta-se um alto grau de indiferença, por parte da equipe de enfermagem, na atenção à dor como uma necessidade básica na histerectomia pós-operatória. Da mesma forma, a ausência de um instrumento para avaliar a satisfação do usuário é uma fraqueza.

Conclusões: O cuidado humanizado é um processo complexo, mas essencial, durante os cuidados pós-operatórios nas histerectomias. Dentro da instituição de saúde abordada, desenvolve-se de forma fragmentada, no entanto, há uma abertura nos profissionais de enfermagem para a humanização do cuidado.

Palavras chave: Cuidado humanizado, pós-operatório imediato, pacientes, histerectomia.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el cuidado humanizado en el postoperatorio inmediato de pacientes histerectomizadas, en edades de 25 a 40, de la Clínica Olympus, durante el período marzo-agosto 2017.

Método: El estudio se enmarca en un enfoque cuantitativo, con un nivel descriptivo, apoyado en una investigación de campo. La recolección de información se realizó a través de la técnica de la encuesta, con la aplicación de un cuestionario de 11 ítems a 18 enfermeras, para obtener los datos requeridos.

Resultados: La aplicación del cuidado humanizado se evidencia parcialmente en la atención de necesidades biológicas en las pacientes. La mayoría de los encuestados se comunican efectivamente, sin embargo, se manifiesta un alto nivel de indiferencia, por parte del personal de enfermería, en la atención del dolor como necesidad básica en el postoperatorio de histerectomía. Así también, es una debilidad la ausencia de un instrumento de evaluación de la satisfacción del usuario.

Conclusiones: El cuidado humanizado es un proceso complejo pero indispensable durante la asistencia de postoperatorio en histerectomías. Dentro de la institución de salud abordada, este cuidado se desarrolla de manera fragmentada, no obstante, existe una apertura en los profesionales de enfermería para la humanización de la atención.

Palabras clave: Cuidado humanizado, postoperatorio inmediato, pacientes, histerectomía.

INTRODUCCIÓN

La atención de enfermería es considerada un servicio que se otorga al usuario, en

donde está inmersa la práctica del cuidado como parte de la calidad de prestación del sistema de ayuda. En el mismo orden de ideas, se afirma que la relación entre la enfermera y el paciente se enmarca en un fenómeno intersubjetivo y complejo, el cual garantiza un acceso al cuidado a la salud y un empoderamiento del paciente en sus propios autocuidados (Raile y Marriner, 2014).

En cuanto a la profesión de enfermería, se puede decir que es considerada una disciplina o conjunto de conocimientos que delimitan el ser y hacer de la profesión; esta profesión incluye elementos filosóficos, éticos y científicos que son empleados en la práctica. García y Téllez (2012), indican que la razón de ser de enfermería como profesión es el cuidado humano, es el paciente, por lo que se deben aplicar métodos, teorías, modelos o cualquier otro elemento conducente a cumplir con su objetivo.

De la misma manera, autores como Mastrapa y Gibert (2016), manifiestan que: “El cuidado como centro de atención de la enfermería, se describe también como la relación que se da entre la enfermera y el paciente con el fin de promover su salud, prevenir, diagnosticar, tratar y rehabilitar las enfermedades que puedan padecer”. En tal sentido, se establecen relaciones con el paciente y familiares, y se favorece la relación terapéutica, además, se satisfacen las necesidades del usuario.

En cuanto a los aportes académico-filosóficos de las precursoras de la enfermería, Raile y Marriner, destacan que, Hildegard E. Peplau, describe la importancia de la relación entre la enfermera y el paciente como “un proceso interpersonal significativo y terapéutico, ya que se obliga a los pacientes a desarrollar respuestas destructivas o constructivas

frente a: necesidad, frustración, conflicto y ansiedad” (Raile y Marriner, 2014). Es decir, que el profesional de enfermería desarrolla un proceso individual, basado en terapias en beneficio del paciente.

En el mismo orden de ideas, el término cuidar, como la acción pensada del profesional de enfermería, que es inherente a la humanidad, está basado en cuatro conceptos principales: enfermería, entorno, cuidado y salud, desde una perspectiva dinámica y cambiante, ya que el proceso salud-enfermedad no es estático (Téllez y García, 2012). Asimismo, Raile y Marriner (2014), al citar a Kerohuac, describen el cuidado a partir de tres paradigmas: 1) La categorización, donde el cuidado es visto de manera fraccionada como una suma de varias partes, de práctica institucionalizada, biologicista y con un enfoque médico; 2) La integración, que implica un cuidado integral, y toma en cuenta la persona, el entorno, la salud, el aspecto biológico, psicológico, social y espiritual; 3) La transformación del cuidado, que enfoca a la persona como un ser único. En este caso el cuidado es holístico y va más allá de lo cotidiano, convirtiéndose en un cuidado transformador.

En cuanto al tercer paradigma del cuidado, propuesto por Kerohuac, puede afirmarse que debe existir una creciente preocupación por parte de la enfermería para dispensar cuidados de salud creativos, cuyo centro de interés está en los cuidados de las personas, quienes, en la interacción continua con su entorno, viven sus propias experiencias de salud. En este caso, el cuidado se adecúa a las prioridades del paciente, y es dirigido a la consecución de su bienestar (Raile y Marriner, 2014). Cabe destacar que los modelos y teorías propuestos por R. R. Porse, M. Newman, M. Rogers y J. Watson quedan incluidos dentro de este paradigma.

De lo anteriormente expuesto, se puede afirmar que el cuidado debe ser holístico. Sin embargo, desde el siglo XVIII, la atención del paciente ha estado centrada en los aspectos biomédicos y curativos; en este caso se reduce lo humano a lo biológico, pasando a ser el enfermo, una enfermedad (Suárez, 2012). En consecuencia, es necesario que las enfermeras como parte del equipo de salud, otorguen una atención centrada en el usuario, y que los cuidados humanizados se integren a la praxis para mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud (Ariza, 2012).

Ciertamente, en la práctica diaria de la profesión, el personal de enfermería desempeña sus actividades como tareas repetitivas, ya sean propias o delegadas. Esto empobrece y hasta anula las acciones cuidadoras ante el equipo de salud (Poblete y Valenzuela, 2007), deforma el acto de cuidar, repercutiendo además en la imagen institucional y en la calidad de servicio que los centros de salud prestan. En base a lo anteriormente expuesto, la Organización Mundial de la Salud (2008), indica que a pesar de los avances tecnológicos que han venido desarrollándose a través del tiempo, existen fallas en la calidad y seguridad de la atención de los pacientes, con ocurrencia de eventos indeseados, perjudicando la representación social de las organizaciones de salud.

Por otra parte, los modelos y teorías de enfermería se fundamentan en una visión humanista del cuidado, lo que refiere que el cuidado debe ser para el profesional de enfermería su razón moral y no un procedimiento o una acción. El cuidar debe ser un proceso interconectado y de sensaciones compartidas entre la enfermera y paciente. En tal efecto, la teorizante J. Watson, pide unir la ciencia con las humanidades para que las enfermeras

tengan un sólido fondo artístico liberal y entiendan otras culturas como requisito para utilizar la ciencia del cuidado y un marco mente-cuerpo-espiritual, lo que amplía la mente y mejora las habilidades de pensamiento y el crecimiento personal (Raile y Marriner, 2014).

En otras palabras, para que el cuidado sea humanizado, el personal de enfermería debe practicar una comunicación efectiva en todos los niveles en los cuales interactúa, utilizando algunos fundamentos tales como, el reconocer la situación y creencias de cada paciente, y explicar lo que se le va a realizar (Hermosilla, Mendoza y Contreras, 2016).

Dentro de este contexto, el Ilustre Colegio de Enfermería de Madrid, afirma que “La comunicación es un arte, una habilidad que debe ser dominada por el enfermero para hacerle frente a los pacientes y a sus familias, a los médicos, y al resto de profesionales sanitarios del equipo” (Ilustre Colegio de Enfermería de Madrid, 2015). Es por ello que el profesional de enfermería debe implementar técnicas de comunicación, reconocer al paciente por su nombre, dar confianza, ofrecer contacto visual y tranquilidad a través del tacto.

Del mismo modo, es importante la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en el manejo de pacientes en el postquirúrgico inmediato de pacientes histerectomizadas, ya que el PAE se presenta como una herramienta metodológica de trabajo, para identificar y satisfacer necesidades interferidas y resolver problemas de salud que afectan al ser humano, la familia y la comunidad. Es de interés destacar que, en el postoperatorio de la histerectomía, por constituir la extracción quirúrgica del útero, se requiere de cuidados individualizados que integren la asistencia de las necesidades biológicas, incluyendo aspectos endocrino metabólicos, y la

atención psicológica que aborde el proceso de duelo que vive la paciente (Villamar, 2017).

Con respecto a las principales indicaciones para realizar una histerectomía, se expone que las principales causas son la “esterilización, los miomas uterinos gigantes, la displasia endometrial, el cáncer uterino, el dolor pélvico crónico, la endometriosis y las masas anexiales benignas”. Así mismo, menciona que, entre las complicaciones más frecuentes, asociadas tanto a la histerectomía vaginal como la abdominal, se pueden mencionar la fiebre y las infecciones del tracto urinario; otras menos frecuentes son la infección de la herida quirúrgica, las hemorragias, las lesiones vesicales y de uréteres (Villamar, 2017).

En relación al período post-operatorio inmediato, este abarca las primeras 24 horas después de la cirugía e incluye el tiempo en que el paciente permanece en la sala de recuperación post anestésica (SRPA) (Saager, *et al.*, 2014). Este período se va a caracterizar, porque la paciente presenta alteraciones fisiológicas como inconsciencia, depresión cardiorrespiratoria, ausencia de sensaciones y del tono simpático, dolor e hipotermia, entre otros; es por ello por lo que se requiere de observación continua, control de signos vitales y de cuidados post-anestésicos.

En concordancia con lo anterior, en la Unidad de Reanimación Post- Anestésica, el enfermo pasa relativamente poco tiempo, por lo que se deben valorar las necesidades de respiración y oxigenación, eliminación, actividad, bienestar, piel y mucosas, comunicación, relaciones y seguridad; y en base a estas necesidades, realizar los diagnósticos de enfermería y aplicar las intervenciones. Asimismo, es importante abordar el manejo del dolor, ya que puede

provocar cambios en la función pulmonar, el aumento de la frecuencia respiratoria y reducción de la capacidad vital o reducción del volumen de reserva residual funcional, produciendo un aumento de las secreciones bronquiales, aparición de hipoxemia, neumonías y deterioro respiratorio (Ramírez, *et al.*, 2014).

El siguiente cuidado en el postoperatorio es el control de infecciones, ya que existen factores de riesgo claramente relacionados con la morbilidad infecciosa, entre los que se destacan la falta de uso de antibiótico profiláctico, la cantidad de sangrado durante el procedimiento, y el cateterismo vesical prolongado posterior a la cirugía. Así mismo las complicaciones más frecuentes asociadas a la Histerectomía, son las infecciones de las vías urinarias, seguida de absceso de cúpula y hematoma de cúpula (Florián, 2015).

Para evitar la infección, se debe saber que las principales vías de contagio son la vía aérea y la infección cruzada desde heridas de otro paciente o desde otras heridas en distinta localización del mismo paciente mediante material contaminado. Por tal razón se puede interpretar que el cuidado de una herida es responsabilidad del personal de enfermería, así como su valoración y la aplicación del tratamiento adecuado (San Martín y Soto, 2014).

Con respecto al Cuidado Humanizado de Enfermería, se realiza un estudio para analizar el cuidado de enfermería en el postoperatorio inmediato de pacientes histerectomizadas, en edades de 25 a 40, de la Clínica Olympus en la ciudad de Quito. En este caso se puede mencionar que, en esta clínica, existe una alta frecuencia de actividad quirúrgica del área de ginecoobstetricia, en donde se efectúa la histerectomía como método anticonceptivo irreversible y procedimiento operatorio.

Por otro lado, es importante mencionar que en esta institución se han reportado complicaciones en el postoperatorio inmediato de pacientes hysterectomizadas, y fallas en la atención que debe proveer el personal de enfermería, por lo que se busca a partir del estudio de investigación, determinar estas deficiencias en la atención al paciente y evidenciar si se está realizando un cuidado humanizado de la salud a partir de la aplicación de normas y estrategias claras, que permitan prestar un servicio de calidad y eficiencia, garantizando además, que la atención sea continua, oportuna y humana.

En este caso se evalúa el cuidado humanizado de enfermería a través del cumplimiento de algunos procedimientos en las pacientes hysterectomizadas tales como: control de signos vitales, ejecución de cuidados personalizados en base a las necesidades del paciente, educación sobre el postoperatorio, comunicación sobre los procedimientos a realizar y contacto visual, respeto hacia la autonomía del paciente, acceso a sugerencias sobre los cuidados prestados, además de aplicación de protocolos de actuación.

Finalmente, el estudio permitirá que el profesional de enfermería identifique la forma de cómo en la actualidad se está aplicando el cuidado de enfermería, lo que dará paso a mejorar la calidad de la atención, a través de la implementación de cuidados continuos y oportunos, basados en el conocimiento científico, técnico y humanizado.

MATERIALES Y MÉTODOS

El tipo de investigación realizada es de campo, con fuentes obtenidas desde una realidad y nivel descriptivo, bajo un enfoque cuantitativo, utilizando la recolección de datos con base en la medición numérica y el análisis estadístico, analizando el comportamiento del fenómeno, en donde el cuidado de enfermería a nivel de pacientes post-hysterectomizadas se otorga de forma repetitiva debido a la frecuencia de esta medida terapéutica. Se aplicaron los métodos inductivo-deductivo, analítico y sintético, a razón de interpretar la humanización de la asistencia y la relación enfermero-paciente, abordando el fenómeno dentro de su realidad dentro de las características institucionales (Hernández, Fernández, y Baptista, 2014).

La población y muestra fue de 18 personas, correspondientes a la totalidad de personal de enfermería que trabaja en la clínica Olympus. La recolección de datos se efectuó a través de un cuestionario constituido por 11 ítems de opción múltiple con selección única, referentes al cuidado humanizado otorgado a las pacientes hysterectomizadas.

RESULTADOS

La administración del cuestionario aplicado a la población total de profesionales de enfermería que labora en la Clínica Olympus arrojó resultados diversos en relación al cuidado humanizado brindado a las pacientes hysterectomizadas, tal como se presenta en la siguiente tabla.

TABLA 1: Cuidado humanizado de enfermería en postoperatorio inmediato de pacientes histerectomizadas

	Siempre		Algunas veces		Nunca		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
1 Aplicación del control de signos vitales como medio de interacción con el paciente.	17	94	1	6	0	0	18	100
2 Ejecución de cuidados personalizados con base en el diagnóstico de enfermería y las necesidades del paciente.	14	78	4	22	0	0	18	100
3 Educación integral a las pacientes histerectomizadas y su grupo familiar	0	0	3	17	15	83	18	100
4 Comunicación con el paciente ofreciendo confianza, manteniendo contacto visual y lenguaje corporal.	13	72	5	28	0	0	18	100
5 Cumplimiento del consentimiento informado sobre la resolución quirúrgica y su tratamiento post operatorio.	18	100	0	0	0	0	18	100
6 Aplicación de la escucha empática centrada en el paciente y sus impresiones.	18	100	0	0	0	0	18	100
7 Manejo del dolor como parte de la atención prioritaria de la paciente histerectomizada.	12	67	6	33	0	0	18	100
8 Presencia de complicaciones postoperatorias en las pacientes histerectomizadas.	0	0	18	100	0	0	18	100
9 Aplicación de protocolo de atención a pacientes histerectomizadas basados en modelos de atención de enfermería.	0	0	0	0	18	100	18	100
10 Necesidad de formación del personal que realiza los cuidados en las pacientes histerectomizadas	18	100	0	0	0	0	18	100

11	Existencia de instrumentos para valorar la satisfacción del paciente en cuanto al cuidado humanizado de enfermería.	0	0	0	0	18	100	18	100
----	---	---	---	---	---	----	-----	----	-----

FUENTE: Encuesta aplicada al personal de enfermería de la Clínica Olympus

En estos resultados, se destaca de forma favorable que 94% de las encuestadas siempre realizan el control de signos vitales como medio de interacción con el paciente, 78% ejecutan cuidados personalizados en base al diagnóstico de enfermería y necesidades de la usuaria, y 72% mantienen comunicación con la histerectomizada, ofreciendo confianza, manteniendo contacto visual y lenguaje corporal.

Adicionalmente, se evidencia que 100% de las enfermeras escuchan empáticamente las impresiones de la paciente en relación con la experiencia de la intervención quirúrgica y sus necesidades y 100% de estas, respeta el principio de autonomía basado en un consentimiento informado y de libre actuación.

En cuanto al manejo del dolor, 67% de las encuestadas manifestó que siempre daban prioridad a esta manifestación clínica, mientras que 33% solo lo hacían algunas veces. No obstante, existen debilidades en la educación sanitaria impartida a las pacientes histerectomizadas, ya que 83% de los profesionales de enfermería nunca implementa educación integral a las pacientes y familiares sobre los aspectos relacionados con la intervención quirúrgica y su recuperación.

Por otro lado, 100% del personal de enfermería indicó que las pacientes algunas veces presentaban complicaciones postoperatorias, y que no contaban con protocolos de atención que estandarizaran y

guiaran el cuidado en la atención de las pacientes histerectomizadas, por lo que tenían apertura para recibir formación sobre la atención adecuada que se les debe prestar a estas pacientes. Así mismo, 100% de los profesionales encuestados expresó que nunca las pacientes valoraban el nivel de satisfacción sobre el cuidado de enfermería, y que había disposición de recibir sugerencias sobre la atención brindada para lograr humanizar el cuidado a través de acciones que representen un significado en el proceso de relación enfermero(a)-paciente.

DISCUSIÓN

En el estudio se abordó la atención a una población vulnerable, como lo es la mujer en edad fértil, quien al someterse a una histerectomía transita por un período de riesgo y duelo, requiriendo una atención humanizada por parte del equipo de salud. Ante esta situación, el personal de enfermería debe contar con conocimientos que garanticen buenas prácticas y otorguen a estas pacientes apoyo, seguridad y confort.

Es de interés precisar que, en la Clínica Olympus de Quito, se evidencia que la mayoría de los profesionales de enfermería realizan procedimientos básicos tales como: control de signos vitales, ejecución de cuidados personalizados en base al diagnóstico de enfermería y necesidades del paciente; además, estos profesionales se

comunican ofreciendo confianza y contacto visual, manteniendo un lenguaje corporal y escucha empática centrada en el usuario, dándole la oportunidad de manifestar sus malestares e impresiones, en concordancia con el modelo teórico de J. Watson. Este modelo conecta la experiencia y la percepción en la ejecución de prácticas habituales de cuidado, destacando el impacto que esto genera en el paciente, generando, a su vez, una sensación de seguridad (Raile y Marriner, 2014).

Sin embargo, existe un porcentaje importante de profesionales de enfermería que cumple parcialmente con algunos procedimientos, lo que afecta la humanización del cuidado, haciendo de esta una relación mecánica y biologicista, además de dar apertura a la aparición de complicaciones post operatorias y la aplicación de procedimientos de enfermería de manera empírica con un abordaje del cuidado poco interactivo. Estos aspectos se evidencian a través de las elevadas cifras de morbilidad y el alto número de reingresos en las áreas de ginecología, siendo una de las unidades más concurridas del espacio hospitalario (García, 2016). Es de interés reconocer que la histerectomía es una de las cirugías más practicadas en el mundo y genera fuertes reacciones emocionales con un reconocido efecto negativo sobre la recuperación posquirúrgica. Por esto se puede sostener, con base en toda la información buscada y su evidencia, que es imprescindible ofrecer alternativas quirúrgicas para todas las pacientes sometidas a procedimientos ginecológicos, ya que la cirugía de menor invasión y más conservadora traerá consigo menores problemas o complicaciones postoperatorias.

Al revisar la literatura científica con el fin de describir la histerectomía, sus diversas

vías de abordaje y las actuaciones a realizar por parte del personal de enfermería para la elaboración de un plan de cuidados, es posible concluir que, para conseguir una mayor calidad asistencial y mejor adaptación física y psicológica en la mujer histerectomizada, es necesaria una preparación ajustada a las necesidades de cada paciente y sobre las consecuencias del tipo de cirugía, en la que la enfermería tiene un papel fundamental en la orientación, apoyo emocional y cuidados al alta (Franco, 2017). En base a lo anteriormente expuesto, se puede afirmar que la recuperación exitosa postquirúrgica de pacientes histerectomizadas y la disminución de sus complicaciones, dependen en gran parte de las orientaciones que estas pacientes y su grupo familiar reciban del profesional de enfermería sobre los cuidados de salud, a fin de facilitar el empoderamiento del autocuidado domiciliario. No obstante, esto no ocurre con los profesionales de enfermería que trabajan en la clínica Olympus, ya que en la mayoría de los casos la educación sanitaria es deficiente, en contradicción al fomento de buenas prácticas de salud, lo que produce aumento del riesgo en el postoperatorio inmediato de estas pacientes.

En tal sentido, Mastrapa y Gibert (2016), declaran que la relación enfermera-paciente se debe realizar con la finalidad de satisfacer las necesidades del usuario, promover la salud y favorecer la relación terapéutica con el paciente y familiares. Igualmente, la teoría de Watson sostiene que el cuidado humanizado representa una guía y apoyo a la práctica de enfermería, debido al beneficio de cultivar una conciencia de cuidados y al establecimiento de una relación terapéutica basada en valores humanísticos, con el fin de satisfacer las necesidades de los pacientes y mejorar su calidad de vida (Raile y Marriner,

2014).

El manejo del dolor, como parte de la atención prioritaria de la paciente histerectomizada, se considera como un aspecto fundamental del cuidado de enfermería; sin embargo, un porcentaje importante del personal que trabaja en la clínica Olympus, algunas veces da importancia a este padecimiento, sin tomar en cuenta que el dolor es una de las necesidades humanas prioritarias según la jerarquización propuesta por Kalish (Téllez y García, 2012).

Al respecto, se observa que se pierde la relación terapéutica y la comunicación efectiva entre el cuidador y el enfermo y, más aún, se presenta este hecho como una implicación ético-legal. Ciertamente, la ética incluye acciones encaminadas a dar respuestas a las necesidades básicas del paciente, es pensar en el otro, anticipar sus penurias y darse cuenta de que el paciente existe; de ahí que la ética se contrapone a la indiferencia, evitando exponer al paciente a un sufrimiento previsible (Domusvi, 2011).

Por otra parte, es de vital importancia enfatizar que para la pronta recuperación de las pacientes histerectomizadas, se deben aplicar protocolos de atención de enfermería basados en modelos de atención, empleando conocimientos científicos que guíen las buenas prácticas de enfermería. En este caso, se evidencia que estos protocolos no son utilizados por el personal de enfermería de la clínica Olympus, en el ejercicio de sus funciones asistenciales. Es por ello que existe una alta probabilidad de que algunas de las complicaciones presentadas en estas pacientes, sean producto de un manejo terapéutico deficiente en las mismas.

En el mismo orden de ideas, García (2016), a partir de su estudio sobre procedimientos de enfermería en la atención a pacientes con heridas quirúrgicas, concluyó que las

complicaciones postoperatorias fueron producto del deficiente manejo de heridas quirúrgicas por parte del personal de enfermería, entre las cuales se incluyen las histerectomías. En este caso el autor desarrolla una propuesta de elaboración de una Guía o Protocolo de Actuación de Enfermería para garantizar la calidad de atención de enfermería, el buen manejo de pacientes con heridas quirúrgicas, y disminuir sus complicaciones en las diversas instituciones de salud.

Cabe destacar que, Echeverría y Francisco (2017), indican que para ofertar cuidados de calidad en el área quirúrgica, las acciones de enfermería deben estar encaminadas a garantizar atención integral, personalizada y libre de riesgo, por lo que, para asegurar la calidad del cuidado del enfermero, se deben implementar protocolos de actuación y la capacitación del personal, a través de los cuales, se optimizará el cuidado de enfermería, se ofrecerá mayor seguridad a los pacientes del área quirúrgica, y en consecuencia mejorará la satisfacción del usuario por la atención recibida.

De allí, la necesidad de estandarizar el cuidado y capacitar a las enfermeras de la clínica Olympus que realizan los cuidados en las pacientes histerectomizadas, a través de la aplicación de protocolos que guíen una práctica de enfermería segura y adecuada al requerimiento de necesidades de las pacientes. Así mismo, es preciso que la totalidad del personal aplique un cuidado humanizado y transpersonal, integrando preceptos teóricos a razón de garantizar la pronta recuperación de las pacientes.

De igual manera, Montenegro (2013), concluyó que los cuidados de enfermería en el perioperatorio de histerectomía debe ser humanizado, ya que es el personal de enfermería quien mantiene mayor contacto con las pacientes, por lo que debe lograr

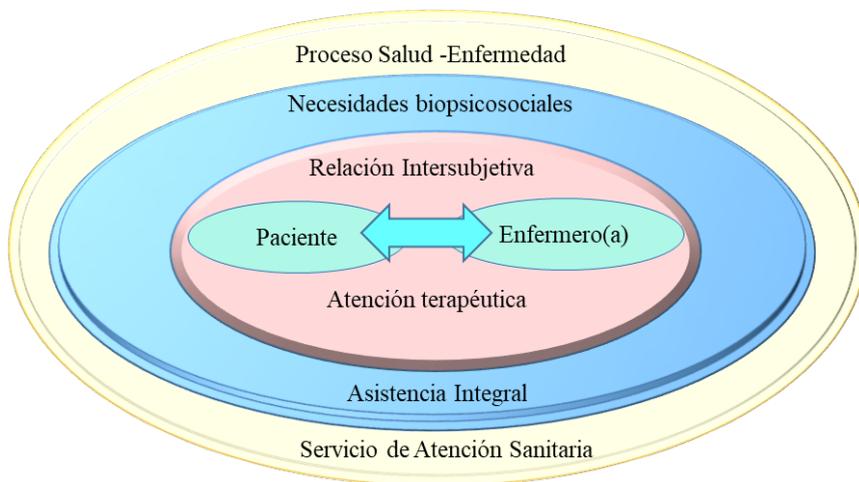
interacción recíproca y empática, favoreciendo un clima de confianza durante el proceso de cuidado perioperatorio de las histerectomizadas.

En relación a lo anterior, surge la práctica de enfermería durante el cuidado postoperatorio a las pacientes histerectomizadas, centrada en una concepción holística, humana y con inclusión de la esfera afectiva, lo cual le otorga una nueva dimensión al cuidado, en donde la paciente logrará su recuperación a

través de la relación intersubjetiva con el cuidador.

Esto consolida la teoría de hacer posible y transformar la atención de enfermería a través de una relación horizontal con el paciente, activo y participe de sus cuidados, asistido integralmente a partir del enfoque biopsicosocial determinado por la OMS, tal como se representa en la figura 1, en donde se visibiliza el vínculo humanizado del enfermero(a) y la paciente.

FIGURA 1: Relación humanizada con enfermero(a)-paciente

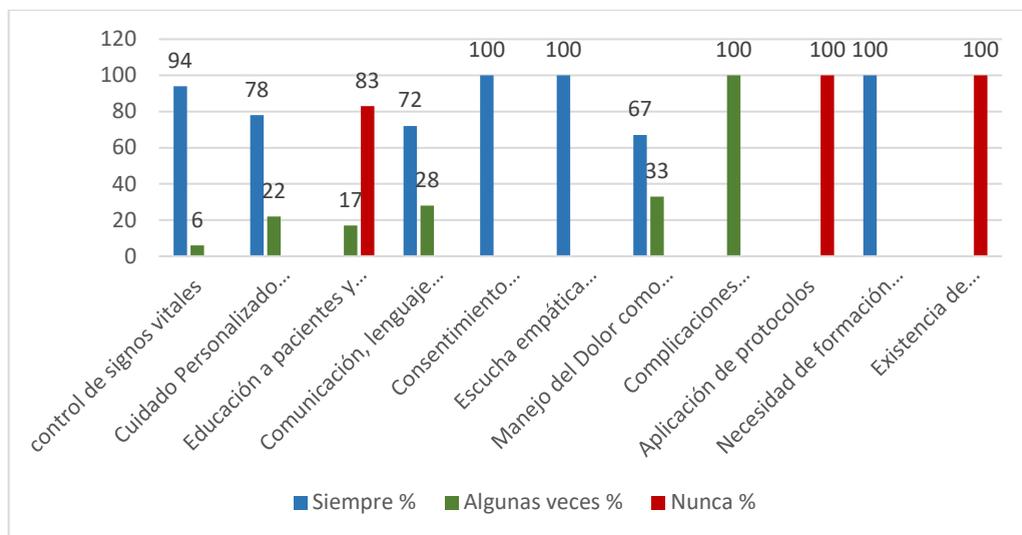


FUENTE: Camero, Meléndez, Álvarez y Apuntes (2018)

No obstante, las limitaciones presentes en la Clínica Olympus, invisibilizan a la realidad del paciente, ya que no existen instrumentos que evalúen la satisfacción en cuanto al cuidado de enfermería, lo que genera dificultades para evaluar la calidad de los cuidados. Asimismo, existe dificultad en la identificación de potencialidades, y las

deficiencias en dichos cuidados, puesto que no hay evidencias que sustenten la reorganización de las actividades asistenciales, gerenciales y de enseñanza.

FIGURA 2: Relación de los cuidados humanizados por el personal de enfermería



FUENTE: Camero, Meléndez, Álvarez y Apuntes (2018)

Tal como se presenta dentro de la figura 2, la relación de los cuidados tiene una tendencia con variaciones en elementos que fundamentan la humanización de los mismos, como lo es la comunicación, la aplicación de protocolos y la valoración de satisfacción.

CONCLUSIONES

El cuidado humanizado dirigido a las pacientes histerectomizadas, está constituido por la incorporación de los siguientes aspectos dentro del proceso de atención de enfermería: interacción con el paciente, cuidados personalizados, educación integral, comunicación, escucha empática, respeto a la autonomía, manejo del dolor y satisfacción del paciente. Estos elementos deben estar integrados en la

prestación de cuidados, sin embargo, se aplican fragmentados en la atención de enfermería dentro de la Clínica Olympus, imposibilitando el desarrollo del cuidado humanizado.

Es importante mencionar, que existe un punto de partida dentro de todas las instituciones de salud del Ecuador, para iniciar un cambio en la cultura de los cuidados y la adopción de un modelo filosófico que sustente el quehacer de enfermería. Esto puede desarrollarse a partir de la apertura y receptividad propia que caracteriza al personal que ejerce el cuidado. En el caso del postoperatorio en histerectomía se recomienda la aplicación de estrategias en todos los niveles de gestión, entre las cuales se pueden mencionar los programas de educación continua, diseño de protocolos estandarizados, potenciación

de los sistemas de comunicación institucional y evaluación del cuidado centrado en la satisfacción del paciente.

AGRADECIMIENTO

La culminación de cada etapa en la vida conlleva a reflexiones de las vivencias sentidas; es por ello que a partir de este pequeño espacio queremos agradecer tanto al personal que labora en la Clínica Olympus como al que trabaja Instituto Tecnológico Superior Libertad, a nuestros familiares, amigos y colegas de trabajo por la fe, confianza y solidaridad.

BIBLIOGRAFÍA

- Ariza, C. (Enero/Marzo de 2012). Soluciones de humanización en salud en la práctica diaria. *Enfermería Universitaria*, 9 (1). Recuperado el 15 de 06 de 2018, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632012000100006.
- Domusvi. (2011). *Guía Práctica Ética Para Profesionales de la Salud*. (SARcuavita, Ed.) Recuperado de http://www.domusvi.es/wp-content/uploads/2014/07/Guia_practica_etica_para_profesionales_de_la_salud.pdf.
- Echeverría, M., & Francisco, J. (2017). Calidad del cuidado enfermero en un centro quirúrgico: Experiencia en un hospital de Ibarra, Ecuador. *Enfermería Investiga*, 2(4), 132-136.
- Florián, R. (2015). *Factores Asociados a Infecciones Posoperatorias en Histerectomía Vaginal en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza*. Recuperado file:///C:/Users/Docente%201/Documents/ARTICULO/florian_rf.pdf.
- Franco, P. P. (2017). *Histerectomía: tipos de abordaje y cuidados de enfermería*. Trabajo fin de grado. Salamanca: Universidad de Salamanca. Recuperado de <https://gredos.usal.es/jspui/handle/10366/133266>.
- García Moreno, G. A. (2016). Procedimientos de enfermería en la atención a pacientes con heridas quirúrgicas y las complicaciones en el Hospital Enrique Garcés. Recuperado de <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/3121/1/TUAME001-2016.pdf>.
- Hermosilla, A., Mendoza, R., & Contreras, S. (2016). Instrumento para valoración del cuidado humanizado brindado por profesionales de enfermería a personas hospitalizadas. *Index Enfermería*, 25(4), 273-277.
- Hernández S, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación*. 6ta edición (5ta ed.). Mexico: McGraw Hill.
- Ilustre Colegio de Enfermería de Madrid. (2015). *Comunicación efectiva enfermera-paciente: Una estrategia más en el cuidado*. Recuperado de <https://www.codem.es/noticias/comunicacion-efectiva-enfermera-paciente-una-estrategia-mas-en-cuidado>.
- Mastrapa, Y., & Gibert, M. (2016). Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. *Revista Cubana de Enfermería*, 32(4). Recuperado de <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/articulo/view/976/215>.
- Montenegro Castañeda, I.K (2014). *Cuidado enfermero en el perioperatorio de histerectomía*, Hospital Luis Heysen Incháustegui-Chiclayo. Tesis de Grado USAT. Repositorio de Tesis USAT Recuperado de <http://tesis.usat.edu.pe/handle/usat/431>.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *World Health Organization*. Recuperado de http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf.
- Poblete, T., & Valenzuela, S. (Febrero de 2007). *Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios*. *Acta Paul Enferm* 20(4)499-503.
- Raile, A., & Marriner-Tomey, A. (2014). *Modelos y Teorías de Enfermería*. Madrid: Elsevier.
- Ramírez, C., Sánchez, L., González, D., Pérez, M., Martínez, M., Prado, J., & Contreras, N. (2014). Evaluación del dolor en pacientes operadas de histerectomía abdominal. *Rev Invest Med Sur Mex*, 21(4), 156-160.
- Saager, L., Hesler, B., You, J., Turan, A., Mascha, E., Sessler, D., & Kurz, A. (2014). *Intraoperative transitions of anesthesia care and postoperative adverse outcomes*. *PubMed* 121(4):695-706. doi: 10.1097/ALN.0000000000000401.
- San Martín, A., & Soto, M. (2014). *Cura de heridas quirúrgicas. Protocolo de actuación. Memoria de trabajo de fin de grado en Enfermería*. Pamplona: Universidad de Navarra. Recuperado de <http://academica.unavarra.es/bitstream/handle/2454/11280/AguedaSanMartinLoyola.pdf?sequence=1>.
- Suárez, M. (2012). *Medicina centrada en el paciente*. *Revista Médica La Paz*, 18(1), 67-72.
- Téllez, S., & García, M. (2012). *Modelos de Cuidados en Enfermería*. NANDA, NIC, NOC. (1ra ed.). (H. G. México, Ed.) México D.F.: McGraw Hill.
- Villamar, K. (03 de Febrero de 2017). *Proceso de*



Atención de Enfermería en Complicaciones Quirúrgicas de Histerectomías, sus principales causas y consecuencias.
UTMACH. Unidad Académica de Ciencias Químicas
y de la Salud. Recuperado de

<http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/10255/1/VILLAMAR%20ROGEL%20KAREN%20VANESSA.pdf>.

Cuidados de enfermería en pacientes pediátricos con quemaduras y efectos por separación del vínculo familiar

Nursing care in pediatric patients with burns and effects due to separation of the family bond

Cuidados de enfermagem em pacientes pediátricos com queimaduras e efeitos decorrentes da separação do vínculo familiar

Lidys Padrón Fernández¹, Arelys Rebeca Álvarez González², María Mercedes Cedeño Cedeño³

¹Licenciada en Enfermería. Máster en Educación. Profesora e Investigadora de la Universidad Metropolitana y el Instituto Tecnológico Superior Libertad, Quito, Ecuador. Miembro de la Sociedad Cubana de Enfermería. Correo electrónico: lidyspadron@gmail.com

²Dra. C. Pedagógicas. Coordinadora de la Comisión de Diseño de Carreras del Instituto Tecnológico Superior Libertad de Quito, Ecuador. Correo electrónico: luisarelys93@gmail.com

³Técnico Superior en Enfermería. Correo electrónico: mechelesbeiap20@hotmail.com

Cómo citar este artículo en edición digital: Padrón Fernández, L., Álvarez González, A. R., & Cedeño Cedeño, M. M. (2019). Cuidados de enfermería en pacientes pediátricos con quemaduras y efectos por separación del vínculo familiar. Cultura de los Cuidados (Edición digital), 23 (54). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.54.32>

Correspondencia: Tyarco N 60-26 y Tuquíri, Quito, Ecuador. CP. 170103 Teléfono: +593984325523

Correo electrónico de contacto: lidyspadron@gmail.com

Recibido: 16/12/2018; Aceptado: 23/4/2019



ABSTRACT

Introduction: Burns are one of the main health problems in children. It is considered a frequent, but preventable event, which leads to a hospital stay that is often prolonged and can cause effects on the child due to separation from the family bond. The nursing professional who is in charge of the child's care should focus on an integral care, taking into consideration the physical, biological and psychological spheres.

Objective: To determine the nursing care

in pediatric patients with burns, and the effects of separation from the family bond at "Baca Ortiz" Hospital in Quito, Ecuador.

Method: Descriptive, quantitative, non-experimental. Research population: Out of a total of 72 nursing professionals, 40 nurses who work for the Burn Service were selected. A survey was applied as a method for collecting information. The results are presented in absolute frequency and percentage tables.

Results: The care related to skin hydration,

control of electrolyte balance, stimulation of the child and his/her family, and the effects experienced by pediatric patients due to separation from the family bond are noted. Some of these effects are the rupture of roles and anguish, as well as somatization disorders and acute stress.

Conclusions: There are difficulties in establishing care for pediatric patients with burns and effects due to separation from the family bond; which makes us think about strategies in favor of the performance of these professionals, and the re-establishment of pediatric patients with burns.

Keywords: Nursing care, pediatric patients, burns, effects, family bond.

RESUMO

Introdução: Um dos principais problemas de saúde em crianças é queimaduras, considerado um evento freqüente mas evitável, o que leva a uma internação hospitalar, muitas vezes prolongada, o que pode causar efeitos na criança por separação da ligação familiar. O profissional de enfermagem, responsável pelo cuidado da criança, deve concentrar seus cuidados de forma integral e levando em consideração as esferas física, biológica e psicológica.

Objetivo: Determinar o atendimento de enfermagem em pacientes pediátricos com queimaduras e os efeitos da separação do vínculo familiar no Hospital "Baca Ortiz" de Quito, Equador.

Método: Pesquisa descritiva, quantitativa, não experimental. População de estudo: De um total de 72 profissionais de enfermagem, foram selecionados 40 enfermeiros que trabalham no Serviço de Queima. Como método de coleta de informações, foi realizada uma pesquisa. Os resultados são apresentados em tabelas de freqüência absoluta e porcentagem.

Resultados: Conformidade com os cuidados relacionados à hidratação da pele, controle do equilíbrio eletrolítico, estimulação da criança e da família e os efeitos experimentados por pacientes pediátricos devido à separação do vínculo familiar, dentro do qual são encontrados a ruptura de papéis e angústias, bem como distúrbios de somatização e estresse agudo.

Conclusões: São encontradas dificuldades no estabelecimento de pacientes pediátricos com queimaduras e os efeitos da separação do vínculo familiar, o que sugere estratégias para o desempenho desses profissionais e a restauração de pacientes pediátricos queimados.

Palavras chave: Cuidados de enfermagem, pacientes pediátricos, queimaduras, efeitos, vínculo familiar.

RESUMEN

Introducción: Uno de los principales problemas de salud en la edad infantil lo constituyen las quemaduras, consideradas un evento frecuente pero prevenible, que conlleva a una estancia hospitalaria, en muchas ocasiones prolongada, que puede ocasionar efectos en el niño por la separación del vínculo familiar. El profesional de enfermería, encargado de la atención del niño, debe enfocar sus cuidados de una manera integral y tomando en consideración las esferas físicas, biológicas y psicológicas.

Objetivo: Determinar los cuidados de enfermería en pacientes pediátricos con quemaduras y los efectos por separación del vínculo familiar en el Hospital "Baca Ortiz" de Quito, Ecuador.

Método: Investigación descriptiva, cuantitativa, no experimental. Población de estudio: De un total de 72 profesionales de la enfermería, se seleccionaron 40 enfermera(o)s que laboran en el Servicio de

Quemado. Como método de recolección de información se aplicó una encuesta. Los resultados se exponen en tablas de frecuencia absoluta y porcentaje.

Resultados: Se constata el cumplimiento de los cuidados relacionados con la hidratación de la piel, el control del balance hidroelectrolítico, la estimulación del niño y la familia y los efectos que experimentan los pacientes pediátricos por separación del vínculo familiar, dentro de los cuales se encuentran la ruptura de roles y angustia, así como los trastornos por somatización y el estrés agudo.

Conclusiones: Se aprecian dificultades en el establecimiento de cuidados en pacientes pediátricos con quemaduras y los efectos por separación del vínculo familiar, lo que permite pensar en estrategias en favor del desempeño de estos profesionales y el restablecimiento de los pacientes pediátricos quemados.

Palabras clave: Cuidados de enfermería, pacientes pediátricos, quemaduras, efectos, vínculo familiar.

INTRODUCCIÓN

Uno de los principales problemas de salud en la edad infantil lo constituyen las quemaduras, consideradas un evento frecuente pero prevenible, que conlleva a una estancia hospitalaria, en muchas ocasiones de larga estadía. Esta estancia hospitalaria puede llegar a tener efectos negativos en el niño por la separación del vínculo familiar. En este sentido, el profesional de enfermería, encargado de la atención del niño, debe enfocar sus cuidados de una manera integral y tomando en consideración las esferas físicas, biológicas y psicológicas.

Las quemaduras se pueden definir como

un trauma prevenible, que compromete piel y/o mucosas y tejidos subyacentes, producida generalmente por la acción de agentes de tipo físicos (térmicos), químicos y biológicos y que dependiendo de la cantidad de energía involucrada, el tiempo de acción y las características de la zona afectada, determinan el tipo de lesión y sus repercusiones, las cuales pueden ser locales o con repercusión sistémica (Valladares, Solórzano, Medina, & García, 2016). Los cuidados de enfermería en pacientes con quemaduras, hospitalizados, comprenden el cuidado de las heridas: quemaduras, cuidado de la piel, terapia nutricional, manejo del dolor, apoyo psicoemocional a los niños, padres y familiares.

Las quemaduras en la población infantil constituyen un serio problema debido al alto riesgo de mortalidad, presencia de lesiones invalidantes, funcionales y estéticas; es, por tanto, una causa importante de muerte accidental en los niños (Moya Rosa, Moya Corrales, & Labrada Rodríguez, 2015).

Según la Organización Mundial de la Salud, la quemadura por fuego es la onceava causa de muerte en niños entre 1 a 9 años, con una tasa global de 3,9 muertes por cada 100 000 habitantes; a su vez, las quemaduras por contacto y escaldaduras representan un factor importante en la morbilidad general y una de las causas significativas de discapacidad (Organización Mundial de la Salud, 2010).

Del mismo modo, en un estudio de morbilidad y mortalidad en una unidad de quemado en Ecuador, los autores señalan que la principal causa de quemadura infantil son los líquidos hirvientes, con una mayor mortalidad en varones que en mujeres: 2,5% y 1,7% respectivamente (Dávalos, Dávila, & Meléndez, 2007).

Las quemaduras, sobre todo en edades tempranas de la vida, conllevan a la

hospitalización prolongada. Lo anterior puede provocar que aparezcan traumas psíquicos, disminución de la capacidad de afrontamiento en los niños y padres o familiares, haciéndolos vulnerables a estímulos ansiógenos como malestar físico, curaciones dolorosas, contacto con personas extrañas.

En los niños que han sufrido quemaduras, especialmente las consideradas como graves, se generan una serie de alteraciones en las esferas biológicas, psicológicas y del entorno familiar. Estas alteraciones son valoradas en los cuidados de enfermería como el riesgo de deterioro de la vinculación entre padres y niños por “separación del vínculo familiar”.

La vinculación afectiva se define como una relación única, específica y perdurable entre dos personas, la cual tiene efectos profundos en el desarrollo físico y psicológico, así como en el desarrollo intelectual, durante los primeros años de vida y se constituye, además, en el fundamento de la relación padres-hijo que se desarrolla a lo largo del tiempo (Guerra Ramírez, 2013).

Algunos de los procesos que desarrollan estos pacientes por periodos prolongados de hospitalización son la ansiedad por separación, la agresividad, el aislamiento social, el temor y la somatización. Es por ello que el personal de enfermería juega un papel importante en la planificación y ejecución de cuidados en estos pacientes. Sin embargo, aún son evidentes las falencias en el accionar de estos profesionales por insuficiencias en el establecimiento de cuidados que abarquen todas las esferas, incluyendo la emocional.

Preocupados por esta realidad, se realizó un estudio para determinar los cuidados de enfermería en pacientes pediátricos con quemaduras y los efectos por separación del vínculo familiar en el Hospital “Baca Ortiz”

de Quito, Ecuador, institución de especialidades médicas que a su vez es centro de referencia a nivel nacional.

El estudio se realizó basado en el paradigma de la integración, teniendo en cuenta el contexto específico en el que se sitúa la persona, concebida como un todo. Fundamentado, además, en los referentes teóricos de Florence Nightingale, Dorothea Orem y Virginia Henderson, considerando al paciente pediátrico con quemaduras y, por demás, separado de su vínculo familiar, como un ser biopsicosocial desde un cuidado holístico.

METODOLOGÍA

La investigación se realizó en el Servicio de Quemado del Hospital “Baca Ortiz”, de la ciudad de Quito, Ecuador, en el período comprendido desde marzo hasta septiembre del 2017. Este estudio tuvo un carácter exploratorio y un enfoque cuantitativo. El diseño utilizado fue no experimental. En el presente estudio se utilizaron los métodos analítico-sintético e inductivo-deductivo, durante la búsqueda de la información más actualizada sobre la temática abordada, en bases de datos CUIDEN. El universo de estudio estuvo conformado por los 72 profesionales de la enfermería que laboran en el Hospital antes mencionado. De ellos se seleccionó una muestra de 40 enfermera(o)s que desarrollan sus actividades asistenciales en el Servicio de Quemado de la institución hospitalaria, a través del muestreo probabilístico aleatorio simple. Criterios de inclusión: profesional de enfermería que desarrolla sus actividades asistenciales en el Servicio de Quemado de la institución hospitalaria. Criterios de exclusión: profesional de enfermería que no de su consentimiento para participar en la investigación. Con respecto a los

instrumentos para la recolección de datos se aplicó un cuestionario a la totalidad de la muestra.

En la presente investigación se emplearon métodos estadísticos, mediante los cuales se pudo hacer un análisis para fundamentar y comprobar adecuadamente los resultados del instrumento aplicado. Para el procesamiento de los datos obtenidos se utilizó el paquete de Office 2016, con procesador Excel versión 16.0, programa informático que permite realizar tareas contables. Los resultados se exponen en tablas de frecuencia absoluta y porcentaje. En el aspecto ético, este estudio contó con la

aprobación del Centro donde fue realizada la investigación.

Resultados

Como se puede apreciar en la tabla No 1 **Cuidados de la piel para la hidratación en pacientes pediátricos con quemaduras** el 70% de los profesionales de enfermería hidrata la piel del paciente para restaurar la humedad, mientras que un 30% no realiza la humidificación de la piel en pacientes pediátricos con quemaduras.

TABLA 1: Cuidados de la piel para la hidratación en pacientes pediátricos con quemaduras

Alternativa	f	%
a. Sí	28	70%
b. No	12	30%
Total	40	100%

FUENTE: Cuestionario aplicado al personal de enfermería

En la tabla No 2 **Utilización del control del balance hidroelectrolítico en pacientes pediátricos con quemaduras** se observa que el 90% del personal de enfermería realiza el

control del balance hidroelectrolítico en pacientes pediátricos con quemaduras, no así un 10% de los profesionales que asisten a estos pacientes.

TABLA 2: Utilización del control del balance hidroelectrolítico en pacientes pediátricos con quemaduras

Alternativa	f	%
a. Sí	36	90%
b. No	4	10%
Total	40	100%

FUENTE: Cuestionario aplicado al personal de enfermería

En la tabla No 3 **Cuidados de enfermería para la estimulación al paciente pediátrico con quemaduras y su familia** se muestra que el 95% del personal que asiste a pacientes pediátricos con quemaduras, estimula a que el niño y su familia se sientan

comprendidos y orientados a partir de una información y comunicación clara y comprensible, mientras que un 5% no desarrolla esta estimulación como parte de la atención a la esfera emocional del paciente y familiares.

TABLA 3: Cuidados de enfermería para la estimulación al paciente pediátrico con quemaduras y su familia

Alternativa	f	%
a. Sí	38	95%
b. No	2	5%
Total	40	100%

FUENTE: Cuestionario aplicado al personal de enfermería

La tabla No 4 **Apreciación del personal de enfermería de ruptura de roles y angustia elevada en pacientes pediátricos con quemaduras** refleja que el 65% de los profesionales de enfermería considera que,

en el paciente pediátrico quemado, con hospitalización prolongada, se puede producir ruptura de roles y angustia elevada, mientras que un 35% no considera que se puedan producir estas alteraciones.

TABLA 4: apreciación del personal de enfermería de ruptura de roles y angustia elevada en pacientes pediátricos con quemaduras

Alternativa	f	%
a. Sí	26	65%
b. No	14	35%
Total	40	100%

FUENTE: Cuestionario aplicado al personal de enfermería

En la tabla No 5 **Apreciación del personal de enfermería de estrés agudo en pacientes pediátricos con quemaduras** se puede apreciar que el 85% del personal de enfermería considera que la hospitalización

prolongada en el niño con quemaduras sí podría provocar estrés agudo. Por el contrario, el 15% restante aseguró que la hospitalización prolongada no da lugar a estrés agudo.

TABLA 5: apreciación del personal de enfermería de estrés agudo en pacientes pediátricos con quemaduras

Alternativa	f	%
a. Sí	34	85%
b. No	6	15%
Total	40	100%

FUENTE: Cuestionario aplicado al personal de enfermería

En la tabla No 6 **Apreciación del personal de enfermería de trastorno de somatización en pacientes pediátricos con quemaduras** se muestra que el 85% del personal de enfermería considera que el niño con

hospitalización prolongada por quemaduras puede desarrollar un trastorno de somatización. El 15% restante niega que se pueda producir.

TABLA 6: Apreciación del personal de enfermería de trastorno de somatización en pacientes pediátricos con quemaduras

Alternativa	f	%
a. Sí	34	85%
b. No	6	15%
Total	40	100%

FUENTE: Cuestionario aplicado al personal de enfermería

DISCUSIÓN

El presente estudio arrojó que un 70% del personal de enfermería realiza la hidratación de la piel como cuidado de enfermería en el paciente pediátrico con quemaduras. Esto guarda relación con el protocolo establecido por la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) donde se establece como intervención de enfermería en el cuidado de las heridas: hidratar la piel para restaurar la humedad, en el tratamiento de las quemaduras (Bulecheck, Butcher, Dochterman, & Wagner, 2013).

En este aspecto se puede apreciar que un 30% no realiza adecuadamente la hidratación de la piel, lo cual una cifra relevante y significa que aún existen insuficiencias para las cuales se deben trazar

estrategias.

Se evidenció que se realiza el control del balance hidroelectrolítico, por un 90% del personal de enfermería, como parte de los cuidados que desarrolla este profesional de al paciente pediátrico con quemaduras. Lo anterior coincide con lo planteado por Frías Méndez, E. (2006), en su artículo "Quemaduras: diagnóstico y tratamiento en las primeras 72 horas", respecto a que el control de la reanimación hídrica se evaluará de acuerdo a la clínica del paciente, el ritmo diurético y los exámenes de laboratorio, reajustando el volumen total a administrar (Frías Méndez, 2006).

En este sentido se puede observar que existe un 10% del personal de enfermería que no realiza el control del balance hidroelectrolítico como parte de los

cuidados ofrecidos a estos pacientes, lo cual a pesar de que no es constituye una cifra relevante evidencia falencias en el proceder de enfermería.

Se pudo apreciar que el personal de enfermería brinda una atención integral para lo cual toma en consideración la esfera emocional, pues realiza la estimulación del niño con quemaduras y de la familia. Elemento que coincide con lo abordado por Arriagada C. (2016), en su investigación sobre el "Manejo multidisciplinario del gran quemado", donde plantea que la enfermera(o), dado el largo proceso de recuperación del quemado, debe complementar sus capacidades en soporte emocional y psicológico de pacientes y familiares (Arriagada, 2016).

Sin embargo, este es un elemento que debe valorarse más en el cuidado al paciente pediátrico quemado, teniendo en cuenta que pueden aparecer efectos negativos por el trauma ocurrido.

Esta investigación evidenció que la ruptura de roles, la angustia elevada y el estrés agudo forman parte del espectro de manifestaciones emocionales, que desarrollan los niños que han sufrido quemaduras y ameritan largos periodos de hospitalización. Para sustentar estos resultados, los autores del presente trabajo se apoyaron en las investigaciones realizadas por Fernández Castillo y López Naranjo (2006), los cuales, en su artículo "Miedo y estrés infantil por hospitalización" describen que variables tales como la edad o el sexo del paciente pediátrico, la duración del ingreso, la presencia de experiencias previas y la separación del entorno familiar que supone la hospitalización, se han detectado como causas de estrés agudo, con las respectivas complicaciones en la esfera psicoemocional que ello conlleva (Fernández & López, 2006).

Sin embargo, existe 15% del personal de enfermería que aún no considera que se presenten estos trastornos en el paciente pediátrico con quemaduras, por lo que se hace necesario enfatizar en la capacitación de estos profesionales para optimizar la atención a la esfera psicológica de estos pacientes.

Adicionalmente, los resultados indican que el niño con hospitalización prolongada por quemaduras puede desarrollar un trastorno de somatización. En este sentido se concuerda con Sánchez y Rodríguez (2012), en su artículo sobre "Trastornos psicossomáticos" donde relacionan la presencia de trastornos somatomorfos en niños que han sufrido quemaduras, y sugieren, como causa, la recompensa de mayor atención por parte de los padres, especialmente cuando el paciente pediátrico ha estado hospitalizado por largo tiempo (Sánchez Mascaraque & Barrios Rodríguez, 2012).

A pesar de ello se deben trazar las estrategias para que el personal de enfermería como parte de sus cuidados a estos pacientes garantice la atención a la esfera emocional con el objetivo de minimizar estos efectos.

CONCLUSIONES

En el presente estudio se determinaron las principales dificultades en el establecimiento de cuidados por parte del personal de enfermería, relacionadas a la hidratación de la piel de los pacientes pediátricos con quemaduras del Hospital "Baca Ortiz", Quito, Ecuador.

Los principales efectos por separación del vínculo familiar en pacientes pediátricos con quemaduras del Hospital "Baca Ortiz", que se determinaron en este estudio se relacionan con el estrés agudo y los

trastornos de somatización.

Las quemaduras son un evento traumático, más si se trata de pacientes pediátricos. En este sentido los profesionales de enfermería deben procurar cuidados integrales que incluyan la esfera psicológica.

BIBLIOGRAFÍA

- Arriagada, C. (2016). Manejo multidisciplinario del gran quemado. *Revista Médica Clínica*, 27(1), 38-41.
- Bulecheck, G., Butcher, H., Dochterman, J., & Wagner, C. (2013). *Clasificación de resultados de intervenciones de enfermería*. Barcelona: Elsevier.
- Dávalos, P., Dávila, L., & Meléndez, A. (2007). *Manejo de morbimortalidad del paciente pediátrico quemado en el Hospital Baca Ortiz de Quito*. Quito: Ed.Hospital Baca Ortiz.
- Fernández, C., & López, N. (2006). Miedo y estrés infantil por hospitalización. 6(3), 631-645.
- Frías Méndez, E. (junio de 2006). Quemaduras: Diagnóstico y tratamiento en las primeras 72 horas. *Revista Cubana de Cirugía*. 45(2)22-27.
- Guerra Ramírez, M. (2013). Fortalecimiento del vínculo padres-hijo a través del proceso de cuidado de Kristen Swanson. *Ciencias e innovación en la salud*, 1(2), 120–125
- Moya Rosa, E., Moya Corrales, Y., & Labrada Rodríguez, Y. (2015). Quemaduras en la edad pediátrica. *Archivo Médico* (19), 129-137.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Trabajando con individuos, familias y comunidades para mejorar la salud materna y neonatal*. OMS, Ginebra.
- Sánchez Mascaraque, P., & Barrios Rodríguez, A. (2012). Trastornos psicósomáticos. *Pediatría Integral*, 9(16), 700.
- Valladares, M., Solórzano, S., Medina, D., & García, A. (2016). Caracterización epidemiológica, sociodemográfica y clínica de quemaduras en pacientes pediátricos del Hospital Mario Catarino Rivas. *Archivos de Medicina*, 12(3/21), 1-7. doi: 10.3823/1320.

Envejecimiento en el campo: residentes de edad avanzada perfil de las zonas rurales

Aging in the field: elderly residents profile in rural areas

Envelhecendo no campo: perfil de idosos residentes no meio rural

Diana Cristina Buz Mainardi¹, Marinês Tambara Leite², Leila Mariza Hildebrandt³, Rosane Maria Kirchner⁴

¹Enfermeira. Secretaria Municipal de Arroio do Tigre/Rio Grande do Sul/Brasil. Correo electrónico: dianabuz@gmail.com

²Enfermeira, Dra. em Gerontologia Biomédica, Docente/Tutora PET/Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões/Rio Grande do Sul/Brasil. Correo electrónico: tambaraleite@yahoo.com.br

³Enfermeira, Dra. em Ciências, Docente da UFSM/Campus Palmeira das Missões. Rio Grande do Sul/Brasil. Correo electrónico: leilahildebrandt@yahoo.com.br

⁴Professora, Dra. em Engenharia Elétrica, Métodos de Apoio à Decisão, Docente da UFSM/Campus Palmeira das Missões/Rio Grande do Sul/Brasil. Correo electrónico: rosanekirchner@gmail.com

Cómo citar este artículo en edición digital: Buz Mainardi, D.C., Tambara Leite, M., Hildebrandt, L.M., & Kirchner, R.M. (2019). Envejecimiento en el campo: residentes de edad avanzada perfil de las zonas rurales. Cultura de los Cuidados (Edición digital), 23 (54). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.54.33>

Correspondencia: Rua Floriano Peixoto, 776 – Centro. CEP: 98700-000 – Ijuí/Rio Grande do Sul/Brasil. Telefone: (055) 3332-1937

Correo electrónico de contacto: tambaraleite@yahoo.com.br

Recibido: 02/04/2019; Aceptado: 11/06/2019



ABSTRACT

Objective: To describe the sociodemographic and health-related characteristics of elderly residents in the rural area of the municipality of Rio Grande do Sul/Brazil.

Method: Quantitative approach study, descriptive and analytical, a household survey. The data were collected through interviews and analyzed.

Results: Participated this interview 290 elderly, with prevalence of females and aged

between 60 and 70 years old and married. Most have 3 to 4 children, cohabiting with one to three people and they can read and write. Having a disease is reported by 87.2% of the elderly and 26.48% of them have three or more diseases, with prevalence of arterial hypertension. In the Self-perception of health condition, 60.3% considers it good. When they get sick 38.6% these elderly resort to using teas, followed by hospital 34.5%.

Conclusions: The contribution of this study

is in the knowledge of sociodemographic characteristics and health of elderly residents in rural areas to assist in implementation of public policies in this population stratum.

Keywords: Elderly, rural health, health of the elderly, population characteristics.

RESUMO

Objetivo: Descrever as características sociodemográficas e relacionadas à saúde de idosos residentes no meio rural de um município do Rio Grande do Sul/Brasil.

Método: Estudo de abordagem quantitativa, descritivo-analítico, de inquérito domiciliar. Dados foram coletados por meio de entrevistas e analisados.

Resultados: Participaram 290 idosos, prevalência do sexo feminino, idade entre 60 e 70 anos, casados. A maioria possui 3 a 4 filhos, coabita com uma a três pessoas, sabe ler e escrever. Ter alguma doença é referido por 87,2% dos idosos e 26,48% deles apresentam três ou mais doenças, com prevalência da hipertensão arterial. Na autopercepção da condição de saúde, 60,3% a consideram boa. Quando adoecem 38,6% dos idosos recorrem ao uso de chás, seguidos do hospital 34,5%.

Conclusões: A contribuição deste estudo está no conhecimento das particularidades sociodemográficas e de saúde de idosos residentes em áreas rurais, podendo auxiliar na operacionalização de políticas públicas a este estrato populacional.

Palavras chave: Idoso, saúde da população rural, saúde do Idoso, características da população.

RESUMEN

Objetivo: Describir las características sociodemográficas y relacionadas con la salud de los ancianos residentes en la zona

rural del municipio de Rio Grande do Sul/Brasil.

Método: Enfoque cuantitativo, descriptivo y analítico, una encuesta de hogares. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas y analizados.

Resultados: La encuesta fue realizada con 290 personas de edad avanzada, prevaleciendo mujeres, casadas y con edades comprendidas entre 60 y 70 años. La mayoría tiene 3-4 hijos, cohabitan de una a tres personas, pueden leer y escribir. Entre los entrevistados, aquellos que tienen una enfermedad corresponden a 87,2% y 26,48% tienen tres o más enfermedades, con una prevalencia de la hipertensión. Autopercepción del estado de salud, el 60,3% la considera buena. Cuando se enferman 38,6% recurren al uso de té, seguido por el ingreso al hospital 34,5%.

Conclusiones: La contribución de este estudio es, el conocimiento de las características sociodemográficas y de salud de los ancianos residentes en el medio rural para ayudar en la implementación de políticas públicas en estos estratos de la población.

Palabras clave: Ancianos, salud rural, salud del adulto mayor, características de la población.

INTRODUÇÃO

Em todos os países do mundo, o grupo populacional que mais cresce é o formado por idosos. Estatisticamente, no Brasil, se prevê que este aumentará ainda mais, representando uma passagem de um século de intensas mudanças de ordem estrutural em toda sociedade, decorrentes do crescimento demográfico, da urbanização e do envelhecimento da população (Geib,

2012).

Em comparações realizadas em um espaço de 12 anos, identificou-se que, do total de habitantes, a proporção de crianças de 0 a 9 anos caiu de 18,7%, em 2001, para 13,9% em 2013. Em relação aos idosos, ocorreu um aumento de 12,6% da população, em 2012, passando para 13% no ano 2014 (Borges *et al.*, 2015). Desse modo, percebe-se que o segmento populacional que mais aumenta na população brasileira é o de idosos, com taxas de crescimento de mais de 4% ao ano no período de 2012 a 2022. Em relação e expectativa de vida, observa-se que, em 2000 era de 69,8 anos. Para o ano de 2030 projeções indicam 78,6 anos e ainda, para 2060 de 81,2 anos (Brasil, 2013).

Destaca-se que o envelhecimento da população apresenta diferenças entre as regiões do Brasil. A região com mais idosos é a Sul, com 14,4% do total de habitantes, e a menor representação de idosos, está situada na região Norte com 8,8% (Borges *et al.*, 2015). Para 2020, o único estado em que a expectativa de vida irá ultrapassar a barreira dos 80 anos será Santa Catarina, 80,2 anos, sendo 77,0 anos para homens e 83,5 anos para mulheres. Em 2030, mais seis Unidades da Federação alcançarão a barreira dos 80 anos: Espírito Santo, São Paulo, Rio Grande do Sul, Distrito Federal, Paraná e Minas Gerais. Esse fato só será possível pela redução da mortalidade da população feminina, uma vez que em nenhuma Unidade da Federação os homens alcançarão, em 2030, uma esperança de vida média, ao nascer, de 80,0 anos (Albuquerque e Silva, 2015).

Definido como processo contínuo, heterogêneo, universal e irreversível, que ocorre de forma progressiva, compreende-se que o envelhecimento é um fenômeno multidimensional (Garcia e Maya, 2014). Este é influenciado por processos exclusivos

vinculados a características individuais e às condições socioeconômicas, o que faz com que esse processo não seja homogêneo, ou seja, ele é individual e único (Rodrigues *et al.*, 2014).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE, 2010), a população que vive na área urbana representa 84,35% do total da população brasileira. No Rio Grande do Sul a população que reside na área urbana chega a aproximadamente 9.100.291 de pessoas, enquanto que, na área rural essa representação é de 1.593.638 de pessoas, confirmando o processo de urbanização já existente no nosso país.

Na primeira década do século XXI, o mundo avança para a perspectiva de focalizar as populações, direcionando ações às sociedades às quais os indivíduos pertencem. Sendo assim, torna-se conveniente reconhecer o efeito da transição demográfica na estrutura etária e o avanço dos indicadores de saúde e desenvolvimento nas últimas décadas no Brasil (Geib, 2012). Desse modo, é importante conhecer como eles vivem em diferentes ambientes, como por exemplo, como está ocorrendo o processo de envelhecimento no meio rural, pois, os mesmos estão envelhecendo com particularidades e características significativas que a diferem da população urbana.

Diante do processo crescente do envelhecimento, tanto no meio rural quanto no urbano, emergiu a necessidade de conhecer as características de idosos que residem no meio rural. Este estudo busca dar maior visibilidade e conhecimento acerca deste contingente populacional e se constitui em ferramenta para auxiliar na organização de políticas de atenção a população idosa que vive no campo. A

pesquisa teve como objetivo descrever as características sociodemográficas e de saúde relacionadas de idosos residentes no meio rural de um município do Rio Grande do Sul/Brasil.

METODOLOGIA

Este manuscrito originou-se a partir de dados da pesquisa denominada “Fatores associados à fragilidade e qualidade de vida de idosos residentes no meio rural”, de abordagem quantitativa, descritivo-analítica. Foi realizado inquérito domiciliar, na residência de idosos moradores no meio rural do município de Arroio do Tigre/Rio Grande do Sul/Brasil. O referido município tem uma população total de 12.648 habitantes, destes 6.686 residem na área rural e 5.962 no meio urbano. Do total de moradores, 1.629 tem 60 ou mais anos de idade, ou seja, são idosos, com predomínio de 1.051 residindo na área rural, correspondendo a 64,52% da população idosa (IBGE, 2010).

A amostra constituiu-se de 290 idosos, de ambos os sexos, que tiveram condições para responder a entrevista, aceitaram livremente participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para sua constituição, recorreu-se ao total de idosos residentes no meio rural, cadastrados nas Estratégias Saúde da Família, via Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), distribuídos por microárea. Com base no número de idosos cadastrado em cada uma das 17 micros áreas, calculou-se uma amostra probabilística (Barbetta, 2007), considerando uma margem de erro de 5%.

Para a obtenção dos nomes de cada participante contou-se com a colaboração

dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que, por meio de uma listagem, referenciaram a população a ser estudada. A seleção dos mesmos deu-se via sorteio, em que cada idoso listado foi numerado. Posteriormente, foi realizado sorteio respeitando os dados advindos do cálculo estatístico por microárea. Para isso, foram dispostos em dezessete caixas separadas e sorteados aleatoriamente, possibilitando que todos eles tivessem a mesma probabilidade de participarem do estudo, sem que houvesse repetição. Após o sorteio, uma pesquisadora foi ao domicílio convidar o idoso a integrar a pesquisa de forma voluntária, posteriormente, realizar a entrevista.

Para este estudo utilizou-se o instrumento que versa sobre a caracterização dos idosos residentes no meio rural. A coleta de dados ocorreu no período de novembro de 2014 a fevereiro de 2015, com entrevista cuja duração média foi de uma hora. Os dados foram digitados em um banco eletrônico, no programa Excell, posteriormente passados ao pacote estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 17.0 e analisados.

Quanto aos procedimentos éticos, os participantes foram informados dos objetivos do estudo e da confidencialidade dos dados, nos termos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº 466/12 (Brasil, 2012). O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, mediante Nº 869.372/2014.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 290 idosos, os quais vivem no campo, em média,

68,69±9,84 años. O tempo de residência no meio rural variou de 8 a 100 anos, sendo que 98,3% deles vivem há mais de 50 anos, ou seja, nasceram e cresceram no meio rural.

Na Tabela 1 apresenta-se o perfil sociodemográfico dos idosos, a qual mostra que 61,4% eram do sexo feminino, 52,8% encontravam-se na faixa etária entre os 60 e 70 anos, sendo que destes 32,8% são do sexo feminino. Do percentual que representa o sexo feminino 57,9% tem filhos e 3,4% não. Por sua vez, dos idosos do sexo masculino somente 2,1% não tem filhos.

Quanto à escolaridade existe uma relação significativa (Teste qui-quadrado) entre o sexo e os anos de estudo dos idosos. Do total, 83,8% sabem ler e escrever, sendo destes 52,8% femininos e 31,0% do sexo masculino. A média dos anos de estudo é de 3,71±1,94, sendo que 64,1% estudou de dois a quatro anos. Com relação à religião houve predominância do catolicismo, com 74,1%. Quanto à etnia, esta é majoritariamente

européia, em que prevaleceu a origem alemã 73,1%, seguida da italiana, representando 13,1% dos entrevistados. Sobre os aspectos econômicos, 45,2% dos idosos são aposentados, mas complementam sua renda a partir do trabalho que realizam de acordo com suas condições físicas.

Em relação a hábitos de vida, 54,5% referem não fumar, no entanto 85 idosos mencionam já terem fumado continuamente em algum momento da vida, mas pararam. Quanto ao uso de bebida alcoólica, 32,8% o fazem e, destes, 85,2% descreveram consumir somente em finais de semana.

Ao serem questionados acerca da participação social na comunidade, 44,5% disseram que participavam com frequência. No entanto, 48,6% referiram não participar de grupos, tais como de agricultores, clube de mães, grupos de idosos, ou seja, são menos participativos nas questões sociais.

TABELA 1: Distribuição dos idosos, segundo características sociodemográficas. Arroio do Tigre/Rio Grande do Sul/Brasil, 2015

Características		Feminino n(%)	Masculino n(%)	Total n(%)	*P- valor
Idade	60 ---70	95(32,8%)	58(20,0%)	153(52,8%)	0,891
	70 ---80	61(21%)	38(13,1%)	99(34,1%)	
	80 anos ou mais	22(7,6%)	16(5,5%)	38(13,1%)	
X±S(Li;Ls)		69,93±7,27(60;100)			
Tem Filhos	Sim	168(57,9%)	106(36,6%)	274(94,5%)	0,574
	Não	10(3,4%)	6(2,1%)	16(5,5%)	
Quantidade de filhos - X±S(Li;Ls)		4,04±2,63(0;14)			
Sabe ler e escrever	Sim	158(52,8%)	90(31,0%)	243(83,8%)	0,137
	Não	25(8,6%)	22(7,6%)	47(16,2%)	
Escolaridade (anos)	0 a 1 ano	18(6,2%)	15(5,2%)	33(11,4%)	0,01
	2 a 4 anos	126(23,4%)	60(20,7%)	186(64,1%)	
	5 anos ou mais	34(11,7%)	37(12,8%)	71(24,5%)	
Anos de escolaridade X±S(Li;Ls)		3,71±1,94(0;17)			
Uso de Tabaco	Fuma	19(6,6%)	28(9,7%)	47(16,2%)	0,001
	Não fuma	131(45,2%)	27(9,3%)	158(54,5%)	
	Já fumou	28(9,7%)	57(19,7%)	85(29,3%)	
Uso de bebida alcoólica	Sim	41(14,2%)	54(18,6%)	95(32,8%)	0,001
	Não	137(47,2%)	58(20%)	195(67,2%)	
Religião	Católica	131(45,2%)	84(29%)	215(74,1%)	0,451
	Evangélica	47(16,2%)	28(9,7%)	75(25,9%)	
Participação em festas na comunidade	Sempre	80(27,6%)	49(16,9%)	129(44,5%)	0,797
	Às vezes	39(13,4%)	22(7,6%)	61(21%)	
	Raramente	30(10,3%)	24(8,3%)	54(19,9%)	
	Nunca	29(10%)	17(5,9%)	46(15,9%)	
Participação em Grupos de idosos, clube de mães, trabalhadoras rurais	Sempre	78(26,9%)	31(10,7%)	109(37,6%)	0,017
	Às vezes/Raramente	24(8,3%)	16(5,5%)	40(13,8%)	
Total de Idosos		178(61,4%)	112(38,6%)	290(100%)	

*Teste Qui-Quadrado/ Exato de Fisher (significativo para $p < 0,05$); X=Média; S=Desvio Padrão; Li=Límite inferior; Ls=Límite Superior

Sequencialmente, na Tabela 2, tem-se a situação civil dos idosos e questões relativas a moradia, em que a maioria dos entrevistados nasceram e envelheceram no meio rural. Quanto ao estado civil, 64,1% deles são casados e 26,6% são viúvos. Sobre a residir com alguém, 75,0% residem com uma a três pessoas, sendo que grande parte mora com o companheiro ou filhos. Ao realizar o cruzamento dos dados dos idosos que possuem filhos e com quem coabita, identificou-se que 24,5% dos que possuem filhos, não vivem com os mesmos.

A Tabela 3 mostra que, em relação de como os idosos veem sua saúde, 60,3% afirmaram ter uma boa saúde e 13,4% dos entrevistados a consideraram ruim. Quanto à presença de

enfermidades, do total dos idosos, 87,2% referiram ter alguma doença, em que destes 26,48% mencionaram ter uma enfermidade e 43,87% de três ou mais morbidades concomitante. Em relação à doença, houve prevalência da hipertensão arterial sistêmica, representando 59,7%, seguida de morbidades cardíacas 34%, e distúrbios da coluna em 19% dos idosos.

Ao serem questionados sobre a que recorrem em primeiro lugar ao ficar doente, 38,6% dos idosos mencionaram o uso de chás naturais, seguido da busca pelo hospital 34,5%, como primeira opção. Sobre os custos mensais com a saúde, 41% dos idosos consomem até R\$ 200,00 e 15,8% gastam mais de R\$ 400,00 mensalmente.

Tabela 2: Distribuição dos idosos segundo situação conjugal e de moradia. Arroio do Tigre/Rio Grande do Sul/Brasil, 2015.

Características		N	%
Situação conjugal	Casado	186	64,1
	União Estável	9	3,1
	Solteiro	18	6,2
	Viúvo	77	26,6
Tempo que reside no meio rural	< de 20 anos	3	1
	20 ---49	2	0,7
	50 anos ou mais	285	98,3
Número de pessoas que reside	Sozinho	12	4,1
	1 a 3 pessoas	216	75,0
	4 pessoas ou mais	61	21,2
Quem são?	Esposo(a)	193	
	Filhos	157	
	Netos	87	
	Outros (irmãos, companheiro, cuidador, cunhado(a), genro, nora, empregada, irmã(o), mãe, sobrinho(a)).	104	

TABELA 3: Distribuição dos idosos, segundo aspectos relativos à saúde. Arroio do Tigre/Rio Grande do Sul/Brasil, 2015

Características		Feminino n(%)	Masculino n(%)	Total n(%)	*P- valor
Possui alguma Doença?	Sim	162(55,9%)	91(31,4%)	253(87,2%)	0,013
	Não	16(5,5%)	21(7,2%)	37(12,8%)	
	Uma doença			67(26,48%)	
	Dois doenças			75(29,65%)	
	Três ou mais doenças			111(43,87%)	
Quando fica doente recorre a que?	Ao hospital	65(22,4%)	35(12,1%)	100(34,5%)	
	Unidade Básica de saúde	26(9%)	21(7,2%)	47(16,2%)	
	Automedicação	20(6,9%)	10(3,4%)	30(10,3%)	
	Chás naturais	67(23,1%)	45(15,5%)	112(38,6%)	
	Outros	-	1(0,3%)	1(0,3%)	
Considera que sua saúde é?	Muito boa	7(2,3%)	11(3,8%)	18(6,3%)	
	Boa	111(38,3%)	64(22,1%)	175(60,3%)	
	Razoável	34(11,7%)	24(8,3%)	58(20%)	
	Ruim	26(9%)	13(4,5%)	39(13,4%)	
Custo com sua saúde	Nenhum (0,00R\$)	27(9,3%)	21(7,2%)	48(16,6%)	0,204
	Até 200 Reais	70(24,1%)	49(16,9%)	119(41%)	
	2001 ----400 Reais	55(19%)	22(7,6%)	77(26,6%)	
	400 Reais ou mais	26(9%)	20(6,9%)	46(15,8%)	

*Teste Qui-Quadrado/ Exato de Fisher (significativo para $p < 0,05$)

DISCUSSÃO

Em relação ao perfil dos idosos encontrado neste estudo, verificou-se, prevalência do sexo feminino, casados, na faixa etária de 60 a 70 anos e que possuem filhos. Estes resultados assemelham-se a outras pesquisas com idosos no Brasil (Tavares *et al.*, 2012; Borges *et al.*, 2014; Rodrigues *et al.*, 2014; Bertuzzi *et al.*, 2012).

No presente estudo, somente 4,1% dos idosos vivem sozinhos, o que difere dos resultados encontrados na Pesquisa

Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), em que, no Brasil, em média, 13,7% dos idosos moram sozinhos (PNAD 2010). Porém, em relação às questões relativas aos idosos rurais, identifica-se que eles vivenciaram e continuam vivenciando o processo de migração da população rural para os centros urbanos, principalmente daquela mais jovem, o que resulta, em alguns casos, em dificuldades financeiras e de apoio.

Já, as configurações dos arranjos familiares dos idosos, associadas a aspectos culturais

de suas origens, a questão financeira, a saúde, a independência funcional, ausência de filhos e idade mais avançada, são determinantes para que o idoso resida só. Vale destacar que o processo de envelhecimento dos brasileiros é bastante heterogêneo e complexo. Neste cenário, uma das diferenças importantes ocorre entre áreas rurais e urbanas. Embora a fertilidade e mortalidade apresentem-se mais elevados nas zonas rurais em comparação com as urbanas (Camarano, 2015).

Em relação residir com familiar, a maioria dos idosos mora com uma a três pessoas e 4,1% deles mencionaram residir sozinhos. Resultado este se assemelha com estudo realizado na Região Sul do Brasil, em que o número médio de pessoas por família residente em domicílio foi de 2,9 (PNAD, 2010).

Alguns dos resultados encontrados no presente estudo mantêm relação com costumes e origens dos idosos. Entre os entrevistados, 73,1% deles se autodeclararam de origem alemã. Com relação à religião, prevaleceu o catolicismo com 74,1%, resultado esse similar a outro estudo (Bertuzzi *et al.*, 2012). Como se observa em outras pesquisas, a população do Sul do Brasil tem sua origem vinculada à imigração europeia, fato que determinou predominância da cor branca, aspectos culturais e socioeconômicos, influenciando os diferentes hábitos dos idosos (Cauduro *et al.*, 2013).

Sobre os hábitos de vida, 54,5% dos idosos referiram nunca ter usado tabaco (fumo, cigarro), mesmo que, aproximadamente, 99% dos entrevistados têm ou tiveram sua principal fonte de renda relacionada à produção do tabaco. Sobre bebida alcoólica, 32,8% dos idosos referiram fazer uso, em que, destes, 85,2% mencionaram seu

consumo somente nos finais de semana. Em pesquisa realizada com população idosa residente no Rio Grande do Sul, independente de ser em meio urbano ou rural, os resultados são inferiores, pois 13,14% dos idosos faziam uso de bebidas alcoólicas (Borges *et al.*, 2014). O elevado percentual de idosos consumidores de bebidas alcoólicas que residem na ruralidade, quando comparado aos idosos moradores em áreas urbanas, aponta para a necessidade de ampliar estudos acerca da temática.

Quanto aos dados relativos ao saber ler e escrever os resultados deste estudo apresentaram-se inferiores aos encontrados sobre analfabetismo em outro estudo, no qual foi de 24,5% dos idosos (Tavares *et al.*, 2012). Pesquisa do PNAD mostra que índice de idosos analfabetos, com 60 anos ou mais, alcançou 23,9%, em 2011. Os índices de analfabetismo vêm caindo no Brasil, de acordo com investigação realizada em um intervalo de 10 anos. A proporção de pessoas com 15 anos ou mais que não sabia ler nem escrever caiu de 12,1%, em 2001, para 8,6% em 2011, mas ainda são altos na camada da população com mais de 60 anos (PNAD, 2013). Já a escolaridade em anos de estudo, assemelhou-se com outra pesquisa com idosos (Rodrigues *et al.*, 2014). Isto é importante ser considerado, pois há idosos que sabem ler e escrever sem ter frequentado o ensino formal, por sua vez tem outros que frequentaram a escola, mas que não aprenderam a ler e escrever, em ambos os casos os idosos podem ser caracterizados como os analfabetos funcionais.

Outro dado que foi possível verificar é a permanência das pessoas idosas desenvolvendo atividades laborais, o que, comumente, auxilia na complementação da

renda. Este é um fato positivo, pois é uma das oportunidades que o meio rural propicia, diferente do meio urbano, em que as possibilidades de trabalho são limitadas e se constitui em uma dificuldade para o idoso, uma vez que a idade torna-se um empecilho.

A permanência da pessoa que envelhece no mercado de trabalho se torna cada vez mais emergente, uma vez que os sistemas de Seguridade e Previdência Social têm mostrado fragilidade. Entretanto, continuar trabalhando requer cuidado e adequações para que danos indesejáveis sejam evitados ou minimizados no idoso, considerando que ele, devido a maior suscetibilidade a condições que reduzem sua capacidade para o trabalho, associado a prejuízos nas funções do corpo, poderá apresentar dificuldades no desempenho das atividades laborais e restrição na participação social (Amorim *et al.*, 2014).

Com relação à aposentadoria e a permanência no trabalho, verificou-se que grande parte dos idosos entrevistados ainda mantem-se ativos no trabalho (Bertuzzi *et al.*, 2012). Este se torna um ponto positivo, já que no meio rural encontrou-se elevado percentual de idosos que estão aposentados e, mesmo assim, contribuem trabalhando, isso permite que os mesmos continuem tendo vivência social ativa. Além disso, identifica-se que a maior parte dos idosos participa de atividades de natureza grupal. Essa informação é relevante, porquanto os aspectos relativos à participação social é um ponto positivo na vida desse estrato populacional na medida em que eles se sentem valorizados e parte da sociedade.

Em relação às questões direcionadas a saúde, 87,2% dos idosos referiu possuir alguma doença, sendo que 43,87% deles citam ter de três ou mais enfermidade

concomitantes. A doença prevalente entre os idosos pesquisados no meio rural foi à hipertensão arterial sistêmica, seguida de morbidades cardíacas. A hipertensão arterial é uma doença crônica, silenciosa que atinge milhões de pessoas no mundo. Esta esteve presente em 56,2% dos idosos em pesquisa realizada no Brasil (Borges *et al.*, 2014). Já, em um estudo realizado com população da área urbana de Estocolmo comparando com da área rural de Nordanstig, ambas na Suécia, a doença cardiovascular foi a mais comum em ambos os locais. No entanto, acidente vascular cerebral, diabetes mellitus e doença de Parkinson foram mais frequentes na área rural (Sjö Lund *et al.*, 2010). Embora tenham referido ter pelo menos uma morbidade crônica, dificuldades de acesso e custos com a saúde, os idosos do meio rural consideram sua saúde boa.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo mostram predomínio de idosos do sexo feminino residindo no meio rural, casados, com idade entre 60 e 70 anos e que tem filhos. A maior parte reside com um ou mais familiar, em que o cônjuge e os filhos são majoritários. Os idosos, em sua maioria, nasceram, cresceram e envelheceram no meio rural.

A autopercepção das condições de saúde é referida como boa, para boa parte dos idosos, embora 87,2% deles referiram ter pelo menos uma doença crônica. A morbidade prevalente mencionada foi a hipertensão arterial sistêmica. Em situações de adoecimento, a primeira medida adotada, para a maior parte dos entrevistados, é o uso de chás naturais, seguido da procura por uma instituição

hospitalar.

Identificou-se que há elevado percentual de idosos que se encontra aposentado, porém permanece realizando atividades laborais, para complementar a renda. Condição esta que é favorecida por estar residindo no meio rural. Neste local, comumente, o trabalho é realizado na própria propriedade, sem o rigor do cumprimento de horários e de acordo com as condições físicas da pessoa que executa as tarefas.

O envelhecimento populacional afeta toda população e todos os setores organizacionais. Para os serviços e profissionais de saúde tal fenômeno representa um desafio, uma vez que o convívio com a população idosa, provavelmente, estará em todos os contextos do seu trabalho.

A contribuição deste estudo está na caracterização de idosos que vivem no meio rural o que poderá subsidiar a atenção à saúde. Ainda, auxiliar na identificação de particularidades da vida e da saúde de idosos rurais, contribuindo para a elaboração de propostas e planejamentos de ações de promoção da saúde e da qualidade de vida dos mesmos.

As limitações do estudo centram-se no fato de que foram ouvidos idosos de uma única localidade rural, o que pode caracterizar uma população com particularidades próprias, tanto culturais como sociais. Assim, sugere-se que outros estudos possam ser desenvolvidos ampliando o número de localidades, para que se atinjam idosos com características distintas.

REFERÊNCIAS

- Albuquerque, F. R. P. C., & Silva, L. G. C. (2016). Tendências dos níveis e padrões de mortalidade e seus diferenciais regionais no período 2000-2030: Brasil, Grandes Regiões e Unidades de Federação. In: Ervatti, L. R., Borges, G. M., Jardim, A.P. (orgs.) *Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI. Subsídios para as projeções da população*. Rio de Janeiro: IBGE. Recuperado de <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf>.
- Amorim, J.S.C., Salla, S., & Trelha, C.S. (2014). Fatores associados à capacidade para o trabalho em idosos: revisão sistemática. *Rev Bras Epidemiol*. (4), 830-41.
- Barbeta, P. A. (2007). *Estatística aplicada às ciências sociais*. Florianópolis: Editora da UFSC.
- Bertuzzi, D., Paskulin, L.G.M., Morais, E.P. (2012). Arranjos e rede de apoio familiar de idosos que vivem em uma área rural. *Texto Contexto Enferm* (1), 158-66.
- Borges, A. M., Santos, G., Kummer, E. R., Fior, L., Dal Molin, V., & Wibelinger, L.M. (2014). Autopercepção de saúde em idosos residentes em um município do interior do Rio Grande do Sul. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol* (1), 79-86.
- Borges, G. M. Campos, M B., & Silva, L.G.C. (2015). Transição da estrutura etária no Brasil: oportunidades e desafios para a sociedade nas próximas décadas. In: Ervatti, L. R., Borges, G. M., & Jardim, A.P. (orgs.) *Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI. Subsídios para as projeções da população*. Rio de Janeiro: IBGE.
- Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Síntese de Indicadores*. Rio de Janeiro: IBGE. Recuperado de <http://censo2010.ibge.gov.br/>.
- Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios-PNAD. Síntese de Indicadores*. Rio de Janeiro: IBGE. Recuperado de http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/pnad_sintese_2009.pdf.
- Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2013). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD. Síntese de Indicadores*. Rio de Janeiro: IBGE. Recuperado de <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2013>.

- Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2014). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 2013. Síntese de Indicadores*. Rio de Janeiro: IBGE. Recuperado de <http://agenciapatriaciagalvao.org.br/wp-content/uploads/2014/09/pnad-2013-apresentacao-integra.pdf>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. (2012). *Resolução nº 466/12, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde.
- Camarano, A. A. (2015). Brazilian population ageing: differences in well-being by rural and urban areas. Originally published by Ipea in May 2002 as number 878 of the series *Texto para Discussão*. Brasília.
- Cauduro, A., Gonçalves, A.J., & Cauduro, M.H.F. (2013). Fatores associados a morar sozinho e suas diferenças regionais em idosos residentes de Porto Alegre e Manaus. *Estud. interdiscipl. envelhec.*, 18(2), 349-65.
- Garcia, A.M A., & Maya, A.M.S. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*. (2),57-62.
- Geib, L. T. C. (2012). Determinantes sociais da saúde do idoso. *Ciência & Saúde Coletiva* (1), 123-33.
- Rodrigues, L. R., Silva, A.T.M., Dias, F. A., Ferreira, P. C. S., Silva, L.M.A., Viana, D. A. & Tavares, D. M. S. (2014). Perfil sociodemográfico, econômico e de saúde de idosos rurais segundo o indicativo de depressão. *Rev. Eletr. Enf.* (2),278-85.
- Sjölund, B.M., Nordberg, G., Wimo, A., & von Strauss, E. (2010). Morbidity and physical functioning in old age: differences according to living area. *J Am Geriatr Soc.* (10), 1855-62.
- Tavares, D.M.S., Arduini, A.B., Dias, F. A., Ferreira, P. C. S., & Oliveira, E. A. (2012). Perfil sociodemográfico, capacidade funcional e qualidade de vida de homens idosos residentes na zona rural. *Rev de enferm e atenção à saúde*. (01), 17-29.

Perfil epidemiológico de los casos de sífilis en embarazadas en una maternidad pública

Epidemiological profile of syphilis cases in pregnant in a public maternity

Perfil epidemiológico de casos de sífilis em gestantes em uma maternidade pública

Vagner Ferreira dos Santos¹, Ana Carolina Dias Albuquerque²,
Camila Marinho Lages³, Lívia Carvalho Pereira⁴, Karla Joelma
Bezerra Cunha⁵, Deusiane Pereira da Silva⁶

¹Enfermeiro FMS - Teresina-PI. Pós-graduando em Enfermagem Obstétrica IESM. Correo electrónico: vagnerfersan@hotmail.com

²Enfermeira FMS - Teresina-PI. Pós-graduanda em Enfermagem Obstétrica IESM. Correo electrónico: dias_carole@hotmail.com

³Enfermeira Hospital Senador Dirceu Arcoverde – Uruçuí - PI. Pós-graduanda em Enfermagem Obstétrica IESM. Correo electrónico: camilamlages@hotmail.com

⁴Enfermeira Obstetra Rede Cegonha-UFMG. Doutoranda em Saúde, Ambiente e Sociedade IFF/FIOCRUZ. Docente Pós-graduação em Enfermagem Obstétrica IESM. Correo electrónico: livia.zinha@hotmail.com

⁵Enfermeira Obstetra. Doutoranda em Engenharia Biomédica pela UNIVAP. Correo electrónico: karlaenfa@yahoo.com.br

⁶Enfermeira pela Universidade Estadual do Piauí-UESPI. Pós-graduanda em Urgência e Emergência pela Faculdade Santo Agostinho-FSA – Teresina-PI. Correo electrónico: deusapsilva@hotmail.com

Cómo citar este artículo en edición digital: Dos Santos, V.F., Dias Albuquerque, A.C., Marinho Lages, C., Carvalho Pereira, L., Bezerra Cunha, K.J., & Da Silva, D.P. (2019). Perfil epidemiológico de los casos de sífilis en embarazadas en una maternidad pública. Cultura de los Cuidados (Edición digital), 23 (54). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.54.34>

Correspondencia: End.: Quadra 14, Bloco 09, Ap. 103, Bairro: Morada Nova II, Teresina-PI, Brasil

Correo electrónico de contacto: livia.zinha@hotmail.com

Recibido: 18/12/2018; Aceptado: 11/03/2019



ABSTRACT

Objective: The objective of the study was to analyze the epidemiological profile of syphilis cases in pregnant women in a maternity hospital from Teresina, Piauí, in 2016.

Method: Descriptive and documental epidemiological research with quantitative

approach, carried out at the Epidemiological Surveillance Service of the maternity, from November 2016 to January 2017, based on data from the Notification of Injury Information System (SINANNET). Data were stratified according to age group, education, gestational age in diagnosis, titration of the non-treponemic test, syphilis

classification and partner adherence.

Results and discussion: In relation to the prevalence, seventy-five cases were notified in 2016, corresponding to 2,8%. The disease was prevalent in women aged from 20 to 29 years old who had incomplete elementary school education. The majority (77,33%) were diagnosed in third trimester, 22,7% of the pregnant women presented VDRL of 1:16, the most frequent clinical classification was tertiary and latent with 61,33% of the cases, with regard to the partners' adherence, only 32% performed the treatment.

Conclusions: It's necessary a rigorous diagnosis, treatment and follow-up in the attempt to reduce cases of syphilis in pregnant women and congenital syphilis, as well as to break the chain of transmission with directed strategies and actions in the fight against the disease.

Keywords: Pregnant, syphilis, syphilis in pregnant women, nursing.

RESUMO

Objetivo: O objetivo do estudo foi analisar o perfil epidemiológico dos casos de sífilis em gestante em uma maternidade de Teresina, Piauí, em 2016.

Método: Pesquisa epidemiológica descritiva e documental, com abordagem quantitativa, realizado no Serviço de Vigilância Epidemiológica da referida maternidade, de novembro de 2016 a janeiro de 2017, a partir de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINANNET). Os dados foram estratificados segundo: faixa etária, escolaridade, idade gestacional no diagnóstico, titulação do teste não treponêmico, a classificação da sífilis e adesão do parceiro.

Resultados e discussão: Em relação a

prevalência, no ano de 2016 foram notificados setenta e cinco casos, que corresponde a 2,8%. A doença mostrou-se prevalente nas mulheres na faixa etária de 20 a 29 anos e que cursaram ensino fundamental incompleto. A maioria (77,33%) foi diagnosticada no terceiro trimestre, 22,7% das gestantes apresentaram VDRL de 1:16, a classificação clínica mais incidente foi a terciária e latente com 61,33% dos casos, com relação à adesão dos parceiros, somente 32% realizaram tratamento.

Conclusões: É necessário um diagnóstico, tratamento e seguimento rigorosos na tentativa de reduzir os casos de sífilis em gestantes e sífilis congênita, assim como romper a cadeia de transmissão com estratégias e ações direcionadas no combate à doença.

Palavras chave: Gestante, sífilis, sífilis em gestante, enfermagem.

RESUMEN

Objetivo: El objetivo del estudio fue analizar el perfil epidemiológico de casos de sífilis en gestantes en una maternidad de Teresina, Piauí, en 2016.

Método: Investigación epidemiológica descriptiva y documental, con abordaje cuantitativo, realizada en el Servicio de Vigilancia Epidemiológica de la referida maternidad, desde noviembre de 2016 hasta enero de 2017, con datos del Sistema de Información de Agravios de Notificación (SINANNET). Los datos fueron estratificados según: grupo de edad, escolaridad, edad gestacional en el diagnóstico, titulación del test no treponémico, clasificación de sífilis y adhesión del socio.

Resultados y discusión: En relación a la prevalencia, en el año 2016 se notificaron 75 casos, lo que corresponde al 2,8%. La

enfermedad fue prevalente en mujeres de 20 a 29 años y que cursaron enseñanza fundamental incompleta. La mayoría (77,33%) fue diagnosticada en tercer trimestre, 22,7% de las gestantes presentaron VRDL de 1:16, la clasificación clínica más incidente fue la terciaria y latente con 61,33% de casos, con relación a la adhesión de los socios, sólo 32% realizaron tratamiento.

Conclusiones: Es necesario diagnóstico, tratamiento y seguimiento rigurosos con intento de reducir los casos de sífilis en gestantes y sífilis congénita, así como romper la cadena de transmisión con estrategias y acciones dirigidas a combatir la enfermedad.

Palabras clave: Gestante, sífilis, sífilis en gestante, enfermería.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infectocontagiosa sistêmica, de evolução crônica, com manifestações cutâneas temporárias, sujeitas a período de latência. Tem como agente etiológico o *Treponema pallidum*. Sua evolução é dividida em primária, secundária e terciária. É transmitida predominantemente por via sexual, que também pode ser transmitida verticalmente durante a gestação. A forma congênita da doença (SC) tem consequências graves ao feto, sendo uma importante causa de aborto, natimortos e aumento de morbidade em lactentes (Avelleira & Bottino, 2006). O Ministério da Saúde (MS) define como Sífilis em gestante como qualquer gestante que apresente teste não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente, independentemente de qualquer evidência clínica de sífilis, realizados durante o pré-natal ou gestante com teste

treponêmico reagente e teste não treponêmico não reagente ou não realizado, sem registro de tratamento prévio (Brasil, 2016)

No período de 2005 a junho de 2016, foram notificados no SINAN (Sistema de notificação de Agravos de Notificação) um total de 169.546 casos de sífilis em gestantes, dos quais 42,9% foram casos residentes na região Sudeste, 21,7% no Nordeste, 13,7% no Sul, 11,9% no Norte e 9,8% no Centro-Oeste. Em 2015, o número total de casos notificados no Brasil foi de 33.365, dos quais 14.959 (44,8%) eram residentes na região Sudeste, 6.240 (18,7%) na região Nordeste, 6.005 (18,0%) na região Sul, 3.518 (10,5%) na região Norte e 2.643 (7,9%) na região Centro-Oeste (Brasil, 2016).

A prevalência de sífilis em gestantes é monitorada por meio de estudos transversais em parturientes com representatividade nacional e regional. No último estudo entre parturientes, realizado em 2010-2011, com amostra de aproximadamente 36 mil participantes, distribuídas entre as cinco macrorregiões brasileiras, estimou-se a prevalência de sífilis em gestantes em 0,85% (mulheres com VDRL reagente com qualquer titulação, confirmado pelo FTA-Abs) (Brasil, 2015).

A sífilis é um problema de saúde pública com significativo impacto quanto ao seu modo de transmissão e frequência de desfechos graves para a gestante e conceito, além de evidenciar expressivas falhas dos serviços de saúde (Brasil, 2010). A testagem de gestantes para sífilis deve ser realizada 2 (duas) vezes durante o pré-natal, nos primeiro e terceiro trimestres. No momento da internação da gestante para os procedimentos destinados à realização do parto, deve-se realizar um teste treponêmico ou não treponêmico, laboratorial ou rápido, destinado ao diagnóstico da sífilis na

parturiente (Brasil, 2016). O SINAN tem como objetivo coletar, compartilhar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das três esferas de governo, por intermédio de uma rede informatizada, para apoiar o processo de investigação e dar subsídios à análise das informações de vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória (Brasil, 2006). Tendo em vista a magnitude da doença como um problema de saúde pública e sua elevada incidência no Brasil este estudo objetivou analisar o perfil epidemiológico dos casos de sífilis em gestantes internadas em uma maternidade pública a partir dos dados do SINAN no ano de 2016.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, documental e retrospectivo com abordagem quantitativa. Foi realizado por meio de dados disponíveis no SINAN - Sistema Nacional de Agravos e Notificações. Este Sistema é alimentado pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam na lista nacional de doenças de notificação compulsória. É portanto, um instrumento relevante para auxiliar o planejamento da saúde, definir prioridades de intervenção, além de permitir que seja avaliado o impacto das intervenções. Por se tratar de dados de domínio público, não é necessária apreciação por um comitê de ética em pesquisa. A população do estudo

foi constituída por 75 gestantes diagnosticadas com Sífilis durante a gravidez no ano de 2016 em uma Maternidade Município de Teresina. Os dados foram coletados seguindo as próprias variáveis da ficha de notificação de SG (Sífilis em gestantes), onde foram analisados a idade e nível de escolaridade da gestante, idade gestacional, titulação da sorologia do teste não treponêmico, e o tratamento oferecido à gestante e ao parceiro.

Foram considerados, por critério de inclusão, todos os casos de Sífilis em gestante notificados na maternidade do estudo referente ao ano de 2016, os quais as fichas estavam preenchidas de forma completa e legível. Como critérios de exclusão, foram eliminadas as fichas que apresentavam preenchimento incompleto ou inadequado de casos de SG.

Os dados foram digitados utilizando um o Software *Epi Info 7*. Ao término da digitação foi realizada a validação do banco de dados para a análise da consistência interna. As informações obtidas foram tratadas em termos estatísticos pelo software utilizado e distribuídas em tabelas para melhor compreensão do estudo.

RESULTADOS

Foram notificados 75 casos de sífilis em gestantes equivalendo a 2,78% do total de gestantes atendidas (2691 atendimentos), das quais foram extraídos os seguintes dados:

**TABELA 1: Distribuição de gestantes com sífilis por escolaridade em 2016 (n=75).
Teresina, PI**

Escolaridade	N	%
0 – Analfabeto	1	1,33
1 – 1ª a 4ª série incompleta do ensino fundamental	4	5,33
2 – 4ª série do ensino fundamental completo	3	4,00
3 – 5ª a 8ª do ensino fundamental incompleto	22	29,33
4 – Ensino fundamental completo	7	9,33
5 – Ensino médio incompleto	17	22,67
6 – Ensino médio completo	20	26,67
7 – Ensino superior incompleto	0	0
8 – Ensino superior completo	0	0
9 – Ignorado	1	1,33

FONTE: SINAN, 2017

Observa-se que dentre as 75 Gestantes detectadas com Sífilis, 22 destas tinham de 5ª a 8ª série do ensino fundamental incompleto, equivale a 29,33% do total de gestantes (Tabela 1). Este dado vai de acordo com os dados do Boletim Epidemiológico de

2016 do MS, onde no Piauí a taxa predominante também se encontra nesta faixa etária, onde, dos 110 casos registrados no Piauí, 34 estão na faixa etária de 5ª a 8ª serie incompleto.

**TABELA 2: Distribuição das gestantes com sífilis por faixa etária em 2016 (n=75).
Teresina, PI**

Faixa etária	N	%
15 a 19 anos	18	24
20 a 29 anos	39	52
30 a 39 anos	18	24

FONTE: SINAN, 2017

Observou-se que as gestantes mais acometidas pela patologia descrita no estudo estão entre 20 a 29 anos, com 39

gestantes, em um percentual de 52% (Tabela 2).

TABELA 3: Distribuição das gestantes com sífilis por Idade gestacional em 2016 (n=75), Teresina, PI

Idade gestacional	N	%
1º Trimestre	7	9,33
2º Trimestre	10	13,33
3º Trimestre	58	77,33

FORNTE: SINAN, 2017

A tabela 3 identifica o momento do diagnóstico da Sífilis na gestação atual, ou seja, em qual período da gestação foi realizado o exame sorológico não

treponêmico – VDRL (do inglês *Venereal Disease Research Laboratory*), desta forma os casos foram identificados no terceiro trimestre de gestação, 77,33%.

TABELA 4: Distribuição das gestantes com sífilis de acordo com titulação do VDRL em 2016 (n=75), Teresina, PI

Titulação	N	%
Não informado	12	16
1/1	3	4
1/2	12	16
1/4	4	5,33
1/8	8	10,67
1/16	17	22,67
1/32	10	13,33
1/64	8	10,67
1/128	1	1,33

FORNTE: SINAN, 2017

Com relação às titulações na sorologia de VDRL reagente, variando de não informado até uma titulação de 1:128, observa-se em maior proporção com 22,67% uma titulação

de 1:16. A maior titulação encontrada foi de 1:128, apresentado por uma gestante (1,33%) (Tabela 4).

TABELA 5: Distribuição das gestantes com sífilis segundo esquema de tratamento utilizado em 2016 (n=75), Teresina, PI

Esquema do tratamento prescrito	N	%
Penicilina G benzatina 2.400.000 UI	13	17,33
Penicilina G benzatina 4.800.00 UI	2	2,67
Penicilina G benzatina 7.200.000 UI	46	61,33
Outro esquema	2	2,67
Não realizado	10	13,33
Ignorado	2	2,67

FONTE: SINAN, 2017

Verificou-se que a maioria 61,33% das gestantes, fizeram o tratamento referente a sífilis terciária ou latente tardia utilizando

7.200.000 UI de Penicilina G Benzatina (Tabela 5).

TABELA 6: Distribuição dos parceiros tratados concomitantemente à gestante em 2016 (n=75), Teresina, PI

Parceiro tratado concomitantemente	N	%
Sim	24	32
Não	45	60
Ignorado	6	8

FONTE: SINAN, 2017

Outro aspecto que merece destaque diz respeito ao tratamento do parceiro, observou-se que 60% dos parceiros de gestantes detectadas com Sífilis não tiveram qualquer tratamento concomitantemente ao tratamento realizado com a gestante. Somente 24 parceiros, que corresponde a 32% realizaram algum tratamento juntamente com sua parceira. Em 06 fichas notificadas, equivalente a 8%, o tratamento do parceiro foi ignorado.

DISCUSSÃO

No Brasil em 2016 foram registrados 15247 casos de Sífilis em gestante, o Estado com menos casos detectados foi Roraima com 51 casos e o Estado com mais casos registrados foi em São Paulo, com 3382 casos já no Piauí, foram registrados 110 casos de sífilis em gestante, sendo 43 na capital Teresina (Brasil, 2016). Na maternidade em estudo foram notificados 75 casos de sífilis em gestante no ano de 2016, ressalva-se que o Boletim do Ministério da Saúde (MS) mais atualizado apresenta dados até a data de 30/06/2016.

Diante dos dados analisados sobre escolaridade e faixa etária das gestantes em estudo, interpreta-se que o perfil sociodemográfico das gestantes do estudo indicam que o diagnóstico de sífilis é mais frequente em jovens adultos com algum grau de escolaridade, resultados semelhantes em alguns estudos publicados por Lima, Sá e no Boletim epidemiológico de sífilis (Brasil, 2016; Lima, Costa & Dourado, 2008).

A Organização Mundial de Saúde recomenda realizar a testagem de gestantes para sífilis no momento da admissão hospitalar independente de qual procedimento obstétrico à se realizar (pós-aborto, parto), diante disto para nosso

estudo a Maternidade realizou o teste não treponêmico (VDRL) nas 75 gestantes detectadas com sífilis em gestantes. (OMS,2008; Brasil, 2010).

Para tanto, é indispensável a sorologia como confirmação no diagnóstico da Sífilis, independentemente da idade gestacional em que a gestante se encontra, no entanto a recomendação do Ministério da Saúde, é de que o teste – VDRL- se realize no primeiro trimestre da gravidez, ainda na primeira consulta pré-natal, para propiciar o tratamento precocemente e, dessa maneira, minimizar os efeitos da infecção sobre o feto. É importante avaliar o acesso ao serviço de saúde para esse grupo populacional, como as consultas de pré-natal, realização dos exames laboratoriais, diagnóstico precoce da sífilis, seu tratamento oportuno, além de orientações ao parceiro (Brasil, 2000).

Quando o cliente faz um tratamento eficaz para sífilis o resultado do teste quantitativo, ou seja, a titulação reduz. A titulação, geralmente, está mais elevada na fase secundária da doença. Observa-se redução dos títulos a partir do primeiro ano de evolução da doença, mesmo sem tratamento. Havendo o tratamento correto, observa-se a queda dos títulos após algumas semanas. A negatificação geralmente ocorre entre nove e doze meses, podendo, no entanto, permanecer com títulos baixos por longos períodos de tempo, ou até por toda a vida; é o que se denomina “memória” ou “cicatriz” sorológica. Assim, títulos baixos podem representar doença muito recente ou muito antiga, tratada ou não (Brasil, 2016).

É importante que após o teste não treponêmico qualitativo reagente se faça o teste quantitativo seriado. Como resultado dos testes quantitativos seriados encontra-se as titulações das diluições, o título 1:1 significa que a amostra foi testada sem diluir, 1:2 a amostra foi diluído em uma

parte igual de tampão; 1:4 a amostra foi diluída em três partes de tampão, e assim por diante. Dessa forma, uma amostra com título 1:256 possui mais anticorpos do que uma amostra com título 1:1 (Brasil, 2016).

No estudo, a maior quantidade de gestantes se apresentaram com titulação de 1:16, em um total de 17 gestantes. No entanto vale mencionar que na ficha de 12 gestantes não foram informadas a titulação, mesmo sendo informado que foi realizado o VDRL, o que dificulta o seguimento da gestante na titulação, ou seja, identificar a titulação no diagnóstico e válido para acompanhar a queda da mesma no decorrer do tratamento.

Mesmo reagente para teste treponêmico e para o VDRL (teste não treponêmico) com titulação baixa, não haverá indicação para um retratamento. Diante desta informação as gestantes que apresentaram titulação de 1:2 a 1:4 (total 16 gestantes) podem ter iniciado o tratamento mais tardio ou uma fase clínica da doença, no entanto na ficha não temos informações suficientes que indique se a gestante já teve ou não tratamento anterior. Um estudo publicado por Campos mostrou que VDRL de baixa titulação (1:1, 1:2 e 1:4) têm grande significado clínico, “quanto mais tardio for o tratamento maior será a possibilidade de o resultado do teste permanecer reagente para sempre” (Brasil, 2016; Campos *et al.*, 2010).

A fase clínica da doença não foi identificada devido a poucas informações no que se refere a sintomas clássicos da doença ou mesmo a ausência desses ou a ainda pela falta de dados nas fichas de notificação. Entre todas elas não há qualquer registro da realização de controle de cura.

Do total de 75 casos notificados, 12 gestantes não apresentavam o resultado do VDRL na notificação. É importante ressaltar que na sífilis primária os anticorpos

começam a surgir de 7 a 10 dias após o aparecimento do cancro duro, por isso nesse estágio os testes imunológicos podem não apresentar reatividade, o que poderia justificar a falta de informação nestas notificações.

Na sífilis secundária, todos os testes sorológicos detectam a reatividade, encontrando altas titulações, não excluindo a avaliação das lesões típicas na pele e mucosas, podendo ser o caso das 19 gestantes com titulações de 1:32 a 1:128, já na sífilis latente se observa uma titulação menor sem qualquer manifestação clínica, por fim, na sífilis terciária observa-se que os testes não treponêmicos tendem a ser baixos.

O risco de acometimento fetal varia de 70 a 100%, dependendo da fase de infecção na gestante e do trimestre da gestação. Para que o recém-nascido seja considerado tratado intraútero é necessário que a gestante seja tratada até 30 dias antes do parto. No estudo 10 gestantes não tiveram qualquer tipo de tratamento e 2 tiveram como ignorado, vale destacar a importância da terapêutica à gestante com diagnóstico de sífilis (OMS, 1996).

Atualmente a penicilina Benzatina é a única droga treponemicida que atravessa a barreira placentária e, portanto, trata a gestante e o feto. A sífilis deve ser tratada conforme sua fase clínica utilizando-se a penicilina benzatina, 2.400.000 UI, intramuscular. Na Sífilis primária aplica-se, em dose única (1.200.000 UI em cada glúteo), totalizando 2.400.000 UI; na Sífilis recente secundária e latente, ou latente com duração ignorada e sífilis terciária o tratamento é 2.400.000 UI semanalmente (por 3 semanas), sendo a dose total de 7.200.000 UI. Em gestantes como tratamento alternativo usa-se a Ceftriaxona 1g, IV ou IM, 1x/dia, por 8 a 10 dias, no entanto só devem ser considerados como opção nas contra-

indicações absolutas ao uso da penicilina (Brasil, 2016).

No estudo duas gestantes não utilizaram a penicilina como tratamento, enquadradas em outro esquema. O destaque maior equivale nas dez gestantes que mesmo com diagnóstico confirmado de Sífilis não utilizaram nenhum tratamento. Surgindo, portanto um questionamento sobre essas gestantes à respeito do tratamento não realizado.

Com relação ao parceiro, se testes positivos, tratar conforme fase clínica da doença; se teste negativo ou não realizado, tratar com a dose profilática de penicilina benzatina (2.400.000 UI) dose única¹⁰. Diante disto observa-se que todos os parceiros devem ser tratados juntamente com à gestante de forma eficaz para evitar um reinfeção da gestante ou outras parceiras. No estudo, apenas 24 parceiros realizaram o tratamento adequado, no entanto não se pode afirmar se houve o controle de cura. Assim, percebe-se que em outros estudos também evidenciou-se uma baixa adesão ao tratamento no parceiro como mostram alguns estudos (Araújo, C. L, *et al.*, 2012; Figueiró-Filho, E. A, *et al.* (2007); Holanda, M. T. C. G., *et al.* 2011).

CONCLUSÃO

Sabe-se que a Sífilis em gestantes, é um problema de saúde pública e que este trabalho permitiu uma maior explanação à cerca do tema, afim de identificar a necessidade de implantar novas medidas e políticas de saúde que atendam a esse problema.

Vale ressaltar a importância dos profissionais estarem atualizados sobre as diretrizes e terapêutica da sífilis na gestação assim como da sífilis congênita, destacar que o preenchimento adequado às fichas de

notificação é uma ferramenta valiosa de acompanhamento e avaliação da assistência prestada, visto que muitas encontravam-se incompletas, dificultando a coleta de alguns dados para a pesquisa, além disso, preparar o profissional para identificar as diferentes fases clínicas da patologia também é necessário para implementação de tratamento adequado e eficaz.

Com relação ao diagnóstico precoce, vale destacar que a Atenção Básica é imprescindível, visto que seria o primeiro contato da gestante ao serviço de saúde, com realização do Pré-Natal, realizando um tratamento precoce, o que reduz o risco de infecção ao feto, no entanto, deve-se aumentar a cobertura e a qualidade do pré-natal, disponibilizando insumos para a realização da abordagem à sífilis na gestação, como testes rápidos diagnósticos. Já com relação a dificuldade de tratamento do parceiro pode estar relacionada à própria construção histórica das políticas de saúde, onde o homem comparado com a mulher, tende a procurar menos o serviço de saúde, realidade que precisa ser trabalhada no resgate do homem para o cuidado a saúde. O não tratamento do parceiro é um sério problema de saúde pública visto que a cadeia de transmissão continua ativa ocorrendo a reinfeção da parceira já tratada ou de outras.

O conhecimento e a utilização de protocolos, fluxogramas de sífilis, assim como o acesso aos testes rápidos nos serviços de saúde são fatores determinantes para um atendimento rápido, eficaz e indispensável para os pacientes que procuram as unidades de saúde, seja Atenção Básica ou Maternidade.

É necessário um diagnóstico mais precoce da doença com tratamento e seguimento rigoroso na tentativa de reduzir os casos de sífilis em gestantes e sífilis congênita, assim

com romper a cadeia de transmissão com estratégias e ações direcionadas no combate a doença devem ser implantadas especialmente nesse segmento da população.

REFERÊNCIAS

- Araújo, C. L., Shimizu, H. E., Sousa, A. I. A., Hamann, E. M. (2006). Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, 46(3), 479-486.
- Avelleira, J.C.R & Bottino, G. (2006). Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 81(2), 111-126.
- Brasil (2000). Ministério da Saúde. Assistência pré-natal: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2006). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação de Agravos de Notificação–SINAN: normas e rotinas / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2010). Ministério da Saúde. *Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2010). Ministério da saúde. *Sífilis: Estratégias para Diagnóstico no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids.
- Brasil (2015). Ministério da saúde. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT): Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) – CONITEC*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2016). Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria Nº - 2.012, de 19 de outubro de 2016. Aprova o Manual Técnico para o Diagnóstico da Sífilis e dá outras providências*. Diário Oficial da União de 20 de outubro de 2016; Seção 1. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2016). Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico Sífilis 2016*. Secretaria de Vigilância em Saúde. V (35). Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2016). Ministério da Saúde. *Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde*.
- Brasil (2016). *Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente transmissíveis, Aids e Hepatites Virais*. – Brasília: Ministério da Saúde.
- Campos, A. L. A., Araújo, M. A. L., Melo, S. P. & Gonçalves, M. L. C. (2010). Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(9), 1747-1755.
- Figueiró-Filho, et al. (2007) Sífilis congênita como fator de assistência pré-natal no município de Campo Grande - MS. *DST J Bras Doenças Sex Transm*. 19(3/4):139-43.
- Holanda, M. T. C. G, Barreto, M.A., Machado, K.M.M., Pereira, R.C. (2011). Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Município do Natal, Rio Grande do Norte – 2004 a 2007. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 20(2):203-212.
- Lima, B. G. C, Costa, M. C. N & Dourado, M. I. C. (2008) Avaliação da qualidade do rastreamento de HIV/AIDS e sífilis na assistência pré-natal. *Epidemiol Serv Saúde*, 17 (2), 123-156.
- OMS. (1996) Organização Mundial de Saúde. *Maternidade segura: atenção ao nascimento normal: um guia prático*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- OMS. (2008). Organização Mundial de Saúde. *Eliminação Mundial da sífilis Congênita: Fundamento lógico e estratégia para ação*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.

Análisis contextual de los accidentes de trabajo en el equipo de enfermería

Contextual analysis of work accidents in the nursing team

Análise contextual dos acidentes de trabalho na equipe de enfermagem

Laura Raquel Araújo de Morais¹, Ana Elisa Pereira Chaves², Yanna Gomes de Sousa³, Marília Souto de Araújo⁴, Karla Morgana da Costa Félix Assis⁵, Soraya Maria de Medeiros⁶

¹Enfermeira. Formada pela Universidade federal de Campina Grande – UFCG.
Correo electrónico: lauraraque@hotmail.com

²Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN. Natal, RN, Brasil.
Correo electrónico: eapchaves@gmail.com

³Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN. Natal, RN, Brasil. Correo electrónico:
yanna_gomes@yahoo.com.br

⁴Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN. Natal, RN, Brasil. Correo electrónico:
mariliasaraujo@yahoo.com.br

⁵Enfermeira. Formada pela Universidade federal da Paraíba – UFPB. Correo electrónico: karlamorganna84@gmail.com

⁶Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN. Natal, RN, Brasil. Correo electrónico:
sorayamariaa@hotmail.com

Cómo citar este artículo en edición digital: Morais, L.R.A. de, Chaves, A.E.P., Sousa, Y.G. de, Araújo, M.S. de, Assis, K.M.C. da, & Medeiros, S.M. de. (2019). Análisis contextual de los accidentes de trabajo en el equipo de enfermería. Cultura de los Cuidados (Edición digital), 23 (54). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.54.35>

Correspondencia: Universidade Federal do Rio Grande do Norte -UFRN. Departamento de Enfermagem Campus Universitário Lagoa Nova. CEP 59078-970. CP 1524; Natal/RN - Brasil

Correo electrónico de contacto: yanna_gomes@yahoo.com.br

Recibido: 30/11/2018; Aceptado: 02/03/2019



ABSTRACT

Objective: The objective was to analyze the contextual aspects that influence the work accidents in the nursing team.

Method: Narrative review at the SciELO, LILACS and MEDLINE databases. The material was analyzed in light of the Context Analysis model, which indicates four layers

of interactive contextual relations of the phenomena that facilitate its comprehension (immediate, specific, general and metacontextual).

Results: The data were presented in subtopics: work accidents with nursing professionals, work activities of the nursing professional in a hospital unit, psychosocial

repercussions of accidents at work and legislation on work accidents in Brazil.

Conclusions: The meaning of the studied phenomenon was better understood, making it possible to be shared and used in nursing practices.

Keywords: Worker's Health, nursing team, accidents of work.

RESUMO

Objetivo: Objetivou-se analisar os aspectos contextuais que influenciam os acidentes de trabalho na equipe de enfermagem.

Método: Revisão narrativa nas bases SciELO, LILACS e MEDLINE. O material foi analisado à luz do modelo Análise de Contexto, que indica quatro camadas de relações contextuais interativas dos fenômenos que facilitam a sua compreensão (imediate, específica, geral e metacontextual).

Resultados: Os dados foram apresentados em subtemas: acidentes de trabalho com profissional de enfermagem, atividades laborais do profissional de enfermagem em unidade hospitalar, repercussões psicossociais dos acidentes de trabalho e legislação dos acidentes de trabalho no Brasil.

Conclusões: O significado do fenômeno estudado foi mais bem compreendido, possibilitando ser compartilhado e utilizado nas práticas de enfermagem.

Palavras chave: Saúde do Trabalhador, equipe de Enfermagem, acidentes de trabalho.

RESUMEN

Objetivo: El objetivo consiste en analizar los aspectos contextuales que influyen los accidentes de trabajo en el equipo de enfermería.

Método: Revisión narrativa en las bases SciELO, LILACS y MEDLINE. El material

fue analizado a la luz del modelo Análisis de Contexto, que indica cuatro capas de relaciones contextuales interactivas de los fenómenos que facilitan su comprensión (inmediata, específica, general y metacontextual).

Resultados: Los datos fueron presentados en subtemas: accidentes de trabajo con profesional de enfermería, actividades laborales del profesional de enfermería en unidad hospitalaria, repercusiones psicosociales de los accidentes de trabajo y legislación de los accidentes de trabajo en Brasil.

Conclusiones: El significado del fenómeno estudiado fue mejor comprendido, posibilitando ser compartido y utilizado en las prácticas de enfermería.

Palabras clave: Salud del Trabajador, equipo de enfermería, accidentes de trabajo.

INTRODUÇÃO

O trabalho exerce um papel relevante na inserção do indivíduo na sociedade, além de contribuir na formação de identidade dos sujeitos, permite que os mesmos participem da vida social, sendo elemento fundamental para a saúde. Entretanto diante das transformações ocorridas na sociedade advindas do capitalismo, a forma como esse trabalho é estruturado e executado por grande parte dos profissionais, na sociedade atual, tende a gerar efeitos negativos como acidentes ocupacionais, adoecimento e até mesmo a morte (Ribeiro & Shimizu, 2007; Cavalcante *et al.*, 2006).

No ambiente laboral as condições de trabalho são determinantes para a saúde do trabalhador. A organização do trabalho reduz as possibilidades de evitar riscos, atenuá-los ou eliminá-los durante a realização de suas tarefas.

Por Risco Ocupacional entende-se qualquer possibilidade de que algum elemento ou circunstância existente num dado processo ou ambiente de trabalho possa causar danos à saúde, seja por meio de acidentes, doenças ou do sofrimento dos trabalhadores (Silva *et al.*, 2012).

Os agravos à saúde relacionados ao trabalho são classificados em dois grupos: no primeiro incluem-se aqueles que traduzem uma ruptura abrupta do equilíbrio entre as condições e o ambiente de trabalho e a saúde do trabalhador, como os acidentes de trabalho e as intoxicações agudas de origem profissional. O segundo grupo inclui agravos de caráter crônico: a doença profissional típica, definida como aquela inerente ou peculiar a determinado ramo de atividade (Mendes, 1995).

Muitas vezes a compreensão dos trabalhadores sobre os riscos ocupacionais é insuficiente e as medidas de proteção na área de Segurança e Saúde no Trabalho – SST adotadas pelas empresas dão ênfase somente ao uso de Equipamentos de Proteção Individual – EPI, negligenciando outras práticas de prevenção na área de medicina e segurança ocupacional. E isso contribui para o desencadeamento dos acidentes de trabalho.

De acordo com a organização Internacional do Trabalho (OIT), ocorrem no mundo aproximadamente 270 milhões de acidentes de trabalho e dois milhões de morte por ano. No Brasil, segundo o último dado oficial divulgado em 2013 contido no Anuário Estatístico da Previdência Social (AEPS), a Previdência Social concedeu no ano de 2013, 5,2 milhões de benefícios, dos quais 86,7% eram previdenciários, 6,5% acidentários e 6,8% assistenciais. Comparando com o ano de 2012, a quantidade de benefícios concedidos cresceu 5,0% (Ministério da Previdência

Social, 2013).

Entre os trabalhadores inseridos na área da saúde, mais acometidos por acidentes de trabalho, destacam-se os profissionais de enfermagem, que além de constituírem um grande contingente de trabalhadores nos serviços de saúde, estão expostos a variados riscos ocupacionais. Por riscos ocupacionais, entende-se que são situações de trabalho que podem romper o equilíbrio físico, mental e social dos trabalhadores e não somente as situações que originem acidentes e doenças (Silva & Pinto, 2012).

No contexto nacional, a enfermagem é apontada como categoria crítica no âmbito dos quatro países da sub-região do Mercosul, tanto no que se refere a elementos quantitativos deficitários quanto aos elementos qualitativos presentes na definição da sua estrutura como ocupação, nos conteúdos dos seus objetos de trabalho e também no plano sócio-ideológico.⁷

Percebe-se que são distintos os elementos que acarretam a ocorrência de acidentes com a equipe de enfermagem, tais como: a falta de capacitação, inexperiência, indisponibilidade de equipamento de segurança, cansaço, dupla jornada de trabalho, distúrbios emocionais, excesso de autoconfiança, falta de organização do serviço, excesso de jornadas de trabalho, desequilíbrio emocional em situações de emergência, tecnologia crescente de alta complexidade (Bezerra *et al.*, 2015).

Diante do exposto, observa-se a necessidade de conhecer e compreender o processo de trabalho desses profissionais, essenciais ao setor de saúde, no que diz respeito à exposição de fatores e elementos que desencadeiam alterações na saúde dos que prestam cuidados a inúmeras pessoas e comunidades. Assim, por intermédio desta proposta de estudo, considerando a exposição dos trabalhadores de enfermagem

a distintos elementos e condições que propiciam a ocorrência de acidentes de trabalho, bem como a situação de subnotificações e consequências resultantes desses agravos, emergiu o interesse de realizar a pesquisa, a qual tem como objetivo analisar os fatores contextuais que influenciam os acidentes de trabalho na equipe de enfermagem.

MÉTODOS

A presente investigação consiste em uma revisão narrativa da literatura científica disponível sobre os acidentes de trabalho na equipe de enfermagem. A consulta *on-line* avançada foi realizada nas bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) MEDLINE.

Como estratégia de pesquisa utilizou-se os descritores "acidentes de trabalho", AND "equipe de enfermagem" com coleta realizada nos meses de maio e junho de 2016. Foram excluídos os artigos que não abordaram a temática proposta, em duplicidade localizados através dos descritores selecionados e a partir da leitura prévia de título e resumo. Os dados dos estudos foram analisados após preenchimento de um instrumento de coleta de dados acerca da identificação do estudo: (título do artigo, base de dados, ano de publicação, título do periódico, classificação do estudo segundo objetivos), características metodológicas (população, local e região de realização do estudo) e resultados em análise (circunstância que ocorreu o acidente de trabalho).

Por fim, foram localizados estudos na bibliografia dos artigos encontrados, bem

como por meio de busca manual. Também se consideraram, para efeito de embasamento teórico/histórico e aprofundamento da discussão, livros, teses de doutorado e documentos do Ministério da Saúde. Na busca foram relacionados 196 artigos, desses 16 artigos foram selecionados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão.

Para a análise do material coletado considerou-se o modelo Análise Contextual, que indica a existência de quatro níveis interativos de contexto (imediate, específico, geral e metacontexto), que consiste em recortar, padronizar e categorizar os dados em quatro camadas de contextos, quais sejam: contexto Imediato, Específico, Geral e Metacontexto, buscando explicar os fenômenos de forma a promover um melhor entendimento do tema escolhido (Hinds *et al.*, 1992).

Os resultados foram sumarizados em um quadro, e categorizado em subtemas, conforme a perspectiva conceitual de cada camada de contexto atingida, sendo nomeados de acordo com cada contexto. A proposta de análise será delineada através dos subtemas propostos para cada camada contextual. Os dados coletados foram relacionados a cada nível contextual e sumarizados conforme a perspectiva conceitual de cada camada de contexto atingida. Neste estudo, foram considerados os aspectos éticos e legais que preservam a autenticidade do que será pesquisado através dos dados documentais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

À vista disso, os resultados encontrados diante da temática em estudo, segundo a perspectiva conceitual de cada contexto foram elencados no Quadro 1:

QUADRO 1: Representação das camadas textuais dos acidentes de trabalho na equipe de enfermagem. Campina Grande, 2016

Política de Saúde do Trabalhador e os Acidentes de Trabalho no Brasil

- A luta dos trabalhadores para construção da legislação na área de saúde do trabalhador;
- Estrutura Jurídica na área de saúde do trabalhador;
- Importância dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador;
- Importância dos registros de acidentes de trabalho nos sistemas de informação.

Repercussões Psicossociais dos Acidentes de Trabalho

- Consequências dos acidentes de trabalho;
- Sentimentos vivenciados pelo trabalhador após os acidentes de trabalho;
- Retorno as atividades laborais pós acidente de trabalho e suas implicações na vida do trabalhador.

Atividades Laborais da Equipe de Enfermagem e os Acidentes de Trabalho

- Composição da equipe de enfermagem e sua força de trabalho;
- A exposição da equipe de enfermagem aos riscos ocupacionais;
- Fatores que predispõe a equipe de enfermagem aos acidentes de trabalho;
- Caracterização dos acidentes de trabalho na equipe de enfermagem.

Acidentes de Trabalho e suas Características na Área da Saúde

- Compreendo o que é um acidente de trabalho;
- Acidentes de trabalho no Brasil;
- Acidentes de trabalho na área de saúde;
- Principais riscos ocupacionais que expõe os profissionais da saúde a acidentes de trabalho;
- Principais profissionais que estão expostos aos acidentes de trabalho;
- Acidentes de trabalho em unidades de saúde hospitalar.

Contexto Imediato

Contexto Específico

Contexto Geral

Metacontexto

Contexto Imediato: Acidentes de trabalho com profissional de enfermagem

O trabalho tem um papel fundamental na inserção dos indivíduos no mundo, colaborando e facilitando para a formação de sua identidade, permitindo que os mesmos participem da vida social, sendo elemento essencial para a saúde (Silva *et al.*, 2012).

De acordo com a organização do processo de trabalho estabelecido por instituições governamentais e não governamentais, os trabalhadores de diversas categorias profissionais podem estar exposto a riscos ocupacionais e acidentes de trabalho dependendo da forma e situação como desempenha suas atividades laborais.

Atualmente, as doenças profissionais são consideradas como um grande problema de saúde pública em todo o mundo, porém historicamente os profissionais de saúde não foram considerados categoria de alto risco para acidentes de trabalho. Contudo, começou-se a relacionar riscos biológicos a doenças que atingiam especificamente os trabalhadores da área da saúde, a partir do século XX (Silva *et al.*, 2012).

De modo geral, os acidentes de trabalho, ocorrem através da ruptura da relação entre saúde e trabalho, de maneira abrupta ou insidiosa, com repercussões pessoais e sociais. Ressalta-se que os acidentes de trabalho estão, em grande parte, relacionados com a atividade laboral as condições do local de trabalho e ao próprio trabalhador, segundo seu contexto sociopolítico (Bakke & Araújo, 2010).

Os acidentes de trabalho classificam-se em acidentes típicos, trajeto e doenças do trabalho. Acidentes típicos são decorrentes da característica da atividade profissional realizada pelo indivíduo. O acidente de

trajeto ocorre durante o percurso entre a residência e o local de trabalho e as doenças do trabalho, trata-se por qualquer tipo de doença profissional ligada a determinado ramo de atividade (Bakke & Araújo, 2010; Marziale *et al.*, 2014).

É importante salientar que entre os trabalhadores da área de saúde apresentam maior frequência de acidentes de trabalho, destacam-se os profissionais de enfermagem, particularmente quando exercem suas atividades laborais em hospitais, pois estes prestam assistência direta aos pacientes, permanecem maior parte do seu tempo ao lado dos pacientes, e são responsáveis por 60% da execução das ações de saúde (Leite & Silva, 2007).

Na prática do cuidar, percebe-se que os riscos do exercício profissional da enfermagem são inúmeros, o trabalho exige o manuseio de material perfuro cortante e exposição a fluidos biológicos, riscos químicos, físicos, fisiológicos e ergonômicos. Ainda na realidade prática, observa-se profissionais da equipe de enfermagem com queixas frequentes de desgaste físico e mental, seja relacionado aos cuidados com grande contingente de paciente, como também com envolvimento nas atividades administrativas ou gerenciais (Ministério da Previdência Social, 2009).

Em vários estudos realizados no Brasil sobre acidentes de trabalho com profissionais de enfermagem no período de 2000 a 2013, destacam-se maior ocorrência de acidentes típicos em unidades hospitalares, principalmente os acidentes com perfuro cortante, sangue, fluidos corpóreos e produtos químicos, devido ao número elevado de manipulação. Os acidentes acontecem em maior número, nos técnicos e auxiliares de enfermagem

(Ministério da Previdência Social, 2009; Camelo & Angerami, 2008; Cardoso & Figueiredo, 2010).

Analisando a equipe de enfermagem, nota-se que os técnicos e auxiliares são os profissionais que durante a jornada de trabalho estão mais expostos a riscos devido à caracterização de suas atividades como a promoção da higiene e conforto do paciente, organização do ambiente de trabalho, controle de materiais, desprezo de urina, drenagens e secreções de frascos coletores (Silva *et al.*, 2012).

Outro aspecto relevante, em relação aos acidentes de trabalho na categoria de enfermagem, é que em relação ao gênero e estado civil, as mulheres casadas e com relação estável são mais acometidas por acidentes de trabalho (Cardoso & Figueiredo, 2010).

A este respeito, vale salientar, que a composição da força de trabalho de enfermagem é predominantemente feminina, além do desgaste hospitalar e da dupla jornada de trabalho, quando a mulher concilia profissão a atividades domésticas, alguns aspectos positivos ou negativos podem interferir no seu processo de trabalho (Chiodi & Marziale, 2006).

Diante da realidade vivida pelos profissionais de saúde em relação aos acidentes de trabalho, faz-se necessário que estes profissionais reflitam sobre os riscos que estão expostos em determinados procedimentos e ações que irão realizar, pois se não existe consciência do que significa riscos ocupacionais, conseqüentemente, não haverá promoção do autocuidado em cada procedimento realizado, com isso, o profissional pode ter sua saúde comprometida, como também pode trazer complicações para os pacientes que estão aos seus cuidados.

Além disso, espera-se que os profissionais

de enfermagem estejam atentos aos ambientes onde estão realizando os procedimentos técnicos, pois locais inadequados podem interferir no bom desempenho das atividades e conseqüentemente provocar acidentes de trabalho.

O hospital é uma das unidades de saúde que apresenta o maior contingente de profissionais, sendo a atenção a saúde dos pacientes prestada por trabalhadores e profissionais de diversas áreas com saberes e práticas específicas (Almeida *et al.*, 2014).

Quanto à composição da força de trabalho no hospital, os profissionais de enfermagem representam a maior representatividade, embora o quantitativo de cada categoria profissional de enfermagem, está aquém, para o número de pacientes que estão sobre os cuidados dos auxiliares de enfermagem, técnico de enfermagem e enfermeiros do trabalho (Duarte & Mauro, 2010).

O trabalho de enfermagem na instituição hospitalar caracteriza-se pelo cuidado nas 24 horas do dia. Nesse cuidado os trabalhadores de enfermagem utilizam instrumentos de trabalho como: agulhas, lâminas de bisturi, tesouras, pinças, materiais de vidro e muitos outros instrumentos que são perfurantes e cortantes. Cuidam muitas vezes de pacientes agressivos, agitados, ansiosos ou em estado crítico, onde encontram dificuldade de realizar os procedimentos com segurança (Farias & Oliveira, 2012).

Além disso, o trabalho de enfermagem em hospital, caracteristicamente, tem um ritmo acelerado, apresenta grande demanda de pacientes para um número reduzido de profissionais, os procedimentos são realizados em pé, com muitas caminhadas e sob a supervisão estrita; é normatizado, rotinizado e fragmentado (Duarte & Mauro, 2010).

Diante dessas características, percebe-se que os profissionais de enfermagem estão expostos a vários riscos, tais como os causados por agentes químicos, físicos, biológicos, psicossociais e ergonômicos, sendo os riscos biológicos os que mais geram insalubridade a esses trabalhadores. No ambiente hospitalar figura como local de maior ocorrência de acidentes de trabalho na equipe de enfermagem, são os típicos, principalmente os acidentes com material perfuro cortante, contato com fluídos corporal e mucosa, como também, contato com substâncias farmacológicas e produtos químicos (Farias & Oliveira, 2012).

Entende-se que o contexto hospitalar apresenta vários aspectos e características que pode interferir no bom desempenho e andamento das atividades e ações realizadas pelos profissionais que atuam nesta unidade de saúde, principalmente quando se trata da equipe de enfermagem que são responsáveis pela maioria dos procedimentos técnicos, prestam assistência direta aos pacientes, e estão mais expostos aos riscos ocupacionais. Tais características pode ocasionar desgaste físico e mental e posteriormente favorecer a ocorrência de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho. E interferir na sua qualidade de vida pessoal e no trabalho.

Contexto Específico: Atividades laborais do profissional de enfermagem em unidade hospitalar

O hospital é uma das unidades de saúde que apresenta o maior contingente de profissionais, sendo a atenção a saúde dos pacientes prestada por trabalhadores e profissionais de diversas áreas com saberes e práticas específicas (Almeida *et al.*, 2014).

O ambiente hospitalar apresenta características que lhe são próprias, tais como: setores que envolve procedimentos de média e alta complexidade, atendimento

de urgência e emergência, atividades ininterruptas, trabalho noturno, regime de plantão, horas extras, rotinas, protocolos de atenção de várias categorias profissionais, e maior número de pacientes para prestação de cuidados em relação ao número de funcionários existentes no hospital (Coura, 2013).

Quanto à composição da força de trabalho no hospital, os profissionais de enfermagem representam a maior representatividade, embora o quantitativo de cada categoria profissional de enfermagem, está aquém, para o número de pacientes que estão sobre os cuidados dos auxiliares de enfermagem, técnico de enfermagem e enfermeiros do trabalho (Duarte & Mauro, 2010).

O trabalho de enfermagem na instituição hospitalar caracteriza-se pelo cuidado nas 24 horas do dia. Nesse cuidado os trabalhadores de enfermagem utilizam instrumentos de trabalho como: agulhas, lâminas de bisturi, tesouras, pinças, materiais de vidro e muitos outros instrumentos que são perfurantes e cortantes. Cuidam muitas vezes de pacientes agressivos, agitados, ansiosos ou em estado crítico, onde encontram dificuldade de realizar os procedimentos com segurança (Farias & Oliveira, 2012).

Além disso, o trabalho de enfermagem em hospital, caracteristicamente, tem um ritmo acelerado, apresenta grande demanda de pacientes para um número reduzido de profissionais, os procedimentos são realizados em pé, em muitas caminhadas e sob a supervisão estrita; é normatizado, rotinizado e fragmentado (Duarte & Mauro, 2010).

Diante dessas características, percebe-se que os profissionais de enfermagem estão expostos a vários riscos, tais como os causados por agentes químicos, físicos, biológicos, psicossociais e ergonômicos,

sendo os riscos biológicos são os que geram insalubridade a esses trabalhadores.

Estudos tem mostrado, que no ambiente hospitalar, os acidentes de trabalho mais recorrente na equipe de enfermagem, são os típicos, principalmente os acidentes com material perfuro cortante, contato com fluídos corporal e mucosa, como também, contato com substâncias farmacológicas e produtos químicos (Farias & Oliveira, 2012).

Entende-se que o contexto hospitalar apresenta vários aspectos e características que pode interferir no bom desempenho e andamento das atividades e ações realizadas pelos profissionais que atuam nesta unidade de saúde, principalmente quando se trata da equipe de enfermagem que são responsáveis pela maioria dos procedimentos técnicos, prestam assistência direta aos pacientes, e estão mais expostos aos riscos ocupacionais.

Tais características pode ocasionar desgaste físico e mental e posteriormente favorecer a ocorrência de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho. E interferir na sua qualidade de vida pessoal e no trabalho.

Contexto Geral: Repercussões psicossociais dos acidentes de trabalho

Acidente de trabalho é aquele que traz como consequência uma lesão corporal ou perturbação funcional, com perda ou redução da capacidade para o trabalho, de forma permanente ou temporária, ou até mesmo a morte. Dependendo do tipo e forma como acontece o acidente de trabalho, o trabalhador pode apresentar determinados sentimentos que posteriormente pode interferir de forma negativa no seu processo de saúde e doença (Silva & Pinto, 2012; Bezerra *et al.*, 2015).

Vivenciar a realização de perda após acidente de trabalho, onde há percepção de que a situação é real, sem retorno, e que

existe sequelas, algumas vezes definitivas, não faz com que o trabalhador confronte-se com sentimentos contraditórios como o medo, desespero, preocupação, vergonha, ansiedade e insegurança, os quais pode afetar a vida do trabalhador na perspectiva de sua qualidade de vida e futuro profissional (Ferraz *et al.*, 2015).

Esses sentimentos relacionados aos acidentes de trabalho, não só compromete a integridade física, mas pode também resultar em alterações de saúde mental, que repercutem no relacionamento interpessoal, familiar, social e laboral do indivíduo, comprometendo objetivos e projetos de vida.

Outro fator relevante que repercute na vida do trabalhador que sofre acidente de trabalho, é o seu retorno as atividades laborais, pois existe empresas e instituições, que o trabalhador é percebido com um ser incapacitante para a execução de outras atividades diferentes das realizadas anteriormente ao acidente. Em algumas situações, o próprio processo implícito de exclusão faz com que o acidentado perceba a baixa qualificação proposta, e intensifique a sedimentação de transtornos emocionais (Cardoso & Figueiredo, 2010; Ferraz *et al.*, 2015).

Além disso, existe trabalhadores acidentados que são vítimas de assédio moral por parte do empregador, chegando a negligenciar os direitos dos trabalhadores e provocar situações de estresse, depressão e agressividade no trabalhador. Nessa perspectiva, entende-se que os trabalhadores precisam conhecer todas as leis que asseguram os seus direitos e deveres do empregador mediante situações que interfira no processo de saúde e doença do trabalhador e na sua qualidade de vida.

Metacontexto: Legislação dos acidentes de trabalho no Brasil

Os acidentes de trabalho tem-se constituído no Brasil como um problema de saúde pública devido sua elevada incidência e consequências negativas no processo saúde-doença do trabalhador, tendo repercussões pessoais e sociais (Canini, 2008).

Com o intuito de assegurar os direitos dos trabalhadores e deveres dos empregadores em relação à saúde do trabalhador, o Estado Brasileiro vem propondo ao longos dos anos leis, normas, diretrizes, estratégias e programas no sentido de contribuir com a política de saúde do trabalhador (Mendes, 1995).

Entre as propostas elaboradas durante a década de 1910 a 1970 para a atenção a saúde do trabalhador, destacam-se: a instituição do seguro contra acidentes de trabalho; criação do Ministério do Trabalho e Emprego; Consolidação das Leis do Trabalho (CLT); instituição da comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT); criação de 33 Normas Regulamentadoras, relacionadas a saúde e segurança no trabalho (Mendes, 1995).

As referidas propostas não beneficiava todos os trabalhadores, e aqueles trabalhadores que podiam ser beneficiados quando necessário, não tinha conhecimento de como funcionava as leis e os programas, e devido ao desconhecimento, o empregador e ou gestores, privavam o trabalhador dos seus direitos trabalhistas.

Cabe destacar que no Sistema Público de Saúde, a legislação sobre o desenvolvimento de ações relativas à saúde e trabalho só foi concretizada na Lei Orgânica de Saúde nº8080-90, período de criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que separou à saúde da previdência, criação da Comissão Técnica Nacional de Biossegurança sociais (Canini,

2008).

A partir deste contexto, alguns avanços aconteceram, como: aprovação da instrução normativa de vigilância em saúde do trabalhador no SUS; inclusão no Sistema de Informação e Ambulatorial (SIA) do atendimento específico para saúde do trabalhador (Duarte & Mauro, 2010).

Outra conquista que aconteceu em 2002 foi à estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à saúde do trabalhador (RENAST) no SUS, cujo objetivo é articular, nos Centros de referência em Saúde do Trabalhador (CRST) e no âmbito da rede assistencial de média e alta complexidade do SUS, ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde dos trabalhadores urbanos e rurais sociais (Canini, 2008).

Embora a Política de Saúde do Trabalhador tenha avançado no Brasil, ainda existe entraves que precisam ser discutidos entre gestões públicas do trabalho e da saúde, no que se refere à subnotificação dos acidentes de trabalho nos serviços de saúde do trabalhador e as dos gestores no processo de descentralização das ações de saúde do trabalhador e as condições de trabalho na rede à saúde com intuito de evitar os riscos e acidentes de trabalho (Silva Neto *et al.*, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou melhor compreensão sobre o fenômeno dos acidentes de trabalho na equipe de enfermagem a partir da análise crítica dos principais aspectos contextuais que estão envolvidos entre si e que influenciam o fenômeno supracitado, contribuindo para a reflexão acerca dos desafios enfrentados durante o fenômeno em questão, de maneira que seu significado foi mais bem

compreendido, possibilitando ser compartilhado e utilizado.

Os profissionais da saúde precisam estar atentos aos riscos ocupacionais que estão expostos e desenvolverem um pensamento crítico e preventivo diante de suas atividades, favorecendo assim a prevenção de acidentes de trabalho. A avaliação dos riscos ocupacionais deve ser uma ação contínua para que o trabalhador acompanhe as modificações das condições em que o trabalho é executado.

Diante da problemática dos acidentes de trabalho na área da saúde, faz-se necessário que gestores da saúde fortaleçam a Política Nacional de Saúde do Trabalhador realizando educação permanente acerca de como funciona a estrutura política e jurídica na área de saúde do trabalhador, avance na implantação e consolidação efetivas dos CEREST, com intuito de contribuir no processo de vigilância na Saúde do trabalhador através de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos na rede de atenção à saúde.

Outro aspecto relevante a ser fortalecido, é a consolidação de estratégias para aprimorar o sistema de notificação das doenças e acidentes de trabalho, uma vez que, a subnotificação é um problema presente nos serviços de saúde, mascarando a realidade dos acidentes de trabalho no Brasil. À vista disso, estudos que abordem essa temática torna-se necessário, visto que, com uma exposição acerca dos contextos dos acidentes de trabalho, torna-se possível entender com mais profundidade esse fenômeno na equipe de enfermagem, no sentido de ampliar o conhecimento nessa área e subsidiar outras pesquisas, além de contribuir no desenvolvimento de políticas públicas específicas e eficazes para a promoção da saúde dos trabalhadores.

REFERÊNCIAS

- Almeida, I.M., Vilela, R.A.G., Silva, A.J.N., & Beltran, S. L. (2014). Modelo de Análise e Prevenção de Acidentes - MAPA: ferramenta para a vigilância em Saúde do trabalhador. *Ciênc. Saúde coletiva*, 19(12), 4679-4688
- Bakke, H.Á., & Araújo, N.M.C. (2010). Acidentes de trabalho com profissionais de saúde de um hospital universitário. *Produção*, 20(4), 669-676. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65132010005000015>
- Bezerra, A.M.F., Bezerra, K.K.S., Bezerra, W.K.T., Athayde, A.C.R., & Vieira AL. (2015). Riscos ocupacionais e acidentes de trabalho em profissionais de enfermagem no ambiente hospitalar. *REBES*, 5(2), 01-07. Recuperado de www.gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/3461
- Camelo, S.H.H., & Angerami, E.L.S. (2008). Estratégias de gerenciamento de riscos psicossociais no trabalho das equipes de saúde da família. *Rev Eletr Enf*, 10(4), 915-23. Recuperado de https://projetos.extras.ufg.br/fen_revista/v10/n4/pdf/v10n4a04.pdf
- Canini, S.R.M.S. (2008). Fatores associados a acidentes percutâneos na equipe de enfermagem de um hospital universitário de nível terciário. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 16(5), 818-823.
- Cardoso, A.C.M., & Figueiredo, R.M. (2010). Situações de risco biológico presentes na assistência de enfermagem nas unidades de saúde da família (USF). *Rev Latino-Am Enferm*, 18(3). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000300011>
- Cavalcante, C.A.L., Enders, B.C., Menezes, R.M.P., & Medeiros, S.M. (2006). Riscos ocupacionais do trabalho em enfermagem: uma análise contextual. *Ciênc Cuidado e Saúde*, 5(1), 88-97.
- Chiodi, M.B., & Marziale, M.H.P. (2006). Riscos ocupacionais para trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde: revisão bibliográfica. *Acta paul enferm*. 19(2), 212-217. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002006000200014>
- Coura, A.S. (2013). Análise Contextual Da Consulta De Enfermagem Na Visita Domiciliar Às Pessoas Com Lesão Medular. *Rev Min Enferm*. 17(4), 1000-1006.
- Duarte, N.S., & Mauro, M.Y.C. (2010). Análise de fatores de riscos ocupacionais do trabalho de enfermagem sob a ótica dos enfermeiros. *Rev Bras Saúde Ocup*, 35(121): 157-167. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572010000100017>
- Farias, G.S., & Oliveira, C.S. (2012). Riscos Ocupacionais Relacionados aos Profissionais de

- Enfermagem na UTI: uma revisão. *Braz J Health*, 3(1). Recuperado de <http://inseer.ibict.br/bjh/index.php/bjh/article/view/109>
- Ferraz, L., Kessier, M., Krauzer, I.M., Trindade, L.L., & Silva, O.M. (2015). Estratégia de saúde da família: riscos ocupacionais dos auxiliares e técnicos de enfermagem. *Revista Recien*. 5(13), 20-28.
 - Hinds, P.S., Chaves, D.E., & Cypress, S.M. (1992). Context as a source of meaning and understanding. *Qualitative health research*, 2(1),23-28.
 - Leite, P.C., & Silva, A. (2007). Morbidade referida em trabalhadores de enfermagem de um centro de material e esterilização. *Ciênc Cuidado de Saúde*, 6(1): 95-102.
 - Machado, M.H., Vieira, A.L.S., & Oliveira, E. (2012). Construindo o perfil da enfermagem. *Enfermagem em Foco*. 3(3), 119-122.
 - Marziale, M.H.P., Nishimura, K.Y.N., & Ferreira, M.M. (2004). Riscos de contaminação ocasionados por acidentes de trabalho com material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem. *Rev LatinoAm Enferm*, 12(1), 36-42.
 - Mendes. R. (1995). *Patologia do trabalho*. Rio de Janeiro (RJ): Atheneu.
 - Ministério da Previdência Social. (2009). *Saúde e segurança ocupacional*. Brasília: MPS.
 - Ministério da Previdência Social. (2013). *Anuário Estatístico da Previdência Social*. Brasília: MPS/DATAPREV.
 - Ribeiro, E.J.G., & Shimizu, H.E. (2007). Acidentes de trabalho com trabalhadores de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(5), 535-540.
 - Silva, C.D.L., & Pinto, W.M. (2012). Riscos ocupacionais no ambiente hospitalar: fatores que favorecem a sua ocorrência na equipe de enfermagem. *Saúde Coletiva em Debate*, 2(1), 62-29.
 - Silva, E.J., Lima, M.G., & Marziale, M.H.P. (2012). O conceito de risco e os seus efeitos simbólicos nos acidentes com instrumentos perfurocortantes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(5), 809-14.
 - Silva Neto, J.P., Alexandre, S.M.B., & Sousa, M.N.A. (2014). Acidentes de trabalho e subnotificações: estudo com enfermeiros atuantes na atenção terciária. *C&D-Revista Eletrônica da Fainor*, 7(2), 219-231.

Cartas al Editor

Dimensión espiritual en el cuidado del paciente

Spiritual dimension in patient care

Dimensão espiritual no atendimento ao paciente

Nancy Condori Condori¹, Josué Turpo Chaparro²

¹Especialista en Enfermería Oncológica por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Licenciada en enfermería, Enfermera del Hospital Militar Central, Lima, Perú

²Universidad Peruana Unión

Cómo citar este artículo en edición digital: Condori Condori, N., & Turpo Chaparro, J. (2019). Dimensión espiritual en el cuidado del paciente. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 23 (54). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.54.36>

Correspondencia: Remitirse al correo electrónico

Correo electrónico de contacto: manuelvalerogomez@gmail.com nancycondori36@gmail.com

Recibido: 2/01/2019; Aceptado: 10/05/2019



Sr. Editor:

Leí con interés el artículo titulado: "Cuidados de enfermería en la dimensión espiritual del paciente. Revisión sistemática" (Pinedo y Jiménez, 2016). Por el cual, deseo hacer algunas precisiones:

En primer lugar, la labor del enfermero en cuidados paliativos, trata de paliar el dolor y el sufrimiento del paciente desde su individualidad, brindando una atención integral. No es fácil lidiar con la muerte y ver como en un abrir y cerrar de ojos se va la vida. Cabe decir cuando el paciente entra en agonía. El enfermero es conmovido por el

deceso del paciente y muchas veces esto pareciera mostrar una personalidad indiferente, sin embargo, diversos estudios muestran que el enfermero es afectado por diferentes circunstancias y por su condición de ser humano (Simão-Miranda *et al.*, 2017).

El ser humano como un ser único con varias dimensiones, física, psicológica, social y espiritual, puede presentar carencias que generan una serie de necesidades que habrán de ser cubiertas, lo que especialmente ocurre en el ámbito de la espiritualidad cuando el ser humano se enfrenta a la finitud de su vida (Benito Barbero *et al.*, 2014).

En este sentido, es importante destacar la dimensión espiritual como lo mencionan los autores del artículo analizado. Flores Nightingale afirmó que es parte intrínseca del ser humano su dimensión espiritual y por tanto la necesidad de su cuidado. La Organización Mundial de la Salud reafirma la importancia de la espiritualidad. Y esto no es lo mismo que religiosidad, aunque para muchas personas la dimensión espiritual de sus vidas incluye un componente religioso. El aspecto espiritual de la vida puede ser visto como un componente integrado. A menudo se percibe vinculado con el significado y el propósito de vida, para los que están cercanos al final de la vida, se asocia comúnmente con la necesidad de perdón, reconciliación y afirmación de los valores.

Según el artículo, hay barreras que no permiten desarrollar la actividad espiritual como: el no saber diferenciar lo religioso con lo espiritual, lo emocional, el no comunicar o hablar de la muerte con el paciente. Si bien es cierto, no comprende en profundidad dentro del plan de estudio de formación pre profesional, la atención espiritual, comunicación con paciente en etapa final de la vida y cuidados paliativos, etc. Estas competencias por lo general se aprenden con la experiencia laboral o en los programas de especialización en cuidados paliativos. Estudios reportan el efecto en el profesional, generando angustia, miedo y sufrimiento y que esto condiciona al cuidado de futuros pacientes (Redondo-Elvira, Ibañez-del-Prado, & Barbas-Abad, 2017).

Los profesionales sanitarios suelen

mostrar un nivel de concienciación insuficiente respecto a la detección de las preocupaciones espirituales y por lo tanto se percibe una incapacidad de atención adecuada y dificultad para abordar o discutir estas cuestiones (Payas Puigama, Javier Barbero Gutierrez, Ramon Bayes, 2008).

Se recomienda realizar unos estudios descriptivos y evaluar con herramientas e indicadores sobre la atención espiritual en cada atención realizada a fin de mejorar nuestra labor continuamente, según estándares establecidos.

BIBLIOGRAFÍA

- Pinedo, M., & Jiménez, J. (2016). Cuidados del personal de enfermería en la dimensión espiritual del paciente. Revisión sistemática. *Cultura de Los Cuidados*, 21(48), 110–118. Recuperado de <https://doi.org/10.14198/cuid.2017.48.13>
- Redondo-Elvira, T., Ibañez-del-Prado, C., & Barbas-Abad, S. (2017). Espiritualmente resilientes. Relación entre espiritualidad y resiliencia en cuidados paliativos. *Clínica y Salud*, 28(3), 117–121. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2017.09.001>
- Simão-Miranda, T. P., Monteiro, L. A., Carvalho, C. C., Cordeiro, L. A., Lopes, E. de C., & Carvalho, M. (2017). La dimensión espiritual en el cuidado de las personas con cáncer: una revisión integradora. *Cultura de Los Cuidados*, 21(47), 14–21. Recuperado de <https://doi.org/10.14198/cuid.2017.47.02>
- Benito, E. Barbero, J y Dones, M.(2014) Espiritualidad en la clínica. Una propuesta de evaluación y acompañamiento espiritual en cuidados Paliativos monografías secpal, 6.
- Payas Puigama, J., Barbero Gutierrez, R., & Bayes, L. (2008). ¿Cómo perciben los profesionales de paliativos las necesidades espirituales del paciente al final de la vida? *Medicina paliativa* 15(4), 225-237.

Miscelánea

Reseña de *Enfermedades raras. Contribuciones a la investigación social y biomédica*, de Juan R. Coca (coord.)

Review of *Rare diseases. Contributions to social and biomedical research*, by Juan R. Coca (ed.)

Revisão de *Doenças raras. Contributos á pesquisa social e biomédica*, por Juan R. Coca (coord.)

Susana Gómez Redondo

GIR Trans-Real Lab. Universidad de Valladolid

Cómo citar esta reseña en edición digital: Gómez Redondo, S. (2019). Reseña de *Enfermedades raras. Contribuciones a la investigación social y biomédica* de Juan R. Coca (2019) Ceagsa-Publishing 177 pp. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 23(54). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2018.54.37>

Correspondencia: Remitirse al correo electrónico

Correo electrónico: susana.gomezr@uva.es

Recibido/Aceptado: Reseña invitada



COCA, Juan R. (coord.) (2019), *Enfermedades raras. Contribuciones a la investigación social y biomédica*, Ceagsa-Publishing, 177 pp. (PORTADA)

ABSTRACT

This review describes the characteristics of a necessary and interesting book that deals with the complex reality of rare diseases in a transdisciplinary way.

Keywords: Rare diseases, transdisciplinarity, complexity, marginal pathologies.

RESUMO

Esta revisão descreve as características de um livro necessário e interessante que trata da complexa realidade das doenças raras de forma transdisciplinar.

Palavras chave: Doenças raras, transdisciplinaridade, complexidade,

patologías marginales.

RESUMEN

Esta reseña describe las características de un libro necesario e interesante que trata la compleja realidad de las enfermedades raras de forma transdisciplinaria.

Palabras clave: Enfermedades raras, transdisciplinariedad, complejidad, patologías marginales.

A caballo entre lo social y lo biomédico, este trabajo de corte eminentemente transdisciplinario aporta enriquecedoras perspectivas en la tarea de desentrañar y comprender aspectos fundamentales sobre un fenómeno tan complejo y poco conocido en nuestro país como el de las enfermedades raras.

Según datos recogidos en dicho estudio, se estima que existen entre 6.000 y 8.000 enfermedades raras (ER), si bien, tal como se indica, dicha cifra podría ser mucho mayor, dependiendo de cómo sea valorado este fenómeno difícil de calibrar. No solo por lo arduo de conocer una estadística fiable de los casos existentes (pues, por muy diversos motivos, no todos son informados), sino por la propia idiosincrasia de patologías de gran multidimensionalidad social y biomédica, no siempre diagnosticadas y tampoco formalmente designadas.

La misma nomenclatura (Enfermedad Rara) alude a un término sumamente genérico, en el que la extrañeza impregna esta suerte de 'cajón de sastre' cuyos intentos de sistematización y catalogación parecen (por decirlo de algún modo) enormemente ímprobos. Esto es así porque las patologías de baja prevalencia conforman un universo heterogéneo y

complejo por definición, no solo desde el punto de vista biomédico y social, sino desde los ámbitos ético, psicológico, educativo, cultural, familiar, político, económico, empresarial... y, cómo no, científico y académico. No hace falta insistir en que el paraguas en el que nos movemos ampara latitudes y ventanas sociales, humanas y científicas profundamente divergentes, cuya disparidad requiere de aproximaciones y sensibilidades diversas.

He aquí el profundo desafío que conlleva su estudio. He aquí, también, la valentía investigadora de quienes deciden abordar este objeto poliédrico y de difícil taxonomía y comprensión, en el que confluye una intrincada red de aristas y vacíos por llenar.

Este bien podría ser uno de los principales (y, por lo demás, loables) acicates del esfuerzo investigador que tratamos. Pero no solo. Trabajos como el que aquí se reseña parten, además (y puede que fundamentalmente), de un intento de comprensión íntegro e integral, el cual se encuentra cimentado en un profundo anhelo de equidad. La búsqueda, en fin, de un mundo mejor, que pasa necesariamente por combatir toda forma de exclusión y estigmatización.

Hablamos, pues, de un esfuerzo científico y social que no gira en exclusiva en torno al prurito investigador. Antes bien, defendemos que *Enfermedades raras. Contribuciones a la investigación social y biomédica* encuentra su razón de ser en una lucha trascendente y utópica en el mejor sentido de la palabra: la consecución de una sociedad más orgánica y solidaria, en la que todos y cada uno de sus miembros sean objeto de atenciones y cuidados (y en este punto nos gustaría insistir en el plural). Se trata, en suma, de la apuesta

por una cultura del cuidado universal y a la vez diversa, esto es, atenta al organismo social, así como a las necesidades y naturalezas de los órganos y tejidos que lo conforman.

Tal multiperspectivismo, complejidad y heterogeneidad del objeto y la ventana a estudiar parecen ser el reflejo de un impulso investigador vertebrado en torno a un compromiso profundo: reintegrar a todo objeto de estudio el derecho a ser comprendido. Ello implica, claro está, extender a los márgenes el privilegio que en ocasiones solo parece detentar el centro, para hacer presente a las minorías. No olvidemos que, a pesar de las cifras mencionadas, las ER continúan siendo, por su propia naturaleza ('raridad' combinada con la heterogeneidad, dispersión, dificultad diagnóstica y taxonómica... ya mencionadas), una realidad periférica en los cánones sociales y biomédicos.

Así lo refleja la intención de acercamiento interpretativo-comprensivo a la diversidad de síntomas y efectos, los tratamientos y sus carencias, los problemas en el diagnóstico, la complejidad en las interacciones moleculares de nuestro organismo, las consecuencias psicosociales, el impacto social y educativo... que rodean los contextos de sufrimiento y exclusión generados por las patologías de baja prevalencia.

Como no podía ser de otro modo, la transdisciplinariedad permea dicha tarea investigadora, entendida aquí como el instrumento de un desarrollo social y científico capaz de trascender el canon y ponerse al servicio de los márgenes (disciplinares y humanos). El trabajo parte, así, de esa apertura investigadora que decide conciliar la mirada holística

con las ópticas más específicas. Parece obvio que ambas visiones son imprescindibles para una comprensión global y a la vez particularizada (y 'fractalizada') de un objeto de estudio complejo en su generalidad poliédrica, pero también en los diversos lados, aristas y vórtices que lo componen.

La rigurosidad investigadora se hace presente, de este modo, en el todo y sus partes. Lo general y lo específico. Lo uno y lo diverso. Es por ello por lo que el libro que reseñamos comienza con un análisis teórico introductorio, en el que se adelanta ese anhelo comprensivo que permea las páginas que precede.

Porque, más allá de todo intento de análisis, medición y sistematización, el volumen trata de entender. Es esa vindicación, a la que aludíamos más arriba, del derecho de pacientes, familiares y profesionales implicados, a comprender(se) y ser comprendidos. La mirada cualitativa predomina, por esta razón, en páginas sensibles con el dolor y la marginación social. Es por ello por lo que en su primer capítulo, *Análisis cualitativo de la realidad social de personas y familias afectadas por enfermedades raras en España*, se apunta la necesidad de "cambiar el foco de análisis" y "acercarse a procesos de estudios más hermenéuticos y comprensivos" (Coca y Valero-Matas, 2019, p. 25).

Convencidos de la incapacidad de los estudios cuantitativos para "mostrar todas las aristas" de la compleja realidad social de las ER, los autores defienden la urgencia de "ahondar, por lo menos en parte, en el conocimiento biomédico de un complejo fenómeno socio-sanitario altamente relacionado con la genética y sobre el que pesa el lastre de la falta de conocimiento" (*ibidem*, p. 24).

Como puede verse, en esta interdiscursividad y complejidad radican algunas de las piedras angulares de este libro de vocación dialógica, cuyo siguiente texto, *Enfermedades raras y epigenética* (Castro Piedras y Coca) revisa los aspectos fundamentales de la relación existente entre las enfermedades raras y la epigenética.

Una vez más lo hace en clave interpretativa, la misma que sustentará el capítulo en torno al *Análisis sociohermenéutico de los aspectos sociales relacionados con el síndrome de Wolfram*, en el que Coca, Esteban Bueno y Soto arrojan luces interpretativas a la realidad de esta patología desde una sociohermenéutica comprensiva. Sensible al aislamiento y la problemática social a los que se ven sometidas las familias, así como la a la marginación social que viven los afectados, la investigación se hace eco de la necesidad de incrementar la investigación biomédica, la introducción de apoyo de psicólogos y trabajadores sociales y la importancia de la educación en la labor de minimizar los procesos de marginación y exclusión social.

En línea con lo que el coordinador del trabajo, Juan R. Coca, adelantaba en su análisis introductorio, se defiende una sociohermenéutica que ayude “a comprender que la sustitución de la realidad a la que nos hemos conducido colectivamente está generando consecuencias que superan, con mucho, el contexto médico y transitan por todo el tejido social. De ahí la necesidad de tender puentes entre las diversas disciplinas del conocimiento que permitan devolverles el nombre a las personas afectadas por ER y que éstas puedan ser tratadas en un contexto social de diversidad” (Coca, J. R., 2019, p. 20). Transdisciplinariedad y

diversidad, una vez más, que nos conducirán nuevamente a otra realidad del poliedro: la *Situación actual de las Encefalopatías Espongiformes Transmisibles*. Con el foco de interés puesto en el estudio de los aspectos moleculares relacionados con las enfermedades transmisibles, Charo *et al.* repasan la actualidad del conocimiento sobre las encefalopatías espongiformes transmisibles, con el objetivo de revisar los aspectos biomédicos de estas patologías.

Y para concluir, la “rara” secuela de una epidemia: el caso del Síndrome de Post-Polio, trabajo cuyas conclusiones sobre el mismo son tan esclarecedoras como la siguiente síntesis: “la valoración de los logros obtenidos por las personas afectadas por síndrome post-polio son geográficamente limitados a grandes núcleos urbanos. Sus reivindicaciones comprenden la necesidad de reconocimiento del síndrome post-polio, de conocimiento médico del mismo y de aplicación de protocolos asistenciales. Las dificultades para obtener una jubilación y una pensión digna son interpretadas como un desconocimiento de sus circunstancias, que vinculan a un desinterés social. Esta percepción se vincula a un sentimiento de injusticia fundamentada históricamente. La respuesta a sus problemas debería pasar por un empoderamiento real en que se les reconociese como especialistas en experiencia y se les integrase en plataformas de activismo basado en la evidencia (...)” (Rodríguez-Sánchez y Guerra-Santos, 2019, p.132).

En resumen, y como se desprende de esta reseña, el libro refrenda la necesidad de una mirada múltiple, transdisciplinar, rigurosa y sensible, que dé nombre y voz a los anónimos y a los silenciados. Sus contribuciones, tanto desde el punto de

vista social como biomédico, apuntan una intención performativa que, a su vez, demanda nuevas miradas y esfuerzos. No es sino dicha vocación transformadora el verdadero sentido de un trabajo cuyo compromiso científico y social parece estar implícito en su, si se nos permite definirlo así, 'ADN investigador'.

Esperamos, pues, que este sea el primero de una serie de trabajos que continúe indagando, desde visiones proteicas e implicadas, en ese complejo, periférico y, diríamos, extraño objeto de estudio, que continúan siendo las enfermedades raras y sus múltiples realidades.

Reseña de *Enfermería Mandálica, un modelo cultural de intervención en Atención Primaria*, de Pedro M. Salas Iglesias

Review of *Enfermería Mandálica, un modelo cultural de intervención en Atención Primaria*, by Pedro M. Salas Iglesias

Revisão de *Enfermería Mandálica, un modelo cultural de intervención en Atención Primaria*, por Pedro M. Salas Iglesias

Luis Cibanal Juan

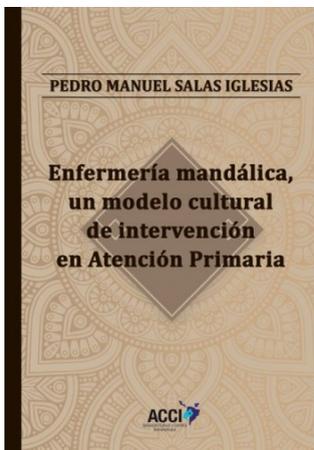
Profesor Honorífico de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Alicante

Cómo citar esta reseña en edición digital: Cibanal, L.. (2019). Reseña de Enfermería mandálica, un modelo cultural de intervención en Atención Primaria. Cultura de los Cuidados (Edición digital), 23(54). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2018.54.38>

Correspondencia: Remitirse al correo electrónico

Correo electrónico: luis.cibanal@ua.es

Recibido/Aceptado: Reseña invitada



SALAS IGLESIAS, Pedro M. (2019), *Enfermería Mandálica, un modelo cultural de intervención en Atención Primaria*. Editado por ACCI ediciones. ISBN: 9788417519940, 136 pp. (PORTADA)

ABSTRACT

This review describes the characteristics of mandálica nursing in the context of primary care nursing.

Keywords: Mandálica nursing, primary attention, public health.

RESUMO

Esta revisão descreve as características da enfermagem mandálica no contexto da enfermagem na atenção básica.

Palavras chave: Enfermaria mandálica, atenção primária, saúde pública

RESUMEN

Esta reseña describe las características la enfermería mandálica en el contexto de la enfermería de atención primaria.

Palabras clave: Enfermería mandálica,

atención primaria, salud pública.

Estimado lector, nos permitimos poner a su consideración, la lectura del libro titulado: *Enfermería Mandálica, un modelo cultural de intervención en Atención Primaria*. Editado por ACCI ediciones. El autor es: Pedro Manuel Salas Iglesias, Doctor por la universidad de Alicante, licenciado en Humanidades y enfermero. Desarrolla su labor asistencial en el Centro de Atención Primaria de Huelva-Costa del Servicio Andaluz de Salud. El autor nos hace como una síntesis de lo que trata el libro al decirnos que: *la enfermería comunitaria en los últimos tiempos se va adaptando cada vez más a las nuevas demandas de salud que surgen en el mundo cambiante, globalizado y multicultural. Los cuidados mandálicos respetan las creencia y valores culturales, los derechos humanos y del débil, propugnan la formación del niño, educando en salud e inculcando hábitos saludables para la promoción en salud y prevención de la enfermedad.*

El libro está estructurado de manera científica. Nos presenta las siguientes partes: una Introducción, Objetivos e hipótesis, Material y métodos, Un amplio desarrollo del tema, Resultados, Discusión y Conclusiones y Bibliografía.

En el libro, a modo de mandalas, (mandala es un elemento que procede de la cosmovisión oriental, del sánscrito, de la cultura hindú, budista adoptando el significado de *dibujo complejo, generalmente circular, que representa las fuerzas que regulan el universo, (macrocosmos y microcosmos) y que sirve como apoyo de la meditación (RAE)*, nos presenta de manera clara, sistémica y resumida los principales Modelos de la Enfermería Transcultural. Los diseños de

estos modelos, aunque variados, mantienen características similares: un centro y puntos cardinales inscritos en círculos y dispuestos con cierta simetría, a modo de un gran rosetón. Cada modelo es una presentación circular donde todo está relacionado, lo biológico, psicológico, espiritual, social-cultural, económico... Nos presenta los Modelos de: M. Leninger, J. Campinha Bacotte, Larry D. Purnell, Gigar y Davidhizar, Raquel Spector, a modo de un mandala, de un caleidoscopio en el que todo (nuestro microcosmos y macrocosmos) está relacionado y continuamente se está re-creando. La lectura de este libro nos recuerda la complejidad del ser humano en su relación de comunicación circular con toda la creación (mundo mineral, vegetal, animal, humano, cósmico...) Todo está relacionado, y que para que todo esto funcione bien, nos recuerda en el libro la importancia del Código Deontológico Enfermero Español e Internacional.

Así mismo, a modo de resumen nos habla de: los paradigmas donde se encuadra el modelo mandálico; de los metaparadigmas científicos mandálicos enfermeros (salud, entorno, persona, cuidados), de la teorización, definición y estructura del modelo mandálico. En el modelo el área de salud cabe destacar la promoción y prevención de la enfermedad que se debe plasmar como profesionales desde la atención primaria e incluidos dentro del subsistema ideológico creencial. A nivel definitorio como factores que influyen en la salud podemos señalar: la calidad del aire y el agua, la alimentación y la vivienda, el nivel de ingreso económico, la seguridad del trabajo y la calidad de vida laboral, el sistema educativo, la red de apoyo comunitario, la adecuación y cálida de los servicios social y de salud, donde la prestación de unos cuidados con

competencia cultural tienen mucha pertinencia.

Finalmente aborda un capítulo sobre las estrategias de actuación e intervención en Atención Primaria. En este capítulo nos presentas Estrategias de intervención en fases: a) valoración de las necesidades culturales siguiendo el modelo mandálico; b) Escoger modelo cultural de atención comunitaria; c) Elaboración de las taxonomías: NANDA, NIC, NOC; d) Evaluación.

Resumiendo: es un libro sintético, claro, práctico y que nos hace reflexionar sobre la complejidad del ser humano, cuyo ser (al igual que un mandala, o un caleidoscopio) continuamente se está expansionando, y que cual otro macrocosmos para que funcione bien, debe seguir unas reglas, un orden sistémico en el que todo está relacionado y en el que cualquier elemento que falle se va a resentir el todo. Gracias, Pedro Manuel por esta obra.

Fallo de la XII edición del premio Vida y Salud de Relatos



Alicante, 11 de junio de 2019

La XII edición del premio Vida y Salud de Narrativa, se ha convocado este año con el lema: "**Violencia de género, mutilación genital femenina y cuidados de salud**". Este premio ha contado con el patrocinio y organización de la Asociación de Historia y Antropología de los Cuidados, la Facultad de Ciencias de la Salud y la Consejería de Sanidad de la Generalitat Valenciana. El jurado del XII Premio Vida y Salud de Narrativa integrado por su Presidente: José Antonio Hurtado Sánchez. Vocales: Ana Lucía Noreña Peña, Ana I. Gutiérrez Hervás, Carmen Solano Ruíz, Elena Andina Díaz. Secretario: José Siles González.

Esta edición ha obtenido una gran participación sobre todo en la modalidad absoluta (232 relatos) procedentes de diversos países: 139 relatos se han enviado desde más de veinte países latinoamericanos (32 Argentina, 29 Colombia, 18 Cuba, 12 Chile, 12 Méjico, 8, Venezuela, 7 Uruguay, 3 Panamá, 5 Perú, 3

Paraguay, 3 Puerto Rico, 2 Guatemala, 2 Ecuador, 2 Bolivia, 1 Honduras, 1 Nicaragua, Brasil 1, etc.). La procedencia del resto es europea (1 Francia y el resto de diversas provincias de España). En la modalidad estudiantes profesionales ha habido una baja participación, sobre todo si lo comparamos con ediciones anteriores del certamen.

Fallo: En Alicante, siendo las 11,15 horas del martes 11 de junio del año dos mil diecinueve, reunido el Jurado se ha decidido, tras la valoración de los relatos finalistas, conceder los siguientes premios:

-El ganador del premio absoluto (modalidad abierta) corresponde por mayoría de los miembros del jurado en segunda ronda al relato número 200 presentado bajo el título de "Elsabet" y que tras la apertura de la plica correspondiente es autoría de **D. G. Felipe Grisolia Ambrosini**. Felipe Grisolia Ambrosini (1944) es arquitecto por la Universidad de Buenos Aires, diseñador gráfico y tiene una dilatada

trayectoria literaria.

-En la modalidad "profesionales - estudiantes" el premio ha sido declarado desierto.

Tal como estipulan las bases, el relato premiado será publicado en la revista *Cultura de los Cuidados* y se valorará, previa consulta con los autores, la publicación de un libro con los relatos finalistas.

José A. Jurado Sánchez (Presidente)

Vocales: Ana L. Noreña Peña

Ana I. Gutiérrez Hervás

Carmen Solano Ruíz

Elena Andina Díaz

Secretario: José Siles González



Finalistas XII certamen Vida y Salud de Narrativa:

203.- El Vuelo de los lepidópteros

200.- Elsabet

1.- Mi papá quería a mi mamá

92. - Un trabajo bien hecho

143.- Historia en el armario.

20.- La puerta del infierno

24.- Por cultura

197.- Demonios

191.-Kioni

199.-Mujer completa



FUNDACIÓN INDEX



GRUPO DE INVESTIGACIÓN EYCC



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Facultad de Ciencias de la Salud