Asociación Española
de Enfermería Docente

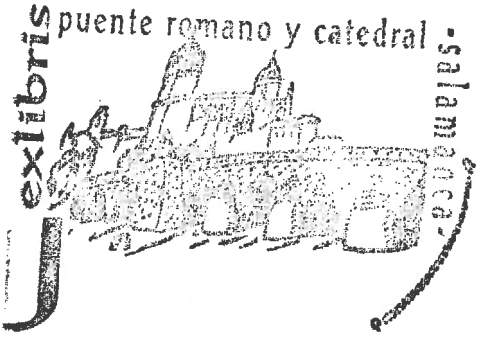
XVI Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente

Ante los problemas de la marginación :

Las enfermeras responden

PALMA DE MALLORCA
11 · 12 · 13 Diciembre 1995

XVI Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente



XVI Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente

Asociación Española de Enfermería Docente

PALMA DE MALLORCA
11 · 12 · 13 Diciembre 1995

Depósito Legal:
I.S.B.N.: 84-921338-2-1
Diseño y maquetación: José Luis Nieto, AEED
Impresión: Grafivalme S.L.

INDICE

1 1 **Conferencia**
Marginados y Marginadores: ¿Quién es Quién? 15
Juliano, D.

1 2 **Conferencia**
La Marginación en el Trabajo Cotidiano: Análisis de una realidad 33
Luis, M.T.

1 3 **Mesa Redonda**
La Marginación en el Trabajo Cotidiano: Aportando Respuestas Profesionales 55
Megías, F.

1 4 **Comunicaciones**
La Marginalidad en la Realidad Social 71

¿Pueden modificarse las actitudes marginadoras? 73
López, M.; Montiel, M.

Tolerancia, adolescencia y salud 85
Serrano, P.; García, A.

La prevención en la población inmigrante 97
Pérez, R.; Sanchón, M.V.

La marginalidad en la realidad social: una propuesta para la enfermería 107
Montenegro, L.

Enfermería: un análisis sobre la triada creencias, actitudes y valores 115
Segarra, I.; Garrido, J.; Mendoza, B.; Herráiz, A.; Quero, J.; Gregorio, M.A.

El trabajo multidisciplinar como respuesta a la marginación de los pacientes con VIH/SIDA 129
Carrasco, M.C.; Marquez, M.; Barquero, A.; Mena, F.J.; Meniz, T.; García, J.; Benítez, D.

Ancianos: una mayoría marginada 137
Segarra, I.; Olmo, R.; de los Cobos, F.; López, M.R.

El concepto de salud y la atención de enfermería a los grupos marginales: los inmigrantes 149
Hernández, M.; Grande, M.L.; Pérez, M.L.; Gutierrez, J.; Hernández, J.

Características socioculturales, consumo de drogas y seroprevalencia HIV en los usuarios del Servicio de Urgencias del Hospital General de Mallorca 157
Román, I.; Barceló, M.; Cuesta, I.; Lorente, M.C.

El cuidado de los grupos marginales en las Instituciones del siglo XVIII en Gran Canaria 171
Acosta, G.; Medina, E.; Sánchez, J.

De la información a la marginación 179
Fernández, J.; Guillén, R.; Castañeira, V.; Martinez, M.P.; Chás, C.; Ortíz, T.

Enfermería transcultural para una España en diversidad 187
Antón, M.V.

La Enfermería como promotora de la salud: la experiencia en un barrio marginal de Lima 195
Grande, M.L.; Hernández, M.; Pérez, M.L.; Gutierrez, J.; Hernández, J.

Enfermería y marginación en Mallorca 205
Alorda, G.; Gallo, J.; Artigas, B.; Ferrer, P.; Durán, P.; Bover, A.; Marrugat, M.

2 1 Conferencia

Género, Enfermería y Desarrollo Profesional 215
Alberdi, R.M.

2 2 Comunicaciones

Mujer y enfermería: historia de una relación natural 239

Marco conceptual de Marta Rogers. Resultados de su aplicación en una población infantil marginal 241
Rebassa, M.; Arbos, J.

La relevancia social de la profesión y su relación con la Marginalidad 249
Farrerons, L.; Medina, C.D.; Jiménez, J.F.; Rodríguez, B.; Suárez, A.J.

Expectativas y realidad de las prácticas hospitalarias. Una aproximación antropológica 259
Costa, S.

Importancia del rol de la enfermera en la rehabilitación del paciente psiquiátrico 271
Sureda, C.; Busto, C.; Fornes, J.

Pacientes terminales ¿Pacientes marginados? 283
González, P.

Recursos de enfermería en la integración comunitaria del discapacitado psíquico 291
Fernández, C.; Rubio, M.A.

Marginalidad y sida: conclusiones sobre una experiencia práctica 301
Faro, M.

Prevención de problemas de salud en zonas marginales: rol de la enfermera psiquiátrica 311
Ponsell, E.; Arbos, J.; Fornes, J.

Las relaciones de género en el marco de la profesión de enfermería 321
Roca, N.

Enfermería: ¿reflejo histórico de la mujer? 333
Flor, P.; Llinas, M.; Tarech, M.; Antonin, M.

La formación enfermera y la marginación de la mujer 341
Benitez, D.; Barquero, A.; Carrasco, M.C.; Mena, F.J.; Márquez, M.; Morón, C.

La propuesta feminista y la enfermería 347
Queral, R.G.; Vives, C.

Efectos del género femenino sobre la enfermería: un factor de progreso o retroceso 359
Segarra, I.; Garrido, M.; Fuentes, M.R.; Serrano, M.D.

Análisis actual sobre el área socio-laboral en una comunidad enfermera 369
González, C.; Granados, G.; Gutierrez, I.; Latorre, I.; Márquez, J.

3 1 Conferencia

Más Allá de la Responsabilidad Laboral: El Compromiso Profesional 383
Arroyo, M.P.

3 2 Comunicaciones

Más allá de la responsabilidad laboral. el compromiso profesional 397

Las OONNGG como un recurso de cuidados 399
Hernández, H.; Frutos, M.L.

Actitudes para asumir el compromiso profesional 407
Fernández, M.L.; Castanedo, C.; González, C.; Tomás, M.S.; del Rio, F.J.

S quieres cambiar el mundo no existe mejor momento que éste 415
Nogués, C.; Acebedo, S.

Incidencia social y desarrollo profesional de enfermería a través el voluntariado 425
Olivé, C.; Olivé, C.; Pol, A.

Derechos del usuario: un compromiso profesional 431
Zabala, J.; Blanco, C.; Sevilla, L.; Agudo, M.J.

A propósito del debate sobre la legalizacióh de las drogas. Algunas consecuencias jurídico-sociales de la penalización 441
Suárez, A.; Medina, C.D.; Farrerons, L.; Medina, E.

Las organizaciones no gubernamentales y la agencia de enfermería según el modelo de D. Orem: un estudio de las personas con minusvalías en Murcia 451
Hernández, J.; Moral, P.; Ruzafa, M.

Actitudes y valores de los estudiantes de enfermería y el compromiso profesional 463
Barquero, A.; Carrasco, M.C.; Márquez, M.; Mena, F.J.; Mariscal, M.I.; Benítez, D.

A propósito de una experiencia enfermera en respuesta a una demanda social marginal 471
Hernández, J.E.; Chacón, R.; Jiménez, J.F.; Díaz, M.

Adquiriendo compromiso profesional: propuesta de elaboración de una cartera de servicios 481
González, M.; Capitán, A.; Castellà, E.; Miguel, D.; Vega, C.

ante los problemas de la

marginación

las enfermeras

responden

la marginalidad en la

realidad social

mujer y enfermería

historia de una relación natural

más allá de la responsabilidad laboral

el compromiso profesional

1

la marginalidad en la realidad social

MARGINADOS Y MARGINADORES: ¿QUIÉN ES QUIÉN?

Conferencia

Dolores Juliano Corregido

Dra. en Antropología
Profesora Titular de Antropología Social y Cultural
Universitat de Barcelona

1. La cultura como discurso hegemónico

En nuestro mundo, tan fuertemente jerarquizado, se entiende normalmente por «cultura» un conjunto específico de elaboraciones generado por los sectores hegemónicos. Esta acepción vulgar del concepto «cultura», incluye la filosofía, la ciencia, el arte y la religión en el punto de elaboración correspondiente a una sociedad históricamente determinada. Es distinta de la conceptualización mucho más amplia utilizada por la antropología, que incluye las elaboraciones de todos los sectores sociales. A efectos de esta exposición, denominaremos «cultura hegemónica» a la que sólo incluye elaboraciones con prestigio, y «cultura popular» a la que es desarrollada por sectores con escaso reconocimiento social.

La cultura hegemónica tiene tanto funciones instrumentales (permitir un control efectivo del mundo) como ideológicas (legitimar las asimetrías sociales en que se apoya dicho control). Es por lo tanto objetiva, es decir comprobable y utilizable por los distintos sectores sociales, y al mismo tiempo subjetiva: válida desde una perspectiva particular y errónea o sesgada, vista desde otras posiciones.

La necesidad de suministrar al mismo tiempo herramientas útiles de dominación y brindar una justificación de las relaciones asimétricas establecidas, da a las elaboraciones teóricas hegemónicas cierta ambigüedad que les hace aproximarse a los problemas y al mismo tiempo oscurece sus significados. Esto sucede porque una parte importante de la eficacia del discurso dominante reside en que se presenta como no discurso, como reflejo de la realidad. Pero si bien la cultura de las clases dominantes encierra elementos subjetivos y contradicciones, derivadas

de la posición estructural de los sectores que la sustentan; estos contenidos sin embargo, son el resultado de un esfuerzo de racionalización y coherencia interna, realizado en una escala mucho mayor que el que pueden desarrollar los otros grupos de la pirámide social. A medida que los contenidos se generalizan o vulgarizan para ser consumidos y adoptados por los demás sectores, sufren un empobrecimiento y una desarticulación crecientes.

2. La colonización de lo normal

Las elaboraciones hegemónicas se presentan como «normales», soslayando sus condicionamientos temporales y espaciales y su característica de «arbitrario cultural». GIROUX señala que la visión particular de un determinado sector de la sociedad: geográficamente de origen europeo, racialmente blanco, de genero masculino y de clase social media-alta; coloniza la definición de lo normal, presentándose a si misma como un modelo natural de conductas válidas.

En contraposición con las elaboraciones de esta «cultura culta» (eurocéntrica, androcéntrica y detentadora del poder político y económico mundial) subsisten gran variedad de subculturas de clase, de género, de grupos étnicos o nacionales, culturas regionales, de grupos de edad o de ámbitos específicos urbanos o rurales. A estos grupos se les asigna habitualmente «especificidad», en contraposición a la universalidad que se autoatribuye el grupo dominante. Así, frente a la civilización hegemónica tenemos las culturas etnográficas; los hombres representan a la humanidad mientras que las mujeres sólo representan a su sexo; la ciencia se antepone a los sistemas cognitivos particulares, etc.

La dificultad en conceptualizar la diferencia como alternativa normal, ha dado pie a una especie de fundamentación teórica de la heterofobia (utilizando el neologismo creado por MEMMI, 1986). De hecho, la diversidad es frecuentemente manipulada por medio de controles informales a efectos de neutralizar su disfuncionalidad con respecto a la estructura de poder. Según BANTON, la discriminación del conceptualizado como diferente, se desarrolla en tres dimensiones: una ideológica de construcción de discursos que apoyen la discriminación; otra de prejui-

cio no racionalizado, que configura actitudes de rechazo; y una última de discriminaciones concretas, que pueden ser institucionales o esporádicas, en los marcos de las convivencias cotidianas.

La ideología discriminadora se apoya en dos discursos teóricos, aparentemente opuestos pero en el fondo complementarios: el universalista, que subraya la igualdad profunda de los seres humanos, para terminar con frecuencia proponiendo un modelo que es sólo Occidental (genera prácticas intervencionistas y asimilacionistas); y el relativismo cultural que partiendo del reconocimiento del derecho a la diferencia, termina considerando estas irreductibles y postulando estrategias de segregación étnica (genera ghettos y apartheid).

Como contrapartida a los discursos discriminatorios, las elaboraciones teóricas anti-racistas, por bien elaboradas que estén, no pueden tener efectividad si no atacan las bases mismas de la desigualdad social, que están en el fondo de los procesos discriminatorios. Por su parte, los integrantes de las subculturas pueden, en ocasiones y a partir de una toma de conciencia de los mecanismos de su subordinación, instrumentar su diferencia en forma polémica o aún revolucionaria.

3. Asimilar, discriminar, marginar, excluir

En las sociedades estratificadas el control sobre las conductas de los individuos se ejerce desde dos ángulos claramente determinados: el poder coercitivo -institucionalizado en sistemas normativos y punitivos explícitos- y la presión ideológica desarrollada mediante mecanismos informales, como pueden ser aprobación y rechazo, prestigio o estigmatización. Estos controles informales son en gran medida el reflejo de la hegemonía de los grupos dominantes y se resumen o condensan en «sentido común». Las elaboraciones de «sentido común» se refieren a elementos «absorbidos» -y no generados por los grupos populares- y que carecen de elaboración sistemática y de coherencia interna. Ambas características oponen estas elaboraciones a la «cultura popular» que se caracterizaría precisamente por generar endógenamente sus contenidos y por constituir un intento (no siempre logrado, pero perceptible) de dotar a estos contenidos de coherencia. De hecho esta génesis y esta coheren-

cia diferentes no son los únicos aspectos que separan a estas dos conceptualizaciones, sino que estas bases opuestas configuran funcionalidades sociales también opuestas.

Si entendemos las sociedades estratificadas como sistemas en que interactúan unidades diversas, caracterizadas por posibilidades de autorreproducción y de control diferentes, podemos ver que tanto «sentido común» como «cultura popular» son conceptos que se refieren a visiones del mundo utilizadas por sectores que, a partir de LOMBARDI, acostumbran denominarse «clases subalternas». Los sectores dominantes generan y utilizan en su práctica hegemónica ideologías elaboradas: como religión, ciencia, tecnología y filosofía, todas ellas coherentes y eficaces (y cuando hablamos de coherencia nos referimos a que no entran en contradicción con el momento histórico que las genera y no a alguna característica intrínseca o atemporal). Los sectores subordinados se ven al mismo tiempo obstaculizados de generar sus propios sistemas explicativos (por fragmentación interna, censura impuesta, desvalorización conceptual de sus propuestas y falta de control de los procesos económicos y sociales) y presionados a aceptar en su lugar las elaboraciones de las clases dominantes que:

1. No se adecuan a su propia experiencia de las situaciones sociales, ya que reflejan el punto de vista de un sector que actúa desde otro punto de la estructura social.
2. No constituyen una visión «objetiva» o válida para todos, sino que representan una legitimación de la situación asimétrica y por consiguiente incluyen elementos de desvalorización de los grupos subordinados, difícilmente asimilables por ellos si no han sufrido un fuerte proceso desintegrador.
3. No se ofrecen como sistemas coherentes (que es como funcionan entre las clases altas) sino mediante su vulgarización que implica: simplificación, fragmentación y distorsión.

Este conjunto de características da a este pensamiento de «sentido común» las características de disgregación, incoherencia e inconsecuencia señaladas por GRAMSCI, pero estas características no implican una merma de su funcionalidad. Muy al contrario, su presentación dispersa

encubre las contradicciones internas de esta conceptualización y la coloca en un terreno no sujeto a crítica lógica y por consiguiente poco sensible a la denuncia.

El sentido común marca el lugar que cada sector ocupa dentro del entramado social y legitima las asimetrías. Propone con respecto a ciertos sectores estrategias asimilatorias, que en la medida en que se apoyan en el modelo «normal» o hegemónico produce malas copias. Genera así una escala de distancia social en la que se va de la integración a la marginación. Por cooptación ciertos miembros de los sectores subalternos pueden aspirar a ocupar posiciones más o menos secundarias pero reconocidas dentro del sistema, los demás sufren un desplazamiento hacia los márgenes y una desvalorización de sus aportes. Así las mujeres eran vistas por los griegos (y por Freud) como hombres incompletos, su trabajo como ayuda, su raciocinio como intuición, en suma su sexo como un «segundo sexo» inesencial y sólo complementario. Los ancianos son evaluados en relación comparativa con los sectores productivos y ven disminuida su participación y su influencia. La marginación entonces no significa exclusión sino un desplazamiento hacia la periferia del sistema, se produce sobre miembros del propio grupo social y tiende a establecer una jerarquía interna.

Con sectores vistos como «otros» pueden ensayarse estrategias de exclusión o encerrarlos real o metafóricamente en ghettos. Así agotes en Navarra, vaquieros de alzada en Asturias, gitanos y judíos en casi todas partes, y en las últimas décadas inmigrantes extra-comunitarios pueden ser rotulados como esencialmente diferentes y generarse a sus efectos políticas y conductas de rechazo. Aquí se trataría entonces de un proceso diferente del de los marginados. No se les propone un modelo de asimilación para desvalorizar luego sus intentos de cumplirlo, sino que se los considera exteriores al sistema y presuntamente contaminantes, son víctimas de agresiones «defensivas».

La construcción conceptual como «otros» discriminables, de estos sectores tiende a reforzar la estructura social, ya que permite a los marginados (sociales o económicos) autoafianzarse a través de desplazar el rechazo a un grupo aún más desfavorecido. El racismo de sectores pobres de la población ha sido bien estudiado en EE. UU. donde se ha constatado que en situación de crisis económica, aumentaban las agre-

siones a los negros por parte de blancos pobres; pero también es visible en España en las agresiones a los gitanos, muchas veces perpetradas por vecinos de escasos recursos.

Así la discriminación en cualquiera de sus formas: racismo, etnocentrismo, xenofobia, sexismo; no es sólo una herramienta fabricada por los sectores hegemónicos para legitimar sus prerrogativas, sino que se extiende a todo el tejido social, permitiendo en cada caso autoafirmaciones del «nosotros», por contraposición a los excluidos de los modelos «normales». El fracaso reciente de los modelos de identificación por clases sociales (universalistas en principio) ha dejado en muchos casos las identificaciones excluyentes y discriminatorias, como la estrategia más sencilla de autoafirmación.

4. Los discursos alternativos y sus fuentes

Si bien la cúspide, desde donde se generan intelectualmente las propuestas legitimadas, puede entenderse como polo único (o al menos como un conjunto de sectores con cierta articulación interna que tiende a funcionar coherentemente), no sucede lo mismo con la base del sistema, que se presenta fragmentada en áreas geográficas, lingüísticas, religiosas o tecnológicas y articula su pertenencia en términos culturales, étnicos o nacionales. Esto hace que no actúen en conjunto y que en la práctica asuman muchas veces los modelos discriminatorios sobre otros subsectores, sobre todo si con ello consiguen ciertas ventajas para su propia posición. Así no es difícil ver obreros machistas, o mujeres contrarias a los gitanos, o pobres enfrentados con inmigrantes. Desde la estructura de poder, globalmente se les asigna a todos estos sectores, conservadurismo e intolerancia.

Pero en realidad, cuánto más nos alejamos de los centros de poder, más disgregado y desarticulado resulta el «sentido común» puesto que cada vez es mayor la distancia estructural que separa su utilización, de su génesis y menor resulta su potencialidad explicativa para sus usuarios. Así los sectores que están en la base de la escala optan, con frecuencia, por intentar elaborar por sí mismos su visión del mundo y tratan de interpretar de un modo coherente e instrumentalmente eficaz, su propia realidad.

Aunque sus elaboraciones no suelen abarcar a los restantes discriminados, son precisamente los sectores más desvalorizados socialmente, los más activos generadores de cambio social. Este potencial innovador no se corresponde forzosamente con una voluntad explícita de cambiar las cosas, sino con la diversidad de miras que proporciona la colocación en distintos puestos de la estructura social y el escaso interés en apoyar un orden social que discrimina. Resulta así que la inclusión de mujeres, minorías étnicas y sectores de escasos recursos en los campos científicos y artísticos de donde se había pretendido por centurias mantenerlas separados, no significó un vuelco conservador de los mismos, sino un aceleramiento de los potenciales innovadores y un dinamizador de los cambios.

Es difícil imaginar cómo sería el mundo en la actualidad sin el impulso creador de algunos sectores marginados. Las propuestas políticas innovadoras de las mujeres como Flora Tristán o Virginia WOOLF, y en general de todo el movimiento feminista; los aportes científicos, políticos y artísticos de judíos como Einstein, Marx, Freud o Kafka; la creatividad musical de africanos y gitanos, la aptitud para generar estructuras sociales innovadoras de los negro-americanos (estudiada por BASTIDE), la riqueza literaria de América Latina, la estética y desarrollos místicos de musulmanes y hindúes, la capacidad técnica desarrollada por los japoneses, son sólo ejemplos puntuales que muestran que los sectores marginados se destacan por su creatividad, apenas se abre un resquicio por donde puedan manifestarla. La diversidad de opciones no se corresponde, por supuesto, con condiciones específicas de cada grupo, sino con los campos a los cuales, desde la estructura de poder, se les permite acceder.

Así se puede suponer que la amenaza del orden establecido, incluido el caudal de conocimientos en que se apoya y legitima, no vendrá de los beneficiarios de ese orden, sino precisamente de aquellos que sufren discriminación y desvalorización. Quizá por eso en la Edad Media, se pensaba que la ciencia debía controlarse en los monasterios y apartarse de ella a las mujeres y otros sectores marginales. Por eso también, siguiendo la tradición bíblica de castigar los conocimientos adquiridos a través de puniciones externas, las brujas que habían adquirido fuera de los ámbitos legitimados su capacidad de curar fueron castigadas con la hoguera, que purificaba a la sociedad de todas las propuestas innovadoras.

Pero desde la modernidad nuestra sociedad no castiga la innovación. Sólo la lentifica, manteniendo a su margen mientras puede, a las mujeres y a otros grupos marginados (campesinos, obreros, tercer mundo, minorías étnicas). La co-optación de los miembros que se destacan dentro de los sectores marginales, tiende también a neutralizar su potencialidad innovadora.

5. La salud como metáfora social

La sociedad estratificada se defiende de diversas maneras del potencial cuestionador que implican las subculturas, por el mero hecho de existir. La primera estrategia neutralizadora de este potencial cuestionador es su negación, el desconocimiento mismo de la posibilidad de su existencia. La interpretación funcionalista de PARSONS, así como las elaboraciones de MERTON, tienden a presentarnos a la sociedad (una sociedad abstracta y desligada de la historia y de sus bases económicas) como regulada por un único sistema normativo, compartido por todos. El diferente es considerado entonces como un «desviante» por insuficiente inculturación o por problemas psicológicos; su existencia no cuestiona la norma, en todo caso (y esta es la elaboración de MERTON, 1973) muestra la mala articulación existente entre «medios» y «fines» socialmente aceptados.

La consecuencia lógica de esta falta de reconocimiento de la existencia misma de las subculturas, en el nivel teórico, implica el desplazamiento de su tratamiento al área de lo patológico o su criminalización. Ya GOFFMAN -y en general los teóricos de la «rotulación» o «etiquetamiento»- señalan que una conducta cualquiera se transforma en patológica o criminal, cuando es definida socialmente como tal. Esto implica que las conductas del sujeto que ha sido rotulado y las de quienes lo rodean, quedan condicionadas por el encuadre o encasillamiento realizado, que a su vez influye en las perspectivas de conductas posteriores y en las posibilidades brindadas. De esta manera, la sociedad se defiende del cambio, clasificando como problemas personales, los que son las consecuencias visibles de sus conflictos estructurales.

La salud es la gran metáfora del orden social, y complementariamente la enfermedad se lee con frecuencia metafóricamente como signo de la desviación. Esto es común a muchas culturas, entre los Kaxináwa,

del Amazonas, los conceptos «bueno», «saludable» y «hermoso» se consideran sinónimos.

En nuestra cultura sin embargo se ha usado más frecuentemente la metáfora de la enfermedad como desviación social que la de salud como armonía. SONTAG ha señalado que en tanto que lectura social, el significado atribuido a las enfermedades está sujeto a redefiniciones. En los últimos años el sida ha sido leído como castigo de pecadores, pero no ha hecho más que heredar el papel de disuasor de infracciones que antes habían ocupado otras enfermedades. En la Edad Media se pensaba que la lepra se contagiaba por contacto sexual y que era el castigo que Dios enviaba a los promiscuos (ver THOMASSET), las marcas exteriores, eran leídas como estigmas visibles de la inadecuación de las conductas. Posteriormente la sífilis sirvió de modelo disuasor de la intemperancia. El sida amplía el campo de lo normativamente castigado, con el rechazo a la drogadicción, precisamente cuando la política moralizadora de Occidente, en busca de un nuevo enemigo después de la desaparición del bloque comunista, centra sus armas contra las drogas provenientes del Tercer Mundo.

Complementariamente los marginados o excluidos se ven como enfermos o contaminantes. De los agotes se decía que eran leprosos, de los gitanos y de los inmigrantes extracomunitarios que son sucios. WILLIS señala que estas asignaciones tienden a aumentar la distancia entre los grupos a fin de neutralizarlos como competencia (laboral y sexual).

6. Las biopolíticas

Interpretar la inadaptación social como un problema de base genética y por tanto irreductible, lo que implicaba la exclusión del desviante fuera del cuerpo social (como era el caso de los «criminales natos» propuestos por Lombrosso, o las asignaciones de estigmas a determinados grupos étnicos que realizaban los nazis), o identificarla con una consecuencia de problemas psicológicos individuales o falta de una inculturación eficaz (lo que implicaba terapias de recuperación), o verlas como enfermedades curables (caso de la medicalización del alcoholismo) tienen en común centrar el problema en el sujeto y considerar a la sociedad como ajena y no comprometida en el problema del diferente.

Por otra parte desplazar la estrategia de dominación del campo de la punición, al del control, ha puesto en primer plano de las estrategias de poder, las técnicas de educación del cuerpo. Es FOUCAULT quien más ampliamente ha desarrollado esta idea, señalando cómo del siglo XVIII en adelante, cada vez se perfecciona más la manipulación del cuerpo. A través de reglamentos, disciplinas y adiestramientos se procura lograr «cuerpos dóciles», adaptados al trabajo y eficaces.

En la medida con que la eficacia se correlaciona con la salud, el control social se realiza en cierta medida a través de biopolíticas. Estas pueden enmascarar como medidas de protección de la salud, algunos aspectos de los controles políticos. GUSFIELD ha mostrado como la «Ley seca» en EE. UU. funcionó como un instrumento para estigmatizar y criminalizar a sectores sociales de nuevos inmigrantes y de confesión católica (irlandeses, italianos) desde la perspectiva y los valores de la población asentada previamente, de ideología puritana. En la misma línea, HELLER y FEHER consideran que la actual campaña contra el tabaco es heredera de esa tradición, que su metáfora es la «contaminación» y que esconde detrás de su defensa de la salud, a los mayores contaminadores del planeta, que son las grandes empresas multinacionales.

Pero donde mayor vuelo han tomado las biopolíticas es en las estrategias demográficas dirigidas al Tercer Mundo. Nociones metafóricas como «explosión demográfica» tienden a mostrar la fertilidad femenina como un peligro para la supervivencia del mundo y presentan la planificación de nacimientos, como el remedio del subdesarrollo y de la inmigración no deseada. STROBL muestra claramente la falacia de ambos supuestos y su función enmascaradora del espolio económico, pero esto no merma su eficacia legitimadora. Como señala HELLER, el valor político de las metáforas depende de lo que estas insinúan, más de lo que explicitan.

7. La medicalización del modelo social

Pero la metáfora de la salud y la de la enfermedad aplicada a problemas que dependen de la estructura social, no sólo es una estrategia legitimadora, en la medida que deja la estructura social fuera de cuestionamiento, sino que permite derivar al ámbito médico (visto como

científico, es decir aséptico, objetivo y eficiente) el cuidado del tratamiento y re-inserción de los desviantes.

MENÉNDEZ ha analizado bien este proceso en el caso de la alcoholización, mostrando que en realidad, en tanto que problema social, su terapia más eficaz no reside en la medicina sino en los grupos de auto-ayuda, pese a lo cual los alcohólicos son constantemente rotulados como enfermos y enviados a consultas médicas que tienen muy poco para ofrecerles. Algo semejante pasa con los restantes drogadictos. Pero no son estos los únicos ámbitos medicalizados, también se ponen bajo tutela médica las opciones reproductivas, que bajo el rótulo de «salud reproductiva» puede abarcar desde la necesidad de receta médica para comprar pastillas antiovulatorias (como sucedía durante el franquismo) hasta la actual redacción de la ley de despenalización del aborto, que deja la resolución en manos del médico, en lugar de aceptar la opción de la madre. Los textos de EHRENRREICH & ENGLISH abundan en ejemplos de cómo esta tendencia ha derivado a manos clínicas el control de la sexualidad femenina que anteriormente se coartaba por presiones religiosas.

8. Desviación y patología

El paso del control religioso al sanitario, muestra que el cambio de legitimación teórica con respecto al control del diferente, no implica un avance hacia la flexibilidad, si la sociedad discriminante misma se mantiene al margen del cuestionamiento. Que los controles sean formales o informales no cambia substancialmente el cuadro.

BERGALLI analiza que si bien el «estado benefactor» se proponía generalizar los beneficios de la democracia y aumentar las posibilidades de autonomía de los distintos sectores, incentivando el control autónomo autogestionado; su rápida crisis ha llevado nuevamente a formas de control social duro. Pero este control no tiene porqué ser básicamente penal, tanto el stalinismo como las democracias han utilizado con frecuencia la asignación de patologías psíquicas a sus adversarios políticos como una forma de exclusión, control y manipulación. Este procedimiento puede aplicarse también a desviantes de menor importancia y anula toda posibilidad de defensa o escape. GOFFMAN lo muestra aca-

démicamente, pero también se puede ver en películas como «Alguien voló sobre el nido del cuco» o en la experiencia cotidiana de los hospitales psiquiátricos, donde se acumulan toda clase de marginales.

9. Modelos alternativos, el fin de las evidencias

Si entendemos que la sociedad debe desarrollar de forma positiva su potencial de cambio, que es al mismo tiempo su potencial de crecimiento, resulta difícil justificar la pérdida de opciones que se ha producido como consecuencia de la falta de aceptación de las propuestas de los discriminados. Difícilmente salen de las clases más altas de la sociedad los grandes innovadores. La creatividad religiosa se produce en los márgenes de las Iglesias establecidas y entre los nuevos conversos, la creatividad artística se refugia en los ambientes «bohemios», la creatividad política entre las clases subalternas. En el seno de todos los sectores, las mujeres releen y reinterpretan creativamente las experiencias sociales. Pero la creatividad no debe entenderse forzosamente como un desarrollo y ampliación de los modelos (teóricos y técnicos) ya establecidos. Todo cambio en la esfera del saber implica consecuencias que se escalonan por si mismas y que plantean nuevas opciones, nuevos poderes y nuevas posibilidades de error.

La cultura hegemónica pretende creer que es posible un nuevo orden mundial, en que las innovaciones tecnológicas se realicen y multipliquen, manteniendo al mismo tiempo estructuras sociales conservadoras. Pero hay un desajuste profundo que se hace evidente en el empobrecimiento del Tercer Mundo, el desasosiego político e intelectual, y el surgimiento de actitudes sociales tales como racismo, ultra-nacionalismo, conservadurismo (a las que se les puede aplicar la metáfora de enfermedades degenerativas sociales). A la innovación técnica hay que redefinirla, adecuándola a otro sistema de valores y una concepción diferente del conocimiento. También es necesario acompañarla por innovación social, y dado que no se pueden generar a voluntad las nuevas propuestas, puede resultar conveniente girar la mirada hacia aquellos sectores que por su posición dentro de la estructura social, son más sensibles a los problemas y menos renuentes a los cambios.

Desde los sectores dominantes se propone la alternativa: progreso (como continuación del desarrollo tecnológico ya logrado) o retroceso a formas de vida en que el esfuerzo humano y no el de las máquinas, era el que producía los objetos. La opción no es muy alentadora, ya que implica la deshumanización en ambos extremos, pero la propuesta alternativa de ILLICH:

«Debemos construir - y gracias a los progresos científicos lo podemos hacer - una sociedad pos-industrial en que el ejercicio de la creatividad de una persona no imponga jamás a otra un trabajo, un conocimiento o un consumo obligatorio» (p 30) no parece poder llevarse a la práctica si se espera que se apoye en una auto-restricción de los sectores dominantes. Una sociedad nueva se apoya en nuevos actores sociales, que presionen para remodelar las relaciones existentes. Esto ya lo proponía Marx el siglo pasado, pero el fracaso de las sociedades que se inspiraron en su modelo, muestra que no es suficiente con remodelar las relaciones de producción. Era necesario también re-pensar las relaciones sociales, evitando que el poder se centralizara, y dejar márgenes para las propuestas alternativas (tecnológicas y sociales).

Así el problema no se soluciona simplemente dando la espalda a la tecnología y refugiándonos en un presunto paraíso perdido. Una postura primitivista y conservadora, que intente cerrar la caja de Pandora, no sólo sería teóricamente débil, sino también prácticamente imposible. La caja está abierta y sólo nos queda tomar conciencia de la aceleración de cambios que se producen sobre nosotros, tratando de dirigirlos en un sentido que maximice las ventajas y disminuya los riesgos.

Los sectores subalternos tienen gran experiencia en desarrollar estrategias de supervivencia. Algunos ámbitos del Tercer Mundo han generado estrategias ideológicas y materiales para articularse con el medio de forma menos destructiva que lo que lo hace la civilización occidental. Las mujeres saben, por una larga experiencia histórica, humanizar las relaciones inter-personales. Todos los aportes son necesarios en un momento en que los viejos valores no se muestran capaces de controlar los efectos de las nuevas tecnologías. Recordemos que en el fondo de la caja de Pandora quedaba la esperanza. Porque la caja está abierta, podemos llegar a ella. Si cerramos ahora nuestra capacidad de innovación, si no aceptamos la diversidad de opciones y nos encerramos en nuestras

soluciones tradicionales, habremos dejado salir los males y encerrado los bienes que podrían proporcionarnos.

Precisamente lo que pueden aportar los sectores menos integrados, son puntos de vista diferentes, que cuestionen y reformulen los logros previos. Iván ILLICH propone poner límites al desarrollo tecnológico, a fin de conseguir que sirva a intereses humanos en lugar de subordinar las personas a la tecnología. Mantener alguna de las ventajas de la tecnología, pero lograr que ésta no coarte las posibilidades de convivir y de desarrollar la creatividad es ciertamente un objetivo difícil de lograr, pero va en el sentido de los intereses de los grupos subalternos, en su sentido más amplio.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. ALVAREZ-URIA, Fernando (1993): «El historiador y el inquisidor. Ciencia, brujería y naturaleza en la génesis de la modernidad» en *Revista Archipiélago Nº 15.* Barcelona.
2. BASTIDE, Roger (1967): *Les amériques noires.* Paris. Peyot.
3. BERGALLI, Roberto (1994): «Control social en las periferias urbanas» en *El futur de les perifèries urbanes.* Varios autores. Departement de Benestar Social, Catalunya.
4. BOLOGNE, Jean Claude (1986): *Histoire de la pudeur.* Paris. Edit. Olivier Orban.
5. BOLTANSKI, Luc (1974): *Puericultura y moral de clase.* Barcelona. Edit. Laia.
6. CANGUILHEM, Georges (1972): *Le normal et le pathologique.* Paris P.U.F.
7. COMELLES, Josep M., MARTINEZ HERNAEZ, Angel (1993): *Enfermedad, Cultura y Sociedad.* Eudema. Madrid.
8. DELGADO, FORD, PLUMMER, TUNER, MILLER, MOSES, MILNER, BLACKWOOD, BOLIN, GRAHAM, Y NIETO (comp.) (1991): *La sexualidad en la sociedad contemporanea. Lecturas antropológicas.* Fundación Universidad-Empresa. Madrid.
9. EHRENREICH & ENGLISH (1988): *Brujas, comadronas y enfermeras. Historia de dolencias y transtornos. Política sexual de la enfermedad.* Editorial La Sal. Barcelona.
10. EHRENREICH, Barbara & ENGLISH, Deirdre (1990): *Por su propio bien. 150 años de consejos de expertos a las mujeres 1973, 1978.* Taurus bolsillo. Madrid.

11. FOUCAULT, Michel (1980): *Microfísica del poder*. La Piqueta.

12. FOUCAULT, Michel (1990): H*istoire de la folie à l'âge classique.* 1972. Tel. Gallimard. France.

13. FOUCAULT, Michel (1992): *Vigilar y castigar.* 1975. Siglo XXI. Madrid.

14. GIDDENS, A. (1992): *The transformation of intimacy.* Cambridge. Polity Press.

15. GIROUX, Henry A. (1994): *Disturbing Pleasures. Learning Popular Culture.* Routledge. London.

16. GOFFMAN, Erving (1972): *Internados.* Amorrortu. Buenos Aires

17. GRAMSCI, Antonio (1985): *La política y el estado moderno 1949.* Planeta Agostini. Barcelona.

18. GUSFIELD, J. (1981): *The Culture of Public Problems.* Univ. of Chicago Press.

19. GUSFIELD, Joseph R. (1986): *Symbolic Crusade. Status Politics and the American Temperance Movement 1963.* University of Illinois Press. Urbana and Chicago.

20. GUSFIELD, J. (1970): *Protest, Reform and Revolt: a reader in social movement.* J. Wiley. N. York.

21. HELLER, Agnes & FEHER, Ferenc (1995): *Biopolítica. La modernidad y la liberación del cuerpo.* Península. Barcelona

22. ILLICH, Iván (1975): *Némesis médica. La expropiación de la salud.* Barral. Barcelona.

23. ILLICH, Ivan (1978): *La convivencialidad 1973.* Barral Editores. Barcelona.

24. JULIANO, Dolores (1982): «Els fills de ventura i de pares incognits ...» en N. 1 ARXIU D'Etnografía de Catalunya. Comunicació. *I Jornades d'Antropología de la medicina.* (pag. de 72 a 91) . Arxiu d'etnografía de Catalunya. Tarragona.

25. JULIANO, María Dolores (1989): «Ancianidad y expresión de la sexualidad en función del papel diferencial hombre-mujer a traves de las diferentes culturas» en *Afectividad y sexualidad en la ancianidad* (p 13 a 31). Fund. Obra Social Caixa de Pensions. Barcelona. Colec. Gerontología i Societat.

26. LOMBARDI SATRIANI, R. (1978): *Apropiación y destrucción de la cultura de las clases subalternas.* Nueva Imagen. México.

27. MEMMI, A. (1986): «Heterofobia i racisme» en Correu de la Unesco Any IX. Nº 97-98.

28. MENENDEZ, Eduardo (1990): *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones.* Cuadernos de la Casa Chata 179. México.

29. MENENDEZ, Eduardo (1981): *Poder, estratificación y salud.* Edic. de la Casa Chata N° 13 México.

30. MENENDEZ, Eduardo (1986): «El modelo médico hegemónico, transacciones y alternativas» en Arxiu d'Etnografía de Catalunya N°3. Tarragona.

31. MERTON, R. R. (1973): *Anomia y conducta desviada.* Paidós. Buenos Aires.

32. PARSONS, T. (1974): *El sistema de las sociedades modernas.* Bogotá.

33. ROMAN, Paul M. (1980): «Medicalization and Social Control in the Workplace: Prospects for the 1980" en The Journal of Applied Behabioral Science 16 (3).

34. SAN ROMAN, Teresa (1995): *Los muros de la separación. Ensayo sobre heterofobia y filantropía.* Edic. Univ. Autónoma. Barcelona

35. SONTAG, Susan (1978): *Illness as Metaphor.* New York. Farrar, Giroux & Strauss.

36. SONTAG, Susan (1989): *Aids and its Metaphors.* New York. Farrar, Giroux & Strauss.

37. STROBL, Ingrid (1994): *Fruto extraño. Sobre política demográfica y control de población.* Prólogo de Verena STOLCKE. Virus Edit. Barcelona.

38. TAGUIEFF, P. A. (1981): *La force du préjugé. Essai sur le racisme et ses doubles.* París. La Decouverte.

39. THOMASSET, Claude (1994): «La naturaleza de la mujer» en *Historia de las mujeres II. La Edad Media.* Duby y Perrot Dir. Círculo de Lectores. Santillana. Barcelona.

40. WILLIS, Paul (1995): «Racismo y fuerza de trabajo» en *La mirada urgente. Textos contra el racismo.* Ed. Bajo Cero. Valencia.

41. WOOLF, Virginia (1980): *Tres guineas.* 1938. Editorial Lumen. Barcelona.

LA MARGINACIÓN EN EL TRABAJO COTIDIANO: ANÁLISIS DE UNA REALIDAD

Conferencia

María Teresa Luis Rodrigo

Profesora Titular. Escuela de Enfermería
Universitat de Barcelona

INTRODUCCIÓN

La dicotomía cartesiana entre cuerpo y espíritu, que desde el Renacimiento había dominado la concepción del ser humano en el mundo occidental, constituyó el pilar fundamental sobre el que se construyó la ciencia médica y, con ella, los conceptos de salud y enfermedad: la idea de que las personas eran sistemas fisiológicos que idealmente debían funcionar de forma armónica llevaba implícita la contemplación de la salud como la ausencia de signos de enfermedad o incapacidad. La definición de la salud en función de la enfermedad, con la que establecía una clara relación de oposición, la convertía en un término absoluto, en un estado objetivo definido por los expertos, es decir, por los médicos.

Afortunadamente, esta división está siendo desechada de manera progresiva y en el presente siglo intenta ser sustituida por una perspectiva holística y humanista de la persona que, obviamente, también repercute en la conceptualización de la salud y la enfermedad que tratan de distanciarse cada vez más del modelo biológico. La primera definición de salud que refleja de forma inequívoca este cambio de orientación es la que hace la Organización Mundial de la Salud en 1947 considerándola como «un estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no sólo la ausencia de enfermedad», definición que hasta la fecha se ha visto seguida de un sinnúmero de propuestas formuladas desde diversos colectivos y que no voy a repetir aquí porque la mayoría de ellas son de sobra conocidas por todos Ustedes. También la enfermería, como disciplina relacionada directamente con la salud, ha dado su visión de la misma y todas las teorizadoras la incluyen como uno de los cuatro componentes básicos a partir de los cuales elaboran una perspectiva diferenciada del área de competencia profesional.

No obstante, y a pesar de los intentos por cambiarla, el hecho es que la idea biologicista del ser humano sigue ampliamente arraigada en nuestra sociedad por lo que continuamos sin una definición de salud unánimemente aceptada. Es más, cuando pensamos en ella surgen inevitablemente numerosas preguntas: ¿cuándo podemos decir que una persona está sana?, ¿cómo sabemos que lo está?, ¿puede alguien estar sano y tener al mismo tiempo un trastorno fisiopatológico?, las enfermedades crónicas, como la diabetes, ¿son un indicativo de que la persona siempre será considerada como enferma?, las actividades de mantenimiento y promoción de la salud ¿se dirigen al logro de la ausencia de enfermedad o del aumento del bienestar?... En definitiva, ¿quién o qué y sobre todo, cómo se decide que una persona está sana?

No resulta extraño que los muchos esfuerzos realizados no hayan dado fruto porque, en mi opinión, esa pretensión resulta punto menos que ilusoria. No hay una concepción única de salud porque tal idea está influida por múltiples factores que, lejos de ser consustanciales con el ser humano, son constructos culturales que adquirimos del entorno en el que vivimos. Ideas aparentemente tan desligadas de la salud como la importancia de la cooperación y la colaboración, la imagen que se tiene sobre el propio grupo de pertenencia y la relación que debe mantener con los otros grupos, la creencia en la bondad o maldad intrínseca del género humano, el lenguaje, la percepción del tiempo y el espacio, los patrones de interacción, la filosofía, o la historia, por limitarme sólo a algunos ejemplos, son de capital importancia a la hora de contemplar y valorar la salud y la enfermedad.

Estos conceptos, junto con otros muchos, se transmiten durante el proceso de enculturación o socialización -proceso a través del cual los miembros de una generación transmiten a la siguiente los valores, las normas y las expectativas del rol del grupo. Y lo que de tal modo adquirimos, aunque no siempre se verbaliza de forma explícita ni se es consciente de haberlo transmitido o de haberlo recibido, no por ello condiciona en menor medida nuestra percepción del mundo que nos rodea.

LA ILUSIÓN DE LO EVIDENTE

El proceso de enculturación, por su parte, nos lleva de la mano a otro fenómeno no menos relevante. Me refiero al etnocentrismo, definido como la tendencia a considerar nuestras ideas, actitudes y valores como los únicos o los mejores ignorando o menospreciando los de otros grupos. El etnocentrismo, que es tan evidente cuando desde otro colectivo intentan imponernos pautas culturales, resulta algo más difícil de detectar cuando se produce en nuestro propio seno. Por ejemplo, a buen seguro que para todos los aquí presente resulta totalmente incuestionable que el nacimiento, la muerte, la pubertad o la paternidad son procesos marcados y definidos por la biología y, como tales, son hechos incontrovertibles. Sí, son totalmente evidentes... hasta que miramos a nuestro alrededor y descubrimos numerosas culturas en las que un niño no se considera nacido hasta que ha sido sometido a un ritual de nacimiento, grupos en los que una persona biológicamente viva es considerada socialmente muerta, otros donde se atribuye la cualidad de puber a individuos que biológicamente no han llegado a ese estado mientras se les niega a otros que ya lo han alcanzado, o sociedades en las que el progenitor biológico no siempre es reconocido socialmente como el padre de la criatura. Algo tan objetivo, evidente e inmutable para nosotros como la biología recibe una interpretación cultural que, de hecho, es la única válida en la vida social.

Del mismo modo, y puesto que el modelo biomédico es el que sigue imperando en la sociedad occidental a pesar de los intentos por sustituirlo por una idea más globalizadora del ser humano, tendemos a igualar los conceptos de patología, vivencia del enfermar y enfermedad. Y esa es una idea típica y tópica del modelo médico occidental que en ningún caso cabe considerar como la única existente y mucho menos como la mejor. Considero de capital importancia diferenciar estos tres conceptos puesto que, aunque están relacionados entre sí, son claramente distintos. La patología es el objeto de estudio de la medicina académica occidental y está definida por unos parámetros objetivables y mensurables que determinan e interpretan los expertos, esto es, los médicos. El segundo, la experiencia y vivencia del proceso, es un fenómeno subjetivo que sólo siente la persona que enferma y para el cual care-

cemos de indicadores objetivos. Y el tercero, la enfermedad, es un constructo cultural que se produce en el seno de una sociedad y una cultura determinadas. En la enfermedad, que tiene más de hecho social que de episodio individual, pueden interferirse la experiencia y vivencia del enfermar con la patología... pero ambos fenómenos pueden también estar desligados.

Sólo una visión simplista y desintegradora del ser humano puede llevarnos a equiparar siempre y en todos los casos los tres conceptos. Basta abrir los ojos y la mente para hallar numerosos ejemplos en que tal hermanamiento no se produce: no es inusual encontrar situaciones contempladas como patológicas por la medicina occidental que no se consideran una enfermedad por determinados grupos, como en el caso de la espiroquetosis endémica entre los pueblos del norte de la cuenca amazónica que juzgan tan normales las deformidades que esa infección les produce que los no afectados por ella pueden ser víctimas de diversas formas de rechazo o exclusión social, incluida la dificultad para encontrar pareja. Y viceversa, ciertas enfermedades (llamadas enfermedades folk) pueden ser reconocidas por un grupo y en cambio ser tachadas de inexistentes o supersticiones por la medicina occidental. No es preciso alejarnos demasiado de nuestro entorno geográfico para encontrar ejemplos. María Cátedra en un trabajo publicado en 1976 cita el «mal de ojo» entre los vaqueiros de alzada[1], lo describe como uno de los síndromes culturales más elaborados del grupo y explica que forma parte de todas y cada una de sus relaciones estructurales, constituyendo una norma para los contactos interculturales y de grupo. Con el nombre de «mal de ojo» o «malos ojos» lo vaqueiros se refieren a la mirada que hace enfermar o mata, expresión que no debe considerarse como una figura retórica sino como el fiel reflejo de una realidad cotidiana que produce enfermedades muy concretas y características no sólo entre los niños y el ganado, que son sus víctimas habituales, sino también entre los mozos y las mozas y entre los hombres y mujeres adultos.

Así pues, al igual que es imposible desligar el concepto de salud del marco cultural en que se encuentra la persona, es igualmente impensable separar el de enfermedad de la sociedad específica en que se inserta porque ambas ideas (salud y enfermedad) son parte indisoluble de la concepción global del mundo que tiene el grupo y, aunque en las modernas sociedades industrializadas se ha desarticulado la cosmovisión

integradora de las sociedades preindustriales, eso no significa que ese intento de explicación global haya desaparecido completamente. Por el contrario, acostumbra a reaparecer parcialmente debido a la pluralidad de formas de vida que coexisten en las sociedades complejas y, en los momentos de crisis social y especialmente ahora que nos acercamos al fin del milenio, brotan cada vez mayor número de grupos relacionados con fenómenos tales como la magia, la brujería, las religiones orientales, la astrología, la nigromancia, etc. que, a mi entender, apuntan hacia una búsqueda de esas explicaciones y orientaciones de tipo global que hemos perdido en algún momento del proceso de «modernización» de nuestra sociedad.

Llegados a este punto creo haber dado argumentos suficientes para poder afirmar que, en mi opinión, es la enfermedad, a diferencia de la patología y de la vivencia del proceso, la que «da significado social a signos de desórdenes conductuales y biológicos (...) convirtiéndolos en síntomas y hechos socialmente significativos» (Young, citado por García J.L.). Esta socialización de los indicadores que los transforma en síntomas o signos representativos y que hace que frente ellos se desencadenen unas conductas determinadas (cuidados, medicamentos, exención de ciertas obligaciones, etc:), inevitablemente conduce al establecimiento de relaciones simbólicas con otras dimensiones de la vida social.

EL MITO DEL PÁJARO DE FUEGO

Uno de los grupos que habitan en el país togo, territorio situado en una estrecha franja por debajo de Costa de Marfil, explica que, cuando Unwolowu quiso hacer las enfermedades cogió el fuego y el frío y le dijo al hombre «Cuando tengas frío no te acerques al fuego». El hombre no lo tomó muy en serio y se acercó a la lumbre para calentarse, lo cual irritó a Unwolowu que hizo brotar de las llamas al pájaro Ikono. Este, al hacerlo, golpeó al hombre con sus alas y a consecuencia de ello aparecieron en el mundo las enfermedades. ¿Exótico? ¿Lejano? ¿No aplicable a nuestra cultura? Aunque las imágenes empleadas puedan parecernos extrañas, la idea que subyace en ellas es muy próxima y más familiar de lo que a primera vista podría parecer.

Si hay un mito arraigado en la cultura greco-judeo-cristiana es el del paraíso terrenal o Jardín del Edén: ha excitado la imaginación de miles de hombres de todos los tiempos, ha inspirado numerosas obras literarias y ha servido de base argumental para diversas películas. Entre los autores que han abordado este tema podríamos citar a Teófilo de Antioquía, que lo sitúa en un lugar intermedio entre el cielo y la tierra; San Ireneo, que lo describe como el tercer cielo; San Atanasio, que afirma que se encuentra al este, en la cima de una montaña; Juan Damasceno, que también lo ubica en Oriente, a mayor altura que cualquier otra tierra; San Eliseo, quien opina que se encuentra en la cima de cuatro montañas pero que no se puede acceder a él porque está rodeado de una muralla de tinieblas infranqueables; y el propio Santo Tomás de Aquino que, tras mostrar su acuerdo con que se encuentra en algún lugar de Oriente, especula con la posibilidad de que en el mismo se hallen todavía vivos los patriarcas bíblicos. Todos estos, y muchos más, coinciden en considerarlo como un lugar donde hay «unión sin riña, alegría sin dolor, placer sin continencia, fiestas sin interrupción, salud sin enfermedad...» Si en este punto recordamos que, según nuestro mito de origen, nuestros primeros padres, Adán y Eva, fueron arrojados del Jardín del Edén tras haber transgredido el mandato divino de no comer los frutos del árbol de la ciencia, habremos completado nuestra propia versión del mito de Ikono.

Aunque estos argumentos son falsos si se pretende sustentar en ellos una teoría explicativa de los procesos patológicos, ambos indican la misma asociación respaldada por las conductas y creencias de una comunidad que actúa ante la enfermedad de acuerdo con ellas. Los dos mitos (y no son los únicos, ya que se pueden encontrar miles de ellos con un substrato similar) sitúan las enfermedades en un contexto de transgresión de las normas. Expresiones como «por qué me castiga Dios de esta forma», «no creo haber hecho nada para merecer esto» y otras similares se oyen con frecuencia en referencia a las enfermedades y son una muestra palpable de ese valor simbólico que les seguimos otorgando y que no se contrapone a la idea «científica» de la patología, sino que convive con ella y en cierta medida la complementa.

Cuando ante la enfermedad se olvidan las antiguas rencillas y se desencadenan actitudes de solidaridad, cuando se recurre a través de las plegarias a creencias olvidadas hace tiempo, cuando se hacen promesas de cambio de conducta o de ofrendas a modo de soborno a determinados santos, dioses, o mediadores en un intento de conquistar su padrinazgo y protección, cuando, en definitiva, se activan los fundamentos morales del sistema, se hace porque de una forma más o menos oscura y nebulosa se cree que la vuelta al cumplimiento estricto de las obligaciones para con Dios y para con nuestros semejantes incidirá en la curación del enfermo.

Es esta idea de la enfermedad como fenómeno complejo, que incluye indicadores patológicos, signos que tienen un significado social específico y símbolos que desencadenan relaciones posilémicas, la que nos permite abarcar en toda su extensión la complicada interacción que se establece entre los símbolos sociales y la enfermedad y la que hace posible aprehender el significado que el grupo da a las diversas enfermedades y que las convierte, en ese marco témporo-espacial concreto, en portadoras de una significación determinada que, por lo general tiene un signo negativo. No obstante, en algunos casos anecdóticos, existe la posibilidad de que determinados aspectos relacionados con la enfermedad puedan llegar a convertirse en indicadores de prestigio, estima y posición social; en otras palabras, aunque no es frecuente tampoco es completamente inusual que la enfermedad, a pesar del dolor o la incapacidad que comporta, se vea simbólicamente investida de valores sociales considerados como deseables por una sociedad o por un grupo. Sirvan a título de ejemplo la tuberculosis pulmonar en determinados sectores de la Europa decimonónica, o la gota que ha sido denominada durante mucho tiempo «la enfermedad de los reyes». En el primer caso la emaciación, la palidez y la languidez características del proceso patológico fueron consideradas por muchos esnobs como un indicador de delicadeza, sensibilidad y espiritualidad, mientras que en el segundo la causa de la gota se asociaba con los placeres de la buena mesa, al alcance sólo de algunos pocos.

Lo habitual, sin embargo, es que la etiología, las manifestaciones de la patología, o ambas tengan connotaciones negativas y estén asocia-

das a unas cualidades socialmente devaluadas que conducen a la marginación y al rechazo de quienes la padecen. De esta forma los enfermos y discapacitados son en muchos casos portadores de una «tara», de una marca o estigma que los diferencia y separa del resto de la población considerada «normal».

EL ESTIGMA

Goffman explica que fueron los griegos quienes acuñaron el término «estigma» para designar signos corporales con los cuales se intentaba destacar algo malo en la condición moral de quien los ostentaba. Posteriormente, la cultura judeo cristina le dio dos significados más. El primero se refería a signos corporales indicativos de que quien los poseía era un elegido de Dios; basta con repasar el santoral para encontrar multitud de santos que en algún momento de su vida presentaron este tipo de «señales». El segundo de los significados aportados por el cristianismo se refería a los signos corporales de perturbación psíquica o moral.

En la actualidad, la palabra se utiliza con un sentido bastante semejante al original, pero con ella se designa preferentemente al mal en sí mismo y no a sus manifestaciones corporales. Dentro de los estigmas Goffman distingue tres grandes subgrupos claramente diferenciados entre sí:

1. Los defectos corporales de una persona, o aquellas malformaciones congénitas o adquiridas que implican una desfiguración importante, como grandes cicatrices o quemaduras, deformidades, etc.
2. Los defectos psicológicos o morales, que se contemplan como falta de voluntad, pasiones incontroladas o antinaturales, deshonestidad, etc. En este grupo se han incluido en uno u otro momento, y aun se incluyen en muchas ocasiones, los trastornos mentales, la homosexualidad, e incluso determinadas ideas políticas. No es preciso retrotraernos mucho en el tiempo para recordar épocas en que los homosexuales eran considerados en nuestro país

como delincuentes por la llamada «Ley de peligrosidad social» y podían ser juzgados y condenados por sus preferencias, amén de las personas de todo el mundo que han sufrido y sufren torturas, encarcelamiento e incluso la muerte por sostener unas ideas políticas distintas a las del régimen dominante.

3. Los estigmas tribales de la raza, la nación y la religión, que tienen como característica el hecho de ser tansmitidos por herencia (tal es el caso de la raza), nacimiento (nacionalidad), o por contaminación psicológica posterior (religión o credo); cabría incluir en este grupo a los judíos, los gitanos, los masones, etc., también en este caso, la memoria colectiva y la prensa diaria nos pone numerosos ejemplos de la persecución y rechazo de éstos u otros grupos.

El estigma ha sido y sigue siendo un mecanismo que utiliza la sociedad para protegerse de algo o alguien que considera distinto y que percibe como amenazador para su propia estabilidad. Esta percepción de amenaza para el sistema protege psicológicamente al grupo de la culpabilidad por las conducta que pueda adoptar y lo legítima para practicar diversos modos de discriminación y rechazo, que en nuestra sociedad es más probable que se expresen en forma de exclusión o falta de acceso a los roles, actividades o recursos sociales. La «defensa» de la sociedad puede llegar al punto de atentar contra los derechos más elementales de la persona marginada, como puede ser el derecho a obtener los mejores cuidados de salud posibles.

Por su parte, ¿qué siente el individuo estigmatizado? ¿Cómo reacciona ante esta situación impuesta contra la que poco o nada puede hacer?. Lógicamente, y dado que ha nacido y ha sido enculturado en la misma realidad, la persona estigmatizada tiende a sostener nuestras mismas creencias sobre la identidad. Tiene la convicción de ser una persona normal, un ser humano como los demás, con los mismos derechos y obligaciones que el resto de sus coetáneos. Sin embargo, percibe con toda seguridad que no es aceptado plenamente por los otros y que, por lo general, si se conoce su situación, su «estigma», es muy difícil, sino imposible, que se le permita establecer relaciones en igualdad de condi-

ciones. A consecuencia de todo esto puede aparecer una sensación de incertidumbre, al no saber qué es lo que los demás piensan exactamente sobre él. Por otra parte, las pautas sociales que ha incorporado hacen que sea consciente de lo que los demás consideran como su «marca distintiva y marginadora», hecho que le lleva de forma esporádica, pero inevitable, a pensar que no es como debería ser. En ese momento, cuando la persona percibe uno de sus atributos como impuro e indeseable, aparece la posibilidad de sentir vergüenza e incluso odio hacia sí mismo.

Este sentimiento desaparecería o se reduciría considerablemente si las personas con las que trata le brindaran el respecto y la consideración que los restantes aspectos de su personalidad merecen y que la persona espera recibir, cosa que no sucede. Por tanto, la persona estigmatizada, enfrentada a sus propias contradicciones de identidad y al rechazo (encubierto o declarado) de la sociedad, puede probar diversas soluciones.

En algunos casos intentará «corregir» lo que se considera la señal externa de su «perversión» interior. Así, la persona físicamente deforme puede intentar someterse a cirugía correctora, o el homosexual puede buscar en la psicoterapia un cambio en sus tendencias, o en la cirugía un equilibrio entre su sexo genético y su sexo psicológico y afectivo; en cualquier caso se persigue la equiparación con la «normalidad». Si tal cambio es posible, a menudo el resultado no es la adquisición de un estatuto de normalidad, sino el paso a una nueva categoría, la de personas que han «superado» un estigma anterior.

Otra de las soluciones que se le ofrecen a la persona estigmatizada es intentar corregir su condición de forma indirecta. En tal caso, dedica un inmenso esfuerzo personal al manejo de áreas de actividad que se consideran muy difíciles, cuando no inaccesibles, para los que se encuentran en su situación. Todos recordamos el caso del hijo menor de Ted Kenedy, al que le fue amputada una pierna por un tumor óseo y que, al cabo de unos meses, las fotografías de todos los periódicos occidentales mostraban esquiando junto con su familia en una estación invernal de moda. La intención de evitar la clasificación en el grupo de los «lisiados», de los minusválidos físicos, era clara: no sólo se explicaba con

todo lujo de detalles que hacía lo mismo que los demás niños hacen, sino que había conseguido dominar con maestría una actividad para la que se necesitan unas condiciones de fuerza, habilidad, equilibrio, y coordinación que se suponía que él no tenía o poseía en menor grado.

Cuando no puede optarse por ninguna de estas aparente soluciones, e incluso cuando éstas son factibles, la persona aislada, privada de la saludable retroalimentación del intercambio social cotidiano con los demás, puede tornarse insegura, desconfiada, depresiva, hostil, ansiosa. Su inseguridad no tiene un origen oscuro y en cierta medida desconocido como sucede la mayor parte de las veces, sino que quien la sufre sabe que su origen es algo que no está en sus manos cambiar.

TODOS SOMOS IGUALES... PERO ALGUNOS SOMOS MAS IGUALES QUE OTROS

Sin embargo, es importante tener en cuenta que el estigma no se aplica de la misma forma en todas las situaciones en que existe una enfermedad o discapacidad. No me refiero sólo a que el grado de «negatividad» que las distintas sociedades dan a la enfermedad es distinto, que lo es, sino al hecho de que dentro de la misma sociedad no se contemplan todas las discapacidades de igual forma. Parafraseando a Orwell podríamos decir que «todos los discapacitados están estigmatizados... pero algunos están más estigmatizados que otros.»

Hay una jerarquía de estigma, término éste que se refiere al orden de preferencia por algunos grupos de enfermos/discapacitados sobre otros, de acuerdo con los resultados de la aplicación de unas escalas de distancia social. Éstas inicialmente fueron ideadas para medir el grado de rechazo o exclusión de diversos grupos raciales, aunque posteriormente se modificaron para ser aplicadas al mundo de la salud. Típicamente los investigadores han comprobado que las discapacidades menos visibles, como la diabetes o el asma, son las más aceptadas mientras que las más visibles, como la parálisis cerebral, las que implican trastornos mentales o aquellas de las que la persona parece moralmente responsable, como el alcoholismo o el SIDA, son las más rechazadas.

Siguiendo de nuevo a Goffman, encontramos que casi siempre el individuo estigmatizado antes o después descubrirá que hay personas sensibles, dispuestas a adoptar su propio punto de vista, discrepante del punto de vista social, y a compartir con ella la idea de que es un ser humano y esencialmente «normal». A este tipo de personas Goffman las divide en dos grandes grupos:

1. Los que comparten el mismo estigma, conocedoras por experiencia propia de lo que se siente en tal situación. Algunas de ellas pueden ofrecerle un refugio al que acudir en busca de apoyo moral o un lugar donde experimentar la reconfortante sensación de ser considerado como plenamente normal, como un igual.

2. Los «sabios», o personas normales capaces de adoptar el punto de vista de quienes tienen un estigma particular. En este caso, el sabio no sólo tiene que ofrecerse a la persona o personas estigmatizadas, sino que tiene que ser aceptado por ellas.

Dentro del grupo de personas llamadas sabias distingue, a su vez, dos tipos. El primero son aquellos que se relacionan con el estigmatizado a través de la estructura social, lo que hace que en algunos casos ambas personas sean consideradas como una sola. En otras palabras, quien se relaciona con el estigmatizado adquiere un cierto grado de estigma, tanto mayor cuanto más próxima sea su relación. Esta tendencia de difusión hacia las personas más allegadas y cercanas explica en parte por qué estas relaciones tienden a evitarse o, si existen, no suelen perdurar. El segundo tipo de personas que Goffman califica como sabias son aquellas cuya sabiduría procede de sus actividades en un campo donde se satisfacen determinadas necesidades tanto de las personas con un estigma particular como de quienes no lo tienen. Tal debería ser el caso de los profesionales del cuidado de la salud, aunque por desgracia los trabajos realizados en este sentido parecen indicar que no siempre es así.

Entre los estudios transculturales publicados cabe destacar el llevado a cabo por Westbrook y colaboradores en Australia en los años 1969, 1970, 1974, 1979 y 1991. En un artículo publicado en 1993 y

titulado «Actitudes hacia las discapacidades en una sociedad multicultural» los autores presentan los resultados de un trabajo realizado en 1991 entre 665 profesionales de la salud pertenecientes a las comunidades anglo-australiana (el grupo culturalmente dominante), árabe, china, alemana, griega e italiana. En el mismo intentaban determinar si había diferencias en las actitudes que los miembros de las seis comunidades culturales mantenían hacia las personas con discapacidades. Estaban interesados en investigar las actitudes en términos absolutos (grado de aceptación o rechazo de la comunidad hacia determinadas situaciones), en términos relativos (diferencias de las jerarquía de preferencias entre las distintas comunidades) y, en último lugar, en comparar la jerarquía de estigma del año 1991 con la construida por los mismos grupos sociales en los estudios realizados en los años 1969, 1970, 1974, 1979.

Creo necesario hacer un inciso para recordar que la población australiana, a consecuencia del programa de apoyo activo a la inmigración que el Gobierno puso en marcha después de la Segunda Guerra mundial, es el segundo país del mundo, después de Israel, con un porcentaje más alto de población nacida en otros países y por tanto enculturada en los valores propios de su grupo de pertenencia. La cultura dominante es la anglo-australiana y el idioma oficial es el inglés, aunque se hablan más de 120 lenguas.

La encuesta de Westbrook intentaba medir las actitudes hacia 20 enfermedades/discapacidades: alcoholismo, accidente vascular cerebral, amputación de una extremidad, artritis, asma, cáncer, ceguera, cicatrices faciales, diabetes, enanismo, enfermedad cardíaca, enfermedad psiquiátrica, epilepsia, esclerosis múltiple, parálisis cerebral, paraplegia, retraso mental, SIDA, sordera y tartamudeo. En la primera página se explicaba a los encuestados el propósito de las preguntas y se les pedía que puntuaran las enfermedades/discapacidades enumeradas de acuerdo con lo que consideraba que era la actitud típica, habitual dentro de su comunidad hacia las personas que las presentaban. La escala empleada fue la siguiente:

1. Son rechazadas (se prefiere que estén ingresadas en una institución o que se mantengan fuera de la vista)

2. Tienen una aceptación baja (se intenta evitar su presencia)
3. Tienen una aceptación moderada (se les admitiría como compañeros de trabajo)
4. Tienen una aceptación alta (se les admitiría como amigos)
5. Tienen plena aceptación (se admitiría, por ejemplo, que contrajera matrimonio con un familiar cercano)

Los resultados del estudio muestran diferencias significativas entre las diversas comunidades hacia las personas con 19 de las 20 discapacidades estudiadas, con la única excepción de la artritis que se clasificó de igual manera en todos los grupos. La comunidad alemana en conjunto aceptaba en mayor grado a las personas discapacitadas (con una puntuación media de 3,59), seguida de los anglo-australianos (3,34), los italianos y los chinos (3,19 en ambos casos), siendo los griegos (3,15) y los árabes (3,02) los que mostraron un menor grado de aceptación o, dicho de otra manera, los que aplicaron un mayor grado de estigma.

Estas variaciones en la puntuación media obtenida por el conjunto de patologías incluidas en la encuesta consideradas en términos absolutos, desaparecen cuando se contempla el grado de rechazo vinculado a situaciones específicas en relación con el asociado a las demás, es decir, el grado de rechazo relativo. Así, las situaciones menos estigmatizadas en las seis comunidades estudiadas fueron el asma, la diabetes, las cardiopatías y la artritis y las cuatro menos aceptadas fueron el retraso mental, las enfermedades psiquiátricas, la parálisis cerebral y, en último lugar en todos los grupos el SIDA, cuyas puntuaciones sólo en el caso de la comunidad alemana sobrepasaron ligeramente el 2. Esto significa que los alemanes opinaron que se intentaba evitar su presencia mientras que para todos los restantes colectivos los enfermos de SIDA deberían estar ingresados en una institución o apartados del contacto con sus semejantes.

Otro punto igualmente interesante del estudio es la comparación entre los resultados de esta encuesta realizada como ya he dicho en 1991 y los obtenidos en estudios semejantes realizados en los años 1969, 1970, 1974 y 1979 que incluían las mismas patologías con la única excepción

del SIDA, que sólo aparece en el cuestionario de 1991. Los resultados indicaron una clara estabilidad de la jerarquía de estigma asociado a los distintos grupos. En otras palabras, el nivel de rechazo de los individuos estigmatizados se ha mantenido de forma prácticamente invariable en los últimos 25 años.

El hallazgo de este estudio me llevó a preguntarme cuál podía ser la actitud de los españoles ante las mismas situaciones. Mi búsqueda bibliográfica al respecto no dio resultado y no existe, o yo no fui capaz de encontrar, ningún estudio susceptible de ser comparado con el llevado a cabo por Westbrook. Me planteé entonces la importancia que tendría el disponer de datos fidedignos indicadores del grado de rechazo que sufren estos grupos en nuestra sociedad ya que, en mi opinión, este es el único camino que puede conducirnos a una plena aceptación de estos colectivos.

Si bien no se me oculta la dificultad de la empresa que requiere de un tiempo y unos medios de los que carezco en este momento, quise hacer, a modo de sondeo, una pequeña encuesta cuyos resultados no pretendo que sean en modo alguno concluyentes ni significativos, pero sí creo que pueden ayudarnos a reflexionar sobre el nivel en que nos encontramos en materia de aceptación de los colectivos más estigmatizados. Es por ello que pedí a 8 colegas de ocho comunidades autónomas: Andalucía, Canarias, Cantabria, Cataluña, Galicia, Madrid, Murcia y País Vasco[2], a las que desde aquí quiero agradecer su inestimable ayuda, que pasaran la misma encuesta del estudio de Westbrook a un mínimo de 15 personas relacionadas con el mundo de la salud. Puesto que casi todas sobrepasaron la cantidad pedida, obtuve un total de 153 respuestas cuyos resultados fueron los siguientes:

5. Tienen plena aceptación (se admitiría, por ejemplo, que contrajera matrimonio con un familiar cercano)
   - Ninguna

4. Tienen una aceptación alta (se les admitiría como amigos)
   - Diabetes (4,6)
   - Asma (4,6)
   - Enfermedad cardíaca (4,5)

- Artritis (4,3)
- Tartamudeo (4,2)
- Sordera (4,0)

3. Tienen una aceptación moderada (se les admitiría como compañeros de trabajo)

- Amputación de una extremidad (3,8)
- Ceguera (3,8)
- Cáncer (3,7)
- Cicatrices faciales (3,7)
- Epilepsia (3,5)
- Esclerosis múltiple (3,1)

2. Tienen una aceptación baja (se intenta evitar su presencia)
- Accidente vascular cerebral (2,8)
- Enanismo (2,8)
- Paraplegia (2,8)
- Alcoholismo (2,4)
- Retraso mental (2,2)
- Parálisis cerebral (2,0)

1. Son rechazadas (se prefiere que estén ingresadas en una institución o que se mantengan fuera de la vista)
- Enfermedades psiquiátricas (1,9)
- SIDA (1,4)

Como pueden ver, el análisis en términos absolutos muestra que las cuatro situaciones menos estigmatizadas fueron la diabetes, el asma, las enfermedades cardíacas y la artritis, mientras que las cuatro más rechazadas fueron el retraso mental, la parálisis cerebral, las enfermedades psiquiátricas y, con una clara diferencia, el SIDA. Respecto a esta última enfermedad me parece significativo destacar que en todos los casos la puntuación media de todas las comunidades se encontraba entre 1,3 y 1,6 si bien lo reducido del número de encuestas no permite la comparación entre las distintas comunidades. Por otra parte, si contemplamos los resultados en términos relativos, tendríamos una puntuación media de 3,30 lo que nos situaría en tercer lugar después de los alemanes y los anglo-australianos y por delante de los italianos, los chinos, los griegos y los árabes.

Los resultados, que, repito, en ningún caso pueden considerarse más que meros indicadores, concuerdan con los del estudio de Westbrook en varios puntos: 1) las cuatro discapacidades situadas en ambos extremos de la lista (más aceptadas y más rechazadas) son las mismas, 2) ningún grupo de discapacitados que fue plenamente aceptado, 3) las actitudes más positivas se dirigieron hacia las personas con trastornos menos visibles y 4) las actitudes de mayor rechazo fueron para quienes sufrían alteraciones más visibles, tenían trastornos mentales o parecían moralmente responsables de lo que les ocurría.

PARA FINALIZAR...

Estoy segura de que a Ustedes, como a mi, estos datos les habrán parecido sobrecogedores, sobre todo teniendo en cuenta que sólo hacen referencia a una sola variable: el estado de salud de las personas. ¿Qué pasaría si a este factor le añadiésemos otros como la raza, la etnia, el credo, las tendencias sexuales, e incluso los usos y costumbres?

Como profesionales debemos ser conscientes de que, en palabras de Colliere, «los cuidados enfermeros se sitúan en una encrucijada de sistemas de creencias y de valores que entran en interacción y se interfieren mutuamente. Si no se aclaran los factores que pueden influir en las creencias y los valores que sustentan los cuidados, la práctica de la enfermería puede adoptar, sin saberlo, cualquier orientación o tener cualquier influencia». A mi entender, no es un hecho casual que todos los pueblos primitivos se hayan designado a sí mismos en su lengua como «el hombre» en contraposición a los otros, los no pertenecientes al grupo, los distintos, los que no merecían tal apelativo porque, la misma diferencia, hacía que no pudieran ser considerados como humanos. En otras palabras, lo que subyace en todos los etnocentrismos es la negación del derecho a la diferencia ya sea la pertenencia a un otro clan, la posesión de unas ideas políticas o religiosas diferentes, o la infección por el virus VIH) y la utilización de la propia diferencia como justificación de la desigualdad.

Aunque las creencias forman parte de nuestra personalidad como un modo de conocimiento integrado e interiorizado, hemos visto que esto no sucede de manera innata, sino a partir de las costumbres que nos

impregnan desde el mismo momento del nacimiento por lo que cualquier creencia es, en último extremo, un hábito que actúa como mecanismo de defensa cultural, en definitiva, una serie de costumbres a la que se adhiere el grupo y a través del mismo las personas que lo integran. Y, como mecanismo adquirido, costumbres y creencias son susceptibles de transformarse, de modificarse mediante una serie de acciones intencionadas y específicamente dirigidas a tal fin. No soy yo la persona adecuada ni es este el momento idóneo para trazar un plan estratégico dirigido a la consecución de este objetivo, pero no quiero finalizar mi intervención sin destacar dos hechos de la mayor relevancia:

Primero, que el estigma implica no tanto a dos conjuntos de individuos claramente diferenciados, los estigmatizados y los normales, como un proceso social en el que intervienen dos roles de los que cada persona participa en determinados contextos o fases de la vida. Ser normal o estigmatizado es una cuestión de perspectiva que se genera en situaciones sociales en virtud de normas no explicitadas pero claramente determinantes. Puesto que se trata de roles de interacción no es extraño que quien en una circunstancia dada puede sufrir la marginación asociada a un determinado estigma, a la vez muestre sutilmente toda la gama de prejuicios dirigidos hacia los que, en su opinión, están en un peldaño inferior en la jerarquía de estigma social.

Segundo, que son los contactos interpersonales entre extraños los que están más sujetos a respuestas estereotipadas, entre las que se encuentran toda la gama de comportamientos que los supuestamente normales mostramos ante las personas estigmatizadas. Aunque es necesario señalar que la familiaridad no siempre reduce el menosprecio y que en ocasiones es precisamente a sus allegados a quienes la persona puede querer ocultar con más celo algo que considera vergonzoso, por lo general, a medida que las personas se relacionan de manera más íntima, el rechazo va retrocediendo para ceder gradualmente su lugar a la empatía, la comprensión y la evaluación realista de las cualidades personales del otro.

En cierto modo, el área del estigma puede considerarse como algo perteneciente a la esfera de lo público, al contacto entre extraños o entre simples conocidos, situándolo al extremo de un continuo cuyo polo opuesto es la intimidad. Así la lucha contra la discriminación y el rechazo de

cualquier persona en razón de su pertenencia a un grupo concreto y no por sus valores personales, pasa, en mi opinión, por la reflexión sobre el carácter relativo de los roles que cada cual representa y por el conocimiento de la realidad de esos otros grupos. La conjunción de ambos elementos conlleva el replanteamiento de nuestros usos y costumbres, de nuestros hábitos, de nuestras creencias y de nuestros valores. Según Colliere, la única forma de escapar al dogmatismo de las creencias es permanecer abierto a nuevas formas de ver y comprender, a nuevos conocimientos que vengan a enriquecer el núcleo de certezas indispensables para toda existencia.

Si, como dice el saber popular, identificar el problema es tener la mitad de la solución, el primer paso que debemos dar es aceptar que como profesionales inmersos en un sistema sociocultural determinado es muy probable que estemos estigmatizando y discriminando a las personas que cuidamos por el mismo hecho que les convierte en usuarios de nuestros servicios, esto es, por ser enfermos o estar discapacitados. Y lo que es igualmente grave, que estemos transmitiendo estos mismos prejuicios a las personas que enculturamos profesionalmente, es decir, a los estudiantes de Enfermería.

La aceptación de este hecho no por necesaria resulta menos dolorosa porque gran parte del rechazo, del estigma, tiene su origen en emociones y valores que son difíciles de afrontar, como la ansiedad que pueden desencadenar en nosotros las personas que muestran esas características, el sentimiento de culpa que las actitudes sociales han inculcado en las personas estigmatizadas, o esa oscura sensación de amenaza que sentimos ante lo que es distinto y difícilmente comprensible. A pesar de ello, o quizás precisamente por ello, estoy plenamente convencida de que identificar y admitir nuestros prejuicios y los sentimientos negativos que determinados grupos nos provocan es el primer e ineludible paso que nos permitirá adentrarnos en el largo camino que conduce a la aceptación de las diferencias sin la creación de desigualdades porque, para decirlo con palabras de J.W. Goethe, el gran poeta alemán, «no basta con saber: también hay que aplicar; no es suficiente con querer: también hay que obrar».

BIBLIOGRAFÍA

1. Colliere, M. F. PROMOVER LA VIDA. Barcelona. Interamericana/ McGraw-Hill. 1993.
2. Cátedra, M. NOTAS SOBRE LA ENVIDIA. LOS MALOS OJOS ENTRE LOS VAQUEIROS DE ALZADA. En A. C. Lisón Ed. «Temas de Antropología Española», 9-48. Madrid. Akal. 1976.
3. Chrisman N.J. ANTHROPOLOGY IN NURSING: AN EXPLORATION OF ADAPTATION. En Chrisman N.J. y Maretzki T.W ed. «Clinically Applied Anthopology» 117-140. Holland. Riedel Publishing Company. 1982
4. Diaz E. y Mogas M. ANTROPOLOGIA DE LA SALUT. UNA PROPOSTA FORMATIVA. Trabajo no publicado. 1995.
5. García, J.L. ENFERMEDAD Y CULTURA. Jano. 643:83-90. Barcelona. 1985.
6. Goffman, E. ESTIGMA. LA IDENTIDAD DETERIORADA. Buenos Aires. Amorrortu Editores. 1989.
7. Lieban R.W. FROM ILLNESS TO SYMBOL AND SYMBOL TO ILLNESS. Social Sciences and Medicine. Vol. 35, 2:183-188. Great Britain. 1992.
8. Westbrook M.T. et als. ATTITUDES TOWARDS DISABILITIES IN A MULTICULTURAL SOCIETY. Social Sciences and Medicine. Vol. 36. 5:615-623. Great Britain. 1993.

LA MARGINACIÓN EN EL TRABAJO COTIDIANO: APORTANDO RESPUESTAS PROFESIONALES

Mesa Redonda

Francisco Megías Lizancos

Enfermero. Especialista en Salud Mental y Comunitaria
Área 3. INSALUD. Madrid

INTRODUCCIÓN Y PREMISAS BÁSICAS

Al hablar de marginación nos damos cuenta, cómo el mismo concepto y otros relacionados: conducta desviada, vagabundo indigente, etc. nos introducen en un campo algo difuso.

El concepto de marginación es aplicable tanto a individuos como a grupos y son aquellos que situados en el sistema lo están de tal suerte que sus posibilidades de PARTICIPACIÓN en la vida social, es muy restringida comparados con otros grupos, podemos decir que mayoritarios y con los que de alguna forma están vinculados.

Hubo quienes explicaron la marginación social por la influencia del status social: de los estratos superiores surgieron los neuróticos y de los inferiores los esquizofrénicos.

Hoy todavía hay quienes mantienen la duda de sí es la psicosis la que ocasiona la degradación de las condiciones vitales o bien el status social bajo, da lugar a la psicosis.

Podemos contemplar dos modos de degradación social: una como reacción ante la propia situación de marginación, porque se comprenden de modo imperfecto las normas y valores. Y otra aceptando la marginación al rechazar de forma consciente unas normas y valores.

Unos como H.B. Kaplan (1976), creen que la conducta desviada en general es desarrollada por individuos que poseen una percepción del self negativa. Y otros como W.A. Rushing y J. Esco (1977), ven una gran influencia entre la enfermedad mental y la conducta desviada, y el status social y el apoyo recibido por el individuo.

El problema de la marginación en lo que nos ocupa va a depender de varios, a veces múltiples factores, tales como: la carencia de apoyo familiar, el sentimiento de soledad, pero más que nada va a depender de la falta de integración y de sentimiento de pertenencia al grupo.

Se puede afirmar que en la mayoría de los casos de déficit de sentimiento de integración y pertenencia vienen provocados por la segregación que ejercita el grupo mayoritario negando el acceso a los símbolos de su cultura. No obstante el grupo marginal racionaliza su situación a la vez que la deforma para no sentir la culpabilidad de ser excluido.

Importante es destacar el aumento de acontecimientos vitales negativos y de pérdida en grupos de conducta de marginación que pueden aparecer lentamente, en un proceso constante que dará lugar a un continuum de los hechos desde la niñez (internamiento en instituciones) o por acontecimientos vitales estresantes (separación, prisión, despido laboral) no superables por la vulnerabilidad, como consecuencia de la escasa capacidad de amortiguación de las deficientes redes de apoyo social.

Mertón señala que el marginado sabe de las metas pero tiene dificultades para identificar los medios y rechaza las normas que conducen a ellas, dado que la conducta desviada puede comprenderse en términos de estructura social.

Se observa como los grupos marginales pueden estar organizados en cierta medida. Además, en muchos casos poseen recursos para ofrecer protección a la personalidad de sus miembros frente a medios culturales diferentes, desempeñan algunos roles, frecuentemente de tipo laboral dándose los primeros contactos dentro del grupo marginal y dando lugar a su cultura como grupo cerrado.

El continuum marginal se da conflicto social, a modo de competencia y lucha o puede subyacer de forma latente en toda situación de coerción y privación (miles de familias subsisten con salarios mínimos). Estos conflictos suelen hallarse ocultos tras resortes culturales que evitan su explicación y comprensión.[1]

La acción profesional intenta muchas veces adaptar al individuo a una sociedad patógena, manifiesta Marcuse. Sin embargo, se considera conveniente la contestación, el no acomodamiento y lo que es más, diría

yo, valorar la obligación por mandato ético que tienen los profesionales, para trabajar en aras a posibilitar no sólo el cambio del individuo sino también el medio social.

Tiene algo que ver la marginación también y desde un punto de vista psicosocial, con los cambios bruscos por los que discurre la sociedad en este momento. Y es curioso como las Instituciones quedan muchas veces ancladas, como si no fueran parte también de las distintas esferas de la vida social. Se da una situación asincrónica que tendríamos que corregir cuanto antes.

Las variables que influyen en la marginación son factores de riesgo en salud mental y favorecen la cronicidad, dando lugar a lo que Wing llamó "incapacidades secundarias".

El mundo de la marginación de estos enfermos y de sus familiares es muy heterogéneo y va a necesitar de una atención comunitaria, esto es, responsable y participativa.

La OMS ha insistido desde hace tiempo en la necesidad de descentralizar la atención de la salud mental dándole un enfoque comunitario.

Un estudio de la OMS en colaboración con varios servicios, realizado en los años 70, sobre estrategias para extender los servicios de salud mental en siete países, marcó la pauta para este proceso. Tras un análisis crítico se consideró que sería útil adoptar medidas prácticas necesarias para introducir componentes de salud mental en la Atención Primaria.

La conferencia de Alma-Ata insiste, en que el fomento de la salud mental, sea uno de los componentes de la Atención Primaria.

La atención en salud mental comunitaria debe responder a las necesidades de la población y no de las estructuras sanitarias y de los servicios centrales de especialidades. Debe ser: descentralizada, requiere la participación activa de la comunidad y deben de constituir agentes de salud capaces de contribuir a la movilización de la comunidad, estimular la creación de grupos de autoayuda y colaborar en la educación sanitaria y en la prevención de las enfermedades.

Un aspecto muy importante en vías a dar respuestas a la marginalidad es que las personas deben hacerse responsables de su propia salud, como desarrollo individual y colectivo.

La salud no es algo que se "da" o se "facilita". Más bien se ha de promover que las personas participen en la promoción de su propia salud, (carta de Ottawa, 1986).

"EL PUEBLO TIENE EL DERECHO Y EL DEBER DE PARTICIPAR INDIVIDUAL Y COLECTIVAMENTE A LA PLANIFICACIÓN Y APLICACIÓN DE SU ATENCIÓN DE SALUD." (Declaración de Alma-Ata, 1978).

La participación de la comunidad es un proceso por el que los individuos, familias y grupos asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propios y los de la colectividad y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y comunitario.

Una participación no es real si no conlleva: participación en el análisis de la situación sanitaria, en la definición de los problemas y en el establecimiento de prioridades.

Los profesionales deben localizar a los individuos y familias vulnerables. El proceso de análisis puede considerarse como la búsqueda de respuestas a tres preguntas fundamentales:

- *¿Cuales son, según la propia comunidad, sus problemas de salud mental, psicosociales y emocionales?.*
- *¿Qué miembros de la comunidad son considerados emocionalmente vulnerables?.*
- *¿Qué debe hacerse a juicio de la comunidad, para resolver ésos problemas mediante una intervención comunitaria del agente de salud?.*

Esta última pregunta introduce decisivamente el tema de la participación de la comunidad. Hay que partir de que las personas, las familias y los grupos de la comunidad son poseedores de aptitudes para la comunicación, de percepción de necesidades, consuelo y apoyo, pero que estas aptitudes no siempre son evidentes. Estimular el reconocimiento de ellos, llevará a la autoconfianza de la propia comunidad y ello a la autorresponsabilidad para solucionar sus problemas.

ESTRATEGIAS

Las estrategias las situamos en la Unidad de Salud Mental de Alcalá de Henares (Madrid). Corresponde al Área 3 de Salud de la Comunidad Autónoma de Madrid (C.A.M.)

La plantilla de profesionales de enfermería es de dos enfermeros especialistas en salud mental, una enfermera generalista con experiencia en salud mental y una auxiliar de enfermería.

A continuación pretendemos presentar los programas y actividades en los que los profesionales de enfermería participan:

- *Programa de seguimiento y cuidados.*
- *Programa de apoyo a la enfermera de Atención Primaria.*
- *Grupo de autoayuda.*
- *Club Social.*
- *Piso protegido.*

PROGRAMA DE SEGUIMIENTO Y CUIDADOS

El propósito de este Programa es facilitar la actuación coordinada y sinérgica de las distintas unidades, programas y servicios, tanto de salud como de cualquier otro servicio comunitario para aquellas personas que por su capacidad disminuida, tienen dificultades para el uso de los mismos y estos por dos razones fundamentales:

- *Requerir simultánea o sucesivamente el uso de varios de ellos.*
- *Por carecer de soportes sociales necesarios, y organizar las acciones precisas para proporcionarles un sistema de cuidados, mediante la elaboración de un plan individualizado y la asignación de un tutor.*

La evaluación del caso se realiza indistintamente en la consulta de enfermería o en el dispositivo que se considere, dependiendo del momento en el que se encuentre el paciente y teniendo en cuenta la accesibilidad, las cargas de trabajo, así como la disponibilidad de la familia o grupo de referencia.

La evaluación conlleva la recogida de datos. Se proporciona al usuario una información sobre el funcionamiento del programa y se ini-

cia el proceso de construcción de una alianza de trabajo. Finalmente se elabora un plan individualizado de seguimiento y cuidado.

Frecuentemente ocurre que son necesarias varias entrevistas y se involucra a cuantas personas del entorno del usuario se considere necesario.

Los recursos que están al servicio del cliente y con los que en algún momento del proceso se va a relacionar son: Centro de rehabilitación psico-social, (C.R.P.S.), Unidad de Agudos Hospitalaria, Mini-Residencia, Piso protegido, etc. Asociación para la Integración Social de enfermos Psíquicos (A.P.I.S.E.P) y otros adecuados a cada situación.

Las actividades se dividen:

- *Centradas en el caso: Que tienen que ver con los problema derivados de su estado de salud.*
- *Centradas en el entorno: Referidas a la coordinación con recursos comunitarios y familiares.*
- *Centradas en el caso y en el entorno: Que conllevan la articulación concreta de cada caso, con el recurso necesario.*

Los recursos humanos profesionalizados de los que se disponen son: los profesionales de enfermería de la Unidad y la colaboración de dos trabajadoras sociales.

PROGRAMA DE APOYO A LA ENFERMERA DE ATENCIÓN PRIMARIA

La primera consideración al plantearse el desarrollo de dicho programa es que el paciente psiquiátrico ha de ser contemplado como un paciente más del sistema general de atención a la salud.

Bueno es recordar que las acciones realizadas en el ámbito comunitario por las Unidades de Salud Mental, constituyen el elemento básico de la red asistencial de Salud Mental.

Para conseguir una atención integral a la salud es preciso que los profesionales de Atención Primaria compartan la responsabilidad de la atención especializada del usuario.

El equipo de enfermería especialista venía detectando la necesidad de apoyo profesional por parte de las enfermeras de Atención Pri-

maria. Dicha demanda suele centrarse en situaciones de manejo, abordaje y actitudes a tomar ante necesidades y problemas, relacionados con aspectos psiquiátricos y psicológicos, así como de índole social de usuario y sus familias.

La constatación de esta necesidad, llevó a la elaboración del programa, conjuntamente desde ambos niveles de cuidados, poniéndose en marcha en el mes de junio del presente año.

Los objetivos son:

- *Aumentar la capacidad de los profesionales enfermeros en Atención Primaria para la detección de problemas de salud mental.*
- *Apoyar a las enfermeras/os de Atención Primaria en los planes de cuidados.*
- *Conseguir que los aspectos físicos y mentales sean abordados de una forma integral.*
- *Colaborar a la atención integrada en los distintos niveles.*
- *Detectar nuevos casos.*

Las actividades que se llevan a cabo son:

- *En el Centro de Salud y en los domicilios:*
  * Interconsulta a solicitud de la enfermera de Atención Primaria, para evaluación del caso y orientación de la actividad.
  * Solicitud de información de la enfermera especialista.
  * Seguimiento conjunto del plan de cuidados.
- *Apoyo a la intervención en crisis psiquiátricas:*
  * A la familia y la red informal.
  * Al profesional sanitario que realiza el abordaje.
  * Al propio cliente.
- *Sesiones de enfermería:*
  * Temas relacionados con planes de cuidados concretos.
  * Discusión de casos.

Respecto a la formación continuada en temas de salud mental siempre es dentro de plan de formación continuada del Área de Salud, y para cubrir las necesidades de formación de los profesionales en el manejo de los problemas de salud mental más frecuentes que detectan en Atención Primaria.

Referente a los resultados y aún reconociendo que no se ha dado el tiempo suficiente para una evaluación exhaustiva, podemos adelantar: que las enfermeras manifiestan estar más seguras a la hora de intervenir en problemas relacionados con la salud mental; recomiendan a sus compañeras que consulten; acuden con frecuencia a los actos que organizan la Asociación de familias de enfermos y trabajan temas de educación para la salud e integración social con éste colectivo; demandan formación específica en salud mental. Los médicos, comienzan a demandar también interconsultas y a acudir a las sesiones de cuidados enfermeros. Y se ve la necesidad de la coordinación en los profesionales médicos de Equipos de Atención Primaria (E.A.P.) y la Unidad de Salud Mental.

Los recursos humanos que actúan en el presente programa son: Un enfermero especialista en salud mental en coordinación con las enfermeras de Atención Primaria.

GRUPO DE AUTOAYUDA

Según Francisca Roca, los grupos de autoayuda son pequeñas reuniones de personas que se juntan de forma voluntaria para ayudarse mutuamente y lograr un determinado propósito. Suelen ser personas que tienen un mismo problema y se encuentran en una situación conflictiva, se asocian libremente y sin supervisión externa.

Los profesionales pueden estimular a la puesta en marcha y consolidación de los grupos de autoayuda. Recordemos que en nuestro país existe poca tradición en lo que concierne a la participación de los usuarios.

La experiencia en Alcalá de Henares es que a principios del año 1993, un núcleo de familiares de enfermos mentales, arropados por APISEP, comenzaron a reunirse un día a la semana y progresivamente fue aumentando el número de miembros.

Los objetivos del grupo en aquel momento, eran tener un espacio de intercomunicación y de cambio de impresiones sobre los problemas que les afectaban. La dinámica y las intervenciones eran muy emotivas de tal forma que los líderes se encontraron en la necesidad de compartir a su vez esta experiencia, nada fácil de "depositar". La situación a la vuelta del verano fue, que hubo dificultades para liderar la situación creada, que se retornó dando respuestas a las necesidades de formación e información que el propio grupo fue manifestando desde el comienzo de sus reuniones.

Se organizó un ciclo de charlas coloquio con los temas de más interés. Fueron cinco charlas impartidas entre los meses de septiembre y diciembre de dicho año.

A lo largo del año 1994, hubo varios intentos de formalizar las reuniones, como grupo de autoayuda, que sí bien no se consiguió, sí que de forma espontánea un día a la semana se seguían "viendo".

Fue a principios de 1995, cuando, con la presencia de un enfermero como dinamizador, el grupo fue tomando cuerpo: se fijó un día y una hora para reunirse, los asistentes se comprometieron a respetar los turnos de palabras y acordaron que el grupo fuese abierto, de tal forma, que el acudir o no era voluntario, como no podía ser de otro modo, pero entre los reunidos se propusieron tener una actitud acogedora con el que se incorpora y siempre respetuosa con el que por la razón que sea, deja de acudir.

A las reuniones acuden del orden de once a quince personas y hay que destacar que son mujeres las que se reúnen en su totalidad. Una vez más se observa como sobre ellas recae el cuidado de la familia y de ahí su interés.

La actitud del profesional enfermero es de estímulo y apoyo fundamentalmente, procura intervenir verbalmente lo menos posible y es a veces nexo de unión entre algunos de los problemas que los familiares plantean y los servicios correspondientes.

Por el grupo de autoayuda a los problemas dejan de ser privados y se perciben como menos graves. Las familias aprenden a compartir, ven reflejadas sus dificultades y problemas en los otros, aprenden a valerse del grupo explicitando aspectos y experiencia que antes ocultaban y por lo tanto a sentirse menos estigmatizados. El encuentro con otros posibili-

ta también el sobrellevar de una manera más relajada otras circunstancias difíciles: enfermedades, muertes, etc. Supone pues la participación de los propios interesados en la solución de sus problemas, fomentando la autonomía de los mismos y capacitándolos para asumir problemas. Al fin hay que decir también que se posibilita el desarrollo de un tejido social más solidario.

Los recursos de los que se dispone son un local, cedido por el Ayuntamiento y un profesional de enfermería, cuya presencia en este momento se sigue considerando necesaria.

CLUB SOCIAL

El propósito de la puesta en marcha del club social viene dado por las dificultades que las personas que padecen trastornos mentales graves tienen para la organización de actividades de ocio y tiempo libre, así como para desear, generar, utilizar y conservar relaciones interpersonales que sirvan de soporte a tales actividades.

El club social se constituye por iniciativa de APISEP y se ubica en unos locales cedidos por el Ayuntamiento de Alcalá de Henares.

Sus objetivos son:

- *Proporcionar actividades de ocio y tiempo libre.*
- *Facilitar una oportunidad de socialización con bajo nivel de exigencia, para personas con grandes dificultades para la misma.*
- *Activar la "carga familiar" que conlleva la atención a enfermos mentales crónicos.*
- *Servir de base de información sobre programas y actividades de tratamiento, ayuda y autoapoyo para personas con trastornos mentales.*

Los recursos humanos de que se dispone en la actualidad son:

- *La colaboración de cinco jóvenes de la Prestación Social, que divididos en dos turnos cubren los horarios: de 9,00 a 20,00 horas. Las actividades son supervisadas por un enfermero de los servicios de salud mental.*

En cuanto a las actividades; éstas se dividen en:

- *Ocio y entretenimiento. Se planifican semanalmente y contemplan: tertulias, juegos de mesa, lectura, música, TV, pinturas, manualidades, etc.*

Además, se organizan salidas del Centro tales como: excursiones, actividades deportivas, espectáculos, etc.

- *Información y centralización de las actividades.*

Se proporciona información telefónica sobre servicios sociosanitarios del Área, Asociaciones de autoayuda y voluntariado.

Así mismo se vehiculizan las demandas reglamentadas en los programas de seguimiento y cuidados individualizados y se realizan las tareas que se encomienden en tales casos, supervisados por el enfermero especialista en salud mental.

La recepción de nuevos casos se efectúa con uno o dos socios los más caracterizados y un animador o voluntario. Acude, además, el tutor correspondiente del programa de seguimiento. Se informa sobre las actividades y reglamentos y se facilita el contacto con los asociados.

En cuanto a la actividad de supervisión hay que decir que tienen lugar en el pinzamiento de los dos turnos de voluntariado y por procedimiento de urgencia siempre que sea requerido. El referente en este caso es un enfermero especialista en Salud Mental.

PISO PROTEGIDO

El piso protegido viene cumpliendo su función desde hace seis años.

Inicialmente su objetivo era: proporcionar una alternativa residencial estable a personas con una larga historia de institucionalización en régimen manicomial, con un tiempo de ingreso que iba de los once a los veintitrés años. En la actualidad y cumplido ese primer objetivo, se tiende a que el piso sea compatible, su primer motivo con otras necesidades de tipo transitorio o de paso hacia alternativas residenciales más normalizadas.

Los objetivos básicamente son:

- *Preparación para opciones residenciales más autónomas, independientes o integradas.*
- *Evitar hospitalizaciones "sociales" que se puedan dar por situaciones de abandono o urgencia social.*
- *Proporcionar una descarga familiar en situaciones de sobrecarga o de convivencia problemática.*

Las actividades son las siguientes:

- *Entrenamiento, supervisión y apoyo:*
  * En habilidades necesarias para realizar las tareas y para facilitar la convivencia.
  * En el uso de la red de servicios socio-sanitarios.
  * En la integración sociocomunitaria.
- *Coordinación con las alternativas residenciales posteriores a la estancia en el piso para facilitar un buen ajuste futuro.*

Las actividades serán implementadas como mayor o menor frecuencia e intensidad en función de las necesidades de los usuarios del piso.

Los recursos humanos con los que cuentan son: Un enfermero especialista en salud mental, una auxiliar de enfermería y personal voluntario.

En función de las necesidades puntuales que se presentan, colaboran también el CRPS, una trabajadora social y el programa de ayuda a domicilio de los Servicios Sociales Municipales.

En los últimos dos años se ha trabajado especialmente las actividades que tienen que ver con tareas domésticas y más concretamente con actividades alrededor de la nutrición, desde la combinación de alimentos, a la compra y preparación de los mismos. Ello ha dado lugar a que pacientes aislados, alguno viviendo sólo en su domicilio durante los nueve años anteriores, en este momento mantengan una dieta equilibrada y paralelamente hayan mejorado sus capacidades sociales así como sus

hábitos higiénicos, siendo por otro lado, unos vecinos más en su comunidad asumiendo responsabilidades.

A lo largo del presente trabajo hemos intentado exponer algunas de las actividades en las que los profesionales enfermeros en una Unidad de Salud Mental, colaboran a evitar la marginación social a la que están abocados en muchas circunstancias las personas que tienen problemas de salud mental. No queremos terminar sin poner el énfasis en la importancia que adquieren los apoyos institucionales o no, en la tarea de evitar la marginalidad y rehabilitación de los enfermos mentales crónicos. Esto, junto con el abordaje del trabajo con las familias y allegados son los sustentos que han de apoyar el trabajo enfermero.

Podemos afirmar en general, que las actividades individuales de integración social, combinadas con intervenciones familiares y con grupos y en un contexto multi-institucional mejoran el desempeño social de los usuarios, previenen recaídas y alivian el stress de las familias, a la vez que se ponen los cimientos para evitar el mundo marginal en el que muchas veces viven.

BIBLIOGRAFÍA

1. LÓPEZ C y JURADO C. Importancia del soporte social - Boletín AMRP (Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial) Nº. 3. Año 2, Julio 1995.
2. LÓPEZ I, MEGIAS-LIZANCOS y otros. Atención Domiciliaria. Diagnósticos de Enfermería. Ed. INTERAMERICANA, 1994.
3. MANSILLA F. Marginación, riesgo en salud mental y cronicidad. I Jornadas Universitarias de Salud Mental y marginación. Ed. Jesús Biurrun. 1993. San Sebastian.
4. MEGIAS-LIZANCOS F. y otro. La enfermería en salud mental en la comunidad: Teoría y Práctica. V Congreso Nacional de Enfermería en Salud Mental. Ed: A.E.S.M., Vitoria, 1987
5. MEGIAS-LIZANCOS F. Función Social de la Enfermería en Salud Mental. I Taller: Enfermería en Salud Mental en Andalucia. Córdoba 1992.
6. O.M.S. Introducción de un componente de salud mental en la Atención Primaria. Ed. OMS, Ginebra, 1990.

7. O.M.S. II Conferencia Internacional sobre promoción de la salud. Estrategias de acción. Ed. OMS. Adelaida, 1988

8. O.M.S. Ambientes que apoyan la Salud. Declaración de Sundsvall. Ed. OMS, Sundsvall, 1991.

9. O.M.S. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Ed. OMS, Ottawa, 1986

*1 Mansilla, F. "I Jornadas Universitarias de Salud Mental y Marginación"

Comunicaciones

la marginalidad en la realidad social

¿PUEDEN MODIFICARSE LAS ACTITUDES MARGINADORAS?

Marta López Rodrigo
Profesora Enfermería Psicosocial y Salud Mental

Montserrat Montiel Pastor
Profesora Enfermería Médico-Quirúrgica y Metodología

Escuela Universitaria de Enfermería del Mar
Barcelona

INTRODUCCIÓN

La población toxicómana ha sufrido en los últimos 15-20 años cambios importantes. En un principio los drogodependientes atendidos en los centros asistenciales eran personas adictas a drogas pero conservadas en el plano psíquico, poco deteriorados en el físico y muy alterada la esfera psicosocial. Progresivamente la población se fue deteriorando físicamente y empezaba a presentar problemas psiquiátricos; en el plano social estaba claramente marginado y automarginado. Actualmente a todo este panorama se añade el del S.I.D.A.

Las actitudes de la población hacia los drogodependientes están influenciadas por la cantidad y contenido de la información que aparece en los medios de comunicación, que casi exclusivamente los vinculan a grupos estigmatizados socialmente. Así los enfermos deben soportar no sólo la perspectiva de una enfermedad sino también el rechazo social o marginación.

Marginado[1] se define como aquel individuo que por diversas causas (inadaptación, conducta desviada, rebelión hacia un sistema de valores aceptados, inmigración, educación, razón, lengua, etc.) no se encuentra plenamente integrado en una comunidad social y recibe un trato discriminatorio, excluyente o represivo. La marginación se expresa mediante las actitudes.

Una actitud[2] es una disposición de ánimo expresada exteriormente de alguna forma. Una característica de la actitud es que puede ser modificable y perfeccionable por el aprendizaje, o sea, puede incorporarse a las propias pautas de conducta ya que no implica que sean cualidades ligadas al nacimiento, sino que es susceptible de aprendizaje a lo largo de los años de vida profesional.

La marginación a la que están expuestos los enfermos drogodependientes les llega también de la mano de los profesionales de la salud y entre ellos los de enfermería, en tanto que las enfermeras como seres humanos que son, no pueden aceptar espontáneamente a todos los enfermos por el solo hecho de serlo.

Desde estas perspectivas (que las actitudes pueden modificarse y que las enfermeras las poseemos) hemos decidido iniciar un estudio sobre las actitudes de los estudiantes de primer y tercer curso de Enfermería de la Escuela Universitaria del Mar ante los enfermos adictos a drogas por vía parenteral (A.D.V.P.), que nos permita determinar si de primero a tercero éstas se modifican tras establecer contacto profesional con toxicómanos en situaciones de práctica clínica y de realizar una asignatura optativa de atención al drogodependiente.

MATERIAL Y MÉTODO

Realizamos un diseño cuasiexperimental ya que a pesar de existir un componente de manipulación nos vimos obligadas a utilizar un grupo de control no equivalente y la distribución de los sujetos no aleatoria.

La razón de utilizar un grupo de control no equivalente es la necesidad de poseer datos en un espacio corto de tiempo siendo nuestra intención completar el estudio dentro de dos años con los estudiantes de primer curso, al llegar a tercero, realicen la formación específica y optativa sobre drogodependientes.

Por lo tanto los dos grupos estudiados no son iguales, pero la recolección de datos de preprueba permite precisar la similitud en cuanto a conocimientos previos y características personales, por lo que tenemos la certeza relativa de que cualquier diferencia que surja en el estudio de los dos grupos resulta de la manipulación del 2° grupo.

Para la recogida de datos hemos utilizado una adaptación de la escala AAPPQ cuarta versión (Alcohol and Alcohol Problems Percepcion Questionnaire) desarrollada y utilizada por Cartwright y col. en diversos estudios desde 1975 (3).

El cuestionario resultante comprende treinta puntos de Lickert que recogen actitudes favorables y desfavorables de los alumnos de enferme-

ría hacia los ADVP, agrupadas en cuatro apartados: adecuación y legitimidad del rol, motivación y autoestima profesional. Se realizaron además dos preguntas referentes a la formación. Una, que se pasó a los dos grupos, y se refería a la motivación para realizar formación especializada y la segunda, a contestar sólo por los de tercero, en la que se les pedía manifestasen que les había aportado la formación especifica en la asignatura optativa.

En todas ellas, excepto en las de formación que tenían respuesta específicas, se pide a los alumnos que contesten según el grado de acuerdo y desacuerdo con la proposición expresada. Se utilizaron cinco categorías de respuesta incluyendo la de "no lo se" para recoger la opción de aquellas personas que no se considerasen comprometidas con el problema escogido o que simplemente no tenían una opinión formada.

El cuestionario se pasó a un total de 53 de los alumnos de primer curso que no habían tenido contacto profesional con enfermos toxicómanos ni habían recibido nunca formación específica en el tema. Éstos representan un total de 55,8% de los alumnos matriculados en la asignatura "Fundamentos de Enfermería". Se pasó el mismo cuestionario a los alumnos de tercero matriculados en la optativa "Atención al drogodependiente: un enfoque holístico", obteniéndose un total de 37 cuestionarios que representan el 84,1% del total de los matriculados (Gráfico 1).

ALUMNOS DE PRIMER Y TERCER CURSO INCLUIDOS EN LA MUESTRA

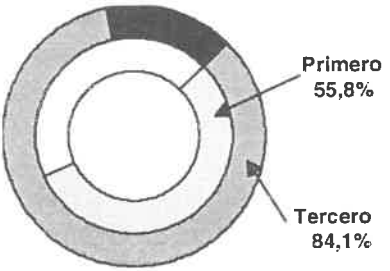


Gráfico 1

Destacar que entre ellos 31, equivalente al 83,8%, habían tenido relaciones profesionales (auxiliares de clínica, técnicos de laboratorio o radiología, ...) con ADVP. No incluimos como relaciones profesionales las prácticas clínicas realizadas durante su período formativo (Gráfico 2).

RELACIONES PROFESIONALES
(ALUMNOS DE TERCER CURSO)

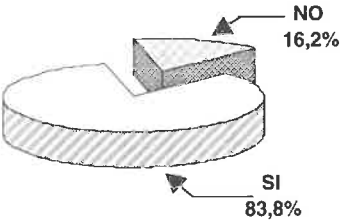


Gráfico 2

ACTITUDES MANIFESTADAS POR LOS ALUMNOS

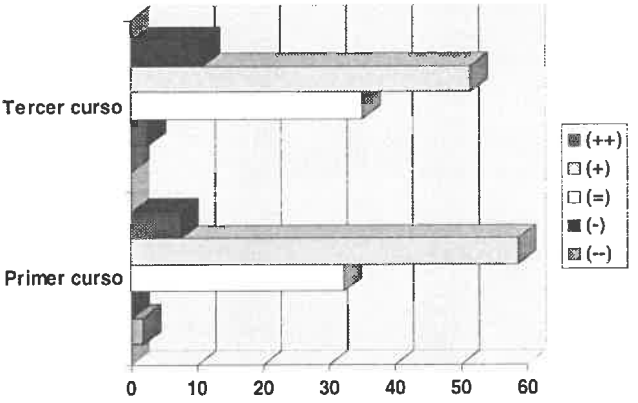


Gráfico 3

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Al analizar los resultados, observamos en primer lugar que los alumnos de primer curso presentan una puntuación ligeramente más alta en cuanto a actitudes positivas y muy positivas se refiere. Así se obtienen puntuaciones de 58,5% y 51,3% para las actitudes "positivas" en primero y tercero respectivamente y 7,5% y 10,9% para las "muy positivas" también respectivamente para primero y tercero (Gráfico 3).

Si analizamos apartado por apartado obtenemos las siguientes puntuaciones:

A. Adecuación del rol

En este apartado observamos que los alumnos de 3º tienen más clara cual es su función propia, tal como se muestra en el Ítem 17 "Creo que las enfermeras generalistas pueden asesorar a los ADVP", en el que con un porcentaje de 41,5% los de primero manifiestan no tener formada una opinión mientras que los de tercero lo tienen claro (64,9%) o muy claro (21,6%) (Gráfico 4).

ITEM 17

"CREO QUE LAS ENFERMERAS GENERALISTAS PUEDEN ASESORAR A LOS ADVP"

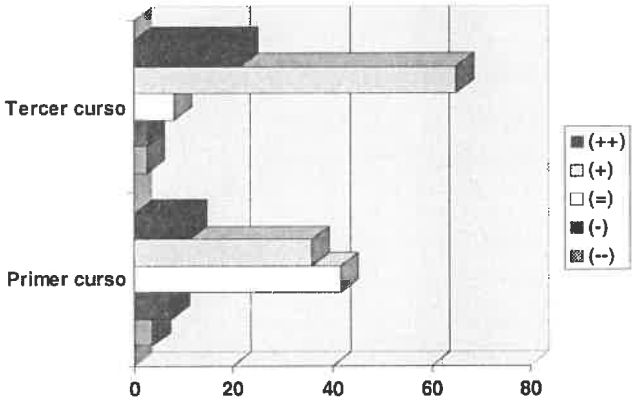


Gráfico 4

B. Legitimidad del rol

En este apartado vemos que casi el 95% de los de tercero se consideran con "derecho a preguntar a los enfermos cuestiones sobre su adicción cuando lo consideren necesario" (Ítem 11). En los de primero resaltar, que si bien un 71,6% también se consideran con derecho a preguntar, un 17,0% no tienen una opinión formada y un 11,4% no consideran tener derecho a hacerlo (Gráfico 5).

ITEM 11

"CREO QUE COMO FUTURA ENFERMERA GENERALISTA TENDRÉ DERECHO A PREGUNTAR A LOS ADVP CUESTIONES SOBRE SU ADICCIÓN CUANDO SEA NECESARIO"

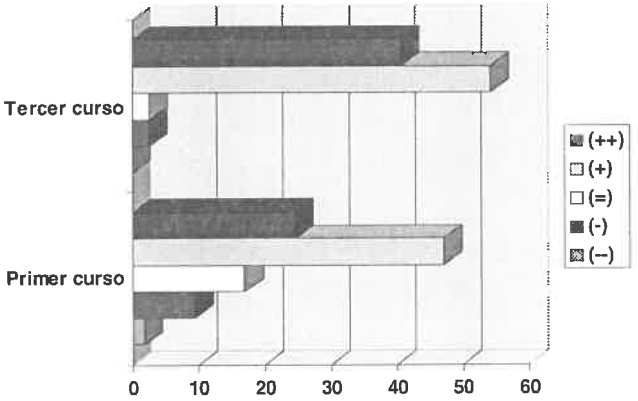


Gráfico 5

C. Motivación

Referente a la motivación, ante la afirmación de si "el pesimismo es la actitud más realista frente a los ADVP" (Ítem 16) constatamos que entre los alumnos de primero hay un 56,6% que están en desacuerdo con ella, un 30,2% están de acuerdo y un 13,2% no tienen opinión. En los alumnos de tercero observamos que se decantan claramente hacia las opiniones a favor (19,0%) o en contra (81%) de la proposición en tanto que ningún alumno manifiesta no tener opinión (Gráfico 6) .

ITEM 16

"EL PESIMISMO ES LA ACTITUD MÁS REALISTA FRENTE A LOS ADVP"

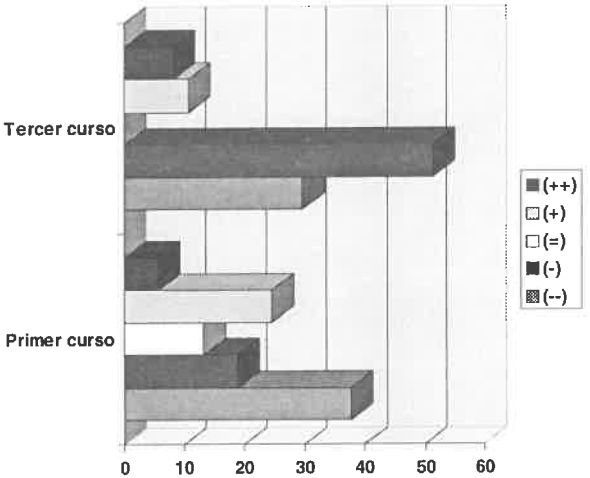


Gráfico 6

A la vista de los resultados resaltar que entre los de primero, con puntuaciones similares en las 3 categorías centrales, destaca que están totalmente en desacuerdo con la proposición, dando incluso una mayor puntuación que los de tercero. Valoración que se hace desde el conocimiento relativo del problema lo que nos confirma la tesis de que aquellas profesiones en las cuales la elección de la misma puede para algunos estar motivada por la "vocación" y la ayuda a aquellos que están más desvalidos o desprotegidos, se produce en los estudiantes una reacción de idealización profesional cuando la situación no es contemplada desde una perspectiva global.

D. Autoestima profesional

En el apartado de la autoestima profesional se observa que ante la afirmación "Creo que no me sentiré orgulloso de mi trabajo si lo realizo con ADVP" (Ítem 13), el 40,5% de los alumnos de tercero no saben si se sentirían orgullosos de trabajar con ADVP o bien no se sentirían orgullosos

un 8,2%. Por contra, en los de primero encontramos que casi las ¾ partes están en desacuerdo, un 18,8% no tienen opinión formada y sólo un 7,6% están de acuerdo con la proposición (Gráfico 7).

ITEM 13

"CREO QUE NO ME SENTIRÉ ORGULLOSO DE MI TRABAJO SI LO REALIZO CON ADVP"

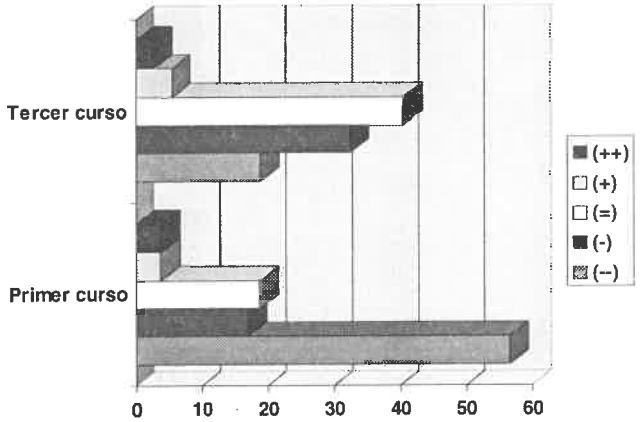


Gráfico 7

La razón por la cual los alumnos de tercero tienen más dudas puede deberse a que ellos ya han tenido contacto profesional con ADVP y poseen un conocimiento más claro de las cifras reales de recaídas y éxitos de las desintoxicaciones, con lo cual quizás se pregunten a sí mismos ¿cuánta autoestima puedo desarrollar si todo el esfuerzo que pongo en el trabajo tiene al final unos resultados tan poco exitosos?.

E. Formación profesional

Respecto a la formación, tanto unos como otros asistirían a cursos o seminarios de formación específica en drogodependencias según los objetivos que éstos tuvieran.

A la pregunta específica para los de tercero respecto a "¿Qué crees que ha modificado la formación recibida en toxicomanías? " (Ítem 30) destacar que las ¾ partes consideran que les ha cambiado la idea que tenían sobre los ADVP y la de cual es su rol profesional (Gráfico 8).

ITEM 1

"ASISTIRÍAS A UN CURSO/SEMINARIO DE PROFUNDIZACIÓN SOBRE DROGODEPENDENCIAS"

(++) Todos los que surgiesen
(+) Dependiendo de los objetivos
(=) Quizás sí, quizás no
(-) Si fuese imprescindible
(—) Si me obligasen

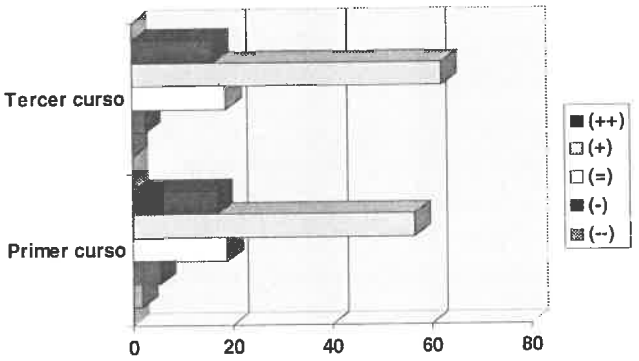


Gráfico 8

CONCLUSIONES

1. Mediante la formación específica en toxicomanías, durante la formación básica, se clarifica la adecuación y legitimidad del rol profesional.

2. La dificultad que plantea la salida del mundo de las drogas tanto para los propios implicados (enfermos y familiares) como para los profesionales de la salud encargados de participar en su recuperación comporta serias dudas a los alumnos de tercero, más conocedores de la realidad que los de primero, de la dificultad que comporta desarrollar autoestima cuando el trabajo es tan poco gratificante.

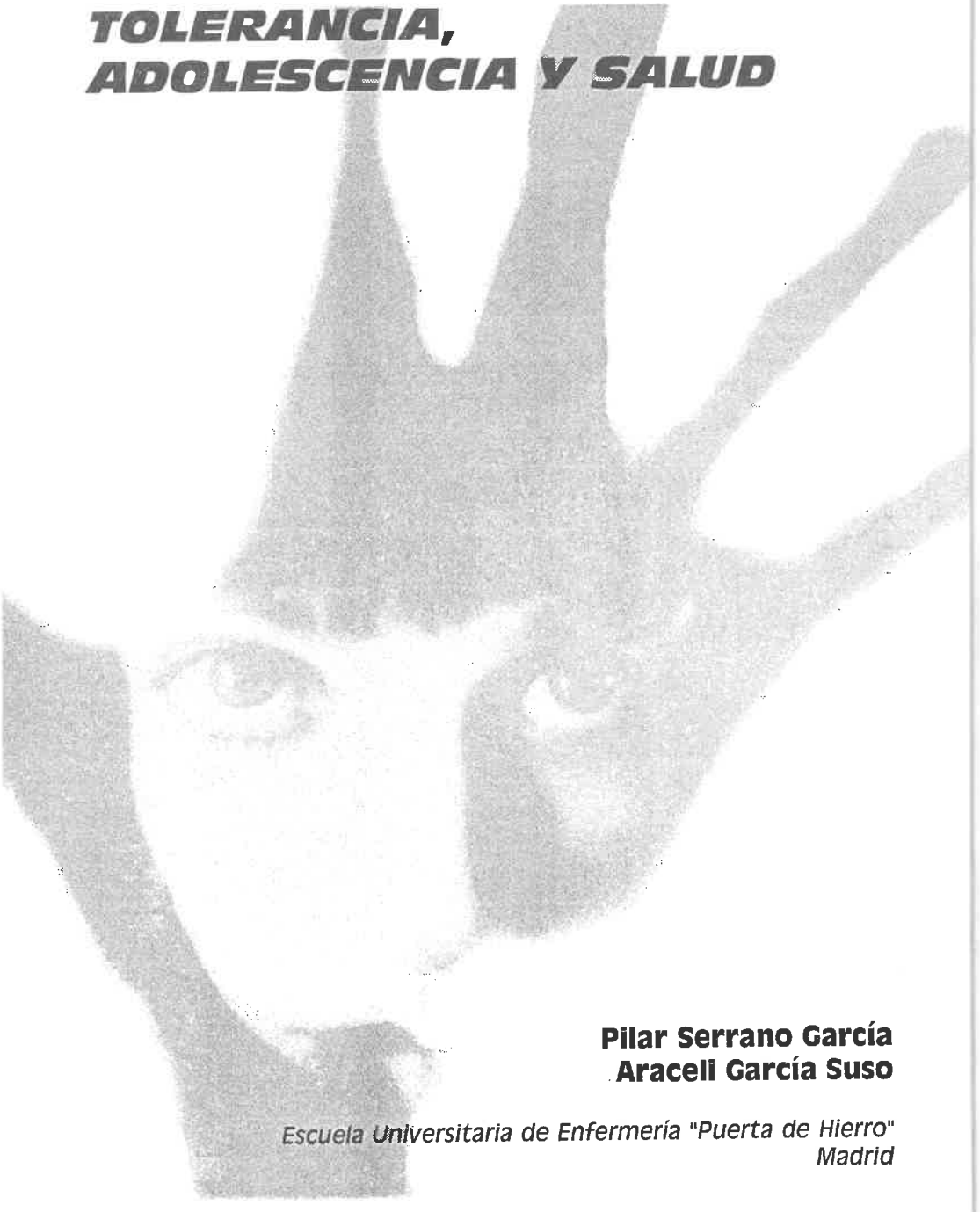
3. La falta de experiencia o contacto real, en los alumnos de primer curso, lleva a idealizar al enfermo toxicómano y sus posibilidades de recuperación.

4. Conscientes, ya al iniciar el estudio, de la dificultad que plantea el estudio de las actitudes y su modificación, al finalizarlo en su primera parte, hemos constatado que en la formación básica se dan conocimientos respecto a la actitudes. La forma como éstas pueden modificarse es mediante la utilización de técnicas pedagógicas complejas con enfermos simulados, poco utilizables en las escuelas de enfermería básica por costosas y por corresponder, a nuestro juicio, a la formación postbásica en tanto que el profesional ya ha adquirido una visión global de cada situación clínica en la que debe ejercitarse.

BIBLIOGRAFÍA

1. "Diccionari de la llengua catalana". Enciclopèdia Catalana, Barcelona, 1995.
2. Novel Martí, Glòria. "Enfermería Psico-social". Salvat, Barcelona, 1991.
3. Peter Anderson. "The AAPPQ Revisited: the measurement of general practitioners' attitudes to alcohol problems". British Journal of Addiction (1987) 82, 753-759.

TOLERANCIA, ADOLESCENCIA Y SALUD



Pilar Serrano García
Araceli García Suso

Escuela Universitaria de Enfermería "Puerta de Hierro"
Madrid

INTRODUCCION

La crisis económica internacional, la presión y los movimientos demográficos, los cambios radicales en los países del Este, el complicado proceso de unidad europea, unidos al temor e inseguridad por lo que respecta al futuro como consecuencia del desempleo y la pobreza son, entre otros, elementos que están propiciando el renacer de actitudes intolerantes. Una encuesta realizada en 1988, a nivel europeo, reflejaba que aproximadamente un 30% de la población estimaba que en su país vivían demasiadas personas de diferente nacionalidad y que la presencia de inmigrantes era un factor negativo de cara al futuro [1].

A este fenómeno no escapa España, aunque no tiene la magnitud que en otros países. En cualquier caso no son de despreciar las actitudes discriminatorias que algunos españoles tienen ante ciertos colectivos como los gitanos; según una encuesta realizada en 1993 el 31% de los jóvenes entre 14 y 19 años afirman: "si de mi dependiera echaría a los gitanos de España" [2].

Aunque las actitudes de intolerancia se manifiestan en cualquier edad de la vida del ser humano, es en la adolescencia cuando éstas pueden tener mayor repercusión e importancia, dado que se está conformando la personalidad del individuo. Es conocida esta etapa como una edad de grandes cambios, en la que se buscan modelos, líderes e ideales; históricamente los jóvenes han sido receptores de ideas nuevas y revolucionarias y se han caracterizado por defender unos ideales y luchar por ellos. Por otra parte, otros atributos de la adolescencia son la inseguridad, grandes contradicciones, prepotencia y no pocas dosis de ignorancia. Esta dicotomía la hace especialmente vulnerable a la trasgresión de la , a veces, imperceptible barrera entre la tolerancia y la intolerancia, dando lu-

gar a comportamientos intolerantes del tipo de "tribus urbanas" y a otros de gran tolerancia y solidaridad del tipo "jóvenes contra la intolerancia".

Si a todo lo anteriormente comentado unimos elementos de nuestra sociedad como la fuerte tendencia al individualismo, inherentes a la modernización del sistema, ésto ocasiona en los jóvenes una fuerte desorientación y una sensible desvinculación de instituciones como la familia, la vocación por el trabajo, la iglesia, sindicatos o partidos políticos y, sobre todo, abre una profunda contradicción con la cultura de la insolidaridad, que queda relegada a ámbitos minoritarios, posibilitando que el colectivo joven muestre una amplia permeabilidad a planteamientos intolerantes [3].

Pero después de haber enmarcado, desde el punto de vista sociológico, el problema de la intolerancia y la adolescencia, **¿qué podemos decir de la relación entre intolerancia y salud?**. Desde la concepción integral de la salud no resulta difícil entender que una alteración en los aspectos psicosociales puede repercutir en la salud global y entendemos que dicho aspecto pueda verse alterado por actitudes de intolerancia que conllevan valores y creencias negativos (violencia, agresividad).

Pensamos que desde el ámbito de la educación para la salud se puede educar en la tolerancia, tanto porque la tolerancia genera salud, como porque la intolerancia la quita, la destruye o produce un desequilibrio en ésta.

La intolerancia no sólo va a repercutir en la salud individual, sino sobre todo a nivel comunitario, ya que promueve las desigualdades sociales que son la raíz de gran parte de los problemas de salud de un pueblo.

Por lo tanto se nos hacía necesario en nuestro estudio sobre adolescentes **conocer estas actitudes de intolerancia o discriminatorias, así como poder determinar si se relacionan con otras características o conductas de los jóvenes estudiados**.

MATERIAL Y METODOS

Para dar respuesta a la hipótesis anteriormente planteada se llevó a cabo un **estudio descriptivo transversal**.

La población sobre la que se realizó la investigación fueron los adolescentes que cursaban estudios de B.U.P. (Bachillerato Unificado Polivalente) o E.S.O. (Enseñanza Secundaria Obligatoria) en los institutos del Distrito Municipal de Moncloa(+) durante el año escolar 1994-95. El universo poblacional estaba compuesto de 1493 alumnos distribuidos :

Liceo Sorolla (Instituto Privado): 217 alumnos

Isaac Newton (I. Público): 543 alumnos

Ciudad de los poetas (I. Público): 487 alumnos

Ortega y Gasset (I. Público): 246 alumnos

(*) El distrito de Moncloa se ubica en la zona norte Madrid , es básicamente de servicios y se corresponde con un nivel medio-alto.

De esta población se obtuvo una muestra de 373 alumnos por **Muestreo Aleatorio Estratificado**, tomando como estratos: - Público-privado y - Cursos (1°, 2° y 3° de B.U.P.)

Técnicas y Procedimientos: se utilizó un cuestionario autoadministrado que constaba de 25 items (cuatro sobre datos de identificación y 21 sobre hábitos de vida). Las preguntas eran cerradas y escalares (escala nominal y ordinal). Para conocer la variable "**actitudes de intolerancia**" se utilizó la pregunta: "***¿ Cómo reaccionarías si llegase a la vecindad una persona perteneciente a un supuesto grupo marginal (inmigrantes, homosexuales, gitanos, etc.)***?; para contestar a esta cuestión se utilizó una escala ordinal con las siguientes categorías: **No me molestaría - Me molestaría dependiendo del grupo - Si me molestaría**.

Previo a la fase de recogida de los datos, se entró en contacto con los directores de los institutos, tanto para pedir su consentimiento y colaboración, como para explicar los objetivos y características del estudio; además se les hicieron una serie de preguntas que ayudaban a enmarcar socioeconómica y culturalmente a los adolescentes.

Para llevar a cabo eficazmente la fase de ejecución del estudio, se adiestró a un grupo de alumnos de Enfermería de primer curso de la E.U.E. "Puerta de Hierro", participantes en la investigación, en la técnica

de cuestionario (construcción, ejecución, recolección de los datos y su procesamiento).

Como limitación al estudio señalamos que no se pudo realizar un pilotaje por restricciones de tiempo impuestas por los directores de los institutos.

Para el procesamiento estadístico se realizaron índices de estadística descriptiva e inferencial (X2) y cálculo de los intervalos de confianza para un 95% de seguridad. Se utilizaron los paquetes informáticos EPIINFO 5 y HARVARD GRAPHICS 2.

RESULTADOS

Respecto al porcentaje de no respuesta , cabe comentar , que fue del 13.92 % (319 alumnos contestaron el cuestionario de los 373 seleccionados). El 16 % (51) pertenecían al único instituto privado del Distrito y el 84 % restante (268) a institutos públicos (Ver tabla 1).

TABLA I : DISTRIBUCION DE LOS ADOLESCENTES SEGUN INSTITUTO

Distrito de Moncloa. Madrid 1995

INSTITUTO	Nº	PORCENTAJE
I. NEWTON	122	38,2
L. SOROLLA	51	16
O. Y GASSET	45	14,1
C. DE LOS POETAS	101	31,7
TOTAL	319	100

El 90 % (277) tenían entre 14 y 17 años, encontrándose un 10 % (31) entre 18 y 27 años (ver tabla 2)

TABLA 2 : DISTRIBUCION DE LOS ADOLESCENTES SEGUN EDAD

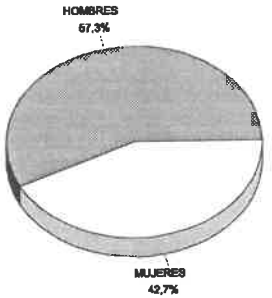
Distrito de Moncloa. Madrid 1995

EDAD	N	PORCENTAJE
14-15	151	49,1
16-17	126	40,9
18 Y +	31	10
TOTAL	308	100

Hubo un 3.44 % de alumnos que no contestaron este items. La media de edad de las personas encuestadas fue de 15.69 con una D.E. de 1.51. En relación al sexo el 42.7 % (134) eran mujeres y 57.3 % (180) hombres (ver gráfico 1);

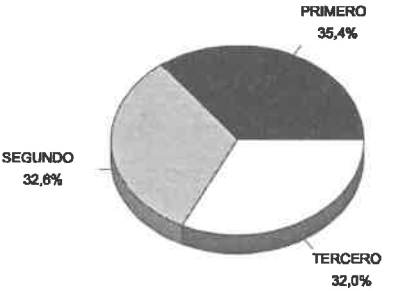
GRAFICO 1: DISTRIBUCION DE LOS ADOLESCENTES SEGUN SEXO

Distrito de Moncloa. Madrid 1995



Hubo un 1.56 % de alumnos que no respondieron a esta cuestión. Los alumnos estaban distribuidos equitativamente entre 1°, 2° y 3° de B.U.P. (ver gráfico 2).

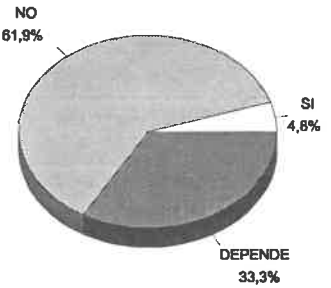
GRAFICO 2: DISTRIBUCION DE LOS ADOLESCENTES SEGUN CURSO
Distrito de Moncloa. Madrid 1995



Los directores de los distintos institutos coincidieron en señalar que el nivel socioeconómico de las familias de los estudiantes era medio-alto y estable; además en todos los centros se impartían asignaturas relacionadas con el Medio Ambiente y hábitos de vida saludables.

Los resultados obtenidos sobre la variable "actitudes de intolerancia" (descrita en material y métodos) fueron los siguientes: un 61.9 % [56.59 - 67.21] opinó que no le molestaría tener como vecina a una persona perteneciente a un supuesto grupo marginal , un 33.3 % [28.13 - 38.47] expresó que dependía del grupo al que perteneciese la persona y un 4.8 % [2.46 - 7.14] manifestó que si le molestaría (ver gráfico 3).

GRAFICO 3: PROPORCION DE ADOLESCENTES SEGUN ACTITUDES DE INTOLERANCIA
Distrito de Moncloa. Madrid 1995

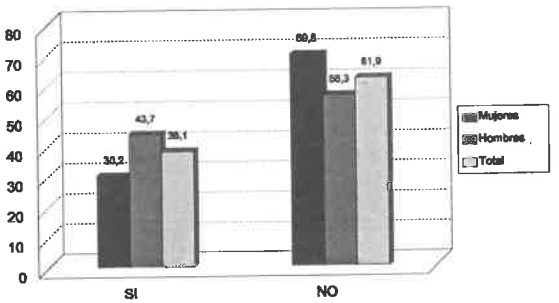


De cara a posteriores análisis esta escala ordinal fue transformada en una escala nominal dicotómica : "si me molestaría" (agrega el "si" y el "depende") y "no me molestaría"; encontrándose de esta forma el 38.1 % [32.79 - 43.41] en la primera categoría y el 61.9 % [56.59 - 67.21] en la segunda categoría.

Al cruzar la variable "actitudes de intolerancia" con otras incluidas en el cuestionario, no se halló asociación (con significación estadística) con la edad al hacer el análisis global, pero sí al hacerlo por estratos (institutos) ; así, en el instituto "Ciudad de los Poetas" aumentaban estas actitudes a medida que aumentaba la edad (X2= 6.97 , p= 0.008). El sexo sí parece tener relación con la intolerancia en nuestro estudio (ver gráfico 4).

GRAFICO 4: ACTITUDES DE INTOLERANCIA SEGUN SEXO

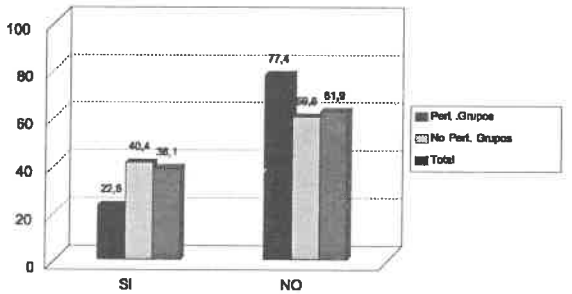
Distrito de Moncloa. Madrid 1995



GI CUADRADO=5.15 P=0.02

Los resultados abocan a que son más tolerantes las mujeres (X2= 5.15 , p= 0.02). También se obtuvo asociación con significación estradítica (X2= 3.71 , p=0.054) con la pertenencia a grupos de ayuda social y humanitaria ; la tolerancia era mayor en aquellos adolescentes que pertenecían a dichos grupos (ver gráfico 5).

GRAFICO 5: ACTITUDES DE INTOLERANCIA SEGUN PERTENENCIA A GRUPO DE AYUDA
Distrito de Moncloa. Madrid 1995



GI CUADRADO=3.71 P=0.054

Se realizaron cruces con otras variable como el consumo de drogas , práctica de ejercicio , conductas de cuidado medioambiental , pertenencia a instituto público o privado, etc. pero no se encontró asociación con significación estadística.

DISCUSION

Al cotejar nuestros resultados con los obtenidos en otros estudios, observamos que otros autores han encontrado porcentajes superiores de intolerancia ; así , en una investigación llevada a cabo por Manuel Martin Serrano (4) para el INJUVE (Instituto de la Juventud) un 87 % de los encuestados respondían que no le gustaría tener a algunas personas como vecinos; esta diferencia tan marcada con nuestro estudio (38.1) puede deberse a que el trabajo citado recogió opiniones de jóvenes de toda España, de todos los niveles socioeconómicos y entre 15 y 19 años; en cambio en nuestro estudio el 90 % se encontraban entre 14 y 17 años y su nivel socioeconómico era medio-alto. En otro estudio (2) sobre el tema, un 31 % de lo jóvenes afirmaban que si de ellos dependiera echarían a los gitanos de España. El CIRES (Centro de Investigaciones de Realidades Sociales) en 1993 confirmaba que entre un 5 y un 7 % de personas en este país se define abiertamente racistas y xenófobas, este porcentaje es similar al encontrado en nuestro trabajo (4.8 %). Es de señalar que del 38.1 % de intolerancia obtenido en nuestra investigación, el 33.3 % co-

rrespondía a la categoría "depende del grupo" y por lo tanto refleja la gran diversidad de actitudes discriminatorias en dependencia de los diferentes colectivos (inmigrantes, homosexuales, gitanos), ésto se corrobora en otros estudios [(4) (5)] donde queda claramente establecido que los españoles son más intolerantes con las personas drogodependientes, seguido de las prostitutas, los gitanos, etc.

Otra investigación llevada a cabo por el CIRES [(5)] evidenció que las actitudes discriminatorias están más presentes en la gente de más edad, con nivel educativo y social bajo y de tendencia "derechista"; estas variables no han sido exploradas en nuestro trabajo, pero cabría decir que la zona estudiada (Moncloa) se corresponde con un nivel socioeconómico medio-alto, por lo que los porcentajes de intolerancia encontrados probablemente sean menores que en otras zonas y también menores que si hubiéramos estudiado a grupos de más edad. Este mismo estudio no encontró relación con el sexo, por el contrario nosotros encontramos que el sexo y la tolerancia estaban asociados con significación estadística; en nuestra opinión este hallazgo puede explicarse porque las mujeres a estas edades , tienen un proceso de madurez psicológica mayor que los hombres ; por otra parte las mujeres son portadoras de una herencia cultural en la que han sido depositarias de conductas tales como el cuidado de la prole y servicio a los demás, comportamientos que conllevan valores relacionados con la flexibilidad, la comprensión y en definitiva aspectos que configuran el valor "tolerancia".

Otro hallazgo relevante de nuestro estudio es el que hace referencia a la asociación entre actitudes de tolerancia y pertenencia a grupos de ayuda social ; no hemos encontrado bibliografía que aborde este tema pero entendemos que esta relación es lógica ya que los grupos de ayuda promueven las actitudes de solidaridad, apoyo, ayuda y respeto, precisamente a individuos y colectivos objeto de marginación.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A través del presente trabajo podemos concluir :

- que los adolescentes del Distrito municipal de Moncloa son mayoritariamente tolerantes (61.9 %),

- que no se ha encontrado relación entre la intolerancia y el tipo de institución docente, ni con la edad y tampoco con otros hábitos tales como el consumo de drogas, práctica de ejercicio, actividades en defensa del medio ambiente, etc..,
- que al parecer si existe asociación con el sexo y con la pertenencia a grupos de ayuda social y humanitaria, siendo más tolerantes la mujeres y los que pertenecen a estos grupos.

Fruto de este análisis , valoramos la necesidad de continuar investigando en torno a estos temas e iniciar, desde la perspectiva enfermera, intervenciones que generen conductas de tolerancia en los adolescentes (p.ej. desde los institutos colaborar en la organización de debates, grupos de discusión , conferencias ,etc. y desde el centro de salud introducir en la Educación para la Salud del programa del adolescente contenidos que aumenten el interés para la integración en grupos de ayuda social, etc.); así como sensibilizar a los futuros profesionales enfermeros a través de materias optativas o de libre configuración que aborden el tema.

BIBLIOGRAFIA

1. Ibarra Blanco, E. "Jóvenes contra la intolerancia". Revista Catorce Treinta n. 6 (1993); p. 57-58. Madrid.
2. Piera, C. "Reflexionar sobre la tolerancia". Carta de España: Rev. de Emigración e inmigración. n. 487 (noviembre 1994); p.21. Ministerio de Asuntos Sociales, Madrid 1995.
3. Ibarra Blanco, E. "Racismo , Intolerancia y juventud". Revista Tiempo de paz n. 36 (1995) ; p.47-53. Madrid.
4. Martin Serrano, M. "Los valores actuales de la juventud en España". Centro de Estudios, Formación e Investigación de la Juventud (Ministerio de Asuntos Sociales). Madrid 1991.
5. CIRES Informe de 1992. BBV

LA PREVENCIÓN EN LA POBLACIÓN INMIGRANTE

Mª Visitación Sanchón Macías
Profesora Titular
Escuela Universitaria de Enfermería "Casa de Salud Valdecilla"

Rocío Pérez Ruíz
Enfermera
Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla"

Santander (Cantabria)

INTRODUCCIÓN

La inmigración conforma una realidad en el mundo actual. En España, a principios de los años 70, comienza a llegar un volumen importante y heterogéneo de población extranjera.

El colectivo de inmigrantes precisa una atención preventiva más exhaustiva que la población española debido a que son grupos con problemas de marginación social, hacinamiento, inestabilidad laboral, escasez de recursos económicos, barreras idiomáticas y se encuentran con problemas relacionados con las condiciones de tipo étnico, religioso y cultural. Además, los inmigrantes considerados como ilegales carecen de asistencia sanitaria, esto supone que no tengan cobertura de medicamentos, ni control sobre las vacunaciones u otras enfermedades infecto-contagiosas.

El objetivo de este estudio es conocer las dificultades sentidas por los profesionales sanitarios para llevar a cabo una actuación preventiva con la población inmigrante.

Los resultados sugieren que la actuación preventiva en la población de inmigrantes es escasa. Por tanto, los profesionales sanitarios deben buscar estrategias educativas y políticas para que la actuación preventiva en esta población sea una realidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

El instrumento utilizado para la recogida de datos es un cuestionario, anónimo, formado por 31 preguntas estructuradas y semiestructuradas que fue distribuido entre los profesionales sanitarios (médicos, enfer-

meras y asistentes sociales) que trabajan en los centros de salud de Aravaca, Collado Villalba y Majadahonda, pertenecientes al Área 6 de la Comunidad de Madrid. Los datos de las preguntas estructuradas se analizaron mediante el programa Epiinfo y los de las semiestructuradas mediante análisis cualitativo.

RESULTADOS

El número de cuestionarios entregados en los tres centros de salud es de 78. La respuesta global fue del 74,5% (58). (Fig.1)

Gráfico 1

El **grupo de población inmigrante que demanda más atención** son los hombres de 15 a 49 años según se expone en el 49,2% de las respuestas, seguido de los niños de 0 a 6 años de edad (27,5%).

En lo referente al **número de inmigrantes que ve cada profesional por semana,** el 77% expone un promedio de 1 a 10.

Las patologías, por las que más frecuentemente acuden los inmigrantes a los centros de salud, se exponen en base a la opinión de los profesionales. De las 93 patologías mencionadas globalmente en los tres centros, coinciden en primer lugar las enfermedades infecciosas 26 (30%) y entre ellas destacan: 9 (34,6%) de Tuberculosis pulmonar, 7 (27%) de Enfermedades de Transmisión Sexual y 3 (11,5%) Dermatológicas. La Tuberculosis pulmonar se puede relacionar con condiciones de hacina-

miento y bajo estatus económico, sin embargo, tanto la Tuberculosis pulmonar como las Enfermedades de Transmisión Sexual son patologías fácilmente abordables en programas preventivos y de educación sanitaria, de los que podría beneficiarse toda la población.

Es significativo que un 23,6% de las patologías mencionadas sean traumáticas y accidentes laborales. Cabe pensar que las malas condiciones laborales, la falta de información respecto a medidas de seguridad y el desempeño de trabajos arriesgados, estén influyendo en la frecuencia de accidentes de trabajo y como consecuencia haya un número importante de solicitud de bajas laborales como es el caso de los inmigrantes legales. Con los ilegales sucede que los accidentes de trabajo no se declaran y en ocasiones ni se tratan, ocultando situaciones laborales irregulares.

En cuanto a **las razones por las que los inmigrantes acuden a los centros de salud**, los encuestados refieren que 37(50%) son aquellas que quedan incluidas en el apartado de Diagnóstico y Tratamiento (Fig.2). Las razones de prevención suponen el 14,8% y para solicitar bajas laborales un 10,8%. Los inmigrantes asisten a los centros por necesidad y en ocasiones en estado grave. El hecho de no acudir a citas programadas refleja un sentimiento de miedo y una tendencia a ocultarse cuando son ilegales. Esto genera frustración en los profesionales al no poder realizar un seguimiento adecuado. Las frecuentes migraciones también podrían ser la causa de que no acudan a las citas programadas.

RESULTADOS

PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES

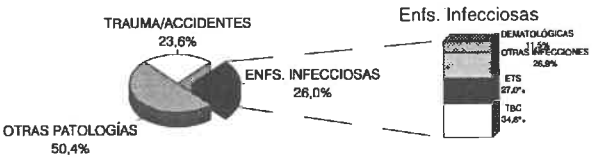


Gráfico 2

En relación a **la necesidad de programas específicos para inmigrantes** hay dos planteamientos por parte de los profesionales. Por una parte, un grupo de profesionales no considera necesarios los programas específicos porque en su opinión, los inmigrantes «por igualdad de derechos deben estar integrados en los programas de los españoles». Por otra parte, otro grupo manifiesta la necesidad de estos programas, por sus «peculiaridades socioeconómicas y culturales». Esta afirmación de los profesionales de este estudio, ya ha sido considerada anteriormente. Los problemas derivados de un deficitario conocimiento de nuestro idioma, de la dependencia de un intérprete, de la falta de autonomía de las mujeres/madres con respecto a los varones, de las diferencias culturales en cuanto a la prevención de la enfermedad, aceptación y seguimiento de tratamientos etc, deben encontrar una solución en programas sociosanitarios específicos.

Es significativo que un 41,3% de todas las personas encuestadas, no respondan a esta pregunta. Analizando las respuestas de los tres centros hay que destacar que hay una gran diferencia en lo que manifiestan en Aravaca donde un 55,5% no responden y el resto manifiesta que estaría dispuesto a participar en programas específicos «siempre y cuando no interfiriera en su trabajo» o «en caso de epidemia». Sin embargo, en Villalba y Majadahonda un 20% de los encuestados, manifiesta su disposición a participar en todos los programas.

Un 50% de los enfermeros que están trabajando en los tres centros de salud, no conocen la **ley de extranjería** frente a un 40% de los médicos (Fig 3). Sin embargo, respecto a **los derechos del inmigrante y el español ante el trabajo**, la actitud personal de los enfermeros es más positiva. Un 43% de los profesionales de enfermería consideran que los inmigrantes tienen los mismos derechos ante el trabajo que los españoles. Es necesario que las enfermeras adquieran conocimientos de otras culturas cuando trabajan con minorías étnicas. Las teóricas de enfermería como Leininger y Orem ya consideraban la importancia de conocer la cultura del individuo para reducir la distancia entre enfermeras y pacientes. Sin embargo, existe poca literatura e investigación en enfermería referente al racismo y sus efectos en los receptores y proveedores de los cuidados de enfermería.

RESULTADOS

¿CONOCE LA LEY DE EXTRANJERÍA?

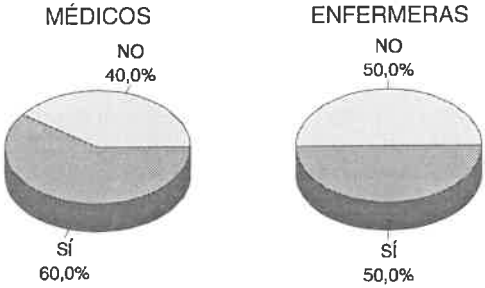


Gráfico 3

Cuando se pregunta si **se sienten capacitados para hacer prevención con inmigrantes,** en el centro de Aravaca hay un 55,5% de profesionales que no responden y un 22,2% manifiesta que no, siendo el «exceso de demanda» la causa que alegan. Los profesionales de Villalba y Majadahonda expresan en un 30% y 21% respectivamente que no porque desconocen su cultura e idioma, lo que les plantea dificultades de comunicación.

Si esto es así, los responsables sanitarios tendrán que considerarlo y buscar soluciones para que los usuarios no sufran las consecuencias de los problemas estructurales del Sistema. Aunque esto no basta para resolver un problema tan complejo como es la atención sanitaria al inmigrante. Será necesario que las soluciones estructurales y administrativas se complementen con una actitud positiva del profesional de salud. Sí queremos combatir el racismo, debemos intentar entender sus manifestaciones. Es un problema moral, humano y no algo que se pueda dejar a los gestores, los profesionales más importantes o las personas que organizan conferencias. La aportación de los profesionales es muy valiosa como lo demuestran las propuestas de los centros de Villalba y Majadahonda. Ambos coinciden en la importancia de contar con un traductor y de diseñar programas de formación para inmigrantes.

CONCLUSIONES

1. Es una necesidad social y sanitaria captar a las poblaciones de inmigrantes que viven en España, estén regularizados o no, para prestarles atención sanitaria. Esto, podría hacerse a través de consulta médica y de enfermería, asociaciones de vecinos, religiosas o profesionales, escuelas y líderes de grupos.

2. La atención sanitaria de todos los inmigrantes debe prestarla la seguridad social, esto resolvería entre otros problemas, la falta de cobertura de medicamentos.

3. Es preciso contar con conocimientos sociales, antropológicos y pedagógicos, lo cual nos lleva a plantear como vía de solución la interdisciplinaridad.

4. La incorporación de traductores favorecerá el entendimiento y agilizará el trabajo de los profesionales, los cuáles proponen buscar interlocutores válidos que en unos casos podría ser algún profesional conocedor de su idioma y en otros inmigrantes que hablen español, para que actúen como intérpretes.

5. El conocimiento de su cultura y tradiciones es imprescindible para hacer un trabajo de prevención eficaz. Este acercamiento a su cultura podría realizarse a través de cursos de formación, organizados en los mismos centros, consensuados entre los profesionales y tal vez con la colaboración de inmigrantes.

6. Teniendo en cuenta la existencia de un número considerable de accidentes de trabajo, podría establecerse un programa de prevención de accidentes laborales. Así mismo, deberían contemplarse otros programas como: prevención de enfermedades de transmisión sexual, sida y tuberculosis pulmonar. La mujer y el niño, merecen especial atención al ser un colectivo más desprotegido. La vacunación de la población infantil se considera imprescindible en los tres centros de salud.

Sin la colaboración de las autoridades estas propuestas no podrán realizarse. Se impone, por tanto, una revisión de la actual Ley de extranjería y mayor coordinación entre los ministerios de Justicia e Interior, Asuntos Sociales y Sanidad. Al mismo tiempo, los profesionales sanitarios deben buscar estrategias educativas y políticas para que la actuación preventiva en esta población sea una realidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sanchez PL. Los extranjeros ilegales en España; los grandes olvidados. Cessar. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1988: Enero-Junio.
2. Alvarez de Paz J,Bru PC. La Europa del 93 y los inmigrantes. Situación Jurídica de los Extranjeros en los Países Comunitarios, datos y perspectivas. Ediciones de la UAM, 1994:45-72.
3. Bronet JR, Pretel MJ. La situación sanitaria de la población inmigrante. Informes, estudios y documentos. Situación Jurídica y asistencial de los extranjeros en España, 1994.
4. Pou RM., Biñama B. Morbilidad atendida de la población inmigrante africana en un centro de salud. Atención Primaria 1994;13 (6):283-288.
5. Schmid G. Innovation in social sciences research. Migration and Health, 1993;6(1):95-99.
6. Van der Zwaard J. Duth training nurses and their views on migrant women. Social Science Medicine, 1992;35 (9):1137-1143.
7. Alleyne JO, Papadopoulos I. Antiracism within transcultural nurse education. British Journal of Nursing, 1994;3(12):635-637.
8. Bryman A. Research methods and organization studies. Comtemporary social research series, 1989;20 London, UK.
9. Kanu Dunn S. Health seeing behaviors and barriers to care among transcultural families. Migration World, 1980; 15(5):24-29
10. Bollini P. International migration. Mental Health Unit, 1992; 30: 87-100

LA MARGINALIDAD EN LA REALIDAD SOCIAL: UNA PROPUESTA PARA LA ENFERMERÍA

Laura Montenegro Marchante

Escuela Universitaria de Enfermería "Valle Hebrón"
Barcelona

INTRODUCCIÓN

Los países de la Unión Europea se encuentran desde hace tiempo en una fase de rápido cambio social y económico. Esta situación ha dado lugar al aumento del número de ciudadanos de la Unión que padecen dificultades y sufren desventajas, aún cuando la mayoría se haya beneficiado de una mayor riqueza, una mayor variedad de opciones y una mayor calidad de vida.

Aquéllos socialmente excluidos, como ahora se les denomina, comparten una o más desventajas, como la falta de cualificación o de trabajo, una salud delicada, la edad, el sexo, el origen racial, la falta de movilidad o la ubicación en una zona desfavorecida; que han limitado su capacidad para hacer frente y adaptarse al cambio.

La internacionalización de la economía y el diferente proceso de creación de riqueza y trabajo provoca que el conjunto de economistas y sociólogos aborden como un ciclo de emigraciones extranacionales.

Se confirma el proceso de consolidación de población inmigrante que desde hace años, se ha instalado en las periferias de los centros industriales europeos.

España no es ajena a esta situación que afecta al conjunto de la Comunidad Europea y por tanto, no lo puede ser su Administración Pública en los diferentes niveles, ni los profesionales que configuramos la misma.

Esta situación, se ha dado aquí con más retraso que en el resto del conjunto comunitario. Alrededor del 85% de esta población inmigrada tiene su origen en países no desarrollados.

Esta realidad provoca dos fenómenos dentro de la misma problemática: Carácter de la estancia y posiciones adaptativas.

Se han de distinguir diferentes realidades. Una es la población extranjera inmigrada que tiene voluntad nada más de tránsito. Otro colectivo se plantea una estancia provisional de más o menos duración en el tiempo, que vendrá medida por su capacidad de ahorro monetario e informativo, y que tiene la voluntad de retorno a su comunidad de origen. Un tercer colectivo, se plantea una estancia más o menos prolongada, incluyendo los aspectos de integración legal hasta la fase de nacionalización.

Esta tipología establecida en base a sus voluntades tiende a modificarse de acuerdo a unos factores: trabajo, vivienda, integración intra e interétnica, dominio idiomático, legalización, rechazo ....

Concretamente estos colectivos, que en algunos casos llevan aquí una década, comienzan a generar problemas de adaptación de una primera a una segunda generación.

Delante de esta compleja realidad se trata de que estos colectivos accedan a una situación plena de ciudadanos, no garantizada simplemente por su legalidad, sino por participar activamente en la sociedad.

Tenemos que ser capaces de destacar la condición positiva de su presencia, tanto por el capital humano que supone como por las aportaciones culturales y elementos innovadores que introducen. En cualquier caso se presenta una tarea de establecer un aprendizaje de sociabilidad necesaria para el desarrollo de una sociedad plural.

Ante la situación descrita, las ***enfermeras***, debemos tener propuestas y criterios que nos permitan desarrollar instrumentos de trabajo.

MARCO LEGAL

La **Constitución Española** en su art. 13 establece que «los extranjeros gozarán en España de las libertades públicas que garantiza este título en los términos que establecen los tratados y la ley». La **Ley Orgánica de Derechos y Libertades de los extranjeros** de 1 de julio de 1985 realiza la normativa constitucional.

El art. 149.1.2, de la Constitución da competencias exclusivas al Gobierno Central: «El Estado tiene competencias exclusivas sobre materias de nacionalidad, inmigración, extranjería, emigración y derecho de asilo».

El **Consejo de Europa** estableció la «Convención de Salvaguarda de los Derechos del Hombre y de las Libertades Fundamentales» donde se expresaba la defensa de los derechos cívicos en la comunidad local.

Es necesario resaltar la Recomendación adoptada por el Consejo de Ministros de Asuntos Exteriores de 24.06.92, en el que se aconseja ***flexibilidad*** en las medidas que se adopten respecto a los inmigrantes.

La **Carta Europea de Autonomía Local** dice: «las comunidades han de disfrutar de autonomía real en la gestión de los problemas relacionados con las condiciones de vida de sus ciudadanos, así como también incluir poderes generales para la gestión de la política de inmigración, integración, conjuntamente con los correspondientes recursos financieros».

En la jurisprudencia de referencia se ha de tener en cuenta:

- la Declaración Universal de los Derechos Humanos.
- la Carta Social Europea.
- el Informe Ford del Parlamento Europeo.
- la Resolución 31/127 de las Naciones Unidas, en la que aconseja «medidas para mejorar la situación y garantizar el respeto de los Derechos Humanos y la dignidad de todos los trabajadores inmigrados»

PROPUESTA A

A1.- ***Asignatura optativa*** para que se imparta dentro del currículum básico de los Diplomados en Enfermería.

A2.- ***Programa de formación interna continua***, dirigido a todos los profesionales de enfermería.

Objetivos

- Incrementar el grado de conocimiento de la cultura de los inmigrantes y las condiciones en las que viven, para potenciar en los estudiantes de enfermería, así como en los profesionales que trabajan en el sistema sanitario, actitudes de respeto y tolerancia.
- Dar la información necesaria, para que estos colectivos sean capaces de canalizar hacia los servicios especializados, las peticiones y problemáticas planteadas por estos colectivos.

Contenidos

Bloque I: Aspectos legales y administrativos

- Ley de extranjería: Marco general. Características. Casuística más importante. Regularización.
- Asilo y refugio.
- Aspectos administrativos: Aspectos importantes a considerar y requisitos. Centros y organismos de ayuda.

Bloque II: Bases sociales y culturales

- Sociedad y cultura magrebí: Religión y estructura social. Familia. Educación. Roles familiares. Organización política.
- Condiciones políticas y económicas que facilitan la inmigración.
- Elementos de contraste entre la cultura de procedencia y la autóctona.

Bloque III: Problemáticas y Acciones para la integración

- Psicopatología del hecho migratorio. Factores que refuerzan o debilitan las problemáticas existentes.
- Taller de reflexión comportamental.

- Problemas de adaptación de la población: laborales, sanitarios, escolares, alimentación, delincuencia, tensiones familiares ...
- Experiencias concretas de integración.

Metodología

La metodología de trabajo, se realizará combinando aspectos teóricos con experiencias concretas. Por eso se contará con expertos en el tema y con la colaboración de personas que lleven a término experiencias de integración con inmigrantes, y que ellos mismos lo sean.

La idea global, es ofrecer la mayor riqueza posible de situaciones y permitir la discusión y planteamiento de problemas, intentando aproximar al máximo los criterios y actuaciones de la enfermería.

PROPUESTA B

B1.- ***Promocionar*** **y** ***participar*** **en las redes de soporte**.

Garantizar que los profesionales de enfermería en general, y en particular aquellos que trabajamos en el campo comunitario, nos impliquemos con el conjunto de la ciudadanía en la comprensión de la nueva realidad y demos soporte, con los sectores más activos, en este proceso.

El objetivo, es incidir en la comunidad de acogida que protagoniza el impacto intercultural; creando redes de soporte mediante el voluntariado y el desarrollo comunitario, facilitando el funcionamiento de aquéllas que ya estén creadas, participando en las O.N.G., colaborando como agentes de cambio.

ENFERMERÍA: UN ANÁLISIS SOBRE LA TRIADA CREENCIAS, ACTITUDES Y VALORES

Julia Garrido Abejar (*)
Isabel Segarra Cañamares (*)
Mª Begoña Mendoza de la Rosa (**)
Alejandro Hernaiz Gómez (***)
Mª Ángeles Gregorio Sanz (***)
José Quero Baena (***)

(*) Profesoras de la E.U.E. de Cuenca (UCLM)
(**) Enfermera Unidad Residencial Diputación Provincial
(***) Alumnos de la E.U.E. de Cuenca (UCLM)

INTRODUCCIÓN

Si consideramos que, aunque los conocimientos se consolidan con la experiencia a lo largo del tiempo del ejercicio profesional, necesitamos también comprender qué aspectos son los que impulsan a los profesionales a comportarse de forma más o menos cercana, comprensiva, empática o cualificada. Nos parece importante reflexionar acerca de cuando se establecen las actitudes que determinan las conductas de los profesionales, y además en qué medida los procesos formativos producen cambios en lo que son realmente los aspectos que predisponen a elaborar conductas adecuadas humanísticas y tecnológicamente ante situaciones de salud.

Partimos del supuesto que las actitudes no existen independientemente de las personas, es decir determinadas actitudes ante las cosas nos parecen más o menos positivas porque antes las hemos visto reflejadas en otras personas que han pertenecido a nuestros grupos de referencia. Son, por tanto, las personas las que nos hacen valorar determinadas actitudes como buenas.

Tras esta aclaración nos parece importante considerar que la profesión de enfermería contiene un sistema nuclear de actitudes que, a lo largo del tiempo, ha sido asumido y transmitido por los profesionales que la han practicado, aunque en ocasiones el gran avance tecnológico y el crecimiento del cuerpo de conocimientos nos haga cuestionar que, quizás, la transmisión de actitudes pueda perderse en el vasto conjunto de conceptos y técnicas que se necesitan introducir en el proceso formativo.

Este ha sido el motivo principal que nos ha hecho elaborar este estudio, considerando que el análisis del comportamiento no puede ha-

cerse por separado del terreno de las actitudes, ya que la actitud hacia las cosas refleja la predisposición del individuo a actuar en un sentido o en otro y favorece, por tanto, la adquisición de determinadas conductas y que, generalmente las actitudes se asocian a sentimientos positivos o negativos que anteceden a la conducta y la dotan de una cierta intencionalidad. Las actitudes serían el elemento mediador que actúa como catalizador para generar determinados comportamientos.

Por esta razón, en nuestro estudio hemos pretendido aproximarnos a las actitudes que un grupo de estudiantes, consideran más importantes para la profesión de enfermería, al mismo tiempo que hemos tratado de traducir estas actitudes en juicios de valor relativos a comportamientos que individualmente se atribuyen.

Dado que el concepto de actitud pertenece a una dimensión que requiere determinado nivel de abstracción y que, debido a esta complejidad es muy difícil de concretar y medir, es por lo que nos ha parecido pertinente pasar al nivel de las capacidades para su análisis.

La escala de capacidades que representamos ha sido elaborada entre un grupo de personas con suficiente experiencia profesional.

Una escala significa interrelación y orden, es decir que dentro de ella hay elementos que tienen que estar en un orden superior y otros en orden inferior, es decir que hay cosas más importantes que otras. Pero además significa que todas las capacidades deben estar presentes sin que una pueda existir con independencia de las otras. Esto hace que, de este modo, los estudiantes a los que hemos valorado en este estudio han tenido que elegir y elaborar su propia forma de concebir el hacer profesional junto a la conducta que los identifica.

Del orden que le den a esas capacidades y a sus propias conductas vamos a poder extraer si al final de la formación y como consecuencia del proceso de aprendizaje los profesores de la práctica, fundamentalmente, han podido fomentar, promover y valorar un determinado grupo de actitudes. Así la escala se habrá ordenado en función de las actitudes necesarias que predisponen para la acción de hacer enfermería.

1. DISEÑO DE ESTUDIO

1.1. Objeto de estudio

Este trabajo tiene como objeto de estudio indagar sobre cuales serían las actitudes y capacidades más destacables para el ejercicio de la Enfermería -variable dependiente- así como su reflejo en conductas. Y si las actitudes y conductas varían en su valoración e implantación a través del proceso formativo -variable independiente-.

Nuestra hipótesis de trabajo la planteamos del siguiente modo: La variable formación influye significativamente en el proceso de adquisición de actitudes y conductas consideradas como más deseables para la práctica de la Enfermería.

2.1. Material y Métodos

Para desarrollar nuestro estudio seleccionamos previamente en un grupo de discusión las diez actitudes-capacidades más relevantes de los profesionales de la salud y en especial las de las enfermeras/os. Además realizamos también una escala para valorar su concreción en conductas específicas. (Graf. 1).

Actitudes/Capacidades deseables	Autoanalisis de la personalidad
Capacidad comunicacion empatia	Sociable, comprensivo...
Capacidad de autenticidad (asertividad)	Sinceridad, positivo ...
Capacidad de aceptacion al otro sin prejuicios	Respetuoso, cosiderado, tolerante ...
Capacidad de manipulacion tecnico-instrumental	Competente tecnicamente, habil ...
Capacidad observacion	Observador, inspeccionador ...
Capacidad autodisciplina	Ordenado ,sistematico ...
Capacidad de decision	Resolutivo, seguro ...
Capacidad de trasmitir afecto,seguridad	Afectuoso, cariñoso, amable ...
Capacidad de critica	Critico, reflexivo ...
Capacidad de ayuda desinteresada	Solidario, caritativo ...

Una vez elaborada la encuesta, se decidió pasarla a una población de estudiantes de C.O.U. con opción biosanitaria (que preferiblemente quisieran realizar Enfermería) y a estudiantes de primero y tercer curso de la Diplomatura de Enfermería de la E.U. de Cuenca.

La muestra fue seleccionada por el sistema aleatorio simple, la componen 69 estudiantes de C.O.U., 50 estudiantes de primero de Enfermería y 50 de tercero de Enfermería. A ellos se les pasó la escala de actitudes y conductas y se les pidió que valoraran las cinco que consideraran más importantes en relación a las capacidades/actitudes más deseables para el ejercicio de Enfermería y que puntuaran igualmente las cinco conductas/cualidades que consideran más relevantes de su personalidad.

2. RESULTADOS

Es importante destacar que quizás el diseño de la escala no estaba suficientemente validado y, por tanto, algunos de los términos podrían generar confusión. Además los estudiantes de C.O.U. seleccionaron los 5 items solicitados en cada lugar, pero los de Enfermería seleccionaron algunos más, comentando en las observaciones la imposibilidad de ceñirse a cinco, y considerar relevantes también los otros. Esto se vio especialmente en tercer curso, en el que seleccionaron entre 6 y 8 items de media.

En nuestro análisis de datos establecemos de forma comparativa la evolución de las variables desde la perspectiva de los estudiantes de C.O.U. En ella parece ser que la valoración más alta y estable en toda la muestra, ha sido para la capacidad de comunicación, (graf. 3), valoración que es congruente con las cualidades o conductas sociables-comprensivo que aplican en el autoanálisis de su personalidad.

Igualmente tiene una alta valoración la capacidad de aceptación al otro sin prejuicios, (graf. 4), que aunque presente ya en los estudiantes de C.O.U., aumenta de forma progresiva tanto en lo que se refiere a actitudes como a las conductas que van adquiriendo en relación a la capacidad de autenticidad-asertividad, (graf. 5), no en un valor considerado como más destacable en los estudiantes de Enfermería, sin embargo,

todos los estudiantes se consideran a sí mismos como sinceros, positivos o congruentes.

El cuarto valor importante para los estudiantes de C.O.U., se refiere a la capacidad de manipulación técnico-instrumental (graf. 6), que también se corresponde como importante en los estudiantes de Enfermería. Sin embargo, la conducta en la que se traduce -habilidad técnica- no se puntúa alta más que en tercer curso como parece lógico pensar.

El quinto lugar lo ocupa la capacidad de observación (graf. 7), la cual también aumenta en su valoración y concreción en conductas a lo largo de carrera.

En sexto lugar se encuentra la capacidad de autodisciplina (graf. 8), variable que se comporta de forma irregular en lo que se refiere a las conductas que se derivan de ella: ordenado, sistemático..., y que no alcanza una valoración significativamente alta hasta tercer curso.

El séptimo lugar se aplica a la capacidad de decisión (graf. 9), que tiene un aumento claro en tercer curso, tanto en lo que se refiere a la capacidad como a las conductas para resolver problemas o situaciones urgentes.

En octavo lugar estaría la capacidad de transmitir afecto y seguridad (graf. 10), que también aumenta progresivamente.

En novena posición está la capacidad de crítica (graf. 11), que igualmente sube en los estudiantes de Enfermería, ya que como es lógico también pensar, las experiencias y los conocimientos, así como los referentes profesionales provocan planteamientos, cuestionamientos por la necesidad de desarrollar un nuevo aprendizaje. Esta sería una actitud que permite generar y evaluar alternativas para alcanzar conclusiones y decisiones y así evaluar las propias soluciones.

Por último y siguiendo la perspectiva de C.O.U. aparece la capacidad de ayuda desinteresada (graf. 12), que igualmente sube en los estudiantes de Enfermería, capacidad que requiere un gran humanismo por ser la persona el objeto de su cuidado, de ahí deducimos que para un estudiante de Enfermería aprender a cuidar signifique además hacerse cargo de lo que les pase a los otros.

3. CONCLUSIONES

Dado que nuestro propósito es revisar los cambios que produce la variable formación, tomamos como punto de referencia los datos de C.O.U. y los de tercer curso, y la comparación entre ambos, (graf. 13), Consideramos importantes los datos de primer curso solo a efectos de confirmar tendencias. En C.O.U., podemos observar la manifestación de conductas atribuidas por los propios estudiantes como solidarios, críticos, reflexivos, ordenados, valoradas como cualidades propias en un alto grado. Sin embargo éstos no tienen una valoración muy alta en lo que se refiere a las capacidades deseables correspondientes, aunque para los que elaboramos el estudio nos parece que son predisposiciones para el ejercicio de la Enfermería muy interesantes. Como es lógico, si bien valoran las capacidades de manipulación técnico-instrumental y la de observación como muy positivas no consideran que tienen la competencia técnica y los datos de observación necesarios.

En tercero de Enfermería, (graf. 14), si bien entienden que la capacidad de manipulación y de decisión son muy importantes, los estudiantes dejan entrever implícitamente que no las han adquirido en el orden que ellos mismos le conceden dentro de la escala actitudes/capacidades, probablemente porque se consideran todavía inseguros cuando se comparan con los profesionales con los que conviven en su proceso de aprendizaje y a los que consideran muy diestros y asumiendo toda la responsabilidad del cuidado. Sin embargo, cualidades personales como el ser sincero, ordenado y sistemático o afectuoso las han adquirido en mayor medida de lo esperable, sin duda, porque estos aspectos son consecuencia de la mayor relevancia que en la actualidad se está dando a los aspectos psico-sociales.

No obstante, entendemos que se cumple nuestra hipótesis ya que se observa con claridad como a lo largo del proceso formativo van modificándose determinadas actitudes en el orden de la escala.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández, C. y Col.: Enfermería Fundamental. Barcelona, Mason, 1995.
2. Notter, L. y Rose, J.: Principios de la Investigación en Enfermería. Barcelona, Doyma, 1992.

ANEXO GRAFICOS

RESULTADOS GLOBALES

Actitudes/Capacidades para ejercer la enfermeria	COU Total 69	1º DE Total 50	3º DE Total 50
Capacidad comunicacion	85 %	100 %	96.8 %
Sociable, comprensivo	100 %	85 %	92 %
Capacidad de autenticidad (asertividad)	73.9 %	38 %	62 %
Sinceridad	73 %	89 %	90 %
Capacidad de aceptacion al otro sin prejuicios	71 %	86 %	96.8 %
Respetuoso	60 %	92 %	89 %
Capacidad de manipulacion tecnico-instrumental	69.5 %	70 %	75 %
Competente tecnicamente	28 %	39 %	83 %
Capacidad observacion	59.4 %	58 %	68 %
Observador	31 %	62 %	86 %
Capacidad autodisciplina	55 %	66 %	59 %
Ordenado y sistematico	45 %	40 %	83 %
Capacidad de decision	28.9 %	32 %	70 %
Decisivo	35 %	62 %	74 %
Capacidad de trasmitir afecto,seguridad	18.8 %	42 %	53 %
Afectuoso	23 %	53 %	76 %
Capacidad de critica	14.9 %	44 %	65 %
Critico, reflexivo	35 %	43 %	75 %
Capacidad de ayuda desinteresada	10 %	54 %	60 %
Solidario	40 %	73 %	75 %

Gráfico 2

CAPACIDAD DE COMUNICACIÓN-SOCIABLE

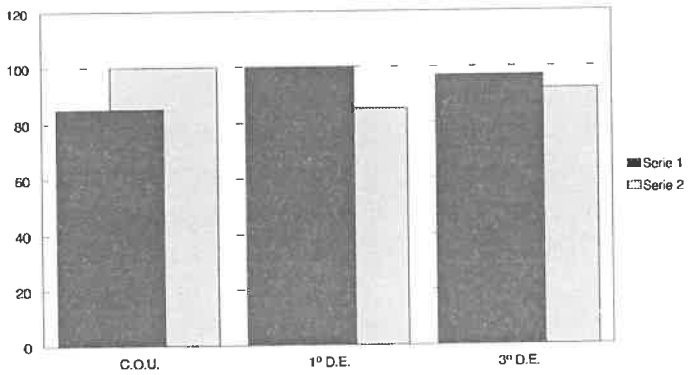


Gráfico 3

CAPACIDAD DE AUTENTICIDAD-SINCERIDAD

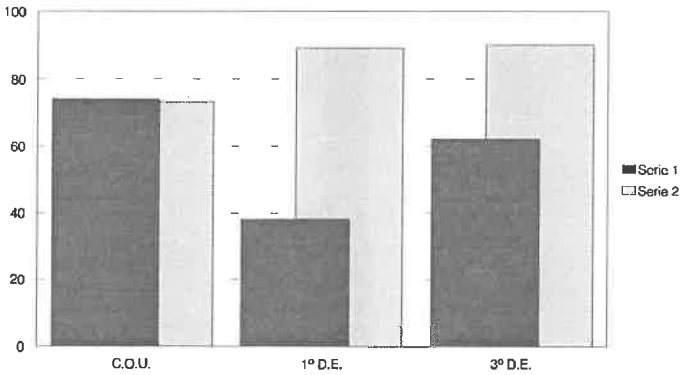


Gráfico 4

CAPACIDAD DE ACEPTACIÓN AL OTRO SIN PERJUICIOS-RESPETUOSO

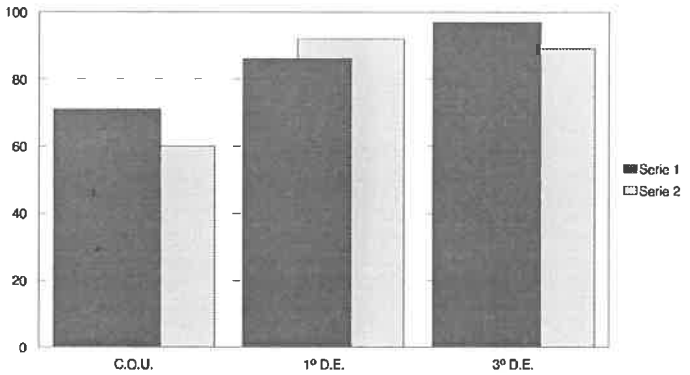


Gráfico 5

CAPACIDAD DE MANIPULACIÓN TÉCNICO-INSTRUMENTAL-COMPETENTE TÉCNICAMENTE

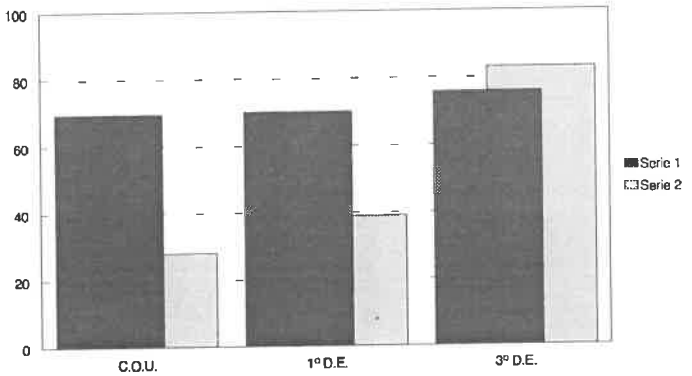


Gráfico 6

CAPACIDAD DE OBSERVACIÓN-OBSERVADOR.

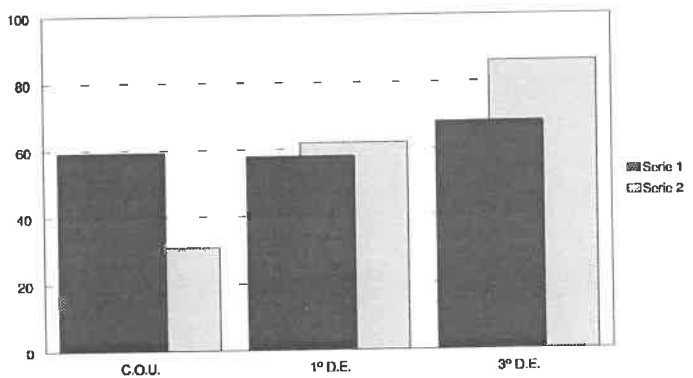


Gráfico 7

CAPACIDAD DE AUTODISCIPLINA-ORDENADO Y SISTEMÁTICO.

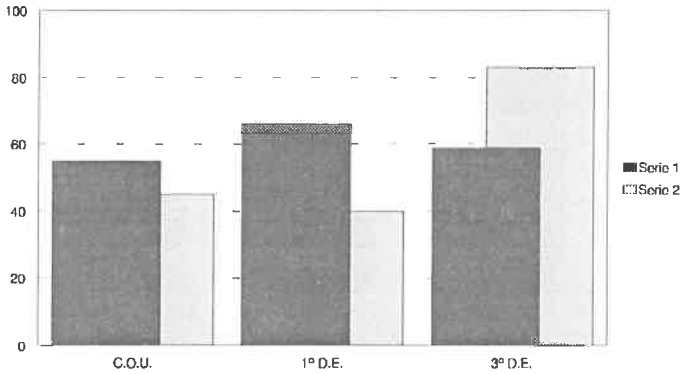


Gráfico 8

CAPACIDAD DE DECISIÓN-DECISIVO

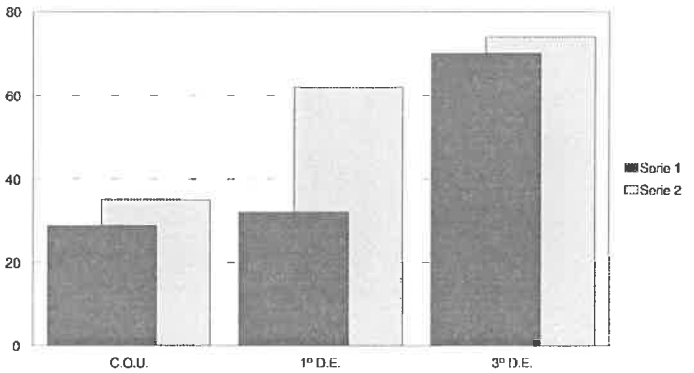


Gráfico 9

CAPACIDAD DE TRANSMITIR AFECTO, SEGURIDAD-AFECTUOSO

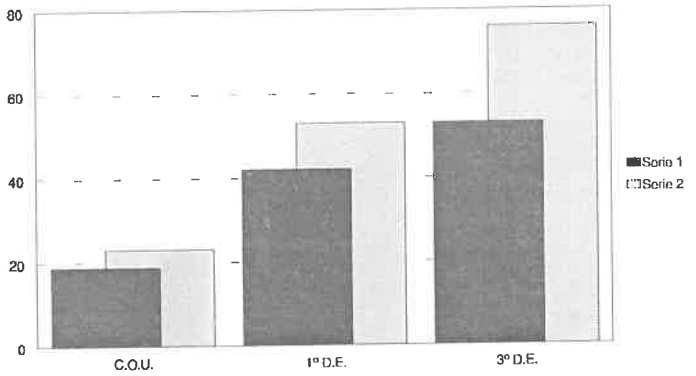


Gráfico 10

CAPACIDAD DE CRÍTICA-CRÍTICO Y REFLEXIVO.

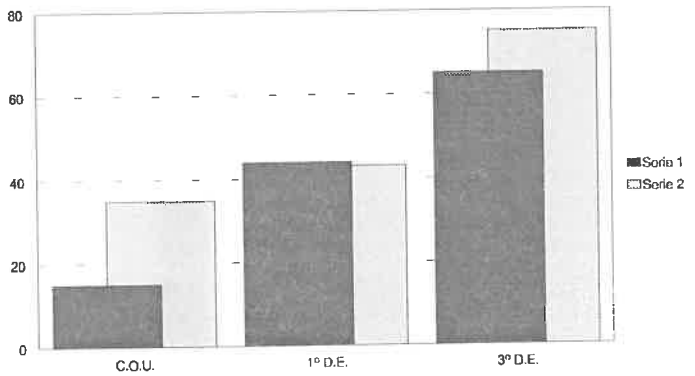


Gráfico 11

CAPACIDAD DE AYUDA DESINTERESADA-SOLIDARIO

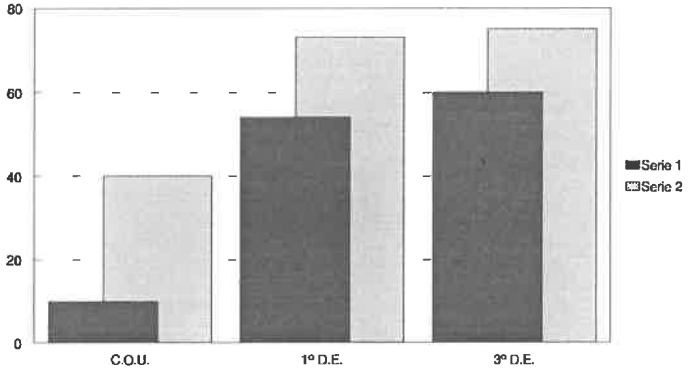


Gráfico 12

EL TRABAJO MULTIDISCIPLINAR COMO RESPUESTA A LA MARGINACION SOCIAL DE LOS PACIENTES CON VIH/SIDA

Mª del Carmen Carrasco Acosta
Manuel Marquez Garrido
Ana Barquero Gonzalez
Francisco José Mena Navarro
Profesorado E.U.E.

Teresa Meniz Sanchez
Josefa Garcia Quintana
Trabajadoras Sociales

Dolores Benítez Ordóñez
Enfermera.
Responsable de Formación de la Delegación Provincial de Salud.
Huelva

INTRODUCCIÓN

El Sida, se ha convertido hoy día en uno de los problemas más graves tanto a nivel social y sanitario como a nivel mundial; es uno de los retos de mayor envergadura con el que nos encontramos hoy día los profesionales de la salud.

El número de afectados cada día es mayor, en España en diciembre del 94 existían casi 28 mil enfermos y se calculaba que entre 150 y 200 mil infectados.

El Sida junto con otras enfermedades como las E.T.S., están muy relacionadas con las actitudes humanas (conocimientos, opiniones, sentimientos/creencias, comportamientos...) de quienes la padecen y que a su vez se sustentan en el contexto social y cultural donde estas tienen lugar. Son enfermedades en las que además de las características biomédicas confluyen una serie de connotaciones ideológicas y morales, que no científicas, las cuales han contribuido a la estigmatización social de determinados colectivos.

Su abordaje creemos, que, no se puede hacer sólo desde un enfoque clínico o preventivo (comportamiento implica valores, sentimientos, creencias... enraizados en la cultura), ni desde la óptica de una sola creencia. Dicho abordaje creemos debe hacerse desde un enfoque de promoción de salud

Es importante no perder de vista que los patrones de sexualidad de la sociedad no cambian porque lo recomienden las autoridades sanitarias o científicas; es necesario conocer, implicar y coordinarse con la población a través de iniciativas factibles de ser llevadas a cabo en estos momentos.

Pero para poder realizar esta labor es imprescindible una formación previa, organizada y continuada, en la que se contemplen todos los aspectos referentes a la enfermedad (epidemiológicos, tto, cuidados, éti-

cos-legales), y de manera muy especial, aquellos encaminados a afrontar los problemas psicológicos de la personas infectadas o enfermas y también del personal que los atiende.

Conscientes de esta problemática y ante la marginación social que sufren estos pacientes a todos los niveles. Mi grupo de profesionales enfermeras/os y trabajadores sociales realizamos un estudio en el período comprendido desde enero de 1993 a diciembre de 1994 con el objeto de conocer el perfil psico social y familiar de los pacientes, atendidos en el Hospital General Juan R. Jiménez de Huelva.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

- Conocer las características personales, familiares y sociales de los pacientes infectados por VIH/SIDA atendidos en la Unidad De Trabajo Social del Hospital General Juan Ramón Jiménez de Huelva
- Estudiar las posibles estrategias de intervenciones y soluciones para dar respuestas a las necesidades detectadas.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de carácter descriptivo de tipo prospectivo; la muestra fue de 46 enfermos infectados por el VIH, en el período comprendido desde enero del 93 a diciembre del 94.

Marco de actuación: Hospital General de Huelva Juan Ramón Jimenez.

Las variables contempladas fueron: edad, género, situación civil, procedencia, personas o instituciones que derivan al enfermo, vías de transmisión, situación serológica, estado clínico, estado psicológico, cobertura sanitaria, lugar de convivencia, cargas familiares, aceptación familiar, estado psicológico familiar, vivienda, nivel de instrucción, actividad laboral, ingresos económicos.

El instrumento utilizado fue una entrevista estructurada, personalizada a los pacientes y familiares.

El análisis de datos se realizó en DBASE III.

La representación gráfica se ha efectuado a través de diagramas de barras y de sectores.

RESULTADOS

Procedencia:

- Un 32,60% proceden de la Unidad de Medicina Interna y un 17,39% de las consultas externas M.I.
- Un 8,69% de la Unidad de Pediatría y 2,17% de la Consultas externas.
- Un 4,34% de la Unidad de Tocoginecología y un 2% de las consultas externas de la misma.
- Un 4,34% de la Unidad de Traumatología.
- Un 4,34% provienen del Servicio de Urgencias y un 23,91% del domicilio habitual.

Persona que deriva/Instituciones:

- Los médicos derivan en un 30,43%.
- Los profesionales de enfermería en un 13,04%.
- El propio afectado en un 19,56%.
- La familia un 15,21%.
- Las Organizaciones no Gubernamentales en un 13,04%.
- De las Instituciones sanitarias extrahospitalarias llegan un 6,52%.
- Los profesionales sanitarios un 2,17%.

Características personales:

Del total de casos el 56,52% correspoden a hombres y el 43,47 corresponden a mujeres.

Con respecto a la edad la distribución es de un 8,69% de R.N., un 2,71% hasta los seis años, un 17,34 hasta los 25 años, de 26 a 40 años un 60,86%, de 41 a 60 un 8,68% y mayores de 60 años un 2,17%. De estos más de la mitad de los casos analizados son solteros y sin pareja estable.

En cuanto a la transmisión del V.I.H. hemos de resaltar que un 69,68% son por A.D.V.P., un 13,04% la transmisión es heterosexual y un 10,86% es por homosexualidad. Un 8,69% por posible transmisión vertical. Debemos resaltar que en el grupo de transmisión heterosexual están incluidas tres mujeres que comparten otras prácticas de riesgo.

Nos encontramos con la situación serológica siguiente: un 60,86% han desarrollado la enfermedad, un 30,43% son seropositivos y un 8,69% están pendiente de confirmación serológica. Con respecto al estado clínico un 28,26% se encuentran en situación terminal, un 36,95% son autónomos y un 30,43% están necesitados de ayuda. Por su interés y problemática particular, hay que destacar el grupo de menores, formado por un caso de SIDA en un niño de 6 años y 4 R.N. pendientes de serología.

Referente al estado psicopatológico extraemos un 52,17% que han presentado Depresión, Angustia y Ansiedad, un 39,13% son adictos a drogas, un 32,60% han desarrollado stress y un 21,73% presentan rechazo emocional. Comentar que un 8,69% de los casos presentan una estrategia de enfrentamiento ineficaz ante la enfermedad.

La cobertura sanitaria corresponde a un 34,78% con S.S. familiar y 28,26% S.S. personal. El 15,21% son pensionistas asistenciales, el 6,52% son pensionistas por invalidez, y el 13,04% no tienen cobertura sanitaria.

Características familiares

Más del 50% de los casos conviven con familiares directos. El 16,56% viven solos, de los cuales la mitad están en situación terminal y el resto con grandes limitaciones. El 10,86% viven en instituciones.

El 52,17% no tienen cargas familiares y el 36,95% tienen cargas adicionales.

Los conflictos familiares se presentan en más de un 50% de los casos sobre todo por su estilo de vida (A.D.V.P.). Un 25% de los conflictos se generan a consecuencia del conocimiento por parte de los familiares de la seropositividad de los mismos.

En cuanto a los cuidados personales y domiciliarios, estos no se producen en un 32,6%, siendo estos enfermos los más necesitados por presentar grandes incapacidades (en fase terminal).

Sobre el estado psicológico familiar mencionar que un 45,65% presentan depresión angustia y ansiedad, un 28,26% son adictos a drogas o fármacos y un 13,04% tienen una estrategia positiva ante la enfermedad. En un caso hubo rechazo por parte de los padres a instaurar tratamiento al niño. Reseñamos que existe una negación a la enfermedad en dos casos.

Características Sociales

Más de un 50% tienen vivienda pero el 32,29% es inadecuada. En los casos sin vivienda o vivienda inadecuada, el 25% son pacientes en situación terminal o incapacidad física.

En cuanto al nivel de instrucción más del 50% de los casos ha realizado el primer ciclo de los estudios de E.G.B. Existen además dos universitarios y un analfabeto.

No tienen trabajo un 36,95%. Tienen una situación de ILT el 32,60% y el resto son «busca-vida», trabajos no cualificados prostitución,...

El 52,7% tienen ingresos económicos propios, aunque precarios. El 15,21% no tienen ingresos económicos. El resto reciben ayudas económicas familiares.

CONCLUSIONES

- Con respecto a la edad se detecta un desplazamiento hacia pacientes infectados mayores de 40 años. Lo que prácticamente antes era inexistente.
- El número de enfermos y portadores remitidos a la unidad de Trabajo Social es insuficiente, en relación con los atendidos en el Hospital. Se detecta una falta de sensibilización y comunicación por parte de los profesionales sanitarios.
- Teniendo en cuenta que estos enfermos tienen una gran necesidad de ayuda psicológica, de apoyo moral y físico, de los profesionales de la salud, de los servicios sociales, de su familia y de su entorno, debemos de asegurar una red de apoyo a los enfermos que, les permita disminuir la angustia que acompaña al deterioro de su integridad física y psíquica.
- La vía clásica y principal de la infección sigue siendo ADVP, pero cada vez más se detecta un incremento de la vía de transmisión heterosexual, y las consecuencias que se derivan de ella en la transmisión vertical.

- Más del 50% de los casos atendidos han desarrollado la enfermedad, de estos el 50% aproximadamente se encuentran incapacitados o situación terminal. Detectándose que a peor situación clínica la demanda es mayor, sin que haya una correspondencia entre los medios existentes en la comunidad y dicha demanda, unas veces por desconocimiento (por parte de los afectados, de los profesionales...) y otras porque son insuficientes los recursos.

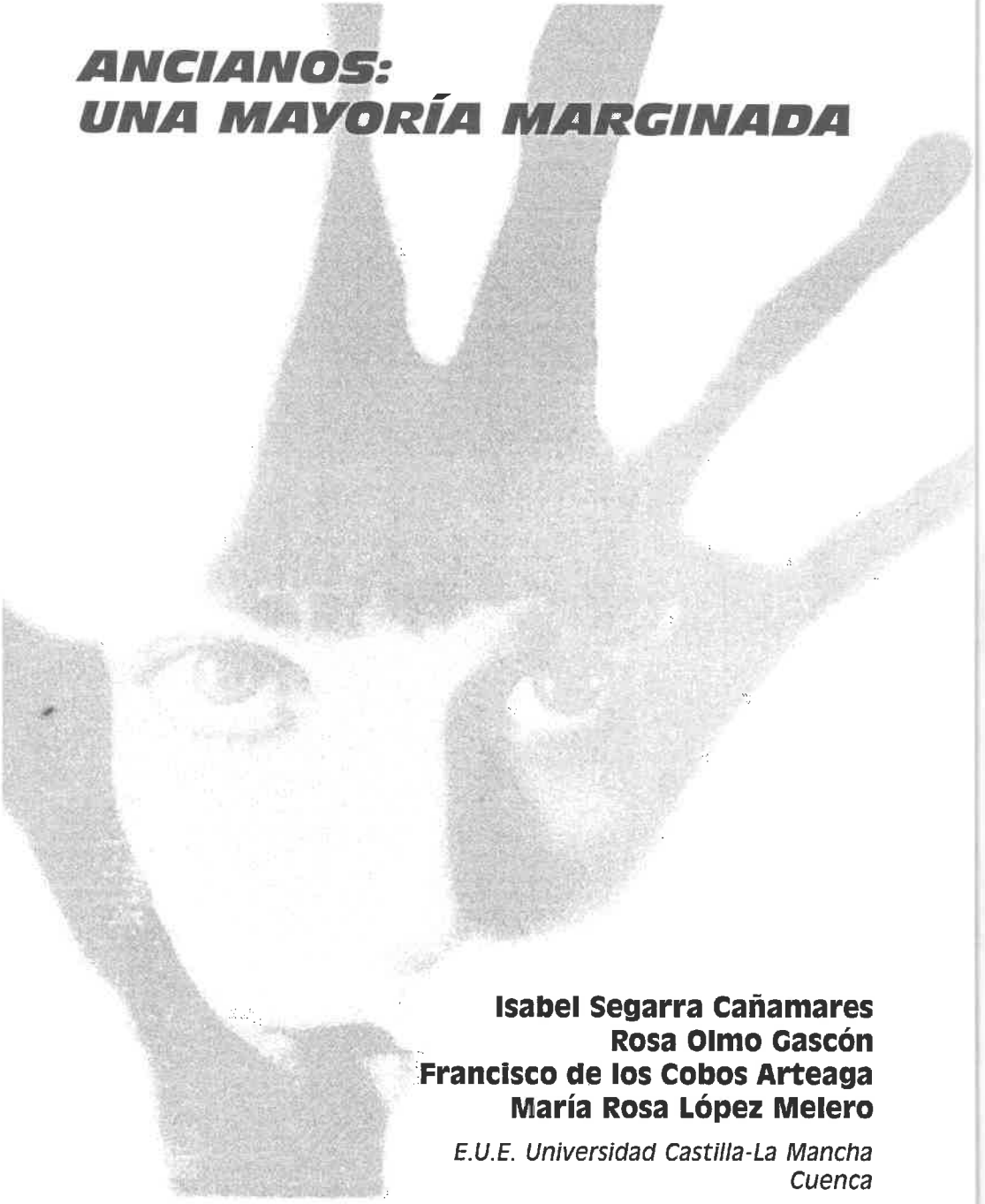
- De los pacientes y familiares estudiados, en un alto porcentaje, la vivencia de la enfermedad se traduce en una personalidad psicopatológica. Presentando depresiones, angustia, ansiedad, estrés, baja autoestima, y un rechazo hacia ellos mismos.

- Consideramos como fundamentales dentro de las estrategias encaminadas a prevenir y combatir la enfermedad: la información, la educación, la comunicación y el seguimiento de las recomendaciones de la OMS, dirigidas tanto a los profesionales de la salud como a los afectados y al resto de la población.

- Es de suma importancia el recordar el derecho a la confidencialidad. Por ello, hay que tratar de convencer a la persona infectada para que sea ella misma quien informe a su pareja, parejas o contactos. Cuando la información ha de ser comunicada por algún profesional es preciso contar con el consentimiento de la persona.

- Se hace necesario que exista una conexión interprofesional entre: A.P. y A.E.; entre los trabajadores de los distintos estamentos (enfermeras, médicos, trabajadores sociales...) e Instituciones Gubernamentales y no Gubernamentales, encaminadas a optimizar y canalizar los recursos existentes, en aras de una prestación de cuidados dignos y humanos que erradiquen de una vez por todas esta marginación social, a la que se están viendo sometidos estos enfermos.

ANCIANOS: UNA MAYORÍA MARGINADA



Isabel Segarra Cañamares
Rosa Olmo Gascón
Francisco de los Cobos Arteaga
María Rosa López Melero

E.U.E. Universidad Castilla-La Mancha
Cuenca

CONTEXTO SOCIOECONÓMICO DE LA ANCIANIDAD

En las sociedades contemporáneas occidentales hay un crecimiento de la población mayor y esta progresión debe asociarse, a varios fenómenos estructurales que devalúan su posición como grupo. (Ilustr.1)

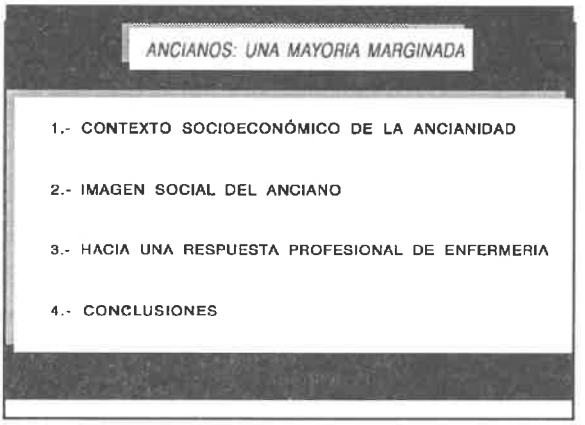


Ilustración 1

En primer lugar, estas particulares sociedades se articulan en torno a un modelo político-económico que privilegia la producción y el consumo. La producción genera recursos económicos y, a su vez, compromisos con un determinado consumo que permite reproducir ideológicamente el sistema. Aquellos que no participan de los presupuestos centrales de este modelo son excluidos, no de forma manifiesta; sino a través de lo que se ha consensuado como socialmente deseable.

Por otra parte la crisis del "Estado del Bienestar", en la que se encuentran inmersas estas sociedades, implica que los recursos escasos se gestionen

de acuerdo con criterios de prioridad. Esta prioridad está definida políticamente, mediante la competición de los grupos societarios. Aquellos grupos que pueden aportar alguna retribución al modelo central -imagen, votos o cualquier otra ventaja-, son favorecidos con las prestaciones del sistema.

Todos aquellos que no concuerdan con los objetivos de producción y consumo constituyen la "Mayoría Marginada": ancianos, niños, enfermos, incapacitados, mujeres, inmigrantes, etc...; grupos con necesidades particulares, pero definidos como improductivos socialmente. (Ilustr.2)

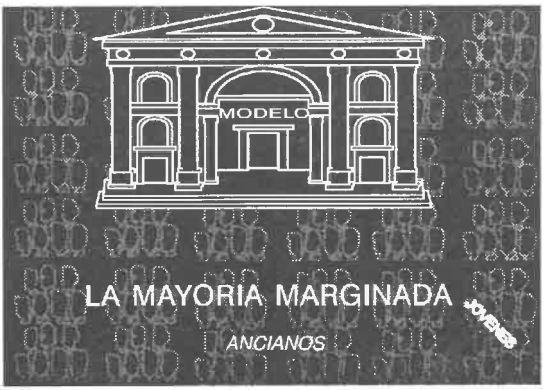


Ilustración 2

La ancianidad es uno de los grupos de esa "Mayoría Marginada". Sin embargo, su posición es más dependiente que otros subgrupos. Los mayores han sido expulsados del mundo laboral, las ayudas que reciben por su jubilación son escasas y, por este motivo, deben autoexcluirse del consumo funcional para el sistema, situación ajena a otros grupos y que define la condición de anciano. Para el "Estado de Bienestar", el anciano sustrae recursos al sistema por dos vías: por una parte recibe contribuciones por el trabajo que realizaron y, en segundo lugar, gasta prestaciones sanitarias y farmacológicas. La situación del anciano puede resumirse fácilmente: no genera recursos y sustrae numerosos fondos, los ancianos no son una inversión de futuro: no van a producir.

Otra de las características de la "Mayoría Marginada", es que su estado no es deseable socialmente, por este motivo, es difícil su organización

como grupo de presión y su unidad de acción reivindicadora de necesidades propias. En este sentido, en muchas de las ocasiones, las contraprestaciones que reciben no son las deseables como colectivo. Son otros quienes definen sus necesidades grupales, no en función de los intereses del grupo de los ancianos; sino para la estricta funcionalidad del modelo central.

En el dibujo del panorama de la marginalidad de los ancianos no son ajenos gran parte de los medios de comunicación y de los investigadores científicos. Ambos tienen la capacidad de definir los valores aceptables, lo que debe ser perseguido, para el "correcto" funcionamiento social y, frecuentemente, presentan la ancianidad como un problema, no en términos de normalidad.

En todo caso, la consideración de la edad avanzada en artículos divulgativos o científicos es un fenómeno reciente y todavía se mantienen estereotipos que caracterizaron las primeras aproximaciones a otros grupos sociales. Por otra parte, muchas de las investigaciones, de una forma más o menos evidente, se encuentran vinculadas con el modelo de poder vinculado a la producción y al consumo funcional. Sus hipótesis de trabajo son tecnocráticas y, por tanto, acientíficas respecto a las necesidades de la población anciana.

IMAGEN SOCIAL DEL ANCIANO

La vejez no es sólo cuestión de pensiones, comodidad, cuidados, seguridad material, etc. Es también un estado de ánimo, que refleja tanto las condiciones físicas y mentales del anciano, como los resultados de su experiencia vital. Se trata pues de un problema de psicología colectiva, sobre cuyas causas y evolución caben muchas interpretaciones, pero que evidencia también un miedo colectivo que asocia vejez con incapacidad funcional en todos los ámbitos de la vida.

Las sociedades modernas contemporáneas no piensan más allá de las generaciones que la componen. Es natural, puesto que una sociedad no "piensa" realmente. Sus modos de producción, sus estructuras de clases, su cultura y la herencia de sociedades anteriores, condiciona a sus componentes en su modo de pensar, reaccionar, sentir y juzgar. (Ilustr.3)

Ilustración 3

La sociedad actual ha creado una serie de estereotipos, en torno a la vejez, que carecen de fundamento, pero que tienen en cambio, una gran vigencia social. Esta es una de las profecías que se cumplen a sí mismas, "uno acaba por ser lo que cree que es, y lo que cree que es depende muchas veces de lo que dicen que es, de lo que le están diciendo que es". Es decir, uno acaba creyéndose que está viejo, que no puede hacer nada, que carece de control sobre sí mismo.

Pasemos a analizar algunos mitos que, según Butler, caracterizan a los ancianos.

1. Envejecimiento cronológico

La definición de la vejez en función de la edad cronológica resulta un criterio insatisfactorio, es un error considerar a las personas ancianas como un grupo homogéneo de edad. Existen importantes diferencias entre los ancianos y los "más ancianos".

2. Decadencia física-improductividad

Existe la idea generalizada que la decadencia física conlleva siempre la inutilidad productiva y social. En ausencia de enfermedad y adversidades sociales, cualquier persona puede permanecer productiva e interesada por la vida, si bien el sentido de productividad se asocia con factores de desarrollo

intelectual. Podrá manifestarse como aumento de la creatividad, de la capacidad critica, se perfecciona el razonamiento sobre los conocimientos relativos a la actividad normal, por la acumulación no sólo de trabajo, sino también de contactos humanos. A medida que avanza la edad, el hombre se conduce menos por sus emociones y piensa más racionalmente. Por otra parte, la acumulación de vivencias y la extensión de la experiencia individual a la colectiva, definen la historia de los pueblos.

En una sociedad centrada en la producción de bienes materiales, no es de extrañar que todos estos valores no sean considerados como útiles. El anciano es apartado del sistema de producción y consumo funcional mediante la jubilación laboral, que conlleva una segregación económica, a través de la suposición que el anciano necesita para vivir menos dinero que el joven. Cuando ser anciano es más costoso y da oportunidad de gozar de vivencias, que también hay que pagar, vedadas en la época de trabajo.

3. Inflexibilidad-inadaptación

Las modificaciones de la personalidad en el anciano han sido mucho menos investigadas que su competencia intelectual, los datos que se disponen son más dispares y heterogéneos. Se ha descrito un perfil de personalidad en el que se adjudican al anciano diversos rasgos negativos, como el egoísmo, la pesadez, la sensiblería, el autoritarismo, la tendencia al aislamiento y la soledad. Perfil poco valido ya que, los atributos que en él se enmarcan no deben contemplarse como rasgos típicos de la vejez. En primer lugar, porque los rasgos de la personalidad del anciano sano generalmente suelen permanecer estables, y en segundo lugar, porque las modificaciones de estos rasgos cuando se producen, no sólo dependen de la edad cronológica, sino de la trayectoria vital del sujeto, de su estilo de vida y de las circunstancias ambientales que le rodean.

Nuestra sociedad no ha preparado al individuo para la vejez, el buen ajuste al envejecimiento y a la vejez no se consigue repentinamente, casi siempre es consecuencia de una buena preparación y adaptación en la edad anterior. Existen además factores imprescindibles para una buena adaptación y ajuste: conservar la salud física y mental, mantener intereses y actitudes variados, y conseguir seguridad e independencia económicas.

En una sociedad centrada en la producción de bienes, no es de extrañar, que no se gasten muchos esfuerzos, dinero, ni tiempo en preparar a la gente para la vejez, puesto que no es una etapa productiva.

4. Dependencia

En nuestra sociedad el imperativo cultural reside en la propia responsabilidad y la independencia. Un sistema de creencias culturales que declara la dependencia como algo aversivo y no sancionable, provoca un fuerte impacto negativo en cualquier individuo con conductas dependientes.

La dependencia no sólo es un fenómeno de edades avanzadas sino de todos los estadios de la vida. Por consiguiente no sólo esta asociada al estado biológico, sino que esta influida por condiciones socioambientales. No se regresa a relaciones de dependencia, sino que éstas persisten durante toda la vida de la mayoría de las personas. Son más problemáticas en la edad avanzada, principalmente porque están menos disfrazadas y se expresan de modos menos aceptables socialmente de lo que fueron antes.

HACIA UNA RESPUESTA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Cada vez mas, la población expresa la necesidad de su salud, hay mas conocimientos y mayor responsabilidad, y se reclama participación en los programas colectivos referidos a la mejora de la calidad de vida. El éxito o el fracaso de estos programas colectivos referidos a la mejora de la calidad de vida. El éxito o el fracaso de estos programas depende de la respuesta tanto individual como colectiva, siendo eficaces en la medida que respondan a las expectativas de la población implicada, los ancianos.

Si se tiene en cuenta que actualmente hay mas de 376 millones de personas mayores de 60 años en todo el mundo, que la previsión para el año 2000 se cifra en mas de 590 millones, de los que más de la mitad vivirán en países desarrollados, y que, además, es difícil extrapolar soluciones de un lugar a otro, se comprenderá que comienza a ser en muchos casos un tanto urgente plantearse medidas de solución para la problemática que rodea la ancianidad.

El enfoque de la asistencia a los problemas de la ancianidad debe dirigirse hacia la unificación de esfuerzos en vistas a la configuración de "equipos multidisciplinarios", cuyo objetivo sea el estudio de la problemática del envejecimiento y el planteamiento de programas dirigidos a la cobertura de las necesidades de los ancianos. (Ilustr.4)

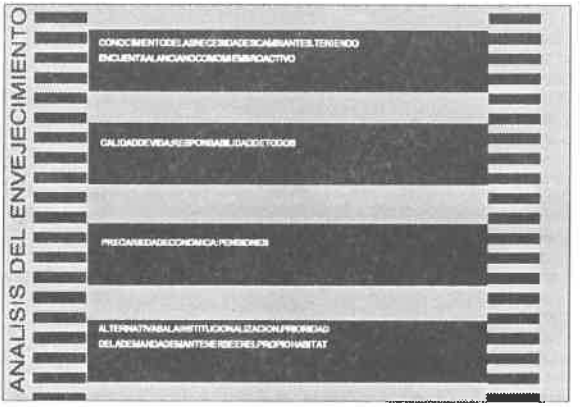


Ilustración 4

En el análisis de la problemática cabría destacar:

- La atención de enfermería basada en la concepción integral del individuo anciano, como hombre adulto, con una historia de vida, sea cual fuere su situación en el proceso salud/enfermedad.
- La calidad de vida del anciano no es responsabilidad única de los profesionales de las ciencias sanitarias o sociales.
- La precariedad económica del anciano, hay que planificar la evolución de las pensiones y estudiar y establecer otras modalidades de previsión que garanticen la cobertura económica de este grupo de población.
- La búsqueda y experimentación de atenciones alternativas a la Institucionalización con el fin de cubrir la demanda de mantenerse en el propio hábitat.

En España, desde el nivel institucional, la respuesta a estas necesidades son entre otras: (Ilustr.5)

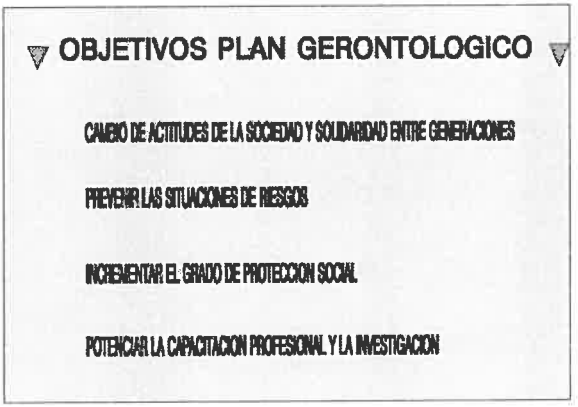


Ilustración 5

- El cambio de actitudes de la sociedad y la solidaridad entre generaciones.
- Prevenir las situaciones de riesgos.
- Incrementar el grado de protección social en las múltiples facetas que afectan a la calidad de vida de los ancianos.
- Potenciar la capacitación de los profesionales y la investigación en estos campos.

El marco donde se plantean estas respuestas es dentro de un Plan de acción integral que fija objetivos por áreas de actuación, y se desarrolla a través de medidas concretas, esto es lo que define al PLAN GERONTOLÓGICO, un Plan que entre sus propósitos quiere influir en la modificación de los valores sociales hoy dominantes de "individualismo insolidario" y recoger los cambios que se irán produciendo en el colectivo de los ancianos.

Este replanteamiento de la política establecida a través del Plan Gerontológico pasa por un cambio en las políticas asistenciales basándo-

las en el "cuidar" mas que en el "curar", tomando así una responsabilidad relevante la enfermera en el cuidado del anciano.

Es a través de este cuidado donde la enfermera reproduce o introduce elementos revolucionarios del modelo dominante. El objetivo de enfermería en el cuidado es atender a los seres humanos en su enfrentamiento con problemas existenciales que traducen en demandas de cuidados. Es la enfermera la que precisa cuáles son las necesidades, ya que todos los seres humanos tienen básicamente las mismas necesidades, aunque las carencias o necesidades insatisfechas son vividas de distintas formas. García Hernández et al. (1992).

Como elementos revolucionarios cabría destacar:

- La atención de enfermería basada en la concepción integral del individuo anciano, como hombre adulto, con una historia de vida, sea cual fuere su situación en el proceso salud/enfermedad.
- En la relación enfermera-paciente se facilita la participación del anciano en la toma de decisiones con respecto a la satisfacción de sus necesidades, mediante una adecuada información, interrelación y educación sanitaria, contribuyendo así a racionalizar e individualizar las demandas de cuidados.
- La enfermera planifica y ejecuta las actividades relacionadas con el cuidado integral, acorde con los valores propios de la persona anciana, y colabora con la población anciana en todo aquello que contribuya a mejorar la calidad de vida.

CONCLUSIONES

La ancianidad es una etapa del ciclo vital humano, caracterizada por cierta disminución de algunas capacidades y por la potenciación de otras. Aunque se precisan cuidados diferenciados, esta condición debe considerarse normal y no patológica. (Ilustr.6)

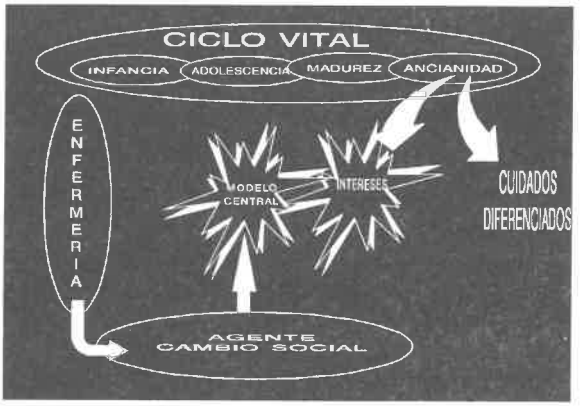


Ilustración 6

Las aspiraciones del colectivo anciano colisionan con las reglas del "Modelo Central" que la sociedad impone, es decir las definiciones sobre aquello que es deseable.

Enfermería es un agente de cambio social, por tanto debe ser critica respecto al "Modelo Central" de la sociedad, y no reproducir sus normas.

BIBLIOGRAFÍA

1. ALBA, V. (1992): Historia social de la vejez. Laertes, Barcelona.
2. BAZO, M.T. (1992): "La nueva sociología de la vejez: de la teoría a los métodos. En Revista Española de Investigaciones Sociológicas. Nº 60. pp. 75-90.
3. BUTLER, R.N. y LEWIS, M.I. (1977): Aging and mental health. Positive psychosocial approache. Mosby, Saint Louis
4. CASALS, I. (1982): Sociología de la ancianidad en España. Mezquita, Madrid.
5. GARCÍA HERNÁNDEZ, M.; TORRES EGEA, M.P. y BALLESTEROS PÉREZ, E. (1992): Enfermería geriátrica. Masson-Salvat, Barcelona.
6. MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES (1992): Plan gerontológico. Instituto Nacional de Servicios Sociales, Madrid.

EL CONCEPTO DE SALUD Y LA ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN GRUPOS MARGINALES: LOS INMIGRANTES

M. Hernández Padilla
M.L. Grande Gascón
M.L. Pérez Pérez
J. Gutierrez Gascón
J. Hernández Padilla

E.U.E. Universidad de Jaén

Es un hecho que a pesar de las restrictivas leyes occidentales a la inmigración y a pesar de los controles en las fronteras cada vez serán más los inmigrantes que pasarán éstas, ya sea de forma legal o ilegal y ello debido tanto a la situación política como económica de los llamados países del tercer mundo que está empujando a la emigración a gran número de personas hacia los países desarrollados. A los inmigrantes legales se les facilitará el paso para cubrir los puestos de trabajo que no quiera nadie y este número irá aumentando conforme envejezca cada vez más la población. Es por ello que los países de recepción ya conviven y seguirán conviviendo inmersos en múltiples culturas apareciendo lo que se ha dado en llamar sociedades multiétnicas y multiculturales. En estas sociedades, por tanto, la concepción de la salud y la enfermedad son y seguirán siendo variadas, puesto que todos sabemos la influencia que tiene la cultura en la experiencia de la salud y la enfermedad, entendiendo por cultura como apunta Tylor[1] «los conocimientos, creencias, arte, moral, derecho, costumbres y cualesquiera otras capacidades y hábitos adquiridos por el hombre en cuanto miembro de la sociedad».

Según Fritjof Capra[2] «el concepto de sano y enfermo, de normal y anormal varía de una cultura a otra. El contexto cultural también influye en el comportamiento específico de las personas cuando enferman; en qué manera comunicamos nuestros problemas de salud; cómo presentamos nuestros síntomas... todo esto se ve muy afectado por nuestra sociedad y nuestra cultura».

Nuestra pregunta sería: ¿se encuentra el sistema sanitario preparado para atender a personas de culturas diferentes que formarán o que ya forman parte de nuestra sociedad?. En este punto, es importante recordar que el desarrollo de determinadas disciplinas científicas ha sido histó-

ricamente paradigmático para el resto de disciplinas. Nos referimos a la Física, la cual nos habla de un mundo esencialmente interconectado y no mecanicista. ¿Qué aportan estos postulados a las Ciencias de la Salud? Pues, como es obvio, que el ser humano, la persona es una unidad biopsicosocial y espiritual en continua relación o intercambio con su entorno.

Este cambio conceptual no se ha producido todavía plenamente en las Ciencias de la Salud, donde aún hoy persisten los restos del paradigma mecanicista representado por el modelo biomédico de salud. Este modelo biomédico sólo tiene en cuenta la persona en tanto que ser físico, en tanto que organismo compuesto de sistemas, órganos, tejidos... que pueden funcionar bien, en cuyo caso se habla de salud, o pueden no funcionar bien en cuyo caso se habla de enfermedad.

Bajo estos presupuestos, el concepto de salud y enfermedad tendrían el mismo significado en las distintas culturas, pero todos sabemos y ya antes lo hemos argumentado que esto no es así. Por tanto, podríamos decir que nuestro sistema sanitario tiene serias dificultades para atender adecuadamente a personas diferentes.

La organización y el funcionamiento de estas instituciones están adaptadas fundamentalmente a los trabajadores de las mismas, poco a las necesidades de los usuarios y bastante menos a las necesidades de los usuarios de otras culturas.

Estamos recibiendo en nuestro país cada vez más inmigrantes de diferentes países (Magreb, Europa del Este...), por lo que esta realidad toca de lleno a la enfermera que ha de manejarse progresivamente con criterios o parámetros de atención diferentes. Y es necesario que sea así.

Nuestra experiencia en la relación con inmigrantes nos ha hecho trasladar aquí algunas preocupaciones que éstos manifiestan:

1. Exclusión de las prestaciones sanitarias a los inmigrantes indocumentados y a los residentes legales que no han cotizado el tiempo suficiente.
2. Problemas de comunicación derivados de las diferencias idiomáticas y que condicionan, a veces severamente, el entendimiento con los profesionales de la salud.
3. Preocupa también el desarraigo y la soledad, que se vuelven más contundentes en situación de enfermedad ya que no se

dispone del apoyo y del afecto necesario de familiares y amigos, que normalmente están en el país de origen y con grandes dificultades derivadas de la Ley de Extranjería para conseguir la denominada reagrupación familiar.

4. Preocupa el hecho de la intimidad que no siempre esta asegurada y en algunas culturas es de vital importancia.
5. También preocupa, aunque puede ser secundario, la posibilidad de realizar algún tipo de ritual religioso diferente del católico.

A todo esto cabe añadir:

6. Las cada vez más frecuentes y desafortunadas manifestaciones de racismo y xenofobia y ante las que el personal sanitario no es ajeno al formar parte de esa sociedad[3].
7. La marginación social, evidenciada por viviendas en condiciones pésimas (insalubres y con escasos recursos), trabajos mal remunerados, sin contrato ni seguridad social y con mayor peligrosidad laboral.
8. Muy escasos recursos económicos para costearse la asistencia y el tratamiento necesarios.

Todo esto da un perfil de usuario al que no estamos habituados. Las soluciones no son sencillas, como tampoco lo es la resolución de las tensiones y conflictos creados en el seno de las sociedades occidentales como consecuencia de la inmigración masiva y de la convivencia de las diferentes culturas. Esta situación se agrava por la crisis económica que están sufriendo todos los países, crisis que afecta a todas las áreas que hasta ahora han estado cubiertas desde el Estado. Los recortes en gastos sociales y sanitarios son cada vez más grandes y el sistema público de atención sanitaria está siendo o piensa ser sustituido por el sistema privado, lo que afectará al tratamiento que se le de a este problema.

Las propuestas que pueden surgir al contemplar este panorama son múltiples y su grado de especificidad también varía. Nosotros vamos a ir de la más generales, que seguramente estarán en la mente de todo el foro, a las más específicas.

En primer lugar, es preciso insistir en la universalización de la asistencia sanitaria y evitar que la posibilidad de acceder a ella se convierta en un nuevo factor de discriminación. Por tanto, la Sanidad Pública ten-

dría que realizar el esfuerzo de cubrir a los indocumentados, a los que no han cotizado el tiempo necesario en vez de dejarla exclusivamente en manos de instituciones benéficas[4].

En segundo lugar, habría que prestar atención a problemas sociales que están influyendo en la aparición de enfermedades, tales como la escasez de recursos, viviendas en malas condiciones, enfermedades y accidentes laborales, trabas a la reagrupación familiar, etcétera. En este sentido, las enfermeras de Atención Comunitaria pueden desarrollar un importante papel.

En tercer lugar, se trata de seguir fomentando el cambio desde un paradigma biomédico de la atención a un paradigma holístico. Como todos sabemos el cambio paradigmático ha de contemplarse en términos históricos. La reflexión teórica nos hace posicionarnos junto a una consideración holística de la persona, pero en la realidad conviven ambos paradigmas. Como dice Kuhn esto es un proceso normal, por lo que pensamos que hay que seguir trabajando en este sentido.

Como dijimos antes, una consideración holística del ser humano nos lleva directamente a contemplar al mismo como un ser de cultura. Es por ello que, la inclusión en los planes de estudio de Enfermería de áreas como la Antropología y la Sociología es un elemento más que nos ayuda a dar este cambio. En algunas Escuelas ya se ha producido y en otras estamos en vías de realizarlo.

Balanzó i Fernández[5], propone el «establecimiento de protocolos de actuación social, médica y de educación sanitaria, elaborados por los profesionales de los centros de trabajo, y enriquecidos por las aportaciones del colectivo de inmigrantes de su zona». Y ello, pensamos nosotros, unido a la coordinación con las ONGs que están colaborando con los inmigrantes y muchas de ellas atendiendo a los problemas de salud de éstos.

Además, proponemos la formación de promotores de salud de la propia cultura de los inmigrantes, por tanto, de gente que comparta los mismos antecedentes culturales y sociales. La facilidad de acceso de estos promotores a los grupos de inmigrantes será mayor y la comunicación con ellos más efectiva, puesto que de entrada se eliminarían las ba-

rreras idiomáticas a la vez que habría una mejor comprensión de los problemas de salud.

Ya hemos dicho antes que éste es un problema muy complejo y que requiere del esfuerzo de muchas personas desde distintas posiciones, desde el establecimiento de políticas adecuadas a la reflexión teórica de los propios profesionales de enfermería que se pueda plasmar en actuaciones originales y sobre todo, útiles. En este sentido me gustaría explicaros lo que desde la Escuela de Enfermería de Jaén nos ha parecido oportuno poner en marcha.

En Octubre de este año se ha firmado un convenio de colaboración entre la Universidad de Jaén y una ONG que se ha concretado en la planificación de unos «Talleres de Educación para la Salud y el desarrollo», que comprenden concretamente cuatro:

- Taller de primeros auxilios.
- Taller de alimentación en la edad infantil.
- Taller de desigualdad Norte-Sur.
- Taller sobre Migraciones y Xenofobia.

Estos talleres van dirigidos a la población preadolescente de 11 y 12 años de los colegios de la ciudad y son impartidos por alumnos de tercero de Enfermería, los cuales han sido previamente preparados sobre los contenidos y metodología adecuada de cada taller.

Nos interesa hacer especial hincapié en los dos últimos talleres:

- Taller de desigualdad Norte-Sur: cuyo objetivo es conocer los aspectos más sobresalientes en la vida de los habitantes de una zona rural en un país del Tercer Mundo. En este taller se tratan los siguientes contenidos:

- El trabajo (quiénes trabajan, en qué trabajan, cuáles son las condiciones de trabajo...)
- Que es la salud, a que personas encomienda su salud...
- Temas de educación y vivienda
- El vestido
- La alimentación

- Taller sobre migraciones y xenofobia: cuyo objetivo es dar a conocer como vive el colectivo de inmigrantes en nuestra ciudad. Los contenidos incluidos tratan sobre:

- Vivienda
- Asistencia sanitaria
- Ocio
- Religión
- Integración racial

Pretendemos con estos talleres:

- por una parte, que los futuros profesionales se impliquen en actividades de promoción de la salud y el desarrollo, ampliando su campo de actuación y
- por otra parte, que los niños vayan tomando contacto con realidades diferentes a las propias e ir abriendo camino en la formación de actitudes de tolerancia y respeto a personas diferentes. Pensamos que su especial receptividad puede iniciar un camino fructífero de convivencia y respeto que tanta falta nos hace.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Citada por MARVIN HARRIS en *«Introducción a la Antropología General«*. Alianza Editorial. Madrid, 1982, p.123.
2. CAPRA, F. *«El punto crucial. Ciencia, sociedad y cultura naciente «*. Ed. Integral. Barcelona, 1985, p.135.
3. ROVIRA VECIANA, M.D. y cols. « Actitud de los profesionales de enfermería ante los pacientes pertenecientes a etnias minoritarias «. En Revista Enfermería Clínica. Vol.3 Nº1, Enero-Febrero, 1993.
4. MARTINEZ, D. « Factores determinantes de las desigualdades en la salud: los grupos étnicos «. Revista SALUD 2000. Año VII, Nº44. Noviembre, 1993.
5. BALANZÓ i FERNÁNDEZ, X. «Enfermedades importadas y medicina de la inmigración». Revista Atención Primaria. Vol. 8 nº 7, Julio-Agosto 1991.

CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES, CONSUMO DE DROGAS Y SEROPREVALENCIA HIV EN LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL DE MALLORCA.

I.Román*
M. Barceló**
I. Cuesta*
M.C Lorente*

**A.T.S. - DUE. Servicio Urgencias Hospital General de Mallorca*
*** Médico adjunto de Urgencias del Hospital General de Mallorca*

INTRODUCCIÓN

La tasa de SIDA en Baleares es de 1.077.25 por millón de habitantes, siendo muy superior a la media nacional (711.94 en Septiembre de 1.994)[1].

El Hospital General de Mallorca es una Institución Pública de 200 camas concertado con el Insalud ,que atiende un gran porcentaje de beneficiarios de la S.S. y a la totalidad de enfermos con Cartilla de Beneficencia. Está dotado de Servicios Generales y Especialidades Médico-Quirúrgicas, ubicado en el centro de Palma.

Desde que se diagnosticó el primer caso de SIDA en nuestro Hospital en el año 1.987 (2 casos) , la incidencia de este tipo de enfermos ha ido en aumento, ya que hasta Marzo de 1.995 se habían diagnosticado un total de 161 casos.

Nuestro Hospital por su ubicación atiende a un gran porcentaje de UDVP; está situado cerca de un centro de acogida a toxicómanos activos residuales denominado El Refugi. Según la Memoria de El Refugi de 1.994[2] se realizó una analítica a 83 acogidos (18.65 % de los casos) sobre seroprevalencia de HIV siendo positivo en un 71.08 % (59 casos). En el colectivo de mujeres se determinó la seroprevalencia HIV a través de controles ginecológicos que se realizaron el Hospital General, siendo ésta de un 88.8 %.

Este colectivo presenta asimismo unos parámetros sociales que lo definen como toxicómano residual[3]: Todos han roto los lazos familiares El 81.67 % se encuentra sin recibir ningún tipo de ingreso legal, mientras que el 8.2 % está cobrando el subsidio por excarcelación un 4.2 % cobra la pensión no contributiva y el resto declara trabajos esporádicos. Un 65.86 % tiene juicios pendientes. El 27.77 % tiene más de seis, estando el 23.17 % en libertad provisional.

Este colectivo es un gran demandante de asistencia en el S.U., sobretodo en función o respecto a su consumo de drogas[4]

El paciente, toxicómano marginado, que antes acudía fundamentalmente por su síndrome de abstinencia , su sobredosis, o por su patología derivada de su consumo de drogas por vía parenteral (flebitis, endocarditis, síndrome febril autolimitado, etc...) frente al paciente aún más marginado y estigmatizado que además padece el SIDA[5].

La incidencia de este tipo de enfermos en el área de urgencias , se hace notar por su conflictividad, la gravedad de su patología orgánica, su desinterés por las normas, su marginación [5], etc.. .Estas cuestiones generaron la necesidad de conocer con mayor profundidad la realidad cotidiana en el S.U. La hipótesis a estudio establece que una mayoría significativa de pacientes que acuden a nuestro S.U. son seropositivos y consume gran número de drogas.

MATERIAL Y MÉTODOS

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

En el mes de Marzo de 1.995 llevamos a cabo una recogida de muestras de sangre y orina, a toda persona que vino al S.U. con edades comprendidas entre 16 y 65 años, fuera cual fuera la causa por la que acudieran en demanda de asistencia (se incluyeron todas las especialidades Médico-Quirúrgicas) durante las 24 horas del día.

A todos los pacientes se les informó sobre dicho estudio y sus objetivos, solicitándoles su colaboración y conformidad, haciendo hincapié en la confidencialidad y anonimato del mismo. Posteriormente se les pasó un cuestionario donde aparecían las variables de: edad, sexo, estudios, profesión, consumo habitual de tóxicos (alcohol, benzociacepinas, cannabis, cocaína, opiaceos y tabaco), si conocían o sabían lo que eran prácticas o conductas de riesgo, si pertenecían a alguna de ellas, el motivo por el que venían al S.U., la patología de base (solo si se conocían como seropositivos HIV, para excluir la extracción de sangre, o bien venían por sobredosis).

Un 11.6% (29) de los encuestados se negó a que se realizara el estudio.

RESULTADOS

a) Aspectos sociales

Se entrevistaron 130 hombres (52 %) y 120 mujeres (48 %). La edad media de los hombres fue de 38.7 años (g ± 13.8) y la de las mujeres de 37.2 años (g ± 15.1).

Un 84.4 % (110) de hombres y un 77.3 % (93) de mujeres no superan el graduado escolar, de ellos el 16. 9 % de hombres (22) y un 20.8 % de mujeres (25) no tiene tan sólo ni el certificado de estudios (un 6.1 % de hombres y un 9.1 % de mujeres pertenecientes a este grupo se declaran analfabetos). Sólo un 2.2 % de los hombres (3) y un 6.6 % de las mujeres (8) tienen estudios superiores. (Cuadro 1)

Hemos agrupado la población en dos grupos en función de su situación laboral: Laboralmente activos y laboralmente inactivos (Gráficos 1.1 y 1.2 , $p < 0.001$).

La que más predominó fue la de parado: un 34.5 % de los hombres (45) y un 44 % de las mujeres (53), incluidas las amas de casa . Cobran únicamente el subsidio o la ayuda familiar un 11.5 % de los hombres (15) y un 4.9 % de las mujeres (6). Los asalariados representan el 34.6 % hombres (45) y el 29.1 % mujeres (35).

Todo esto nos indica que el nivel sociocultural de la gente que acude a nuestro Servicio de Urgencias es fundamentalmente medio-bajo

b) Consumo de Drogas

Las drogas legales, alcohol, tabaco y benzodiacepinas son las más consumidas. Un 60.7 % de los hombres (79) y un 46.6 % de mujeres (56) fuman regularmente. El 53 % de los hombres (69) y el 26.6 % de las mujeres (32) consumen alcohol de forma habitual. El consumo de benzodiacepinas admitidas en los hombres es del 25.3 % (33) frente al 18.3 % de las mujeres (22) (Cuadro 2). Separando en dos grupos el consumo de drogas: población no UDVP y población UDVP, nos encontramos que dentro del primer grupo (no UDVP) el 14 % (15) hombres y el 17.3 % de las mujeres (20) admiten tomar benzodiacepinas de forma regular (Gráfico 2); respecto al segundo grupo, los UDVP que acuden al

S.U de nuestro Hospital son politoxicómanos, consumen prácticamente todas las drogas que determinamos en el estudio (Gráfico 3). Haciendo referencia a la población masculina , el 95.6% fuma, el 60.8% bebe alcohol, el 78.2% toma benzodiacepinas , un 69.5% fuma cannabis , un 65.2% consume cocaína, y por supuesto el 100% es adicta a la heroína (23 casos). En cuanto a las mujeres los porcentajes son algo más bajos, del 100% que son adictas a la heroína (5 casos) , un 80% fuma tabaco , un 60% bebe alcohol. un 20% fuma cannabis, un 40% toma benzodiacepinas y un 60% consume cocaína.

En el caso de los opiaceos, el 10.7 % de hombres (14) y el 10.8 % de mujeres (13) el resultado del laboratorio dio positivo a esta sustancia , de los cuales el 6.9 % de los hombres (9) y el 8.3 % de las mujeres (10) se declaran UDVP; el resto que dio positivo eran pacientes que no se declararon consumidores de heroína, coincidiendo con enfermos en su mayoría de traumatología o de oncología (con dolores crónicos) que consumían algún opiaceo, mayoritariamente codeína.

Cabe resaltar que en la población UDVP, al menos 3 tóxicos dieron positivos en orina de los cinco tóxicos analizados en el laboratorio de forma sistemática.

c) SIDA

Existe una gran desinformación sobre los mecanismos de transmisión del SIDA. El 61.5 % hombres (80) y el 67.5 % de las mujeres (81) ignoraban lo que eran factores, prácticas o conductas de riesgo, incluidos los mismos seropositivos (mayoritariamente los UDVP) (Gráfico 4).

Una vez explicados por el personal de enfermería cuales eran las " practicas de riesgo", la gran mayoría, el 60.7 % hombres (79) y el 79.1 % (95) mujeres dijeron no practicar ninguna conducta de riesgo .

El colectivo de toxicómanos, representó un porcentaje muy alto de la muestra: Un 21.4 % de los hombres (28) y un 9.1 % de las mujeres (11) se declararon UDVP (Gráfico 5) . El resto de prácticas de riesgo engloban los UDVP que además tienen otras conductas de riesgo (prostitución y homosexualidad). La seroprevalencia de HIV total de la muestra fue muy alta (14 %) . El 77.1 % eran UDVP (Gráfico 6).

La seroprevalencia oculta fue del 3% (4) en hombres y no encontramos ningún caso en mujeres. De estos cuatro hombres el 75 % (3) admitían tener prácticas de riesgo (el 100 % eran UDVP) mientras que el cuarto (25 %) no declaró practicar ninguna conducta de riesgo (Gráfico 7).

d) Patología de base

Respecto a la patología de base solo hacíamos referencia a aquellos que estaban relacionados directamente con los objetivos de nuestra investigación: Descubrir población oculta seropositiva y consumo de tóxicos. Las personas que manifestaban previamente su seropositividad (14 %) no se les recogió muestra de sangre, solamente se realizó determinación de tóxicos en orina, y a los que venían por sobredosis: un 4'6 % (6) hombres y un 0'8 % (1) mujeres, fue prácticamente imposible hacerles la entrevista, y menos aún la recogida de muestras, aunque el 100 % de ellos respondió al naloxone (lo que presupone ingesta o venopunción previa de opiaceos) y en gran parte también al flumazenilo (por sobredosificación de benzodiacepinas). Sólo en un caso se pudo tomar muestra de orina dando positivo a los 5 tóxicos que se determinaron por sistema.

e) Ingresos

El numero total de ingresos, con edades comprendidas entre los 16 y los 65 años, fueron 44 (el 34.3 % de todas las urgencias atendidas), y de estos un 25 % (11) eran seropositivos.

CONCLUSIONES

La incidencia del consumo de tóxicos en un Servicio de Urgencias es importante. Las causas en que el único motivo de asistencia sea el del consumo de tóxicos se refieren casi exclusivamente a la heroína.

El colectivo de UDVP son un reservorio y fuente de transmisión de HIV + a otros grupos seronegativos, ya que en ellos se dan todas las vías de transmisión (parenteral, sexual y vertical) (6 , 7) debido a su marginalidad, a las precarias condiciones de higiene y la escasa utilización por estos pacientes de los recursos sanitarios.

Respecto a la desinformación sobre lo que son prácticas o conductas de riesgo es preocupante: Las campañas de prevención no llegan al ciudadano medio o no están bien enfocadas ya que un gran número de la población entrevistada desconocía que son "prácticas de riesgo", aunque aún es más alarmante, que los mismos portadores de HIV ,en su gran mayoría UDVP, debido a su marginalidad o desinterés hacia todo lo relacionado con las normas en general, hace que no cambien ni sus hábitos ni conductas a la hora de prevenir un posible contagio hacia un individuo seronegativo (promiscuidad sexual , compartir jeringuillas, rechazo a usar el preservativo). Nuestra población UDVP pertenece a una subcultura que no comparte el sentido de la realidad propio de la mayoría de los "normales", responde básicamente a la tipología de Stimson de "Junkie" : No trabajan y consiguen el dinero robando. Están muy ligados a los otros drogodependientes. Su consumo público es una actividad social . Aumentan las dosis clínicas prescritas comprando drogas en el mercado negro. Se preocupan poco de la esterilización de las jeringuillas y tienen un alto nivel de complicaciones físicas y de hospitalizaciones. Son a menudo condenados por sus actividades criminales. No tienen residencia estable, duermen poco y comen mal. Su comportamiento no es convencional" [8].

Las intervenciones preventivas en UDVP son prioritarias para disminuir las tasas de transmisión heterosexual del virus del HIV. [9]

El numero de UDVP residuales en nuestra comunidad no creemos que sea más alto que en otras CCAA, sin embargo por nuestra experiencia personal podemos asegurar que es un colectivo que utiliza mucho los Servicios de Urgencias. La política que se ha utilizado para frenar el consumo de drogas, se había basado hasta hoy, fundamentalmente en la abstinencia total del consumo de las mismas, este hecho hace, que los UDVP sean usuarios habituales de los S.U. y que el resultado de dicha estrategia haya supuesto el aumento de la epidemia del SIDA. Es por esto necesario la potenciación de otros programas terapéuticos, basados en la reducción de riesgo y fundamentados en el mantenimiento, no en la abstinencia, priorizando la problemática del SIDA frente al daño causado por el consumo de drogas ilegales [10, 11].

Aunque el porcentaje de la seroprevalencia de HIV en UDVP en Baleares es de un 51.5 % [3] , el porcentaje en nuestro Servicio de Urgen-

cias se eleva al 77.1 % (27 casos) . El colectivo de homosexuales y el resto que declaraban no practicar conductas de riesgo no son significativos.

Creemos que los Servicios de Urgencias pueden o deberían de ser el nexo de unión entre este tipo de enfermos seropositivos y la red sanitaria pública. El personal de enfermería es el que tiene el primer y mas directo contacto con ellos. De ahí la necesidad de seguir ampliando nuestros campos de investigación [13].

En cuanto a la seroprevalencia oculta, es resaltable que ninguno de los 4 afectados reclamó los resultados. Los UDVP son un colectivo que si no se interviene sobre ellos presentan una conductas muy peligrosas tanto para ellos como para el resto de la sociedad. "Los toxicómanos llevan una trayectoria catastrófica en todos los aspectos de su vida social, psicológica y sanitaria". [14]

Es imprescindible acometer políticas sanitarias encaminadas fundamentalmente a la prevención, básicamente dirigida a los grupos de riesgo, única medida eficaz para frenar la pandemia del SIDA.

BIBLIOGRAFÍA

1. Conselleria de Sanitat, SIDA a Balears. Marzo 1.995.
2. Asociación " El Refugi" Palma de Mca. Memoria de 1.994.
3. Junkies en tiempos del SIDA. Palma de Mca. 1.994.
4. G. Barrio, L. De La Fuente y J. Camí. Consumo de Drogas en España y su posición en el contexto Eurpoeo.Medicina Clínica. Vol. 101. 1.993.
5. Tomas Szazs. Nuestro Derecho a las drogas. Ed. Anagrama. 1.993 .
6. Schoenbaum, E.E; Hartel, D; Selwin, P; Klein, R.S.; Davenny, K; Rogers, m et al. : Risk factors for human inmudeficiency virus infection in intravenous drug users. N. Engl.J: Med., 321; 1.989.
7. Centers for diseaase control: HIV/AIDS surveillance: U.S. AIDS cases reported trough december 1.989, Atlanta, Geotgia, 1.990.
8. Stimson G.V.; Oppenheimer E; Heroin addictión; 1.982. Ed. Tavistock; London.

9. J. Casabona, J. Tor, M. Campillo y C. Lacasa. Importancia del uso de drogas en la transmisión heterosexual del virus de la inmunodeficiencia humana en nuestro medio. En Medicina Clínica Vol. 95. Num 6. 1.990.

10. O'Hare, P.A.: Preface. A note on the concept of harm reduction. En: The reduction of drug-related harm. O'Hare PA, Newcombe R, Matehws A, Buning EC, Drucker E. Routledge. London, 1.992.

11. Duro, P.; Casas, M.; Colom, J.:Los programas de mantenimiento con metadona en la politica de disminución de daños. Actas de las XXI jornadas Nacionales Socidrogalcohol, Bilbao, 1994.

12. Consell Insular de Mallorca. Memoria 1993 del Hospital General de Mallorca.

13. Grupo de trabajo de enfermeria. Investigación de enfermeria en España (FIS) . Medicina Clínic.Vol. 102. 1.993

14. Annie Mino. Analisis Cientifico de la literatura sobre la prescripción controlada de heroina o de morfina. Ed. Citran. 1.994.

ANEXO

NIVEL DE ESTUDIOS

	HOMBRES		MUJERES	
NS/NC	11	8,4%	4	3,3%
ANFABETO	8	6,1%	11	9,1%
SIN ESTUDIOS	22	16,9%	25	20,8%
E.G.B. CON C.E.	44	33,8%	32	26,6%
E.G.B. CON G.E.	25	19,2%	21	17,5%
B.U.P.	7	5,3%	4	3,3%
C.O.U.	5	3,8%	6	5%
F.P1.	4	3%	7	5,8%
F.P2.	2	1,5%	2	1,6%
DIPLOMATURA	1	0,7%	3	2,5%
LICENCIATURA	2	1,5%	5	4,1%

Cuadro 1

CONSUMO DE DROGAS EN EL ÚLTIMO MES

	HOMBRES	MUJERES	I. PROBABILIDAD
ALCOHOL	53.0%	26.6%	p < 0.001
CANNABIS	17.6%	8.3%	p < 0.05
TABACO	60.7%	46.6%	p < 0.05
BZD	25.3%	18.3%	p no significativa
COCAINA	13.0%	4,1%	p < 0.005
HEROINA	17.6%	4,1%	p < 0.001

Cuadro 2

SITUACIÓN LABORAL

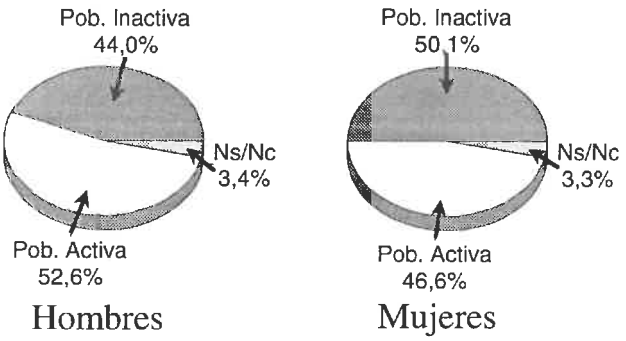


Gráfico 1.1 - 1.2

CONSUMO DE DROGAS LEGALES
Población no U.D.V.P.

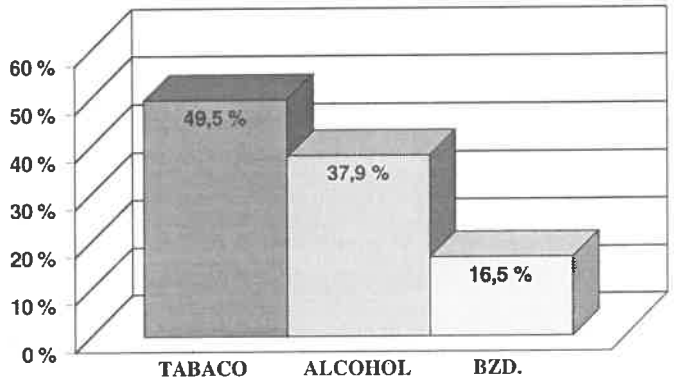


Gráfico 2

CONSUMO DE DROGAS LEGALES E ILEGALES
Población U.D.V.P.

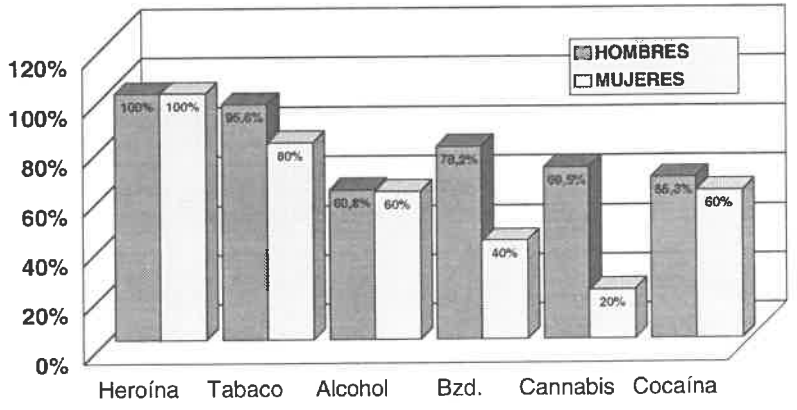


Gráfico 3

INFORMACIÓN FACTORES DE RIESGO

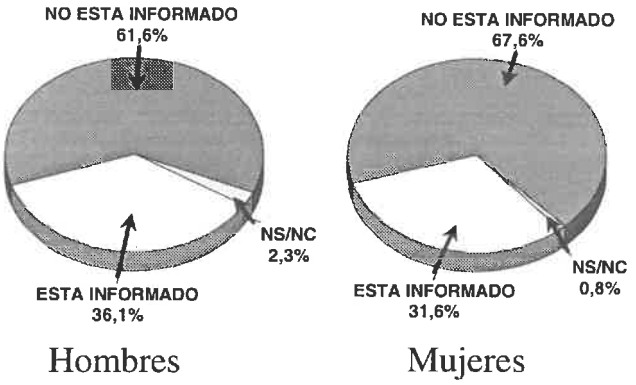


Gráfico 4

POBLACIÓN U.D.V.P.

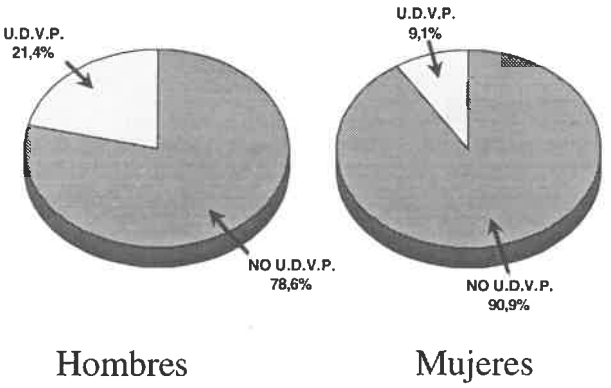


Gráfico 5

PORTADOR H.I.V. CONOCIDO

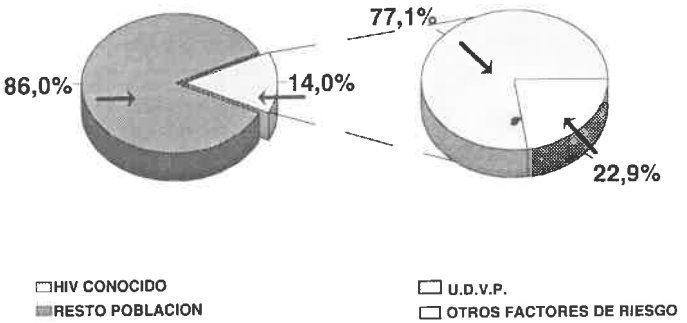


Gráfico 6

SEROPREVALENCIA OCULTA

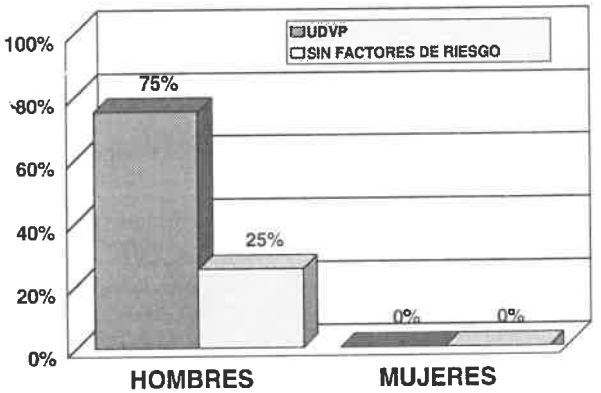


Gráfico 7

EL CUIDADO DE LOS GRUPOS MARGINALES EN LAS INSTITUCIONES DEL SIGLO XVIII EN GRAN CANARIA

Acosta G
Medina E
Sánchez J.

Departamento de Enfermería.
Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

El presente trabajo forma parte de la investigación que llevamos realizando desde el verano de 1.993 sobre la Historia de la Enfermería en la isla de Gran Canaria.

La revisión de fuentes bibliográficas y la indagación de la documentación de distintos archivos nos llevó a captar nuestra atención en un período concreto del tiempo: el S. XVIII y principios del S. XIX hasta 1.836, en el que enmarcamos cronológicamente el estudio. Durante los años 1.700 y 1.836 se produjo el tránsito del Antiguo al Nuevo Régimen en Canarias, arrastrando la desarticulación de la economía. En estos momentos, la crisis económica debida principalmente a la caída del cultivo central del vino se extiende rápidamente entre los sectores más deprimidos de la sociedad.

Ante estas circunstancias se producen dos tipos principales de manifestaciones:

- actividades encuadradas dentro de la economía sumergida;
- manifestaciones sociales propias de una economía precaria, tales como: la mendicidad, el aumento de la prostitución, abandonos familiares e inseguridad ciudadana entre otras.

Todo ello nos llevó a considerar dos aspectos:

a) el modo en que la alta sociedad consideraba a las personas de escalas sociales más bajas, y
b) la forma en que eran atendidas en las instituciones creadas por el Estado para tal fin.

Estos han sido los puntos que han configurado nuestro objetivo: analizar la actividad de cuidar en las instituciones que se crearon para recluir a enfermos, vagabundos, mendigos, homosexuales o simplemente niños y mujeres en un período marcado por la pobreza y consecuentemente por la marginalidad.

El material que hemos utilizado está clasificado en fuentes primarias y secundarias.

Las fuentes primarias han sido las Reales Cédulas, Actas, Oficios y Cartas consultadas en el Archivo Histórico Provincial, Archivo del Cabildo Insular de Gran Canaria y Archivo Histórico Diocesano de Las Palmas.

Las fuentes secundarias son estudios de los historiadores canarios Monzón Perdomo (1.994), Santana Pérez (1.993), Bosch Millares (1.964) y Epifanio García (1.929) que versan sobre la pobreza en Canarias en el Antiguo Régimen y las Cunas de Expósitos y Hospicios de Canarias.

Estas fuentes nos ayudaron en primer lugar a analizar el modo en que la alta sociedad consideraba a las personas de escalas sociales más bajas, mientras que las primarias nos mostraron la atención de las personas en las instituciones estatales.

El estudio de la primera autora diferencia dos términos: marginado y marginalidad.

Monzón Perdomo define como **MARGINADO** a todas aquellas personas que son apartadas por el conjunto de la población en función de una serie de prejuicios sociales, la cual no acepta que ninguno de sus miembros traspase las normas establecidas o bien, a quienes se les ha considerado inferiores. Aquí incluye a minusválidos físicos y mentales, homosexuales, mujeres y niños. Sin embargo, el término de **MARGINALIDAD** lo define atendiendo más a factores de índole económica, considerándolo como el lugar que ocupan las personas dentro del sistema productivo, aunque generalmente están excluidos de él. Las diferencias que se establecen dentro de este sector de población van a ser las distintas formas que ingenian para obtener el sustento diario.

Así, el mundo de la marginalidad está constituido por artesanos, trabajadores de la ciudad (criados, lacayos, dueñas, mayordomos, pajes, porteros, recaderos) que por problemas de salud, familiares o conyunturales se pueden ver privados de los medios para ganarse la vida, pasando a formar parte de la pobreza dependiente. Los marginados sociales atienden por el contrario al título de vagabundos, prostitutas, delincuentes, llamados despectivamente como frontera o escoria de la sociedad. De esta manera, todas aquellas personas con un impedimento físico para ser productivos tenían derecho legal a asilo y ayuda económi-

ca, frente a los anteriores que experimentaban el abandono e incluso la persecución. Las salidas eran entonces dedicarse a la mendicidad o recluirse en una institución benéfica. No cabe duda que la clasificación de estas personas para recibir ayuda o perseguirlas estaba en manos de la iglesia y de los grupos privilegiados.

El Cabildo Catedralicio y las familias adineradas de la ciudad de Las Palmas eran los responsables de cualquier tipo de institución desde el siglo XVI aludiendo la iglesia a los valores cristianos para la obtención de donaciones del sector privilegiado. Con esos medios se crearon una serie de instituciones en la isla de Gran Canaria que en un principio acogían a enfermos y que en la época que tratamos tomaron otras connotaciones. Las instituciones que mencionamos son en primer lugar, el nuevo Hospital de S. Martín fundado en 1.786 por el Obispo Martínez de la Plaza, el cual estableció una Congregación de Caridad con el nombre de la Concepción, determinando que el gobierno del Hospital fuera llevado a cabo por una Junta de Caridad compuesta por 24 individuos, que anualmente debían ser elegidos de entre los que se hallasen inscritos en la mencionada Congregación. Las personas que compusieron dicha Junta fueron los sacerdotes del establecimiento, los médicos y personas de la alta sociedad que desempeñaban cargos políticos o pertenecían a familias con un gran capital económico. Los establecimientos que dependían de este hospital fueron: la cuna de expósitos creada ya desde 1.647 con el objeto de recoger a todos los niños de padres desconocidos; el Hospicio fundado en 1.791 destinado a la educación de los adultos y el amparo de los huérfanos que carecían de padres y se hallaban abandonados y la Casa de Corrección fundada en el mismo año y que tenía por objeto la reclusión de mujeres delincuentes a quienes los tribunales imponían una pena correccional y a todas las que pomocionaban el desorden social o dedicadas a la prostitución. Este último establecimiento nunca tuvo fondos propios para subsistir sino que dependía de los fondos del Hospicio y por esta razón la Junta de Caridad lo cerró en 1.833.

Es preciso resaltar a partir del estudio del historiador Santana Pérez, que la participación religiosa en estas instituciones benéficas era mayor debido probablemente a que en la isla de Gran Canaria era donde se encontraba la residencia del Obispo. Por esta razón de preponderancia eclesiástica, quizás fuese más lento el proceso de secularización en nuestra isla que en el

resto del Estado. Las primeras ideas ilustradas llegan en 1.781 de manos de Viera y Clavijo, uno de los filósofos más representativos del Archipiélago Canario quien dirige una serie de informes al Vizconde del Buen Paso sobre sus visitas a hospitales y hospicios en Italia, Alemania, Flandes y Francia. Pero a pesar de los intentos secularizadores efectuados posteriormente por las corporaciones locales, los religiosos siguen presidiendo los centros benéficos y hasta finales de la centuria no comienza la desintegración de los antiguos centros de caridad. Destaca en este sentido la Real Cédula de 15 de Septiembre de 1.798 en la que Carlos IV ordena la subasta pública de los bienes de las instituciones benéficas, dando comienzo pues a la política de desamortización.

Una vez expuestos los datos generales obtenidos de las fuentes secundarias pasamos a continuación a dar lectura a las fuentes primarias.

En nuestro estudio nos centramos principalmente en la atención que se brindaba en la Cuna de expósitos, Hospicio y Casa de Correción, puesto que en estos lugares era donde iban a parar los marginados, objeto de nuestro estudio. Estas instituciones estuvieron administradas y gobernadas durante el S. XVIII por los Curas del Sagrario de la Catedral de Las Palmas y su finalidad principal era separar del conjunto de la sociedad a todo el que tuviera un comportamiento poco adecuado y entendemos también que aquellos que fuesen consecuencia de dichos comportamientos, refiriéndonos en este caso a los niños. Aunque la finalidad era separarles, la idea de sus administradores era disciplinarles mediante un duro régimen de trabajo, inculcarles principios morales y convertirlos entonces en mano de obra dócil, productiva y gratuita.

El personal destinado a la atención de las personas en estas instituciones durante el S. XVIII estaba gobernado por el Cabildo Catedralicio. Concretamente en el Hospital de S. Martín existían en 1.710 un médico, un farmacéutico, un Capellán y dos Mayordomos administradores. Hasta la inauguración del nuevo Hospital de S. Martín no se han encontrado registros sobre la labor desempeñada por personal denominado específicamente enfermero, sino de figuras que ejercían entre otras labores de enfermería. Tras la creación de la Congregación de Piedad y General Socorro llamada también de la Concepción se describe de una manera muy simple la figura del enfermero. Esta era cuidar, sin especificar

acciones, a los hombres del hospital. Al mismo tiempo observamos que la Congregación contrata a tres mujeres cuyo trabajo consistía en cuidar la cocina, preparación y administración de los alimentos, limpieza de la casa y ropa y cumplir con todo aquello que dispusiera el médico.

Según los oficios de los Curas del Sagrario de la Catedral de Las Palmas que gobernaban la Cuna de Expósitos desde 1.647, el cuidado de los niños que llegaban al torno era desempeñado por tres Amas. Una de ellas estaba destinada al cuidado de la casa y de solicitar amas de cría. Las otras dos se ocupaban de lactarlos, conservar la luz, aseo y cambio de ropa de las cunas. La Cuna acogía entre 100 y 120 niños y a las Amas se les pagaba unos 10 reales de plata mensuales y un cuartillo de aceite; su alimento consistía en una rebanada de pan y un caldo verde diariamente.

Ante estas circunstancias y con el elevado número de niños que debían lactar estaban expuestas tanto ellas como los niños a infecciones y contagios. Esta situación fue agravándose progresivamente y hasta 1.818 no se permitía que otras nodrizas pudieran llevarse los niños a su casa. Así pues, las condiciones en que se cuidaban a los niños eran deplorables reflejándose en el elevado índice de mortalidad que ascendía al 75% de los niños acogidos.

Por otra parte, la atención que se brindaba en el Hospicio y Casa de mujeres arrepentidas estaba a cargo de una vicerrectora, dos maestras de labores, dos directoras de panadería y un portero para los hombres. Se les asistía de forma similar que en el Hospital. Aunque es preciso resaltar que las conductas seguidas con las mujeres que calificaban de amorales, era separarlas y evitar su contacto con el resto del grupo.

En algunos documentos hemos observado que algunas tareas relacionadas con la higiene y la alimentación se destinaban a algunos ingresados, principalmente del Hospicio, que se habían corregido según los principios moralizadores de la Junta de Caridad y el Cabildo Catedralicio.

El último hecho notable de resaltar es la llegada de las Hijas de la Caridad en 1.829 tras varias peticiones desde el Obispado en 1.815 y de la Junta de Caridad en 1.821. Tras ocho años, llegaron ocho Hijas de la Caridad a Gran Canaria, que con los años fue aumentando. Al año de su llegada los establecimientos cambiaron su aspecto. Las Hermanas se encargaban del

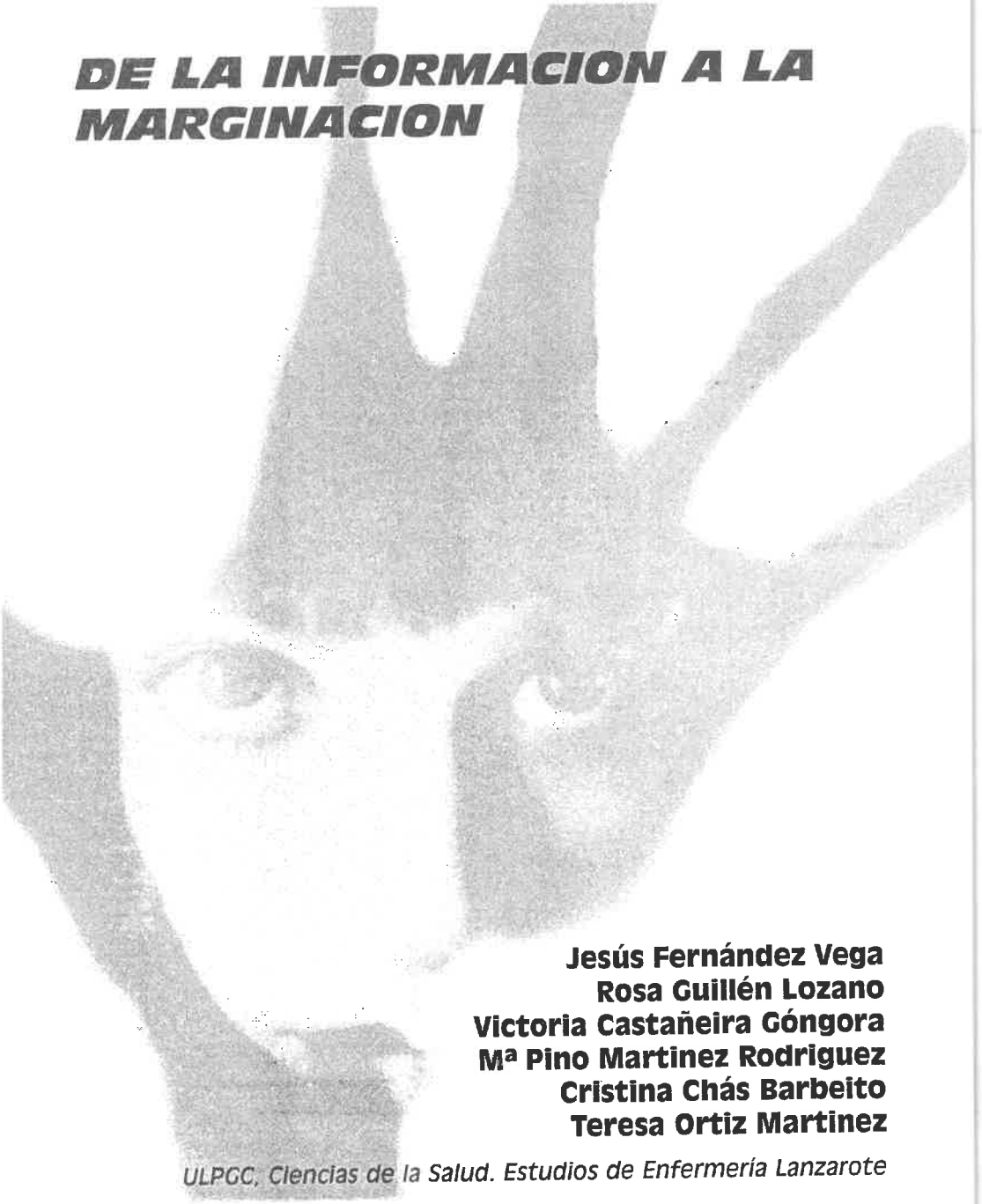
mantenimiento y limpieza de los mismos, así como de la comida, saneamiento de las habitaciones, aislamiento de los enfermos contagiosos, cambio y lavado de ropa, educación de los niños, mujeres y hombres del Hospicio y auxilio espiritual. A pesar de la crisis económica, la organización de las Hijas de la Caridad, proporcionó una mejora importante en la atención que se brindaba en estos centros benéficos. No obstante, el trabajo de enfermería desempeñado por esta orden religiosa en este período histórico es susceptible de analizarse en el estudio que continuamos efectuando.

Las CONCLUSIONES a las que hemos llegado en cuanto al objetivo propuesto son las siguientes:

1) se deduce claramente que el cuidado prodigado en la época que hemos tratado estaba marcada por la filosofía cristiana, donde la caridad a falta de recursos podía remediar cualquier mal.
2) los cuidados proporcionados durante el S. XVIII por el personal contratado fueron consecuencia de:
   a) la falta de formación
   b) la escasa o nula (en el caso de trabajar los ingresados) remuneración económica.
   c) el estatus social al que pertenecían, que coincide en la mayoría de los casos con el de los definidos como grupos marginales.
3) la sociedad y el Estado con su política de la época fomentaron el crecimiento de los grupos marginales con su reclusión y sin crear alternativas eficaces para reinsertar a las personas en la sociedad.

Aunque la situación y la época actual es distinta que la de entonces, estamos inmersos en graves crisis no sólo circunscritas a nuestra isla sino de ámbito mundial. Por eso, con el optimismo que nos debe caracterizar para trabajar con los marginados, esperamos que para el nuevo siglo XXI se trabaje eficazmente contra la marginación y así la historia en el XXII nos cuente que el ser humano abolió una de las lacras más terribles e impropias de su género.

DE LA INFORMACION A LA MARGINACION



Jesús Fernández Vega
Rosa Guillén Lozano
Victoria Castañeira Góngora
Mª Pino Martinez Rodriguez
Cristina Chás Barbeito
Teresa Ortiz Martinez

ULPGC, Ciencias de la Salud. Estudios de Enfermería Lanzarote

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de la tecnología informática y el fácil acceso a datos de todo tipo, ha convertido a la información en una herramienta de doble filo. Por un lado la información es necesaria, contribuye al progreso y bienestar social, pero mal utilizada se convierte en un elemento que favorece la marginación en el ámbito sociolaboral.

RESUMEN

El presente trabajo surge de la preocupación ante la falta de concienciación del mundo sanitario en las consecuencias de la pérdida de confidencialidad dentro del sistema. Dadas las connotaciones de la sociedad actual y su tendencia a la clasificación, creemos que el sistema de salud lo que hace es apoyar la misma dando lugar a la aparición de grupos marginales. Para ello hemos analizado noticias de prensa, reclamaciones de los pacientes, manejo de los datos confidenciales en nuestro servicio sanitario... corroborando con dicho análisis nuestra hipótesis de trabajo.

OBJETIVOS

1. Analizar el manejo de datos en nuestro sistema sanitario.
2. Reflexionar sobre las consecuencias que produce el manejo inadecuado de la información confidencial.
3. Proponer las medidas necesarias para el correcto manejo de la información.

MATERIAL Y METODO

Observación del tratamiento de la información en nuestro Sistema de Salud.

Revisión de las denuncias en los medios de comunicación, que reflejasen filtración de información.

Revisión y análisis de la legislación actual de Sanidad y Código Deontológico.

Investigación selectiva en el servicio de atención al paciente.

Metodología. Análisis cualilativo. Observación.

DESARROLLO

Nadie duda que el mundo esta sufriendo insospechados cambios que requieren una continua adaptación.

Todos ellos tienen en común que son globales, continuos, acelarados y drásticos, afectando a todas las actividades que el hombre desarrolla; desde la economía a la política, de lo social a lo ecológico, desde lo ético a lo jurídico.

Por supuesto a todos estos bruscos cambios no podían sustraerse actividades humanas como la medicina y la enfermería.

El ritmo vertiginoso con que se suceden unos con otros y nuestro afán por comprenderlos, nos dejan en ocasiones sin aliento. Pero cualquiera que sea la naturaleza de estos cambios que estamos viviendo, representan un **reto** para nuestra capacidad de comprensión como enfermeros.

Un protagonista de estos cambios es, sin lugar a dudas, la **información** .

El hombre posee una característica única que le aventaja y diferencia sobre el resto de las especies, se trata de la capacidad para transmitir sus experiencias, ya sea a través del lenguaje hablado, escrito, o, como receptor de la información.

El enorme crecimiento de los datos médicos y de enfermería, ya sea escrito de forma tradicional o bien informatizados, el avance en la tecnología informática, y las múltiples posibilidades de acceso o enlace a las redes, representan una **amenaza** para la custodia de la privacidad de datos, siendo mas grave cuando estos pacientes poseen diagnósticos de escasa o baja acep-

tación social, es el caso de algunas enfermedades como es el SIDA, Toxicomanías...

En general, los afectados, no son conscientes de dicha amenaza y de las consecuencias que puede acarrear la pérdida de la confidencialidad dentro del sistema, ello podemos constatarlo por la falta de reclamaciones a este respecto, en los servicios de atención al paciente en nuestros centros asistenciales.

El secreto profesional se contempla desde dos aspectos diferentes: **uno moral y otro jurídico**

Desde el punto de vista moral existe el deber de guardar el hecho conocido, cuando éste pueda producir resultados indeseables sobre el sujeto si se violara el secreto profesional.

Desde el punto de vista jurídico, aunque recogido por la legislación vigente, son muy pocos los casos en que se puede demostrar que ha existido la trasgresión del secreto, debido en parte al vacío legal existente.

A grandes rasgos, se puede decir que el secreto profesional puede ser revelado en ocasiones puntuales como en aquellas circunstancias que puedan poner en peligro la vida de terceras personas o la salud pública; casos constitutivos de delito, como son las agresiones o malos tratos y por último mala praxis.

Paradógicamente y como profesionales de la salud, podemos apreciar que en la práctica diaria se viola el derecho a la intimidad y el secreto profesional, casi de forma sistemática, por parte de unos y otros, como es el caso de las etiquetas identificativas en las portadas de las historias clínicas y a la vista de todos, la recogida de datos en lugares públicos, fácil acceso a la historia y datos del paciente por parte de todo el personal sanitario y no sanitario, revelación de diagnósticos en los partes de bajas y altas a las empresas que en ocasiones conllevan a la marginación laboral y/o social o como por ejemplo la emisión de interconsultas con diagnóstico e identidad del paciente vía fax.

Con respecto a las leyes y a los códigos deontológicos podríamos decir que tienen su propia trayectoria teórica, respondiendo más a planteamientos filosóficos y políticos, que a los problemas reales de la sociedad y del colectivo profesional. Por otra parte los Códigos deontológicos no son de obligado cumplimiento y no se incurre en falta si no se respetan.

En nuestro sistema sanitario no se puede garantizar actualmente la **confidencialidad**.

Al no existir un sistema eficaz de seguridad en el procesamiento de esa información se producen fugas hacia otros sectores, relacionados o no con la salud, como entidades crediticias, compañías de seguros....

El tratamiento inadecuado de esa información conlleva en ocasiones a la aparición de grupos **marginales**, un ejemplo claro lo encontramos en el ámbito laboral donde se ocasionan perjuicios y discriminación al trabajador. Esto podría paliarse a través de determinadas estrategias de cambio social e individual. Algunas de estas acciones serían , por ejemplo:

1. Constituir comités éticos para la investigación y protección de los derechos del paciente.
2. Establecer un sistema de registro cerrado y codificado, que garantice la privacidad de los datos personales.
3. Replantear la recogida de datos del paciente, abogamos por el tipo de información selectiva, obviando datos no relacionados con el problema de salud, motivo de consulta.
4. Concienciar a los profesionales y futuros profesionales de enfermería de la importancia y el compromiso hacia la confidencialidad y el secreto profesional.
5. Profesionalizar el lenguaje enfermero en los registros de enfermería.
6. Que la enfermería asuma el papel de asesora, para servir de enlace en los casos en que el paciente solicite información sobre datos de su historia.
7. Proponer modificaciones jurídico-éticas que se adapten a las necesidades del momento y de la sociedad actual.
8. Promover y propiciar la participación del sujeto en la defensa de su propio derecho a la intimidad.

Para concluir, el objetivo de este trabajo ha sido realizar una reflexión y señalar algunas cuestiones relacionadas con el tratamiento de la

información y la comunicación en el campo de la salud, concretamente con la que tiene que ver en los grupos mas desfavorecidos; personas que en ocasiones se sienten determinadas y arrastradas por el sistema socio-estructural, con pocas probabilidades de cambiar su destino.

En ocasiones tenemos la impresión de que mas que tratar de remediar la situación, los esfuerzos se agotan en justificarla. Pero podemos romper el círculo de desventaja que tiende a autoalimentarse a través del exagerado proceso de burocratización y despersonalización del sistema.

Nos tendríamos que preguntar si los grupos desfavorecidos son necesarios para el sistema sanitario, puesto que el mismo los crea y los perpetúa, con sus clasificaciones.

Los grupos marginales, en general, son útiles por razones económicas, sociales, culturales y políticas, satisfaciendo un número de funciones socioculturales.

Pese a que somos conscientes de la imposibilidad de que desaparezcan estos grupos, una posible forma de luchar en su favor es conseguir una amplia transformación social, colaboración interinstitucional y organización de los grupos implicados en el tema, así como adquirir compromiso por parte de los profesionales.

Estamos en el tiempo de lo global, de lo colectivo, de la pluralidad, pero no podemos olvidarnos de lo individual, lo privado.

Todo el pasado y el presente no justifica el futuro, todo dependerá de lo que realicemos tanto a nivel individual como colectivo. Por todo ello no deberíamos poner tanto énfasis en los proyectos o grandes modificaciones, sino en las acciones que nosotros mismos llevamos a cabo en esos proyectos, en el día a día, en definitiva en el cuidado, construyendo nosotros mismos nuestra propia norma, nuestra propia cultura.

ENFERMERIA TRANSCULTURAL PARA UNA ESPAÑA EN DIVERSIDAD

Mª Victoria Antón Nardiz

Directora de la E.U.E. de La Comunidad de Madrid
Universidad Autónoma de Madrid

El titulo de las XVI Jornadas de la A.E.E.D., «Ante la marginación, las enfermeras responden», nos ha puesto a todos entre la espada y la pared.

Parecería que no nos están pidiendo solamente palabras, reflexiones, declaraciones de principios, sino **ALTERNATIVAS, ACCIONES, COMPROMISOS.**

En esa línea, como profesora de la E.U.E. de la Comunidad de Madrid, presento esta comunicación, como una propuesta docente en relación a la inmigración.

Nuestra propuesta nace de una mirada a la realidad que nos rodea, nace de una necesidad de ser contemporáneos, y vivir inmersos en un **TIEMPO**, finales de un siglo XX e inicio del siglo XXI, y en un **LUGAR** determinado, España, país en crisis para los que en él vivimos, pero un paraíso para los que nos contemplan desde afuera.

La **Inmigración** en España no sólo la conocemos por cifras en los periódicos sino que forma parte de nuestra vida, en los últimos años nos hemos habituados a compartir nuestra vida cotidiana con personas de otras razas.

Compramos el tabaco a ruandeses en el metro, flores a filipinos, nos alicata la cocina un obrero polaco, conocemos a dominicanas que cuidan a nuestros familiares enfermos o viene a limpiar nuestras casas un mujer boliviana.

La migración en Europa en las últimas décadas y la perspectiva para el futuro, tiene características concretas que debemos conocer, estas son **REAGRUPAMIENTO FAMILIAR y PERMANENCIA EN EL PAÍS ELEGIDO**.

Estas características no fueron las que se vivieron en la emigración de los años cincuenta, en la que el trabajador iba sólo con la única meta de conseguir dinero, enviarlo a su país de origen, y regresar en cuanto pudiera.

Ahora los que vienen a España desde países en conflictos bélicos, crisis económicas, violación de los derechos fundamentales, ven en él la posibilidad de encontrar un lugar donde trabajar y donde asentarse con su familia y permanecer.

Paralelamente a estos movimientos migratorios y debido a diferentes razones, han surgido o han revivido en Europa **brotes de racismo y xenofobia** que suponen un peligro para la convivencia y una violación de los derechos humanos.

Sería falso por nuestra parte pretender que los brotes de xenofobia aparecen como fenómeno nuevo en España, cuando a lo largo de nuestra historia grupos sociales lo han sufrido de forma continuada, y me estoy refiriendo a los que tradicionalmente fueron considerados como «diferentes», los gitanos.

Pero posiblemente nunca en nuestra historia reciente se vieron en el día a día tantas razas diferentes que se adentran en la vida del país, alquilan casas, tienen hijos, se enferman y necesitan entrar a formar parte de la sociedad.

Los organismos internacionales europeos abogan por la necesidad de cortar de raíz y desde la formación básica esta actitud xenófoba y racista, minoritaria si la valoramos en términos de agresión directa, pero mayoritaria si la valoramos en términos de discriminación, intolerancia, desigualdad de oportunidades.

El proyecto común europeo incide en la necesidad de modificar esta situación de forma que se cree en la ciudadanía una actitud positiva ante la diversidad racial, cultural, religiosa.

Las nuevas corrientes en la educación para el desarrollo y la paz, han evolucionado de un **PLANTEAMIENTO ASIMILACIONISTA e INTEGRADOR en relación a los inmigrantes,** en el que el inmigrante necesitaba casi olvidarse de quién era para poder ser aceptado e «inte-

grado «en la sociedad , **a otro PLURALISTA** donde prima el derecho del inmigrante a mantener su cultura, su religión sus costumbre y hábitos en el país de acogida.

Este principio pluralista y de respeto a la diversidad debe ir acompañado de acciones concretas sino queremos que sea un simple enunciado de intenciones.

Ante esta situación, como enfermeras responsables de atender su salud de la sociedad en su conjunto,

- ¿Cual va ser nuestro proyecto profesional en relación a los inmigrantes?

Si hacemos un pequeño recorrido por la historia reciente podemos encontrarnos con tres etapas.

- Hasta los años setenta aproximadamente, los países pobres están fuera. Sabemos de sus problemas, de sus guerras, bloqueos, crisis económicas pero no los conocemos.

La marginación es política, económica, pero no social al no haber contacto con ellos.

- Más tarde a partir de los años ochenta aproximadamente, los países pobres irrumpen en el nuestro. Están con nosotros, malviven, son ilegales, forman un submundo marginado.

La marginación además de política y económica es social en la convivencia.

- Y por último, el siglo XXI en que estos colectivos se mezclarán con la población española y el producto será una sociedad multiracial, multicultural, multireligiosa.

Las condiciones de vida dependerán de planteamientos políticos, económicos y sociales, y en los sociales tendrá un gran papel la **EDUCACIÓN Y LA SANIDAD**.

A lo largo de estas etapas la respuesta de la enfermería ha sido individual y aislada. Han habido enfermeras en programas de voluntariado que viajaban a otros países y prestaban ayuda puntual.

Otras han participado colaborando en Dispensarios, atendiendo a los que considerados ilegales no tienen acceso a la Sanidad Pública, el resto hemos permanecido en nuestros puestos de trabajo a la espera de que estos inmigrantes lleguen a los Centros de Salud o a los Hospitales, pero **sin un proyecto previo que nos permita descifrar las claves de su mundo y serles de mayor ayuda.**

Pero como nos plantea la **Asociación Española de Enfermería Docente** es el momento de pensar en un Proyecto Común de la Profesión ante una sociedad diversificada, adelantándonos como en otras ocasiones al resto de las profesiones sanitarias y a muchas Instituciones.

La formación de las/los enfermeras/os en las Escuelas Universitarias de Enfermería, tienen que asumir la parte del compromiso que les compete en la formación de un profesional de enfermería cuya actitud, no solo no sea xenófoba y racista, sino que sea positivamente abierta a la igualdad de oportunidades, a los derechos humanos, y activa en el conocimiento de la sociedad como elemento fundamental para atenderle profesionalmente.

Debemos pues, preparar a los/as enfermeros/as para trabajar en una sociedad de religiones, culturas, costumbres y estilos de vida variados, **potenciando actitudes para erradicar prejuicios y favoreciendo una actitud del profesional de ENTENDER al otro para mejor ATENDERLE.**

Si aceptamos y apoyamos el derecho del inmigrante a mantener su cultura y lo que eso supone, hábitos, costumbres, religión, valores, tendremos como contrapartida que hacer un esfuerzo por adentrarnos en ese mundo nuevo que irrumpe en nuestra sociedad, ya que ese derecho solo se plasmará en la realidad si en el **encuentro entre el inmigrante y el sanitario,** el primero encuentra que el segundo le entiende, le atiende, le valora y respeta su diferencia.

Pero para eso hará falta en el personal sanitario una actitud abierta al conocimiento de esas otras culturas, que sepa qué es el Ramadán y cómo incide en la salud o en el control de la diabetes; que sepa los problemas de una mujer islámica para parir en el hospital si ha de ser destapada ante los ojos de los hombres médicos o enfermeros; que sea capaz

de identificar los terrores nocturnos de los que vienen de la guerra, o los síntomas psicosomáticos que sufren las mujeres que dejan a sus hijos en república Dominicana para venir a trabajar a España.

Al igual que habrá que plantear alguna alternativa a las dificultades de comunicación por causa del idioma.

Las Escuelas Universitarias debemos de asumir la preparación de los alumnos, tanto **en lo actitudinal como en el conocimiento de contenidos concretos.**

Pero sería utópico pensar que en el plan de estudios incluyéramos todas las costumbres de todos los países, por lo que hay que plantearse otras alternativas.

Desde todas las materias tenemos que hacer un esfuerzo todos los docentes para introducir en nuestra **definición de la sociedad española, a esos otros grupos, con otras razas, otras culturas, otras religiones**, y utilizar ejemplos que reflejen el conocimiento de los docentes y su actitud integradora.

Como **Asignatura de Libre Configuración, de treinta horas hemos programado para el presente curso 95 -96 y para los meses de Febrero a Abril lo siguiente:,**

«ENFERMERIA TRANSCULTURAL»

Información teórica - De cuatro a seis horas

Introducción al tema de la inmigración, reflexiones de actualidad, datos, análisis de la situación, características, dificultades. Esta información vendrá de la mano de enfermería, sociología, antropología social.

Contamos con nuestro profesorado y la colaboración de profesores de la Universidad Autónoma de Madrid.

Trabajo en grupos

Mediante el **A**prendizaje **B**asado en **P**roblemas, metodología que venimos introduciendo en algunas asignaturas, estructuramos lo siguiente.

Ofrecemos a los alumnos un listado de colectivos de inmigrantes que tengan características comunes, sean magrebíes, centro europeos, latinoamericanos, portugueses u otros.

Cada grupo elegirá un colectivo sobre el que trabajará.

Junto con el listado de colectivos de inmigrantes, recibirán la información sobre Organizaciones No Gubernamentales, Asociaciones de Ayuda, Dispensarios, etc. es decir grupos que tienen una relación cercana con estos colectivos y conocen su problemática.

De estos lugares, y otros que los alumnos busquen por su cuenta, recogerán la información acerca de sus características sociales, culturales, económicas, y sus hábitos y costumbres que hacen referencia a la salud.

Conocidas las características las compararán con las de la sociedad española y cada Grupo

- Identificará TRES dificultades o problemas en relación con la salud que tiene el colectivo elegido.
- Cada Grupo propondrá TRES actividades de enfermería en relación a esos problemas.

Para elaborar el trabajo contarán con **dos meses,** de Febrero a Abril y la presentación de los resultados se hará en una sesión, contando cada grupo con **veinte minutos para la presentación**, que podrá ser con cualquier soporte audiovisual.

Nuestro objetivo es que el alumno **viva la experiencia de acercarse a un colectivo** de inmigrantes e identifique sus problemas, e invente soluciones.

De la suma de informaciones de seis grupos tendremos un **listado de problemas** y lo que es más interesante un **listado de alternativas**, que nos ayudarán a programar el futuro.

Espero en próximas reuniones poder presentar los resultados.

LA ENFERMERA COMO PROMOTORA DE SALUD: LA EXPERIENCIA EN UN BARRIO MARGINAL DE LIMA

Mª Luisa Grande Gascón
María Hernández Padilla
Mª Luisa Pérez Pérez
José Gutierrez Gascón
Juana Hernández Padilla

E.U.E. Universidad de Jaén

Lima, capital de Perú, es una de las ciudades más grandes de Sudamérica, cuenta con ocho millones de habitantes. En los últimos años ha habido un crecimiento espectacular de la población de Lima, como consecuencia del terrorismo de Sendero Luminoso y del Movimiento Revolucionario Tupac Amaru (MRTA) y de la crisis económica, que ha sido especialmente dura en el último quinquenio.

En 1990, cuando llegó al poder Alberto Fujimori, los precios de los alimentos aumentaron diez veces, los de los servicios y productos de salud quince veces, las tarifas de agua, luz y combustible, entre quince y treinta veces. Sin embargo, el ingreso mínimo sólo aumentó cuatro veces. Fujimori aplicó duras medidas de ajuste económico, que no fueron acompañadas de un programa de compensación social. Con todo esto, en 1993 el censo nacional registraba un 54% de los hogares y un 57% de la población en situación de pobreza.

La mortalidad infantil alcanzó en 1990 la cifra de un 80 por mil, mientras que la esperanza de vida al nacer era de 58 años. El 44% de los niños menores de 6 años sufría algún grado de desnutrición y el 38% del total de los niños padecía malnutrición crónica. En 1993, el 43% de los hogares carecía de electricidad, el 30% de agua canalizada y el 19% no tenía agua, luz ni desagüe[1].

A todo esto, hay que añadir las diferencias de clase y los enfrentamientos étnicos. La mayor parte de la riqueza la acapara un pequeño segmento de población blanca con hábitos culturales europeos, ocupando los niveles más altos de la pirámide social. Por contra, existe una mayoría india o mestiza con raíces culturales nativas ubicada en los estratos más bajos[2].

Esta situación económica, unida a las actividades de los grupos terroristas y las represalias del ejército que fueron especialmente duras en algunas zonas de la sierra, empujaron hacia Lima a gran cantidad de gente. La mayor parte de los desplazados proviene de la sierra y se fue asentando en terrenos desérticos y montañosos de los alrededores de Lima que son vendidos, cedidos por el gobierno o conseguidos en batallas campales contra la policía, el ejército o los matones de los propietarios de los terrenos. A estos asentamientos se les denominó "Pueblos Jóvenes" y están formados muchos de ellos por gente de la misma región o comarca[3].

Viven en condiciones de extrema pobreza y la mayor parte se dedican a la venta ambulante o al servicio doméstico. Las familias tienen una media de cinco hijos y normalmente tienen que trabajar casi todos los miembros de la familia para poder subsistir, incluidos los niños. Según datos oficiales, la participación de niños entre 6 y 14 años en el mercado de trabajo representa un 10% de la población económicamente activa. A éstos hay que añadir los que se dedican a la mendicidad y los que trabajan en la casa cuidando de los más pequeños. Al tener que trabajar toda la familia, los niños están casi todo el día solos, por lo que los más pequeños están al cuidado de los más mayores.

CARACTERÍSTICAS DE LOS ASENTAMIENTOS

Las casas están formadas por esteras o cartones de unos 20 metros cuadrados y constan de una o dos habitaciones donde se hacina toda la familia. Conforme la economía lo permite, se van construyendo casas con ladrillos y cemento.

En algunas zonas no hay agua canalizada y se surten de un camión cisterna que reparte el agua cada dos o tres días. En otras zonas hay depósitos de agua que se abren cada tres días para abastecer a la población, con lo cual en cada casa han tenido que construir depósitos rudimentarios con ladrillos y de allí van cogiendo agua con cubos cada vez que la necesitan. El agua no se hierve para beber, aunque en la mayoría de las ocasiones no está en condiciones adecuadas para el consumo, lo que contribuye a que las enfermedades gastrointestinales sean frecuentes.

No hay canalización de aguas residuales en la mayoría de las zonas. En algunos casos se han construido pozos ciegos, pero en otros casos no existen éstos.

La recogida de basuras no alcanza a todos y en algunas zonas las basuras se acumulan alrededor de las viviendas, donde es frecuente ver a los niños jugando con los desechos o con animales muertos.

La cobertura sanitaria estatal es deficiente. Existe el Instituto Peruano de la Seguridad Social (IPSS), pero no cubre a toda la población y las prestaciones no son gratuitas, hay que pagarlo todo: asistencia, medicinas, material que se use, camas hospitalarias, intervenciones quirúrgicas, analítica, etcétera.

Desde la administración se hacen campañas de vacunación en todos los asentamientos, pero estas campañas no son periódicas y la madre debe completar las vacunas en los centros de salud. Éstos a veces están alejados del lugar de residencia, lo que conlleva gastos de desplazamiento y pérdida de tiempo y los niños no siempre completan las vacunas.

El clima en verano es caluroso y húmedo y en invierno la temperatura oscila entre 10 y 15° C, alcanzando una humedad de más del 90%. No llueve nunca pero la niebla y la "garua" o llovizna son frecuentes y no sale nunca el sol. Los niños no llevan ropa adecuada en invierno, van en sandalias o descalzos, se mojan y las casas no cuentan con medios de calefacción, por lo que la primera causa de mortalidad infantil es la bronconeumonía.

La mortalidad perinatal es elevada debido a que los partos son atendidos por algún familiar o por una partera no cualificada, con unas medidas higiénicas deficientes.

La alimentación es a base de hidratos de carbono, preferentemente arroz, con pocas proteínas y grasas. Entre los niños es frecuente algún grado de desnutrición.

Los niños tienen un nivel de agresividad alto y gran ansiedad derivado de la violencia que han presenciado. En ocasiones, han visto como mataban a familiares y vecinos, incluso integran esa violencia en sus juegos. Hay un alto nivel de alcoholismo y violencia familiar del padre hacia la madre y los hijos.

Dentro de la familia, los niños reciben poca afectividad. Los padres tienen poco contacto con ellos al estar todo el día fuera. Los niños son llevados por sus madres a la espalda todo el día mientras trabajan, hasta que nace el siguiente que lo reemplaza. Son alimentados con lactancia materna hasta que nace el siguiente.

En la mayoría de los asentamientos funcionan los comedores populares que son organizaciones de mujeres que se reúnen para preparar colectivamente comida para sus familias, en un intento de optimizar los escasos recursos económicos y obtener donaciones y subvenciones de la administración[4].

EL TRABAJO DE LA ENFERMERA EN LOS ASENTAMIENTOS

ADEVI (Asociación de Defensa de la Vida) es una organización no gubernamental que trabaja en los asentamientos desarrollando un proyecto de asistencia integral a los desplazados, haciendo especial hincapié en los niños.

ADEVI promueve la organización infantil y la participación de las madres para la solución de sus propios problemas. Conjuntamente con la comunidad, planifica, ejecuta y evalúa las acciones a desarrollar en cada asentamiento.

El programa que desarrolla comprende cuatro áreas de trabajo: educación, alimentación, trabajo y salud.

- **Educación:** ADEVI ofrece clases con profesorado en lengua quechua, promocionando la cultura y los valores andinos. El profesorado y los niños están apoyados por psicólogos que orientan a éstos y tratan casos individuales. Son un complemento a la educación reglada y sirven de apoyo a la rehabilitación de niños con traumas.

- **Alimentación:** Apoya a los comités de madres en la organización y funcionamiento de comedores populares. Realiza formación en temas de nutrición para que en los comedores se realicen dietas equilibradas, utilizando los alimentos propios del país. En los comedores se hace también una detección de familias con alto riesgo de desnutrición y se refuerza la alimentación de éstas con reparto de comida.

- Trabajo: Se han puesto en marcha talleres de artesanía, telares, arpilleras, postales, etcétera, donde trabajan los niños en un horario reducido y posteriormente la organización comercializa estos trabajos en países desarrollados mediante la coordinación con ONG,s de estos países. Aparte de ser una fuente de ingresos para las familias, sirven para capacitar laboralmente a los niños.

- Salud: Al no haber una cobertura sanitaria gratuita para toda la población, el objetivo principal de ADEVI, en este sentido, es capacitar a la comunidad y especialmente a las madres en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.

La responsable de este área es una enfermera y su trabajo está encaminado a formar y capacitar líderes sanitarios o promotores de salud, que son mujeres voluntarias de la comunidad, capaces de hacer frente a las necesidades concretas que la población demanda, de tal manera que al terminar el programa queden cubiertas unas necesidades básicas de la población y que ésta sea lo más autosuficiente posible.

Según David Werner, "la tarea más importante de un promotor de salud es la de enseñar, la de animar a compartir conocimientos, habilidades, experiencias e ideas. Las actividades del promotor como educador pueden tener un efecto de mucho mayor alcance que todas sus actividades preventivas y curativas". Todo esto basado en una filosofía de que "la educación para la salud de la comunidad es apropiada en tanto que ayuda a los pobres y a los débiles a ganar más control sobre su salud y su vida".

El objetivo principal de la educación para la salud en estas comunidades no es cambiar los hábitos y actitudes de la gente. Este objetivo hace hincapié en señalar lo que la gente hace mal, en vez de basarse en lo que hace bien. Parte de un punto de vista paternalista de que sólo la ignorancia de la gente pobre es la causa principal de su mala salud y que la sociedad debe corregir sus malos hábitos y actitudes. La mala salud de los pobres es consecuencia de una distribución injusta de la riqueza, por lo que la meta principal es ayudarles a comprender y adquirir las habilidades necesarias para cambiar las condiciones que causan la pobreza y la mala salud[5].

La enfermera forma a los promotores de salud y los capacita en las siguientes áreas: vacunaciones, cuidados infantiles (control y seguimiento del niño sano), nutrición, primeros auxilios, asistencia a partos, admi-

nistración de medicación y uso de remedios naturales, métodos anticonceptivos, detección de enfermedades más frecuentes, prevención de enfermedades, higiene ambiental (agua potable, manejo de excretas y basuras), detección de grupos de riesgo, etcétera.

La capacitación de los promotores está ligada a una red vital de aprendizaje y de enseñanzas continuas que tienen lugar en la comunidad, en la cual la enfermera que forma también aprende de las promotoras que está formando y éstas aprenden de la comunidad, a la que están formando a su vez. O sea, todos aprenden de todos.

Cada promotora de salud tiene asignada una zona del asentamiento y desarrolla su trabajo con la población de esa zona. Atienden un "tópico" o botiquín con un horario de presencia física en el mismo de aproximadamente cuatro horas y realizan guardias de 24 horas en su domicilio. En la puerta del tópico existe un listado de quién está de guardia cada día.

Son responsables de la Unidad de Rehidratación Oral (URO) para atender a los niños que sufren deshidratación , siendo la causa más frecuente de ésta las diarreas ocasionadas por enfermedades gastrointestinales.

Realizan un seguimiento de las vacunaciones de los niños, revisan las cartillas de vacunaciones y los derivan a los centros de salud correspondientes para que se les administren las vacunas. Ayudan en las campañas de vacunaciones que se realizan desde la administración en los asentamientos.

Realizan educación sanitaria a la población, bien en grupo o individualmente aprovechando las demandas que se le hacen, sobre nutrición, higiene personal y ambiental, uso del agua, métodos anticonceptivos, prevención de enfermedades, etcétera.

Llevan un control y seguimiento del niño sano en niños menores de cinco años, los pesan, los miden y hacen un seguimiento periódico de ellos, educando a las madres en los cuidados que necesitan los niños. A los que tienen riesgo de sufrir desnutrición se les incluye en campañas de reparto de comida.

En caso de emergencia, realizan los primeros auxilios antes de trasladar al paciente al hospital. Asisten partos cuando es necesario, ya que la mayor parte de las mujeres pare en los asentamientos.

Debido al alto precio de las medicinas, se están utilizando medicinas naturales, usando hierbas medicinales. En el tópico, aparte de las medicinas "oficiales", existen también estas hierbas que ellas facilitan, en algunas ocasiones. La medicina tradicional andina ha utilizado durante mucho tiempo estos remedios, ya que pueden disponer de un gran número de plantas medicinales que crecen en las zonas andinas[6].

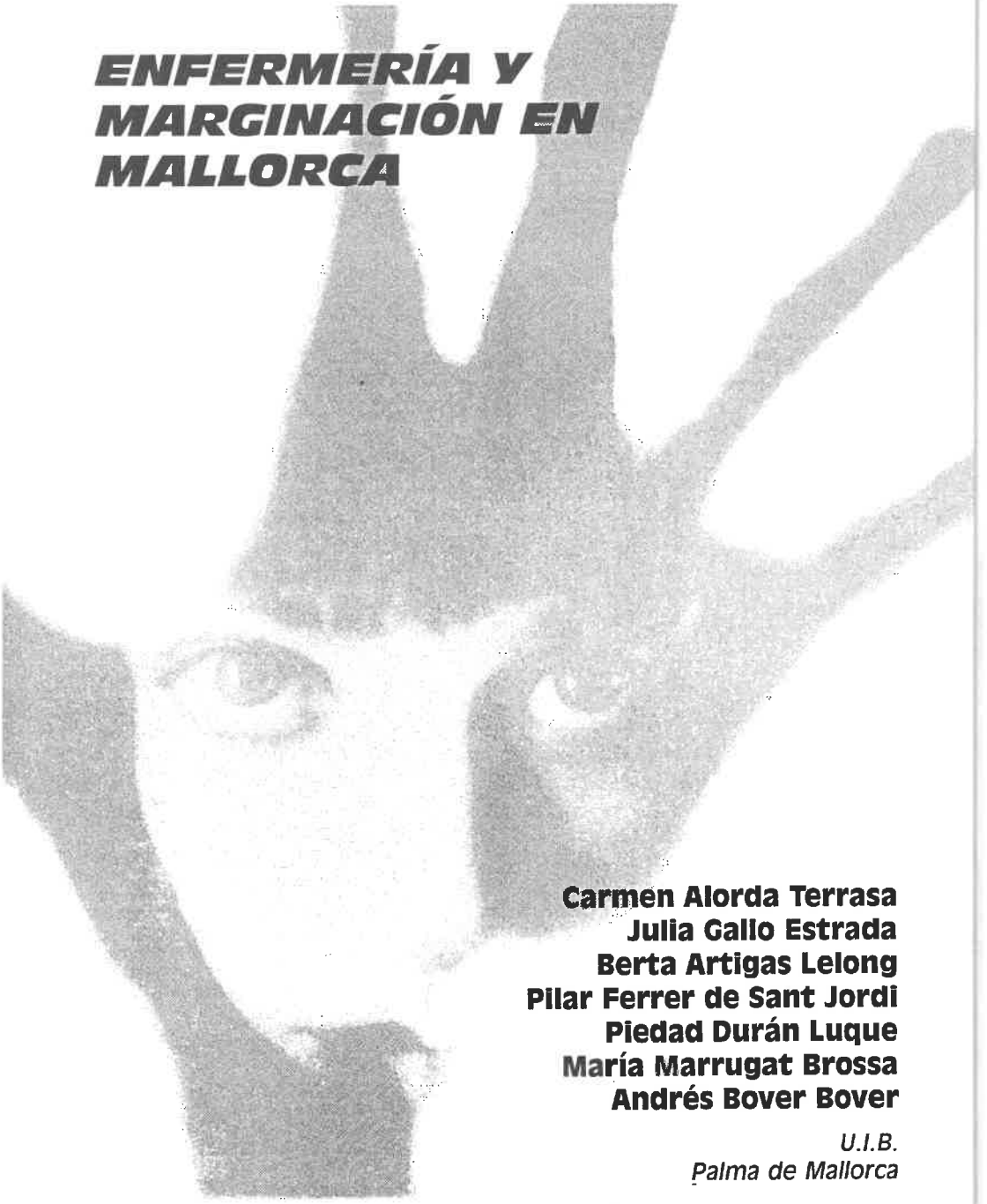
Estas son algunas de las actividades que se están realizando en los asentamientos en base a un programa que no sólo trata los aspectos sanitarios sino también otros, por la incidencia que tienen sobre la salud de la comunidad, porque esta claro que las actividades de salud sólo tendrán éxito si además se mejoran otros aspectos de desarrollo social. Por eso, junto a estas actividades se realizan otras de denuncia de la situación social, reivindicativas y de defensa de los derechos humanos.

Todas las actividades se planifican conjuntamente con la comunidad en función de las necesidades sentidas por ellos y esta planificación es flexible y se va modificando en función de los cambios que sufra la comunidad, evitando el paternalismo que lleva en ocasiones a imponer nuestros criterios en contra de los de la comunidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. INEI (Instituto Nacional de Estadística): Censo nacional de 1993.
2. LEÓN NAVEIRO, O: "Crisis económica y estado de derecho en Perú". Ed. Fundamentos. Madrid, 1995.
3. CALVO, H. Y COL: " Perú. Los senderos posibles". Ed. Txalaparta. Tafalla, 1994.
4. BLONDET, C. Y COL: "Hoy: Menú popular. Comedores en Lima". Ed. Instituto de Estudios Peruanos (IEP). UNICEF. Lima, 1995.
5. WERNER, D. Y COL: "Aprendiendo a promover la salud" Ed. Centro de Estudios Rurales Andinos: Bartolome de las Casas. Cusco.
6. IRARRÁZAVAL, D.: "Tradición y porvenir andino". Ed. IDEA. Lima, 1992.

ENFERMERÍA Y MARGINACIÓN EN MALLORCA



Carmen Alorda Terrasa
Julia Gallo Estrada
Berta Artigas Lelong
Pilar Ferrer de Sant Jordi
Piedad Durán Luque
María Marrugat Brossa
Andrés Bover Bover

U.I.B.
Palma de Mallorca

INTRODUCCIÓN

La Comunidad Balear según los indicadores socioeconómicos se refleja como una de las más ricas de España. A pesar de la innegable calidad de vida que se disfruta en las islas, la existencia de problemas de marginación derivados del desequilibrio social es constatable. Baleares es la cuarta comunidad española en tasas de incidencia de casos de sida y presenta un importante número de toxicómanos, alcohólicos e indigentes, a los que en los últimos años se han sumado los inmigrantes procedentes en su mayoría del Norte de Africa y América del Sur.

En la mayoría de los casos por diferentes motivos, estos colectivos producen en nuestra comunidad como en otras, cierta sensación de miedo, inseguridad, impotencia y dificultades de comunicación. Dichos sentimientos, dificultan el acercamiento y a veces nos predisponen a marginar a los que no pertenecen a nuestro grupo, llegando a producirse situaciones de Heterofobia.

La Heterofobia, según Fernando Savater (Diccionario Filosófico) es: *"El sentimiento de temor y odio ante los otros, los distintos, los extraños, los forasteros, los que irrumpen desde el exterior en nuestro círculo de identificación"*.

La asistencia a las personas o grupos que viven y actúan fuera de las normas sociales comúnmente admitidas presenta dificultades para los profesionales de enfermería ya que trabajar con éstas personas requiere partir de sus necesidades e intereses, respetando al mismo tiempo sus características étnicas y culturales. Los profesionales de enfermería no somos ajenos a estos problemas, nos preocupan personal y directamente, dado que las enfermeras nos relacionamos continuamente con todos los sectores sociales. (Rovira y cols.).

A partir de este análisis nos planteamos el presente estudio para reflexionar sobre la implicación de los profesionales de enfermería de Mallorca con la población marginal y determinar los tipos de organizaciones que atienden a éstas personas y sus diferentes ámbitos de actuación.

OBJETIVOS

- Analizar la categoría profesional de las personas que trabajan en las diferentes organizaciones.
- Identificar el número de profesionales y las actividades desarrolladas en dichas organizaciones.
- Determinar el número de enfermeras/os y las actividades que realizan.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo realizado en Palma de Mallorca desde Junio a Septiembre de 1995.

La población del estudio han sido los 37 centros no sanitarios y ONG, (exceptuando las que se dedican exclusivamente al Tercer Mundo) registrados en Palma de Mallorca. Se visitaron 27 centros de los 37 registrados. (26% no se obtuvo respuesta).

Los centros seleccionados atienden a toxicómanos, afectados por VIH, alcohólicos, presos, inmigrantes, indigentes y adolescentes (población de riesgo).

Se realizó una entrevista con cuestionario guía en cada uno de los centros visitados.

Las variables estudiadas han sido: Tipo de usuarios, profesionales en dedicación, actividades desarrolladas por los distintos profesionales, prestación de recursos, talleres de formación/ocupación, grupos autoayuda y formación recibida por los profesionales.

RESULTADOS

De las 27 centros visitados se destaca que en 10 de ellos se atienden a personas toxicómanas, en 4 a indigentes, en 3 a inmigrantes y minorías étnicas, en 2 a presos, en 2 a alcohólicos, toxicómanos y prostitutas, en 1 a enfermos terminales de sida, en 1 a afectados por VIH, en 1 a ancianos enfermos crónicos, en 1 a adolescentes maltratadas, en 1 a jóvenes de riesgo y en otro se atienden todos los colectivos marginados.

La categoría profesional de las personas que trabajan en los centros estudiados es: 22 médicos, 17 enfermeras, 33 psicólogos, 39 trabajadores sociales, 3 auxiliares de enfermería, 11 trabajadores familiares, 25 educadores, 10 religiosos, 33 monitores y 1250 voluntarios.

Entre las actividades que desarrollan los profesionales y voluntarios en los centros figura la información básica sobre los siguientes temas:

En 19 centros se ofrece información sobre recursos, en 15 sobre prevención, en 14 sobre educación de la salud (higiene y sexualidad), en 11 sobre ocio/tiempo libre y en 11 sobre temas de concienciación.

En 10 centros se realizan cuidados. En 3 de los centros solo se aplican técnicas de enfermería y control de programas, en 1 los cuidados administrados son los de ayuda/suplencia de las necesidades básicas y en 6 se dan ambos.

La administración de los cuidados es llevada a cabo en 3 centros por enfermeras/os, en otros 3 por todo el equipo de profesionales, en 2 por el equipo y los voluntarios, en 1 por el médico y en otro por la familia.

En 18 centros se da soporte emocional. En 8 de los centros lo da el equipo, en 3 los religiosos, en 3 psicólogos, en 2 los voluntarios y en los dos restantes el equipo y los voluntarios.

Entre los recursos materiales que se dan en los centros se destaca que en 11 centros se proporciona estancia, en 10 ropa, en 7 preservativos y en 4 jeringas.

En 9 centros existen grupos de autoayuda y en 20 los profesionales y personas dedicadas a trabajar con población marginal manifiestan recibir formación específica.

DISCUSION

Los recursos sociales y asistenciales más numerosos son los destinados a personas toxicómanas, lo que podría ir en detrimento del resto de la población marginal. Sin embargo queremos destacar que en nuestra Comunidad Autónoma existe un elevado número de toxicómanos.

En algunos centros dedicados a la rehabilitación de toxicómanos es importante resaltar que la misma es llevada a cabo por personas exdrogadictas de manera voluntaria. La propia experiencia y la de otros voluntarios son las únicas bases de la formación para rehabilitar al toxicómano.

La situación laboral de la mayoría de las personas que trabajan en estos centros es inestable, lo cual no favorece la ampliación de formación y conlleva falta de motivación que dificulta el adecuado cuidado de estos grupos.

En los refugios de indigentes en los que los usuarios son en su mayoría toxicómanos, la atención sanitaria que se les presta, es realizada por personas voluntarias no profesionales. La demanda sanitaria de éste grupo es escasa y proviene en muchas ocasiones de los responsables del centro.

Las personas dedicadas a atender a la población marginal son mayoritariamente voluntariado de diversas profesiones que realizan en ocasiones cuidados de enfermería. También destacamos la participación de objetores de conciencia en programas de rehabilitación y reinserción de personas alcohólicas y toxicómanas.

El voluntariado realiza una importante labor al suplir las deficiencias del sector público. Su formación sobre temas específicos de marginación es escasa en la mayoría de centros; siendo la propia experiencia su única preparación.

Por otro lado la dedicación del voluntario a los centros es con frecuencia esporádica, lo que limita la atención al usuario.

En la bibliografía consultada destacamos escasos trabajos de investigación sobre la implicación del profesional de enfermería ante la población marginal que no demanda asistencia sanitaria. Sin embargo queremos resaltar que existen experiencias en Boston (EE. UU.) sobre la existencia de clínicas de cuidados de enfermería en varios refugios para indigentes, que han sido creadas y son administradas por enfermeras/os.

Las intervenciones que se realizan desde gran parte de los centros sobre los colectivos marginales van dirigidas a la solución de necesidades inmediatas, lo que ayuda o provoca el establecimiento de dependencia dificultando la emancipación social y generación de competencias en los colectivos marginales.

Después de éste análisis nuestro grupo de trabajo, se plantea las siguientes cuestiones: *¿Existen prejuicios entre los profesionales de enfermería para atender a la población marginal?. ¿Cuándo los cuidamos tenemos dudas, temores, impotencia?. ¿Consideramos que no es de nuestra competencia y sí la de otros profesionales?. ¿Nos falta formación y experiencia para trabajar con otras disciplinas en nuestra comunidad?*

CONCLUSIONES

Del siguiente estudio podemos concluir que:

- Es escaso el número de profesionales de enfermería que trabaja con marginados. Las personas dedicadas a la atención de la población marginal son en una gran mayoría voluntarias.
- En varios centros los cuidados de enfermería son realizados por profesionales y personal no enfermero.
- Es necesario que las enfermeras se integren en los equipos multidisciplinares especialmente en los Servicios Sociales y Organización del voluntariado para garantizar una adecuada atención integral a la población marginal.

El personal de enfermería debería formarse en temas culturales y étnicos para prestar una mejor atención a las personas de otras razas y culturas.

La marginación nos compete a todos y como profesionales de la salud no podemos dejar de implicarnos ya que existe un amplio campo donde la intervención de enfermeras/os es necesaria.

Si encuentras un forastero ayúdale,
quizás llegue el día en que tú lo seas.

(Proverbio marroquí)

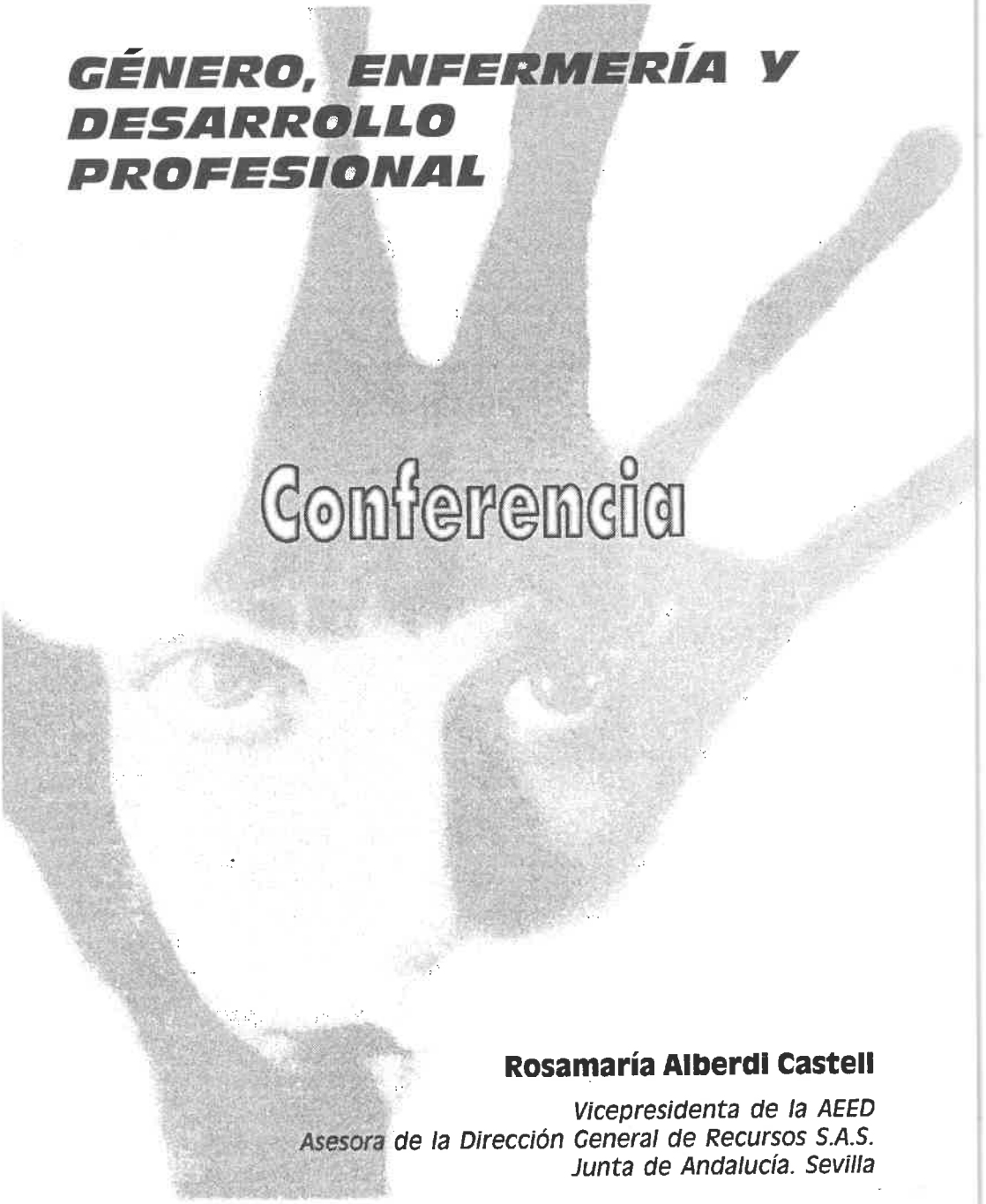
BIBLIOGRAFIA

1. Adams R, Briones E, Rentfro A. Consideraciones culturales: desarrollo de un sistema que proporciona atención a una comunidad latinoamericana. Clínicas de Enfermería de Norteamerica. Interamericana 1992: 1: 111-122.
2. García J y cols. Pedagogía de la marginación. Madrid: Editorial Popular, 1991.
3. Martinez A. A propósito del concepto de marginación social. Información Psicológica. 1990; 44: 4-7.
4. Centro de Información para Trabajadores Inmigrantes. Memoria 1994.
5. C. I. T. E. CC. OO. Islas Baleares.
6. Navratil E, Saperstein A. Mujeres indigentes: El contexto de un refugio urbano. Clínicas dc, Enfermería de Norteamerica. Interamericana 1992: 4:943-956.
7. Rovira MD, Uriz E, Rodriguez C, Vila A. Actitud de los profesionales de enfermería ante los pacientes pertenecientes a etnias minoritarias. Enfermería Clínica 1992: 3: 22-26.
8. Savater Fernando. Diccionario Filosófico. 1995
9. Troyano I, García MC. Intervención del trabajo social en programas dirigidos a madres drogadictas y/o portadoras de HIV y sus hijos. Pediátrika 1989; 9 (4): 37-38.

mujer y enfermería

historia de una relación natural

GÉNERO, ENFERMERÍA Y DESARROLLO PROFESIONAL



Rosamaría Alberdi Castell

Vicepresidenta de la AEED
Asesora de la Dirección General de Recursos S.A.S.
Junta de Andalucía. Sevilla

INTRODUCCIÓN

Siempre es una satisfacción para mi el poder dirigirme a los auditorios que convoca la AEED. En ellos, están mis principales interlocutores profesionales y muchas de las enfermeras y enfermeros con los que deseo compartir mis trabajos.

Pero a eso, que casi siempre es así, se une hoy la oportunidad de poder participar en una reunión «inusual». En ella, las enfermeras abordamos un grave problema social y lo hacemos intentando dar respuestas que van más allá de lo sanitario, desarrollando, de esta forma, el indispensable compromiso que toda profesión tiene con la sociedad a la que sirve.

Además, estoy especialmente satisfecha porque se me ha facilitado el poder compartir programa con varias de las mujeres españolas contemporáneas, cuyo pensamiento respeto más y que constituyen referentes continuos para mi acción profesional y social.

Por último y para completar mi suerte, me han pedido que trate uno de los temas que vengo desarrollando desde hace años y que es, sin duda, uno de los de mi mayor interés: la relación entre el estereotipo de género y el desarrollo de la profesión enfermera.

Antes de introducirme en la cuestión, me gustaría hacerles un par de comentarios sobre lo que podríamos llamar el «ambiente» en el que se enmarca mi trabajo. Sin duda, estamos pasando por un momento de especial sensibilidad social en relación a la mujer, al papel que desempeña y al que podría desempeñar en todos los ámbitos de la vida pública. Se cuestiona, con mayor o menor rigor, el pasado y el presente de las mujeres y con eso, muchas tejemos esperanzas para el mañana.

Pero si bien esto es así,a la vez, se producen constantemente situaciones, en la vida cotidiana, que ponen de manifiesto que aún hay algo profundo en nuestra sociedad y en relación a las mujeres que no funciona como es debido.

Para ilustrar esa dicotomía e ir situando de este modo, el tema de mi conferencia, deseo explicarles un par de anécdotas ocurridas recientemente. Hace unos meses, cuando ya había empezado a pensar en el contenido de esta conferencia aparecieron dos noticias en los periódicos que por su valor paradigmático vale la pena destacar.

La primera de ellas apareció en el periódico «El País» y su contenido versaba sobre el ex-presidente francés F. Mitterrand, quien en uno de los últimos actos de su mandato, decidió conceder a Marie Curie el mayor honor que existe en la República francesa: la nombró **«gran hombre»**, trasladando sus restos mortales al «Panteón de los **hombres** ilustres».

La segunda noticia, ésta del periódico «La Vanguardia» de Barcelona, también iba de reconocimientos y era un comentario respecto al de dos escritoras como miembros de la «Reial Académia de Bones Lletres» de Catalunya. En la reseña de dicho nombramiento se recordaba que fue Caterina Albert Paradís, quien escribió bajo el seudónimo de Víctor Catalá, la primera mujer, que en 1923, ingresó en dicha Academia. La periodista comentaba que la entonces recién nombrada académica fue contestada en su discurso de investidura por otro ilustre académico, el cual terminó su glosa diciendo:

> «Ya sabíamos nosotros que nuestra gentil invitada era mucho más que la clásica ama de casa, la que suele compartir sus días entre las pequeñas tareas domésticas y el cuidado de la madre enferma...» y añadía «... además de ser una mujer ejemplar, poetisa, folclorista y narradora, es ... la escritora de temperamento robusto, originalísimo que ha dado la nota más llena, más vibrante, más sonora y, déjenme decirlo, más **masculina**, en la novela catalana»...

La verdad es que entre la invitación a pronunciar esta conferencia y el advertir las cosas que les he comentado, se reavivó mi conciencia (que se adormece fácilmente porque es muy difícil la lucidez constante en el feminismo) respecto a ese ***algo*** que no funciona y una de cuyas consecuencias es

que ser la autora **«más masculina»** («mes mascle» en el original catalán) o convertirse en **«gran hombre»** son de las mejores cosas que le pueden pasar a las mujeres. Se reavivó también, por supuesto, mi interés dilucidar qué es ese ***algo***, cómo nos afecta y qué hacer para modificarlo.

Me pareció, entonces, que dedicarme a la realización del presente trabajo, que intenta analizar la influencia del estereotipo femenino en la evolución de la Enfermería, era de las mejores cosas que puedo hacer para desarrollar este interés.

Y aquí me tienen Vds., consciente de los múltiples mecanismos que sitúan a la mujer y por tanto a las profesiones con ella identificadas, en una posición de subordinación y marginación y consciente,también, de que ya hay mucho pensamiento y voluntad femenina que trata de cambiar eso. Por ejemplo y a pesar de las posibles críticas a sus resultados finales, este año se ha desarrollado la Conferencia de Pekin y hace unos días, recibí en mi casa el programa de un, muy interesante, ciclo de conferencias y exposiciones, propiciado por varias instituciones culturales internacionales, sobre el papel de la mujer en la ciencia.(«The other half of Science»: Exposicions i conferencies sobre dona i ciència a Europa)

Seguramente por esa conciencia y por mi decidida apuesta por la tolerancia, en el trabajo que ahora les presento he optado por el formato del «ensayo».

Debe entenderse la palabra «ensayo» desde una doble perspectiva:

- la de hacer una prueba, la de escribir sólo en «borrador», para poder modificar y corregir...
- la de «ensayar» preguntas y posibles respuestas, la de dudar y reflexionar en voz alta...

Considero que el principal valor de mi aportación a este foro que ha propiciado la AEED para encontrar respuestas frente a la marginación, en todas sus formas, es mi visión subjetiva: feminista*, virada hacia lo sociológico y, desde hace tiempo, dedicada al análisis de la evolución de la Enfermería como profesión a partir de dos hipótesis, que son:

* Me considero feminista en cuanto que me enuncio desde la posición de mujer y que pongo el acento en la lucha contra el orden sociosimbólico patriarcal que genera desigualdades hacia mi sexo.

a. La profesión enfermera, en España, ha estado y está fuertemente identificada con el estereotipo de género femenino.
b. Esta identificación (interna y externa) ha tenido y tiene profundas consecuencias en el desarrollo profesional

Basándome en ellas, con esta conferencia pretendo cumplir tres objetivos:

1. Pasar revista a los mecanismos de construcción y perpetuación de la identificación entre el estereotipo femenino y la profesión enfermera, destacando sus consecuencias marginadoras.

En segundo lugar, dedicaré un breve espacio a analizar una forma de marginación que considero especialmente grave porque se produce entre el propio colectivo enfermero. Me refiero a que:

b. Trataré sobre el miedo a la diferencia entre las propias enfermeras

Y por último,

c. Propondré algunas estrategias que, en mi opinión, permiten a las enfermeras luchar contra la marginación, desarrollando al máximo sus potencialidades profesionales

Trabajaré principalmente sobre las ideas de dos autoras, Milagros Rivera (1994) y Dolores Juliano (1988), de cuyas obras constan las referencias concretas en la bibliografía.

Al apartado con el que pretendo cumplir el primer objetivo propuesto, lo he denominado...

GENERO Y ENFERMERÍA: SITUANDO AL MARGEN

Cuando trato un tema, independientemente del acceso a los textos de las expertas y expertos, me gusta ver las definiciones que de él se hacen en los diccionarios. Así lo hice también esta vez y para mi sorpresa advertí que, en realidad, el significado de la palabra «marginación» y sus derivados, tal como la utilizamos comúnmente, es muy reciente.

Así, mi enciclopedia Salvat -bastante antigua- sólo hace referencia a todo lo relativo al margen de los papeles (**marginador**:accesorio,

marginar: hacer o dejar márgenes en el papel). El diccionario de Mª Moliner también se centra en todo lo relativo a los márgenes del papel pero, al ser mucho más moderno (1983) ya incluye la expresión «al margen». Concretamente dice:

> Al margen:
>
> («Estar, mantenerse, dejar, tener») Apartado, voluntariamente o por la voluntad de otros, de la intervención en cierta cosa»

A mi, en realidad, estas definiciones de los diccionarios, referidas a los márgenes de un texto me sirvieron mucho. Creo que *la marginación* (la de las mujeres, la de las enfermeras) no *es* más que *el proceso por el que se deja «al margen» del texto principal* (patriarcal, tecnológico, centrado en la enfermedad...), *aquellos discursos que son disonantes* (por distintos, por subvertidores del orden y, siempre, por contestatarios...)

Me van a permitir, pues, que en esta conferencia yo utilice esta acepción del concepto de marginación.

Tal como he comentado, opino que una de las formas más eficaces para la marginación del pensamiento y la acción enfermera, ha sido la identificación de la profesión en su conjunto, con el estereotipo de género femenino

En este momento, hay una amplia aceptación de la idea de que hay una identificación entre el estereotipo de género femenino y la profesión enfermera. Fíjense si hay unanimidad, que incluso hace mención de ello la propia OMS, organismo tan poco acusable de «feminista». Me referiré a ello más adelante.

El género, desde los años 70, se ha convertido en una de las principales categorías que se utilizan desde el feminismo para el análisis de la sociedad y de la historia.

Yo comparto la opinión expresada por Rivera, en el sentido de que la categoría género, si se utiliza correctamente, es un instrumento de análisis y de creación de saber de las mujeres, no de saber sobre las mujeres. Pero antes de pasar más adelante, parece oportuno que me detenga un momento para hacer un breve comentario respecto a las limitaciones y ventajas de la «teoría de los géneros».

La principal crítica que se le hace es que al utilizar esta categoría, se corre el riesgo de centrarse sólo en una cada vez más refinada definición de los roles que produce, sin entender que lo importante son las políticas sexuales que los posibilitan y determinan una estructura desigual de poder en todos los ámbitos donde se aplican.

De este modo, trabajar desde la perspectiva del género es hablar no tanto de las mujeres sino de lo que los hombres creen que somos las mujeres. Por tanto, aplicar ese modelo de análisis a la evolución de la profesión enfermera tiene el peligro de que nos limitemos a destacar sólo aquello a lo que hemos sido reducidas a hacer.

Aun así, ahora mismo es la línea de trabajo que me parece más atractiva ya que, a pesar de sus indudables limitaciones, creo con Joan W. Scott (1987) que «al estudiar los sistemas de género, aprendemos que no representan la atribución funcional de roles sociales biológicamente prescritos, sino un medio de conceptualización cultural y de organización social».

Considero que analizar la historia de las enfermeras, de la Enfermería y de su proceso de profesionalización desde la perspectiva del «género» nos puede ayudar de forma notable, a entender los mecanismos internos (de colonización intelectual) y externos (de represión) que han actuado y actúan como limitadores de nuestra aportación profesional.

Una vez comentadas las limitaciones y posibles ventajas, empecemos con algunas generalidades respecto a la teoría de los géneros.

Dicha teoría, en tanto que modelo para interpretar la realidad y la historia, se sistematiza a principios de los años 70. Su principal aportación, vivida como tremendamente emancipatoria, fue librar a las mujeres, y a las profesiones con ellas identificadas, de la condena del «biologicismo», de lo «natural»...

Permitió mirar con otros ojos, más críticos, todo aquello que nos había sido inculcado como inherente a nuestro ser; como inalienable: el cuidado de los enfermos y los niños, el ámbito de lo doméstico, la intuición, la ternura, la debilidad, la ligereza y tantos otros valores «femeninos» que, en nuestro caso y durante muchos años, han servido para definir a la «enfermera ideal».

La antropóloga Margaret Mead escribió hace 60 años una frase que resume tres de los conceptos clave de la teoría de los géneros:

> **«hagan lo que hagan los hombres, aunque sea vestir muñecos para una ceremonia, ello aparece siempre dotado de mayor valor»**

«Valor», «dotado» y «hombre» son esos conceptos fundamentales:

- **«Valor»** porque en la relación entre los géneros hay un orden jerárquico, cuya primacía ostenta el varón...
- **«Dotado»** porque dicho valor no está determinado por la naturaleza...
- **«Hombre»** frente a mujer...

Más adelante profundizaré en estos conceptos pero ahora parece conveniente pasar revista a algunas definiciones fundamentales. La primera es la de género.

Según Gerda Lerner (1979) el género es «la definición de la conducta apropiada a los sexos en una sociedad y en una época dada»

Partiendo de la idea de que el género es una construcción social integrada por valores y pautas de conducta esperadas, conviene recordar cuáles son los principales atributos que nuestra sociedad, considera que son propios del género masculino y cuáles del femenino. Para hacerlo recurro a un documento de la OMS (1988), al que ya he hecho mención. Se trata del libro «Función de las mujeres en la asistencia sanitaria». En él puede leerse:

> «en las sociedades occidentales, el estereotipo masculino incluye características tales como la ambición, la competitividad, la agresividad, la dominación, la racionalidad y la objetividad...
>
> mientras que el estereotipo femenino se caracteriza por la sumisión, la pasividad, la dependencia, el cuidado de los demás, la emotividad y la subjetividad»

Sin ninguna duda, la atribución de esos valores «femeninos» y «masculinos» a enfermeras y médicos dentro del sistema sanitario, es una realidad de la que tienen perfecta constancia la mayoría de los actuales profesionales españoles.

En cuanto a la finalidad y al funcionamiento de los estereotipos, Herrero Brasas (1994) señala que «al estereotipar se encasilla a un grupo de individuos en una categoría fija y se atribuye una serie determinada de características a todos los miembros de esa categoría (tanto al grupo como tal como a cada individuo en particular)».

En relación al funcionamiento del estereotipo, el mismo autor dice que las creencias estereotipadas influyen en el individuo que mantiene estas creencias cuando éste intenta recordar información sobre la persona o la profesión estereotipada y, en consecuencia, tiende a tener una memoria selectiva y a reinterpretar acontecimientos relativos al individuo o grupo estereotipado de tal manera que se ajusten al estereotipo.

Se producen los fenómenos de **«memoria constructiva»** y **«recuerdo preferencial»** en que el individuo que tiene este tipo de creencias (por ejemplo «que las enfermeras dependen del médico»), prioriza en su memoria aquellos aspectos que refuerzan su creencia estereotipada.

Hasta aquí algunas necesarias definiciones generales. Ahora, para seguir cumpliendo el objetivo propuesto para este apartado, destacaré las principales ideas que constituyen la teoría de los géneros, destacando al final de cada una de ellas, como se utilizan para la marginación del discurso enfermero

Para hacerlo seguiré, en cuanto a la teoría de los géneros, el estudio realizado por Milagros Rivera (1994) en su libro «Nombrar el mundo en femenino» y para el análisis de las formas de marginación, utilizaré las ideas contenidas en el artículo «Ámbito doméstico y autorreproducción social» de Dolores Juliano.

La primera de las ideas que destaca Rivera es:

La teoría de género establece la distinción entre datos biológicos y género.

Como ya he apuntado, esta diferencia es la aportación crucial de la teoría de los géneros al análisis de la historia de las mujeres y, por supuesto, de las enfermeras.

Como se sabe, la identificación de los cuidados con una función «natural» de la mujer, ha sido durante siglos el principal instrumento de

colonización intelectual* y de marginación empleado para limitar el desarrollo de la ciencia de los cuidados y del poder de quienes son sus depositarias y saben ejercerla.

Los mecanismos de marginación que de dicha identificación se derivan funcionan en dos sentidos, produciendo

- una definición externa de valores, posibilidades e imagen y
- un «acotamiento espacial»

En el caso de las enfermeras, los valores que sustentan sus actuaciones, las posibilidades de su práctica profesional y la imagen que deben transmitir vienen definidos extrínsicamente, estableciéndose desde fuera los márgenes en los que se pueden mover.

No hay, pues, posibilidades de libertad y si se producen intentos en este sentido, estos, como comentaré más adelante, son seriamente castigados.

El segundo mecanismo de marginación que deseo analizar es lo que Juliano denomina el «acotamiento espacial».

En el caso de la mujer, el «acotamiento espacial» la confina físicamente en el ámbito de la reproducción (el hogar) e intelectualmente al espacio de lo privado, mientras que el hombre puede y debe actuar en el mundo externo, es decir, en el territorio de la política, la economía y lo social.

Así es también en la profesión enfermera. Las enfermeras, dentro del sistema sanitario, pueden «moverse» en el ámbito doméstico del mismo, que no es otro que el de la asistencia directa (el de la «producción», podríamos decir parafraseando a Juliano) pero el espacio externo (donde se decide en nombre de los intereses de todos) es masculino.

Las dos ideas siguientes de la teoría de los géneros, relacionan género y poder. La primera de ellas es la relativa a que:

En todas las sociedades conocidas, el género es un principio básico de organización social

* entiendo por **colonización intelectual** aquel mecanismo a través del que se inculcan en el colonizado, los valores que permiten el mantenimiento de su subordinación y de marginación de los ámbitos de decisión)

Como dice Victoria Sau (1984) a este respecto, «el género es aquella parte del comportamiento humano que tiene que ver con el sexo a fin de que no queden dudas sociales acerca de cuál es el uno y cuál es el otro «

De acuerdo con lo comentado, los valores y atributos de género definen el posible marco en el que debe moverse un individuo (o una profesión) para responder a las expectativas sociales, ocupando, de este modo, el espacio de reconocimiento y autoridad que le ha sido asignado.

La segunda idea es que:

este principio de organización que es el género no opera de manera neutra... siendo prácticamente universal el predominio del género masculino sobre el femenino

Por supuesto, no quiere decir esto que no haya mujeres que han tenido influencia y poder, pero esta influencia y este poder no están nunca legitimados culturalmente. Refiriéndose a esto, Joan W. Scott ha escrito que el poder que poseemos las mujeres tiende a ser percibido como manipulador, como disruptivo de las relaciones sociales o como fuera de lugar y escasamente importante ya que , si acaso, somos «la gran mujer que siempre hay detrás de un gran hombre». Por tanto, concluye Scott, «el género es el medio por el cual se articula el poder».

En el sistema sanitario, en el entorno donde se reproducen los estereotipos sociales, y en relación al poder de las enfermeras, creo que el paralelismo es evidente y sus consecuencias han significado y significan graves obstáculos. Me centraré sólo en comentar tres aspectos de la marginación a la que se enfrenta el posible «poder enfermero»:

El primero es *la restricción de la comunicación*. Se realiza fundamentalmente a través de la obstaculización del intercambio de información entre enfermeras, al no asignársele lugar ni horarios. Porque si bien los médicos sí tienen esos espacios específicos ¿dónde están los espacios y los tiempos de intercambio de información entre enfermeras?.

El segundo obstáculo al poder enfermero es *la dificultad de acceso real a los puestos de verdadero poder*. A partir de una determinada cuota de poder o influencia (y salvo contadísimas excepciones), se cierra el paso a las enfermeras a través del simple mecanismo de establecer un nivel de titulación que excede el suyo (el A frente al B). Se deja

abierta,eso sí, la puerta a los puestos de «asesoría».

En este sentido, la historia reciente del sistema sanitario español demuestra fehacientemente que los puestos de asesoría fueron el fundamental y casi único ámbito de poder accesible que pudimos alcanzar las enfermeras. Yo misma, en una conferencia* de 1989 decía al respecto:

> **«¿ Cuál es la misión del que asesora?: Aconsejar, orientar e incluso influir en el que tiene el poder de tomar las decisiones aunque, manteniéndose siempre dentro de su función, en un estricto segundo plano»**

La tercera traba que deseo comentar es lo que he denominado *la devaluación de las ideas y soluciones aportadas*. Como consecuencia del escaso prestigio que tiene el poder ejercido por las enfermeras en el seno del sistema sanitario, muy frecuentemente se produce una percepción minimizada de las ideas y soluciones que ellas producen. Dicha minimización las obliga, en ocasiones, a buscar «transmisores» de sus ideas a fin de que estas aparezcan como menos «ofensivas» (menos rompedoras del orden establecido, como dice Scott), cayendo en el - a veces útil pero siempre peligroso- juego de la «madre y Salomón»: da igual quien se atribuya la idea, lo que importa es que salga...

Las dos últimas ideas básicas de la teoría de los géneros de las citadas por Rivera que deseo comentar, tienen que ver con la asignación y control del género. Respecto a la primera dicha autora dice:

> **«el género se asigna a las personas al nacer y el criterio exclusivo de clasificación es la apariencia física en el momento del nacimiento... no existiendo vías fáciles para pasar de un género a otro ... la identidad masculina y femenina parece que se inculcan a través de la socialización»**

En cuanto al refuerzo del mismo expone:

> **«...todas las sociedades tienen formas de control del mantenimiento de la identidad de género a lo largo de la vida, control que suele ser bastante rígido»**

* «Enfermería y poder». Conferencia dictada en las «Ies. Jornades d'Infermeria» del Partit dels Socialistes de Catalunya. Barcelona, 24 de febrero de 1989.

A continuación y para terminar este apartado, voy a citar algunos ejemplos sobre cómo se manifiestan estas ideas sobre la asignación y el control del género en relación a las enfermeras, resaltando su identificación con el estereotipo de género femenino.Me referiré en primer lugar, a los *mensajes de refuerzo.*

De forma constante, hay un reforzamiento del estereotipo a través de los estudios y de los ámbitos de trabajo. Si bien nadie puede negar que en los últimos años los mensajes «oficiales» que se dan en la formación han cambiado, creo que sería muy interesante analizar los mensajes «extraoficiales», aquellos que se cuelan sólo con el permiso del subconsciente. No vaya a ser que nos esté pasando como con la coeducación y los libros de texto actuales de los niños que, cuando se han estudiado en profundidad, se han descubierto impregnados de machismo y discriminación hacia la mujer.

En cuanto al ámbito del trabajo de las enfermeras, considero que hay que pararse a mirar no sólo las funciones cotidianas que desempeñan sino, sobre todo, el acceso real que tienen a las responsabilidades del sistema que, en teoría, pueden y deben realizar «aquellos que sean más capaces « sin importar su cualificación de base.

El segundo y muy eficaz sistema para mantenernos en el «margen» es *la dificultad para construir una autoestima independiente.*

Como he comentado, partiendo de la especificidad «natural» de la conducta femenina, se supone que la mujer está más inclinada que el hombre para la vida sentimental y que es en ella donde encontrará la justificación de su posición secundaria y la legitimación de su existencia. Vida sentimental que se define en base al autosacrificio, la generosidad, la tolerancia, el servicio y la entrega. De este modo, la autoestima se construye a partir de su capacidad para «darse» a los otros, para «ser» en función de los demás.

Creo que estas ideas también pueden aplicarse a las enfermas ya que, aunque exagerado, este es el esquema del modelo de la enfermera «entregada», olvidada de si en razón del cuidado de los otros.

Por último, voy a comentar *el elevado coste de la de-generación.*

Las enfermeras que se atreven a «de-generarse», o sea a adoptar actitudes e ideas que se consideran fuera del estereotipo deben pagar un alto precio que consiste en la pérdida de la identidad, la discriminación por «rareza», «masculinidad», los «chistes fáciles», tan difíciles de soportar ... Y en el fondo, un sinfín de mecanismos que fomentan su desvalorización personal y profesional.

Si su opción es desempeñar puestos de poder, se ven abocadas a construir caminos inexistentes, intermedios o mezcla de los dos posibles. Y por último, las enfermeras, como el resto de las mujeres, están obligadas a combinar y realizar las responsabilidades de los dos géneros: la carga familiar y el trabajo, desarrollando lo que la socióloga A. Durán (1987) llama el tiempo «circular» (en el que se mezclan continuamente ambos papeles) frente al tiempo «lineal» de los varones.

De esta necesidad de desarrollar las funciones de ambos géneros, se deriva la exclusión de determinados ámbitos de poder -y de las prerrogativas que comportan-, porque se producen a «deshora» para las mujeres: después del trabajo, por la noche, en días no laborables. Me refiero, por ejemplo, a muchas actividades políticas, sindicales, de asociaciones y colegiales.

Hasta este punto de mi trabajo, creo haber cumplido el primer objetivo propuesto que era el de argumentar la identificación entre las enfermeras y el estereotipo femenino y destacar sus consecuencias marginadoras.

En el segundo apartado voy a tratar de una forma de marginación especial, aquella que se deriva del miedo que las propias enfermeras y enfermeros sienten frente a alguien que es capaz de aportar, en el seno de nuestro texto, un discurso distinto. Voy a hacerlo en el apartado que he denominado...

NUESTRO MIEDO A LA DIFERENCIA O EL COMPLEJO DE PROCUSTO

Dice la mitología que Procusto era un bandido del Ática que unía a su condición de salteador, una peculiaridad: odiaba la diferencia.

Su odio, llevado al extremo, le hacía comportarse como un monstruo. Así, cuando encontraba a una victima propicia (diferente, digamos)

la tendía en un lecho de hierro que tenía al efecto y si el infeliz sobresalía del lecho, lo aserraba. Si, también por infeliz, no llegaba a las medidas del lecho, Procusto lo estiraba por medio de cordeles hasta conseguir llevarlo al cumplimiento de su «normalidad».

Dice, también, la mitología que Procusto fue muerto por Teseo, después de aplicarle el mismo tipo de tormento a que él sometía a sus víctimas.

Parece, visto con ojos de hoy, que en el fondo del odio de Procusto (como en el de todos los odios), estaba el miedo : el miedo a la diferencia. Pero qué es eso de la diferencia que ha producido y produce tanto miedo...

V.Volkoff (1984), la define como:

«Carácter o conjunto de caracteres que distingue una cosa de la otra»

Y sigue diciendo este autor, «la diferencia como tal, es el soporte del conocimiento. Sólo por sus diferencias puede la inteligencia captar las cosas. La discriminación es su primera función y el mundo no le es accesible sino en la medida en que está compuesto por elementos distintos. No podría haber conocimiento del caos...La diferencia no sólo es el soporte del conocimiento; es también el del amor. No amamos por sus cualidades a quien amamos... sino por sus diferencias. Lo indiferente no es amable...»

Y termina preguntándose «*¿cómo quiere que ame algo que no tiene identidad? ¿Cómo quiere que reconozca una identidad a lo que no tiene alguna diferencia?*».

Y si la diferencia es algo tan trascendental, entonces ¿cuál es el motivo real del miedo que produce?.

Para mi la respuesta es sencilla, la diferencia da miedo porque «contesta» el discurso de la «normalidad» de los que no son capaces de salirse de los estrictos márgenes marcados.

Y no me refiero a diferencias extremas. Estoy hablando de la excesivamente cotidiana estrechez mental que hace que miremos mal a las y los que adoptan el modelo de Orem, frente al más común de Henderson o sencillamente a quienes hacen aquello que deben hacer.

Me explicaré más claramente. Cuántas veces no hemos visto que alguien es descalificado por el único motivo de que cumple con su obligación: se preocupa de sus pacientes, utiliza bien el material, no le importa quedarse un rato más y en resumen, da ejemplo de trabajo «profesional».

Con excesiva frecuencia, la reacción frente a esa actuación excelente* es desvirtuarla, desanimarla (decimos «Por algo lo hará», «Total, a fin de mes vas a cobrar igual») y en última instancia, si ello nos es posible, alejamos de nuestro entorno (marginamos) a quien la realiza.

Sin duda, puede pensarse que exagero y que esta es sólo una forma de marginación «menor». ¡Ojalá así fuera y estuviera yo equivocada en mi apreciación!

A mi modo de ver, no sólo no es una forma «menor» de marginación sino que constituye un grave problema. Primero porque la marginación se produce en el seno del propio colectivo. Quienes marginamos somos las propias enfermeras y ello ya es motivo importante de preocupación. En segundo lugar, considero que es un grave problema porque su práctica es tremendamente empobrecedora para el conjunto del colectivo. Con ella nos privamos, en la mayoría de los casos, de la aportación de las y los mejores y condenamos a nuestro ejercicio profesional a una ineficaz medianía.

Por supuesto, dicha marginación no es una tónica general. Ocurre sólo cuando las circunstancias se conjugan de manera que se hacen posibles lo que yo llamo los «entornos marginadores», ambientes en los que la «normalidad» se caracteriza por:

- una estructura rígida que propicia temor a loscambios
- escasa o nula exigencia de normas de calidad de la actuación profesional
- carencia de sistemas de evaluación de la eficacia de los recursos y por tanto, elevado grado de impunidad respecto a los resultados del trabajo.
- fuerte endogamia
- inexistencia de control y retroalimentación social

* «excelente»: en el sentido de «aquel que cumple con su función», utilizado por Victoria Camps (1991)

que, estoy segura, muchos reconocen en parcelas del propio sistema sanitario y también de la Universidad.

Frente a esta forma de marginación deseo resaltar dos ideas. La primera es que estoy absolutamente convencida de que quienes practican dentro del seno de nuestra profesión esta exclusión de las diferencias, lo hacen sólo movidos por el deseo de conservar un orden basado en la intolerancia y en la escasa competencia profesional.

La segunda es que creo que vivir la diferencia es difícil pero no se puede renunciar a ello, sin riesgo de traicionarse en lo profundo, en lo que uno es realmente.

Así las cosas, mi propuesta de actuación para quienes son enriquecedoramente diferentes, es doble. Por un lado, les propongo que «minimicen» la diferencia «formal» para poder seguir siendo radicales en la importante, en la de fondo.

En segundo lugar, les sugiero que conviertan el pago por su diferencia, que siempre es duro, en inversión de futuro.

Utilicen para esta conversión a su memoria. Yo, hasta ayer tan «desmemoriada», he aprendido gracias a Mario Benedetti la importancia de los recuerdos. Él, hace unos meses, citaba en un artículo dedicado a las consecuencias de la dictadura militar argentina, un poema de Rafael Courtoisie. El poema, muy breve, dice tan sólo:

« Un día, todos los elefantes se reunirán para olvidar

Todos, menos uno.»

Benedetti terminaba su magnífico artículo, dedicado a la importancia de conservar, sin rencor pero con el necesario detalle, la memoria de la ignominia de la que hemos sido capaces, diciendo **«mientras quede un solo elefante que recuerde, ese recuerdo puede llegar a cambiar la historia de un país».**

Yo, con la fe de las convencidas, propongo que para luchar contra la marginación interna que produce el miedo a la diferencia, construyamos archivos de los hechos y de las actuaciones, que nos permitan ser los y las elefantas memoriosas que sepan utilizar los recuerdos, insisto, rigurosos pero sin rencor, como eficaces herramientas para construir un futuro profesional mejor.

Cumplido el segundo objetivo propuesto, paso a intentar alcanzar el último en el apartado que he denominado...

MUJERES ENFERMERAS: RESPUESTAS DESDE EL MARGEN

Como se sabe los títulos no son, casi nunca, azarosos. Al menos el de esta última parte de mi trabajo no lo es. Se llama así, «respuestas desde el margen» porque esta es, en síntesis, mi propuesta: mantenerse y trabajar desde el «margen». Me explicaré más detalladamente.

He comentado que buscar en los diccionarios, un poco antiguos, y encontrar que todo lo relativo a la marginación me remitía a los espacios de la escritura, me ayudó a construir una imagen mental de la que surgió lo que les propongo.

Imagínense que, efectivamente, nuestro sistema sanitario, es un escrito, de una página, en la que coexisten dos textos: el mayoritario (y por tanto, el principal) y otro, marginal, realizado en otro lenguaje; inspirado en otros valores y conductas distintos al patriarcado y contrarios a sus mecanismos de dominación.

Mi opinión, mi propuesta, es que quien sabe y puede escribir ese texto alternativo, no debe integrarse (en el sentido de identificarse o diluirse) en el texto principal.

Debe seguir en el espacio donde es posible el otro lenguaje,

- *infiltrándose en el texto mayoritario para cambiarle el sentido.* Para lograr modificar la estructura de las frases y aún empleando las mismas palabras, hacer que el contenido del texto sea totalmente distinto.

Debe seguir en el margen

- *trabajando en la diversidad para conseguir que todos los «textos» terminen siendo la clara expresión del ejercicio de la tolerancia*, o sea, del convencimiento de que no hay una única verdad y del profundo respeto hacia las diferencias de todos los seres humanos

Esta es básicamente mi propuesta pero de ninguna manera deseo que mi aportación a esta reflexión sobre las enfermeras y la marginación, se quede en un nivel de abstracción excesivamente general.

Por eso, voy a concretar, pasando revista a una serie de estrategias que, como muy bien destaca Juliano, han ido desarrollando las mujeres a lo largo de la historia en su intento de escapar de los estrechos límites de su marginación.

Destaco dichas estrategias porque, también en este caso, vienen siendo aplicadas por las enfermeras desde hace tiempo y considero que, actualmente, son instrumentos eficaces para superar la marginación.

La primera es lo que se denomina *«el salto por encima de la norma»*. Dicho «salto» se produce a través del sobre-cumplimiento de las tareas asignadas: a las enfermeras se nos encarga 5 y hacemos 10.

Con ello, en muchas ocasiones logramos demostrar que, realmente, nuestra valía es muy superior a las tareas que se nos asignan e incluso, se logran introducir discursos «disonantes» o fragmentos de ellos pero esta estrategia es combatida desde dos frentes:

- Desde la acusación de «metomentodo», produciéndose una desvalorización precisamente por la «excesiva eficacia» («sabe de todo», «de todo opina»), tanto mayor cuanto mayor es la eficacia contestataria.
- Desde la asignación de «carácter de excepción». La que vale se considera una «excepción» de la que pronto se encuentra justificación («ha estudiado otra cosa», «no tiene familia»), dejando de ser considerada enfermera. Se la desclasa, situándola en un terreno de nadie, también marginal.

La segunda estrategia son los *«intentos de redefinición de los modelos socialmente asignados»*.

En España se está trabajando ahora mucho en ello, la propia AEED es un ejemplo, pero ha sido una estrategia poco usada, muy probablemente por el hecho de que los líderes profesionales y sindicales son varones. Ellos si han intentado esta redefinición, otra cosa es que el nuevo modelo propuesto sea compartido por la parte femenina del colectivo.

La tercera estrategia para librarnos de los «márgenes» es la *«asociación con otros sectores cuestionadores»*, propiciando cambios so-

ciales que impliquen también una nueva determinación de los roles tradicionales.

Este sí ha sido un sistema utilizado por las y los enfermeros españoles, sobre todo en la historia reciente. Así, han adoptado actitudes de gran interés y participación en todo el proceso de «reforma sanitaria» e igualmente, frente a todas aquellas innovaciones (de gestión o de método) que permitan cuestionar el estrecho papel asignado y ampliar la aportación enfermera.

La cuarta línea de actuación ha sido la de *«propiciar reformas legales que mejoren la situación»*.

Los últimos años de evolución de la Enfermería en España, son una demostración constante del intento de utilización de los mecanismos legales del sistema para lograr su modificación. Así, se ha trabajado duramente para conseguir la estructuración de la APS, los organigramas de los Hospitales y los estudios de Diplomatura por citar sólo tres ejemplos.

Ahora, seguimos trabajando en la consecución de la Licenciatura y del derecho a la investigación.

Por último, hay que destacar que las enfermeras (también como las mujeres) están utilizando la estrategia de *«recuperar y reivindicar sus prácticas seculares»* que les han sido expropiadas, intentando establecer las adecuadas genealogías y reescribiendo la historia de manera que en ella se haga visible su presencia.

Este es, sin duda, un eficaz método para generar confianza en las propias capacidades y situarse en la mejor postura posible para luchar contra los intentos de marginación del discurso enfermero.

Hasta aquí, mi aportación al tema propuesto. Creo que he cumplido el objetivo de ofrecerles mi reflexión sobre la interrelación entre los tres conceptos que están en el título de mi trabajo: Enfermeras, género y desarrollo profesional.

Para terminar deseo destacar sólo dos cosas.

Creo que luchar contra la marginación es, ante todo, una cuestión de actitud; un ir por la vida sabiendo que una construye su capital de

humanidad (el verdaderamente importante), a través de las interrelaciones con los Otros, conociendo y valorando su diversidad.

Creo también, de acuerdo con las modernas teorías de la complejidad, que sólo el que está en la zona de los «intercambios profundos» (en las intersecciones) y sabe adaptarse a ellos, tiene posibilidades de vivir. Por fuera de esta zona, sólo puede esperarse la oscura y lenta entropía.

Por eso, mi propuesta es que las enfermeras y enfermeros sigamos en nuestra tarea básica de mantener y promover la vida, dedicando nuestro trabajo a quienes sufren por su «anormalidad», sea cual sea el origen de la misma.

Para decirlo más claramente y mejor, voy a utilizar un pequeño texto de la escritora mallorquina Carme Riera, del que he hecho una versión libre.

En síntesis, mi proposición para luchar contra la marginación es que las enfermeras nos mantengamos en la zona de las intersecciones, donde se da la enriquecedora diversidad, y dediquemos todo nuestro esfuerzo profesional a todos aquellos y aquellas que nos necesitan...

O sea,

A las mujeres
A los que les falta
un tornillo
A los que se pasean del brazo
de la anormalidad
A los difíciles
A los aislados
A los «de-generados»
A aquellos a quienes
confunde mucha belleza ...
Pero también a todos los demás

Carmen Riera

BIBLIOGRAFÍA

1. Benedetti, Mario. «El elefante memorioso». Madrid. Artículo «El País» 24.3.95:13-14
2. Camps, Victoria. «Virtudes públicas» Madrid. Espasa-Calpe, 1991
3. Goffman, Erving. «Estigma. La identidad deteriorada» Buenos Aires, Amorrortu editores, 1989
4. Juliano, Dolores. «Ámbito doméstico y autorreproducción social». Material Mimeografiado. Documentación del Master de «Estudios de la Mujer» de la Universidad de Barcelona. Barcelona, 1988
5. Herrero Brasas, Juan A. « La sociedad gay: una invisible minoría» Madrid. Claves de razón práctica,1993, 36: 20-33 y 37:26-42
6. OMS «Función de las mujeres en la asistencia sanitaria». Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1988
7. Rivera Garretas, María-Milagros. «Nombrar el mundo en femenino». Barcelona, Icaria, 1994
8. Sau, Victoria. «Diccionario ideológico feminista». 2ª ed. Barcelona, Icaria, 1989
9. Scott, Joana W. «Gender» «The American Historical Review» 91(1986) 1053-1975. [Trad. en James Amelang y Mary Nash, eds, Historia y género 23-56]
10. Volkoff, Vladimir. «Elogio de la diferencia. El complejo de Procusto». Barcelona, Tusquets editores. Cuadernos Ínfimos 13, 1984

Comunicaciones

mujer y enfermería
historia de una relación natural

MARCO CONCEPTUAL DE MARTA ROGERS. RESULTADOS DE SU APLICACIÓN EN UNA POBLACIÓN INFANTIL MARGINAL

Margarita Rebassa Danus
Joana Arbos Galdon

Enfermeras del Centro de Salud Escuela Graduada
Servicio de Enfermería Pediatrica
Palma de Mallorca

«La posición de la mujer en cualquier civilización es el índice de evolución de la misma. La posición de la mujer puede medirse por la atención que se le presta en el nacimiento de su hijo; por tanto, los avances y retrocesos de la civilización no se ven tan claramente como en la historia del parto»

Howard Hagger.

«La dejadeza con la que nuestra sociedad trata a los niños, es más peligrosa para nuestra seguridad, armonía y productividad, que ningún enemigo exterior»

Marian Wrigh Endelman, residenta del Children´s Defense Found.

Convención sobre los derechos del niño. Adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1.986.

INTRODUCCIÓN

Quiero ante todo, expresar mi agradecimiento a la Asociación Española de Enfermería Docente el habernos brindado la oportunidad de transmitir a otros profesionales, esta sucinta comunicación, sobre lo que al principio fue una intuición, después se convirtió en deseo, para transformarse en ocho años de intenso trabajo.

Dos ejes fundamentales que pueden resumirse en las dos citas siguientes, son las que guían nuestro trabajo cotidiano; partimos pues aceptando que la neutralidad metodológica no existe.

En el mismo sentido, y tomando como referencia a Ann Marriner, en su libro «Modelos y teorías de Enfermería» de Ed. Rol. 1989, MODELO «es una idea que explica por medio de visualización física o simbólica». «Los modelos pueden utilizarse para hacer mas fácil el pensar en los conceptos y en las relaciones que existen entre ellos, o para delinear el proceso de investigación». HECHO «es algo que se sabe con certeza». CONOCIMIENTO «es la conciencia o percepción de la realidad adquirida a través del aprendizaje o la investigación»

OBJETIVOS DE LA COMUNICACIÓN

Transmitir a otros profesionales de Enfermería el significado de la experiencia vivida tras la aplicación en la actuación diaria del marco conceptual de Marta Rogers.

Clarificar la idoneidad para el desarrollo de las funciones de Enfermería dentro del PROGRAMA DEL NIÑO SANO, en una población marginal.

MATERIAL Y MÉTODO

La Zona de salud a la que Pertenece el Centro de Salud de Escuela Graduada, corresponde a la mitad del Casco Antiguo de Palma de Mallorca. Las murallas que protegían la Ciudad fueron derribadas a finales del s. XVIII, y se transformaron en las actuales Avenidas. Recientemente hemos incorporado una parte importante de esta población.

Lo que fuera una zona de intercambios comerciales artesanos, donde surgieron los gremios, se ha degradado paulatinamente hasta convertirse en un cúmulo de pequeños edificios derruidos, que se alternan con casas palaciegas, e Iglesias y Conventos. Algunas de estas casas no tienen agua corriente.

Tenemos una población de derecho de 16.467 habitantes, de los que 2.543 (15,44%) son menores de 14 años, 788 viven en las barriadas marginales, que denominados CIUDAD ANTIGUA, formada por 75 calles.

La nuestra representa una Zona de Salud con características demográficas antagónicas.

Gracias a la auditoría externa realizada a las unidades pediátricas de los Centros de Salud de Palma, y aprovechando la muestra escogida por los auditores, realizamos un estudio descriptivo transversal con las historias de niños de 0-2 años que no habían sido correctamente vacunados. Concluímos que la pertenencia a un grupo étnico, no era tan determinante como el vivir en una zona marginal. Es la marginación un factor específico a estudiar mas a fondo, el llamado CUARTO MUNDO.

Para Marta Rogers LA ENFERMERÍA es una Ciencia Humanística dedicada a la inquietud compasiva por el mantenimiento y la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y la rehabilitación de los enfermos e incapacitados.

La Enfermería procura promover una interacción sinfónica entre el hombre y su entorno; fortalecer la consistencia e integridad de los seres humanos, y dirigir y redirigir los patrones de interacción existentes entre el hombre y su entorno.

Lo que distingue a la Enfermería de otras profesiones de servicios es que se trata de un arte y una ciencia que se ocupa del «ser humano unitario», (personas: sistemas abiertos en continuo proceso con el sistema abierto que supone el entorno).

La CIENCIA, es también para Marta Rogers, la búsqueda de significado, no una acumulación de hechos.

Los elementos procesadores de la VIDA son, LA RECIPROCIDAD, LA SINCRONÍA, LA RESONANCIA Y EL RITMO.

El conocimiento lo adquirimos en el seno de la Comunidad, el primer circulo social lo constituye la familia. Ella y mas tarde la sociedad, es la que nos transmite la carga de modelos y creencias que inscribimos.

Durante los tres primeros años de vida del niño, se configuran los elementos mas importantes de la persona; su MICROCOSMOS: la madre y las personas que lo rodean.

CREACIÓN DEL CONTEXTO

Resumen cronológico de las relaciones institucionales establecidas y grupos de trabajo interdisciplinar.

POBLACIÓN DE DERECHO: 16.467 hab., de los que 2.543 (15,44%) son menores de 14 años, de los que 788 viven en barriadas marginales, que denominamos CIUDAD ANTIGUA, formada por 75 calles.

Los registros utilizados por enfermería Pediatrica son la Historia interdisciplinar orientada por problemas, donde se planifican los cuidados junto con los diagnósticos y tratamiento médicos.

El Centro de Salud de Escuela Graduada abrió sus puertas en 1.988. Desde entonces, y siempre guiados por el Programa del Niño Sano, hemos ido conexionando con las diferentes instituciones que han mantenido relaciones con el mundo de la Infancia en nuestra Zona de Salud.

En 1.989 se creó la COMISIÓN DE INFANCIA, coordinada por el ayuntamiento, y que además del Centro de Salud engloba al Hospital Virgen de Lluch (Insalud). En un principio también participaron Cáritas, El Hospital General y la orden religiosa de las Monjas Oblatas.

Pudimos instaurar la VISITA DOMICILIARIA AL RECIÉN NACIDO con la información remitida por el servicio de neonatos del Hospital del Insalud el servicio de atención a la mujer embarazada del Hospital General, y los Servicios Sociales del Ayuntamiento. El resultado: todos los casos en los que se llevó a cabo una atención al domicilio durante los primeros días después del nacimiento del Recién Nacido, hubo un seguimiento adecuado del Programa del Niño Sano.

A la inversa de lo ocurrido con la Visita Domiciliaria al Recién Nacido, a raíz de un estudio descriptivo, se esta realizando un estudio tipo caso-control sobre accidentabilidad infantil, teniendo en cuenta como factor determinante el riesgo socioambiental. La red establecida, la coordinación de esfuerzos y sensibilización profesional, han facilitado enormemente el PROGRAMA PILOTO SOBRE MALOS TRATOS A LA INFANCIA, que desde noviembre de 1.994 coordina el Govern Balear, (Departamento de Menores) con el INSALUD y dos Centros de Salud.

EL PROYECTO INTERCULTURAL, en un principio PROYECTO DE INTEGRACIÓN GITANA O MINORÍAS ÉTNICAS, pertenece al Ministerio de Educación y Ciencia. Coordina el Centro de Salud Escuela Graduada, Ayuntamiento y escuelas publicas Gabriel Alzamora y C´an Alzamora.

LOS HOGARES EL TEMPLE fueron incluídos en el Programa del Niño Sano en 1.991. Se trata de una institución benéfica, un centro de acogida para niños con familias problemáticas.

Incidimos, con nuestro trabajo no sólo individualmente, sino que intercambiamos información con las diferentes instituciones, aportando y comunicando aquellas necesidades detectadas en nuestra población infantil siempre en forma de feed-back.

Las auditorías externas llevadas a cabo en estos dos últimos años han sido además valiosísimas a la hora de conocer con exactitud, los niveles de trabajo en los que se encuentra el Equipo de Pediatría (estado vacunal, revisiones periódicas) y como se modifican mediante intervenciones específicas.

CONCLUSIONES

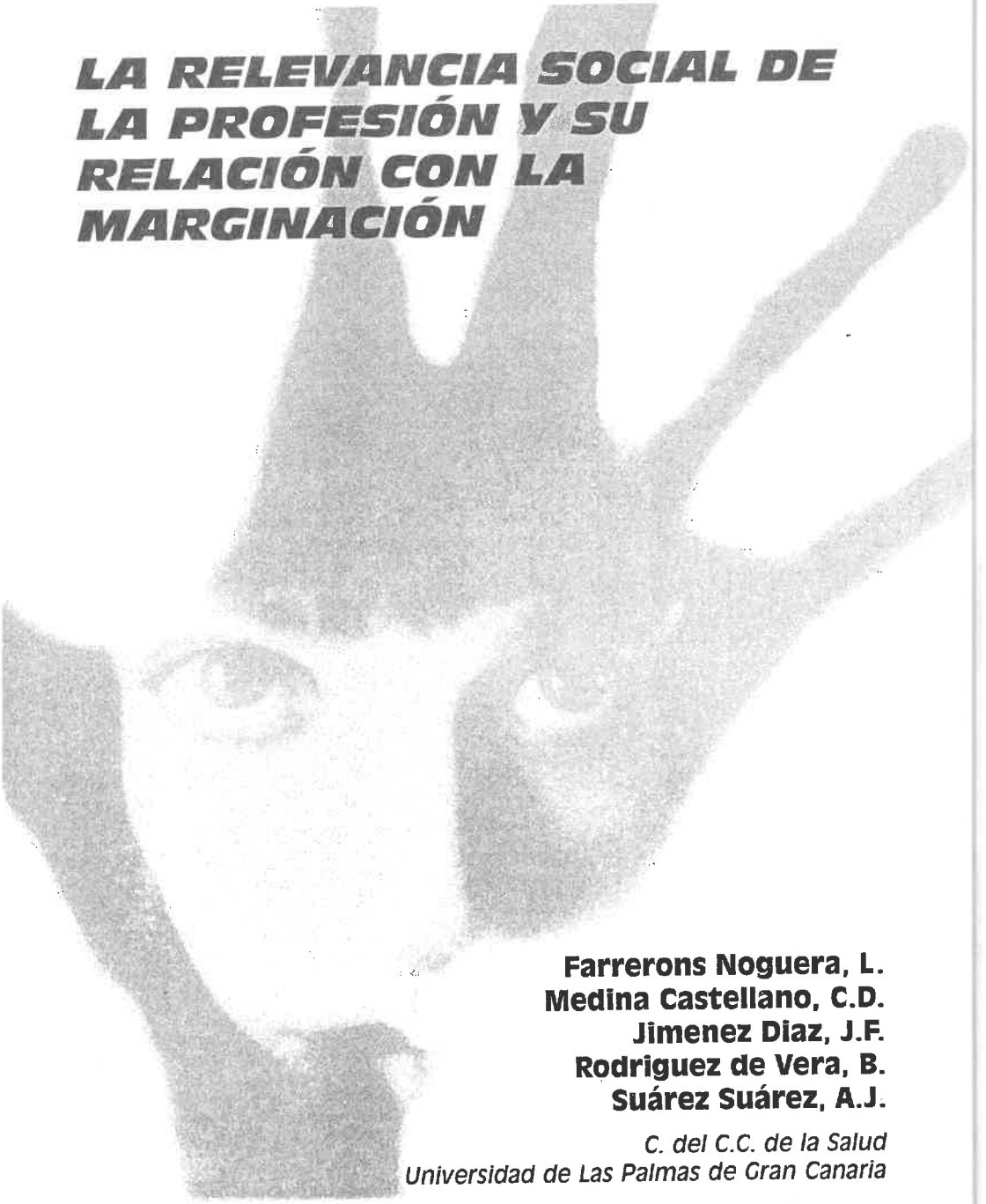
- La captación temprana del recién nacido, en el seno de una familia de clase media, alta o marginal, permite hacer un seguimiento, prevención y estudio del riesgo socio-ambiental. Una prevención secundaria para aquellos casos que precisan de un plan de cuidados.
- Estamos contribuyendo a una adecuada escolaridad en las edades tempranas, y hasta finalizar la pubertad, sobre todo en niñas, alargando la edad reproductiva.
- Estamos constatando, cómo han disminuido los ingresos hospitalarios por procesos banales o problemas sociales. La mayoría de accidentes infantiles son atendidos en el Centro de Salud.
- Enfermería pediatrica, en el Centro de Salud, lleva a cabo una actuación eficaz y eficiente; estamos incidiendo, de una forma integral e integrada en el ámbito sanitario, de educación y económico.

- Si en la cama arropamos a los enfermos, el marco conceptual de Marta Rogers nos ayuda a arropar al ser humano en su entorno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ann Marriner. «Modelos y teorías de Enfermería». Ed. ROL S.A. 1989.
2. «Documents de Treball per a la Infancia. Convencio sobre els drets de l´infant. Cimera Mundial en Favor de la Infancia. Estat Mundial de la Infancia. UNICEF. Comite de Catalunya. Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social.
3. Margarita Rebassa Danus. «Atenció Integral en Infermeria Pediatrica. Marc Conceptual d´Infermería i Atenció Integral». 4 CONGRES DE PEDIATRES DE LA LLENGUA CATALANA. Peñiscola 3,4,5 de Juny de 1.988. Ed. Garbí S.A.
4. Joana Arbós Galdón, Margarita Rebassa Danús. «Visita Domiciliaria de Enfermería al Recien Nacido». Revista Pediátrika nº 4 - 1989. Vol9. Año IX pag. 80. SIMPOSIO INTERNACIONAL DE PEDIATRIA SOCIAL IX ESPAÑOL, III LATINOAMERICANO DE TOXICOLOGIA PEDIATRICA. I DE PAISES DE LENGUA IBERICAS. Madrid 17 al 21 de Julio de 1989.
5. Joana Arbos Galdon, Marta Rovira Vila, Joana Llobera Canaves y Mercedes Mulet. «Accidentes Infantiles en Atención Primaria».Rev. Sanidad e Higiene Pública. 1995 6 9-I-97, 103.
6. Margarita Rebassa Danus, Joana Arbos i Galdon. «Perfil del nin no vacunat al Centre de Salut Escola Graduada». VIII Jornades de la Sanitat de Salut Publica de Catalunya y Balears. Palma de Mallorca 16 i 17 de Juny de 1995.

LA RELEVANCIA SOCIAL DE LA PROFESIÓN Y SU RELACIÓN CON LA MARGINACIÓN



Farrerons Noguera, L.
Medina Castellano, C.D.
Jimenez Diaz, J.F.
Rodriguez de Vera, B.
Suárez Suárez, A.J.

C. del C.C. de la Salud
Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

INTRODUCCIÓN

La Comunicación que presentamos trata de llevar a cabo un análisis somero de los elementos esenciales que configuran la profesión enfermera. A través de dicho análisis, veremos como estos dos elementos son fundamentales para poder comprender las dificultades que a través de la historia ha arrastrado la profesión y han hecho en ocasiones duro y a su vez lento el avance de ésta como ciencia.

Si analizamos la actividad humana profesionalizada, nos daremos cuenta que está perfectamente estructurada, puesto que las actividades humanas enmarcadas en el campo profesional, implican pertenecer a cierto grupo social que además tiene un lugar determinado en la jerarquía del poder regulador de la sociedad.[1]

Si partimos de esta idea y resaltamos que la pertenencia a cierto grupo social, en el caso que nos ocupa se denomina «enfermeras/os» y que además ostentamos un lugar determinado en la jerarquía del poder regulador de dicha sociedad , dicho poder, sería la actividad que ofrece dicho grupo social, de lo que cabría hablar en nuestro caso de la función primordial de «cuidar».

Son por tanto estos dos, los elementos fundamentales que nos identifican como profesión y de los que a través de su análisis resaltaremos las implicaciones sociales, culturales, políticas y profesionales que han mantenido a ésta, a la profesión enfermera, en multitud de circunstancias discriminada y minusvalorizada.

LA ENFERMERÍA Y LA MUJER

«La mujer es una enfermera instintiva, formada por la madre naturaleza» (Victor Robinson, 1946)

Hablar de enfermería, es hablar de mujer, es más, el término enfermería (femenino) es reconocido internacionalmente y podría compararse dicho reconocimiento, al que ostenta el término «hombre» (masculino), cuando se hace referencia al género humano, es decir, a la condición de persona humana. Con esta afirmación, no queremos reivindicar la exclusividad profesional para las personas del sexo femenino, ni mucho menos, lo que intentamos, es dar a la profesión el reconocimiento de profesión eminentemente femenina a lo largo de la historia. Sirva para ilustrar esta afirmación la frase de una película de Jean Eustache a la que hace referencia M. Francoise Colliere en su libro «Promover la vida», y que define a la enfermera como «la figura simbólica del eterno femenino».

La femineidad, ha estado siempre ligada a las prácticas humanas en relación a la salud, de hecho, en la mayoría de las culturas de la antigüedad «**el cuidado**» de los niños, las parturientas y los enfermos en general, ha sido responsabilidad de las mujeres, mientras que el tratamiento de la enfermedad o **«curación»**, generalmente fueron asignados a determinados «hombres» de la medicina o sacerdotes. Es más, en las culturas que así no ha sido (que han sido las menos), esta singularidad ha sido provocada por cuestiones culturales y religiosas más que por cuestiones profesionales, así por ejemplo, en países como la India donde las mujeres por su condición de tal llevaban una vida de encierro, correspondía a los hombres cuidar de los enfermos fuera del hogar y en especial, en aquellos casos en que quién era objeto de cuidado era un hombre.[2] Esto demuestra, que el hecho de que quién cuidara en determinado momento fuera un hombre, respondía al hecho de seguir manteniendo una actitud discriminatoria respecto a la mujer, que no debía salir de la casa (mientras sí podían los hombres) y que no debía tocar a otros hombres que no fueran de la familia, a quiénes sí podía y además debía cuidar.

Pero no hace falta ir tan lejos en el tiempo ni en la ubicación geográfica, para darnos cuenta de la discriminación que ha sufrido la enfermera por su condición de mujer, independientemente del entorno cultural y social en el que se movía. Si leemos la biografía de Florence Nightingale, (Cook, 1913), en el capítulo que hace referencia a su participación en la guerra de Crimea (1854), a solicitud de Sir Sidney Herbert, secretario de Guerra que además, le confirió autoridad organizativa en

su ámbito, nos damos cuenta de que este hecho, su autoridad e independencia organizativa estaban continuamente obstaculizadas por las autoridades militares, no solo por el hecho de que esta fuera un civil sino y además por el hecho de que fuera **mujer**.[3]

Ya en nuestros tiempos, no queda tan remoto en el recuerdo de aquellas que estudiamos en las conocidas escuelas de A.T.S., cuyo régimen establecía que las féminas estudiaran dicha carrera con carácter de internado, en contraposición de los alumnos masculinos que no estaban sometidos a dicho requisito ni control, puesto que estos internados, estaban destinados más que ha cubrir problemas de residencia a asegurar la vida ordenada y casi clerical de las estudiantes de enfermería. En la misma línea, cabe resaltar las diferencias plasmadas en los propios planes de estudios, tanto en cuanto, las estudiantes femeninas contaban en su programa con una asignatura denominada enseñanzas del hogar en contraposición con los alumnos masculinos que se les enseñaba autopsia médico-legal.

Sin duda alguna, estos aspectos tenían su ascendencia histórica, así lo plasmaba E.Alonso y Garcia-Sierra, en su libro «Las carreras Auxiliares Médicas» publicado en 1923 y que fue citado por Ventosa Esquinaldo en su libro de Historia de la Enfermería y que dice textualmente: « Hay una enorme diferencia entre un practicante y un enfermero y que debe hacerse resaltar para que aquellos sepan hacer sus derechos. El practicante es una persona perita, con un título profesional, de esfera más limitada, pero tan respetable como otra cualquier carrera oficial, que ejecuta las prescripciones del médico con arreglo a ciencia. El enfermero es cualquier persona que hace lo que el médico ordena, con arreglo a la práctica».[4] Si a esta definición añadimos que sólo eran practicantes los hombres, llegamos a la conclusión, que incluso dentro de la propia profesión han existido elementos discriminatorios propiciados por los órganos competentes en la materia, que han perdurado incluso a través de los tiempos. No olvidemos que la enfermera de ámbito rural, jamás tuvo el reconocimiento y categoría social que se le confirió al practicante en este mismo ámbito, aún cuando su función fuera la misma. Está claro, que el carácter masculino de los practicantes fue el elemento determinante de dicha concepción social, puesto que se tuvo hasta el otro día en nuestro

ámbito social la idea de que la mujer intelectualmente no era tan capaz como el hombre.

Si la mujer ha sido discriminada, dicha discriminación ha sido potenciada por el sexo opuesto, es decir, el hombre. Si partimos de esta premisa nos encontramos que nuestra relación profesional ha sido constante con el sexo opuesto y además, con el sometimiento expreso por ser éstos, los hombres, los que ostentaban mayor graduación profesional y por lo tanto jerárquica, hablamos sin duda alguna de los médicos.

Sería extenso y tedioso hablar de nuestra relación profesional con los médicos desde la perspectiva del trato discriminatorio, es más, podría parecer que adoptamos una actitud victimista y nunca nada más lejos de nuestra intención. Hay múltiples citas bibliográficas que podríamos enumerar, expresadas por médicos españoles y franceses de mitad de siglo, donde éstos, hacen reiteradas recomendaciones a las enfermeras para que no intenten extralimitarse en sus competencias y sean sumisas, basta leer la recomendación del profesor León Bernard, citada en el libro de M. Francoise Colliére, «Promover la vida» y que decía textualmente: «Señoras, se os ha dado una instrucción, unas nociones técnicas indispensables; evitad tener un excesivo orgullo. **Seguid siendo mujeres y enfermeras**; pensad que no hay tareas viles, y que al contrario, de su simple aceptación obtendréis todo el prestigio que necesitáis. Respetad al médico aunque penséis que no se lo merece. El médico siempre debe ser considerado por la enfermera como su jefe.»[5]

Parece obvio, que la relación de la enfermera con el médico no ha sido ni más ni menos que la relación de la mujer con el hombre puesto que si la enfermería ha sido eminentemente femenina, la medicina ha sido eminentemente masculina, pero en este caso desde el plano profesional, con todo lo que ello implica.

EL CUIDADO COMO ELEMENTO ESENCIAL

«Nunca se les ocurrió a los aristóteles del pasado que para el bienestar público habría sido mas conveniente la formación de enfermeras que la de abogados» (Victor Robinson, 1946)

Si la profesión enfermera ha encontrado en su condición de profesión femenina no pocos avatares e impedimentos para su desarrollo como ciencia, bien podemos afirmar que el hecho de que la función primordial de la enfermería sea el cuidado, no ha sido ni mucho menos un elemento de fácil reconocimiento social y científico.

Cuidar, es sin duda una función que ha asumido la enfermería como elemento fundamental de su actividad profesional. Sin embargo, la función de cuidar es innata a la condición humana. Desde los albores de la humanidad el ser humano tiende en su afán de promover la vida y de preservarse de la enfermedad y de la muerte, a cuidar de sí mismo y de sus semejantes.

Encontramos a través de la bibliografía, que ya en las culturas más primitivas existía la figura de la persona que dispensaba cuidados a la familia en un principio y posteriormente a la colectividad.

No obstante, este reconocimiento del cuidado como elemento implícito de la actividad humana a la que los profesionales de enfermería aludimos con cierta frecuencia, parece ser un arma de doble filo.

En primer lugar, por que la referencia a la existencia de cuidados desde los inicios de la humanidad, podrían hacer pensar, que suministrar cuidado no entraña mayor ciencia o mejor dicho que han variado a través de los tiempos, los recursos materiales que utiliza el ser humano pero no el servicio. Sirva de ejemplo cualquiera de las necesidades básicas que cubre el profesional de enfermería al prestar cuidados, de alimentación, de eliminación, de movimiento, de sueño y descanso, etc.. , cabe preguntarse ¿ es que el ser humano no ha llevado a cabo estos cuidados a lo largo de todos los tiempos ?. En este sentido, parece tener cierta lógica la aportación que hace P. Donahue en su libro de «Historia de la Enfermería» en la que hace referencia a una investigación a través de la historia antigua, en la que se hace poca mención de las enfermeras. Esto puede deberse en parte-sigue diciendo Donahue- a que son los acontecimientos poco habituales o notables, más que los cotidianos, los que suelen registrarse en la historia[6]

Por otra parte, el hecho de que estos cuidados se hayan llevado a cabo hasta tiempos no tan lejanos por parte de los miembros del entorno

familiar, voluntarios, religiosos, etc.., han hecho que hasta finales del siglo pasado y a través de la obra de Florence Nightingale, no se entendiera necesaria la figura de una persona poseedora de conocimientos específicos. No obstante, nos atrevemos ha afirmar que la influencia y el reconocimiento del trabajo enfermero de finales del siglo pasado y principios de éste, quedó circunscrito a ámbitos específicos de la labor desempeñada por dichos profesionales en tiempos de guerra, de hecho, uno de los monumentos mas conmemorativos de la labor enfermera, es el Monumento a las Enfermeras del Cementerio Nacional de Arlington, que fue dedicado a las enfermeras del Ejército y la Marina americanos.

No debemos olvidar, que hasta hace tan solo 20 años y en nuestro país la formación enfermera dependía de otros profesionales. Estos, impartían conocimientos enfocados a técnicas concretas o de ayuda al médico, más que a profundizar en conocimientos dirigidos a los cuidados al paciente, lo que propició inevitablemente una imagen social del profesional de la enfermería como ayudante del médico y por lo tanto a su servicio. Es evidente que aún hoy, perdura dicha imagen, lo que implica que el paciente, difícilmente reivindique los cuidados enfermeros como servicios dirigidos a él, por tanto ¿como va a dar valor la sociedad a algo que no reconoce como derecho propio, que no reconoce como ciencia ?.

Como decía Robinson, «La enfermera siempre ha sido una necesidad, y por tanto ha carecido de status social».[7]

CONCLUSIONES

Parece claro, que existe un elemento desproporcionador de la profesión, en cuanto a su antigüedad y su reconocimiento como ciencia, lo que la hace, susceptible de discriminación respecto de otras ciencias, incluso más nuevas que la propia enfermería.

Como hemos comprobado a la luz de este pequeño análisis de los elementos esenciales que conforman la profesión enfermera -esto es la propia enfermera y su función que es el cuidar- se desprende, el hecho de que la condición mayoritariamente femenina, la ha frenado en su crecimiento, igual que ha sido frenado el crecimiento de la mujer en todos los ámbitos, ya sean culturales, políticos, sociales o profesionales. Ahora

bien y creemos que es de justicia reconocer, que no puede hablarse hoy en nuestra sociedad de discriminación sin matizar y aceptar las mejoras producidas, lo que coloca a la mujer hoy en una situación que poco tiene que ver con la vivida por nuestras abuelas. Sin embargo si me permiten, haremos mención al discurso pronunciado por D. Arcadio Diaz Tejera, Diputado del Común de Canarias, en la inauguración de la «I CONFERENCIA TRICONTINENTAL DE INSTITUCIONES DE DEFENSA Y PROMOCIÓN DE DERECHOS HUMANOS», en esta, el Sr. Diaz Tejera afirmaba: «De las personas que viven en situación de pobreza absoluta, cuyo total se estima en 1.300 millones, más del 70% son mujeres; dos terceras partes de los 900 millones de personas analfabetas y la mayoría de los 130 millones de niños que no tienen acceso a la escuela primaria son de sexo femenino». Cabe reconocer que las mujeres y con ellas las enfermeras en el mundo occidental y desarrollado, somos privilegiadas, así como privilegiados aquellos que aún no reconociéndolo en la medida que a nosotras nos gustaría, reciben nuestros cuidados. Es por ello, que mientras existan datos como los aportados por el Diputado del Común de Canarias, no nos cabe más que pensar en seguir luchando contra la discriminación de la mujer y por ende de la enfermera.

En cuanto a la minusvaloración de los cuidados como servicio que ofertamos a la sociedad, no nos queda más que recuperar el tiempo perdido, a través del esfuerzo y del trabajo de todos los que conformamos la profesión, trabajo por ende, y a nuestro entender ya iniciado. Por último, permitan que termine con otra cita de M. Francoise Colliére, que dice: «Tenemos que ser capaces de argumentar, hacer valer lo que aportamos al público de único e irreemplazable, los **cuidados** y el servicio de enfermería, tanto en las instituciones hospitalarias como junto a las familias en el domicilio. Demostrar las aportaciones de la profesión, el carácter indispensable de sus conocimientos y su irreemplazable contribución social y económica: este es el reto».[8]

BIBLIOGRAFÍA

1. COLLIÈRE, M.F. «Promover la vida». 1º edic. en español. Edit. Interamericana. Madrid 1982. pág.12-13
2. HENDERSON, V. NITE, G. «Enfermería teórica y práctica» Vol.1.3º edic. en español. Edit. La Prensa Médica Mexicana. México, 1987. págs.7-9.
3. DONAHUE, M.P. «Historia de la Enfermería». 1º edic. en castellano. Edit. DOYMA. St. Barcelona, 1985. págs. 242-243
4. ALONSO Y GARCIA-SIERRA, E. «Las carreras auxiliares médicas». pág. 3 y 4. Madrid, 1923. Citado por Ventosa Esquinaldo, F. «Historia de la Enfermería española». Edit. Ciencia 3. Madrid, 1984. pág.104
5. COLLIÉRE, F.M. Opus cit. pág. 71
6. DONAHUE, M.P. Opus cit. pág. 38
7. DONAHUE, M.P. Opus cit.
8. COLLIERE, F. M. Opus cit. pág.20
9. ALONSO Y GARCIA-SIERRA, E. «Las carreras auxiliares médicas». Madrid, 1923. Citado por Ventosa Esquinaldo, F. «Historia de la Enfermería Española». Edit. Ciencia 3. Madrid, 1984.
10. COLLIÉRE, M.F. «Promover la vida». 1º edic. en castellano. Edit. Interamericana. Madrid 1982.
11. DONAHUE, M.P. «Historia de la enfermería». 1º edic. en castellano. Edit. Doyma. Barcelona, 1985
12. GARCIA BARRIOS, S., CALVO CHARRO, E. «Historia de la Enfermería». Edit. Secretariado de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Málaga. Málaga, 1992.
13. HENDERSON, V., NITE, G. «Enfermería teórica y práctica». Vol.1, 3º edic. en castellano. Edit. La Prensa Médica Mexicana. México, 1987.
14. MEDINA CASTELLANO, C.D., «Proyecto Docente». U.L.P.G.C., Las Palmas de Gran Canaria, 1995.
15. VENTOSA ESQUINALDO, F. «Historia de la Enfermería Española». Edit. Ciencia 3. Madrid, 1984.

Nuestro agradecimiento a:

- CHACÓN FERRERA, R., VALLESPÍN MONTERO, R., Material iconográfico.

EXPECTATIVAS Y REALIDAD DE LAS PRACTICAS HOSPITALARIAS. UNA APROXIMACION ANTROPOLOGICA

Silvia Costa Abós

Profesora Ayudante de Enfermería Médico-Quirúrgica de la Universidad de Barcelona

Si entendemos por ***relación marginal o de marginación*** lo que San Román[1] define como cualquier relación en la que una parte oriente su comportamiento a la exclusión de la otra del propio sistema ecocultural, en este estudio, trataré de analizar que posición ocupan entre la inclusión/exclusión, el grupo de estudiantes de Enfermería dentro del colectivo profesional. Si bien no están excluidos, ¿hasta qué grado están incluidos?. Sin duda la respuesta es ambigua como lo es la situación del alumno/a entre el aula y la Institución Sanitaria.

A los/as estudiantes se les considera en vía de "enculturarse", es decir, todavía no forman parte de la cultura profesional. Sin embargo, durante su proceso de formación, sí se integran en la actividad laboral y esta experiencia nos interesa porque será decisiva en la construcción de su identidad profesional como enfermeras/os.

SIGNIFICADO DEL ESTUDIO

La aproximación a la realidad social se realiza a través de diversas formas. Sin embargo para profundizar en algunos aspectos del objeto de estudio (p. ej. la experiencia de las prácticas hospitalarias desde la perspectiva del alumno/a), la presentación tradicional de los datos utilizando la metodología cuantitativa, básicamente datos de encuesta, no parece suficiente, por lo que conviene entonces pensar en la utilización de otros tipos de análisis[2].

A pesar de esta afirmación y a diferencia de lo que sucede en el ámbito anglosajón, en la Enfermería de nuestro país son todavía tímidos los intentos de presentar el valor y la importancia que los métodos cualitativos de investigación poseen para el avance en el desarrollo del conocimiento enfermero y en la práctica del cuidado[3].

Collière[4] apunta que la aproximación antropológica se propone descubrir lo que tiene sentido, lo que da sentido a lo que las gentes expresan en forma de expectativas, de deseos o no-deseos, de preocupaciones y de dificultades, ligadas a un acontecimiento concreto. Esta aproximación sitúa a cada persona como fuente de saber y, al mismo tiempo, permite a los cuidadores aprender a reconocer y utilizar las múltiples informaciones que se han recibido por la formación.

OBJETIVO

El propósito de este estudio es el de investigar la realidad de las prácticas hospitalarias desde la perspectiva de los/as estudiantes de enfermería. En Antropología, esta visión **emic** se la define como la versión endógena y autóctona de los individuos que componen un grupo determinado, a diferencia de la etic que sería la visión exógena a ese universo[5].

Para conseguir el propósito del estudio, se utilizó la vertiente fenomenológica que es un método de investigación inductivo-descriptivo a través del cual la experiencia humana se entiende desde la perspectiva emic o de los actores (p. ej. la de los/as estudiantes de Enfermería).

MÉTODO

La fenomenología es el estudio de la experiencia vivida; es un intento de entender el fenómeno desde la perspectiva individual de aquellos que son objeto de estudio. El método trata de descubrir el significado del fenómeno de la experiencia humana a través del análisis de las descripciones hechas por los sujetos[6,7].

Es un método consecuente con los valores y creencias de la disciplina humanística como es la Enfermería.

Para analizar la información se utiliza el programa Ethnograph que pertenece al grupo de programas informáticos encaminados al análisis interpretativo de datos. Está diseñado para ayudar a los investigadores en algunos de los aspectos mecánicos del análisis de datos[8]. El objetivo del análisis es aumentar la comprensión y elaborar un modelo conceptual que pueda explicar los fenómenos en estudio. Se divide el fenómeno

global en unidades, estas son clasificadas en categorías y después ensambladas relacionándolas[9].

Obtención y análisis de datos

Se solicitó a cada estudiante que expresara por escrito su opinión con respecto a las *«Expectativas y realidad de las prácticas hospitalarias»*. De forma libre y anónima, se recogen 12 y 21 registros de alumnos/as de 2º y 3er curso respectivamente, de la EUE de la Universidad de Barcelona que realizaron sus prácticas en el Hospital de Bellvitge.

El material se introduce en el programa Ethnograph que numera las líneas de texto y, una vez impreso, se pasa a codificarlo. A partir de aquí se obtienen unas categorías según determinados códigos, y es cuando se interpretan los resultados obtenidos, lejos del ordenador.

RESULTADOS

Haciendo un análisis por cursos y clasificando los códigos aparecidos en las categorías que eran objeto del estudio, -Expectativas y Realidad-, se obtienen los siguientes resultados:

TABLA 1
Códigos segundo curso Fichero 2 **(12 registros)**

EXPECTATIVAS	REALIDAD
(6) **Técnicas**	(4) Técnicas
(2) Relación c/paciente	
(1) Relación c/equipo	(5) **Relación docente c/equipo**
	(8) **Teoría/Práctica**
	(3) Duración prácticas
	(2) Unidades/Servícios

Técnicas: es la expectativa prioritaria para los/as estudiantes de 2º curso, ya que la mitad de los registros se refieren a «poder coger habilidad y aprender todas las técnicas posibles». Sin embargo, cuando se explica la realidad de las prácticas no citan las técnicas de forma tan frecuente. De los que sí que lo hacen, la mitad, están satisfechos con las técnicas realizadas y la otra mitad, creen que las han realizado de manera incorrecta.

Relación c/paciente: sólo dos personas esperan «fomentar la relación con los pacientes» y, curiosamente, no aparece este código cuando se explica la realidad de las prácticas.

Relación c/equipo: tan sólo una alumna se plantea a priori el «sentirme integrada en el equipo de enfermería» como expectativa; sin embargo, cuando finalizan las prácticas se prioriza este aspecto, matizando que tipo de relación es la deseada. La he definido como una **relación docente** que se establece entre el profesional y el/la alumno/a, por las consecuencias que tiene en su aprendizaje. En 3 registros se valora esta relación como positiva y, en los 2 restantes, como negativa. Ejemplos que ilustren: «las enfermeras han procurado que aprendamos al máximo posible y han facilitado el responsabilizarte de tu trabajo» o «en muchas ocasiones las explicaciones no las obtenía de la enfermera ya que no contestaba con agrado a mis preguntas».

Teoría/Práctica: este es el código más utilizado por los/as estudiantes de 2º, una vez han finalizado sus prácticas y en todos los registros (8:12) aparece como una experiencia negativa. Se pone de relieve la disociación entre ambos conceptos por «la imposibilidad de aplicar la teoría en la práctica», lo que genera cierta frustración. Esta barrera se explica por varios hechos como: «que hay creados unos sistemas de trabajo que resultan inamovibles», o que «las funciones de la enfermera están mayoritariamente copadas por órdenes médicas delegadas» serían algunos ejemplos.

Duración: tres personas se refieren a que «el periodo de prácticas queda corto en el tiempo; se realizan pocas horas».

Unidad/Servicio: en dos ocasiones plantean que «haber estado sólo en una unidad reduce la visión global de la Enfermería».

TABLA 2
Códigos tercer curso Fichero 3 **(21 registros)**

EXPECTATIVAS	REALIDAD
(8) **Técnicas**	(14) **Técnicas**
(5) Rel. c/paciente y familia	(3) Rel. c/paciente y familia
(6) **Relación c/equipo**	(7) Relación docente c/equipo
(5) Desarrollo profesional	(9) **Inseguridad**
(3) Teoría/Práctica	(3) Teoría/Práctica
	(6) PAE
	(10) **Duración prácticas**
	(9) Unidad/Servício

Técnicas: es la expectativa más frecuente entre los/as estudiantes de tercero. Se pretende «realizar y perfeccionar las técnicas de enfermería» durante el periodo de prácticas. En cuanto a los resultados obtenidos, diez personas afirman «no haber practicado todas las técnicas de enfermería» que además «son de vital importancia para ejercer». y entre las causas que generan esta situación se alude a «que la unidad de prácticas no ha sido la adecuada para realizar todas las técnicas que nos enseñan en la teoría». El resto, 4 personas sí están satisfechas de la destreza adquirida.

Relación c/paciente y familia: está presente como uno de los objetivos esperados en 5 registros. Se pretende «establecer una relación terapeútica con el enfermo y familia» con la peculiaridad de que los estudiantes de tercero, además del paciente, incluyen a la familia en este tipo de relación. En la práctica se reducen los comentarios sobre este aspecto y la relación terapeútica no se consigue. En un caso se refiere a que los pacientes «estaban dormidos en mi unidad».

Relación c/equipo: ocurre el mismo proceso que con los/as estudiantes de segundo. La expectativa es «adaptarse a la dinámica y funcionamiento del servício» o «no recibir órdenes sino consejos». Posteriormente, lo que se valora es si ha existido una relación docente hacia el/la alumno/a. En todos los registros, se observa una actitud crítica hacia el trato recibido y así se refleja: «sigue haciendo falta que los profesionales de Enfermería se conciencien de que otra de sus funciones es la docencia», o «muchas veces las ganas de hacer y aprender son cortadas por enfermeras que no recuerdan lo que es ser estudiante» y «de vital importancia es conocer que papel desempeñamos en las prácticas clínicas ya que son parte integrante de nuestra formación».

Desarrollo profesional: lo que se espera en 3°, es «obtener un nivel óptimo de experiencia», «trabajar como un buen profesional», «adquirir seguridad y confianza en uno mismo» y «tener capacidad para tomar decisiones». Sin embargo en la práctica estas expectativas se transforman en inseguridad.

Inseguridad: al igual que el anterior, son afirmaciones que surgen en el último curso de la carrera, una vez finalizadas las prácticas. Se duda sobre la adquisición de las habilidades necesarias para trabajar en un futuro muy próximo.

Duración: la mitad de los/as estudiantes de tercero consideran necesario el «incrementar las horas de prácticas» así como «evitar que estas coincidan con las clases teóricas».

Unidad/Servicio: es frecuente el deseo de «rotar por otras unidades para adquirir una visión más globalizada y aprender más». Precisamente esta es la misma solución que proponen cuando no se realizan las técnicas de Enfermería.

Teoría/Práctica: se vuelve a valorar como algo negativo y los registros son suficientemente explícitos, «en la Universidad se nos idealiza la profesión de Enfermería de tal modo que todos quedamos enamorados de la teoría pero el problema es que cuando llegas al hospital,todos nuestros conceptos teóricos chocan con la realidad, que es otra bien diferente», o «hay bastantes diferencias entre la teoría y la práctica y puedes reaccionar de dos maneras: 1) darte cuenta de las cosas mal hechas e

insistir en hacerlas bien, 2) el sistema te absorbe y acabas haciéndolo mal».

PAE (Proceso de atención de Enfermería): sólo aparece este código en los/as estudiantes de tercero. No forma parte de los objetivos o expectativas y es valorado al final de las prácticas. Una única visión positiva explica que «es útil como proceso de aprendizaje aunque en la práctica no se utiliza. Debería ser más operativo para que en un futuro pudiera realmente llevarse a cabo». El resto lo han vivido como algo problemático: «lo más decepcionante es que el PAE sea sólo una quimera, exclusiva de los estudiantes de Enfermería».

CONCLUSIONES

Destacar que en 2º si la expectativa más deseada por los/as estudiantes era la de realizar técnicas de Enfermería, en la práctica, este aspecto pierde importancia en relación a otras realidades. La principal es el choque vivido entre la teoría y la práctica como consecuencia de su primer contacto con el hospital. En 3º es posible que exista un proceso de adaptación para sobrevivir entre dos mundos contradictorios. La otra realidad, es la preocupación de establecer aquella relación «docente» con los profesionales y que es deseable para su formación en prácticas.

En 3º ocurre algo parecido. Cuando las expectativas no se corresponden con la realidad se alude a la falta de práctica en las técnicas de Enfermería. Pero cuando se habla de la realidad como experiencia positiva no se relaciona con las técnicas, sino a la buena relación establecida con el equipo.

Por último, me pregunto si la expectativa que según los/as estudiantes de ambos cursos no se cumple, es decir, la de rotar por otros servicios del hospital para tener una visión global de la Enfermería, tiene algo que ver con la de tener una visión global del paciente, cuestión no registrada.

Sin duda, en el hospital, son las técnicas las que todavía marcan la pauta, seguido de las relaciones con los/as profesionales y por último, y muy lejano, la relación con el paciente y familia.

REFLEXIÓN

Si el grado de concordancia entre las expectativas y la realidad de las prácticas no es elevado, no sólo nos interesa saber cuanta es la diferencia, sino también qué cualidad tiene; es decir, cuales son los motivos que impiden la cohesión entre dos ámbitos de una misma profesión.

Por un lado, las expectativas pueden o no coincidir con los objetivos docentes. En este estudio, las expectativas sí tienen una relación con los objetivos pero no todos los objetivos son expectativas. Por tanto, se puede pensar que la información que de los objetivos docentes tienen los/as estudiantes no sea suficiente o adecuada, ya que no se ha asimilado.

Por otro lado, la realidad puede vivirse como positiva cuando coincide con las expectativas y, negativa, cuando no se consigue lo esperado. En este último caso, habría que plantearse si el conjunto de objetivos docentes son viables en la realidad donde se llevan a cabo las prácticas.

He empezado esta comunicación definiendo un tipo de relación -la marginal-, y acabo también hablando de las relaciones, de la importancia que pueden llegar a tener en cualquier contexto. Si no queremos «marginar» al grupo de estudiantes de Enfermería hemos que incluir sus opiniones y vivencias en nuestro quehacer diario, lo cual seguro que equiparará nuestras relaciones y se podrán establecer vías de solución conjunta a los problemas.

«Cada vez somos más de la opinión de que una profesión no se enseña, se comunica» (Collière[10])

Agradecimiento

A Lourdes Bernuz y Juan Casanova su colaboración para llevar a cabo este estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. SAN ROMÁN T. (1989) "Sobre el concepto de marginación" en *Vejez y Cultura. Hacia los límites del sistema.* Barcelona: Fundació Caixa de Pensions.
2. DOMINGUEZ ALCON, C. "Enfermería, Sociedad y Futuro" Conferencia del Segundo Congreso Nacional de Enfermería Quirúrgica. Sitges, 1993.
3. MEDINA J.L. (1995) «La investigación enfermera: entre el mito de la racionalidad y la necesidad de un cambio de paradigma». *Enfermería Clínica*; 4: 147-149.
4. COLLIERE, M.F. (1993) «Utilización de la antropología para abordar las situaciones de cuidados». *Revista Rol de Enfermería* 179-180: 73-77.
5. MARTINEZ, A. (1992) «Eficacia simbólica, eficacia biológica. Hacia un nuevo modelo analítico y terapeútico en la asistencia sanitaria». *Rev. Rol de Enfermería* 172:61-67.
6. PARSE R.R., COYNE A.B. and SMITH M.J. (1985) *Nursing Research: Qualitative Methods.* New Jersey: Prentice Hall. Englewood Cliffs.
7. LEININGER, M. (1985) *Qualitative Research Methods in Nursing.* Orlando: Grune and Stratton Inc.
8. SANDIN, M.P. y MEDINA, J.L. (1993) «Estudio comparativo de dos programas informáticos de análisis de datos cualitativos». *Revista Investigación Educativa* 22: 151-166.
9. GIL FLORES, J. (1994) *Análisis de datos cualitativos. Aplicaciones a la investigación educativa.* Barcelona: PPU.
10. COLLIERE M.F. (1993) *Promover la vida.* Madrid: Interamericana/ McGraw-Hill:345.

IMPORTANCIA DEL ROL DE LA ENFERMERIA EN LA REHABILITACION DEL PACIENTE PSIQUIATRICO

Sureda C.
Busto C.
Fornes J.

Hospital Psiquiátrico
Universitat de les Illes Balears
Palma de Mallorca

INTRODUCCIÓN

Cuando un paciente con transtorno mental lleva mucho tiempo ingresado en una institución psiquiátrica se ve anulada gran parte de su iniciativa, sus contactos sociales disminuyen y en sus actividades se vuelve altamente pasivo. La descompensación que ha sufrido, en muchos casos reiterativa, lleva a una desestabilización no solo de sus vidas, sino también de sus propias familias. El punto de partida de la rehabilitación mental o psiquiátrica se basa en que variando las habilidades de las personas incapacitadas o variando el apoyo de su medio ambiental inmediato, mejorarán sus capacidades funcionales.

Para llevar a cabo este objetivo, en el año 1991 en el H. Psiquiátrico de Palma de Mallorca se empezó a poner en práctica un programa conjunto de todo el equipo interdisciplinar en el área llamada de "Crónicos " o de media y larga estancia. Este programa pretendía aumentar la calidad de vida de los pacientes allí ingresados, normalizar casos individuales, y rehabilitar mediante un programa de aprendizajes a todos aquellos pacientes que mostraban posibilidades de reintegrarse a la sociedad y a la comunidad.

Basándonos en el tercer informe del comité de expertos en Salud Mental en el cual se indica que el ambiente psicoterápico es uno de los factores más importantes para el restablecimiento de los enfermos, el trabajo realizado en éste programa es fundamentalmente psicodinámico, centrando sus reflexiones sobre la intervención en equipo, sobre todo, para tratar la patología creada por la institución psiquiátrica. Por ello se cuida al máximo el entorno que rodea al paciente. El papel de enfermería en éste grupo terapéutico es el de contribuir a crear dicho ambiente mediante sus relaciones directas y sus conversaciones con los enfermos.

Dichas relaciones pretenden el desarrollo de grados óptimos de confianza ya que la confianza en una evolución continua y razonada constituye un factor primordial que permite reducir al mínimo la apatía y el desaliento a que están propensas las personas que viven en éstas instituciones.

En éste entorno es cuando aparece el "Club Social " creado dentro del mismo Hospital Psiquiátrico como un lugar de reunión de los enfermos, o residentes, así como un espacio destinado a actividades tanto lúdicas como de recuperación de habilidades perdidas.

La función de enfermería en el programa de rehabilitación tiene como objetivos generales:

- Potenciar su papel como elemento rehabilitador y socio- terapéutico.
- Estimular el uso de capacidades.
- Facilitar nuevos aprendizajes que permitan normalizar al máximo la vida de los pacientes así como su resocialización.

Los resultados que esperábamos obtener tras su aplicación eran :

Que el paciente :

- Aumentara las relaciones interpersonales.
- Aumentara la autonomía personal.
- Adquiriera conocimientos sobre su organismo.
- Participara en actividades grupales.
- Incrementara la vida social.

METODOLOGIA

Selección de los pacientes :

Las personas a las cuales va destinado el programa son todos aquellos pacientes que no poseen signos de demencia, que el deterioro que han sufrido no les ha creado una invalidez irreversible, y que además están frecuentando las unidades de media y larga estancia en éste momento.

Aspectos o áreas en las que se trabaja fundamentalmente.

Dentro del programa se realiza un proyecto individual de cada paciente y se inician una serie de medidas preventivas encaminadas a evitar que la institucionalización produzca sus efectos negativos. Dichas medidas, basadas en el modelo teórico de H. Peplau y los estudios realizados por : V. Otero y S. Rebolledo 1991, están centradas en una serie de áreas de interés significativas para la rehabilitación en Salud Mental :

1. Entrenamiento en habilidades.
2. Apoyos socio-afectivos.
3. Trabajo con familias.
4. Recursos comunitarios.

RESULTADOS

Se centran en mayor o menor medida, en cada una de las áreas o aspectos tratados en el programa y que a continuación se explican.

1. ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES

Se considera que ninguno de los fármacos sirven para mejorar los síntomas negativos de las grandes patologías mentales, pero está comprobado que, el entrenamiento en habilidades mejora de forma considerable el retraimiento social, la apatía, la anhedonia, el enlentecimiento, etc... Por consiguiente las principales estrategias en la rehabilitación psiquiátrica parten de la asunción de que muchos pacientes padecerán sintomatología persistente e incapacidades residuales a pesar de los esfuerzos terapéuticos de la farmacología y la hospitalización, sintomatología que puede mejorar con otro tipo de intervenciones terapéuticas.

En este sentido el aprendizaje del afrontamiento social como estrategia de rehabilitación, permite a los sujetos satisfacer mejor sus necesidades instrumentales y socio- emocionales haciendo frente a los desafíos y resolviendo los problemas de la vida cotidiana.

Para conseguir este afrontamiento, el entrenamiento en habilidades debe adaptarse a las necesidades instrumentales de cada individuo que pueden variar entre las siguientes :

1. Autocuidado.
2. Automedicación.
3. Manejo de dinero y compras.
4. Habilidades Sociales.
5. Actividades de la vida diaria. (Curso de cocina, etc...)

1. 1. HABILIDAD DE AUTOCUIDADO

Definición:

√ Actividades encaminadas al cuidado e higiene corporales así como del aspecto externo.

Objetivos:

√ Adquirir hábitos de higiene y aseo personal.
√ Conocer su propio cuerpo.

Actividades o tareas:

√ Enseñarle a realizar el aseo e higiene personal diarias.
√ Enseñarle cómo vestirse correctamente y mantener un aspecto externo agradable.
√ Reforzar positivamente los logros personales.
√ Impartir charlas informativas sobre el organismo y sus posibles enfermedades.

Evaluación:

√ Buen aspecto externo.
√ Aseo personal correcto.
√ Hábitos de vida sanos.

1.2 HABILIDAD DE AUTOMEDICACION

Definición:

√ Conocimiento por parte del paciente de los diferentes medicamentos tanto somáticos como psiquiátricos, así como los efectos que producen.

Objetivos:

√ Desarrollar capacidad y habilidad para administrarse correctamente cualquier tratamiento que le sea prescrito.
√ Desarrollar capacidad para detectar efectos secundarios no deseados y notificarlo para modificar la medicación.

Actividades :

√ Enseñarle a identificar horarios, tomas y medicaciones.
√ Proporcionar información sobre su enfermedad y la necesidad de medicarse.
√ Impartir charlas informativas sobre medicación orgánica y psiquiátrica.
√ Facilitarle la medicación para que se la pueda tomar por sí solo.

Evaluación:

√ Correcta administración de la medicación.

1. 3. HABILIDAD DE MANEJO DE DINERO Y COMPRAS.

Definición:

√ Aprender a manejar dinero y saber su valor así como administrarse y ahorrar una vez cubiertos los gastos diarios.

Objetivo:

√ El paciente será capaz de administrar sus ingresos.

Actividades:

√ Explicar el valor y uso de las monedas y billetes.
√ Fomentar la asistencia al aula de alfabetización en el que se practican ejercicios de cálculo y expresión escrita.
√ Enseñarle a identificar los gastos necesarios de los superfluos.
√ Enseñarle a llevar un control planificado de ingresos y gastos.

Evaluación:

√ El paciente hará correcto uso del dinero.

1. 4. HABILIDADES SOCIALES.

Definición:

√ Comprende una serie de actividades realizadas en grupo con la intención de fomentar la interacción entre los pacientes y dotar de estrategias para relacionarse con los demás, favoreciendo el desarrollo de actividades de tipo lúdico.

Objetivos:

√ Aumentar las relaciones interpersonales así como el desarrollo de la conciencia de individuo perteneciente a un grupo.
√ Adquirir estrategias personales que faciliten una buena interacción con los demás.
√ Expresión de sentimientos y fomento de la comunicación entre los pacientes y la comunidad.

Actividades:

√ Fomentar reuniones de grupo en las que se expresen sentimientos y experiencias
√ Realizar reuniones en las que se utilice la técnica de "Rol Playing ".
√ Realizar actividades lúdicas en grupo : películas de cine, prensa, etc.., con participación posterior.
√ Celebración de fiestas significativas : cumpleaños, santo, navidad...
√ Facilitar salidas culturales : exposiciones, visitas a instituciones públicas, actos culturales etc....
√ Potenciar la realización de excursiones y campamentos.

Evaluación:

√ Convivencia y respeto mutuo.
√ Grado saludable de socialización.

1. 5. ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Definición:

√ Conjunto de actividades que asemejan la vida cotidiana fuera del hospital y dotan al paciente de habilidades para desarrollarlas con autonomía.

Objetivos:

√ Adquirir capacidad y habilidad para satisfacer necesidades básicas en el ámbito doméstico.

Actividades:

√ Fomentar el aseo diario con supervisión.
√ Recordar la asistencia al taller de cocina.
√ Fomentar la participación en las tareas diarias de la unidad.

Evaluación:

√ Aprendizajes realizados.

2. APOYO SOCIO-AFECTIVO

En esta área tiene un papel muy importante la figura del " voluntario que sirve como conexión con la sociedad " Normalizada " y es algo diferente a la relación que establece con los profesionales de la institución, por lo tanto con la asistencia al club social tiene la posibilidad de obtener un contacto más similar al que pudiera tener fuera del Hospital, ello supone un apoyo socio-afectivo muy valioso. En todo caso, la relación terapéutica que establece el profesional de enfermería con el paciente es un apoyo fundamental para que se pueda desarrollar una rehabilitación eficaz. Igualmente, la enfermera / o es el elemento terapéutico que hace de nexo entre paciente - voluntario y paciente - familia. Otra fuente de apoyo es la familia con su aceptación de la enfermedad y el contacto continuo con el paciente.

3. ORIENTACION FAMILIAR

Por lo que respecta a la familia del paciente se establece desde el inicio una orientación, la cual pretende crear un clima de confianza entre

paciente- familia - profesional. Muchos de estos familiares manifiestan estar cansados de tener al paciente en su domicilio sin ningún tipo de apoyo en la comunidad, sin nada que hacer en todo el día y ningún tipo de información respecto a la enfermedad su tratamiento y el futuro que le espera al paciente. Una de las actividades fundamentales del proyecto es el asesoramiento de las asociaciones de familiares que pueden ayudarles así como de los lugares donde dirigirse para conseguir ayudas económicas. Igualmente se les da una información de los tratamientos llevados a cabo con los pacientes y el resultado que se espera obtener con ellos. Otra de las informaciones que se da a los familiares es el modo en que deben tratar al enfermo para obtener mejores relaciones entre los miembros que forman la familia, es decir se les enseña a convivir con la enfermedad lo mejor posible.

En los casos de altas producidas tras un periodo de entrenamiento en el que se lleva a cabo un programa de rehabilitación, se le garantiza a la familia y al propio enfermo que en caso de no poder llevar una vida normalizada fuera del Hospital, será readmitido en la unidad el tiempo que sea necesario, de este modo se reduce la angustia que puede producir el miedo al fracaso y se acepta como normal la posibilidad de sufrir alguna descompensación de la enfermedad, aunque no por este motivo es necesario que el paciente siga recluido en una institución el resto de su vida.

4. RECURSOS COMUNITARIOS

En la actualidad existen muy pocos recursos específicos para pacientes psicóticos. Las unidades de salud mental de atención primaria son insuficientes y serían necesarios centros de día, hogares protegidos, pisos tutelados, clubs psicosociales en la comunidad, etc... Excepto tres pisos protegidos, dentro de la comunidad y una escuela de rehabilitación dentro del hospital. El resto de recursos comunitarios son los generales para todos los ciudadanos. No existe además en la comunidad un plan de salud mental en pleno funcionamiento y la situación es muy deficitaria en este aspecto.

No obstante, los pacientes mayores de 65 años han podido utilizar como recurso las residencias geriátricas en las que se han adaptado

aceptablemente, no sin antes trabajar todas y cada una de las áreas que contiene el programa de rehabilitación. Los retrasos mentales se han derivado a los centros existentes en nuestra comunidad para tal efecto : Ciprés, Amadip, Asnimo, etc... y se ha intentado que siempre que fuera posible el paciente utilizase aquellos recursos que utilizaría cualquier ciudadano.

CONCLUSIÓN

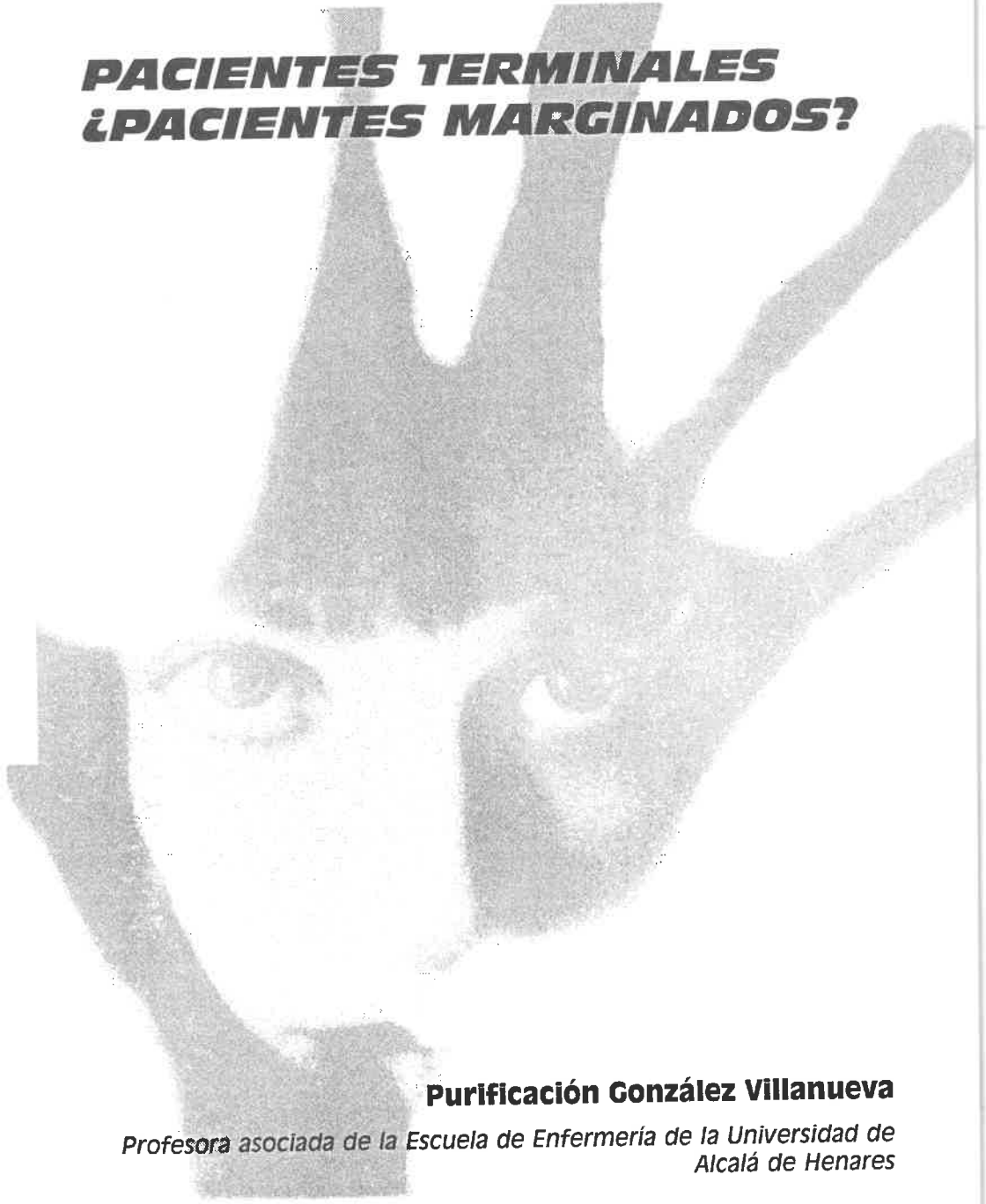
Tenemos la satisfacción de que gran parte de los que participaron en el programa están hoy en día viviendo fuera del hospital en unas condiciones satisfactorias. No podemos dejar de comentar que en la actualidad todavía el enfermo mental es rechazado por la sociedad y tratado como un marginado, quizás más que si se tratase de un paciente con una enfermedad crónica (diabético, asmático, etc...). Por todo ello, pensamos que debería realizarse otra campaña paralela a la rehabilitación, de concienciación de la comunidad en relación al enfermo mental y la lucha diaria para informar a toda la sociedad para que sea asumido como un paciente crónico, con una enfermedad de tipo crónico que podrá tener sus crisis pero que no por ello debe marginarse y encerrarse en los "manicomios ", sino que, puede mantenerse viviendo en la sociedad pero apoyado por unas estructuras intermedias que lleven a cabo programas eficaces para que el enfermo mental pueda ejercer su derecho a vivir en la comunidad como cualquier otra persona.

Aunque vivimos en una sociedad dura, individualista y competitiva la enfermedad mental no debería ser motivo de exclusión o marginación personal sino sólo un paréntesis capaz de abrirse en cualquier momento y tener cabida en el exterior. Para conseguirlo debemos asumir la enfermedad mental como una más de las enfermedades y entender que siempre que sea posible se debe mantener al paciente mental en la sociedad.

BIBLIOGRAFIA

1. "Rehabilitación integral del paciente mental crónico." Ed: Martinez Roca. Aut: Paul Liberman.
2. "Utilización de la terapia ambiental en rehabilitación psiquiátrica." Sergio Rebolledo. 1991.
3. "Enfermería Psiquiátrica, planes de cuidados." Ed: Interamericana. Aut.: Schultz, J.M.- Dark, S.L.
4. "Informes Técnicos de la Organización Mundial de la Salud"

PACIENTES TERMINALES ¿PACIENTES MARGINADOS?



Purificación González Villanueva

Profesora asociada de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Alcalá de Henares

La palabra **terminal** nos sugiere la idea de muerte y ésta lleva consigo un rechazo social importante. El malestar que experimentamos ante un enfermo terminal, proviene del hecho de que nos obliga a tomar conciencia de que un dia nosotros también tenemos que morir.

Como las personas con una enfermedad terminal se hallan próximos a la muerte, nos alejamos de ellos, por lo que con frecuencia, los pacientes terminales tienen sentimientos de abandono.

En la actualidad, a pesar de que en los últimos años ha aumentado considerablemente el número de personas que eligen morir en su domicilio, esta etapa de la vida se vive con bastante frecuencia en los hospitales, instituciones que están diseñadas y preparadas para ayudar a recuperar la salud, no para esperar la muerte. Así la persona hospitalizada, cuando entra en este proceso final, se le cuida para que se cure y no para que viva con las limitaciones y el tipo de vida que requiere, ocultándose en un gran porcentaje de casos la realidad y negándosele la oportunidad de ser él hasta el final.

Si es triste que deban morir las personas, más triste es que se vean obligados a vivir en el aislamiento, separados de los seres queridos y extraños a si mismos.

¿NO ES ESTA UNA SITUACION DE MARGINACION?

¿PORQUE SE SIENTEN MARGINADOS LOS PACIENTES TERMINALES?

Uno de los elementos importantes para poder afrontar la enfermedad, incluida la muerte, y **tomar decisiones es la información**. Estas personas no siempre tienen una información clara de la enfermedad, en parte, por el rechazo de la familia y también por la actitud de rechazo hacia la muerte que mantienen los profesionales de la salud.[1]

No debemos olvidar que el miedo a lo desconocido es infinitamente mayor que el miedo a la realidad y conviene tener en cuenta que la información disminuye la ansiedad y mejora la situación de control.[1]

En un estudio realizado por enfermeras en Barcelona en 1993, en relación a la información que actualmente se da sobre el diagnóstico de cáncer a los pacientes oncológicos, encontraron que a un 60% de las personas no se les comunica el diagnóstico de cáncer, observandose una tendencia muy elevada, 93% a comunicar este diagnóstico preferentemente a la familia.[2]

No son los cuidadores los que deben elegir qué información ofrecen al paciente, es el paciente el que decide qué información desea recibir y la solicita abiertamente o de fòrma más sutil, para lo cual, para que puedan reclamar esta información, hay que facilitar la comunicación.

El paciente puede solicitar toda la verdad y con lujo de detalles, solicitar parte de ella, no querer saber nada o negar la enfermedad hasta el final.[3]

Cuando la **INFORMACION** lleva consigo la posibilidad de **FEED-BACK o realimentación** se produce **LA COMUNICACION**. En este feed-back o realimentación, hay un intercambio de ideas, opiniones, temores, dudas, problemas, que llevan o que dan lugar al **CONOCIMIENTO DE UNA SITUACION** con sus ventajas y sus inconvenientes.

Como resultado llegamos a una situación en la que la persona puede llegar a **TOMAR DECISIONES**. La muerte es una experiencia única para cada persona, es el propio paciente el experto en este tema, y nadie mejor que él conoce sus necesidades en la fase terminal de su enfermedad.

Pero **¿que ocurre con frecuencia?**

La información por parte de los profesionales suele ser:

- Parcial
- Ambigua
- Misteriosa
- Dificil de entender
- En ocasiones a algunos nos parece TERRORISTA, es decir, tajante, sin alternativas, sin dejar lugar a la esperanza.

No siempre existe el feed-back porque el profesional no da lugar a ello, porque sus miedos son una barrera importante y uno no puede utilizar sus capacidades con habilidad si gasta sus energías en reprimir sus propios problemas.

Se produce una confusión, una falta de entendimiento, de comunicación; faltan muchos datos por aclarar, muchas dudas sin contestar y no resulta fácil para el paciente **TOMAR DECISIONES.**

Sin embargo los estudios nos dicen que a partir de los 10 años de edad cuando una persona tiene una enfermedad grave, suele ser consciente de ello aunque su familia y los profesionales se esfuercen en que no se entere.[(4)(5)]

Los adolescentes que están en situación terminal, cuando la muerte es inminente **¡saben que van a morir!** se les diga o no.[(6)] El paciente adulto en general, aunque se le quiera engañar, sabe cómo van las cosas. Otra cosa es que se espera de ellos que no pregunten, que no se enteren y en la mayoría de las ocasiones suelen responder a lo que se espera de ellos, aunque en el fondo todos tengamos la sensación de que realmente saben lo que les ocurre.[(1)]

En los estudios realizados por diversos autores concluyen que las personas necesitan **MAS COMUNICACION** acerca de lo que les pasa. El secreto y el misterio que se forja alrededor les crea ANSIEDAD, TRISTEZA, ANGUSTIA, SENTIMIENTOS DE SOLEDAD, IMPOTENCIA, AISLAMIENTO.[(1)(3)]

Muchos enfermos terminales reciben casi un tratamiento de «muertos» por el olvido al que se ven sometidos.[(7)]

FACTORES QUE CONDICIONAN ESTA SITUACION

1. TEMA TABU

La muerte es un tema TABU: no se toca, no se habla, no se nombra....[(7)] Esta es una actitud muy frecuente en nuestra sociedad y nos afecta a las enfermeras como elementos de la sociedad que somos.

Esto implica:

- Actitudes de huida
- Actitudes de evitación
- Actitudes de distanciamiento. Todas ellas dan lugar a no poder dar una respuesta adecuada a las necesidades del paciente y su familia.

2. HOSPITALES

A pesar de que en los últimos años ha aumentado considerablemente el número de personas que eligen morir en su domicilio; esta etapa de la vida se vive con bastante frecuencia en los hospitales.

Estos están dedicados a tratar procesos de enfermedad, ocupados en curar/cuidar a las personas, pero no está contemplado el proceso de morir.

La muerte se sigue considerando un «fracaso» en el proceso de curación/restablecimiento de la salud, que lleva a cabo el hospital y por lo tanto sus profesionales.

Algunos hospitales siguen manteniendo normas que ponen límites a la relación y la comunicación con la familia: padres, hermanos, hijos, nietos..., incluso en los últimos momentos de la vida de las personas.

EL PACIENTE Y SU FAMILIA NECESITAN INTIMIDAD, APOYO, PAÑUELOS Y PERMISO PARA LLORAR[1] y esto no siempre es posible en los hospitales.

3. PROFESIONALES

La formación de las enfermeras es un elemento importantísimo que implica un cambio de actitudes en cuanto al cuidado que requieren estas personas y sus familias.

Aunque se esta mejorando de forma ostensible en este sentido, hay un gran número de enfermeras que todavía sienten un gran rechazo hacia todo lo que signifique muerte.

La literatura sugiere que **la ansiedad hacia la muerte disminuye a medida que aumenta el nivel de formación de los profesionales**.

POSIBLES RESPUESTAS O ALTERNATIVAS

1/ Planteamiento de la muerte desde distintos ámbitos sociales: familia, escuela, formación a cualquier nivel: enseñanza primaria, secundaria, F.P., universidad... en definitiva dejar de ser un tema TABU.

2/ Fomentar, animar y apoyar que las personas puedan elegir el lugar donde quieren morir. Si la muerte tiene lugar en el hospital, tendremos que adoptar algunas medidas que sirvan para humanizar las circunstancias que la rodean, modificando conceptos en el funcionamiento del hospital de tal manera que pueda responder a sus necesidades y poder dejar de lado esta situación de **marginalidad.**

3/ Formación de las enfermeras:

Reflexionar sobre la muerte, desarrollar habilidades de comunicación con el paciente terminal y su familia, confortar, acompañar, orientar y ayudar al paciente y su familia a decidir el lugar donde morir requieren **FORMACION, FORMACION, FORMACION**.

** Formación pregrado. Hay escuelas de enfermería que ya han incluido en sus planes docentes el tema de «cuidados paliativos». Este es un paso importante que permitirá tratar las necesidades específicas de las personas en situación terminal y sus familias, de forma adecuada.

** Formación continuada. La atención al paciente en estado terminal y la aplicación de cuidados en el proceso de morir, son sin duda, uno de los aspectos más difíciles y complicados del trabajo de la enfermera; ésto implica una formación específica que deben recibir, sobre todo, los profesionales que trabajan en contacto con estas personas y sus familias.

** Formación postgrado. A pesar de que es un hecho novedoso el que haya profesionales especializados en el tratamiento de personas en situación terminal y también el que haya unidades de cuidados paliativos y que no todos los hospitales disponen actualmente de estos recursos. Sin embargo, todos nos encontramos con estas situaciones, por lo que es necesario que los expertos vayan ocupando el lugar que les corresponde en las instituciones.

Me gustaría terminar esta comunicación con un mensaje del libro « Historia de la Enfermería»:[8]

«ES IMPORTANTE SER CAPAZ DE PINTAR UN CUADRO O ESCULPIR UNA ESTATUA, Y ASI CONFERIR BELLEZA A UNOS POCOS OBJETOS. PERO MUCHO MAS GLORIOSO ES ESCULPIR Y PINTAR LA ATMOSFERA EN LA QUE TRABAJAMOS A FIN DE MEJORAR LA CALIDAD DEL DIA, QUE PUEDE SER EL ULTIMO DIA DE UNA PERSONA: ESTA ES LA MAS SUBLIME DE LAS ARTES.

HENRY DAVID THOREAU

BIBLIOGRAFIA

1. **Paciente terminal y muerte.**(1987). Doyma, S.A. Barcelona.
2. Rodriguez Moreno,MªA., Robledo de Dios, MªL.,Prado Laguna,MªC., (1993). **Información y Cáncer ¿ Cómo, cuándo, hasta donde?.** Enfermería cientifica nº 131:3-16.
3. López Martín,I. (1994). **Atención domiciliaria. Diagnósticos de Enfermería.** 1ª Edición. Interamericana McGraw-Hill. Madrid.
4. Waechter,E.H.(1971). **Children's awareness of faltal illness.** Amer.J.Nurs.71.nº6:1168-72.
5. Spinetta,J., Rigler,D.,& Karon,M. (1973). **Anxiety in the dying child.** Pediatrics. 52.nº6:841-845.
6. Papadatou,D. (1988). **Adolescents dying from cancer.** Acta Oncolog.27. Fasc 6b: 837-39.
7. Allué Martinez,M. (1993). **La antropología de la muerte.** Rev. Rol Enf. Nº179-180. Julio-agosto: 33-39.
8. Patricia Donahue M. **Historia de la Enfermería.** Doyma. 1985.

RECURSOS DE ENFERMERÍA EN LA INTEGRACIÓN COMUNITARIA DEL DISCAPACITADO PSÍQUICO

Catalina Fernández Massanet
Enfermera de la Unidad de Agudos

Miguel Angel Rubio García
Enfermero de la Unidad de Larga Estancia
Coordinador del Grupo de Voluntarios

Hospital Psiquiátrico
Palma de Mallorca

INTRODUCCIÓN

Uno de los grupos más afectados por la marginación es, sin ningún tipo de dudas, el formado por aquellas personas que por su enfermedad son rechazadas por la Sociedad. Este grupo marginado es el de los Discapacitado Psíquicos (DP), que debido a la pérdida de unas capacidades, a las que denominamos **patrones funcionales de conducta**, le impiden realizar una vida comunitaria con total normalidad, pero no significando por ello un total aislamiento de la misma. El DP, por su patología y sus alteraciones funcionales, rompe con todas las normas de convivencia establecidas por la Sociedad. Ésta, incapaz de mantenerlo dentro de los límites permisibles de sociabilidad y relación, y en un intento de solucionar sus propios errores, crea unos mecanismos faltos de recursos tanto humanos como económicos que, a medio-largo plazo, facilitan aún más que este grupo de personas entren a formar parte de esa otra Sociedad apartada y a veces temida como es el grupo de los Marginados.

El proceso que sufre el DP desde su primer brote, hasta su definitiva institucionalización, pasa generalmente por una ruptura de su ambiente laboral, ya que la alteración de algunos patrones funcionales le impiden realizar eficazmente su trabajo. La falta de constancia y asistencia, la falta de concentración en lo que hace, su estado confuso, su mal aspecto físico, etc; favorecen la ruptura con su mundo laboral, teniendo que ser amparado por su entorno familiar que intenta mantenerlo dentro de su seno, pero el acúmulo de circunstancias que sus alteraciones funcionales provocan: está agresivo, no duerme ni deja dormir, no cuida de su higiene, habla solo, ve gente, oye voces, etc; producen una ruptura en la relación, en muchos casos total, con la familia, quién por otro lado sufre a su vez un estado de angustia y de aislamiento, ya que el cuidado de este familiar les produce una desvinculación

con el resto de la Sociedad, debido a la mala aceptación de la enfermedad mental por ellos mismos y por el entorno social, proporcionándoles un marco perfecto de aislamiento social y en consecuencia son también víctimas de la marginación; pierden amistades, están en constante vigilancia, pierden horas de trabajo, etc.

Como vemos la Marginación de un DP es fácil ya no solo desde el ámbito socio-laboral sino en ocasiones desde la propia familia.

Pero no todos formamos parte de ese proceso, ni estamos de acuerdo con él, ya que desde las diferentes áreas profesionales; sean Centros de Salud Mental, Unidades de Agudos o Unidades de Larga Estancia (crónicos), los profesionales de Enfermería trabajamos para que el rol de Enfermería forme parte activa en la Integración Comunitaria del DP, y en definitiva marquemos unas bases sólidas de la Enfermería Integral en el campo de la Salud Mental. El papel de Enfermería, dentro de las diferentes Unidades Psiquiátricas, no se tiene que limitar a la simple administración de inyectables o a la toma de constantes; seria pobre y nos dejaría vacíos; sino que debe ser parte activa dentro de los equipos multidisciplinarios de atención continua al DP, ya que por otra parte en muchos casos somos el único punto de unión que este tiene con la Comunidad. También al ser el DP una fuente deficitaria de patrones funcionales de conducta, que necesitan una rehabilitación, la Enfermería Integral ha de ser capaz de dar respuestas e intentar solucionar en lo posible, ya no solo a nivel técnico sino a nivel humano, utilizando todos aquellos recursos que en definitiva son herramientas que nos ayudan a rehabilitar una serie de discapacidades que favorecen la Marginación.

En base a esta realidad el objetivo del presente trabajo se centró en el proceso de creación, formación, coordinación y seguimiento de un **Grupo de Voluntariado específico en Salud Mental**, por profesionales de Enfermería del Hospital Psiquiátrico de Palma de Mallorca y a su vez Coordinadores del Centro Social para la integración de Discapacitados Psíquicos.

METODOLOGÍA

La metodología, en la creación de un grupo de Voluntariado que nos sirviera de herramienta en la labor rehabilitadora del DP, se basó en

los resultados de un estudio previo realizado (1), de acuerdo a un plan de trabajo que constaba de los siguientes puntos:

1°. Recopilación de datos acerca del Voluntariado en Salud Mental, su aportación y su repercusión en la Sociedad.
2°. Valoración de los riesgos en la utilización de este recurso.
3°. Captación y selección del Voluntario. Seguimiento y coordinación.
4°. Formación del Voluntario.
5°. Marco de acción del Voluntario.

1º. Recopilación de datos sobre el Voluntario en Salud Mental.

Pocos fueron los datos que se pudieron recopilar ya que existe muy poca documentación al respecto y los que hay no son desde la base del voluntariado específico en Salud Mental. Los primeros datos que se han podido recoger datan de la Guerra Civil, en la que las Comunidades de Religiosas abarcaban la asistencia sanitaria, siendo el área de la psiquiatría y debido a las secuelas psicológicas que una guerra deja, las encargadas de asumir la ayuda humanitaria de esas personas afectadas con algún tipo de enfermedad mental, y siempre desde un matiz religioso de amor y servicio al prójimo. Tan solo, y a partir de los años 90, el voluntariado en Salud Mental ha estado presente en un par de comunidades teniendo diferente aceptación en los diferentes centros donde realizaba su labor.

Por ello ha sido dificil valorar que repercusión tendría, ya no solo a nivel social, sino dentro de la propia Institución y la aceptación que este recurso tendría por parte del resto de profesionales, ya que el desconocimiento de lo que es un voluntario dentro de su práctica, su labor, la propia complejidad de la patología mental, podía dificultad la intervención del voluntariado. Por otra parte, al ser éste un recurso prácticamente nuevo y carecerse de una base experimentada sobre la que fundamentar su actuación en el campo de la Salud Mental, hacía más dificil aún elaborar un plan de acción . Por ello, y como punto en que basar dichas actuaciones, se tomó como referencia la definición de Voluntario de Caritas y Tavazza.

« Es todo aquel, que además de sus propios deberes profesionales y de su status, dedica parte de su tiempo, de manera continua y desinteresada, a actividades, no en favor de si mismo ni de sus asociados, sino en favor de los demás o de intereses sociales colectivos, según un proyecto que no se agota en la intervención misma, sino que tiende a erradicar o modificar las causas de la necesidad y la marginación social«

(Caritas y Tavazza)

2º. Valoración de riesgos.

Se evaluaron los siguientes riesgos más importantes en la utilización de voluntarios como grupo de apoyo en la labor integradora:

- Que pudiera ser violado el derecho de integridad de las personas ingresadas.
- Que pudiera vioalarse el secreto profesional respecto a la Institución y a las personas que perteneciesen a ella.
- Que otros grupos de profesionales viesen amenazado su puesto de trabajo al creerse al voluntario mano de obra barata.
- Que el voluntario viese un acceso a un puesto de trabajo seguro.
- La aceptación por parte del propio DP.

Después de evaluar todos estos puntos se llego a la conclusión que mediante una buena selección del voluntario, una formación continuada del mismo, y de otros grupos de profesionales, así como un acercamiento del voluntario al DP, se lograría disminuir parte de los riesgos mencionados anteriormente.

3º. Captación, selección, seguimiento y coordinación.

Para la captación se optó por la publicación de anuncios en medios de comunicación escrita, así como la exposición de un cartel en la Universidad solicitando voluntarios para trabajar con DP.

Tras una entrevista personalizada, a cargo del coordinador del grupo de voluntarios, donde se recopilaban datos sobre el candidato y se daba una información más amplia sobre las actividades a realizar, se elaboró un catálogo, no para etiquetar a nadie, simplemente para establecer

una relación entre la necesidad que tiene el voluntario y su contribución. Estos grupos fueron:

- Personas que padecían o han padecido algún tipo de enfermedad psiquiátrica.
- Personas que tienen familiar o amigo íntimo que padece o ha padecido algún tipo de enfermedad psiquiátrica.
- Personas relacionadas o que se han de relacionar con servicios de Salud Mental.
- Personas que han pertenecido a otros grupos de voluntariado.
- Curiosos.

Tras la selección final se distribuyeron a los voluntarios en las diferentes actividades, presentándoles a los responsables de las áreas de acción para su posterior seguimiento, dando un periodo de prueba o adaptación de un mes, finalizado éste, y si el resultado era positivo, iniciaría su labor como Voluntario durante el tiempo mínimo de 6 meses, con una dedicación no menor a 2 h. semanales ni superior a 6 h. por semana, para evitar un exceso de compromiso y un desgaste de esfuerzos y recursos.

4º. Formación del Voluntario.

Se realizó un cursillo de formación del voluntario, en el que se aportaba información de la enfermedad mental, transtornos, tratamientos, aspectos legales, y lo que es en sí un voluntario, así como sus problemas, sus deberes y sus derechos. Este curso fue impartido por profesionales en Salud Mental, con la colaboración de ADIPE, asociación de familiares de personas esquizofrénicas, en el que aparte de los voluntarios ya existentes, asistieron nuevos posibles voluntarios. También se realizan sesiones clínicas quincenales donde se informa sobre algunos de los pacientes, funcionamiento de la Institución, etc.

5º. Marco de acción del voluntariado.

Las actuaciones del Voluntariado se englobaron en las actividades que se realizarían en el Club Social, siendo éste una Asociación sin ánimo de lucro, creada en el Hospital Psiquiátrico, con el fin de realizar actividades de carácter cultural, deportivas y lúdicas de diversión y entreteni-

miento, siempre desde el interés y la iniciativa de los propios pacientes y con participación de los mismos, siendo su principal objetivo el de ser un elemento rehabilitador y socio-terapéutico.

La población a la que iba dirigida este recurso se cifró en unos 225 DP, distribuidos en 7 Unidades de Larga Estancia, así como a un número sin determinar de DP de las Unidades de Agudos.

RESULTADOS

Mediante la utilización de este recurso dentro de la actuación de Enfermería, se consiguieron los siguientes objetivos específicos:

- Aumentar las relaciones sociales entre los pacientes.
- Favorecer la comunicación entre los pacientes y la Comunidad.
- Aumento de la actividad y motivación a integrarse en actividades grupales.
- Potenciar el desarrollo de actividades que contribuyesen a la rehabilitación y reinserción social del DP.

Este grupo de Voluntariado sigue desempeñando su actividad en el Hospital Psiquiátrico, siendo un número aproximado de 20, en edades comprendidas entre los 19 y 45 años, abarcando a una población de 225 pacientes, realizando en su mayoría alguna actividad en él. Durante los dos años y medio de funcionamiento se han realizado diversas actividades que abarcan desde un aula de alfabetización, talleres de manualidades, clases de cocina, Baile de Salón, Ball de bot, costura y ganchillo, sesiones de cine, teatro, juegos y entretenimientos, así como múltiples salidas, excursiones, acampadas y las colonias de verano de cinco días de duración con 80 DP, sin olvidar las visitas de tipo cultural a los Servicios de la Comunidad (Bomberos, Ayuntamiento, etc.)

CONCLUSIONES

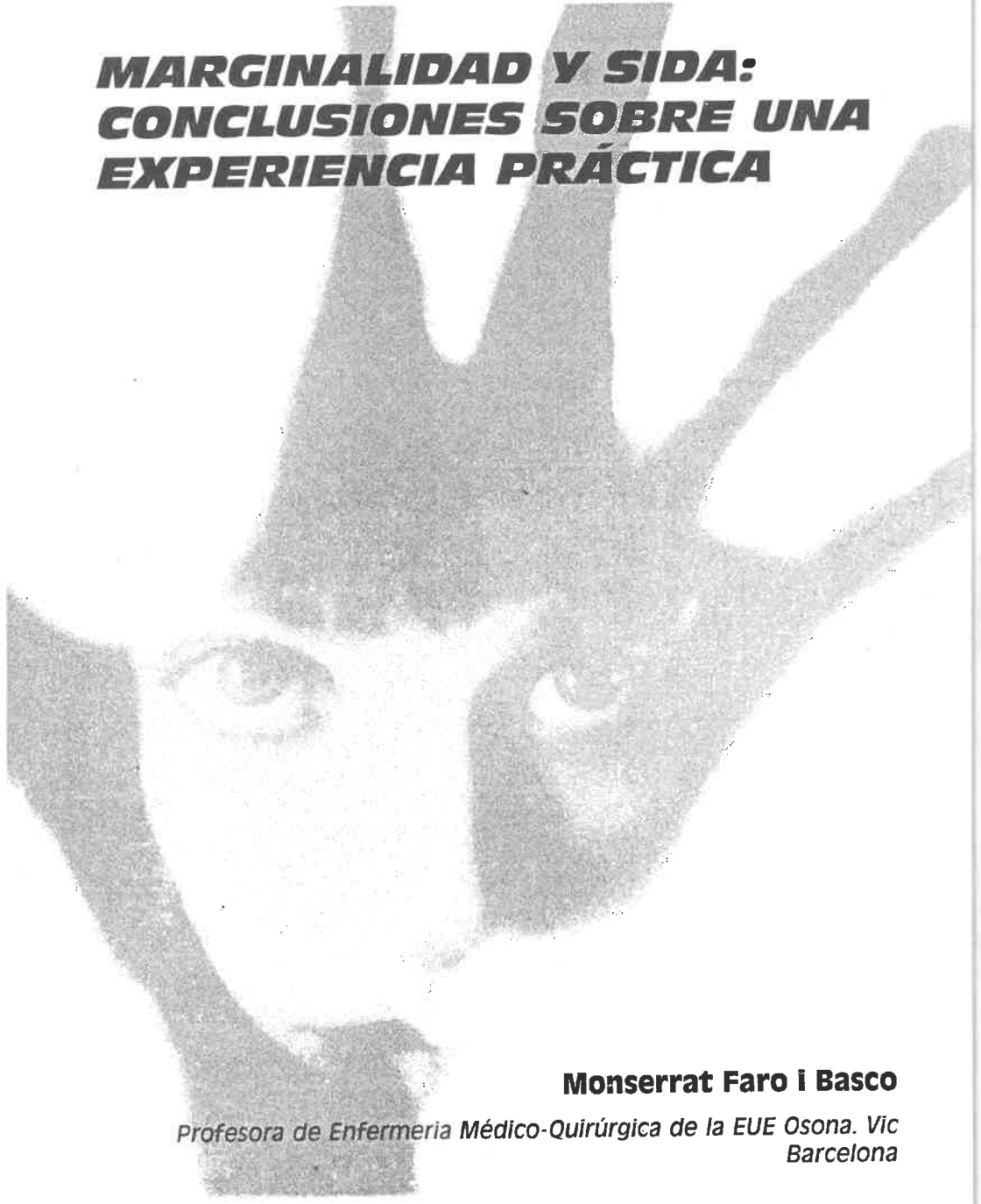
Los resultados demuestran la necesidad de introducir nuevos recursos dentro de las funciones de Enfermería, en este caso la creación, formación y planificación de un Grupo de Voluntariado en Salud Mental,

como herramienta para potenciar la relación y en consecuencia favorecer la integración comunitaria. Así como la necesidad por parte de Enfermería de potenciar nuestra profesión dando respuestas mas allá del ámbito propiamente técnico, sino en la búsqueda de soluciones que nos lleven a una Enfermería socio-rehabilitadora e Integral en el Campo de la Salud Mental y en la lucha contra la Marginación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Estudio realizado por el ATS Coordinador del grupo de Voluntarios del Hospital psiquiatrico de Palma de Mallorca D.Miguel Angel Rubio Garcia en 1993 para el Club Social AMICS
2. Cuadernos del Voluntariado. El trabajo de los voluntarios en el campo de la Salud mental (Por Kina Averbury)
3. Experiència de treball comunitari amb voluntariat (Por Inma Noguera (Asistenta Social del Ayuntamiento de Barcelona)
4. El voluntariado Asistencial al paciente Todo Hospital/62.Diciembre 1989 (Por Francisco Sola. Hermano de San Juan de Dios. Delegado Diocesano. Pastoral de la Salud. Barcelona)
5. El Voluntariado social en Salud Mental (Colectivo de Trabajadores Sociales de San Juan de Dios Servicios de Salud Mental.Barcelona)

MARGINALIDAD Y SIDA: CONCLUSIONES SOBRE UNA EXPERIENCIA PRÁCTICA



Monserrat Faro i Basco

Profesora de Enfermeria Médico-Quirúrgica de la EUE Osona. Vic Barcelona

A lo largo de la historia de la humanidad, diferentes enfermedades infecciosas han provocado situaciones de discriminación. La lepra, la sífilis, son ejemplo de ello, como también lo es hoy en día el SIDA, enfermedad que provoca reacciones de rechazo social marginando a los que la padecen. Partiendo de esta premisa, inicié un trabajo de observación sobre la desestructuración de las relaciones sociales del enfermo en fase terminal de SIDA.

El estudio se planteó con la finalidad de establecer hipótesis tentativas que permitieran abrir líneas de investigación en relación a la marginación del enfermo de SIDA.

La recogida de información se realizó utilizando la técnica de observación, en una población de 23 enfermos terminales de SIDA de un centro socio-sanitario de Catalunya, durante 9 meses (Octubre 1993-Junio 1994). En la observación se elaboraron unas fichas de campo que contenían las siguientes variables: sexo, edad, situación familiar, visitas, relación con otros enfermos, fuente de infección del VIH, conciencia de la enfermedad, tiempo de ingreso en la unidad, grado de dependencia del enfermo.

Las relaciones establecidas entre las distintas variables condujeron a las siguientes conclusiones:

- Hay más hombres internados que mujeres.
- La mayoría de los internos son muy jóvenes.
- Los internos tienden a tener problemas de comunicación entre ellos, que disminuyen cuando un nuevo elemento introduce dinamización.
- Son pocos los internos que no reciben visitas de la familia.

- Los internos no reciben visitas de amigos.
- Los internos no hablan de su enfermedad.
- Muchos internos se quejan de aburrimiento.

A partir de estas conclusiones elaboré ocho hipótesis tentativas:

1 En Catalunya el SIDA afecta más al sexo masculino que al femenino:

En América del Norte y en Europa, la enfermedad afecta principalmente a hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres (56%) y a los UDVP (Usuarios de Drogas por Vía Parenteral) que comparten agujas y jeringas contaminadas (21%), aunque también se observa una clara progresión de la enfermedad hacia otros grupos de la población, sobre todo los heterosexuales.

En Catalunya la forma de transmisión del VIH que domina es la vía sanguínea en los UDVP que comparten jeringas y agujas contaminadas. En relación al sexo representa una proporción de 10 hombres por cada 2,5 mujeres (relación 10:2,5). Este hecho explicaría el que en la unidad de enfermos terminales de SIDA del centro socio-sanitario referido haya más hombres internados que mujeres.

Quisiera insistir, pero, en que la relación Hombre:Mujer, depende del área geográfica de la que se habla pues a diferencia de lo que sucede en Europa y América del Norte, la transmisión heterosexual representa la forma de transmisión dominante en Africa, donde el numero de hombres y mujeres afectadas por el SIDA es prácticamente del 50% (relación 1:1).

2. El SIDA es una enfermedad que afecta a gente joven.

La media de edad de los internos referidos en el trabajo es de 36 años. La media de edad de las personas afectadas por la enfermedad en Europa es de 37 años. Antes de los 20 años y después de los 60 son muy pocas las personas afectadas por la enfermedad.

Si tenemos presente que en Catalunya la vía de transmisión del VIH dominante es la vía sanguínea en los UDVP que comparten jeringas y agujas contaminadas, que la edad en que uno empieza a ser UDVP es la

de 16-18 años, y que las primeras manifestaciones clínicas de la enfermedad aparecen en la mayoría después de los 7-10 años de haberse producido la infección, se entiende que sea una enfermedad que afecta a una población joven.

En este momento, la primera causa de muerte en Europa entre los jóvenes de 26 a 37 años es el SIDA por delante de los accidentes de tráfico.

3. Los enfermos de SIDA tienden a tener problemas de comunicación entre ellos, que se rompen cuando un elemento nuevo introduce dinamización.

Uno de los órganos que se encuentra más afectado en los enfermos con SIDA avanzado o terminal es el cerebro.

Una de las causas de esta afectación es el protozoo Toxoplasma Gondii que el sistema inmunitario es incapaz de controlar. Este microorganismo provoca una encefalitis crónica que se manifiesta con cefaleas, confusión, vértigo, convulsiones y obnubilación.

Otra causa de afectación cerebral es el hongo Cryptococus neoformans que provoca meningitis y se manifiesta lenta y progresivamente en forma de cefaleas, ligera pirexia y visión borrosa como signos más frecuentes.

Estas son causas de deterioro de la capacidad intelectual y de alerta en el individuo que evidentemente dificultan la comunicación de estos pacientes.

A pesar de ello, la intervención de un elemento dinamizador estimula y motiva a romper con la rutina del centro, provocando un clima de relación que les ayuda a soportar mejor su situación, sin pretender que sea un espacio de tertulias y creatividad parecido a un esplai.

4. La familia, tradicional o no, constituye la base del sistema de soporte natural en los enfermos de SIDA.

Estar vinculado a otras personas es uno de los aspectos más importantes de la experiencia humana. Las relaciones que uno establece con los demás constituyen el sistema social del ser humano. Estas rela-

ciones permiten alcanzar o mantener un elevado grado de funcionamiento individual y de satisfacción personal (autoimagen, pertenencia a un grupo, fuentes de afecto,...).

Ante una situación de enfermedad la persona dispone de una serie de recursos personales (personalidad propia, aprendizaje de la experiencia,...) y de otros de tipo externo, que son los sistemas de soporte social. Los enfermos de SIDA del centro socio-sanitario referido disponen del sistema de soporte social natural parental. A excepción de uno, todos reciben visitas de los padres, hermanos y algunos de sus hijos. He de destacar que cuando un enfermo dispone de pareja, ésta no aparece nunca por el centro, no hay ninguna relación con ella.

Las personas significativas de la familia ayudan al enfermo a utilizar sus propias fuerzas para afrontar lo mejor posible la situación.

En los enfermos terminales de SIDA, como en otras enfermedades de carácter crónico, este sistema natural de soporte no es suficiente, haciendo necesaria la existencia de personas que les ayuden a cubrir aquellas necesidades que ni ellos, ni con la ayuda de los familiares son capaces de cubrir porque no tienen acceso a determinados tipos de recursos que por otro lado les son necesarios (atenciones médicas, cuidados de enfermería, tramitación de pensiones, soporte psicológico, _).

5. Los enfermos de SIDA no disponen del sistema de soporte natural no parental.

La mayoría de internos del centro no reciben visitas de amigos, es decir no disponen del sistema de soporte social natural, no parental.

Puede que sea una defensa del entorno al miedo que esta enfermedad despierta, miedo "injustificado" al contagio, que provoca el aislamiento social de quienes la padecen.

La tendencia de los amigos es la de apartarse y abandonar a estos enfermos por este miedo "injustificado" que no tendría razón de ser si la población estuviera bien informada y educada en lo que se refiere a mecanismos de transmisión y contagio de la enfermedad.

No tengo suficientes elementos (información) para decir si la fuente de infección influye en las relaciones del paciente con el entorno. Aparentemen-

te parece que cuando la fuente de infección ha sido el ser UDVP sí podría influir por la desestructuración de las relaciones de estas personas que la misma adición comporta. Cuando la fuente de infección ha sido la vía sexual por homosexualidad se me hace difícil encontrarle una explicación.

6. Los enfermos de SIDA ingresados en un centro asistencial se aburren.

Los internos se quejan de aburrimiento.

La misma enfermedad provoca como ya he explicado en la hipótesis 3 una apatía en el enfermo de SIDA. Ellos manifiestan aburrimiento, pero cuando les propones alguna actividad, a nadie le apetece. No se trata de hacer grandes cosas, solo se trata de estar. Hablar de ellos mismos les ayuda a conocerse. Hablar de hechos de actualidad les hace sentir al día, les hace saber que aun viven el presente. Saber que pueden hablar con alguien les ayuda a confiar en ellos mismos.

El centro dispone de una animadora que organiza actividades como talleres de flores secas, de pintura, campeonatos de parchís, `El índice de participación de los internos en estas actividades es prácticamente nulo.

Pienso que es debido a que son actividades que no responden a las necesidades de estos pacientes por las habilidades de movimiento, coordinación y concentración que requieren, y por la edad de los mismos. Podrían ser más interesantes, pienso, actividades relacionadas con la música y el cine como ejemplo. Seria interesante hacer un estudio de las preferencias de actividades de ocio de los internos.

Son enfermos a los que es dificil de llegar, pero puedo decir que el solo hecho de estar allí creó un clima distendido y más de relación de grupo que no había al principio de mi estancia con ellos. Cabe decir también que ingresó en el centro una chica enferma de SIDA que dinamizó a algunos miembros del grupo.

7. Los enfermos de SIDA no hablan de su enfermedad, o bien no la llaman por su nombre.

Son pocos los internos que en alguna ocasión han hablado de su enfermedad (4) y de estos la mitad no la han nombrado nunca por su nombre.

Cuando una persona se sabe infectada por el VIH presenta un shock psicológico importante pues sabe que esto le representará un cambio radical en su vida.

Seguramente, en un plazo de tiempo más o menos corto, pasará a depender de otros para cumplir con las actividades de la vida diaria más comunes. Este hecho hace que algunas personas afectadas rehagan los vínculos familiares que se habían roto a causa de su forma de vida, y representa también para algunos la pérdida del puesto de trabajo con las consiguientes dificultades económicas que este hecho comporta.

Acostumbra a aparecer también una reacción de miedo en el entorno de estas personas que muchas veces significa la marginación del afectado desde el momento en que se conoce que es portador del VIH. Esta reacción es humanamente comprensible, pero poco racional pues lo que provoca es que la persona afectada intente esconder su condición de infectado, postura igualmente comprensible a nivel humano. Una actitud solidaria, de afecto, comprensión y ayuda hacia los enfermos de SIDA serviría seguramente para que las personas infectadas adoptasen las medidas necesarias para la prevención de la infección, disminuyendo así el riesgo de contagio.

Una actitud solidaria nos protege más que una actitud de rechazo. El catedrático de Psicología de la UAB dijo en una ocasión: "La solidaridad y la generosidad siempre dan mejores frutos que el miedo y la intolerancia".

Otra posible explicación a este silencio sobre la enfermedad podría ser la ignorancia, el desconocimiento.

Aunque los responsables sanitarios dan la información necesaria al enfermo y la familia para evitar la continuidad de la cadena epidemiológica, hay pacientes que por su nivel cultural es dificil que sean capaces de entender lo que significa tener el SIDA o estar infectado por el VIH.

8. La frecuencia de las visitas a los enfermos de SIDA es baja.

La condición de enfermedad crónica provoca habitualmente cansancio en aquellas personas más cercanas al enfermo y puede hacer que la frecuencia de las visitas disminuya. Cabe decir que el centro socio-

sanitario donde he realizado el estudio está lejos del núcleo urbano de la población (a unos 3 Km) y no hay transporte público hasta él. Por lo tanto se ha de disponer de vehículo propio para llegar hasta el centro.

Si a este problema le añadimos el de que normalmente los familiares que visitan al enfermo son los padres y que estos tienen ya una edad avanzada y algunos de ellos sin medios económicos para disponer de vehículo propio, podemos dar una explicación a la baja frecuencia de las visitas y a que éstas se concentren principalmente en los fines de semana pues es cuando los más jovenes (hijos, hermanos) tienen fiesta del trabajo y pueden acompañar a los padres a ver a su hijo/a.

También he de añadir que el área de influencia de este centro es toda Catalunya y por lo tanto el factor distancia también se ha de tener en cuenta.

Una vez dadas las explicaciones a cada una de las hipótesis planteadas, seleccioné tres de ellas como susceptibles de poner a prueba para dar respuesta a la marginalidad de los enfermos de SIDA y sobre ellas se está trabajando.

Las hipótesis seleccionadas son:

A- Los enfermos de SIDA no hablan de su enfermedad, o bien no la llaman por su nombre.

B- Los enfermos de SIDA no disponen del sistema de soporte natural no parental.

C- Los enfermos de SIDA tienden a tener problemas de comunicación entre ellos, que se rompen cuando un elemento nuevo introduce dinamización.

PREVENCION DE PROBLEMAS DE SALUD EN ZONAS MARGINALES: ROL DE LA ENFERMERA PSIQUIÁTRICA

Ponsell, E.
Prof. Enfermería. UIB

Arbos, J.
Enfermera pediátrica. C.A.P. "Escola Graduada"

Fornes, J.
Prof. Enfermería. UIB

Palma de Mallorca

INTRODUCCIÓN

La alimentación durante el primer año de vida es un factor fundamental en el desarrollo individual. Es importante para preservar la salud a lo largo de la vida entera, pero tiene un especial protagonismo durante las fases de crecimiento rápido de la primera infancia.

Durante esta etapa, el proceso de alimentación no se limita a un suministro de nutrientes, sino que abarca los aspectos afectivos, educadores y socializadores de la interacción entre el niño y la persona que lo cuida (Díaz, 1994a). En un contexto de marginalidad social, difícilmente se pueden dar las condiciones necesarias para que dicha interacción se desarrolle con la intensidad y el equilibrio que el crecimiento saludable requiere.

Debido a la íntima asociación entre estado nutricional y nivel de ingresos económicos, en todas las sociedades, los niños de riesgo nutricional son proporcionalmente más numerosos en los estratos sociales y económicos más bajos de la población. Igualmente, son los que suelen disponer de viviendas en peores condiciones, presentan riesgos más elevados de infecciones, bajo nivel educativo y patrones anticuados de cuidados asistenciales (Cravioto y Cravioto, 1990). La alimentación implica una serie de actos que en su mayor parte conforman un hábito adquirido, el cual resulta de un proceso de aprendizaje en la infancia. Se pueden distinguir tres etapas según el tipo de alimento que se ingiere y el grado de maduración psicomotriz del niño (Díaz 1994b): la primera etapa, de ingestión, es exclusivamente láctea, una segunda etapa, de los cuatro a los seis meses, se caracteriza por una serie de cambios madurativos y evolutivos que por un lado condicionan la necesidad de una alimentación diferente y diversificada, y por otro lado la hacen posible. En la tercera y última etapa o período de transición, se introducen

todos los alimentos fundamentales y el niño ya es capaz de alimentarse por sí mismo.

Las características metabólicas y fisiológicas del sistema digestivo del recién nacido y lactante hacen que durante estos períodos la alimentación sea diferente. En esta etapa de la vida encontramos una serie de cambios no sólo a nivel enzimático y digestivo, sino también neurológico. Esta maduración neurológica será precisamente la que nos indicará el momento adecuado para introducir otro tipo de alimentos.

Los alimentos fundamentales (BEIKOST) que deberán ir introduciéndose durante el período de transición son:

- Harinas. (cereales).
- Frutas en forme de papillas.
- Verduras, legumbres y hortalizas.
- Carne y pescado.
- Leche de vaca.
- Galletas y dulces.
- Huevos.

A los seis meses el BEIKOST debe proporcionar más del 50% de la energía que necesita el niño. Esto es deseable hacerlo respetando los hábitos socio-culturales y económicos en el patrón de alimentación. Dicho respeto no debería generar conflictos, puesto que no es absolutamente necesario especificar el tipo de BEIKOST a introducir en primer lugar (cereales, frutas y verduras), aunque sí es fundamental que los alimentos con más capacidad alergénica (huevos, pescados, leche de vaca) se introduzcan los últimos (Cavia et al., 1995).

El aprendizaje del hábito alimenticio durante el proceso de crecimiento del niño se produce en el seno de la interacción con los adultos que lo rodean, por lo que inevitablemente se ve afectado por múltiples factores educativos, económicos, culturales e históricos y no puede ser aislado de los hábitos alimenticios y estatus sociocultural del conjunto de la población. La coherencia entre dichos factores determinará el estado nutricional o su defecto tanto en el niño como en el futuro adulto.

En la adquisición del hábito alimenticio, una interacción de circunstancias nutricionales y socioculturales desfavorables, determina casi

inevitablemente un estado de malnutrición; empezando lo que se denomina efecto espiral:

1. Ambiente social deteriorado .
2. Elevada tasa de infecciones
3. Falta de conciencia de la importancia de la estimulación para el desarrollo de las funciones intelectuales.

Todos estos factores pueden condicionar la introducción adecuada de cada uno de los alimentos fundamentales (BEIKOST). No obstante, en muchas ocasiones dicha introducción se efectúa de forma precoz, especialmente en niños que reciben alimentación mixta, pudiendo derivar de ello la aparición de diversas patologías.

Las desventajas más importantes de esta introducción temprana del BEIKOST según la ESPGAN (1981), son las siguientes:

1. Interferencia con la lactancia materna.
2. Sobrecarga renal de solutos e hiperosmolaridad plasmática, debido a que muchos alimentos sólidos son de producción casera, tienen altas concentraciones de cloruro sódico, por lo que existe mayor propensión a la deshidratación hiperosmolar.
3. Aumento de sed por la carga hiperosmolar.
4. Incrementa la incidencia de alergia alimentaria.

Además, algunas observaciones epidemiológicas (Cavia et al., 1995) sugieren que un consumo elevado de sal en edades tempranas de la vida, puede ir asociado a un posterior desarrollo de hipertensión arterial en el adulto.

También hay que destacar que alimentos potencialmente peligrosos del BEIKOST, como la sacarosa, pueden ser causa de caries dental. Igualmente, la concentración de nitratos de vegetales, puede ocasionar metahemoglobinemia en niños menores de tres o cuatro meses.

La leche de vaca es también un alimento definido como poco recomendable antes del primer año de vida, ya que su introducción precoz conduce a la anemia ferropénica, detectable ya a los 6 meses de vida. (Cavía et al., l995; Valls, 1987).

Todos los factores anteriormente descritos, están presentes aunque con distinta intensidad, en situaciones de marginalidad social e impiden el desarrollo integral del niño; siendo precisamente una de las áreas más afectadas la nutrición Las consecuencias de una malnutrición han sido a su vez consideradas como una de las causas más prevalentes de la disfunción inmunitaria adquirida en el hombre (Enwonwu, 1995).

Los datos obtenidos de la revisión bibliográfica y nuestra experiencia profesional han llevado a la formulación del objetivo del presente trabajo, el cual pretende demostrar que la intervención precoz de enfermería, sujeto proveedor y dinamizador de salud, puede prevenir alguna de las consecuencias de la marginalidad, como una nutrición mal reglada, déficit de vacunaciones, no realización de pruebas de detección de enfermedades metabólicas, y otros factores asociados.

METODOLOGIA

El trabajo es un estudio retrospectivo desarrollado en un área de Palma de Mallorca que abarca dos zonas muy bien delimitadas por el Ayuntamiento de la Ciudad y Servicios Sociales. Dichas zonas se denominan: "Ciutat Antiga" y "Zona Normalizada" (esta última con un alto nivel de renta per capita).

La primera de ellas, está encuadrada en un importantísimo marco marginal, abarca 75 calles y está caracterizada por viviendas antiguas, muchas de ellas en estado ruinoso, alto nivel de hacinamiento, degradación ambiental y social con tráfico de drogas, prostitución y concentración de minorías étnicas marginadas. Las características de los habitantes que ocupan dichas viviendas son muy similares, al igual que las características de habitat; careciendo en ambas situaciones de los recursos básicos para poder llevar a cabo unas medidas mínimas de higiene. Todas estas características son propias de las denominadas zonas cuarto mundo (Arbós, 1995).

En el año 1992 el Ayuntamiento de Palma a través del Diagnóstico de salud de la ciudad, define Ciutat Antiga como "zona heterogénea con los peores indicadores socio económicos, aumento de mortalidad infantil, adición a las drogas por vía parenteral y morbimortalidad más alto de dicha ciudad" (Ayuntamiento Palma 1992).

La información para dar respuesta al objetivo del estudio se ha obtenido de las historias clínicas y fichas de enfermería del Centro de Atención Primaria "Escola Graduada".

El período elegido para llevar a cabo el trabajo oscila entre inicio del año 1989 hasta junio de 1994, ambos inclusive. La elección de los mismos se debe a que durante el año 1989 se implantó la Visita Domiciliaria de Enfermería al R.N., la cual facilitaba un seguimiento posterior y un control del niño por parte del equipo multisectorial y la Comissió d'Infancia. (Arbós, 1994)

Del período citado se han revisado un total de 143 historias clínicas pediátricas (50% Ciutat Antiga y 50% Zona Normalizada), eligiendo al azar y para cada año, una de cada diez historias, obteniendo 24 historias por año durante los años 1989-1993 y 12 historias durante el año 1994. En ellas aparecen un total de 71 niños y 71 niñas.

Cabe resaltar que en este Centro de Salud, tras haber pasado una Auditoría en el año 1992 se decidió excluir de los archivos aquellas H. C. cuyos usuarios no hubieran acudido al centro en un espacio de dos años consecutivos.

La edad de referencia infantil utilizada para el criterio de revisión de las H.C. ha sido la de 12 meses, dada la importancia de esta etapa en la vida del niño/a ya que en ella coinciden el fin de la transición alimentaria y el calendario vacunal.

RESULTADOS

Utilizando como criterio de evaluación los parámetros antropométricos y la alimentación complementaria (BEIKOST) según la Sociedad Europea de Gastroenterología, se han detectado 76 niños correctamente alimentados, 8 obesos y 25 con un estado de malnutrición importante.

En relación al número de niños con indicadores de malnutrición (25) ha podido constatarse que 19 de los mismos nacieron con Bajo Peso importante o Alta Prematuridad, lo que podría indicar que dichos niños

quizás no estén exactamente malnutridos sino que en relación a su peso de nacimiento, están por debajo de los parámetros estándar utilizados.

Si nos centramos en el calendario referido a la introducción diversificada de alimentos en la etapa de transición, observamos que en 57 historias clínicas aparece la introducción del BEIKOST completa y correcta, en 51 es parcialmente correcta y en 35 incorrecta. Estos últimos datos se deben a que no consta la introducción de todos los alimentos o hay más de dos incorrectamente introducidos.

De acuerdo al Calendario Vacunal, aparecen 116 niños que lo presentan completo, 22 incompleto y sólo 3 niños aparecen sin ninguna vacuna. El hecho de que aparezcan tantos niños con el calendario cubierto podría interpretarse como consecuencia de la intensa labor de la enfermera y el equipo multiprofesional con el objeto de llegar a niveles estándares de salud, comprometiéndose para este fin en iniciar revacunaciones a diferentes edades.

Respecto a las pruebas de metabolopatías, del total de la muestra (143), tan solo aparecen 11 casos en los que no se han llevado a cabo. Una explicación plausible puede encontrarse en la incorporación de la Visita Domiciliaria al Recién Nacido, visita a través de la cual se hace posible la realización de las mismas. Esta visita permite la inclusión del bebé en el Programa del Niño Sano y la posibilidad de trabajar con un equipo multisectorial: la "Comisión de Infancia Ciutat Antiga". Este tipo de trabajo facilita la superación de barreras de la marginalidad.

Otro dato a resaltar es que muchos familiares de los niños estudiados pertenecían a algún grupo de riesgo en relación a la marginación. De ellos:

- 37 pertenecían a diferentes etnias. (Gitana, gitana portuguesa, magrebíes, entre las principales). VER CUADRO.
- 47 estaban en situación de Paro Laboral.
- 11 padecían transtornos mentales graves, tales como : depresión post-parto, esquizofrenia, transtorno bipolar.
- En los 80 restantes aparecían (a veces asociados) factores de gran vulnerabilidad como:

* Reclusión en instituciones penitenciarias.
* Ambos padres adolescentes.
* Más de cuatro hijos.
* Prostitución.
* Adición a drogas por vía parenteral.
* Embarazos no controlados.

CONCLUSION

De los resultados obtenidos puede deducirse la relevancia del papel de Enfermería, especialmente en estratos poblacionales con un alto índice de marginalidad. Las características fundamentales de este papel estarían corroboradas por las siguientes razones:

1. El alto número de niños correctamente alimentados, bien vacunados, y con pruebas metabólicas realizadas desde la puesta en funcionamiento del programa del niño sano y la visita domiciliaria de enfermería.

2. La prevención de problemas de salud en zonas marginales, donde difícilmente los usuarios hacen un uso adecuado de los recursos sanitarios. Si comparamos los resultados del trabajo con los datos de memorias anteriores a los años estudiados, se hace evidente que los usuarios de zonas marginales, como "ciutat antiga", en la actualidad, hacen uso de los servicios de salud no sólo en momentos de enfermedad, sino también como actitud preventiva.

3. La oportunidad de enfermería para aportar calidad de vida en la etapa de la infancia, especialmente desde su intervención en el Programa del Niño Sano.

4. La importancia de conocer los recursos comunitarios en materia de instituciones y profesiones y trabajar formando equipos multidisciplinarios.

5. La facilidad para detectar problemas bio-psico-sociales de los recién nacidos a través de la Visita Domiciliaria. Lo cual

permite la derivación de estos usuarios a los equipos multidisciplinarios para una pronta intervención.

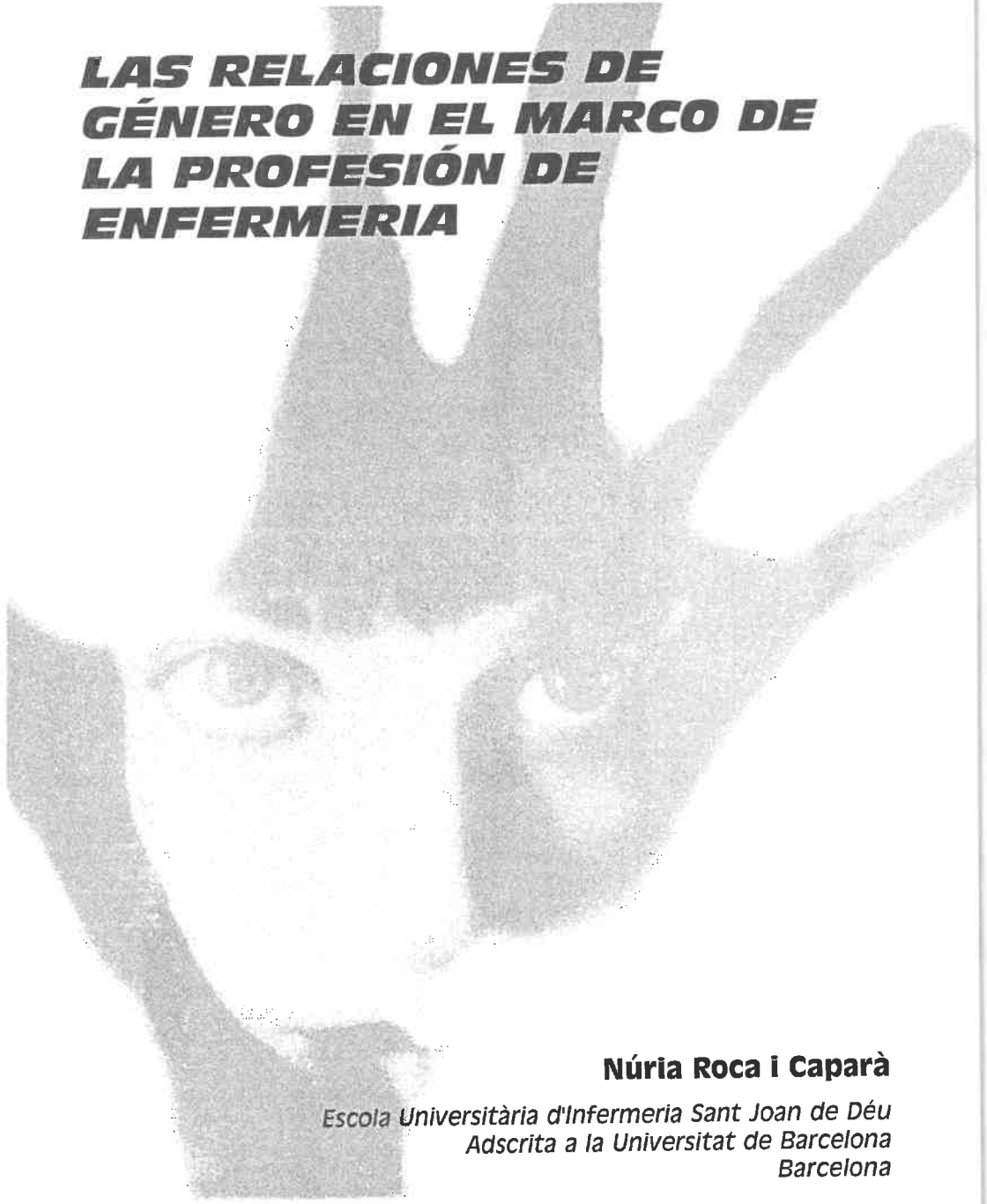
6. Porque si no se realiza la Visita Domiciliaria, la inclusión del niño en el Programa del Niño Sano se retrasa considerablemente y con ello la falta de educación para la salud, produciéndose como consecuencia en las zonas marginales, un aumento de ingresos hospitalarios.

7. En definitiva, porque la educación que requiere el nuevo rol de la enfermera tiene como objeto, no solamente incorporar los avances científicos y tecnológicos; sino también desarrollar actitudes, habilidades y compromisos que beneficien a los usuarios de sus cuidados (Nelly Garzón, com. pers.).

BIBLIOGRAFÍA

1. ARBOS, J.: Experiència d'una infermera pediàtrica a un centre de salut marginal. VI Congrés Pediatres Llengua Catalana: 94-98, l994.
2. ARBOS, J.: Accidentes infantiles en atención primaria. Rev. Sani. Higiene Pública, 69, 1: 97-103, 1995.
3. CAVIA PARDO, J.; CAVIA PARDO, E.; VILLANUEVA PARDO, F. & MILLAN CORTES, S.: La lactancia artificial. Enfermería en Cantabria: 20-24, 1995.
4. CRAVIOTO, J. & CRAVIOTO, P.: Algunas consecuencias psicobiológicas a largo plazo de la malnutrición. Anales Nestlé, 48: 119-130, 1990.
5. DÍAZ, M.: Crecimiento y desarrollo físico del niño. In: Díaz, M. (ed.), Atención integral de enfermería en el niño y el adolescente, pp. 113-127. Síntesis, Madrid, 1994a.
6. DÍAZ, M.: Alimentación en el primer año. In: Díaz, M. (ed.), Atención integral de enfermería en el niño y el adolescente, pp. 197-226. Síntesis, Madrid, 1994b.
7. ENWONWU, C. O. Interrelación entre malnutrición y enfermedades. Am. J. Clin. Nutr., 61: 430-436, 1995.
8. ESPGAN Committee on nutrition: Recommendations for the composition of a follow up formula and beikost. Acta Pediatr. Scand. suppl. 287, 1981.
9. VALLS, A.: Carencia de hierro. Distinciones Wander 1987: 51-58, 1987.

LAS RELACIONES DE GÉNERO EN EL MARCO DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERIA



Núria Roca i Caparà

Escola Universitària d'Infermeria Sant Joan de Déu
Adscrita a la Universitat de Barcelona
Barcelona

INTRODUCCIÓN

Históricamente partimos del supuesto teórico, verificado empíricamente, que la profesión de enfermería es propia de mujeres. Hemos asociado el acto de cuidar con el género femenino, en muy diversas sociedades y culturas, y a través del tiempo. La historia de la gran mayoría de los grupos socio-culturales conocidos está determinada por una cuestión fundamental, las relaciones de género que han estado condicionadas por la división sexual del trabajo. La revisión de como la Historia y la Antropologia han estudiado el origen y desarrollo de las desigualdades de género, junto con la articulación del acto de cuidar, nos permite aproximarnos y analizar como han variado las relaciones de género en el marco de la profesión de enfermería.

Durante los años de mi práctica como profesional de la enfermería, primero en el ámbito asistencial y después en el docente, he estado rodeada de muchas mujeres y en alguna ocasión, aislada, de hombres compañeros de profesión. La historia escrita sobre el acto social de cuidar lo ha relacionado siempre con el sexo femenino. ¿Es cierto que cuidar es exclusivo de mujeres?. ¿Esta condición femenina de cuidar es natural o es una construcción cultural?. ¿Por qué hay hombres enfermeros?. ¿Qué papel juegan en la profesión de enfermería?. Se ha considerado "natural" que las mujeres tengamos cuidado de los miembros del grupo social del que formamos parte. ¿Es cierta esta afirmación?. El objetivo del trabajo, y en un intento de encontrar respuestas a estas cuestiones, es hacer una reflexión teórica sobre el acto de cuidar a través del tiempo y reflejar que no es la "naturaleza" propia de las mujeres quien establece que la realicemos en la actualidad, y en el pasado, sino que está determinada por la relaciones de género y la construcción cultural de las categorías hombre-mujer.

Evidentemente no es posible explicar el fenómeno socio-cultural del cuidar sin tener en cuenta el papel socio-económico y político que juegan las relaciones de género en la producción y reproducción social.

Las relaciones de género y la división sexual del trabajo.

Las relaciones de género es uno de los hechos que más han condicionado la historia de la gran mayoría de los grupos socio-culturales. La división sexual del trabajo ha sido un determinante claro en este sentido. Las relaciones de género han jugado un papel clave en las relaciones de poder y en la estructura social, de forma prácticamente universal. Nuestra sociedad, la occidental es androcéntrica y etnocéntrica. Construye el modelo social a partir de ella misma y de los hombres. La diferenciación basada en el sexo es una de las múltiples formas de explotación, a la vez que una de las más universales. Pero la diferencia se convierte en desigualdad. Factores económicos, políticos, ideológicos, sociales y culturales perpetúan la condición de inferioridad de las mujeres en la sociedad. S. Ortner (1), cuando se pregunta sobre el origen de la infravaloración social de las mujeres, da un argumento definitivo, la asociación que se ha hecho de las mujeres con la Naturaleza. No obstante, la división sexual del trabajo ha vivido cambios y ha variado en el proceso histórico. Esta movilidad y, por tanto, no estatismo, confirma la no "naturalidad", sino el condicionamiento social en que se produce, fruto de la imposición y dominación de los hombres sobre las mujeres.

Durante el siglo que estamos a punto de concluir, la sociedad en general y la occidental en particular han vivido un proceso de cambio, que ha supuesto una ruptura con muchas de las formas de vida y costumbres tradicionales de otras épocas y el advenimiento de otras costumbres y estilos más complejos y a la vez nuevos para el investigador social. Uno de los hechos cambiantes más destacados ha sido la condición social de las mujeres. El rol social de las mujeres en la sociedad occidental, no podemos hablar de todas las sociedades y culturas, se ha modificado ostensiblemente, y en pocas décadas se ha pasado de la más grande invisibilidad y marginación social, a una progresiva presencia en la vida pública, a pesar de que no podemos decir que sea un hecho ya generalizado. Nuestra cultura sigue construida en masculino.

Relaciones de género y las implicaciones culturales del cuidar.

¿Por qué las relaciones de género inciden en el determinante "femenino" del cuidar al grupo familiar y social?. Cuidar de si mismo y de la propia prole es un hecho que se ha producido constantemente a lo largo de la historia con un objetivo bien claro: asegurar la supervivencia y continuidad de la especie humana. La práctica de cuidar es una práctica ligada a la historia de la humanidad. Las mujeres parimos y amamantamos a los hijos. Debido a nuestra propia fisiología asumimos estas funciones tan específicas de la reproducción humana. No obstante, la procreación es función de las mujeres pero también de los hombres, a pesar de que se ha querido articular la subordinación universal de la mujer con el papel, aparentemente universal, de ser madre cuidadora y educadora.

El rol social determina que la mujer sea el centro del grupo familiar, en cuanto que es responsable del cuidado, mientras que el hombre sale del núcleo cerrado de lo familiar para formar parte de lo social. Vemos pues, una clara relación mujer-espacio doméstico con lo natural y hombre-espacio público con lo social y cultural.

Hemos situado el origen del cuidar en la procreación y secundariamente en el mantenimiento y permanencia de la especie humana. Es evidente que sin trabajo reproductivo no habría trabajo productivo. Por tanto, el eje que vértebra la sociedad, es el trabajo de las mujeres, el cuidado de los miembros de la sociedad. Históricamente, este trabajo de cuidar del hogar, de la familia.... ha sido un trabajo ignorado. Un trabajo no considerado ni social ni económicamente. Invisible a los ojos de la sociedad, que ha privilegiado indiscriminadamente, las tareas "propias" del género masculino, en detrimento de las "propias" del género femenino. Los estereotipos de género son muchos y tienen por objeto que parezca bien "natural" que unas tareas sean realizadas por los hombres y otras por las mujeres. A cada sexo se le asignan determinados roles. Es obvio que se ha configurado una visión negativa del rol femenino, pero, como dice R. Alberdi: "hay unas virtudes incluidas en el estereotipo de género que, a pesar de su desvalorización social, son indispensables para el desarrollo de la ética del cuidar. Me refiero a la paciencia, la falta de agresividad o de competencia, la discreción, la ternura, la receptividad.."(2). Los investigadores sociales, etnocéntricos y androcéntricos, nos han ex-

plicado que la acción de cuidar abarcaba diferentes aspectos, unos formaban parte del estereotipo masculino y los otros del femenino. A las mujeres se les reservaba todo aquello que hacia referencia al desarrollo y crecimiento, hasta la muerte. A los hombres les concernía todo lo que hacia referencia a heridos de caza, de guerra. ¿Por qué esta diferenciación en los cuidados?. ¿Quien marca las diferencias?.

Hechos antiguamente considerados utópicos y que nunca se esperaba de las mujeres o de los hombres, han dejado bien claro que pueden ser realizados indistintamente, sin diferencias de género. La condición social de las mujeres se ha visto modificada en los últimos años de manera sustancial. Estos cambios se articulan y interrelacionan con las transformaciones económicas, políticas, sociales y ideológicas de las últimas décadas. Se ha avanzado pero las desigualdades de género continúan vigentes, quizá no tan claramente definidas. El acceso de las mujeres al mundo laboral ha obligado a una mínima redistribución de las tareas domésticas, condicionando de manera indirecta que los hombres tengan una mayor participación en el cuidado de los hijos, que ha dejado de ser una tarea exclusiva de las mujeres y ha pasado a ser compartida por la pareja. Esta implicación de los hombres en el cuidado de los hijos ha puesto de manifiesto que ésta no es una tarea, por "naturaleza", exclusiva de las mujeres, sino que puede ser compartida y realizada indistintamente por los dos.

Análisis de la profesión de enfermería y las relaciones de género.

El trabajo de cuidar y la profesión de enfermería han variado en el tiempo y en el espacio. Si hacemos un breve repaso a la Hª de la Enfermería, vemos como la práctica profesional ha sido tradicionalmente función de las mujeres. Mientras la condición de las mujeres ha tenido una condición de reclusión, de invisibilidad, de subordinación y de ningún prestigio ni poder social, la enfermería como profesión no ha existido. Se ha identificado la Enfermería con poca valoración y prestigio social, a pesar de su importancia social. Tal como dice R. Alberdi: "Los beneficios que obtiene la profesión enfermera, al contrario de la medicina, nunca tienen trascendencia social reconocida" (3).. No podemos olvidar que en diferentes épocas, prácticamente siempre, la profesión de enfermería "pro-

pia de mujeres", ha estado subordinada a la profesión médica más "propia de hombres" que de mujeres. El rol de cuidar se ha presentado como secundario al rol de curar, sin tenerse en consideración la complementariedad de las dos tareas. No sería posible curar sin cuidar.

A medida que las sociedades, en nuestro caso la occidental, han ido ampliando sus conocimientos hacia las diferentes disciplinas y ciencias, y también porque ha variado la situación de las mujeres, la profesión de enfermería ha visto ampliado su campo de actuación, haciéndose más complejo e incidiendo de mejor manera en el mantenimiento de la salud de las personas.

En la época actual, situando la profesión de enfermería en un contexto global de transformación social, vemos que se operan cambios significativos en la función de cuidar, así como en la asignación del rol que hombres y mujeres tenemos en nuestra profesión. Si hacemos análisis retrospectivo, encontramos una clara diferenciación entre matronas, practicantes y ATS. Las enfermeras, mujeres, eran las subalternas de los médicos, hombres. La Enfermería vivió unos años grises en el contexto de la Sanidad y las mujeres que cuidaban a los enfermos son conocidas como las ayudantes de los médicos. En palabras, también de R. Alberdi: "En aquel momento existía una mala imagen social de la profesión de Enfermería, derivada fundamentalmente de la escasa formación que se exigía a sus miembros y de su fuerte asociación con el estereotipo femenino" (4). Subordinación de una disciplina frente a la otra, y de las mujeres frente a los hombres. La formación académica de Enfermería era eminentemente técnica y estaba en manos de los médicos. La participación de los profesionales de la Enfermería (mayoritariamente mujeres) en la formación de los estudiantes estaba totalmente limitada, a la vez que en los organigramas de los Centros Sanitarios, las enfermeras siempre eran un estamento inferior al estamento médico. Enfermería no podía tomar decisiones respecto a la propia formación académica, a la elaboración de un cuerpo de conocimientos, ni a la clase de cuidados que se impartían.

Durante muchos años se pone de manifiesto que la dependencia respecto a otros profesionales invalida, prácticamente de forma total, la propia concepción de los cuidados. No se trata tanto de cuidar a personas en situación de enfermedad y aplicar un plan de cuidados integral,

sino de una atención a personas con enfermedades concretas a las que se administran unos tratamientos y realizan unas técnicas más o menos sofisticadas. No hay una filosofía de los cuidados, ni un modelo de aplicación de los mismos.

El cambio del Plan de Estudios del 1977 supone una transformación no tan solo de la formación académica de los estudiantes de enfermería, sino también de una nueva concepción del cuidar. La reorientación de los sistemas de salud, promulgado por la reunión de Alma Ata (1978) repercute directamente en esta modificación de los cuidados. La visión holística de las personas, junto con los nuevos planes de salud obligan al desarrollo de un cuidador profesional de una nueva dimensión. Hay una exigencia de traspasar el trabajo puramente técnico para conseguir el cuidado integral.

Progresivamente, la profesión pasa a tener una disciplina propia impartida por las profesionales (mayoritariamente mujeres) y a no ser una materia auxiliar de la Medicina. Lejos queda la imagen de la enfermera evocada por C. Domínguez Alcón con sus "principios tradicionales" de: vocación, caridad, altruismo, feminidad, nobleza, maternal.....(5). La titulación Universitaria también expresa, entre otras, una realidad: cada vez es más elevado el número de mujeres universitarias. Evidentemente que este hecho es una realidad de los años 80 y 90, y no de los 50. La condición socio-cultural, laboral y familiar de las mujeres es muy diferente, en la actualidad, aunque no de forma general. Vemos pues que la Enfermería en las últimas dos décadas ha vivido un desarrollo similar y paralelo al de la condición social de las mujeres. Se ha construido un cuerpo de conocimientos propios, se han elaborado modelos de aplicación de los cuidados, al margen de otras profesiones, que le permiten una parte de autonomía en las actividades de cada día. Las mujeres enfermeras hemos accedido a lugares de decisión en los Centros Sanitarios y de la Administración, hecho prácticamente impensable en otras épocas. Nos hemos especializado en cuidados y técnicas con un alto grado de complejidad, impartimos docencia en escuelas universitarias... Plenamente immersos en la era tecnológica, el diagnóstico, la terapéutica y los planes de cuidados alcazan un importante nivel de dificultad. No obstante, también es cierto que se está priorizando una atención de enfermería más

humana. Creo que en este sentido los diversos modelos de Enfermería han jugado un papel decisorio en la definición del rol.

Es en este contexto, y dando una ojeada a nuestro entorno profesional, predominantemente femenino, que encontramos hombres enfermeros. ¿Ha variado la condición femenina del cuidar?. ¿Hay diferencias en los cuidados que imparten hombres y mujeres?. ¿Como explicamos que un rol considerado socialmente femenino pueda ser realizado por hombres?. ¿Puede ser posible que disminuyan las desigualdades de género y en todo caso, las profesionales?... A pesar de que en la sociedad se está produciendo una aproximación de los roles masculinos y femeninos, no considero que se pueda hablar de situación de igualdad en nuestra profesión. No hace falta realizar mucha investigación para saber que un % importante de hombres enfermeros realizan trabajo puramente técnico, por el contrario pocos encontramos en las plantas de hospitalización o en la atención domiciliaria. Otra característica importante en esta situación de desigualdad es que siendo una profesión mayoritariamente femenina, (según datos facilitados por el Col.legi Oficial d'ATS i Diplomats d'Infermeria de Barcelona en la misma provincia de Barcelona el año 1994 el 91.04% de colegiados eran mujeres y el 8.95% hombres), muchos hombres ocupan los lugares de poder y de decisión.

¿Continuará la profesión de Enfermería estando subordinada a otras profesiones, por razón de las relaciones de género?. ¿Continuarán las relaciones de género determinando las desigualdades entre los hombres y las mujeres enfermeras?.

CONCLUSIONES

En esta tan breve reflexión hemos podido ver que la actividad de cuidar, casi siempre en manos femeninas, ha formado y forma parte de los hechos fundamentales de las diversas sociedades, variando según el contexto del momento. Por otra parte podemos reiterar que:

1. Las relaciones de género son producto de la construcción social y cultural de cada grupo social y no fruto de las diferencias biológicas entre mujeres y hombres.

2. Lo que tiene de inherente en la persona, tanto está en hombres como mujeres. En diferentes sociedades y momentos históricos, el cuidado de los hijos, enfermos y ancianos ha sido realizado por los hombres. Descartamos el condicionamiento "natural".

3. El tiempo ha demostrado que trabajos considerados utópicos, en cuanto a ser desarrollados por hombres o mujeres indistintamente, son totalmente realizables por ambos sexos.

4. A pesar de que el acercamiento entre los roles femenino y masculino es real, la sociedad aún continua privilegiando el hecho de ser hombre.

Hemos visto como la explicación determinista y reduccionista de la "naturaleza femenina" del cuidar, reiteradamente proyectada, pierde su irrefutabilidad. No es que durante la mayor parte de la Historia las mujeres nos hayamos hecho cargo del cuidado de los otros por la propia "naturaleza femenina", sino que los condicionantes socio-culturales han impuesto esta restricción. No es que haya una masculinización de los cuidados cuando son los hombres quienes los imparten, ni que se haya perdido el rol femenino del cuidar, sino que cuidar a los otros se encuentra en la misma raíz del instinto de supervivencia, inherente a la humanidad, hombres y mujeres, y que las construcciones socio-culturales determinan gran parte de nuestras conductas y de los roles que nos imponen y asumimos.

CITAS

1. Ortner, S. B. Es la mujer con respecto al hombre lo que la naturaleza con respecto a la cultura?. En Harris, O. y Young, K. Antropologia y feminismo.
2. Alberdi Castell, R. M. Las enfermeras para el tercer milenio. Revista ROL nº 178. pag. 48. Año 1993.
3. Alberdi Castell, R. M. Las enfermeras para el tercer milenio. Revista ROL nº 178. pag. 45. Año 1993.
4. Alberdi Castell, R.M. Las enfermeras para el tercer milenio. Revista ROL nº 178. pag. 45. Año 1993.
5. Domínguez-Alcón, C. Imagen de la enfermera en la sociedad. Revista ROL nº 83. Año 1985.

BIBLIOGRAFIA

1. El trabajo de las mujeres a través de la historia. Madrid. Centro Feminista de Estudios y Documentación. Instituto de la Mujer. 1985.
2. Cohen, Helen A.La enfermera y su identidad profesional. Barcelona. Ed. Grijalbo, 1988.
3. Historia de la Enfermeria. Barcelona. Ed. Doyma, 1993.
4. García Barrios, S y Calvo Charro, E. Historia de la Enfermeria. Málaga. Ed. Textos Mínimos. Universidad de Málaga. 1992.
5. Harris, O. y Young, K. Antropologia y feminismo. Barcelona. Ed. Anagrama, 1979.
6. Moore, H. L. Antropologia y feminismo. Madrid. Ediciones Cátedra. Universidad de Valencia. Instituto de la Mujer. 1991.
7. Hernández Conesa, J. Historia de la Enfermeria. Un análisis histórico de los cuidados de enfermeria. Madrid. Interamericana-McGraw-Hill, 1995.

Artículos:

1. Beneria, L. y Sen, G. Desigualdades de clase y de género y el rol de la mujer en el desarrollo económico. Mientras Tanto, nº 15. Barcelona, 1983.
2. Beneria, L. Reproducción, producción y división sexual del trabajo. Mientras Tanto, nº 6. Barcelona, 1981.
3. Canals, J. Cuidar y curar: Funciones femeninas y saberes masculinos. Revista Jano, set 1985. Vol. XXIX.
4. Revista ROL. Especial Antropologia, nº: 172, diciembre de 1992. nº: 179-180, julio y agosto de 1993.
5. Dominguez Alcón, C. Imagen de la enfermera en la sociedad. Revista ROL nº 83 Barcelona, junio de 1985.
6. Alberdi Castells, R. M. Sobre las concepciones de la Enfermería. Revista ROL, nº 115. Barcelona, marzo de 1988.
7. Alberdi Castells, R. M. Las enfermeras para el tercer milenio. Revista ROL, nº 178 Barcelona, junio de 1993.
8. Alberdi Castells, R. M. La identidad profesional de la enfermera. Revista ROL, nº 170. Barcelona, octubre de 1992.

ENFERMERÍA: ¿REFLEJO HISTÓRICO DE LA MUJER?

Pilar Flor Pérez
Montserrat Llinas Vidal
Montserrat Tarrech Borrás
Montserrat Antonin Martín

Profesoras Escuela Universitaria de Enfermería "GIMBERNAT"
Sant Cugat del Vallés
Barcelona

INTRODUCCIÓN

Cuando llegó a nuestras manos el programa de estas XVI Sesiones de Trabajo y al leer "MUJER Y ENFERMERIA. HISTORIA DE UNA RELACION NATURAL", surgió de forma espontánea un pequeño debate en el cual parecía obvia dicha relación como trayectorias paralelas y estrechamente vinculadas. Esta vinculación que vivimos como algo "natural" tiene unos orígenes que podemos analizar fundamentalmente a través de tres dualidades que entre otras van a responder a preguntas que estamos seguras nos hemos hecho en más de alguna ocasión.

- ¿Ser mujer ha sido un factor determinante para el desarrollo profesional de la enfermería?
- ¿Que tipo de influencia tiene la "cultura" sobre la trayectoria profesional de enfermería?
- ¿En que nos basamos para sustentar que el concepto de arte doméstico sigue pesando sobre la profesión?
- ¿Por qué históricamente el trabajo de enfermería se ha considerado como un trabajo de segundo orden?

Decidimos hacer una revisión bibliográfica respecto al tema constatando que en cualquier texto relativo a la génesis de la enfermería se abordaba de forma considerable la evolución de la misma como un episodio de la historia de la mujer llegando a la conclusión de que ambas trayectorias discurrían paralelamente en una relación difícil de desvincular.

Las dualidades Naturaleza/Cultura, Doméstico/Público y Trabajo Productivo/Trabajo Improductivo constituyen el marco teórico y desarrollo de nuestro ESTUDIO CONCEPTUAL cuyo OBJETIVO es sentar las bases teóricas para analizar la relación entre mujer y enfermería

como resultado de factores socio-culturales que han sentado las bases y que justifican dicha relación como algo "incuestionablemente natural".

Victor Robinson en uno de sus escritos reflejados en el libro de la Historia de la enfermería y que a modo de síntesis citaremos a continuación, nos da pie a reflexionar y a enlazar las distintas dicotomías y dualidades que a lo largo del trabajo iremos desarrollando:

- "La mujer es una enfermera instintiva formada por la madre naturaleza"
- "La enfermera procedente de un ejército de pobreza anónimo e innumerado, trabajó como una criada y obedeció como una sirvienta"
- "La enfermera siempre ha sido una necesidad y por tanto ha carecido de estatus social"

Si admitimos pues, que la historia de la enfermería está íntimamente asociada a la historia de la mujer nos encontramos frente a lo que constituye una de las primeras dualidades a analizar y que se traduce como "Naturaleza versus Cultura".

NATURALEZA/CULTURA

Aunque solo la fisiología es aquello que diferencia universalmente a hombres y mujeres, las implicaciones que conllevan dichas diferencias fisiológicas hacen que la mujer presente una exclusiva y específica función procreadora/reproductora que la sitúa cercana a la naturaleza. Lógicamente y durante un cierto período de tiempo es la mujer quien vela por la supervivencia de su hijo/a puesto que de ella depende directamente su alimentación. El lazo que se establece entre madre e hijo durante este período de tiempo se considera "natural" y se prolonga de hecho naturalmente hasta que la niña o el niño adquiera un cierto grado de habilidad y raciocinio que le permita "valerse" en términos relativos por sí mismo.

El aspecto de la crianza se ha identificado durante mucho tiempo con la enfermería. La enfermería tiene su origen en el cuidado materno de los niños indefensos e incluso el término inglés "nurse" tiene sus raíces en el vocablo latino "nutrire" (nutrir), que significa madre que cría. Este

origen de la enfermera como madre perpetuó, la idea de que la enfermería solo podía ser ejercida por mujeres ya que su "instinto maternal" era el que proporcionaba el fuerte impulso o motivación necesario para cuidar a aquellos que sufrían o estaban desamparados. Las mujeres debido a este instinto maternal visto como parte de su naturaleza han sido consideradas, enfermeras natas. El hombre por el hecho de estar liberado fisiológicamente de esta condición reproductora parece quedar libre de toda relación con la naturaleza y por tanto circunscribirse al ámbito cultural volcándose de lleno en éste a través del cual y a modo de instrumento puede:

.../... trascender las condiciones de la existencia natural, doblegarlas a sus propósitos y controlarlas de acuerdo con sus intereses.../...

Si nos fijamos en esta frase de Sherry B. Otner vemos que las acciones aparecidas son las de "trascender" "doblegar" y "controlar". La cultura puede así trascender, doblegar y controlar la naturaleza. Si la mujer por su rol reproductor es asociada por el propio hombre a la naturaleza y éste por el mismo concepto se asocia a sí mismo con el ámbito de la cultura, la relación que nace entre ambos estará determinada por la misma que sostiene la dicotomía naturaleza/cultura es decir, el hombre ejercerá su dominio y control sobre la mujer la cual pasa a adoptar como veremos posteriormente, un papel de sumisión.

DOMESTICO/PUBLICO

En este segundo punto vamos a ver como la maternidad es usada para categorizar una nueva dicotomía, el ámbito de lo doméstico en oposición a lo público.

La maternidad reduce durante un tiempo determinado la movilidad social de la mujer circunscribiéndola al círculo doméstico. Las definiciones sobre el concepto "Doméstico" llevan implícitas una clara relación de subordinación a la vez que unen el término con el concepto de "casa" en tanto que ésta es sede de la familia y por extensión del núcleo procreativo. La esfera de lo público y lo doméstico conlleva una clara división de roles y por lo tanto de las tareas que cada uno de los sexos debe llevar a cabo. La procreación como hemos visto está natural y exclusivamente

asociada a la mujer, por lo tanto resulta fácil unir doméstico/familia/mujer y circunscribir casi exclusivamente como tarea principal de ésta, el cuidar a sus miembros. Este trabajo doméstico que las mujeres desarrollan no ha sido nunca contemplado como un trabajo productivo en su más pura formulación.

En resumen, el trabajo doméstico realizado por las mujeres en contraposición al trabajo productivo de los hombres carece de valor si se limita al ámbito doméstico/familiar. No es de extrañar que si históricamente la mujer ha estado confinada rigurosamente por imposiciones sociales al hogar, la enfermería naciera adoptando un carácter de arte doméstico. Su trabajo se orientó inicialmente como recursos dirigidos a su propia familia y este esfuerzo de servicio, se extendió al cuidado de los ancianos e individuos que enfermaban en su comunidad.

Es precisamente esta orientación doméstica, el factor que determinó la posición social de la mujer y por extensión de la enfermería.

Al igual que la cultura llega a dominar a la naturaleza, la esfera de lo público confiere un estatus social y una autoridad incuestionablemente superior o de dominio sobre la esfera doméstica. Esta dualidad confiere, pues, significado a las relaciones de producción y a las actividades económicas tanto femeninas como masculinas que van unidas al estatus social.

TRABAJO PRODUCTIVO/TRABAJO IMPRODUCTIVO

Karen Sacks realizó en 1979, un análisis del trabajo de los hombres y mujeres como determinantes de su estatus, explicando de una forma coherente el origen de la división sexual del trabajo. Propone que el alejamiento de las mujeres de la producción social se debe precisamente al no ser su trabajo considerado dentro de la esfera público-social. De esta forma son relegadas a roles circunscritos a la esfera doméstica es decir, rol de esposas, madres y por supuesto cuidadoras.

Estos roles no suponen un valor de intercambio sino simplemente un valor de consumo interno o privado. De esta concepción a la infravaloración del trabajo realizado por las mujeres solo hay un paso, de este a la subordinación, ninguno.

Cuando ha sido necesario aumentar la producción social, sin que este aumento haya podido ser asimilado por los hombres, los estados no han dudado en ningún momento: incorporar a las mujeres masivamente a la producción, pero la participación de las mujeres en la producción social no ha servido para crear una base para la igualdad. ¿Por qué?. En primer lugar el trabajo realizado ha sido automáticamente categorizado como trabajo femenino y con ello desvalorizado por completo. Las mujeres han asumido aquellos trabajos considerados por el propio hombre como trabajos de "segundo orden".

La historia de la enfermería nos muestra como en la Edad Media, el fervor religioso y la motivación hacia el cuidado de los demás fueron los pilares que fundamentaban el trabajo de enfermería (considerándose este como hemos visto una necesidad). Con el paso del tiempo se puso de manifiesto que el amor y la dedicación no bastaban por sí solos. El desarrollo profesional dependía de otros factores esenciales tales como la habilidad, la experiencia y los conocimientos. Pero no hemos de olvidar que el trabajo de enfermería ha estado supeditado (como rol delegado) durante largo tiempo a los criterios y prescripciones realizadas por el médico, siendo en la actualidad cuando las enfermeras intentamos afianzar y fomentar nuestro rol autónomo.

CONCLUSIONES

En conclusión, durante el ensayo hemos analizado diversas concepciones duales; y en todas ellas siempre encontramos implícito un mismo común denominador, un sistema "casi racional" de discriminaciones históricas.

Si extrapolamos todas las ideas que hemos venido analizando a las funciones que enfermería ha desarrollado a lo largo de la historia, no es difícil entender porque las tareas de enfermería surgidas como algo innato y natural, han sido entendidas como un rol de "segundo orden".

Pero no quisiéramos finalizar transmitiendo la idea de una relación mujer-enfermería ligada tan solo a conceptos negativos. En la actualidad con la emancipación de la mujer, su mayor accesibilidad a la esfera de lo social y por consiguiente a la esfera de lo productivo, estas dualidades adquieren un nuevo prisma de tal manera que ello ha repercutido positi-

vamente en la profesión de enfermería. No solo la destreza o la motivación en el arte de cuidar son suficientes.

Es indudable que nuestra profesión gracias al apoyo de teorías, modelos y líneas de actuación es ya una profesión con una base incuestionablemente científica que configura los pilares de nuestro rol autónomo. Debemos saber unir el pasado al presente, sin tener que renunciar por ello a muchas de las características que hemos venido describiendo.

Como enfermeras y profesionales, con la mirada hacia el futuro y trabajando en el presente debemos contemplar y priorizar estos parámetros a la hora de prestar servicios para conseguir una mayor satisfacción de quienes los reciben.

Creemos pues que es ahora el momento de potenciar todas esas características y demostrar que son todos ellas unidas, las que ofrecen los requisitos mínimos exigibles para dar un buen nivel de calidad en nuestra profesión y por ello dejar de asumir de una vez que nuestro rol es secundario.

La concepción mujer-enfermería debe dejar de ser una relación estrecha para erigirse como una profesión universal.

BIBLIOGRAFIA

1. OTNER, S.B.; 1979 "¿Es la mujer con respecto al hombre lo que la naturaleza con respecto a la cultura?", Harris, O.; Young, K; (eds), Antropología y Feminismo, .
2. STRATHERN, M.; 1979 "Una perspectiva antropológica", Harris, O.; Young, K; (eds), Antropología y Feminismo, .
3. SACKS, K.; 1979 "Engels revisitado: las mujeres, la organización de la producción, y la propiedad privada", Harris, O.; Young, K; (eds), Antropología y Feminismo, .
4. STOLCKE, V; 1982 "Las mujeres y el trabajo"., en M. León (eda), Debate sobre la mujer en América Latina y el Caribe,
5. DONAHUE, M. P.; 1985 "Historia de la enfermería"., Ediciones Doyma. Barcelona.
6. MOORE, H.L.; 1991 Antropología y Feminismo.
7. HERNANDEZ CONESA, J.; 1995 Historia de la Enfermería. Análisis histórico de los cuidados de enfermería. Interamericana McGraw-Hill. Madrid.

LA FORMACIÓN ENFERMERA Y LA MARGINACIÓN DE LA MUJER

Dolores Benitez Ordoñez
Enfermera Responsable Unidad de Formación
Delegación Provincial de Salud de Huelva

Ana Barquero Gonzalez
Enfermera
Profesora Titular Interina de la E.U.E. de Huelva

María del Carmen Carrasco
Enfermera
Profesora Titular Interina de la E.U.E. de Huelva

Francisco José Mena Navarro
Enfermero
Profesor Titular Interino de la E.U.E. de Huelva

Manuel Márquez Garrido
Enfermero
Profesor Asociado de Salud Mental. E.U.E. de Huelva

Cinta Morón López
Enfermera. Técnica de Programas de Salud.
Delegación Provincial de Salud de Huelva

INTRODUCCIÓN

La situación de discriminación de la mujer sigue siendo una realidad en ámbitos como la transmisión de conocimiento, el acceso y las condiciones de trabajo, las agresiones contra las mujeres, la feminización de la pobreza, el reparto de las responsabilidades familiares, la imagen pública, la participación en los puestos de responsabilidad, etc.

Las diferencias estructurales y culturales propician la desigualdad en el acceso a los recursos y derechos establecidos, favoreciendo la exclusión.

A través de la historia la mujer ha sido la principal prestadora de cuidados tanto en la familia como en otros ámbitos; sin embargo es víctima de innumerables problemas sanitarios.

La expectativa de vida en los paises desarrollados es mayor en las mujeres que en los hombres, pero somos nosotras las que sufrimos más enfermedades a lo largo de toda la vida, en parte por razones biológicas y en parte por las condiciones sociales en que vivimos.

En los paises ricos, las mujeres empiezan a padecer problemas, como el tabaquismo y el alcoholismo, hasta ahora limitados a los hombres. Dichos problemas cada día son más frecuentes en los sectores más jovenes de nuestra sociedad.

Somos las mujeres las que sufrimos de forma especial los estragos del SIDA por razones biológicas que hacen que seamos más vulnerables al contagio heterosexual. Así, el 40% de las infectadas en el mundo hoy día son mujeres. En la Comunidad Andaluza las cifras son escalofriantes, concretamente Huelva es la cuarta provincia en número de infectados.

Los embarazos no deseados, los problemas relacionados con el aborto, la menopausia, las agresiones tanto físicas como psíquicas (el elevado número de muertes, violaciones, agresiones sexuales, etc,), son todos ellos problemas sanitarios específicamente femeninos que ponen

de manifiesto una vez más la indefensión de la mujer y la poca respuesta que reciben de los servicios de salud a sus necesidades concretas.

Por todo esto creemos imprescindible garantizar la protección social y el acceso a las prestaciones sanitarias de forma adecuada y generalizada a toda la población femenina como clave de bienestar social. Para ello, una condición imprescindible es asegurar que la formación de los profesionales de la salud sea acorde a las necesidades detectadas y adaptada al contexto social donde aquellos van a desarrollar su labor.

OBJETIVOS

El objetivo de nuestro estudio es analizar el nivel de concordancia existente entre la formación post-grado que los profesionales de enfermería pertenecientes al Servicio Andaluz de Salud (SAS) están recibiendo en el Programa de Actividades Internas de Formación ofertado por la misma Institución y las necesidades de salud planteadas por las mujeres.

MATERIAL Y METODO

La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía gestiona los servicios sanitarios de la Comunidad Autónoma casi en su totalidad a través de un organismo público, el SAS.

El SAS dispone de un Plan de Formación que ejecuta mediante Programas Anuales de Actividades Internas desarrollados en base a las peticiones de los profesionales y de los objetivos asistenciales.

El trabajo que presentamos es un estudio descriptivo de carácter retrospectivo sobre los contenidos de las actividades docentes realizadas por los profesionales de enfermería pertenecientes al SAS durante el período comprendido entre enero de 1.993 a diciembre de 1.994 y dentro de los Programas Anuales de Actividades Internas mencionados anteriormente.

Se ha analizado el porcentaje de actividades de formación dirigidas a enfermería en relación con la totalidad, la distribución por área asistencial a la que pertenecen los profesionales, el número de horas docentes y el coste total.

Las actividades realizadas se han agrupado por materias en 8 categorías, en base a los problemas de salud femeninos que abordaban: SIDA, Obstetricia y Ginecología, Sexualidad, Autoayuda, Alcoholismo/tabaquismo, Clínicoasistenciales y Educación para la Salud.

ANALISIS Y DISCUSION

En las actividades formativas realizadas por profesionales de enfermería durante los años 1993 y 94, representan casi un 46 % de la totalidad del Programa.

En relación al número de actividades desarrolladas por personal de enfermeria con respecto a la globalidad de los profesionales del S.A.S. opinamos que es suficiente.

En 1.994 se aprecia un pequeño descenso en el número de actividades aunque aumenta el de horas lectivas. Deducimos que es debido a un crecimiento en el contenido temático de las mismas.

Cuando hacemos referencia al coste total de la actividad, tenemos que indicar que dicho coste incluye: horas lectivas, material docente y sustituciones del personal que se utilizan solamente para profesionales de Atención Primaria y en aquellas actividades docentes que conllevan prácticas. En los contenidos de los actos formativos del año 1994 se produjo un aumento de las rotaciones, lo que explica el incremento del Coste total en este año.

Las actividades docentes de los años 1.993 y 94 distribuidas en función de los niveles asistenciales en que se realizaron, representan un 76,32% en cuanto a las actividades realizadas en el nivel de Atención Especializada y un 23,68% en Atención Primaria.

Las actividades docentes en el periodo de estudio, distribuidas por niveles asistenciales y por categorías de contenidos temáticos, destacan la enorme supremacía de las actividades docentes con contenido clínico-asistencial frente al resto de categorías, hecho que se da en ambos niveles asistenciales.

Referente a las horas lectivas impartidas en dichas actividades en el año 1.993 dan un resultado de 14.784 con un coste total de 97.061.600 pesetas y en año 1.994 las horas lectivas son de 20.302 con un coste de 114.603.173 pesetas.

CONCLUSIONES

1º. Aunque la presencia de actividades formativas dirigidas a profesionales de enfermería en el Programa desarrollado por el SAS es notable, los contenidos temáticos de las mismas se orientan fundamentalmente hacia los problemas de salud clínico-asistenciales.

2°. Incluso las actividades identificadas con mayor contenido formativo en problemas de salud de la mujer están orientadas hacia aspectos clínicos y terapéuticos, en detrimento de elementos de prevención, educación y de apoyo psicosocial.

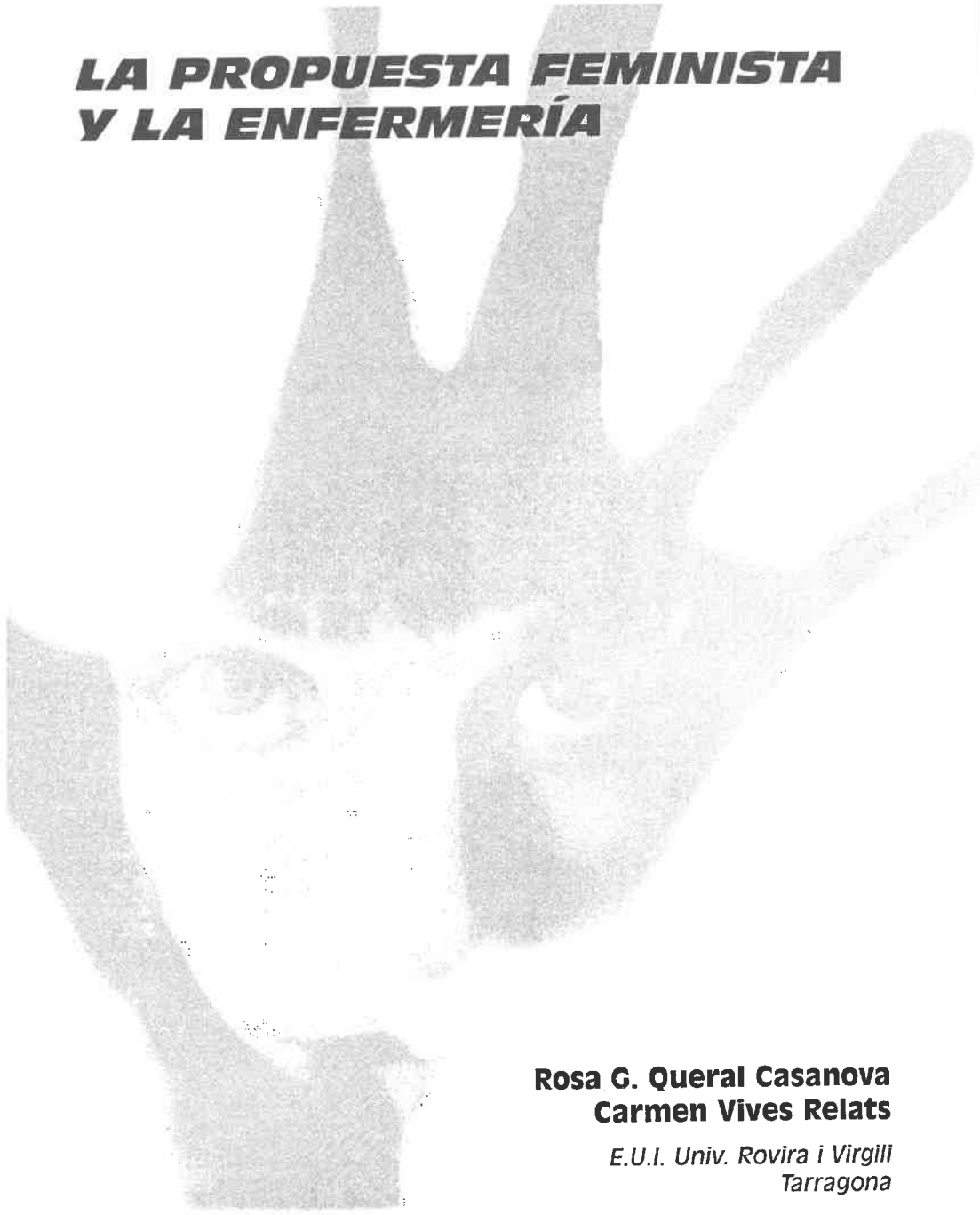
3°. A la vista de los resultados parece lógico que en los programas formativos de los profesionales de enfermeria se incorporen módulos específicos sobre el papel de la enfermera en los problemas de salud de la mujer con unos objetivos que primen el adiestramiento en habilidades sociales, lo que dotará a los profesionales de instrumentos de apoyo de utilidad para las mujeres.

Esta formación específica al personal de enfermería, ayudará a comprender el comportamiento de las mujeres, en su dimensión bio-psico-socio-cultural y en especial la repercusión que ello puede tener en los síntomas psicosomático y sexuales.

4°. Existen numerosas consultas, sobre todo en A.P. por parte de las mujeres, derivadas de los conflictos internos vividos por éstas en cuanto a género y que dependen de la naturaleza psicodinámica femenina, de su proceso de socialización... Ante lo cual, la mayoría de las veces y debido al desconocimiento de la naturaleza que lo produce, se responde con la prescripción de fármacos o relacionándolo con alguna patología. De ahí la necesidad que tenemos los profesionales de enfermería de conocer y manejar estas situaciones, para afrontar dicha problemática con asertividad.

Para finalizar, las mujeres como agentes de salud, son impartidoras y educadoras fundamentales de la familia. Las actitudes, hábitos, comportamiento que transmiten son de suma importancia; de ahí la relevancia que tiene el modificar sus concepciones referidas a la salud, ya que éstas le ayudarán a entender su propia problemática, facilitándole el manejo de los recursos propios que favorecerán el autoconocimiento, el autocuidado y la propia autonomía personal de ella y de su familia.

LA PROPUESTA FEMINISTA Y LA ENFERMERÍA



Rosa G. Queral Casanova
Carmen Vives Relats

E.U.I. Univ. Rovira i Virgili
Tarragona

INTRODUCCIÓN

Desde épocas remotas se conoce que la actividad de cuidar de la familia, de los hijos, la producción y distribución de los alimentos , el cuidado de los miembros convalecientes, enfermos, impedidos han estado atribuidos a las mujeres como madres, abuelas, esposas, hijas y vecinas. Han sido y son las mujeres las principales protagonistas. Las responsabilidades de las mujeres han sido y son: observar la familia, detectar necesidades y problemas, identificar enfermedades, acompañar a los enfermos, dispensar cuidados, primeros auxilios, educar a los hijos e hijas sobre los efectos adversos de los diferentes comportamientos, ayudarlos a asumir la propia salud, acompañar a los familiares, amigos y amigas en los estados agónicos. De estas responsabilidades emanan las funciones que la enfermería desarrolla y ha de desarrollar en la práctica de la profesión. Dentro o fuera de la familia, dentro o fuera del sistema sanitario, las mujeres superan en número a los hombres en lo relativo a los cuidados de salud. Son muchas las razones que explican la tendencia mayoritaria de las mujeres a dispensar atención de salud. Una explicación vincula este hecho a la diferenciación por razón de GÉNERO. Este hecho se traduce a la práctica en una división sexual en el trabajo en la familia y en el mercado laboral. Aunque no hay ninguna razón para que las funciones domésticas y el cuidado de la familia, asignadas culturalmente a las mujeres no puedan desarrollarse con la misma eficacia por los hombres, parece ser que no hay ninguna sociedad en la que los hombres hayan reemplazado totalmente a la mujer en esta clase de trabajos.

De todas las profesiones sujetas a estereotipos basados en la diferencia de sexos, la Enfermería aparece como la más gravemente afectada ya que las enfermeras se encuentran doblemente condicionadas a desa-

rrollar un papel subordinado: en primer lugar por la sociedad en general, en segundo lugar por el medio de trabajo y en el ámbito doméstico. El sexo es una variable importante en la profesión de enfermería. La enfermera ha estado y aún esta condicionada por el carácter femenino y vocacional que se le ha querido dar, ello nos lo demuestra el hecho que aún hoy, la composición sea mayoritariamente femenina y se siga hablando de enfermera y no enfermero, nombrando a éste como ATS o practicante. También fuera de la connotación personal y de GÉNERO , es necesario que nos fijemos en la aportación interdisciplinar que esta representada en los equipos de Atención Primaria, en los equipos hospitalarios y en los colegios profesionales.

Dada la composición mayoritariamente femenina de nuestra profesión, que en nuestras comarcas representa un 86,53% de mujeres y un 13,47% de hombres colegiadas/os, nuestra hipótesis parte de que los problemas prevalentes en nuestra profesión tienen como substrato el GÉNERO y es necesario estudiar los diferentes postulados, propuestas y estrategias feministas como camino para la solución de dichos problemas y la obtención del reconocimiento de la capacidad y competencia profesional.

METODOLOGÍA

El estudio que les presentamos es una síntesis de un estudio cualitativo realizado mediante la técnica de consenso dirigida a 2 grupos nominales a los que se les pasó un cuestionario de preguntas cerradas (dicotómicas, encadenadas, de valoración) y abiertas (de opinión, información, motivos).

Elección del grupo nominal: Se eligieron dos grupos nominales, el primero de ellos formado por 7 profesionales de la enfermería mujeres, cuya media de edad fue de 42 años, procedentes del ámbito hospitalario, atención primaria, docencia, gestión y que según nuestro criterio son personas que en algún momento de su vida profesional han destacado como personas comprometidas en la mejora de nuestra profesión. El segundo formado por 20 alumnos/alumnas de nuestra escuela, representado por 17 mujeres y 3 hombres, cuya media de edad era de 25 años y fueron elegidos de forma aleatoria..

Las variables de estudio fueron las siguientes: ***filiación*** (ámbito de profesión, edad, estado civil, años de profesión), ***género*** (maneras de pensar, hacer y valores atribuidos al género masculino y femenino), ***profesión*** (existencia de la profesión, razones por la que dejaría la profesión, reconocimiento social, intereses intrínsecos y extrínsecos que impiden la autonomía de la profesión, papel de las E.U.E.), ***feminismo*** (participación en grupos de presión, trabajo doméstico, rol femenino, grupos feministas, estrategias feministas).

Procedimiento: Se reunieron a los dos grupos por separado, durante media hora todas las personas convocadas contestaron el cuestionario. Una vez transcurrido este tiempo cada participante expuso sus respuestas que se fueron anotando, clasificando, abriéndose un período de discusión y procediendo a la votación de las ideas más representativas.

RESULTADOS

A la pregunta de que si existía una manera de pensar femenina y una masculina se contestó en un 100% que **si.**

Las maneras de pensar masculinas y femeninas se expresaron de la siguiente manera, (las frases en negrita y subrayadas son para destacar aquellas que fueron más votadas):

Los rasgos que definen **la manera de pensar femenina** según los dos grupos de estudio son : **La intuición**, el prevalecer los sentimientos por encima de la razón, por la reflexividad, **el pragmatismo**, el cálculo, el realismo, la madurez y la sensatez. También se definió como una manera de pensar irracional, **débil, sumisa, puñetera**, lunática, **calculadora**, con deseos de poder y **envidia.**

Los rasgos que definen **la manera de pensar masculinos** según los dos grupos de estudio son: **La racionalidad, agresividad, pensar solo en el presente, superioridad, no expresar sentimientos**, productividad, **poco reflexivos**, poco decididos, frialdad, **egoístas**, falta de intuición, **chulos**, protectores hacia la mujer

Las maneras **de hacer femeninas** se definieron por lo siguiente: Delicadas, tranquilas, comprensivas, **sumisas**, sensibles, reflexivas en exceso, maquiavélicas, astutas, **amables, cuidadoras**, detallistas, **pasivas**, practicas, **traidoras**, cursis y sexis.

Las maneras **de hacer masculinas** según los dos grupos de estudio son: **Autoridad, agresividad**, irreflexivos, **egoístas**, secos en el trato, normativistas, eficaces, eficientes, impulsivos, **prepotentes**, rápidos y chulos.

Los **valores femeninos** según los dos grupos estudiados son: **Debilidad**, paciencia, protección, **delicadeza, ternura, sensibilidad, sumisión**, picardía, ignorancia, orden, pulcritud, sacrificio, **intuición**, armonía, sentimental, ingenuidad, fragilidad, feminidad, dulzura, romántica, creatividad, solidaridad, fidelidad, individualidad.

Los **valores masculinos** según los dos grupos de estudio son: **Poder, libertad**, autonomía, **fuerza**, capaz de actuar en casos complejos, **rudeza, potencia**, sinceridad, compañerismo, egoísmo, inteligencia, individualismo, culto, **valiente**, **violento**, aventurero.

A la pregunta de por qué muchos valores atribuidos a las mujeres están desvalorizados socialmente las respuestas fueron:

Por valores de asignación que comportan la idea de que la mujer es menos inteligente, más débil, poco rentable socialmente. **Por miedo** a perder el status de dominio por parte del género masculino.

A la pregunta de si crees que la enfermería obtiene el reconocimiento profesional respecto a su trabajo como el que obtienen otros profesionales sanitarios, las respuestas fueron:

- Existencia de una idea fatalista. "tenemos lo que nos merecemos"
- No se defiende lo propio. No nos hacemos respetar.
- Porque nos limitamos generalmente a tareas delegadas.
- Porque cuidar es tan obvio que no merece consideración.
- Porque los cuidados son cotidianos y no espectaculares.
- Porque no sabemos posicionarnos en el mundo sanitario.
- Por la poca solidaridad entre nosotras.
- Por la creencia que nos falta una función propia.

- Por falta de conocimiento del colectivo de nuestras funciones propias.
- Depende de si eres un buen profesional.
- Depende de si te sientes un buen profesional.

A la pregunta de qué intereses están subyacentes e impiden la autonomía de la profesión, contestaron:

- Por el hecho de ser un colectivo mayoritariamente femenino.
- Por la falta de interés por la profesión.
- Por la lucha competencial de otros profesionales.
- Por intereses económicos
- Por falta de motivación, implicación.
- Por exceso de sumisión.

A la pregunta de que opinión te merece la frase " la unión hace la fuerza", la contestación fue:

- Necesaria para luchar por nuestros objetivos, para entender lo que hacemos.
- Es difícil, competimos entre nosotras y nos guardamos información.
- No va con la enfermería ni con las mujeres.
- La enfermería habla, se queja, critica, pero no actúa.
- Seria bueno seguir el ejemplo de los médicos, ellos se defienden unos a otros.

A la pregunta de si crees que las enfermeras y enfermeros deberían promocionar redes de ayuda mutua y de colaboración la respuesta fue:

- Son necesarias para identificar nuestros problemas, analizarlos y solucionarlos.
- Son necesarias para aprender y ser solidarias.
- Nos ayudarían para que se nos reconociese, pero somos cómodas, pasivas, poco competitivas.

A la pregunta de cuales son los factores que motivan a las mujeres a participar en grupos de presión, asociaciones, partidos políticos, colegios profesionales, etc. la respuesta fue:

- Por injusticia social
- **Por los hijos**.
- Para mejorar aspectos de la sociedad
- Para demostrar sus capacidades.
- Por impotencia delante de algunos hechos.
- Por parecerse a los hombres.
- Ante la falta de comprensión, ayuda, soledad, los grupos cuidan y ayudan.

A la pregunta de valoración de las tareas domésticas: El 50% de los/las alumnos/as diariamente se hacen la cama. El 30% arregla los armarios. El 20% colabora en todas las tareas de la casa. El 80% de las profesionales organizan y ejecutan todas las tareas domésticas.

A la pregunta de si consideran que el cuidado de la familia es un hecho eminentemente femenino las respuestas de ambos colectivos fueron:

- Puede hacerlo tanto el hombre como la mujer, el hecho es que el hombre no quiere hacerlo.
- La mujer es más comprensiva, detallista y está más preparada.

A la pregunta de si las E.U.E. potencian la sumisión de la mujer y las cualidades de eclipsamiento de la profesión, la repuesta de los/las estudiantes fueron que no, que se les ayudaba a luchar por su autonomía. El colectivo profesional contestó que si.

A la pregunta de que actividades deberían promocionar las E.U.E. para potenciar la enfermería, las respuestas fueron:

- Campaña de autoimagen en el colectivo.
- Campaña en los medios de comunicación.
- Definir y explicitar las funciones de enfermería.
- Ampliar los estudios un año más.
- Preparar para ser líderes.
- Motivar el espíritu de lucha.

A la pregunta de por qué el colectivo participa poco en los colegios profesionales, las respuestas fueron:

- Por otras prioridades: la familia y las tareas domésticas.
- Por sentimientos de inferioridad.

- Por poco interesante.
- Para no tener responsabilidades.
- Por falta de solidaridad.
- Por falta de tiempo.
- Por falta de interés profesional.
- Por que ocupan su tiempo descalificándose unas a otras.
- Por pasividad, falta de interés en la participación social.

A la pregunta de si crees que los problemas de enfermería se solucionarían si las profesionales tomasen conciencia de que muchos de sus problemas son debidos a su rol de mujer, la respuesta fue: SI 29,63%, NO : 66,66%.

A la pregunta de qué actividades, acciones o estrategias debería adoptar el colectivo de enfermería para mejorar su situación las respuestas fueron:

- Autocrítica,
- Cultura de trabajo. Estudio de los problemas laborales y domésticos.
- Plantearse la necesidad de actuar y de opinar.
- Luchar por mantener lo conseguido.
- Considerar la profesión de enfermería ni masculina ni femenina.
- Enseñar a los usuarios de nuestros servicios lo que podemos hacer.
- Organizarnos
- Tomar conciencia de nuestro papel subalterno.
- Esclarecer nuestras funciones.
- Necesidad de estudiar en el colectivo de enfermería las connotaciones de género. Las Escuelas deben introducir la perspectiva de género en el diseño curricular en los estudios de enfermería.

A la pregunta de que opinión te merecen los grupos feministas, las respuestas fueron:

- Muy buena, porque luchan por nuestros derechos
- No deberían existir
- Es una forma de automarginarse.
- Crean más desigualdad.

- Son unas reprimidas.
- Son unas radicales. No tenemos que ser como los hombres.

A la pregunta de si crees que sus postulados y estrategias se podrían aplicar al colectivo de enfermería, las respuestas fueron:

SI, porque luchan por la igualdad y por el respeto a la diversidad, porque la unión hace la fuerza, por la solidaridad, porque nosotras también somos responsables de lo que nos pasa, porque es necesario establecer redes de ayuda mutua, de colaboración, de compañerismo.

NO, porque sus postulados son utópicos .

CONCLUSIÓN

Referente al estudio, los/las participantes estudiantes y profesionales señalaron que el cuestionario les había hecho reflexionar y creían que era un buen tema para debatir en el colectivo de enfermería. A raíz de ello hemos programado para el próximo cuatrimestre unas jornadas sobre "la historia social de las mujeres y enfermería" a la que estáis invitadas.

Por nuestra parte sabemos que la historia de nuestra profesión acostumbra a dar mucha importancia al proceso de formación de nuestros enfermeros y enfermeras. Este proceso históricamente ha procurado, en muchos momentos, potenciar las cualidades de eclipsamiento, ha procurado mantenernos apartadas de las decisiones que nos afectan y ha potenciado la sumisión como forma de justificar un status profesional no autónomo. La falta de valor social de los cuidados de enfermería se manifiestan fundamentalmente por la limitación de posibilidades, de responsabilidad, de falta de resonancia de la voz profesional.

Creemos que los problemas inherentes a nuestra profesión son fundamentalmente problemas de género, por tanto, pensamos que son las estrategias feministas las que ayudarán a nuestra profesión.

La teoría feminista adopta como uno de sus postulados, el hecho de que la ideología patriarcal distribuye en función del género, los roles sociales. Esta distribución arbitraria marca las actitudes que discriminan a las personas a lo largo de su vida.

Una propuesta feminista consiste en romper esta ideología y sus mitos. Es una propuesta política fundada sobre valores igualitarios y de respeto a la diversidad.

El feminismo apoya valores como la intuición, la escucha, la compasión, la abnegación, la tolerancia... valores que la ideología patriarcal menosprecia como valores pasivos.

En la práctica, el movimiento feminista se fundamenta sobre la convicción de que la "unión hace la fuerza", que debemos unir esfuerzos y talentos, se debe asumir la responsabilidad de la propia lucha para obtener un reconocimiento de nuestras capacidades y competencias. La profesión de enfermería aspiran que sus conocimientos, sus prácticas sean tomadas en serio. Debemos recuperar el orgullo de ser mujeres y el orgullo de cuidar. La investigación feminista y la ciencia de la enfermería tienen una visión global del mundo y tienen el privilegio de ofrecer una visión cualitativa que puede ayudar a clarificar y desarrollar una especial sensibilidad hacia la comprensión de las necesidades humanas, que favorezcan la evolución armoniosa, autónoma y solidaria de los hombres y las mujeres.

BIBLIOGRAFÍA

1. ALBERDI CASTELL, R. (1993) : " Las enfermeras para el tercer milenio" Revista ROL de Enfermería número 178 junio pág.43-50.
2. CANALS, J. (1993): " La imagen femenina de la Enfermería" Revista ROL de Enfermería núm. 172 pág. 29-33
3. GENDROM, COLETTE (1993): " Stretégies féministes 1-2" Infirmiès du Canadà mayo - junio pág. 45-47 y 41-43
4. PIZURKI, H. (1988): Función de las mujeres en la asistencia sanitaria Ginebra Ed. O.M.S.
5. QUERAL CASANOVA, R . (1993): " La condición femenina del cuidar" Paper d'Infermeria núm.2 pág. 10-11

EFECTOS DEL GÉNERO FEMENINO SOBRE LA ENFERMERÍA: UN FACTOR DE PROGRESO O RETROCESO

Isabel Segarra Cañamares
Margarita Garrido Abejar
Mª Rosa Fuentes Chacón
Mª Dolores Serrano Parra

E.U.E. Universidad Castilla-La Mancha
Cuenca

INTRODUCCIÓN

La enfermería como profesión eminentemente femenina ha estado marcada históricamente por dos ideologías predominantes: una concepción religiosa sobre el cuidado y un discurso sexista sobre el rol social de la mujer. Robinson traduce estas reflexiones en la siguiente frase: «La enfermera es el espejo en el que se refleja la situación de la mujer a través de los tiempos». Robinson, 1946 en Donahue, 1985.

A lo largo de nuestra comunicación hemos intentado mostrar esta imagen dada por las enfermeras, y ver si de alguna manera ha impactado y por lo tanto ha creado una huella que signifique el progreso o retroceso de la profesión.

Analizaremos las claves de la socialización discriminatoria de las mujeres. Continuaremos con un recorrido histórico de la mujer-enfermera y como ha ido avanzando la profesión dando respuestas a las necesidades sociales. Y por último, reflexionamos sobre el papel y las responsabilidades que tienen o deben asumir las distintas profesiones enmarcadas en un ambiente de crisis.

INFLUENCIA DE LOS PROCESOS DE SOCIALIZACIÓN

El proceso de socialización como modelado social ha sido definido por Harris (1986) como: «Una forma de aprendizaje parcialmente consciente y parcialmente inconsciente a través de la cual la generación de mayor edad, induce y obliga a la generación mas joven a adoptar los modelos de pensar y comportarse tradicionales». «Es por tanto un mecanismo cultural regulador del comportamiento de los individuos. Se interiorizan las pautas culturales como obligaciones morales o reglas de conciencia implícitas a la vida social, por ello, apenas se advierte el peso del control social y no se suele tener sensación de obediencia ni de ser objeto de coacción». Garrido y Serrano (1995).

No obstante los comportamientos sociales cambian como consecuencia de que determinados individuos encuentran vías de influir en la sociedad.

La socialización tiene por una parte una función homogeneizadora, ya que mediante ella se transmiten una serie de normas, valores y expectativas sociales que son iguales para todas las personas. Pero la socialización tiene también y principalmente una función diferenciadora que se realiza en base a variables como el sexo, la edad, el nivel socioeconómico y cultural, etc.

Es la variable sexo la que toma un gran protagonismo en el proceso de socialización, ya que en este proceso de aprendizaje de roles sociales se crean diferencias o se incrementan las existentes, ya en el mismo momento de «nacer varón» o «nacer mujer», educando a los sexos de forma divergente. Poal Marcet (1993).

La sociedad también tiende a encasillar a cada sexo en un ámbito concreto y claramente diferenciado del otro. Así, de cada sexo se espera que sea exitoso básicamente en un solo ámbito y se le adiestre para ello, educándolos para que deseen estar y disfruten en ese ámbito y para que valoren su felicidad en función del éxito en él.

En el caso de las mujeres, el ámbito para el que se las ha socializado es el privado (familiar, doméstico, afectivo). A las mujeres no se las socializa para que consideren el trabajo fuera de casa y la manutención económica propia y de sus hijos, como una obligación prioritaria ni como un valor intrínseco a su condición de mujer.

A los hombres, por el contrario, se les socializa para que se incorporen y progresen en el ámbito público (laboral, académico, tecnológico, científico, político). El valor trabajo se les inculca como concluyente de su condición de hombre, y el automantenerse y/o sustentar económicamente a su familia se les señala como opción única y obligación prioritaria.

«La socialización discriminatoria produce como resultados aspectos negativos, pero por otra parte también existen algunas ventajas y aspectos positivos y recuperables de la socialización recibida por las mujeres». Durán, M.A. et al. (1987).

En cuanto a los aspectos negativos podríamos destacar:

- Tendencia a la autorrenuncia.
- Tendencia a la autolimitación.
- Menor estimulación hacia el logro, poder y éxito.

- Inducción a mantenerse en el ámbito privado, muy limitado pero más seguro y conocido.
- Restricción de libertades.
- Sentimiento de impotencia.
- Dependencia e indefensión aprendida.
- Y mayores obstáculos para el acceso al poder.

Todos estos factores llevan implícitas unas estrategias que dificultan el cambio, como son la aparición de:

- Resistencias a introducir cambios que mejoren su situación.
- Obtención de beneficios como comodidad, seguridad, si se mantiene la situación.
- Dificultad para afrontar retos y cambios.
- Y obstáculos para el acceso al poder y al éxito público.

Por otra parte y como se ha señalado anteriormente también existen aspectos positivos en la socialización recibida por las mujeres.

Entre las características positivas están:

- Habilidades para las relaciones humanas: capacidad empática, capacidad de comprensión afectiva, intuición, creatividad,...
- Capacidad de manejo del entorno inmediato: autocuidado, salud,...
- Mantenimiento del contacto con sus propios sentimientos e ideas.
- Capacidad de trabajo.
- Capacidad de improvisación, de planificación,...
- Autodisciplina.
- Responsabilidad.
- Etc.

Todas estas características positivas son altamente beneficiosas para la sociedad en su conjunto, muy útiles para el bienestar de la propia mujer y altamente adaptativas, transferibles y útiles para el mundo laboral, es decir, facilitadoras para la (re)incorporación, mantenimiento y progreso en el mundo laboral, y beneficiosas para el ámbito profesional

Además de que hoy en día, las mujeres estamos advirtiendo el peso del control social, estamos en un momento de ruptura de moldes, de

cuestionamiento de los roles sexuales, la socialización diferencial entre hombres y mujeres no solo es injusta sino que además resulta insatisfactoria, ya que no responde a la totalidad de las necesidades que plantean tanto los hombres como las mujeres.

Encasillar a las personas en un sólo tipo de función no sólo supone prepararlas mal para asumir otras responsabilidades, sino también acostumbrarlas a pensar y actuar parcialmente.

MUJER-ENFERMERÍA Y DESARROLLO PROFESIONAL

Como diría Collière (1993) «pertenecer a una profesión es como pertenecer a una clase social que tiene un lugar determinado en la jerarquía del poder, regulador de la sociedad».

La clase social y la conciencia de clase, no se puede sustraer del devenir de los hechos sociales, se va configurando atreves de la historia. En un intento de arrojar algo de luz en el panorama de la profesión enfermera, analizaremos algunos de los elementos que, desde nuestro punto de vista, podrían permitirnos ver los hechos que han marcado y marcan el ejercicio de la enfermería.

Un primer elemento a considerar: de forma tradicional y mayoritaria la profesión ha sido ejercida por mujeres. Y como hemos intentado apuntar la socialización ha sido discriminatoria y a conducido a modelar a la mujer para el ámbito de lo privado en detrimento de sus posibilidades para incorporarse al ámbito laboral, ello hace que la mujer anteponga su vida familiar a su desarrollo profesional y esté en clara desventaja para competir en un campo laboral conflictivo .

Un segundo elemento a tener en cuenta: la mujer-enfermera vocacional. Desde los inicios, los cuidados han sido considerados como actividades orientadas y dirigidas a mantener la vida en las mejores condiciones posibles. Cuestiones ligadas al mundo de la mujer, para los que como instrumento no tenía mas que su intuición y su saber ancestral y que eran valoradas socialmente de forma positiva.

Cuando las necesidades sociales desbordan el ámbito familiar, se inicia la institucionalización de los cuidados y aparecen los primeros hospitales, con un carácter benéfico y que son auspiciados por motivaciones religiosas.

En nuestro entorno cultural el Cristianismo influye decisivamente. Impulsa conductas dirigidas al cuidado de los enfermos como un medio para garantizar la salvación eterna. En los Hospitales promovidos por estos ideales se perfila la figura de la enfermera, pero como mujer consagrada, cuyo único requisito para servir-ayudar a los enfermos es tener una alta cualificación moral. La actividad de cuidar a personas ajenas a su propia familia, lejos de servir de punto de inflexión para favorecer la progresiva laboralización de ese servicio, se mantuvo durante mucho tiempo, hasta finales del S.XIX. El servicio que prestan las mujeres consagradas tiene un claro valor social pero no interesa que se traduzca en valor económico.

Cabe reflexionar sobre la influencia de la herencia cristiana. No quisiéramos parecer desconsideradas para con la importantísima aportación de las ordenes religiosas para con el cuidado y ayuda de los enfermos pobres y desvalidos, pero impregnó a la enfermera vocacional de una ideología polémica. Como recuerda Donahue (1985): «Se relaciona con la religión y las Ordenes religiosas, la disciplina se convirtió en un modo de vida. Quienes se dedicaban al cuidado habían de ser adiestrados en la docilidad, pasividad, humildad y desprecio total por sí mismo. Se promulgó la obediencia incontestable al sacerdote o el médico. El criterio individual y la responsabilidad de la enfermera en la toma de decisiones fueron olvidadas y ajenas a la enfermería durante mucho tiempo».

Es interesante destacar los intentos innovadores llevados a cabo en el S.XIII por las Beginas de Flandes. Movimiento de mujeres dedicadas al cuidado, que fue abortado por alcanzar popularidad entre la gente y escapar del control eclesiástico. El que el servicio de proporcionar cuidados no iniciase movimientos asociativos se debe al férreo control social que se tenía sobre las mujeres-enfermeras y al encasillamiento a que se las sometió. Fueron excluidas de todo lo relacionado con la formación, reflexión sobre su trabajo, salario, etc. C.f.r Hernández (1995).

El tercer y último elemento: la mujer-enfermera profesional. La secularización y profesionalización de los cuidados de enfermería fechado en el S.XX . Se configura de forma definitiva en un primer momento bajo la concepción Nightingale, pero conforme las conocimientos y tecnologías van adquiriendo complejidad, las ideas Nightingale se desvirtúan. Progresivamente se precisa y se preparan, en consecuencia, profesionales que se ocupen de ayudar a los médicos en cuestiones técnicas.

La enfermería se consolida en un mundo laboral configurado en torno a la enfermedad y al hospital y cuyo principal protagonista es el médico. En este campo el saber está monopolizado. Por esta razón la incursión en el mundo laboral de las enfermeras se produce con fricciones, su reconocimiento profesional ha estado subestimado y su capacidad de decisión y en definitiva de poder, está claramente devaluado hacia el sector con el que se establece competitividad.

Estos elementos que han marcado nuestra historia, por tanto nuestro presente, se comportan como mecanismos inconscientes u ocultos a los que no nos podemos sustraer. El sistema profesional está atrapado por un doble vínculo, por una parte están los mensajes afectivos derivados de la educación como mujeres, los aspectos vocacionales, la forma de entender el cuidado y los valores morales que han precedido a su historia pre-profesional. Por otra parte está el vínculo normativo con los mensajes ligados a la tecnología como los más importantes para el desarrollo profesional.

Quizá lo más paradójico del proceso de profesionalización en enfermería haya sido que el reconocimiento profesional ha estado ligado a la tecnología y no a las aportaciones de la mujer cuidadora. La colaboración con la Medicina ha sido el elemento mas destacable en el camino hacia la implantación profesional. Asociamos con frecuencia a las enfermeras administrando tratamientos médicos, realizando pruebas diagnósticas... Y estas acciones tienen una valoración instrumental en el ámbito científico, mientras que la ayuda en actividades cotidianas está devaluada.

CONCLUSIÓN O LA NECESIDAD DE CONJUGAR HISTORIA Y FUTURO

El Sistema Nacional de Salud definido en la Ley General de Sanidad contempla las características fundamentales que van a marcar la política y estrategias que definen el modelo de atención consensuado para el Sistema Sanitario, estas son:

- La extensión de sus Servicios a toda la población.
- La Organización basada en una atención integral.
- La Coordinación entre los diferentes niveles de atención.
- La prestación de servicios de salud con altos niveles de Calidad.

Estas pretensiones políticas están encontrando frenos importantes desde la perspectiva de la financiación, por ello cualquier profesional implicado en el proceso de atención debe considerar su responsabilidad en este sentido.

Con respecto a las repercusiones económicas, todos los profesionales de la salud gestionan y consumen recursos del sistema sanitario público. Es cierto que no todos gastan por igual, ni generan igual demanda. Pero a todos es necesario llamar a la responsabilidad para que cada uno sea consciente de lo limitado de los recursos. Ello no significa renunciar a prestar una atención con calidad, sino mas bien y por el contrario significa que hay que pensar en términos de eficiencia y de desarrollo sostenible.

En lo relativo a las repercusiones sociales del servicio que las enfermeras ofrecen es claro que no puede ser medido sino en términos de satisfacción y calidad de vida de los atendidos. No creemos que las personas deseen recibir medicación sin justificación, hospitalizarse, someterse a pruebas diagnósticas, etc. Las personas necesitan seguridad y una atención personalizada y de calidad, que facilite la independencia y la capacidad de autocuidado, esto es en definitiva el rol social que las enfermeras han de desempeñar. Ello redundaría en un claro beneficio económico-social que permitiría reducir un costoso intervencionismo en los procesos leves y crónicos que son los mas frecuentes.

Los efectos del género sobre la profesión de enfermería se han comportado de forma ambivalente, han sido un factor de progreso en las sociedades que regían su economía basada en la reciprocidad. En ellas se consideraba tan fundamental el cuidado de la familia como otro tipo de trabajo. Pero ha sido un factor de retroceso en las épocas y contextos históricos regidos por la economía de intercambio porque la valoración económica de los cuidados en estos términos ha sido escasa. Sin embargo precisamente las cualidades que la socialización discriminatoria le ha imprimido, son susceptibles de ser desplegados en su vida profesional, especialmente, cuando la profesión que ejerce es la de Enfermería, para lo que es preciso un instrumento básico: la capacidad de interacción. Saber potenciar los aspectos fundamentales del cuidado y combinarlos con una buena preparación técnica serán motores de progreso y desarrollo profesional.

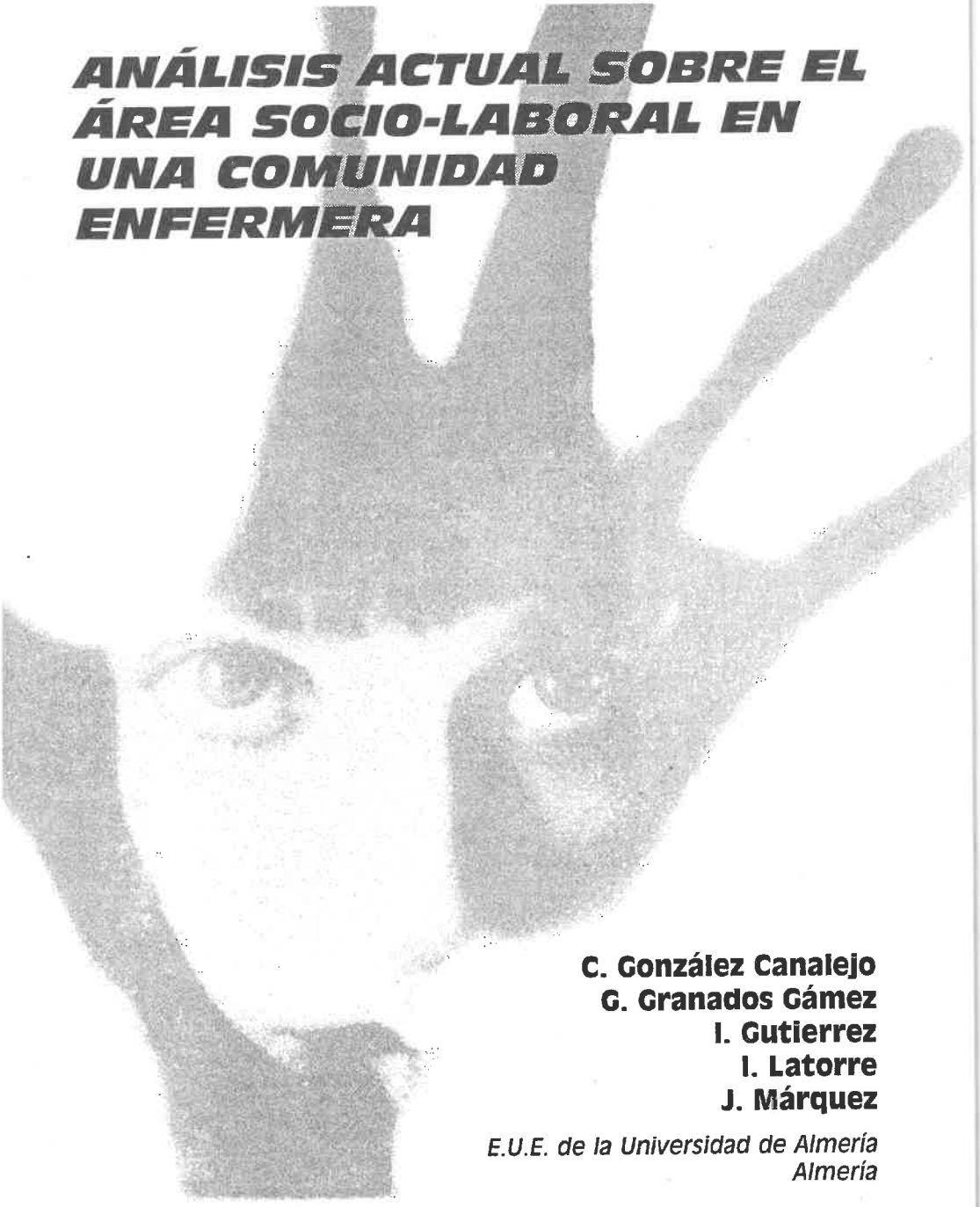
El código genético profesional de la enfermería está lleno de posibilidades. Como mujeres las enfermeras poseen unas habilidades por las relaciones interpersonales que son preciso potenciar y desarrollar para que los individuos detrayendo menos recursos - consumiendo menos tecnologías - alcancen mayores niveles de bienestar. Los indicadores de salud de la población no mejoran aunque el gasto en sanidad está siendo creciente. Pero para que el potencial de acción se despliegue son las enfermeras las que tienen que competir en su marco laboral y creer en sus propias posibilidades. Posibilidades que han de estar explícitas en cuanto a: metas a conseguir, estrategias, instrumentos, etc.

Desde nuestro punto de vista el reto para el presente-futuro será reconciliar los aspectos técnicos con los aspectos del cuidado, en una práctica integradora en la que si algo ha de estar sobrevalorado son los cuidados como fuente que favorece la vida y posibilita la eficacia de los tratamientos médicos. Se trata de «poner la técnica al servicio de los cuidados y no viceversa», Collière (1993) y se trata igualmente de favorecer que la Enfermería pueda recuperar el liderazgo socioemocional en la atención a la salud durante tanto tiempo olvidado.

BIBLIOGRAFÍA

1. COLLIÈRE, Mª.F. (1993): Promover la vida. Madrid. Interamericana.
2. DONAHUE, P. (1985): Historia de la enfermería. Barcelona. Doyma.
3. DURÁN, M.A. ET AL (1985): De puertas a dentro. Madrid. Instituto de la Mujer.
4. GARRIDO, M. Y SERRANO, M.D. (1995): «Patrones funcionales de Salud» en Enfermería Fundamental de Fernández y Col. Barcelona. Masson.
5. HARRIS, M. (1990): Introducción a la antropología General. Madrid. Alianza.
6. HERNÁNDEZ CONESA, J. (1995): Hª de la Enfermería. Madrid. Interamericana.
7. LEY GENERAL DE SANIDAD, 14/1986, de 25 de Abril, (B.O.E. de 29 de Abril).
8. SANTO TOMAS, M. (1995): «Hª de la Enfermería» en Enfermería fundamental de Fernández y col. Barcelona. Masson.

ANÁLISIS ACTUAL SOBRE EL ÁREA SOCIO-LABORAL EN UNA COMUNIDAD ENFERMERA



C. González Canalejo
G. Granados Gámez
I. Gutierrez
I. Latorre
J. Márquez

E.U.E. de la Universidad de Almería
Almería

PLANTEAMIENTO

En la situación actual, son numerosos los estudios sociológicos que demuestran la falta de igualdad de oportunidades de la mujer en el área socio-laboral. Pensamos que la situación de la enfermera podría ser explorada con el fin de analizar si estas mismas diferencias ocurren en su campo profesional. Así mismo, las conclusiones en la reciente Conferencia Internacional sobre la mujer en Beijin (China) (1), indican que las oportunidades de la mujer en el terreno laboral están en situación de desigualdad incluso en los paises más civilizados. Esta cuestión unida a las especiales características de la enfermería ejercida mayoritariamente por mujeres, nos ha animado a realizar el presente estudio observacional.

JUSTIFICACIÓN

Con este planteamiento, nos ha surgido el interrogante sobre si el desarrollo de las actividades enfermeras en el ámbito laboral aunque legalmente se contempla de forma igualitaria en nuestro país para ambos sexos, se llevaba a la práctica realmente con igualdad de oportunidades. Por otro lado sería oportuno analizar, si fuera del ámbito laboral se cumplían los mismos requisitos de oportunidades para ambos sexos en cuanto a los aspectos de promoción, recreación, trabajos domésticos, responsabilidad familiar, etc....

La cuestión es:

¿Tienen las enfermeras más o menos dificultades y oportunidades que los enfermeros dentro del ámbito laboral?. Después de terminar su jornada de trabajo, ¿Tienen las enfermeras las mismas oportunidades de recreación y expansión que sus compañeros con la misma jornada ?. En

último lugar y para completar nuestro análisis social, también cabría preguntarnos:¿ Asumen los enfermeros las mismas responsabilidades familiares, económicas y trabajos del hogar que sus compañeras enfermeras?.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio realizado a 105 profesionales de Enfermería (49 hombres y 56 mujeres) de la capital almeriense, cuya labor asistencial la realizan en el Hospital General de mayor número de enfermeros de nuestra ciudad (482), los cuales tienen una edad comprendida entre los 20 y 50 años.

Para nuestro propósito, hemos elaborado unos ítems que recogen las áreas de interés expuestas en el planteamiento anterior, los cuales han sido contestados de forma totalmente anónima y cuyas respuestas han sido recogidas en sobres cerrados. El cuestionario se ha repartido en aquellas unidades donde trabajan enfermeros de ambos sexos, con idénticas características de trabajo y turno.

Las áreas de interés incluidas en los Items han sido las que recogen los siguientes aspectos:

LABORALES	Salario
	Promoción profesional (ascensos y currículum)
	Igualdad de oportunidad en la elección de puestos y turnos.
	Periodos vacacionales y días libres
	Necesidad de elegir turnos determinados.
SOCIALES	Realización de otros estudios
	Realización de otros trabajos remunerados
	Atención a la familia
	Trabajos domésticos
	Deportes-otras actividades recreativas
	Compartir responsabilidades extralaborales con su pareja

El método utilizado ha sido el descriptivo aplicando los porcentajes respecto al número total de respuestas contestadas en cada ítem.

RESULTADOS

A través de los datos se observa:

1. ÁREA LABORAL

En el ítem A, correspondiente a la igualdad de oportunidades dentro del área laboral encontramos: (gráfico 1)

SALARIO

MAS	0%	0%
MENOS	6%	0%
IGUAL	♂ 94%	♀ 100%

PROMOCIÓN

MAS	2%	2%
MENOS	6%	5%
IGUAL	♂ 92%	♀ 93%

ELECCIÓN DE TURNOS

MAS	2%	4%
MENOS	8%	4%
IGUAL	♂ 90%	♀ 92%

VACACIONES

MAS	2%	4%
MENOS	2%	4%
IGUAL	♂ 96%	♀ 92%

En el ítem B, los resultados que reflejan las necesidades por las cuales se solicitan determinados turnos de trabajo son: (gráfico 2)

ADECUACIÓN DEL HORARIO LABORAL

NEC. FAMILIAR	25%	♀ 48%
NEC. LABORAL	6%	0%
OTROS	69%	52%

2. ÁREA SOCIAL

En el ítem C, referente a cómo emplean los enfermeros/as su tiempo libre obtenemos los siguientes resultados: (gráfico 3)

	♀	♂
REALIZAN	36%	33%
TRABAJO	0%	33%
ATENCIÓN	80%	64%
TRABAJOS	53%	42%
ACTIVIDADES	40%	46%

Ítem D, que recoge el reparto de responsabilidad extralaboral con la pareja indica: (gráfico 4)

RESPONSABILIDAD FAMILIAR

MAS	5%	24%
MENOS	26%	2%
IGUAL	♂ 69%	♀ 74%

CARGA ECONÓMICA

MAS	26%	18%
MENOS	2%	12%
IGUAL	♂ 72%	♀ 70%

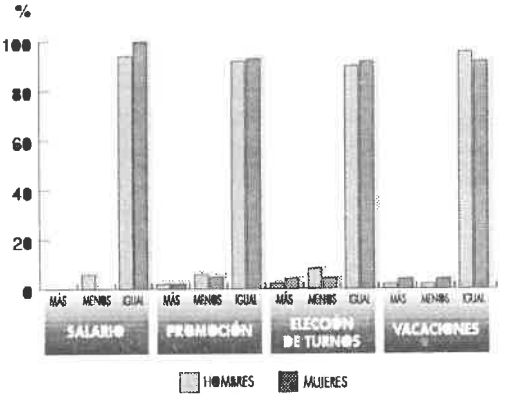
TRABAJO DOMÉSTICO

MAS	0%	60%
MENOS	60%	0%
IGUAL	♂ 40%	♀ 40%

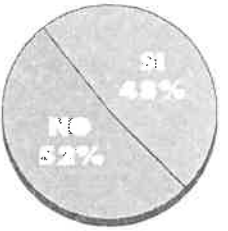
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En el análisis general de los resultados obtenidos llama especialmente la atención:

1. **En el área laboral,** en todos los casos planteados, los enfermeros de ambos sexos consideran que existe igualdad de oportunidades (más del 90%).(gráfico 5)

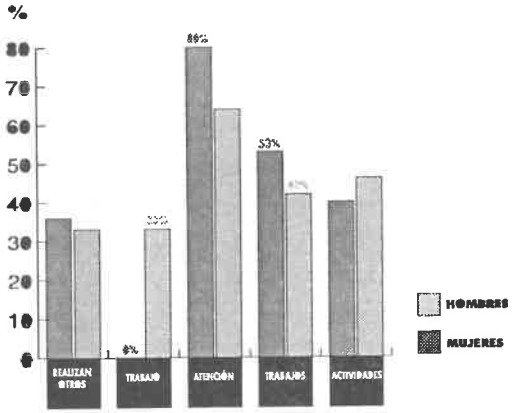


Continuando con la exploración del área laboral (ítem B), se constata que **casi la mitad de las mujeres encuestadas (48%) solicitan turnos especiales por necesidades de atención familiar** frente al 25% de los hombres que lo hacen por los mismos motivos. (gráfico 6)

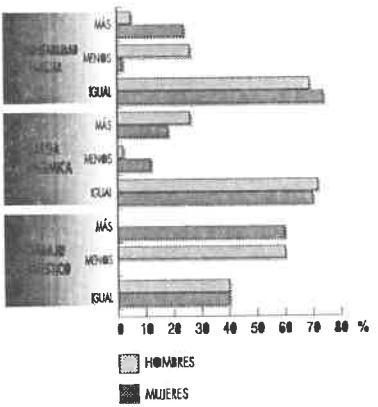


2. En el área social, recogida en el ítem C como hemos comentado, de las respuestas referidas a cómo emplean el tiempo libre, son significativos los resultados que reflejan:

- Que **sólo los enfermeros tienen otro trabajo remunerado** (en un **33% de los casos encuestados**) .
- Que existe **un 23% más de enfermeras** que **ocupan su tiempo extralaboral para la atención familiar.**
- El tiempo dedicado a las actividades recreativas es ligeramente mayor en hombres que en mujeres aunque no significativa (**46% - 40%**) lo que coincide con los resultados del trabajo doméstico compartido donde la carga es algo mayor también en las enfermeras (**53% -42%**), coincidiendo estos resultados con los datos publicados en la revista "Las mujeres en España, todo datos" (2) donde se recoge el tiempo dedicado a los trabajos tradicionales en el hogar en el que el hombre trabajador emplea al día 1 hora y 6 minutos y la mujer trabajadora 4 horas y 48 minutos. (gráfico 7)



Así mismo, los resultados que indican cómo los enfermeros/as comparten la responsabilidad extralaboral con su pareja (ítem D), si bien más del 69% de ambos sexos estiman que las responsabilidades familiares y económicas están compartidas igualitariamente, **en el trabajo doméstico reconocen el 100% de los encuestados de ambos sexos que es la mujer la que tiene igual o mayor carga.** Este ítem que recoge el aspecto subjetivo de cada enfermero/a respecto a cómo comparte la responsabilidad con su pareja, viene a coincidir con los indicadores de estos mismos aspectos que habíamos preguntado en el área social de esta comunidad de enfermeros. (gráfico 8)



CONCLUSIONES

Según los resultados obtenidos podemos llegar a concluir que:

1. **En el área laboral** en todos los casos **los enfermeros de ambos sexos hablan a favor de que se cumple la igualdad de oportunidades**, pensamos que puede ser debido a que la exploración la hemos realizado en una empresa pública donde los requisitos legales están en vigencia y la igualdad de oportunidades protegida.

1.1 Como dato que pueda llamarnos la atención, los resultados muestran que las enfermeras necesitan adecuar su horario laboral (en un 23% más de los casos que enfermeros) **para poder compatibilizar su trabajo con las necesidades familiares.**

2. En el horario libre,(considerando horario libre al tiempo que los enfermeros pasan fuera del trabajo) se observan tres aspectos que hay que destacar:

2.1. **Los enfermeros en su tiempo libre trabajan en otras empresas (33%).**

2.2. Realizan otros estudios, actividades recreativas y trabajos domésticos de forma prácticamente igualitaria.

2.3. **La atención familiar las realizan más las enfermeras** (80% de los casos frente a un 64% de enfermeros).

3. Para contestar a la pregunta de cómo comparten responsabilidades los enfermeros con sus parejas y en este aspecto podemos concluir que aunque los resultados son muy igualitarios en las tres áreas estudiadas (familiar, económica y doméstica), sin embargo nos llama la atención el hecho de que el **100% de los encuestados tanto hombres como mujeres opinen que es la mujer la que tiene mayor carga en los asuntos domésticos.**

Y para finalizar solo nos queda comentar que las conclusiones de este trabajo vienen a coincidir con el discurso de Vílchez Pardo: "El concepto de discriminación indirecta", donde en una de sus conclusiones nos comenta:

"... y aunque hubiésemos colmado todas las aspiraciones legislativas, es preciso tener muy presente, que las normas jurídicas son sólo una condición necesaria pero no suficiente, para variar los hábitos sociales e inercias que se oponen a la igualdad efectiva entre los sexos en el mundo del trabajo, y en general, en la sociedad".

BIBLIOGRAFIA

1. ALBERDI CASTELL,R. «Las enfermeras como trabajadoras de empresas en crisis (I y II)» REV. ROL DE ENFERMERIA nº 197 y 198 de 1995.(pág.13-17 y 13-16).
2. CANALS JOSEP.»La imagen femenina de la enfermería,condicionantes socioculturales de la profesión de cuidar» REV. ROL DE ENFERMERIA nº 172 de 1995. (pág. 29-33)
3. MARTÍN MORENO Y OTROS. «informes técnicos. Documentos de ayuda bibliográfica. editado por la Escuela Andaluza de Salud Pública.1990
4. (1) NACIONES UNIDAS : Documentación relativa a la «Cuarta conferencia mundial sobre las mujeres»,declaración de Beijing (CHINA).Septiembre de 1995.
5. (2) MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES. revista:las mujeres en España,todo datos, artículo referente al «reparto de responsabilidades». Serie de cuadernos divulgativos. Editado por el Instituto de la Mujer, 1993.

más allá de la responsabilidad laboral

el compromiso profesional

MÁS ALLÁ DE LA RESPONSABILIDAD LABORAL: EL COMPROMISO PROFESIONAL

Conferencia

María Pilar Arroyo Gordo

Presidenta de la AEED
Directora de la E.U.E. "Puerta de Hierro"
Madrid

En su libro «Ética y Legislación en Enfermería» el profesor Javier Gafo califica de negativo el hecho de que, mientras que el Código Ético del Consejo Internacional de Enfermería de 1953 hablaba de «paciente» y «enfermo», el de 1973 cambiara estos términos por los de «individuo» y «persona», concluyendo en que esos cambios pueden reflejar una pérdida del significado humanista de la profesión.

Añade, asimismo, que es necesario que debido a que hemos pasado de una concepción «vocacionalista» a un planteamiento «profesionalista», debemos reintroducir, en esa dimensión profesional, «el ethos de una profesión que conlleve la asunción de valores humanos tan fundamentales como la actitud de servicio, de entrega y de simpatía con la persona enferma», ya que, siguiendo con sus palabras, «la profesionalización no es menor por el hecho de que se introduzcan actitudes y valores humanos tan importantes».

Sin menoscabar lo más mínimo la admiración y el respeto que siento por el profesor Gafo, no puedo por menos de estar en desacuerdo con él en este análisis.

¿De dónde deduce que las enfermeras/os hayamos abandonado en nuestro ejercicio profesional esas actitudes y valores cuando a lo largo de nuestro propio Código Deontológico del año 1989 se enuncia, en múltiples ocasiones, el compromiso de la Enfermería como profesión y de los enfermeros/as de ejercerla con respeto a la dignidad humana y a la singularidad de cada persona en cualquier estado de salud en que se encuentre?.

En mi opinión, yo creo que el problema radica en el conocimiento restringido y externo que de la Enfermería y de su propia naturaleza tienen las personas que sólo nos reconocen por lo que hacemos y no por

lo que somos y significamos; porque hay que entender que la naturaleza de la Enfermería no cambia, ha sido y es una constante permanente: «EL CUIDADO». Lo que cambia, lo que ha ido cambiando, han sido las formas de hacer Enfermería, es decir, las «formas de cuidar».

Hace poco tiempo, en un coloquio sobre las profesiones de la salud y su aportación al sistema sanitario, un grupo de profesionales de la psicología y la medicina me decían que les costaba trabajo reconocer nuestra aportación individual, es decir, nuestro rol propio, porque no hemos sido capaces de definir lo que es la Enfermería sino, únicamente, a través del enunciado de lo que hacemos; recordé entonces lo que dice Collière: «Identificar los cuidados de Enfermería es preguntarse por lo que les caracteriza y lo que basa su identidad». Y si la identidad no puede concebirse más que con respecto a otra identidad, más general, que le permite adquirir una individualización, creo que estamos siguiendo correctamente el proceso de conceptualización, que no de definición por lo que de encorsetado tienen éstas, de lo que es la Enfermería, al insertarla en la red de pertenencia de los cuidados, ya que, si bien el cuidar es «contribuir a todo lo que pueda promover y desarrollar aquello que hace vivir a las personas y a los grupos», los Cuidados de Enfermería se individualizan cuando, sin separarse de ese objetivo original, adquieren su identidad explicitando en lo que consisten, es decir, lo que hacemos.

Cuando indicamos que hacer Enfermería es **ayudar a las personas o a los grupos a desarrollar su capacidad de vivir, mediante la observación de las respuestas humanas complejas de los mismos, facilitando un soporte preventivo y educativo cuando se identifica la necesidad de promover o restaurar la salud, compensando las alteraciones que sobre sus funciones vitales pueda producir, en ocasiones, la enfermedad**, estamos diciendo lo que es la Enfermería.

Es, por tanto, desde esta identidad compuesta, desde esta unidad compleja y singular que supone la naturaleza de la Enfermería, desde donde es preciso darnos a conocer, exigiendo la aceptación del reconocimiento de que la Enfermería tiene unas características permanentes y de continuidad, no exentas, a su vez, de la necesidad de adaptación y ajuste a situaciones cambiantes.

Por eso, mientras que, como dice Marianne Lamb, en los años veinte la enfermera ideal debía tener unas actitudes y convicciones basadas en la «virtud», en la actualidad el ideal es el de una «ética del deber», lo que no quiere decir, ni mucho menos, que por ello se esté prestando más atención al «hacer» que al «ser» de las enfermeras/os.

Porque, si bien la preocupación ética del ejercicio de la Enfermería nace simultáneamente cuando ésta comienza a desarrollarse, al iniciarse el proceso de secularización y su posterior crecimiento e implantación, la problemática ética se hace patente de una manera más expresa. A modo de ejemplo cabe recordar que la primera publicación periódica de Enfermería, el American Journal of Nursing, que en el año 1900 comienza publicarse en USA, contiene ya entonces, habitualmente, artículos o secciones relativos a temas sobre ética profesional.

Es, por tanto, durante el siglo XX cuando se desarrolla con mayor énfasis el interés y la necesidad de, por un lado, positivar en códigos éticos y deontológicos los principios y valores que deben guiar la profesión enfermera y, por otro, analizar, a la luz de los cambios sociales, los comportamientos y actitudes morales de las enfermeras/os en relación a los dilemas que constituyen el campo de la Bioética hoy en día.

En este contexto, en los últimos diez años se está sintiendo en nuestra profesión un interés creciente por estos temas, destacándose, en mi opinión, dos grandes campos sobre los que se está trabajando: La conciencia o compromiso profesional y la Ética Enfermera.

En cuanto al primer enunciado, en un intento de clarificar este concepto, cabría hacerse las siguientes preguntas: Partiendo de la base de que las enfermeras/os, como todos los seres humanos, estamos dentro de un marco de referencia que es la sociedad en la que vivimos y que nos pone límites en todos los sentidos, ¿cómo influye en la conciencia profesional nuestra propia conciencia moral individual, determinada, a su vez, por los límites que la sociedad impone?; ¿en qué se distingue la conciencia moral de la conciencia profesional?.

En respuesta a la primera pregunta es preciso empezar por aclarar qué es la conciencia moral y, cabe decir, que si entendemos por conciencia el proceso intelectual por el que reconocemos que hemos hecho o

dejado de hacer alguna cosa y nos sentimos responsables como autores de esos actos, al sumarle el adjetivo moral estaremos añadiendo una cualificación esencial: estamos precisando o aquilatando el valor de esos actos bajo el signo de «bondad» o de «maldad». De ahí, que siguiendo lo expresado por Francisco Vázquez en su obra «Tres éticas del siglo XX», podemos entender por conciencia moral la propiedad que tiene la razón humana de aplicar juicios normativos sobre el valor de ciertos actos individuales determinados, a través, del conocimiento de los principios y valores morales (hecho que forma parte del proceso de estructuración ética del hombre), de la aplicación de estos principios a la acción concreta de cada situación (juicio de conciencia) y de la decisión voluntaria de aceptar o rechazar la acción (juicio o elección de libertad).

Por tanto, conocido el ámbito y la profundidad que la conciencia moral individual tiene en la persona, estamos obligados a reconocer que la conciencia individual influye, como primera variable dependiente, en nuestra propia conciencia profesional, determinando nuestra actitud primaria ante los principios que posteriormente reconozcamos como valores profesionales.

De ahí, que respondiendo a la segunda pregunta (¿en qué se distingue la conciencia moral de la conciencia profesional?) podría decirse que no se distingue en nada esencial.

Sin embargo, esto no es rigurosamente cierto. No basta ser una «buena persona» para ser un «buen profesional». No basta ser una buena persona para ser un buen profesional enfermero: una buena enfermera o enfermero.

Dejando a un lado y presuponiendo la capacitación científico-técnica en cuanto a los conocimientos, actitudes y habilidades necesarias para realizar actos enfermeros, la conciencia profesional añade a la conciencia personal/individual algo de extraordinaria relevancia: convertirse en conciencia interpersonal, dado que, como dice el ya citado profesor Vázquez en otra de sus obras («Ética y deontología de la información»), «la responsabilidad profesional está cualificada por los valores y deberes de la propia profesión».

La conciencia profesional, el compromiso profesional, va mucho más allá de los derechos y obligaciones meramente laborales, ya que los

valores que sustentan cualquier profesión, y de manera significativa la nuestra, se insertan y se amplían en el ancho campo de las relaciones interpersonales y sociales.

De nuestra profesión brotan valores morales que, a veces, parecen escasear en la sociedad en la que vivimos: compromiso, responsabilidad solidaria, competencia, tolerancia, colaboración altruista, rectitud, honradez.

Extrapolando a nuestro campo lo que dice Sauer, nuestra profesión no sólo ha de llenar una de las partes más importantes de nuestra vida, sino que ha de marcarnos a cada uno nuestra finalidad y contribuir a dar sentido a nuestra propia existencia.

«Una conciencia profesional es una dimensión esencial de la conciencia individual, que se manifiesta en un comportamiento social responsable a cerca de los deberes específicos de una profesión, después de haber internalizado, asumido y personalizado un código ético, mediante un proceso de socialización y de poseer una madurez y equilibrio personal suficientes para estudiar, aplicar y resolver problemas profesionales con la mejor competencia y rectitud posibles» (Francisco Vázquez).

Llegado a este punto, no puedo dejar de hacer una pequeña reflexión a cerca de otro elemento que la mayoría de los autores que se dedican al estudio de la ética de las profesiones ponen de manifiesto como otro de los componentes de la conciencia profesional. Me estoy refiriendo a la conciencia vocacional.

Su nombre, vocación, está muy desprestigiado, pero su realidad es sumamente actual desgraciadamente. Digo desgraciadamente porque con los sistemas en vigor de acceso a los estudios universitarios y las dificultades de incorporación al mundo del trabajo, elegir una profesión por la que se sienta una especial actitud o se busque satisfacer el deseo de asumir una función social determinada es, hoy en día, para muchas personas prácticamente una utopía.

Y, sin embargo, como muy bien viene a decir Aranguren, el sentirse impregnado de una actitud vocacional, alimenta desde la raíz la conciencia profesional y es capaz de mantener en tensión constante a los

profesionales en su lucha por realizarse con autenticidad, y les permite adecuarse óptimamente con las exigencias de su profesión e identificarse con las pautas ideales del profesional, dentro de un espíritu de grupo.

Aunque cueste reconocerlo, la ausencia del elemento vocacional en la elección de una profesión, y la de enfermera/o no es una excepción, dificulta el cumplimiento de nuestra tarea ética, pudiendo malograrse por no aceptar lo que deberíamos hacer o por retroceder ante sus dificultades por falta de ánimo o por fallo moral ulterior.

El sociólogo Parsons estudia también la conciencia o responsabilidad profesional desde otra perspectiva. Describe los rasgos o componentes esenciales que deben ser exigibles a todo profesional. Para Parsons, un profesional:

- Ha de estar orientado hacia el criterio de la verdad objetiva; lo que implica la obligación de ser capaz de autointerrogarse responsablemente a cerca de cuál es la manera más eficiente de ejercer su profesión y cuál es la mejor fórmula de cumplir su quehacer profesional.
- Ha de sentirse capacitado para tener «autoridad»; es decir, ser capaz de dirigir, aconsejar, enseñar, ordenar e imponer su criterio.
- Ha de servir de mecanismo de control social, creando pautas específicas de su tarea y respondiendo a lo que, en el ámbito de su competencia, la sociedad espera de él.

Atendiendo a estos criterios puede llegar a pensarse que la Enfermería como profesión, y en particular sus profesionales, no hemos alcanzado esos niveles exigibles, sobre todo en lo que al sentido de autoridad se refiere; sin embargo, yo creo que no es cierto, ya que aunque no todos podamos vernos reflejados al cien por cien en esos criterios, en la medida en que los límites oprimentes de nuestro sistema sanitario o educativo nos lo permiten, si estamos consiguiendo cotas importantes de autoridad, capacidad de autoanálisis y competencia, aunque para ello tengamos que estar, como las «vírgenes prudentes de la Biblia», en constante vigilia, lo que lejos de dificultar el ejercicio responsable de nuestra profesión, aumenta nuestros valores éticos.

Cerrando aquí el capítulo de reflexiones acerca de la conciencia o compromiso profesional, dado que no solamente el tiempo, sino también su paciencia tiene un límite, no creo que deba terminar esta intervención sin hacer referencia a ese otro gran campo que comentaba al principio sobre el que se está trabajando también intensamente, y que es la delimitación de la ética enfermera y su positivización a través de los códigos deontológicos.

En primer lugar, también aquí creo necesario partir, en un intento de clarificación, de lo que puede entenderse por ética enfermera o Ética de la Enfermería.

La Ética Profesional Enfermera ha de ser calificada, en primer lugar, como una ética especial interpersonal, que debe regular la conciencia profesional, teniendo como objetivo principal, a través de la provisión de cuidados enfermeros, la defensa de los derechos e intereses exigidos por la dignidad de la persona y la rectitud de la intención.

Asignar a la ética enfermera la tarea de regular la conciencia profesional es, por tanto, reconocer que la responsabilidad de los enfermeros está regida por la ética de sus obligaciones esenciales, que habrá de asumir e interiorizar. El aprendizaje ético es imprescindible para disponer de una conciencia profesional ya que, como ya se ha dicho, la conciencia presupone el conocimiento de principios y valores éticos. De no se así, es decir, de no disponer de una ética, la enfermera desarrollaría mal sus funciones sin tener mala conciencia o con ceguera moral que viene a ser lo mismo.

A la luz de lo dicho, creo que pueden distinguirse dos conceptos, que aunque los individualicemos para nuestro análisis, juntos forman la totalidad de lo que podríamos llamar la responsabilidad moral profesional de la enfermeras/os. Estos son la Ética de la Enfermería (o ética enfermera) y la Deontología Profesional Enfermera.

La primera, está constituida por las normas éticas, pertenecientes éstas al ámbito de la moralidad de los hechos y sustentadas sobre una estructura formada de principios y valores universalizados; es decir, universalmente reconocidos y aceptados como el producto de una comunidad de valores compartidos y que conforman **«el conjunto sistemático de normas míni-**

mas que el grupo profesional enfermero establece y que refleja la concepción ética, común y mayoritaria de sus miembros».

La segunda está estructurada por la normas deontológicas y son aquellas que constituyen la Deontología porque se ocupan de normatizar el «deber», dejando fuera de su ámbito de interés concreto otros aspectos de la moral, y que, como ya se ha apuntado anteriormente, determinan los **«deberes mínimamente exigibles a la enfermera/o en su ejercicio profesional».**

Sin embargo, y como también se ha dicho, ambos conceptos forman un todo, que en nuestra realidad socio-profesional se concreta en el Código Deontológico de la Enfermería Española.

Pero, ¿cómo podemos las enfermeras/os servirnos de nuestro código deontológico y convertirlo en un instrumento útil para nuestro trabajo?.

Esta pregunta se la plantea Danielle Blondeau en el libro «De L'ethique à la bioéthique» (Chicoutimi, Gaetan Marín, 1986) y la desarrolla a través de un conjunto de artículos publicados en la revista Nursing Quebec, Vol 12/nº 3, 1992, y en los que me he basado para realizar las afirmaciones siguientes.

Es cierto que el código no responde a todas las cuestiones de orden ético que el trabajo enfermero puede poner de manifiesto pero, una vez reconocido este hecho, también es posible enunciar una segunda afirmación: **el código deontológico presenta las grandes orientaciones que deben guiar a las enfermeras/os en su trabajo.**

En la actualidad, la práctica totalidad de los códigos deontológicos de enfermería y en concreto el nuestro, definen los grandes límites por los que la profesión ha de discurrir pero, siempre en función de los límites por los que la sociedad se mueve. La autonomía profesional debe estar garantizada dentro de unos márgenes de capacidad y de independencia ya que sin autonomía no existe acción ética auténtica y sin responsabilidad las actitudes éticas son difuminadas por comportamientos rutinarios, externos y sin contenido personal.

No debe confundirse, sin embargo, la autonomía con independencia absoluta, sino que es necesario valorar la autonomía de la persona

como una actitud autocontrolada de decidir, por si mismo, en cada situación, sin previas manipulaciones ni interferencias, es decir, ejerciendo una libertad responsable.

Esto es, precisamente, lo que nos permite que en situaciones concretas esos límites sean interpretados de maneras diferentes, teniendo en cuenta el pluralismo moral de los miembros del colectivo profesional y las múltiples facetas del trabajo enfermero. Es decir, **posibilita la toma de decisiones morales libre pero informada.**

Cuatro grandes pilares sustentan nuestro Código Deontológico. El primero, explicitado en el Prólogo, reconoce a la enfermera una responsabilidad profesional que se deriva de la naturaleza misma de su trabajo: **la enfermera/o, como profesional que es, tiene una función o razón de ser que sólo ella puede cumplir.**

Los otros tres pilares, identificables a lo largo del articulado, se corresponden con las distintas obligaciones morales hacia el ser humano (el cliente), hacia la sociedad y hacia la propia profesión.

En el seno del grupo de los artículos referidos al ser humano, se percibe la presencia de un principio ético general: **el profesional debe subordinar sus intereses personales al de su cliente.** Esto quiere decir que las enfermeras/os han de reconocer los límites de su propia competencia y los peligros de abuso que comporta la profesión, muchas veces de superioridad, procediendo de manera que el trabajo promueva la plena dignidad e integridad del destinatario de los cuidados enfermeros.

El grupo de deberes para con la sociedad transmite otro gran principio: **los cuidados enfermeros superan la relación privilegiada con el cliente.** Es decir, la responsabilidad es también de orden colectivo, debiendo situar los cuidados enfermeros en un marco social desde el que hay que reconocer la obligación.

Finalmente, el grupo de obligaciones morales para con la profesión, indica **el estado moral que debe animar a las enfermeras/os en el desempeño de su trabajo cotidiano,** así como las actitudes que sobre su propia competencia profesional, la educación y la investigación en enfermería deben estar presentes a lo largo de la vida profesional.

Queda una parte del código, donde se recoge el carácter coercitivo del mismo y que se explica por el hecho de que la Organización Colegial Profesional está considerada, legal y socialmente, como garante de la calidad del trabajo profesional enfermero y parezca o no oportuno, está presente en todos los códigos deontológicos profesionales enunciados por las organizaciones colegiales estatales, aunque muchos de nosotros nos preguntemos si es posible la existencia de un código fundamentalmente portador de ideales éticos cuando sus normas son dictadas bajo condicionalmientos sancionadores.

En resumen, puede afirmarse que aunque el código no detalla toda la conducta del profesional, si ofrece principios generales. Con ello, pretende definir y precisar las conductas morales que sustentan el quehacer ético-profesional, las cuales, iluminadas desde el pluralismo moral de cada uno, permite que cada enfermera/o desarrolle su propia deontología, ya que ésta no puede ser definida exclusivamente por las organizaciones colegiales, sino que **ha de ser una construcción personal a partir de múltiples elementos pues, para que tenga plena vigencia, no puede oponerse a las concepciones éticas individuales.**

¿Es el Código Deontológico, por tanto, un instrumento útil y necesario para el profesional enfermero?.

La citada autora, Danielle Blondeau, responde a esta pregunta extraordinariamente bien, por lo que me voy a permitir repetir, casi textualmente, sus palabras. «En materia de ética profesional hay que distinguir dos categorías de problemas éticos: las **violaciones éticas**, caracterizadas por la dejación de las obligaciones morales, sobre las que el código da instrucciones claras, y los **dilemas éticos**, que son los que aparecen cuando, situados ante la necesidad de tomar una decisión de índole moral, se pueden encontrar diversas alternativas con fundamentación ética, siendo aquí donde el código pone de manifiesto su relativismo, dado que la solución de un dilema depende, frecuentemente, de circunstancias particulares y concretas, lo que da lugar a las divergencias de opinión.

Por ello, creo que puede afirmarse que si se entiende el código como un instrumento que presenta indicaciones básicas para orientar la

actitud moral de las enfermeras y, por tanto, sus acciones, hay que reconocerlo como un auténtico valor profesional, útil y necesario. En cambio, si lo que se espera del código es una reglamentación de las decisiones y acciones a realizar ante situaciones concretas, habría que decir que no es un instrumento útil pero entonces, es pretender hacer jugar al código un papel que le sobrepasa y que, incluso, se suscribiría fuera del medio puramente profesional».

Evidentemente, este tema requeriría de un análisis y una discusión más profunda, pero creo que por hoy es más que suficiente para dar respuesta, al menos eso es lo que he intentado, al título de esta conferencia.

Y para terminar, un último comentario, el cual, a estas alturas, me atrevo a dejar como objeto de su reflexión personal: En nuestro sistema sanitario e, incluso, en el educativo, los métodos de trabajo tienden todos a la eficacia y, aunque yo no voy a cuestionar ahora esta orientación, creo poder decir que pocos de esos métodos buscan también la cooperación y el estímulo de la solidaridad.

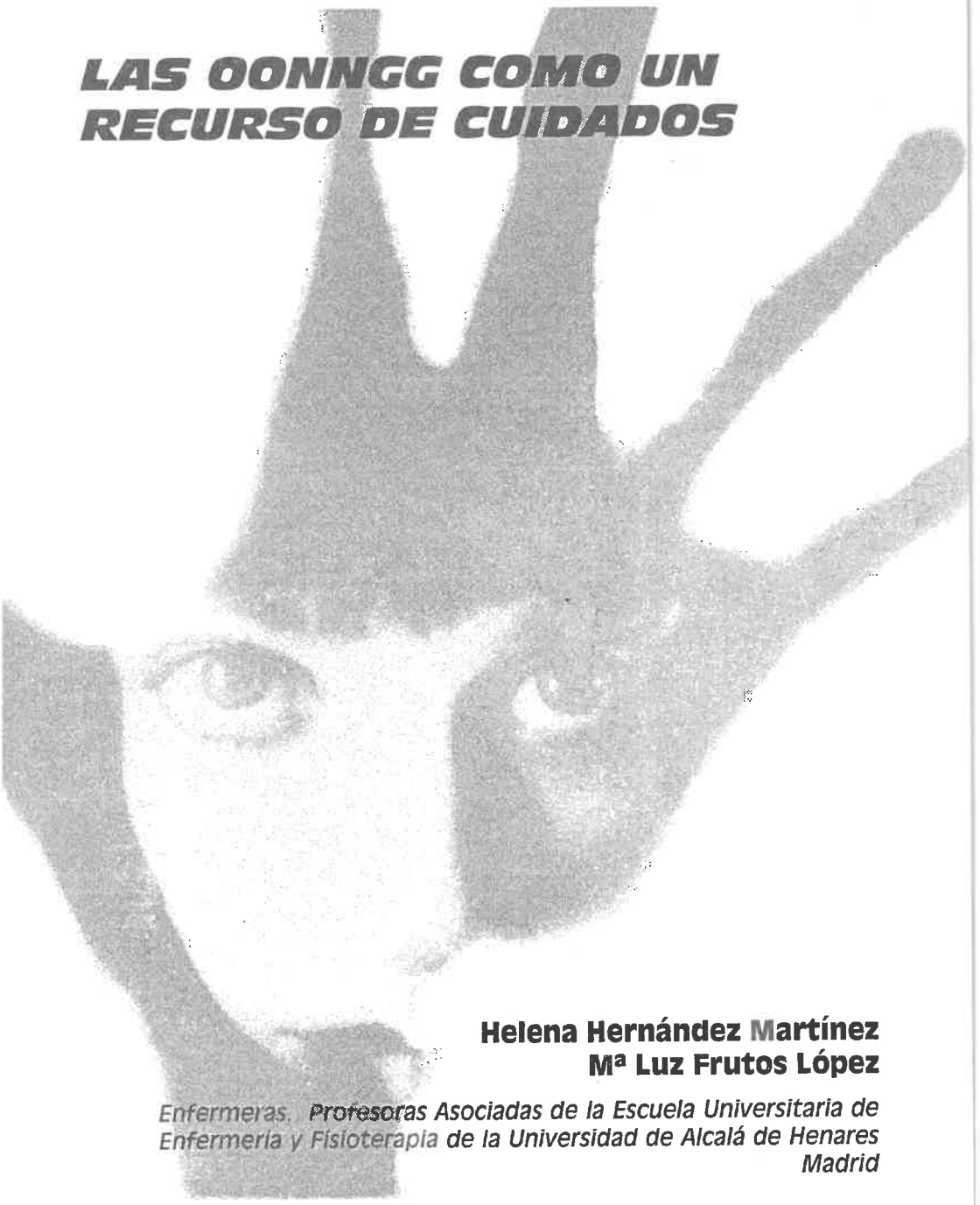
Opino que la solución a ese problema, sólo puede darse a través de una nueva concepción de las relaciones humanas en el trabajo, donde las palabras solidaridad, comunicación, tolerancia, aceptación y respeto sean conceptos regidores y prioritarios, tanto para los profesionales como para las organizaciones donde trabajamos.

Cuantas veces en nuestro trabajo hemos constatado que la consecución de un objetivo se ha visto peligrar, no por falta de recursos económicos o materiales, sino por la actitud personal negligente o poco cuidadosa de los que realizan el trabajo. Olvidar que tan importante puede ser en el trabajo enfermero disponer de recursos materiales como tener una actitud solidaria, rigurosa y competente, es igual que renunciar a buscar los valores mínimos que, sería deseable, fuesen compartidos por toda la humanidad para alcanzar una sociedad más justa y feliz.

Comunicaciones

más allá de la responsabilidad laboral
el compromiso profesional

LAS OONNGG COMO UN RECURSO DE CUIDADOS



Helena Hernández Martínez
Mª Luz Frutos López

Enfermeras. Profesoras Asociadas de la Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Alcalá de Henares Madrid

INTRODUCCIÓN

Todas las personas para mantener su funcionamiento integral, necesitan realizar una serie de acciones cotidianas y personales para cubrir sus necesidades de cuidados. Cuando una persona no puede por ella misma cubrir sus necesidades de Autocuidado, necesita ayuda. Esta primera ayuda se encuentra habitualmente en el núcleo familiar, pasando a ser el responsable del cuidado la persona que asume dicho papel. La responsabilidad del cuidado puede cubrirse cuando la persona que brinda los cuidados realiza las acciones y emplea los recursos necesarios para asegurarse que el otro es atendido.

LOS CERCANOS COMO CUIDADORES

Cuando la persona precisa de unos conocimientos, habilidades y capacidades específicas para cubrir sus necesidades de Autocuidado, la situación de ayuda que requiere es compleja y actuar es difícil porque exige que una persona (la que ayuda) haga algo para suplir lo que otra persona con necesidades de Autocuidado debería hacer, pero no puede, no quiere o no debe hacer.

Las personas pueden ser reticentes a aceptar la ayuda de otras personas porque la posición, las formas y habilidades de las personas que ofrecen ayuda no se ajustan a ciertas costumbres y hábitos culturales o no inspiran confianza a la persona necesitada. Las personas que necesitan ayuda pueden ser incapaces de buscarla y/o pedirla.

Ayudar es básicamente un empeño práctico que exige reflexión sobre lo que puede y debería cambiarse en situaciones concretas de la vida.

Tener el deseo de ayudar a otros no significa tener la capacidad para hacerlo. La persona que asume la responsabilidad del cuidado, no siempre tiene los conocimientos necesarios para sustentar su actuación, basando su cuidado en hábitos y costumbres. Sus recursos son limitados y no siempre los adecuados. Además estos cuidadores han de compatibilizar sus actividades habituales, con su trabajo y con la dedicación a la ayuda de quien lo necesita. Estos periodos pueden ser largos y agotadores para la persona que cuida y pueden resultar un esfuerzo y una prueba.

LAS REDES SOCIALES

Ante estas situaciones tienen un papel importante las redes sociales, como recurso de apoyo social, a través de la información y el soporte emocional. Las redes sociales son múltiples y variadas, cuanto mayor sea la red de relaciones de una persona y mayor sea su cohesión con las redes sociales más oportunidades de apoyo social tendrá, tanto en situaciones de salud como de enfermedad. Estudios sobre la influencia del apoyo social en relación con la salud demuestran que actua como protector, y que existe una importante relación entre el soporte emocional que proporcionan y el bienestar percibido.

Dentro de las redes sociales, y sin olvidarnos de la red familiar enunciada anteriormente, debemos hacer hincapié en las asociaciones y/u organizaciones no gubernamentales.

En sentido estricto, se consideran asociaciones las agrupaciones de personas constituidas para realizar una actividad colectiva de forma estable, organizadas democráticamente, sin ánimo de lucro e independientes del Estado, los partidos políticos y las empresas.

La actividad de sus miembros, la puesta en común de conocimientos y actividades es, precisamente, lo que constituye el elemento dinamizador de las asociaciones. Las asociaciones de ayuda mutua nacen basadas en el compromiso de colaboración voluntaria por parte de sus asociados.

Dentro del campo de la Salud, las asociaciones que resultan más significativas son las que ayudan a sus miembros a efectuar los cambios

personales que les permiten llevar una vida sana y los que posibilitan la capacitación para que las personas se adapten a las necesidades de nuevas formas de vida. Por todo esto, estas asociaciones se convierten en agentes de cuidados.

Estas asociaciones y/u organizaciones son los Grupos de Ayuda Mutua definidos en 1983 por la OMS como grupos de personas que sienten que comparten un problema de salud y que se unen para mejorar su salud.

La importancia de estos Grupos de Ayuda Mutua es que cubren la dependencia de cuidados derivados de problemas de salud que el sistema formal de cuidados no cubre.

LAS REDES SOCIALES COMO RECURSO ENFERMERO

Las enfermeras, con relativa frecuencia nos encontramos en nuestro trabajo diario con situaciones que desde el sistema de salud formal no siempre podemos abordar, y que sin embargo, dejan deficiencias en la cobertura del cuidado integral de la persona.

Al ser el objetivo del campo de actuación enfermero «el cubrir las necesidades de autocuidado cuando la persona o su cuidador no pueda o no sepa», la enfermera actua aumentando la capacidad de autocuidado para lograr su autonomía. Siendo por tanto el objeto de la enfermera tanto la persona que necesita ayuda como la persona que se responsabiliza de su cuidado, convirtiendose la enfermera en apoyo y recurso del cuidador.

La enfermera se encuentra con personas que necesitan ayuda, y a veces son incapaces de buscarla, pedirla, tienen miedo, incluso algunas personas creen que no tienen derecho a buscarla y a recibirla.En tales situaciones, las personas necesitan que se les oriente como obtener esa ayuda, para cubrir demandas específicas existentes o emergentes, y que el sistema formal de salud no se la proporciona.

Ante situaciones de la práctica diaria enfermera dentro del sistema formal de salud, las enfermeras pueden plantear cuestiones comunes, que

requieran respuestas debido a las implicaciones profesionales. La primera pregunta frecuentemente formuladaes es: ¿ Puedo yo contribuir de forma eficaz y positiva a proveer de los medios necesarios o atender a esta persona o familia en tales circunstancias ?

Nosotras consideramos que desde una perspectiva enfermera que contempla lo intersectorial y los recursos de los que la sociedad dispone, debemos conocer las OONNGG,y los Grupos de Ayuda Mutua que ofertan un soporte de información, apoyo, asesoría..., así como los recursos técnicos, económicos y sociales para la persona y su familia, con el objetivo de comenzar el proceso de integración en una sociedad poco solidaria.

Así la respuesta a la pregunta, comprendería,la información a la persona necesitada de ayuda sobre los sistemas informales de cuidados y dentro de estos los Grupos de Ayuda Mutua que ofrecen a sus miembros:

- Información y asesoramiento.
- Apoyo psicológico.
- Ayuda económica.
- Ayuda a domicilio, acompañamiento en los desplazamientos a las distintas consultas y servicios de salud.
- Atención de los distintos profesionales de salud.

Cubriendo así las necesidades que el sistema formal de salud no cubre.

Grupos de interés para los profesionales sanitarios son:

- Alcoholicos Anónimos.
- Asociación Española contra el Cáncer.
- Asociación de Familiares de Enfermos Mentales.
- Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer.
- Asociación Prevención Información Toxicomanías.
- Asociación de Padres y Amigos del Sordo.
- Asociación de Asistencia a Mujeres Violadas.
- Etc...

Para que las enfermeras puedan ser apoyo y recurso de la familia, del cuidador que asume la necesidad del ayudado, así como de la persona que necesita la ayuda, deben:

- Conocer los distintos Grupos de Ayuda Mutua y lo que cada uno de ellos ofrece a sus miembros.
- Ha de aumentar su relación y colaboración con los grupos evitando su profesionalización, pero sí, potenciando las habilidades y confianza del propio grupo.
- Reconocer a los Grupos de Ayuda Mutua como agentes de salud.

CONCLUSIONES

Así cuando la enfermera se encuentra en su práctica diaria con personas con problemas, que van más alla de la causa que en un momento determinado les hace recurrir al sistema de salud y requerir cuidados enfermeros (como son enfermos seropositivos , alcohólicos, enfermos mentales, parapléjicos, mujeres maltratadas, violadas, enfermos crónicos, ancianos....), además de cubrir puntualmente sus necesidades de Autocuidado y de alteración de la salud, han de servir de apoyo y recurso, remitiendo a estas personas y/o familias a los Grupos de Ayuda Mutua, aprovachando los recursos sociales, ya que solamente solucionando los problemas que subyacen en el fondo de lo que muchas veces es solo una manifestación, puede mejorarse realmente la percepción de bienestar de la persona.

Y por ser este el objetivo último de la Enfermería

«El bienestar de la persona», lo más profesional es la utilización más adecuada de todos los recursos existentes para alcanzarlo.

Tenemos que salir del «marco del sistema de salud formal», ampliar nuestras miras y situarnos en un «marco de acción social sobre la salud», en el que los protagonistas son las personas que tienen los problemas y la forma de resolverlos esta en su implicación, no en el maternalismo enfermero, ni exclusivamente en el cuidado puntual.

ACTITUDES PARA ASUMIR EL COMPROMISO PROFESIONAL

* Mª Luz Fernández Fernández
* Cristina Castanedo Pfeiffer
* Carmen González Gómez
** Magdalena Santo Tomás Pérez
*** Francisco Javier del Río Saíz

* Enfermeras. Prof. de la E.U.E. «Casa de Salud Valdecilla» de la U. de Cantabria. Santander.
** Enfermera. Prof. de la E.U.E. de la U. de Valladolid.
*** Enfermero. Subdirector de Enf. del H.U. «Marqués de Valdecilla» de Santander

INTRODUCCIÓN

Cuando en los años 60 Virginia Henderson aportaba a profesión de Enfermería una definición sobre nuestra función propia, las enfermeras españolas ejercíamos nuestro trabajo en el marco hospitalario, consecuencia de la política sanitaria del momento y siguiendo las pautas marcadas por otros. Obviamente, nuestro colectivo padecía igualmente las consecuencias de toda la sociedad, de una política restrictiva y encorsetada que impedía la llegada de información exterior, limitadas nuestras posibilidades de crecimiento desarrollo e intercambio.

El cambio de régimen puso en marcha la transición política en nuestro país instaurándose la democracia y fue con el gobierno de UCD, cuando se abrieron para nuestra profesión nuevas perspectivas de futuro, que nos llevaron tras una clara y enérgica participación por nuestra parte por medio de numerosas manifestaciones, a la integración de nuestros estudios en la Universidad.

Estamos seguros de que los que propiciaron y lideraron el cambio, lo hicieron desde el compromiso profesional, más allá de la responsabilidad laboral, con el objetivo de asentar nuestras bases y sobre todo nuestra propia identidad.

Transcurridos casi veinte años de aquel esperanzador y notable cambio, las expectativas no han resultado tan éxitosas como esperábamos, sería imposible abordar en el tiempo del que se dispone en una comunicación las causas, pero desde nuestra opinión, la falta de interiorización de una serie de actitudes en nuestros profesionales como tales, hacen que no sientan la necesidad de asumir el compromiso, de aceptar el riesgo, de implicarse, en el reto de conseguir un mejor status para la Enfermería.

Es difícil indudablemente ser absolutamente objetivo cuando uno aborda conductas que están enmarcadas en la unidad y la complejidad del ser humano, como enfermeras sabemos muy bien que los comportamientos entrañan una gran dificultad de abordaje, pero esto supone también un reto, la carga cultural y social de cada individuo, los valores aprendidos y las experiencias personales, hacen que nuestras formas de proceder sean características y aunque ustedes difieran con nosotros en algunas cuestiones de matiz, estamos seguros de que coincidirán en el fondo y por tanto en la selección de una serie de valores que hemos considerado imprescindibles y que determinan y promueven una serie de actitudes, indispensables para asumir el compromiso profesional más allá de la realidad laboral.

¿CUALES SON ESAS ACTITUDES?

LA RESPONSABILIDAD

Todo ser humano, debe responder de sus acciones de forma consecuente con los distintos roles que tiene a lo largo de su vida, así, ser responsable significa comprometerse consigo mismo y sobre todo con los demás. Esto nos obliga a dar cuenta de nuestras acciones, a ser autónomos y maduros, en definitiva a asumir el riesgo de la libertad.

En lo que nos interesa y concierne como enfermeras, significa que tenemos la obligación de transmitir a nuestros futuros profesionales en la formación, actitudes responsables frente a la misma, sin miedo, que les lleven a actuar en consecuencia, que les permitan tomar decisiones desde la competencia y el rigor de la madurez.

Es importante que comprendan, que nadie desde su mayoría de edad puede evadirse de sus obligaciones y que cumplirlas, supone recibir la satisfacción del deber cumplido, de esta manera cuando lleguen a la realidad laboral, estarán preparados para no quedarse en este hecho en si mismo, sino también, para comprender que el avance y consolidación de nuestra profesión es de su incumbencia y que cuidar del ser humano, solo puede hacerse con credibilidad, cuando se hace de forma responsable.

LA IDENTIDAD

Sin lugar a dudas, es básico tener una identidad clara, apoyada en principios sólidos para asumir las obligaciones inherentes en cada momento y obtener respuestas satisfactorias. Construir una identidad requiere de la integración del momento presente y de la memoria del pasado, supone así mismo no ser ambiguo definirse y mostrar nuestra opinión en los momentos que requieren respuestas concisas y comprometidas.

Cuando un profesional duda de su propia profesión, no cree en su función independiente y necesita que sean otros los que le marquen el camino, se vera confuso, coartado e inseguro en la implicación de medidas que permitan el avance, ya que no será capaz de plantear ni debatir desde la convicción y la claridad requerida, las reivindicaciones ni las estrategias oportunas en cada caso, necesarias para la consolidación y el desarrollo. Una profesión como la nuestra que afecta a los seres humanos, debe identificarse con todos los principios que enmarcan las relaciones humanas, conocerlos en profundidad, para aplicar en cada momento las acciones que conduzcan a las personas a las mejores condiciones de salud.

LA TOLERANCIA

Es en si una virtud indiscutible, supone considerar las opiniones de otros y sus percepciones, comprender sus acciones o disculparles, ahora bien tolerancia no debe significar dejar hacer, cuando el daño que se va a producir puede entorpecer o lesionar los ideales, por los que muchos han luchado con firmeza e implicación para conseguir mejores cotas en la profesión.

La tolerancia implica que los intereses colectivos han de prevalecer sobre los particulares, de manera que uno debe crecer como persona y profesional desde la adquisición de conocimientos, la implicación en cuestiones que requieran de nuestro trabajo y asunción de deberes, pero en ningún caso, desde la envidia o el aplastamiento de otros para conseguir solo el beneficio propio.

LA SOLIDARIDAD

Significa, mostrar una actitud de comprensión de participación y apoyo en las causas que se plantean para la construcción de un futuro

profesional más sólido. Requiere del compañerismo y la camaradería en las distintas actuaciones del ejercicio y la práctica enfermera, en la lucha por lo que es justo, necesario y útil para la profesión. Es verdad que la pluralidad de los distintos puntos de vista en la forma de hacer y percibir la enfermería, dificulta la lucha en común, pero solo desde la unión entre los que constituimos el cuerpo profesional, será posible conseguir soluciones que reviertan en una mejora para todos.

Ser solidario, requiere del reconocimiento de manera pública de nuestro interés por todas las cuestiones que afectan a las personas de nuestra sociedad, ya que como profesión de la salud, estamos obligados a denunciar cualquier hecho que atente contra los derechos de las personas, respetando su raza, credo o situación social. Las Enfermeras hemos de romper con nuestra endogamia y abrirnos al público que servimos, nuestras opiniones deben quedar reflejadas en los distintos medios de opinión, para que quede claro nuestra postura y apoyo en todos los temas que tienen trascendencia para la salud del ciudadano. Ser solidarios nos hará más fuertes y contribuirá a nuestra consolidación profesional, permitirá hacer planteamientos comunes a los problemas que nos afectan y generará una mayor unión de nuestro colectivo, solo desde esta perspectiva será posible garantizar nuestra perpetuidad en el futuro.

EL RESPETO

Este es quizá uno de los mayores problemas de nuestro colectivo, incapaces de reconocer la valía de nuestros compañeros, empleamos nuestras energías en destrozar su buena labor o menospreciarla, no nos damos cuenta que de esta forma nos dañamos a nosotros mismos. En muy pocas ocasiones mostramos nuestra admiración por el trabajo de otros, lo valoramos e incluso expresamos la satisfacción y el orgullo de tener colegas que destacan por su capacidad y brillantez, desde nuestro punto de vista, es este uno de los aspectos más desmotivadores, ya que tras el reconocimiento y respeto del usuario, que menos podemos esperar que el de nuestros compañeros de profesión. El respeto ha de comenzar por uno mismo sus acciones y valores, para poder así compartirlo con otros desde la sencillez y la consideración, pasa por la necesidad de la autocrítica evitando el autoengaño y reconociendo nuestras deficien-

cias y limitaciones, para poder valorar la realidad de forma objetiva, así seremos capaces de respetar actitudes y valores que otros poseen, aprovechándolos en sentido positivo para el buen hacer y eficacia de resultados satisfactorios para todos.

LA PROFESIONALIDAD

Es sinónimo de competencia y debe traducirse en actitudes que muestren la excelencia del trabajo bien hecho. Nuestra profesión comprometida con la sociedad debe servirla, adelantándonos a sus necesidades en materia de salud, poniendo los medios que les permitan mejorar sus condiciones de vida y ayudarnos a nosotros mismos a ser más autónomos en nuestro quehacer diario.

Ser profesional significa estar seguros de nuestras acciones y actuar de forma organizada y conveniente, es marcar un estilo propio, reconocernos en nuestros actos dando valor a nuestra práctica, supone imaginación e innovación en un mundo de cambios rápidos. Requiere del aprendizaje constante, la corrección de errores y de la búsqueda del equilibrio y la armonía imprescindibles, para conseguir objetivos eficaces realistas y de calidad.

CONCLUSIÓN

En conclusión podemos decir, que somos las personas los únicos responsables de de nuestras acciones, por lo que no podemos escudarnos en las malas políticas o el funcionamiento de las instituciones para decir que no es posible hacer nada.

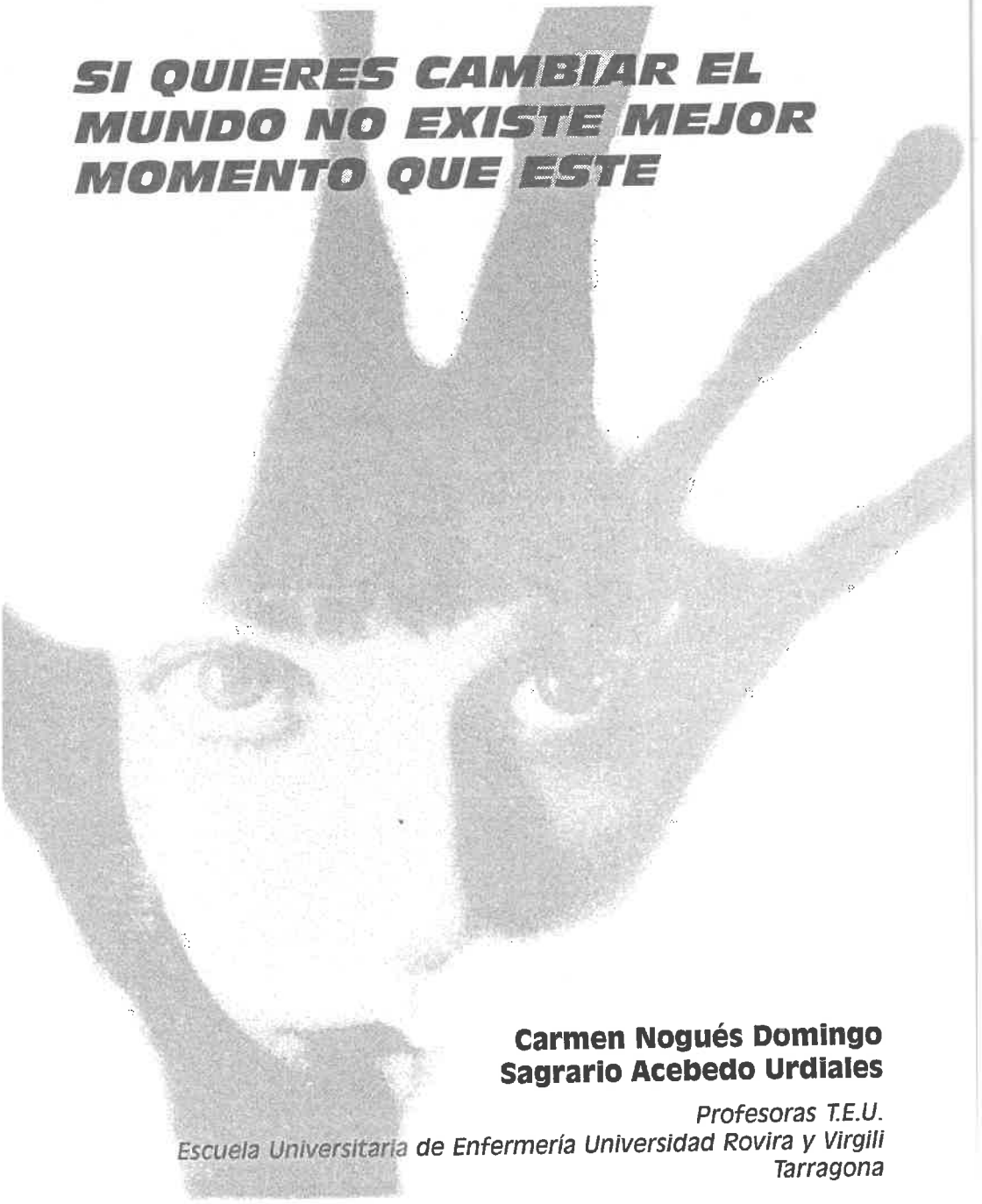
Probablemente el futuro, se encargará de demostrarnos que hemos perdido las mejores oportunidades para conseguir mejores condiciones para nuestra profesión, y que solo nosotros enfermeras y enfermeros, tendremos la culpa de lo que tenemos. Cada uno de los instrumentos que se requieren para el avance, solo pueden funcionar cuando los profesionales comprendan e interioricen su verdadera función, de manera que solo cuando asumamos nuestra responsabilidad, nos identifiquemos con el rol propio, seamos tolerantes con los que nos rodean, solidarios en la acción profesional, respetuosos con nuestros compañeros admirando su valía, podremos ser profesionales y asumir el compromiso en toda su dimensión.

En definitiva, COMPROMETERSE, ES SER AUTÉNTICO, DEFINIRSE Y ASUMIR RIESGOS.

BIBLIOGRAFÍA

1. CAMPS V.:«Virtudes Públicas». Circulo de Lectores. Espasa-Calpe. Madrid 1.990.
2. HALLORAN, J.:«Relaciones Humanas». Ed. Hispano Europea, S.A.. Barcelona 1.982.
3. HENDERSON, V.: «La Naturaleza de Enfermería. (Reflexiones 25 años después)». Ed. Salvat, S.A.. Barcelona 1.994.
4. LÓPEZ-AMO J.: «Percepción y autoengaño». Rev. Capital Humano. Enero 1.994. Pág. 58-59.
5. PEPLAU, H.: «Relaciones Interpersonales en Enfermería». Ed. Salvat, S.A.. Barcelona 1.990.
6. KETEKHÖN, W.:«¿Pensar o actuar?. Esta no es la cuestión». Rev. Capital Humano. Octubre 1.995. Pág. 63-66.

SI QUIERES CAMBIAR EL MUNDO NO EXISTE MEJOR MOMENTO QUE ESTE



Carmen Nogués Domingo
Sagrario Acebedo Urdiales

Profesoras T.E.U.
Escuela Universitaria de Enfermería Universidad Rovira y Virgili
Tarragona

El discurrir de la enfermería española es el que es y no es otro, pero muchas veces hemos echado en falta que esa evolución no hubiera sido más rápida .

Al profundizar en esta idea, afloran a nuestra memoria hechos de la historia reciente y no tan reciente que de buen seguro han sido causas de desunión profesional y que no han favorecido el avance y la madurez que todos desearíamos en estos momentos.

Causas históricas de desunión

Desde la creación de la primera Escuela de Enfermeras en España el año 1896 hasta la unificación de estudios en 1952 (ATS) tuvimos tres títulos diferentes: Enfermera, Practicante y Comadrona. Con diferentes orientaciones de enseñanza, de competencias y de funciones. Añadiendo a esto la creación y funcionamiento de los Colegios Profesionales que **conservaron y perpetuaron estas diferencias** . Total 56 años de desunión profesional, con la Guerra Civil en medio.

La siguiente etapa no sólo no lo arregló, sino que separó los profesionales femeninos de los masculinos y a ambos del resto del mundo desarrollado.

Esta etapa va desde 1952 hasta 1977: 25 años en los que las ATS femeninas prácticamente todas tenían el internado como obligatorio, del cual eran excluidos los varones. Las diferencias en formación también fueron evidentes, ya que los objetivos de las primeras eran fundamentalmente : " sumisión, obediencia, abnegación y altruismo " [1], además del estudio y la profundización teórica, práctica y técnica.

La convalidación de los antiguos títulos a los varones y la no posibilidad a las mujeres hasta el final de la etapa, fue la causa de no pocos enfrentamientos. Todo esto sumado también a la persistencia de separación colegial.

Destacar asimismo que cuando en España se iniciaron los estudios de ATS (1952), Hildegard Peplau publicaba sus Teorías de Enfermería. Virginia Henderson su definición de "enfermera" y algo más tarde (1960) sus " Principios básicos de los cuidados de enfermería ", con las catorce necesidades que todos conocemos.

En esta etapa se consiguió que las funciones delegadas fueran vistas y vividas como las verdaderas y únicas funciones de enfermería en nuestro país.

A partir de 1977 se inicia la última etapa en la que, unidos los estudios y los colegios no debería de haber ocurrido nada que empañara la armonía de la Enfermería Española . El Curso de Nivelación de Conocimientos lo volvió a poner difícil, al ser obligatoria su convalidación.

Aunque se había conseguido algo fundamental, **unir a toda la enfermería española en un objetivo común**: la consecución de las Escuelas Universitarias de Enfermería.

Pero al cabo de 18 años, nos preguntamos :

- ¿ Dónde está aquella única voz que consiguió los estudios universitarios en 1977?
- Es como si se hubiera extinguido ....
- Es como si hubiéramos entregado toda la confianza a nuestras instituciones representativas ....
- Es como si nuestra responsabilidad hubiera terminado ...
- Es como si los cauces de participación se hubieran secado ...

Causas actuales de desunión no favorecedoras del avance profesional

Hay otra realidad, la cotidiana, que es fundamental para seguir evolucionando . La observación diaria nos dice que todavía hay muchos colegas que le dan más importancia a los cuidados de corresponsabilidad o delegados que a los de responsabilidad enfermera.

De corresponsabilidad	*Responsabilidad enfermera*
· observación de síntomas	· movilizar el potencial de salud
· tratamiento médico	· gestión de cuidado

Tenemos muy claro que todo es responsabilidad de enfermería , y también que los segundos raramente se llevan a cabo sistemáticamente.

- ¿Dónde está la dificultad, en la enseñanza?.
- ¿En la realidad de la asistencia?.
- ¿En la falta de tiempo o en la capacidad de priorización?.

Nosotras pensamos que posiblemente haya algo de cada una, pero sobretodo una : **LA CONSIDERACION POR PARTE DE LAS ENFERMERAS EN GENERAL DE QUE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA NO SON IMPORTANTES DENTRO DEL CONTEXTO DE CUIDADOS**.

Sin embargo es fundamental que asumamos nuestra aportación específica, el servicio que como profesión damos.

- Tomar conciencia de lo que representa el "saber" del cuidar
  - a nivel del estudio de las necesidades humanas
  - a nivel de madurez y de crecimiento personal
  - a nivel del modo de vida propio
- Valorar más profundamente la "trascendencia" del cuidar
  - lo que representa el acompañar
  - el mostrarnos sensibles
  - el saber descifrar el lenguaje, las angustias, los deseos y los problemas del otro.
  - del no hacer por el otro, sino mirar por su autonomía, madurez y dignidad.
- Así como de la necesidad de tener conocimientos del cuidar[2], en cuanto a:
  - cómo tocar
  - cómo ayudar a equilibrar energías
  - cómo movilizar al otro respetándole y respetándonos .

- El cambio de consideración pasa además de el estudio y la actualización constante por una implicación y cuestionamiento personal en cuanto a la importancia de estas necesidades y en su manera de cubrirlas. En la manera en que yo sienta que estas necesidades son importantes para mi, estoy en mejores condiciones de entender lo importantes que son para los demás [3].

- Otra razón sin duda también fundamental es que los valores que sustentan estas concepciones no están de moda.. Parece que los cuidados no son suficientemente científicos como para ser importantes. Como decía Ugena ahora haca un año "vamos contracorriente porque lo que la enfermera defiende no va a favor de la tecnología" [4].

- Y por último algunas actitudes amparadas en el grupo que no favorecen para nada la imagen de enfermería . Nos referimos a la propensión de hacernos las víctimas en vez de entrar en acción, de competir con otros profesionales en vez de forjar nuestra seguridad y ver el proceso de enfermería como una modernidad de las escuelas en vez de preocuparnos de nuestra formación.

El momento de actuar ha llegado

Estamos inmersos en una crisis económica importante. Frente a ella podemos tomar diferentes alternativas, entre ellas:

- pasarnos el día quejándonos de la falta de recursos humanos y materiales

- o, entrar en el ruedo aportando nuestra experiencia, capacidad, imaginación y nuestros criterios en cuanto a mínimos exigibles y/o tolerables

Seguramente estamos atravesando el momento clave para decidirnos por el cambio. En épocas de gloria y esplendor no abundan los cambios ¿para qué?

Naisbitt y Aburdene nos dicen que para que realmente se produzcan cambios importantes en una sociedad deben darse dos elementos : Un cambio de valores y una crisis económica importante, que incluso con el primer elemento no es suficiente.

Esta situación es la que se está viviendo en todos los países desarrollados y en nuestro país . En todas las instituciones y también en las sanitarias . La rapidez con que se producen es tal que pueden compararse con los cambios en el mundo de la informática.

A pesar de las crisis que se están dando y se puedan dar, los recursos humanos siguen siendo el eje por el cual la sociedad gira y cambia . Pero el énfasis en las personas está cambiando de dirección : la competencia profesional, la capacidad de innovación y la auto-dirección son algunas de las nuevas exigencias profesionales en cualquier trabajo, y también lo serán para enfermería. Que además en nuestra país tiene otra exigencia pendiente : **RECUPERAR LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA PROPIOS, DIFERENCIARLOS Y CONTABILIZARLOS PARA PODER EXPLICAR NUESTRA APORTACION Y LAS DIFERENCIAS DE CALIDAD PROFESIONAL.**

Lo necesita la propia enfermera para hallar concreción, seguridad, satisfacción y respetabilidad en su trabajo.

Lo necesita la administración porque precisa saber qué es "lo específico" que nosotros podemos ofrecer en esta empresa de servicios que son los hospitales y centros de atención primaria y por el cual nos pagan.

Lo necesita la profesión antes de que vayan añadiendo profesionales diferentes dentro de la enfermería, sin saber todavía qué es lo más adecuado y lo más rentable a corto y a largo plazo, dentro de nuestro contexto histórico y social.

Apostar por el cambio

Se trata de CONSEGUIR QUE UNA MASA CRITICA DE ENFERMERAS/OS , CONSIDERE QUE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA SON IMPORTANTES,Y ACTUE EN CONSECUENCIA.

¿Qué es una masa crítica? Es una teoría sobre como todos nosotros pertenecientes a una misma especie nos influenciamos mutuamente. "El centésimo mono" de Ken Keyes explica el estudio realizado a un grupo de monos en la costa japonesa. Uno de ellos comenzó a lavar unos boniatos en el mar que les habían sido facilitados. El resto de los monos se pusieron a imitarle e hicieron lo mismo.

Cuando el número de monos que actuaba de ese modo aumentó considerablemente, se observó el mismo comportamiento en otros grupos de monos que se hallaban a miles de kilómetros del lugar y que nunca habían estado en contacto con los primeros. "El centésimo mono" simboliza lo que los científicos denominan "masa crítica" en las especies [6].

Según la teoría, cuando se alcanza un número de masa crítica, se produce el mismo comportamiento en los restantes miembros de la especie. Al parecer esto sucede en todas las especies. Cuando cierta masa crítica de miembros empieza a actuar o a pensar de cierta manera, el resto de la especie adopta el mismo comportamiento.

Cuantos más se alinearán, mayor será la presión ejercida y la unidad será una realidad.

Cómo conseguirlo

Simbólicamente empieza todo con el mono que recoge aquel boniato y **TIENE EL CORAJE SUFICIENTE PARA COMPORTARSE DE MANERA DISTINTA A LA HABITUAL**, y luego con el de al lado y así sucesivamente hasta llegar a la masa crítica.

Comportarse de manera distinta a la habitual, es contrarrestar el miedo a lo nuevo entrando en acción y dejando para después la corrección de los errores si los hay.

Mostrar interés, preguntar, informarse, formarse, responsabilizarse, poner límites, defender los cuidados, vivirlos, disfrutarlos, enseñarlos..... esto es concienciarse . **UNA PERSONA CONCIENCIADA SE CONVIERTE EN UNA MAYORIA EN ESTE PROCESO**.

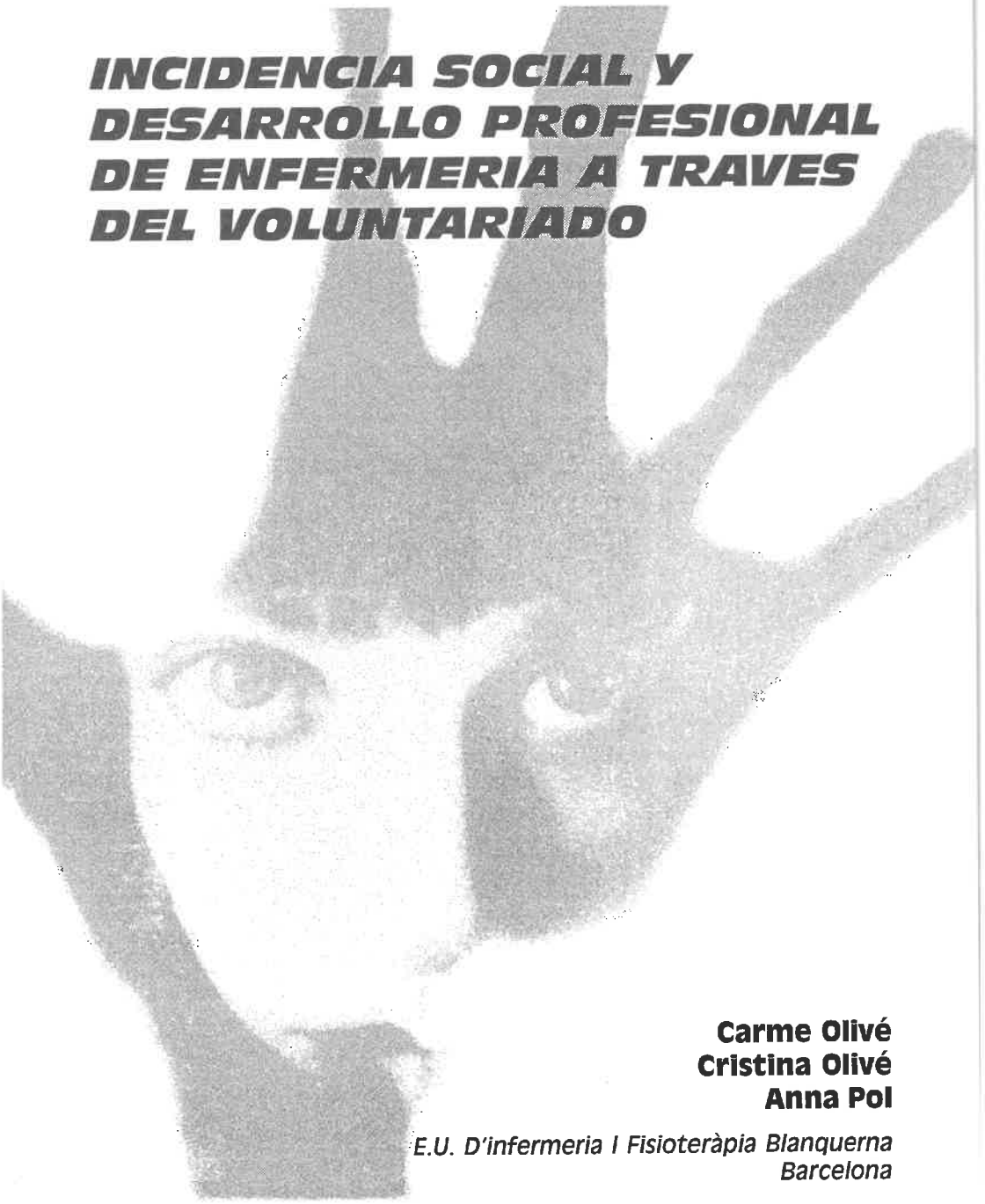
A partir de aquí, igual que los átomos de una molécula se alinean de una cierta manera y alcanzan un número de masa crítico, así consegui-

remos hacerlo nosotros con nuestras compañeras/os de trabajo, éstos con otros y otros con otros, confiando que el resto acaba alineándose por su propia cuenta, igual que los átomos. Recordando que aprender no es sólo saber, **APRENDER ES SABER Y PONER EN PRACTICA.**

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Dominguez Alcón,C. La infermeria a Catalunya - Ediciones ROL S.A. Barcelona 1981.
2. Collière, MF Promover la vida - Interamericana Mc Graw Hill - Madrid 1993.
3. Piulachs Moles, T. Documentación del Curso de Enfermería Clínica y relación de Ayuda- DOMO Barcelona 1986.
4. citado en "Líneas de investigación en enfermería" por B.Ugena - Mesa redonda XV Sesiones de Trabajo AEED- Barcelona 1994.
5. Naisbitt,J. Aburdene,P. Re-inventar la empresa -Ed. Folio Barcelona 1985
6. citado en "La fuerza de crecer" de Dyer,W. -Ed. Grijalbo. Barcelona 1984.

INCIDENCIA SOCIAL Y DESARROLLO PROFESIONAL DE ENFERMERIA A TRAVES DEL VOLUNTARIADO



Carme Olivé
Cristina Olivé
Anna Pol

E.U. D'infermeria I Fisioteràpia Blanquerna
Barcelona

El profesional de enfermería es un auténtico agente social, con grandes posibilidades de desarrollo humano y profesional.

Nuestra comunicación se basa en el testimonio de tres profesionales de enfermería que desarrollamos nuestra actividad profesional en el área asistencial y docente, compaginándola con actividades de voluntariado en ámbitos marginales del tercer y cuarto mundo: Cooperación en un hospital de leprosos de la India, formación cultural y sanitaria en un colectivo de mujeres residentes en un barrio marginal de la ciudad de Barcelona y talleres de educación sanitaria en un colectivo de mujeres africanas en una zona de la comarca del Maresme.

Para conseguir un desarrollo profesional de la enfermera es necesario ir más allá de "Hacer" al "Ser" enfermera, integrando conocimientos y actitudes.

Hacer de enfermera entendido como realizar una acción profesional adecuada en un ámbito determinado, hospitales, centros de salud...implica una responsabilidad laboral y aporta un beneficio a la sociedad.

Pero "Ser" enfermera amplia la responsabilidad laboral a un compromiso profesional, gracias a la integración de su identidad en el quehacer profesional, confiriéndole un modo de "Estar" diferente en sus áreas de trabajo y ayudándole a vislumbrar nuevos campos de actuación.

En un momento de auge del voluntariado social, se ha constatado que no es suficiente con las buenas intenciones, sino que también es necesaria una aportación profesional.

Si desarrollamos nuestra profesión desde el punto de vista integral, a parte de las instituciones laborables convencionales, encontramos en el voluntariado social, un espacio para dar respuesta a las necesidades y carencias sociales individuales y comunitarias. Sin embargo, no se trata de paliar estas situaciones sino de actuar sobre las causas y solo se puede realizar desde la profesionalidad.

El voluntariado social, se entiende como un servicio gratuito y desinteresado que nace como consecuencia de tomarse la condición de ciudadano responsable: como un ejercicio de la autonomía individual, de la participación social y de la solidaridad. Surge porque ve disfunciones, necesidades insatisfechas, sufrimiento físico y moral y decide intervenir para cambiar estas situaciones.

No obstante no se trata de suplir los compromisos de la administración sino más bien constituirse como conciencia crítica estableciendo una relación de cooperación y posibilitando un cambio real en las estructuras.

Pero... ¿Donde Puede actuar el voluntariado?, ¿Como concreta su compromiso?

Puede actuar en : Asociación de vecinos, barrios marginales: con infancia maltratada, pobreza, Asociaciones de ayuda a personas y familiares afectados de SIDA, cáncer alcohólicos, toxicómanos, esclerosis múltiple, diabéticos, asmáticos etc... En centros de deficientes físicos y psíquicos, en países en vía de desarrollo, en asociaciones de tiempo libre infantil y juvenil (Esplai), Con la tercera edad en geriátricos, domicilio, en prisiones etc...

El voluntario social da soporte humano, acoge, escucha, orienta, acompaña, se implica con la realidad, da clases, gestiona, trabaja en equipo, sensibiliza y conciencia, da su servicio de forma gratuita, es solidario etc...

Desde nuestra experiencia en el voluntariado, hemos constatado lo que este aporta a la persona y por tanto al "Ser" enfermera y paralelamente la incidencia social que tiene enfermería a través del voluntariado.

Concretamente:

Trabajando en talleres de educación sanitaria en un colectivo de mujeres africanas.

En investigación: Es necesario hacer un buen diagnostico de salud antes de actuar, debido a que es un colectivo con características socio culturales distintas a las nuestras.

En docencia: Se llevan a cabo talleres de educación sanitaria como por ejemplo: Alimentación infantil, higiene alimentaria, abordaje de problemas de salud frecuentes formación de promotores de salud, etc..

En asistencia: No se realiza asistencia directa puesto que esta cubierto por los centros institucionales pero se educa a la población para su correcta utilización.

En gestión: Organización de recursos humanos y materiales para la realización de los talleres. Fomentar y gestionar la interacción con los centros de salud de la zona.

Cursos de formación para auxiliares de geriatría en un barrio marginal de Barcelona

En investigación: Análisis de resultados, detección de necesidades y estudio de nuevas propuestas o alternativas.

En docencia: Además de la formación de auxiliares en geriatría, se imparten conocimientos básicos sobre higiene, dietética, prevención y primeros auxilios, fomentando su auto-cuidado.

En asistencia: Aunque no se realiza asistencia directa, si se reconducen demandas al profesional correspondiente.

En gestión: Organización de recursos humanos y materiales.

Colaboración en un hospital de leprosos en la India.

Asistencial: Aplicamos nuestros conocimientos específicos de nuestra profesión para cuidar y ayudar a curar la enfermedad de la lepra.

Docente: Enseñar nuestros conocimientos a los nativos, para que pudiesen desarrollar ellos mismos las actividades en el hospital.

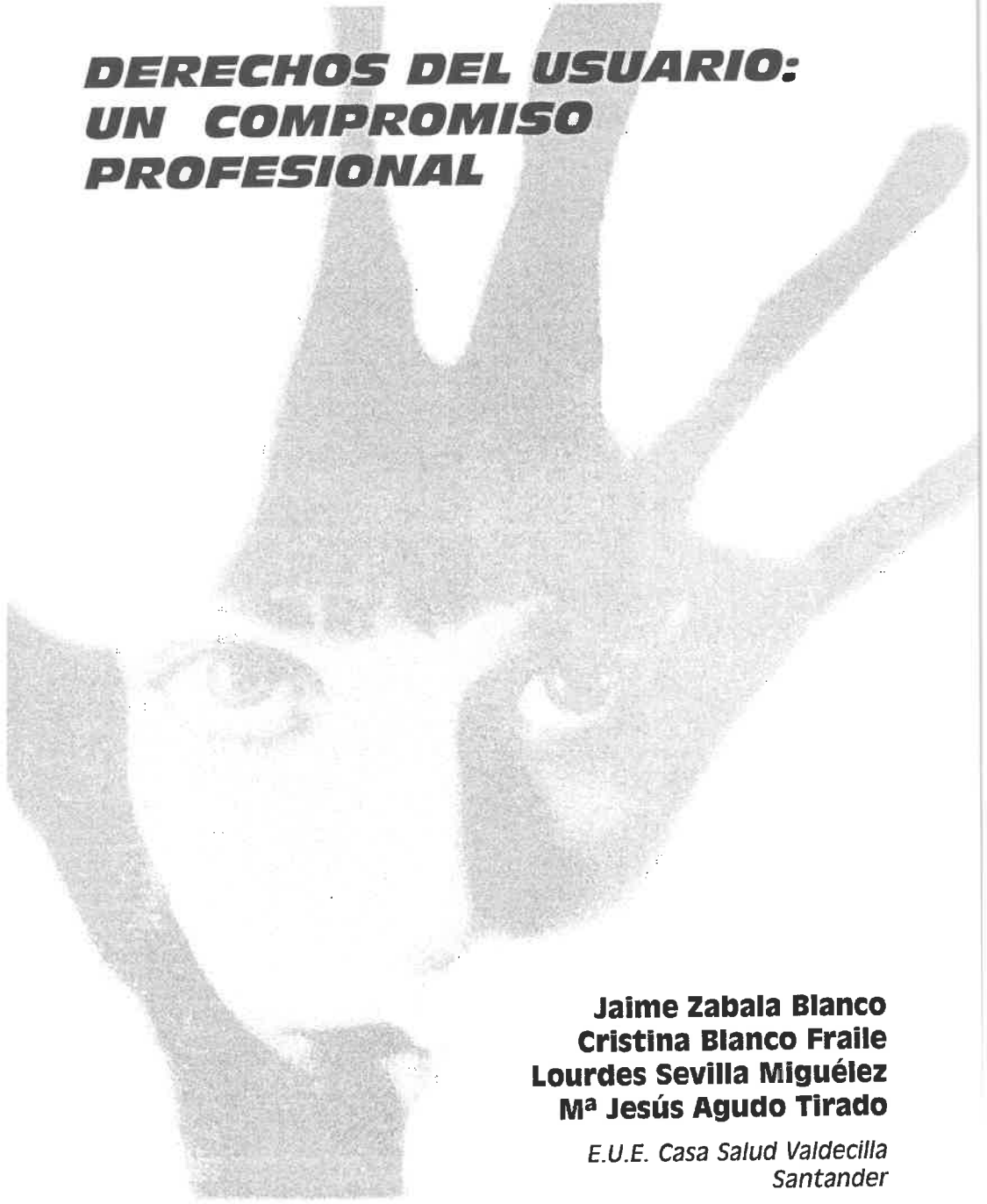
Gestión : Organización y distribución de los recursos materiales tales como los medicamentos, ropa, alimentos...etc..

Investigadora: Estudiar las necesidades más básicas para poder actuar y evaluar nuestras intervenciones.

La experiencia del trabajo voluntario en realidades marginales, nos ha dado la posibilidad de ser creativos enseñándonos a optimizar recursos y desarrollar nuestra profesión más allá de los límites, tantas veces experimentados, en ámbito laboral. Por otro lado la inmersión del profesional en el voluntariado, le permite comprender la realidad desde dentro y al mismo tiempo que se le reconozca su identidad propia.

Desde nuestra implicación como docentes en una Escuela Universitaria de enfermería en la formación de futuros profesionales, creemos importante que se tenga presente este ámbito de desarrollo y se anime a ir más allá de la responsabilidad laboral al compromiso profesional.

DERECHOS DEL USUARIO: UN COMPROMISO PROFESIONAL



Jaime Zabala Blanco
Cristina Blanco Fraile
Lourdes Sevilla Miguélez
Mª Jesús Agudo Tirado

E.U.E. Casa Salud Valdecilla
Santander

INTRODUCCIÓN

La publicación de los derechos del usuario, dentro de la Ley 14/1986 de 25 de Abril, General de Sanidad, supuso un paso importante desde el punto de vista de la voluntad de la administración para la humanización del sistema sanitario.

Los 15 derechos legislados en el articulo diez de la mencionada ley, recogen por primera vez en nuestro país una apuesta por un desarrollo moderno y democrático de la legislación sanitaria.

El usuario pasa de ser un mero receptor de prestaciones "benéficas" y sin ningún tipo de intervención en ellas (sino el agradecimiento y en muchas ocasiones el sometimiento), a una posición de elemento activo en las decisiones, tanto en lo concerniente a su salud individual como a la participación en la organización del sistema sanitario y sobre todo, a la posibilidad de exigir que su relación con el sistema se produzca en unas determinadas mínimas condiciones.

Las enfermeras/os, mas allá de la responsabilidad laboral, debemos asumir como compromiso profesional la promoción del respeto a los derechos del usuario, de una parte, nuestra actuación profesional como parte del equipo multidisciplinario, incide directamente en la preservación de los diferentes derechos, y de otra debemos ser intermediarios con el sistema sanitario para corregir las posibles disfunciones.

Como profesionales inmersos en una sistemática de trabajo, corremos el riesgo de tener una visión "peculiar" de la realidad cotidiana, no percibiendo nuestra posible incorrecta actuación. Pensemos sino, cuando nosotros o alguien cercano se convierte en usuario y como entonces detectamos con facilidad, las disfunciones del sistema y el incumplimiento de alguno de los derechos.

Por lo anteriormente expuesto y transcurridos 9 años desde la publicación de la Ley general de sanidad, hemos considerado interesante realizar el presente trabajo cuyos objetivos son, por una parte conocer la percepción sobre el grado de información y por otra el grado de respeto que sobre dichos derechos existe.

MATERIAL Y MÉTODO

Como población de estudio elegimos a los estudiantes de Enfermería, por considerar que podían tener una visión "mixta", esto es, eran usuarios y por otra parte habían entrado ya en el sistema sanitario pero sin llegar a considerarse profesionales, puesto que sabemos que los profesionales pese a ser usuarios potenciales en general desarrollamos percepciones mediatizadas.

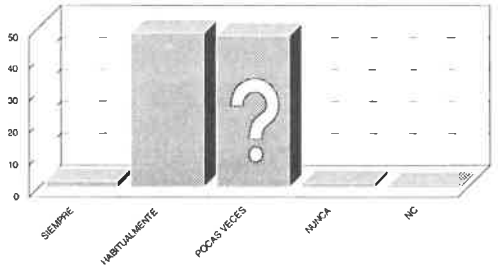
Para llevar a cabo la recogida de datos diseñamos una encuesta que se les paso, asegurando el anonimato. Dicha encuesta además de percepciones generales interrogaba acerca de percepciones del respeto en relación con los 5 primeros derechos, por ser los mas relacionados con aspectos de derechos básicos y de información.

Una vez obtenidos los datos, fueron procesados mediante el programa informático "Sigma".

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

1. ¿Se trata dignamente en general a los usuarios?

En general, ¿Se trata dignamente a los usuarios?



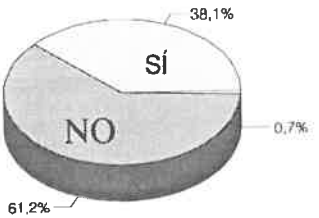
Siempre 2%; Habitualmente 48.3%; Pocas veces 47.6%; Nunca 1.4%; No contesta 0.7%

En cuanto a la percepción de la existencia de un tratamiento digno de los usuarios, los datos evidencian un reparto proporcional de las opiniones hacía posturas positivas y negativas, estos datos pese a su equilibrio, no pueden llevar a una conclusión de neutralidad, ya que el que uno de cada dos encuestados piense que no se trata dignamente a los usuarios es un dato alarmante, pues determina un mal funcionamiento del sistema en aspectos básicos.

2. ¿Conocías la existencia legislativa de los derechos de los usuarios?

Si 38.1%; No 61.2%; NC 0.7%

¿Conocías la existencia legislativa de los derechos?



Cuando a los futuros profesionales se les pregunta sobre su conocimiento sobre la existencia de la legislación, aproximadamente uno de cada tres contesta afirmativamente, pero estos datos coinciden con el grupo de alumnos (tercer curso) que han recibido dentro de su formación este apartado, lo que nos lleva a pensar que el conocimiento previo es prácticamente nulo.

3. ¿Crees que los usuarios conocen sus derechos?

Si 1.4%; No 96.6%; NC 2%.

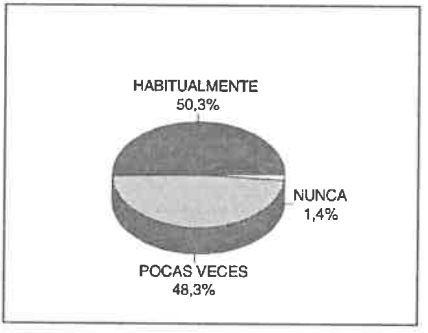
Teniendo en cuenta los datos anteriores, el que la práctica totalidad de los encuestados respondan que los usuarios desconocen sus dere-

chos, nos debe llevar a reflexionar sobre la falta de mecanismos de información.

¿Crees que los usuarios conocen sus derechos?

4. ¿Se respeta el derecho nº1?

"Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razones de raza, de tipo social, de sexo, moral, económico, ideológico, político o sindical".



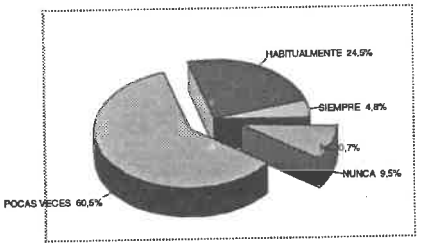
Derecho nº1

Siempre 0%; Habitualmente 50.3%; Pocas veces 48.3%; Nunca 1.4%

Los datos obtenidos coinciden con los de la primera pregunta, revelando nuevamente la gravedad de que en el 50% de los casos la percepción sea de incumplimiento de los derechos mas básicos del individuo.

5. ¿Se respeta el derecho nº2?

"A la información sobre los servicios sanitarios a los que puede acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso".



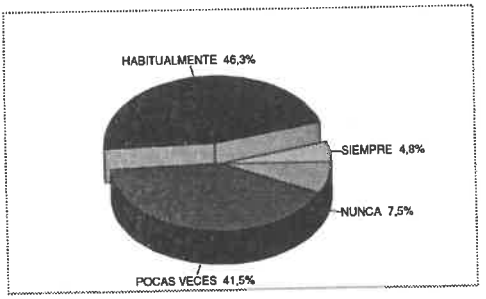
Derecho nº2

Siempre 4.8%; Habitualmente 24.5%; Pocas veces 60.5%; Nunca 9.5%; No contesta 0.7%

Que solamente uno de cada cuatro encuestados crea que los usuarios tienen información sobre las prestaciones del sistema, evidencia lo inadecuado de los mecanismos de información, haciéndonos pensar que en ocasiones, pese a haber una prestación determinada, muchos usuarios no podrán acceder a ella debido al desconocimiento de su existencia, lo que genera desigualdad a la hora del uso de los recursos disponibles.

6. ¿Se respeta el derecho nº3?

"A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y su estancia en instituciones sanitarias públicas o privadas que colaboren con el sector público".



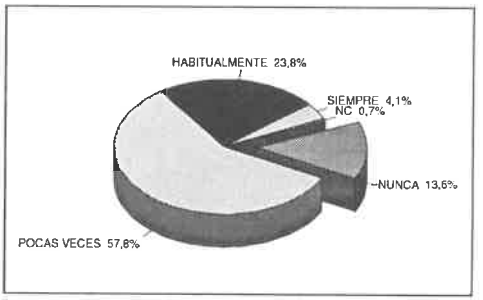
Derecho nº 3

Siempre 4.7%; Habitualmente 46.3%; Pocas veces 41.5%; Nunca 7.5%

La percepción de falta de confidencialidad en el 49% de los casos es también un signo de alarma, pues en la mayoría de los casos debemos pensar que se produce por mala actuación profesional de alguno de los componentes del equipo, del cual formamos parte las enfermeras.

7. ¿Se respeta el derecho nº4?

" A ser advertido de si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación, que, en ningún caso, podrá comportar peligro adicional para su salud. En todo caso será imprescindible la previa autorización y por escrito del paciente y la aceptación por parte del médico y de la Dirección del correspondiente Centro Sanitario".



Derecho nº4

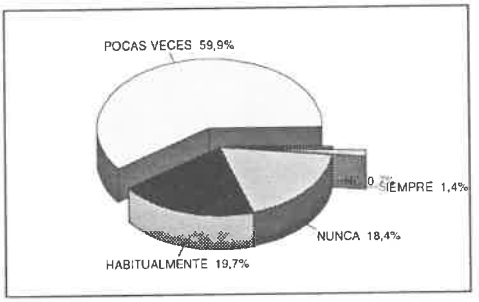
Siempre 4.1%; Habitualmente 23.8%; Pocas veces 57.8%; Nunca 13.6%; No contesta 0.7%

En lo referente a este derecho la situación parece mas negativa, evidenciando la situación de poco desarrollo de la implantación del "Consentimiento informado", pieza angular en lo referente a la protección de los derechos del usuario.

8. ¿Se respeta el derecho nº5?

" A que se le dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su

proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento".



Derecho nº5

Siempre 1.4%; Habitualmente 19.7%; Pocas veces 59.9%; Nunca 18.4%; No contesta 0.7%

Una vez mas la falta de información o la inadecuación de esta se evidencian como uno de los factores que contribuye de forma decisiva a la falta de respeto a los derechos del usuario, dejando patente que pese a la evolución legislativa queda mucho camino por andar en la transformación del sistema y sobre todo en las actitudes profesionales.

CONCLUSIONES

A la vista de los datos obtenidos, hemos extraído las presentes conclusiones:

- El conocimiento de sus derechos por parte de los usuarios, es prácticamente nulo.
- Existe en general una percepción baja en cuanto al tratamiento con dignidad del usuario y al respeto de sus derechos.
- Los derechos con un menor respeto, son aquellos relacionados con la información.
- Es necesario establecer mecanismos de información y control que aseguren el respeto de los derechos del usuario.

Para finalizar hemos de reflexionar sobre la importancia del colectivo de enfermería (el mas amplio del sistema), a la hora de preservar los derechos de los usuarios a los que prestamos cuidados, y entender que nuestro trabajo va mas allá de la responsabilidad laboral.

BIBLIOGRAFÍA

1. LEY 14/1986, GENERAL DE SANIDAD. (B.O.E 29 de Abril 1986).
2. POLIT, D.; HUNGLER,B: Investigación científica en Ciencias de la Salud. Interamericana, México, 1994.

A PROPÓSITO DEL DEBATE SOBRE LA LEGALIZACIÓN DE LAS DROGAS. ALGUNAS CONSECUENCIAS JURÍDICO-SOCIALES DE LA PENALIZACIÓN

A. Suárez Suárez
C.D. Medina Castellano
L. Farrerons Noguera
E. Medina Castellano

C. de CC. de Salud
Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas es tan antiguo como la humanidad, tal y como se han constatado por la investigación de la historia y por los datos obtenidos de sociedades primitivas recientemente desaparecidas o que perviven en la actualidad. En este sentido, en la cultura egipcia y la mesopotámica (continuadas por las grecorromanas) consumieron opio con extraordinaria generosidad; el del cannabis se remonta a tiempos inmemoriales, encontrándose restos de fibra de cáñamo, que provienen del cuarto milenio a. C. en China; las bebidas alcohólicas aparecen mencionadas en textos orientales y occidentales muy antiguos; la planta de coca y el peyote ejercieron gran influjo sobre muchas culturas nativas americanas.

El uso de las drogas en cada cultura ha tenido distinta significación que se ha incardinado o manifestado según los usos sociales o religiosos de cada tiempo y lugar, al igual que el abuso y los problemas que del mismo se derivan.

A principios de siglo, los heroinómanos americanos y europeos eran personas de segunda y tercera edad, bien integradas a nivel social y familiar, ajenas a las incidencias delictivas de la época.

En los años 60 aparecen en la cultura occidental drogas que se trasladan de otros países y culturas que se asume en la población receptora de forma diferente, al integrarse en un contexto con una organización social, unos valores, cultura y conflictividad también diferentes. Junto a ello, el consumo se presenta en mayor grado entre los jóvenes, y se liga a determinadas subculturas, en las que se enarbola como una forma de goce y felicidad, acompañado de ciertas posiciones reivindicativas de identidad y rebeldía juvenil. Estas circunstancias van a originar miedo e inquietud en el tejido social.

Una de las respuestas sociales a esta nueva problemática que planteaba cierta parte del sector juvenil, fue la penalización del tráfico y el consumo o el aumento de las penas, cuestión que pasamos a analizar.

CONSECUENCIAS DE LA PENALIZACIÓN

Desde los años 70 hemos tenido en España una evolución en espiral en esta materia. El aumento de la represión penal, lejos de aminorar el consumo y el trafico de drogas, ha aumentado de una manera alarmante la criminalidad relacionada con el consumo y el tráfico, situándolo algunos autores desde el punto de vista estadístico, en un 80 % del total de los delitos.

Esta espiral de aumento de la penalización-aumento de los delitos, nos debe llevar a una reflexión profunda y sincera sobre un problema tan complejo como el del consumo y tráfico de drogas, lo que en principio es muy difícil porque es un fenómeno donde participan en gran medida la ideología, el miedo, el tabú, el estado de opinión, y ello, la mas de las veces, produce una pasión cegadora, enemigo numero uno de la razón. En consecuencia comenzaremos por analizar el estado actual de la cuestión:

1. Quizás la primera consecuencia de la penalización y el sucesivo aumento de las penas del trafico, es la clandestinidad del mismo, que a su vez, produce el aumento del riesgo del traficante y el encarecimiento del producto.

Por otra parte, la clandestinidad va asociada a la falta control del Estado sobre la calidad de la mercancía cuando llega al consumidor, con lo que nos encontramos que éste, no solamente sufre los riesgos propios del tóxico, sino además, otros de difícil control y prevención, entre los que se encuentran:

a. La muerte por adulteración o sobredosis, en los casos en que ésta no es deseada por el sujeto, ya que, de cuando en cuando, el mercado negro dicta una pureza superior a la que está acostumbrada el consumidor, aunque, en general en sustancias como la "cocaína" o la "heroína", en nuestro medio, la pureza no suele ser superior al 10 %. Lo cierto es que éste nunca sabe la calidad del producto que consume.

b. Otros problemas de salud como el SIDA, hepatitis, y demás derivados de la vía de administración (intravenosa) en condi-

ciones poco o nada asépticas o en su caso los derivados de los distintos adulterantes.

Vemos así, como la protección penal de la "salud pública" (los actos punibles de los que hablamos llevan la denominación genérica de delitos contra la salud pública) produce un efecto no sólo contrario al deseado, sino que incluso incrementa el riesgo de lesión de la salud.

2. En segundo lugar, la prohibición produce en ciertos colectivos, como es el de los jóvenes, una reacción propia de estas edades, que es la contraria, y que se manifiesta por el consumo, bien como aventura, riesgo o diversión, potenciado también por la falta de información, o porque a nivel social e incluso en los niveles sanitarios se confunde:

a. Consumo sin abuso, abuso en el consumo y drogodependencia que suelen anudarse en un solo concepto, siendo por el contrario muy diferentes.

b. Colocar todas las drogas en el mismo grado de riesgo o de perjuicio para la salud.

c. Considerar como drogas solo las ilegales, como, por ejemplo, el padre alcohólico que prohíbe a su hijo el consumo de cannabis.

Este discurso social, a menudo es tomado por los jóvenes como un engaño, con lo que, a veces, también se rechaza la información mas real, mas clara y veraz, reafirmando esa rebelión natural del joven.

3. En tercer lugar el encarecimiento del producto produce unas ganancias económicas considerables, pudiendo ser estas en determinados países superiores a la renta nacional de un Estado. Para obtener este rendimiento económico, es necesaria una infraestructura empresarial, que no es otra que la creación de potentes mafias, de la que se deriva una criminalidad no conocida antes en la historia, tanto a niveles Estatales como internacionales y cuyo lastre es:

a. La tenencia de recursos que pueden en algunos casos, hacer frente incluso al poder militar de un Estado, en otros burlar el aparato policial, administrativo y por supuesto el propio Derecho Penal.

b. El peligro de corrupción de todas las instituciones del Estado: políticas, judiciales y policiales...

c. El blanqueo de dinero pudiendo afectar, en el sentido anterior a la banca y al mundo de las grandes finanzas.

4. El encarecimiento del producto y las dificultades para conseguirlo, también ha creado la profesión de camello de poca monta, para asegurase que "salga gratis el consumo". Así mismo, los rituales que acompañan a la compra y al consumo, dentro del ámbito de la clandestinidad e ilegalidad ha originado toda una subcultura y un modo de estar en ella, del consumidor, que no es otra que la de estar siempre al margen de la sociedad, o mejor dicho en la marginalidad sea esta voluntaria o involuntaria.

Como vemos la penalización y el aumento sucesivo de las penas, no solo no ha disminuido el consumo, el trafico y la criminalidad asociada, sino que a medida que estas aumentan, el ciclo descrito, en los puntos 1, 2, 3 y 4 se multiplica y se refuerza.

OTRAS CONSECUENCIAS DE LA PENALIZACIÓN: EL ROL SOCIAL TOXICÓMANO-DELINCUENTE, TOXICÓMANO-VICTIMA

Las posiciones alarmistas y extremistas respecto al consumo de drogas ilegales, tienen como causa-efecto el demandar el aumento de la represión, creando una particular situación en la que se mezcla o se confunde al sujeto activo y pasivo del delito, a través de una idea que tiene gran arraigo social, esto es, la asociación "toxicómano-delincuente" o "toxicómano-victima", la cual transciende a nuestras instituciones, en especial, las mas ligadas por sus competencias en esta materia: Ministerio de justicia, Ministerio de Sanidad, y Servicios de Salud en CC. AA. cuando estas competencias están transferidas. Por otro lado, han proliferado en los últimos años una gran variedad de organizaciones sociales : madres y organizaciones sociales contra la droga, grupos de autodefensa o de seguridad ciudadana que pueden ser peligrosas, en el sentido de ser organizaciones paralelas al aparato judicial y policial, porque se facilita la "justicia por su mano", en los barrios donde el poder adquisitivo no permite la contratación de servicios a empresas de seguridad, y la actuación lamentable de algunas administraciones de CC.AA., y locales que para "limpiar la imagen" de sus calles han suministrado billetes de transporte, a fin de que abandonen ese territorio y los toxicómanos se trasladen a otro lugar.

A nivel familiar, nos encontramos con casos muy "sui generis" de familias que facilitan el dinero a sus hijos para el consumo de drogas (mas habitual de lo que creemos) para evitar el sufrimiento originado por la demanda y la abstinencia (ansiedad y angustia del drogodependiente, conflictos en las relaciones familiares, actividades marginales). En otros casos, los conflictos son tan dramáticos que conducen a la expulsión del drogodependiente del seno familiar, laboral (es causa de despido), favoreciendo la introducción en los ámbitos mas marginales de la sociedad para poderse costear unas sustancias que tienen un precio que no hay fortuna que la resista. Para la obtención de los recursos necesarios algunos realizan actividades contrarias a derecho, tales como delitos contra la propiedad, contra integridad física, la vida, mendicidad infantil, etc.

Por otro lado, este discurso social "toxicómano-delincuente", toxicómano-victima, origina en los sujetos adictos a drogas ilegales (sobre todo a la heroína), la asunción de un rol social, en el que es difícil separar, ¿que fue primero el huevo o la gallina? ¿que es causa de quien?. El rol da lugar a una ficción "Jurídico-social", en la que el sujeto sabe que está en una situación en la que los demás le reconocen como tal "toxicómano-delincuente", y que en realidad no lo es, originándose un tipo de relaciones sociales consensuadas por ambas partes en la que el drogodependiente produce miedo al resto de los ciudadanos (llamados normales), actuando las partes en consecuencia, de lo que obtiene el sujeto consumidor de drogas ilegales, evidentes ganancias secundarias como obtener dinero de la mendicidad, recursos de determinadas instituciones sociales o asistenciales muy costosos, que en la practica no tienen el fin primario de asistencia sanitaria, rehabilitación, integración social etc., sino que se convierten en recursos dirigidos a hacer efectivo el consumo.

Esta cuestión no es desconocida del todo por las partes; el problema reside en no saber como afrontarlo o en plantear alternativas posibles, con lo que a medida que perdura en el tiempo, se retroalimenta, convirtiéndose en un circulo duro, compacto y cada vez mas difícil de afrontar o simplemente de aminorar.

Al unísono y relacionado con lo anterior, tenemos al sujeto en el rol "toxicómano-victima que también obtiene recursos económicos y sociales y no porque se lo arrebate a las instituciones, sino porque la

angustia, la desesperación, y la alarma social, hace que se demanden de ella una serie de normas para dispensar un tratamiento especial al toxicómano, desde le Plan Nacional de Drogas, recursos de las CC.AA., de los ayuntamientos, etc. Si nos paramos a observar, vemos que la cantidad de recursos destinados al problema de las toxicomanías es suficiente al menos en la C.A. Canaria y desproporcionado si lo comparamos con el destinado a otros problemas de salud mental, incluso a veces mas graves (por ejemplo, las psicosis) o con los destinados a la prevención, asistencia y rehabilitación de los problemas derivados del consumo de drogas legales como el alcohol, lo que podría conculcar el principio de igualdad y otros derechos reconocidos en nuestra Constitución de 1978.

La enfermera también esta inmersa en la sociedad, en el sistema sanitario y participa de este discurso social, de hecho, en la practica son pacientes que a menudo, nos producen miedo o pena.

Es frecuente que ese miedo, esté asociado a que el paciente se nos presenta con una demanda insistente, que no podemos satisfacer, al quedar fuera de nuestras funciones la indicación farmacológica, amen del refuerzo de la conducta adictiva y los problemas legales que se pudieran derivar.

Su particular relación con el mundo y sobre todo con las reglas sociales y la actitud para con su salud, suele producir choques o conflictos cuando este entra a ser atendido en cualquier dispositivo de salud.

Es muy difícil para el paciente por lo dicho anteriormente, y por su bajo nivel de tolerancia a la frustración, adaptarse a las normas de la institución sanitaria, al igual que asumir la responsabilidad sobre su proceso, y menos seguir o aceptar las pautas educativas sanitarias de autocuidado, necesarias para la buena evolución de sus problemas de salud. A este choque, es decir, ante las dificultades que se le plantean al entrar en contacto con cualquier institución sanitaria, el paciente adicto a drogas ilegales, a menudo suele responder con irritación o agresividad, añadiendo a nuestro miedo, el contagio de la irritabilidad y el rechazo a éste. Todo ello puede venir a confirmar el discurso social, consumidor de drogas ilegales-delincuente = marginación dentro del sistema de salud.

A estos pacientes los llamamos "especiales", "difíciles" y en realidad lo son, pero no menos que otros (como por ejemplo un paciente con un cáncer en estado terminal) con los que muy pocos profesionales quieren trabajar, debido a que cuestionan nuestro quehacer profesional.

Es más, al igual que ocurre con los enfermeros/as que trabajan dentro del ámbito de la salud mental, son objeto de ironía y burla dentro de algunos sectores de la profesión, lo que refleja simplemente la impregnación que padecemos de todas las contradicciones y confusión del discurso social sobre las drogas ilegales y sobre todo ante todo aquello que desconocemos y no sabemos abordar.

CONCLUSIONES

El consumo de drogas es tan antiguo como la humanidad, aunque en cada país y época histórica se ha insertado de forma muy diversa en el entramado social. Aunque tenemos ejemplos de penalizaciones como el de la ley seca en EE.UU y sus consecuencias, la penalización del consumo de ciertas drogas y el aumento sucesivo de las penas desde la década de los años 70, ha tenido unas consecuencias insospechadas e incontrolables, aumentando todo aquello que, justo por medio de la norma penal, queríamos reprimir.

Ello hace necesario que realicemos un alto en el camino, y de una forma sincera y desapasionada, abramos el debate social y dentro de propia enfermería sobre la legalización de las drogas. Abrirlo no significa que postulemos o aboguemos por esta posición, sino que la analicemos y veamos las diferencias respecto a las distintos tratamientos jurídicos y sociales de las drogas legales y la influencia que está teniendo dentro del sistema sanitario, y en concreto en la profesión de enfermería, ya que uno de los pilares fundamentales de nuestra profesión, y quizás una de las características que nos diferencia de las demás, dentro del mundo sanitario, es el trabajo con el paciente(no con su enfermedad) con su modo particular de ser y estar en el mundo y siempre diferente de los demás, a lo que se añade la cantidad de tiempo dedicado a los mismos y de donde nace la relación terapéutica eje y base para el desarrollo de nuestro quehacer enfermero/a.

El análisis nos permitiría encuadrar al paciente como una persona más, que necesita de nuestros servicios, desgajándolo de ese discurso social marginador, donde el paciente sabe estar, y del cual obtiene cuantiosas ganancias secundarias porque la alarma social, producida mediante el miedo que nos infunde genera la ficción "drogodependiente de drogas ilegales = delincuente, o "drogodependiente de drogas ilegales= victima, que no dejan

de ser el reverso de la misma moneda, donde el sujeto se instala cómodamente, poniendo en el otro las causas-efectos de su ser en el mundo y abandonando a la deriva el timón que solo él puede tomar para conducir su propia vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Código Penal y legislación complementaria, Madrid. Ed.Cívitas. 1994.
2. AAVV. "Nuevos Delitos contra la Salud Pública en el Código Penal" en: CURSO III SEMANA DE DERECHO PENAL. s.e. Marzo de 1993.
3. ESCOHOTADO A., Aprendiendo de las drogas. Usos y abusos, prejuicios y desafíos, 1ª edic. Barcelona, Ed. Anagrama, 1995.
4. ESCOHOTADO A. "Conjeturas y experiencias" en AAVV. Jornadas Drogas, Desarrollo y Estado de Derecho, 1º edic. Bilbao, Ed. Universidad de Deusto, 1995.
5. ESCOHOTADO A., Historia de las drogas. Vol, 1, 3ª edic. Madrid, Ed. Alianza Editorial S.A., 1994.
6. ESCOHOTADO A., Historia de las drogas. Vol 2, 3ª edic. Madrid, Ed. Alianza Editorial S.A., 1994.
7. ESCOHOTADO A., Historia de las drogas. Vol. 3, 3ª edic. Madrid, Ed. Alianza Editorial S.A., 1994. GAFO, J. Ética y Legislación en Enfermería, 1ª edic. Madrid, Ed. Editorial Universitas, S.A., 1994.
8. INSTITUTO ANDALUZ INTERUNIVERSITARIO DE CRIMINOLOGÍA, JUECES PARA LA DEMOCRACIA, INSTITUTO DE CRIMINOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA, Una alternativa a la actual política criminal sobre drogas. 1º edic. s.l. Ed. Grupo de Estudios de Política Criminal. 1992.
9. Ley General de Sanidad. 1ª edic. Madrid, Ed. Tecnos, S.A., 1986.
10. MUÑOZ CONDE F., Derecho Penal, Parte Especial, 8ª edic. Valencia, Ed. Tirant Lo Blanch, 1990.
11. SERRANO GÓMEZ A., Curso de Nivelación de A.T.S. Legislación, 2ª edic. Madrid, Ed. Universidad Nacional de Educación a Distancia, 1983.
12. SOBRAL FERNÁNDEZ J. Y PIETRO EDERRA A., Psicología y Ley, Un Examen de las Decisiones Judiciales, 1ª edic. Madrid, Ed. Eudema, S.A., 1994.
13. SZASZ T., Nuestro derecho a las drogas, 2º edic. Barcelona, Ed. Anagrama, S.A., 1994.

LAS ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES Y LA AGENCIA DE ENFERMERÍA SEGÚN EL MODELO DE D. OREM: Un estudio de las personas con minusvalías en Murcia

J. Hernández Conesa
P. Moral De Calatrava
M. Ruzafa Martínez

Grupo De Investigación E.I.P.S.E.D.
Universidad De Murcia

INTRODUCCIÓN

Situarse en el tiempo y en la Evolución Histórica es siempre un paso importante para la comprensión de un hecho. Las raíces de los servicios sociales, tal y como hoy se plantean, están ligadas a la concepción del Estado del Bienestar que se desarrolla en el mundo occidental.

No vamos a remontarnos muy atrás en el tiempo, aunque es posible rastrear la Historia de los pobres y los marginados desde el Extremo y Antiguo Oriente, pasando por la cultura griega hasta llegar a las más cercanas concreciones del Derecho Romano. Para explicar el Sistema de Beneficencia es necesario remontarse a la Edad Media: los agentes de la beneficencia son donantes particulares y las instituciones propias de la época sustentadas principalmente por la Iglesia y los Municipios, que concretaron sus donaciones en hospitales, asilos, leproserías u orfanatos.

La participación ciudadana, expresada a través de diversas formas de solidaridad y ayuda mutua, se constituyó alrededor de las asociaciones formadas por ciegos tales como "La Compañía de Mendicantes de Estrasburgo" y las Hermandades de Ciegos de las ciudades de Barcelona y Valencia del s. XIV[1] .

Ha habido un largo proceso histórico de efecto irreversible basado en importantes cambios sociales estructurales y de conciencia, que han supuesto un avance de signo positivo del Estado de Bienestar . Entre las figuras y movimientos más destacados debemos resaltar el Capitalismo y el Protestantismo como corrientes que trataron de responsabilizar al Estado y a sus ciudadanos del "bienestar" de aquellas personas más desfavorecidas, si bien verán cumplidos sus objetivos tras la Revolución Industrial.

En síntesis los pasos fundamentales que se siguieron desde la Beneficencia al Bienestar Social son:

- La influencia de los Ilustrados
- La Revolución Industrial
- Los Servicios Sociales Estatales

Las Organizaciones No Gubernamentales surgen a partir de los problemas socio-sanitarios que los gobiernos no contemplan en sus programas de intervención, o bien son incluidos de modo parcial. Los Gobiernos parten de la filosofía explicitada en la Carta Social Europea, y programan una serie de intervenciones que se pragmatizan mediante las disposiciones del Ministerio de Asuntos Sociales, que derivan a su vez a las Consejerías de Bienestar Social.

Para la ONU los Servicios Sociales "son aquellas actividades organizadas cuyo objeto es ayudar a la adopción recíproca entre los individuos y el ambiente"[2].

La evolución social en este sentido viene determinada por el empuje de la iniciativa ciudadana. Este hecho no deja de se aplicable a la situación social y sanitaria de las personas con discapacidad. De este modo, la Historia indica que todos los pasos dados en la progresión continua de la incorporación de los más desfavorecidos a la sociedad, ha estado propulsada por la iniciativa ciudadana. En primer lugar son los propios afectados y sus familias en colaboración colectivos profesionales, sin vinculación directa con estas organizaciones, los pioneros en la organización de estas asociaciones.

Así pues, dentro de los movimientos más sólidos citaremos el de los minusválidos y aquellos que están formados por ciudadanos a favor de la normalización e integración social del discapacitado[3].

Si a todo lo anteriormente expuesto unimos el Objeto de Estudio de la Disciplina Enfermera, elaborado a lo largo de toda su historia, tendríamos argumentos más que suficientes para afirmar, sin temor a equivocarnos, que la Enfermería y la praxis cuidadora, ha estado presente desde la Beneficencia hasta el Estado de Bienestar, ya que son abundantes las fuentes históricas que así lo apuntan[4].

Por ello, desde el Cuerpo Teorético Enfermero, y tras el análisis del mismo, es el modelo de Dorothea Orem, con su Teoría del Déficit del Autocuidado, el más pertinente para abordar las intervenciones enfermeras a individuos con deficiencias, discapacidades y minusvalías, por llevar implícito el concepto de AUTOCUIDADO, función básica en la vida de aquellos

individuos que pretendan su normalización social. Sólo de este modo, será factible la deseada INTEGRACIÓN SOCIAL de la persona afectada.

Por todo ello, en las ONG actuales sorprende el hecho de que ninguna contemple la denominación "ENFERMERA". Esta situación nos conduciría a una negación de nuestra existencia histórica, a pesar de estar participando activamente como profesionales en dichas organizaciones.

Tal y como mencionamos antes, para abordar este tema, nos planteamos seguir el Modelo de Dorothea Orem, denominado Teoría del Déficit del Autocuidado, que a su vez consta de tres teorías más concretas que explican el modelo, la Teoría del Autocuidado, la Teoría del Déficit del Autocuidado y la Teoría de los Sistemas de Enfermería.

Entre sus escritos podemos recoger afirmaciones como la siguiente:

Los defectos genéticos y constitucionales y las desviaciones desde la estructura normal, la integridad funcional y el bienestar ocasionan requisitos para a) su prevención y b) la acción reguladora para controlar su expansión y mitigar sus efectos[5].

A partir de postulados de éste tipo, Orem en su Teoría propone una orientación de la persona como responsable de su Autocuidado, es decir, mantiene una atención y vigilancia sobre él mismo como agente de autocuidado, término definido por la propia autora como: *"se centra en la capacidad de la persona para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en interés de su vida, su salud o su bienestar"*. Orem utilizó la palabra *"auto"* para representar *"el ser en su totalidad"* y señaló que le autocuidado aportaba la doble connotación *"por* uno mismo" y "para uno mismo".

¿Pero qué ocurre cuando una persona no puede satisfacer su autocuidado, es decir, cuando presenta alguna deficiencia, discapacidad, o minusvalía que lo incapacita para ello?.Frente a esta cuestión Orem responde con el término que se conoce como AGENCIA DE ENFERMERÍA, utilizado para describir la capacidad de la enfermera que le permitirá en el ejercicio de su actuación profesional de *diagnóstico enfermero,* centrado en determinar por qué las personas necesitan del cuidado de la enfermería. Ésto requiere el cálculo de la demanda de autocuidado de la persona a través de la valoración de los requisitos de autocuidado, de las capacidades y los factores condicionantes básicos, e identificando el déficit de autocuidado.

Esto merece una atención especial, Orem se refiere a la Demanda de Autocuidado Terapéutico como, "*las actividades de autocuidado realizadas durante algún tiempo para satisfacer los requisitos de autocuidado particularizados en cada individuo, en relación a sus circunstancias y condiciones*". Pero del mismo modo necesitamos reconocer que se entiende por Requisitos de Autocuidado según Orem: "*las expresiones de la acción que se llevará a cabo por o para los individuos, en el interés de controlar los factores ambientales y humanos que afectan al funcionamiento y desarrollo humano*". *Orem* reconoce tres tipos de requisitos del autocuidado que constituyen la demanda de autocuidado terapéutico: Requisitos de Autocuidado Universal, Requisitos de Autocuidado para el Desarrollo, y Requisitos de Autocuidado en la Desviación de la Salud.

Por medio de varias proposiciones, postulados, y aserciones, bien definidas en el la Teoría oremniana, se reconoce que la intervención de Enfermería se llevará a cabo por medio de los SISTEMAS DE ENFERMERÍA, una vez que se ha identificado la demanda terapéutica de cuidado del paciente que tenemos presente, debemos tener en cuenta que los déficits pueden ser parcial, si la limitación sólo le incapacita para realizar ciertas actividades, o total, si las limitaciones lo incapacitan de forma global, por lo que existen tres sistemas de enfermería, que serán utilizados por la enfermera según haya valorado previamente la demanda del paciente, éstos son:

El *sistema de enfermería totalmente compensatorio*. Seleccionado cuando la persona no puede, o no debería realizar las actividades de autocuidado, y la enfermera lo hace por él.

El *sistema de enfermería parcialmente compensatorio*. Seleccionado cuando el paciente puede llevar a cabo algunas, pero no todas las acciones de autocuidado.

El *sistema de enfermería de apoyo-educativo.* Seleccionado cuando el paciente puede y debería llevar a cabo las actividades de autocuidado.

TOTALMENTE COMPENSATORIO

LA ENFERMERA:

- *lleva a cabo el autocuidado terapéutico del paciente*
- *compensa la incapacidad del paciente*
- *apoya y protege al paciente*

PARCIALMENTE COMPENSATORIO

LA ENFERMERA

- *ejecuta algunas medidas de autocuidado para el paciente*
- *compensa las limitaciones del paciente para su autocuidado*
- *atiende al paciente en todo lo que sea preciso*

LA ENFERMERA y EL PACIENTE

- *ejecuta algunas medidas de autocuidado*

EL PACIENTE

- *regula la agencia de autocuidado*
- *acepta los cuidados y la asistencia de la enfermera*

SISTEMA DE APOYO-EDUCATIVO

realiza el autocuidado	EL PACIENTE
LA ENFERMERA	*regula el ejercicio y el desarrollo de la agencia de autocuidado*

OBJETIVOS

A. Determinar los Niveles de intervención de la Agencia de Enfermería, que serían necesarios para la normalización y posterior integración de la población estudiada.

B. Relacionar el grado de minusvalías de la población estudiada, con los Sistemas de Enfermería propuestos en la Teoría del Déficit del Autocuidado.

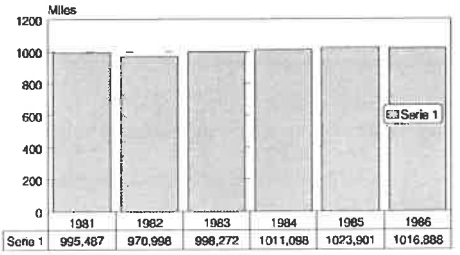
MATERIAL Y MÉTODO

Para conocer los datos del colectivo de minusválidos, nos encontramos con limitaciones muy difíciles de rebasar puesto que se trata de información restringida. Optamos por realizar dicha búsqueda mediante estimaciones sobre datos oficiales, inferidos de la población de la Comunidad Autónoma de Murcia, teniendo siempre presente que ésto conlleva no poder reflejar datos exactos, pero que dado el carácter descriptivo de nuestro estudio, permite mantener su validez.

Partimos de la población de nuestra comunidad según el censo de los años 1981 hasta 1986. A partir de esta información se estimó la población para los años 1995 y 2000.

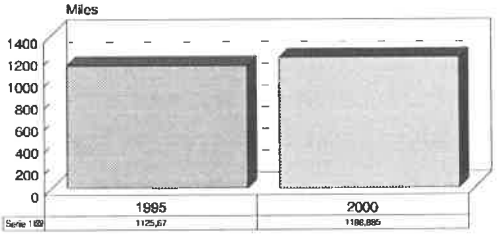
Si observamos el gráfico (gráfico 1) referido a la evolución de la población de la Región en su totalidad, se comprueba que la tendencia de crecimiento es aproximadamente lineal, lo que nos permite predecir la población para años próximos siguiendo el fundamento teórico del Método de Tendencia Demográfica, y utilizando como técnica estadística el Análisis de Regresión Lineal.

EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MURCIA



Una vez estimados los parámetros de la variable dependiente, conocimos los valores paralelos de la variable independiente, obteniendo como resultado una población en la Comunidad Autónoma de Murcia para el año 1995 de 1,125.670 habitantes, y para el año 2000 se proyecta una población de 1,196.885 habitantes (gráfico 2), donde el nivel de significación es de 0,021, por lo que el margen de error en la proyección está entre un 5 y un 1%.

ESTIMACIÒN DE LA POBLACIÓN POR TENDENCIA DEMOGRÁFICA DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MURCIA



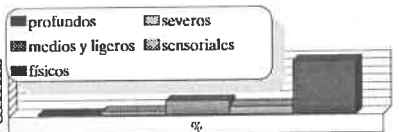
El siguiente paso, fue trazar cual iba a ser el comportamiento más probable de la población para el colectivo de minusválidos, en base a las proyecciones de la población, aplicando a las mismas los estándares "externos" de la OMS (gráfico 3), obtenemos la estimación del colectivo de minusválidos en la Comunidad Autónoma de Murcia, para el año 1995 y el 2000, datos que quedan clasificados en minusvalías psíquicas: profundas, severas, medias y ligeras, minusvalías sensoriales y minusvalías físicas (gráficos 4 y 5).

MINUSVÁLIDOS

	BASE	ESTÁNDAR
Total minusválidos	Población Total	3,00%
Psíquicos	Población Total	0,71%
Profundos	Minusválidos Psíquicos	5,00%
Severos	Minusválidos Psíquicos	20,00%
Medios y Ligeros	Minusválidos Psíquicos	75,00%
Sensoriales	Población Total	0,30%
Físicos	Población Total	1,99%

Se puede observar que la variación del número de minusválidos del año 1995 al 2000 es prácticamente nula, siendo el colectivo de minusvalías físicas, el que sustenta mayor porcentaje de casos.

POBLACIÓN DE MINUSVÁLIDOS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MURCIA



	%
profundos	1,181
severos	4,737
medios y ligeros	17,745
sensoriales	9,999
físicos	66,335

AÑO 1995

Por otro lado y como criterio orientados y corrector de las cifras, hay que entender que los datos relativos a minusválidos psíquicos deben

considerarse elevados a medida que los estándares se aplican a poblaciones más lejanas, puesto que el aumento de información y prevención provoca una tendencia a la disminución de los casos. Por el contrario, las cifras de disminuidos físicos se incrementarán por encima de las estimaciones actuales, no como fruto de nacimientos con minusvalías, sino del aumento de accidentes, sobre todo en el campo que más bajas está causando de forma violenta en nuestro tiempo: el tráfico rodado.

Por último, trasladamos de manera general sobre los casos de minusválidos que hemos obtenido los sistemas de enfermería definidos por Orem, y que delimitan el tipo de cuidado que la enfermera debería suministrar al paciente dependiente del tipo de demanda terapéutica que previamente hayamos valorado.

PROYECCIÓN DE LA POBLACIÓN
MINUSVÁLIDOS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MURCIA

	%
profundos	1,182
severos	4,732
medios y ligeros	17,751
sensoriales	9,987
físicos	66,337

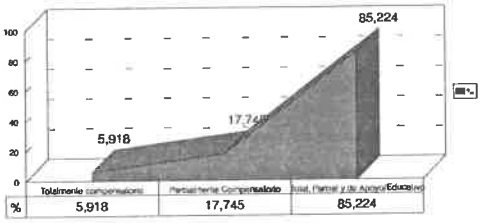
AÑO 2000

RESULTADOS

Siguiendo los sistemas de Enfermería de Orem, las enfermeras intervendrán en un 5,918% de los casos de la población total de minusválidos según el Sistema Totalmente Compensatorio, que abarca las minuvalías psíquicas profundas y severas, sobre el 17,745% de casos utilizaremos el Sistema Parcialmente Compensatorio, que supone las minusvalías psíquicas medias y ligeras, y por último, sobre los restantes casos de minusvalías un 85,224% la intervención llevada a cabo por la agencia de enfermería incluirá a los dos sistemas anteriores y un tercer Sistema denominado de Apoyo / Educativo, recurriendo al sistema más adecuado a la situación particular de intervención enfermera, tras la precisa observación y valoración de cada caso, puesto que cada uno tiene sus propias

características y especificidades, por lo que una misma minusvalía en distintas personas supondrá una demanda diferente, y consecuentemente se aplicará un sistema de enfermería distinto (gráfico 6).

SISTEMAS DE INTERVENCIÓN DE LA AGENCIA DE ENFERMERÍA SOBRE EL COLECTIVO DE MINUSVÁLIDOS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MURCIA



CONCLUSIONES

A través de la Teoría del Déficit del Autocuidado describimos, explicamos y predecimos los fenómenos relativos al objeto de estudio de la Enfermería con mayor rigor.

En nuestro estudio descriptivo PREDECIMOS una mejora en la normalización y posterior integración social de la población con minusvalías, frente a aquella que no contempla la aplicación de la teoría oremniana.

PROPONEMOS un futuro estudio comparativo que parta de una hipótesis explicativa abarcando un grupo control bajo intervenciones enfermeras según la Teoría de Orem, y otro no sometido a las mismas, que consolidaría los objetivos planteados en el presente trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

*1. J. Hernández Conesa, Historia de la Enfermería. Un análisis de los cuidados de Enfermería, Interamericana McGraw-Hill, Madrid, 1995, p. 108.

*2. Consejería de Bienestar Social, Mapa de Servicios Social, Región de Murcia, 1989, pp. 23-24.

*3. C. Nivalón Vila, y P. Aledo Martínez, "Minusvalía y Sociedad", Primeras Jornadas de Formación y Convivencia entre disminuídos Físicos y Estu-

diantes Universitarios de Trabajo Social, D. M., Barcelona, 1995, pp. 34 y ss.

*4. B. Geremek, La Piedad y la Horca, Alianza Universidad, Madrid, 1989, p. 60.

*5. D. E. Orem, Nursing: Concepts of practice, Mosby-Year-Book, St. Louis, 4ª ed. 1991.

1. Candel Salvadora, F., Plan Regional de Bienestar Social. Región de Murcia, Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales. Dirección General de Bienestar Social. Murcia 1995.

2. Consejería de Bienestar Social, Mapa de Servicios Sociales, Dirección general, Región de Murcia,1989.

3. Donahue, M. P., Historia de la Enfermería, Doyma, Barcelona, 1988.

4. Fawcett, J., Analysis and Evaluation of Conceptual Models of Nursing, F.A. Davis, Philadelphia, 1995.

5. Geremek, B., La Piedad y la Horca, Alianza Universidad, Madrid, 1989.

6. Hernández Conesa, J., Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de Enfermería, Interamericana McGraw-Hill, Madrid, 1995.

7. Marriner-Tomey, A., Modelos y Teorías de Enfermería, Rol, Barcelona, 1982.

8. Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto Nacional de Servicios Sociales. Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. 2ª edición, Madrid. 1994.

9. Nivalón Vila, C. y Aledo Martínez, P.,"Minusvalía y Sociedad", Primeras Jornadas de Formación y Convivencia entre disminuidos Físicos y Estudiantes Universitarios de Trabajo Social, D. M., Barcelona, 1995,

10. Orem, D. E., Nursing: Concepts of practice, Mosby-Year-Book, St. Louis, 4ª ed. 1991.

11. Orem, D.E., Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica, Masson-Salvat, Barcelona, 1993.

12. Riehl-Sisca, J., The science and art of self-care, Appleton-Century- Crofts, Norwalk, CT., 1985.

13. Ventosa Esquinaldo, F., Historia de la Enfermería Española, Ciencia 3, Madrid, 1984.

ACTITUDES Y VALORES DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA Y EL COMPROMISO PROFESIONAL

Ana Barquero Gonzalez
María del Carmen Carrasco Acosta
Manuel Marquez Garrido
Francisco José Mena Navarro
María Isabel Mariscal Crespo

Profesorado E.U.E.

Dolores Benítez Ordóñez

Enfermera Responsable Unidad de Formación de la Delegación Provincial de Salud

INTRODUCCIÓN

«Es necesario una renovación conceptual, hace falta equilibrar lo económico con lo social. Las palabras clave en todas las religiones son: amor y compartir. Debemos participar en la construcción de formas de vida que tenga más en cuenta al hombre; ser más solidarios, creer en la dignidad humana y favorecerla, tener en cuenta las relaciones entre el ser humano y su entorno y luchar para eliminar todo lo que en este momento signifique caos y violencia» (Mayor Zaragoza y Martí, 1993)

Uno de los objetivos de la Enfermería es el de formar a profesionales generalistas con preparación científica y entrenamiento adecuado, capaces de prestar CUIDADOS al individuo tanto en situaciones de salud como de enfermedad. En una palabra, han de ser profesionales cualificados y útiles a la sociedad a la que van dirigidos sus servicios y en donde van a ejercer sus funciones.

Pero, ¿en qué clase de sociedad nos ha tocado trabajar?. ¿cuales son los valores y las actitudes que predominan en nuestros alumnos?.

Nuestra concepción de valores se sustenta en la Antropología cultural, el término valor está relacionado directamente con la naturaleza de la persona y con la propia existencia, afecta a sus ideas, a sus sentimientos, y como resultado está su conducta. El valor es algo cambiante y dinámico, que aparentemente hemos elegido libremente entre diversas alternativas. Sin embargo depende en buena medida de lo interiorizado a lo largo de nuestro proceso de socialización.

La actitud es aquella disposición que nos sirve para adquirir y asimilar un valor. Cuando esta actitud la ejercitamos fácilmente se dice que tenemos un hábito.

Sabemos que a través de la historia todas las sociedades han aceptado e interiorizado de manera distinta los valores que consideraban como propios y a la vez otros de distintas culturas. En la actualidad estamos asistiendo a una crisis de valores y de religiones que están afectando muy directamente a las personas: la falta de trabajo, la escasa solidaridad, la agresividad manifiesta, el individualismo y la competencia desleal entre otros están incidiendo de forma muy negativa en la en salud de la población a nivel psíquico, físico y social.

Ante este panorama y desde el compromiso profesional como enfermeras/os docentes creemos imprescindible la reflexión que nos llega de nuestra práctica cotidiana. El modelo de ser humano que tengamos, y el que seamos capaces de formar en nuestros alumnos, será el que determine nuestra manera de actuar, de integrarnos en la sociedad y de prestar nuestros servicios en nuestro caso concreto los cuidados dirigidos a la población.

Victoria Camps (1994) en *«Los valores de la educación» afirma que: «No tenemos un modelo de persona ideal... pero aunque nos falte un modelo de persona, contamos con un conjunto de valores universalmente consensuados, valores que sirven de marco y de criterio para controlar hasta donde llegan nuestras exigencias éticas individual y colectivamente. Son valores producto de más de xxv siglos de pensamiento... Los docentes deben posicionarse consensuadamente con una actitud abierta y crítica ante la realidad que no nos gusta y que queremos cambiar; la ética como formación para la crítica, para enseñar a las personas a decidir por sí mismas, con autonomía.»*

Actualmente una de las críticas que se le hacen a los sistemas conceptuales de Enfermería, manejados a nivel asistencial y docente, es la discordancia existente entre los valores que subyace en los mismos y los que existen en aquellos contextos donde se van a aplicar; de ahí la necesidad de que exista una la triangulación de estos tendentes, a su integración y validez.

OBJETIVOS

Conocer las actitudes y valores que predominan en los estudiantes de Enfermería que realizan sus Diplomatura en la E.U. E. de Huelva.

MATERIAL Y MÉTODO

Planteamos un estudio descriptivo de corte transversal.

Nuestra población de estudio fueron los 398 alumnos de la E. U. E. de Huelva de los cuales obtuvimos una respuesta del 90%

Las variables estudiadas fueron: género, edad, sexo, nivel académico de los padres, categoría profesional, situación personal, creencias religiosa, conocimiento y categorización de valores.

Para la recogida de datos elaboramos un cuestionario, de 45 preguntas , la mayoría de ellas son cerradas. La naturaleza de las mismas son de tipo proyectivo, de opinión, de deseo, dicho cuestionario recoge el perfil socio - económico de los alumnos.

El tratamiento estadístico se realizó en DBASE III, se realizaron porcentajes, media.

La representación gráfica a través de diagramas de barras y de sectores.

RESULTADOS

Edad media y género de los alumnos matriculados en el Centro por cursos es de:

Primero: 20 años, 78% mujeres y el 22% hombres.

Segundo: 21 años, 83% mujeres y el 20% hombres.

Tercero: 23 años, 77% mujeres y el 23% hombres.

Educación religiosa:

El 100% de los alumnos se han educado en la religión Católica de los que el 83% son Creyentes, el 55 no lo son y el 2% no contestan. De los creyentes son practicándose el 36%, el 56% no y el 8% no contesta.

Situación personal: el 94% son solteros, el 5% casados, divorciados 2 alumnos y 1% otras situaciones. De estos el 7% tienen hijos y el 93% no.

Funciones: el 83% piensan que tanto hombres como mujeres deben desempeñar la misma función. Un 6% dice que no, el 4% no contesta y el 7% depende de qué trabajo. En cuanto a las tareas domésticas el 6% dice que es el hombre el que la debe realizar, el 4% dice que la mujer y los dos por igual corresponde a un 82% de las opiniones. Un 1% N.S./N.C.

Valores: de un listado de valores entre los que se encuentran: justicia, paz, responsabilidad, autoestima, respeto, cooperación, compartir, dialogar, sinceridad, creatividad, confianza y amistad, consideran muy importante, en primer lugar la paz, segundo la justicia, tercero la amistad y el cuarto lugar el respeto.

Referido a la **justicia** y en cuanto al conocimiento de los derechos humanos, un 49% lo conocen, un 23% no y 28% N.S./N.C. Los derechos del niño, el 40% lo conoce, el 33% No y el 27% N.S./N.C.

Sobre sus derecho y deberes como estudiantes el 55% los conocen, el 25% no y un 20% N.S./N.C.

Opinan , en cuanto a si la constitución Española contempla a todos por igual, que si el 35%, el 27 No y el 38% no saben.

Sobre la **paz** conocen organizaciones que luchen por ella un 68%, pero de estos un 71% no nombra ninguna organización, el 2,66 dice Manos Únidas, el 2,33 Green Peace, el 4,66 Unicef, el 27% la ONU, 2,66 Amnistía Internacional, 1,33 Médicos Mundi/Médicos sin Fronteras y el 1,33 a la OTAN.

El 15% no conoce ninguna organización y el 17% N.S./N.C.

La **responsabilidad** es entendida en cuanto al compromiso personal en un 61% siempre cumplen con lo que se comprometen, el 37 a veces, un 1% nunca y 1% N.S./N.C.

La asistencia a clase es considerada para su formación como muy importante en un 95%, un 3% no y el 2% N.S./N.C. Referido a la asistencia a clases el 90% asiste siempre, el 8% a veces y 1% N.S./N.C. y 1% nunca.

Los alumnos tienen un concepto de **autoestima** tendente a la media. En cuanto a su aceptación el 55% se aceptan a veces, el 72 % cuan-

do comienzan una actividad piensan que le saldrá bien a veces, y sobre si los fracasos dependen de ellos el 83% opinan que a veces.

El **respeto** referida a pregunta de si guardan el secreto profesional, el 65% dicen que lo guardan siempre, el 28% N.S./N.C. y un 7% no lo guarda. De estos últimos alumnos 10 son de segundo y 9 de tercero.

Sobre si respetan las opiniones distintas a las propias, un 82% dice que siempre y el 17 % a veces.

La **confianza** tiende a la media en su estimación. El 30% se manifiesta capaz de comentar sus limitaciones como aptitudes a veces, el 61% dice que siempre y el 8% nunca y un 1% nunca.

La pregunta basada en la capacidad de expresarse libremente, el 53% dice que a veces el 31% siempre, el 15% nunca y un 1% N.S./N.C.

El valor **amistad** se correlaciona con la puntuación obtenida relativa al resto de los valores: un 78% son capaces de ayudar sin esperar nada a cambio, apoyan a sus amigos en los momentos difíciles un 91% y saben ser amables y serviciales con cualquiera un 66%.

CONCLUSIONES

- Creemos necesario una intervención en valores en los estudiantes de Enfermería, tendente a modificar y/o crear actitudes que se consideran básicas para la convivencia en la sociedad y por tanto en el ámbito estudiantil y laboral. Ya que no es posible la tolerancia, la solidaridad, la no discriminación, el respeto a la diversidad si no existen las actitudes previas encaminadas a ello.
- Esta intervención creemos que se debe hacer no sólo desde la asignatura de Ética, sino desde todas las asignaturas, con un carácter globalizador e interdisciplinar y entendida como una responsabilidad compartida por todo el profesorado.
- Consideramos necesario reforzar la autoestima como valor imprescindible para el respeto, la aceptación hacia uno mismo y la autorreflexión sobre nuestro propio comportamien-

to, encaminados ha hacernos personas dialogantes, respetuosas, tolerantes y al mismo tiempo capaces de analizar los acontecimientos que suceden a nuestro alrededor, de forma crítica.

- Ante la competición desleal que se vive en nuestra sociedad, se hace fundamental incrementar el espíritu de colaboración .
- Resaltar la creatividad, que ha sido infravalorada por nuestros alumnos, como valor positivo de la imaginación, y como alternativa innovadora e indagadora en tantos problemas cotidianos.
- Hemos de destacar la responsabilidad que tienen actualmente como estudiantes, y posteriormente como profesionales, en guardar el secreto profesional, como derecho inalienable de toda persona a la confidencialidad y como vehículo para mantener el anonimato y respeto del paciente.
- Los docentes debemos de ser capaces, de hacer crecer a los alumnos para ir formando profesionales responsables, con capacidad crítica, asertivos y sensibles a la problemática social del mundo que les rodea.
- Es fundamental el conocimiento de sus deberes y derechos como estudiantes y más tarde como trabajadores.

A PROPÓSITO DE UNA EXPERIENCIA ENFERMERA EN RESPUESTA A UNA DEMANDA SOCIAL MARGINAL

J.E. Hernández Roguez
R. Chacón Ferrera
J.F. Jiménez Díaz
M. Díaz Hernández

C. de CC. de la Salud
Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

I. INTRODUCCION Y ANTECEDENTES

En las historias de la vida se pone de manifiesto el proceso de creación de la vejez en una sociedad que enfatiza los valores juvenilistas. Del mismo modo se observan las contradicciones que surgen del contraste entre las imágenes interiorizadas sobre la ancianidad, y la nueva realidad social sobre la misma. Las personas ancianas son analizadas de manera dinámica como individuos, como actores sociales, como constructores de la realidad en el proceso de interacción con la sociedad. (Bazo.a.f.248).

Los factores demográficos tales como:

1. Disminución rápida e ininterrumpida de las tasas de natalidad como consecuencia de:

- Cambios en las conductas de fecundidad.
- Variación en el « status» de la mujer.
- Sustitución del papel de madre y cuidadora.
- Incorporación progresiva activa en la vida social y laboral.

2. Disminución de las tasas de mortalidad y aumento de la esperanza de vida, como consecuencia de:

- Mejora del concepto de salud y de la calidad de vida.
- Aumento espectacular de la esperanza de vida al nacer.
- A principios de siglo: alrededor de 34 años
- Década de los 90: alrededor de los 75-80 años).

Estos datos hacen que la población sea cada vez más vieja, considerada en su conjunto, de modo que, en la actualidad y de cara al futuro, la población mayor de 60 años está creciendo a un ritmo tal, que el fenómeno de la prolongación de la vida, que todos deseamos, puede transformarse paradójicamente en un «problema social grave». A este respecto existen

documentos técnicos, como el Plan Gerontológico Nacional y otros , que abordan de manera específica este «problema» estableciendo líneas de actuación encaminadas a conseguir la adecuada coordinación sociosanitaria en los recursos de atención dirigidos a las personas ancianas.

En España el proceso de envejecimiento es progresivo, siendo el porcentaje de las personas mayores de 60 años con respecto al total de la población española del 15 %, mientras que del total de la población europea, es del 19%.

Actualmente la población española de más de 60 años es de 7.776.911 personas, siendo las previsiones para el año 2000, según el estudio de proyecciones de poblaciones del INSERSO, de 7.934.070 y para el 2005, es decir, dentro de 10 años, es de 8.089.923, teniendo más de 65 años unos 5.000.000 de personas, superando los 80 años (4ª edad) más de 1.000.000 de personas.

Esto indica que los períodos de mayor crecimiento relativo de la población superior a los 60 años será a partir del año 2000, puesto que en el quinquenio 1995-2000 el crecimiento poblacional senescente se estabilizará como consecuencia de la incorporación en su mayoría de las generaciones que vivieron y participaron en la guerra civil y la posguerra inmediata. En este período se produjo un descenso acusado de la natalidad y un aumento de la mortalidad que han influido,lógicamente, en la pirámide poblacional.

En este sentido es clara la presión en cuanto a demanda de atención bio-psico-social que ejercen estas personas sobre los sistemas de protección social y servicios sociales en cuanto a prestaciones de calidad dirigidos a potenciar la convivencia y el tiempo libre, así como su independencia y autonomía.

En nuestra Comunidad Autónoma la realidad es similar, como lo demuestran las siguiente cifras tomadas de las proyecciones de la población española realizadas por el INSERSO.

DATOS REFERIDOS A PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS:

AÑO 1995:

POBLACION MASCULINA: 95.457 (TOTAL NACIONAL: 3.344.887)

POBLACION FEMENINA :122.088 (TOTAL NACIONAL: 4.432.024)

TOTAL POBLACION :217.545 (2,8 % DEL TOTAL NACIONAL).

TOTAL NACIONAL :7.776.911
PUESTO QUE OCUPA A NIVEL NACIONAL: 12
AÑO 2000:
POBLACION MASCULINA : 100.781 (TOTAL NACIONAL: 3.403.264)
POBLACION FEMENINA : 131.120 (TOTAL NACIONAL: 4:530.806)
TOTAL POBLACION : 231.901 (2,9 % DEL TOTAL NACIONAL)
TOTAL NACIONAL: 7.934.070
PUESTO QUE OCUPA A NIVEL NACIONAL: 11
AÑO 2005:
POBLACION MASCULINA: 109.366 (TOTAL NACIONAL: 3.471.388)
POBLACION FEMENINA : 140.396 (TOTAL NACIONAL: 4.618.535)
TOTAL POBLACION : 249.762 (3 % DEL TOTAL NACIONAL)
TOTAL NACIONAL : 8.089.923
PUESTO QUE OCUPA A NIVEL NACIONAL: 10

Si se analizan los datos, y sin pretender establecer una visión catastrofista de una comunidad envejecida, que es la causa principal del rechazo a la vejez, es evidente que habrá que potenciar todas aquellas iniciativas que se desarrollen desde el ámbito público o privado , en beneficio de la comunidad anciana , a fin de garantizar con plena confianza la atención integral del anciano en todos los aspectos biológicos , psicológicos y sociales que demanda todo ser humano.

Esta atención debe ser llevada a cabo desde una óptica profesional, con unos objetivos dirigidos a conseguir la integración social del anciano mediante la potenciación de sus capacidades (no en vano se les considera actualmente el «poder gris», al tener tiempo, conocimientos y dinero en la mayoría de los casos.)

La planificación de esos objetivos conlleva la necesidad de evitar la HOMOGENIZACION de las personas mayores de 65 años.

El senescente es el producto de un desarrollo individual en el que han intervenido una serie de elementos bio-psico-sociales dentro de un sistema de relaciones interpersonales, donde la familia como primer microsistema y la sociedad como sistema aglutinador han logrado, junto con la disponibilidad de recursos innatos, que la persona esté presente en esa etapa de la vida en un estado relativo de bienestar mental y/o físico.

Luego, es básico que el anciano se mantenga en su lugar de vida y sea atendido en su entorno sin que se produzcan desarraigos que influyen negativamente en su ser.

II. JUSTIFICACION DEL PROYECTO

En el caso que nos ocupa, el municipio de Ingenio, situado en el sureste de la isla de Gran Canaria, no es ajeno al envejecimiento de su población, pues de los 22967 habitantes que actualmente viven en el municipio un 11,63 %, es decir, 2672 habitantes son personas mayores de 60 años.

Por otra parte, según datos obtenidos del Centro de Salud, entre 100 y 150 personas aproximadamente mayores de 60 años precisa de atención domiciliaria, bien por problemas de índole sanitario o por problemas de tipo social. De estas personas, un 75 % son considerados no válidos y precisan de cuidados especiales integrales.

En este línea lleva trabajando el Ayuntamiento a través de la Concejalía de Servicios Sociales conjuntamente con el Centro de Salud, en un programa de Atención Domiciliaria , siendo la demanda muy alta por la calidad de atención que necesitan esta personas.

El resto de los senescentes del total de la población, mantienen un nivel de autonomía suficiente y sus necesidades estan cubiertas por su entorno familiar y por la oferta socio-sanitaria del municipio (Centro de Salud, Consultorios privados, Centros de Ocio, Hogares o Clubs del pensionista».

Consciente de esta realidad y del crecimiento de estos grupos de edad según las proyecciones antes expuestas, es preciso establecer, un proyecto de actuación social que siguiendo las directrices contenidas en el Plan Gerontológico Nacional permitan mantener e incrementar la calidad de vida de nuestros senescentes y complementar las actividades que ya se desarrollan en el municipio.

III. OBJETIVOS GENERALES DE LA INTERVENCION

En este sentido, bajo la sensibilidad del compartir la responsabilidad de la atención a las personas ancianas, y partiendo de la detección de la necesidad, un grupo de vecinos, entre los que se encuentran dos enfermeros, se han constituido

en asociación no gubernamental (ONG) con el objetivo de complementar las necesidades de atención hasta ahora cubiertas parcialmente.

Esta asociación está inscrita en el Registro Provincial de Asociaciones bajo las siglas de ACADI .

Las necesidades detectadas son organizadas para trazar unos objetivos enmarcados dentro del contexto del PLAN GERONTOLOGICO NACIONAL que se traducen en los siguientes:

- Asesoramiento finalista del objetivo de la asociación (Enfermeros)
- Concienciación del resto de la población(jóvenes).
- Asesoramiento de la familia en el proceso de atención a los mayores.
- Potenciar y fomentar la participación de las personas mayores en el incremento y mantenimiento de su calidad de vida.
- Establecimiento de roles que sean satisfactorios para estas personas que envejecen dentro de los nuevos modelos de integración social.
- Promoción del proyecto e Implicación de las Administraciones Locales, Insulares , Autonómicas y Estatales
- Lograr la infraestructura con equipamientos que cubra las necesidades bio-psico-social del senescente (RESIDENCIA)

IV. ACTIVIDADES

Las actividades desarrolladas han estado en un primer momento dirigidas a:

- Asesoramiento interno de la asociación(Enfermería)
  Información y formación:

  * Introducción a los principios básicos de la atención gerontológica y geriátrica.

  * Plan Gerontológico Nacional.

  * Datos estadísticos de proyección poblacional Nacional, Autonómico, Provincial y Local.

  * Características de las residencias.

- Promoción del proyecto y captación de socios.
  * Campañas informativas en: AAVV, Institutos de EEMM y FP. Medios de comunicación.
  * Desarrollo de actividades sociales, culturales y deportivas.
  * Elaboración y distribución de hojas informativas del proyecto y sus objetivos.
  * Permanencia diaria en la sede de la asociación para información y otras actividades relacionadas con la asociación.
- Realización de diversas gestiones ante Instituciones públicas o privadas y organismos oficiales, a fin de promocionar el proyecto obtener el apoyo técnico y económico.

Se han mantenido contactos con el Ayuntamiento y su corporación a través de la Concejalía de Servicios Sociales, con la Universidad de las Palmas (ULPGC) a través del Departamento de Enfermería (Asignatura Enfermería Geriátrica y Gerontológica), con el Centro de Salud del Municipio.

Se han realizados numerosas visitas a diferentes centros e instituciones geriátricas de la isla.

V. RESULTADOS

Hasta el momento:

- Sensibilización de la población en la consideración y atención de este colectivo, que se traduce en un aumento significativo del número de socios (> a 500)
- Mayor implicación e integración de la familia en el cuidado de los ancianos.
  * Aumento de las consultas de familias para conseguir información acerca del cuidado de sus familiares senescentes no válidos.
  * Aumento de la demanda de los programas de Atención Domiciliaria al canalizar determinadas necesidades hacia los Servicios Sociales municipales
- Se ha logrado una coordinación inicial con las instituciones administrativas y sanitarias Locales, consiguiendo una res-

puesta multidisciplinar que permite:
* Detectar y canalizar necesidades
* Apoyo mediante el voluntariado social.
* Apoyo con personal auxiliar capacitado, a través de programas de ayuda a domicilio, con auxiliares geriátricos, planificado y supervisado por enfermería.
* Apoyo psicosocial (Psicólogo y Asistente S.)
* Apoyo desde el Centro de Salud por medio de la Unidad de Atención Familiar (UAF)

- Adquisición de los terrenos (Donaciones y Compra) para la construcción de la futura RESIDENCIA.
- Apoyo técnico del Ayuntamiento en cuanto a la redacción y elaboración del proyecto arquitectónico.
- Entrega del mismo a la Consejería de Asuntos Sociales del Gobierno de Canarias.
- Presentación del Proyecto en estas Jornadas.

VII. CONCLUSIONES

A) DEL PROYECTO:

El desarrollo de la iniciativa ha permitido:

- Establecer una referencia social con respecto a la atención integral del anciano en su propio entorno.
- Reordenar e implementar los recursos existentes al analizar la realidad y detectar la necesidad de cubrir los apectos del cuidado integral del anciano , que se añaden a los ya existentes.

B) DE LA ENFERMERIA:

La intervención de enfermeros en el proyecto :

- Desencasilla la profesión, pues demuestra a la sociedad la presencia de la Enfermería en otros ámbitos no habituales (Hospital, Centros de salud...), dando otra proyección del saber hacer enfermero.
- Integra al profesional en su realidad vivencial mediante la aportación de sus conocimientos y la adaptación de sus roles, permitiendo el dinamizar un sector de la sociedad.

- Encauza dicha dinámica hacia el fortalecimiento de relaciones humanas y de solidaridad hacia un colectivo determinado.
- Aporta soluciones ante una demanda específica.

BIBLIOGRAFIA

1. LA ANCIANIDAD DEL FUTURO. M. Teresa Bazo. Fund. Caja de Madrid. S.G. Editores.
2. LA TERCERA EDAD EN ESPAÑA: ASPECTOS CUANTITATIVOS. Ministerio de Asuntos Sociales. INSERSO. 1991.Madrid.
3. PLAN GERONTOLOGICO NACIONAL
4. LA TERCERA EDAD EN ESPAÑA: NECESIDADES Y DEMANDAS. Ministerio de Asuntos Sociales. INSERSO. 1990. Madrid.
5. LA TERCERA EDAD EN EUROPA: NECESIDADES Y DEMANDAS. Ministerio de Asuntos Sociales .INSERSO. 1991. Madrid.
6. APROXIMACIÓN AL ESTADO DE SALUD DE CANARIAS. MAPA SANITARIO. Dcción. Gral. de Asistencia Sanitaria. Consejería de Sanidad y S.S. del Gobierno de Canarias.Año 1990.
7. ESTUDIO DE POBLACIÓN, MORTALIDAD Y FECUNDIDAD EN CANARIAS. Dcción. Gral. Asistencia Sanitaria. Consejería de Sanidad y S.Sociales del Gobierno de Canarias. 1990.
8. NIVEL DE SALUD Y DETERIORO COGNITIVO EN LOS ANCIANOS. F. Bermejo et al. Fund. Caja Madrid, S.G. Editores. 1993. Madrid.
9. EVALUACION DE LAS NECESIDADES EN LOS ANCIANOS» Rosalie A. Kane-Robert L.Kane. Fundación Caja de Madrid-S.G. Editores. 1993. Madrid.
10. PROYECCION Y CONTENIDO DE UN CENTRO RESIDENCIAL PARA LA TERCERA EDAD. Documentos Técnicos. Ministerio de Asuntos Sociales. INSERSO. Madrid. 1990
11. ACCESIBILIDAD PARA PERSONAS CON MOVILIDAD REDUCIDA. Documento Técnico. Marco Normativo. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.INSERSO. 49/88. 1988. Madrid.
12. GERONTOLOGIA Y GERIATRIA. R.Langarica Salazar. Ed. Interamericana. 1985
13. MANUAL DE GERIATRIA. A. Salgado; F. Guillen. Ed. Masson-Salvat Medicina. 1993. Barcelona.

ADQUIRIENDO COMPROMISO PROFESIONAL: PROPUESTA DE ELABORACIÓN DE UNA CARTERA DE SERVICIOS

Magda Gonzalez
E.U.E. del Mar

Amelia Capitán
A.B.S. Adrassanes

Elsa Castellà
E.U.E. Sant Joan de Déu

Dolors Miguel
E.U.E. Sant Joan de Déu

Carme Vega
E.U.E. Sant Joan de Déu

Barcelona

Actualmente, el nuevo modelo de Ordenación Sanitaria apuesta por la separación entre el financiamiento de los servicios sanitarios y su provisión. Existe ya en la actualidad centros sanitarios gestionados por instituciones privadas.

Ante este nuevo panorama, es importante la creación de una Cartera de Servicios, que pueda servir de referencia y soporte a la contratación, en el área de la enfermería comunitaria.

La cartera de servicios es aquello que contribuye a la relación entre el servicio de salud y las entidades proveedoras, como soporte de la compra de servicios.

En el siguiente esquema se observa el marco en el que encuentra la cartera de servicios.

Relación S. salud y ciudadanos ..... póliza

Relación S. salud y entidades proveedoras ..... cartera de sevicios

Relación cliente y entidades proveedoras ..... oferta de servicios

Relación profesionales y entidades proveedoras .. objetivos

La cartera de sevicios definirá qué se tiene que comprar para atender y/o resolver las necesidades objetivas y subjetivas del usuario, resolver problemas de salud de alta prevalencia y/o incidencia de la comunidad, sobre todo los que sean abordables desde la Atención Primaria

Las siguientes son algunas de las razones que hemos tenido en cuenta para justificar la necesidad de crear una CARTERA DE SERVICIOS DE LA ENFERMERA COMUNITARIA:

Los conocimientos y habilidades de las enfermeras son particularmente apropiados para satisfacer las necesidades sanitarias de la comunidad.

Como ejemplos, los problemas de salud más frecuentes se derivan del envejecimiento y de los estilos de vida.

Las enfermeras comunitarias son expertas en cuidados y están más cerca del usuario y su familia; además tienen conocimientos para educar a los individuos y familias sobre como adquirir un modelo de vida más sano y como prevenir enfermedades. También pueden formar y supervisar a cuidadores sin conocimientos de enfermería (familiares) para asegurar la continuidad de los cuidados en ausencia de la enfermera.

Pueden identificar factores de riesgo en grupos de población y realizar screenings, así como desarrollar programas de educación sanitaria y de promoción de la salud.

Las enfermeras comunitarias son uno de los grupos más numerosos de trabajadores sanitarios; el coste según June Clark nos dice que los mismos servicios realizados por médicos cuestan tres veces más.

Tal como recomienda la OMS, se debe dar un giro y prevenir las enfermedades en lugar de tratarlas. Evitar que los enfermos se conviertan en dependientes de los servicios de los expertos, fomentando una actitud de independencia y responsabilidad por la propia salud.

Por todas las razones expuestas, nuestro principal objetivo fue elaborar una propuesta de cartera de servicios, que puede ofrecer la enfermera comunitaria.

Para la elaboración de la cartera pensamos que:

Los servicios deben dirigirse a atender la demanda de los usuarios, orientando y canalizando los problemas, resolviéndolos o derivándolos. Al mismo tiempo, deben desarrollar intervenciones dirigidas al individuo, grupo o comunidad, priorizadas en el Plan de Salud vigente.

Para ello creemos necesario previamente (antes de ofertar una cartera de servicios) realizar un diagnóstico de la situación de salud de la comunidad a tratar, con el cual obtendremos problemas y necesidades reales de salud, y conocimiento completo de la población sobre factores de riesgo y recursos para una mejor planificación de la cartera de servicios.

Los servicios deben desarrollar intervenciones de tipo preventivo dirigidas al individuo o comunidad, en sus tres niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria.

Se tendría que establecer las tareas o actividades que debe efectuar cada profesional, en qué situaciones y en qué lugar, así como definir los

aspectos estructurales, organizativos y funcionales de los centros o estructuras que presten los servicios, y con qué instrumentos y recursos contamos para aplicarlos.

El producto de la Atención Primaria se puede enfocar según tres tipos de problemas de salud:

- problemas de salud susceptibles de prevención
- problemas de salud crónicos
- problemas de salud agudos. Éstos se solucionarán cuando aparezcan.

La cartera de servicios no ofrecerá listados exhaustivos, pero sí unos servicios que se condideran de nivel básico y mínimo, que son de obligada implantación y según el plan de salud vigente.

Estos servicios se proporcionarán en las diferentes etapas de la vida, según las necesidades.

Una posible clasificación sería la siguiente:

ATENCIÓN EN NIÑOS

- Control del niño sano. Educación para la salud a los padres.
- Inmunizaciones (vacunaciones propias de la infancia: según el calendario vacunal).
- Problemas de salud de más prevalencia en las distintas edades. Educación para la salud.
- Maltrato en el niño. Diagnóstico precoz.
- Accidentes de tráfico y domésticos. Educación para la salud.
- Prevención de enfermedades en el ámbito escolar. Revisiones escolares.
- Educación para la salud.

ATENCIÓN EN ADOLESCENTES

- Inmunizaciones (vacunaciones propias: hepatitis B, tétanos).
- Educación para la salud sobre temas como drogas, sexualidad y patrones de comportamiento para responsabilizarlos de su propia salud.

ATENCIÓN EN ADULTOS

- Inmunizaciones (vacunaciones propias: gripe, tétanos, hepatitis B).
- Actividades preventivas, de salud mental, de detección precoz de diferentes patologías como hipertensión, obesidad, drogas, alcohol, tabaquismo, colesterol, diabetes, osteoporosis, cáncer de mama y de cérvix.
- Atención y seguimiento a pacientes con patologías crónicas.
- Atención domiciliaria a individuos inmovilizados y terminales.
- Atención de enfermedades agudas.

ATENCIÓN EN PERSONAS mayores de 65 años

- Inmunizaciones (vacunaciones propias: gripe).
- Atención domiciliaria.
- Atención y seguimiento de enfermedades crónicas.
- Atención de enfermedades agudas.
- Atención especial en casos de demencias seniles y discapacidades.

Para la aplicación de los diferentes servicios de enfermería creemos necesario que se apliquen a través de un modelo de enfermería, ya que nos facilitaría la unificación de criterios, para la aplicación de cuidados.

Como conclusión podemos decir que aunque nos hemos centrado en los servicios que puede ofrecer la enfermera, creemos en la oferta de una cartera de servicios pluridisciplinar.

Debido a que es un tema nuevo en nuestro país, hemos encontrado poca información bibliográfica, por lo que hemos elaborado una propuesta de cartera de servicios de enfermería comunitaria basada en las actuaciones en las diferentes etapas de la vida de las personas y según sus necesidades.

Es imprescindible conocer previamente el diagnóstico de salud de la comunidad para identificar los problemas y poder abordarlos.

De esta manera se realizan actividades concretas que pueden cuantificarse en recursos humanos y económicos.

La cartera de sevicios deberá configurarse como un instrumento evaluable, para poder demostrar su eficiencia y eficacia.

Asociación Española
de Enfermería Docente

Marqués de Lema, 11 - 4º A
28003 Madrid
Tel. 91 - 554 42 26