

Antropología y Enfermería: Narrativa del sufrimiento y dolor. La formación para la expresión y comprensión emocional de los profesionales en los espacios sanitarios.

Rafael Beltrán Rodríguez

Antropología y Enfermería: Narrativa del sufrimiento y dolor.
La formación para la expresión y comprensión emocional
de los profesionales en los espacios sanitarios.

Universidade Fernando Pessoa
Porto 2014

Antropología y Enfermería: Narrativa del sufrimiento y dolor. La formación para la expresión y comprensión emocional de los profesionales en los espacios sanitarios.

Antropología y Enfermería: Narrativa del sufrimiento y dolor. La formación para la expresión y comprensión emocional de los profesionales en los espacios sanitarios.

Rafael Beltrán Rodríguez

Antropología y Enfermería: Narrativa del sufrimiento y dolor.
La formación para la expresión y comprensión emocional
de los profesionales en los espacios sanitarios.

Universidade Fernando Pessoa
Porto 2014

Antropología y Enfermería: Narrativa del sufrimiento y dolor. La formación para la expresión y comprensión emocional de los profesionales en los espacios sanitarios.

© 2014

Rafael Beltrán Rodríguez

TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS

Antropología y Enfermería: Narrativa del sufrimiento y dolor. La formación para la expresión y comprensión emocional de los profesionales en los espacios sanitarios.

Rafael Beltrán Rodríguez

Antropología y Enfermería: Narrativa del sufrimiento y dolor.
La formación para la expresión y comprensión emocional
de los profesionales en los espacios sanitarios.

Tesis presentada en la Universidad Fernando Pessoa
como parte de los requisitos para la obtención del
grado de doctor en Antropología Social y Cultural,
con la orientación del Prof. Doctor Álvaro Campelo

RESUMEN

RAFAEL BELTRÁN RODRÍGUEZ:

Antropología y Enfermería: Narrativa del sufrimiento y dolor. La formación para la expresión y comprensión emocional de los profesionales en los espacios sanitarios.

(Con la orientación del Prof. Doctor Álvaro Campelo)

El propósito del presente estudio se enmarca en el análisis cultural en su desarrollo histórico, de la percepción del dolor - sufrimiento y alivio en el hombre a través de las diferentes culturas. El objetivo es saber como los alumnos de grado de enfermería de 1º curso en la Universidad Fernando Pessoa, Canarias, España, sin llegar a estar contaminados por la cercanía al dolor en sus prácticas clínicas, nos transmiten mediante entrevista en profundidad, y método cualitativo observacional sus vivencias de como perciben dolor y sufrimiento en su andar cotidiano, para con la obtención final de resultados y conclusiones poder llevar a cabo una intervención pedagógica coherente, de aplicación práctica. Una aplicación práctica que se hará concretamente con la asignatura de Antroposociología de la Salud, para llegar incluso a configurar directrices curriculares que nos orienten tanto a profesores como los propios alumnos, en aras de conseguir, al menos, una reflexión del etnocentrismo, el relativismo cultural, la diversidad y contacto cultural dentro de la práctica de la enfermería, con especial hincapié, en los comportamientos del futuro profesional de la enfermería en los apartados de sufrimiento y dolor. Al mismo tiempo, se llevó a cabo una intervención de características similares en cuanto a método (entrevista en profundidad) con profesionales de la enfermería con más de quince años de experiencia profesional, más la observación participante en un espacio de dolor y de esta manera poder comparar resultados y llegar a conclusiones como que, la enfermedad es un fenómeno social y como tal, solo se puede entender en el seno del preciso contexto sociocultural donde se

produce como tal. Es necesario un mayor conocimiento si cabe, de la realidad a la que se enfrentan tanto alumnos como profesionales de la enfermería durante el desarrollo de sus prácticas o trabajo, en cuanto a sufrimiento, dolor y muerte, como nos refieren los entrevistados, no se encuentran preparados, no les han enseñado las habilidades básicas para este tipo de afrontamiento, obteniendo como resultado frustración personal, académica o profesional y en ocasiones desarreglos psicológicos de solución en multitud de ocasiones nada sencillas. Todo ello, es extrapolable a la totalidad de los trabajadores del mundo sanitario.

Palabras claves: Antropología, Enfermería, Sufrimiento y Dolor.

ABSTRACT

RAFAEL BELTRÁN RODRÍGUEZ:

Anthropology and Nursing: A study of suffering and pain. Training for the expression and emotional understanding of professionals in healthcare.

(Under the orientation of Prof. Dr. Álvaro Campelo)

The purpose of this study is to analyze the cultural development over time of the perception of pain – both suffering and alleviation of pain, in humankind throughout different cultures. The objective is to understand how first year nursing students at the University Fernando Pessoa (Canary Islands, Spain), perceive pain and suffering in their daily lives. We can assume this group are naïve to situations of pain and suffering commonly found in clinical practice. We assessed subjects using both a thorough interview process and qualitative observational methods.

The aim was to develop a coherent pedagogical intervention that can be applied practically and could be introduced into the Anthroposociology of Health curriculum. This tool would aid with the development of the curriculum with the objective of orientating both teachers and students to understand and reflect upon ethnocentrism, cultural relativism, diversity and cultural contact within the practice of nursing. Special emphasis would be made to development of future professional behaviours regarding pain and suffering. At the same time, we carried out a similar interview process with nursing professionals with over fifteen years experience, together with participant observation in areas where pain is prevalent. This allowed us to compare results between groups.

Our results show that illness is a social phenomena and hence can only be understood in the precise sociocultural context in which it presents. It is important for us to have an understanding of the development of the attitude of these students regarding pain, suffering and death throughout their professional careers. We have found out from the

interviewees that most of them found themselves unprepared for these situations, without knowledge of basic coping strategies and therefore resulting in personal, academic or professional frustration. Moreover, these problems occasionally caused psychological disturbance, which at times were difficult to treat. All of the above can be extrapolated to all workers within the healthcare profession.

Key words: Anthropology, Nursing, Suffering, Pain.

RESUMO

RAFAEL BELTRÁN RODRÍGUEZ:

Antropologia e Enfermagem: Narrativa do sofrimento e da dor. A formação para a expressão e compreensão emocional dos profissionais nos espaços sanitários.

(Com a orientação do Prof. Doutor Álvaro Campelo)

O propósito do presente estudo enquadra-se na análise cultural, em seu desenvolvimento histórico, da percepção da dor - sofrimento e alívio no homem, através das diferentes culturas. O objetivo é saber como os alunos da licenciatura em enfermagem, do 1º ano, na Universidade Fernando Pessoa, Canárias, Espanha, não estando contaminados pela proximidade à dor nas práticas clínicas, transmitem, mediante entrevistas em profundidade e método qualitativo observacional, as suas vivências e suas percepções quanto à dor e ao sofrimento, na prática quotidiana. O objetivo final é poder levar a cabo uma intervenção pedagógica coerente, utilizando na prática do ensino os dados obtidos com esta investigação. Uma aplicação prática que se concretizará na unidade curricular de Antropossociologia da Saúde, para chegar inclusive a configurar directrizes curriculares que nos orientem, tanto a professores como aos próprios alunos, com vista a conseguir, pelo menos, uma reflexão sobre o etnocentrismo, o relativismo cultural, a diversidade e contacto cultural dentro da prática da enfermagem, com especial finca-pé nos comportamentos do futuro profissional de enfermagem quanto ao sofrimento e dor. Ao mesmo tempo, levou-se a cabo uma intervenção de características similares no que respeita ao método (entrevista em profundidade) com profissionais de enfermagem com mais de quinze anos de experiência profissional, mais a observação participante num espaço de dor, para, desta maneira, poder comparar resultados e chegar a conclusões de forma a ter em conta a enfermagem como fenómeno social e, como tal, poder-se entender dentro de um

contexto sociocultural preciso, onde ela se produz como tal. É necessário um maior conhecimento da realidade com que se enfrentam tanto alunos como profissionais de enfermagem durante o desenvolvimento de suas práticas ou trabalho, no que respeita ao sofrimento e à dor, como nos referem os entrevistados, dado não se encontrarem preparados, nem lhes ter sido ensinado as capacidades básicas para este tipo de abordagem, obtendo como resultado a frustração pessoal, académica ou profissional e, em certas ocasiões, distúrbios psicológicos de resolução numa variedade de ocasiões nada sensatas. Tudo isto é extrapolável à totalidade dos trabalhadores do mundo sanitário.

Palavras chave: Antropologia, Enfermagem, Sofrimento e Dor.

RÉSUMÉ

RAFAEL BELTRÁN RODRÍGUEZ:

Anthropologie et infirmerie : Naration de la souffrance et de la douleur. La formation pour l'expression, et la compréhension émotionnelle des professionnels du domaine sanitaire.

(Avec l'orientation du professeur, docteur Álvaro Campelo)

Le but de cette étude est l'analyse culturelle et son développement historique, de la perception de la douleur - souffrance et soulagement chez l'homme à travers les différentes cultures. L'objectif est de savoir comment les étudiants de 1ere année d'infirmerie de l'Université Fernando Pessoa, aux Canarias, en Espagne, sans être contaminée par la douleur d'un proche durant leur stage en clinique, nous transmettent à travers des interviews en profondeur et une méthode qualitative d'observation comment ils perçoivent leur expérience de la douleur et de la souffrance quotidiennement, pour pouvoir, grâce à l'obtention des résultats finaux et des conclusions, effectuer une intervention pédagogique cohérente, une mise en pratique. Une mise en pratique qui se fera concrètement avec la matière d'Anthropo-sociologie de la Santé , pour arriver même à définir des lignes directrices du programme d'études notamment pour nous guider nous les enseignants mais aussi les étudiants afin d'arriver, à atteindre au moins une réflexion de l'ethnocentrisme, le relativisme culturel , la diversité et le contact culturel durant la pratique des soins infirmiers, en mettant l'accent sur le comportement du futur professionnel en infirmeries dans le domaine de la souffrance et de la douleur. Une intervention de méthode similaire à été effectué en même temps (entretien en profondeur) avec des infirmiers avec plus de quinze ans d'expérience professionnelle, en plus de l'observation participant à une scène de douleur et donc en mesure comparer les résultats et en tirer des conclusions comme par exemple que la maladie est un

phénomène social et ne peut donc être comprise que dans le contexte socioculturel dans lequel elle se produit. Il est nécessaire d'avoir plus de connaissances, si possible, de la réalité que les étudiants d'infirmier rencontrent au cours du développement de leur stage ou du travail, en termes de souffrance, douleur et de la mort, comme nous l'indiquent les entretiens, ils ne sont pas préparés, ils ne leur ont pas enseigné la base pour ce type d'affrontement, provoquant une frustration personnelle, académique ou professionnel et parfois, des dérèglements psychologiques dans de nombreux cas pas simples à résoudre. Tout cela peut être extrapolé à tous les travailleurs du secteur sanitaire.

Mots clés: Anthropologie, Infirmier, Souffrance et Douleur.

DEDICATORIA

A Fabiola, mi madre, una grandiosa mujer en mi vida.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia: Pino, Enrique y Daniel. Por soportar todo el tiempo que les he quitado para realizar este trabajo.

A mi amigo Dr. Antonio Rodríguez Rodríguez. Por ser ese “martillo pilón” que necesitaba para comenzar y finalizar este trabajo.

A mi amigo Dr. Jaime Llacuna Morera. Por sus enseñanzas en comunicación y apoyo incondicional en todos mis trabajos.

A mi tutor Dr. Álvaro Campelo. Por la paciencia, comprensión y en todo momento facilitando la continuación del trabajo.

A mi Rector Profesor Dr. Salvato Trigo de la Universidad Fernando Pessoa. Por su apoyo y preocupación constante por conocer desde el comienzo la trayectoria de mi trabajo.

A mi amigo Dr. Pedro Moreno Ramis. Por la sapiencia que desarrolla y su exhaustivo método de análisis en todos los órdenes de la vida que a su vez me transmite.

ÍNDICE

Página

Introducción :

Nuevos modelos de abordaje en el campo sanitario.....	1
---	---

Parte I. Marco Teórico

Capítulo 1.

Las ciencias sociales en el mundo sanitario. Antropología	18
I.1. 1. De la antropología médica a la antropología de la salud.....	18
I. 1.2. “La enfermería, dolor y las ciencias sociales”.....	33

Capítulo 2.

Dolor y sufrimiento	45
I. 2.1. Enfrentar el “problema” dolor y sufrimiento en el espacio sanitario...	45
I.2.2. La diversidad cultural y la contemporaneidad como espacio de trabajo.....	50
I.2.3. La enfermedad, lo simbólico y sociedades multiculturales. Contribución de la metodología antropológica.....	58
I. 2.3.1 Multiculturalidad, transculturalidad y enfermería.	62
I. 2.3.2 Los espacios de dolor en la modernidad.....	63
I.2.4. La medicina, el sufrimiento y el tratamiento del dolor.....	79
I.2.4.1. Sufrimiento social.....	85
I. 2.5. Modelos y explicación del sufrimiento.....	88

I. 2.6. El sufrimiento y su contexto psicológico.....	100
---	-----

Capítulo 3.

Madelein Leinenger. Enfermería transcultural	103
I.3.1. La enfermería en una sociedad multicultural y el diálogo con la antropología	103
I. 3. 2. La enfermería transcultural en las ciencias médicas.....	105
I. 3. 3. El desafío del sentido del dolor a la enfermería	107
I. 3. 4. La enfermería, el dolor y la contribución de la cultura en una sociedad de riesgo.	113
I. 3. 5. La enfermería transcultural como enfoque antropológico.....	121

Capítulo 4.

La Formación en enfermería y antropología	132
I. 4.1. Características de la disciplina de Antroposociología de la Salud....	134
I. 4.1.1. Una historia de la investigación enfermera.....	144
I. 4. 2. Una nueva educación en enfermería.....	147
I. 4.2.1. Asunción de nuevos roles para educadores y estudiantes....	149
I. 4. 3. La comunicación en educación enfermera.....	154

Parte II. Parte Metodológica y Empírica

Capítulo 1.

Capítulo Metodológico.....	160
II. 1. 1. Parte Empírica.....	160
II. 1. 2. Parte Metodológica.....	161
III. II. 1. 3. Análisis de datos	164
II. 1. 4. Objetivos	165
II. 1. 5. Tipo de estudio	167

II. 1. 6. Instrumentos de investigación y tratamiento de datos	167
II. 1.6.1 Trabajo de Campo. Introducción y registro de la información, diario de campo.	171
II. 1.6.2. Objetivos de la asignatura de Antroposociología de la Salud en la Universidad Fernando Pessoa.....	174
II. 1. 7. Contexto de la investigación	175
II. 1. 8. Justificación	176

Parte III. Análisis y Discusión de Resultados

Introducción.....	183
Capítulo 1.	
Enfermería, ¿una vocación?	185
III. 1.1. ¿Porque estudiamos enfermería?.....	185
III. 1.1. 1. Orientación Vocacional para elección de estudios de enfermería.....	187
III. 1.1. 2. Oportunidad profesional en elección de estudios de enfermería.....	191
III. 1.1. 3. Alumnos trabajadores y elección de los estudios de enfermería.....	199
III. 1.1. 4. Alumnos que no saben porque han elegido estudios de enfermería.....	201
Capítulo 2.	
La narrativa del dolor y sufrimiento, como ayuda la antropología en el dolor.....	206
III. 2. 1. Análisis general del dolor y sufrimiento	208
III. 2. 2. Experiencia personal o familiar con la enfermedad o la muerte	215
III. 2. 3. Experiencia personal y/o profesional en el campo del dolor y sufrimiento.....	218
III. 2. 4. Experiencia personal y/o profesional en el campo del dolor y sufrimiento en niños.....	240
III. 2. 5. La observación participante en los espacios de dolor.....	244

Capítulo 3.

Elementos de importancia en la formación enfermera	254
III. 3.1. Elementos a destacar en la formación enfermera.....	274

Parte IV.

Conclusiones

IV. 0. Capitulo de conclusiones.....	286
IV. 1. La importancia de las ciencias sociales y de la Antropología	308
IV. 2. Narrativa del dolor.....	311
IV. 3. Importancia de la formación y de las ciencias sociales en esta formación.....	314
IV. 4. Reflexión final.....	316
Referencias bibliográficas.....	321

Parte VI.

ANEXOS

Anexo VI.I.	Modelo apoyo entrevista semiestructurada alumnos.....	367
Anexo VI.II.	Modelo apoyo entrevista semiestructurada profesionales.....	368
Anexo VI.III.	Pautas a seguir en el informe de observación participante.....	370
Anexo VI.IV.I	Cuadro Observación Participante 1	372
VI.IV.II	Cuadro Observación Participante 2.....	373
VI.IV.III	Cuadro Observación Participante 3.....	374
VI.IV.IV	Cuadro Observación Participante 4.....	375
Anexo VI.V.I	Informe Observación Participante 1	377
VI.V.II	Informe Observación Participante 2.....	380
VI.V.III	Informe Observación Participante 3.....	386
VI.V.IV	Informe Observación Participante 4.....	390

Anexo VI.VI.I	Entrevista a alumnos 1.....	396
VI.VI.II	Entrevista a alumnos 2	398
VI.VI.III	Entrevista a alumnos 3	400
VI.VI.IV	Entrevista a alumnos 4	402
VI.VI.V	Entrevista a alumnos 5	404
VI.VI.VI	Entrevista a alumnos 6	406
VI.VI.VII	Entrevista a alumnos 7	408
VI.VI.VIII	Entrevista a alumnos 8	410
VI.VI.IX	Entrevista a alumnos 9	413
VI.VI.X	Entrevista a alumnos 10.....	415
 Anexo VI.VII.I	 Cuadro Entrevista profesionales 1.....	 418
VI.VII.II	Cuadro Entrevista profesionales 2.....	419
VI.VII.III	Cuadro Entrevista profesionales 3.....	420
VI.VII.IV	Cuadro Entrevista profesionales 4.....	422
VI.VII.V	Cuadro Entrevista profesionales 5.....	423
VI.VII.VI	Cuadro Entrevista profesionales 6.....	424
VI.VII.VII	Cuadro Entrevista profesionales 7.....	425
VI.VII.VIII	Cuadro Entrevista profesionales 8.....	426
VI.VII.IX	Cuadro Entrevista profesionales 9.....	427
VI.VII.X	Cuadro Entrevista profesionales 10.....	428
 Anexo VI.VIII.I	 Entrevistas a Profesionales 1.....	 430
VI.VIII.II	Entrevistas a Profesionales 2.....	434
VI.VIII.III	Entrevistas a Profesionales 3.....	438
VI.VIII.IV	Entrevistas a Profesionales 4.....	441
VI.VIII.V	Entrevistas a Profesionales 5.....	444
VI.VIII.VI	Entrevistas a Profesionales 6.....	447
VI.VIII.VII	Entrevistas a Profesionales 7.....	450
VI.VIII.VIII	Entrevistas a Profesionales 8.....	453
VI.VIII.IX	Entrevistas a Profesionales 9.....	456
VI.VIII.X	Entrevistas a Profesionales 10.....	459

Anexo VI.IX.I	Cuadro entrevista alumnos 1.....	463
VI.IX.II	Cuadro entrevista alumnos 2.....	464
VI.IX.III	Cuadro entrevista alumnos 3.....	465
VI.IX.IV	Cuadro entrevista alumnos 4.....	466
VI.IX.V	Cuadro entrevista alumnos 5.....	467
VI.IX.VI	Cuadro entrevista alumnos 6.....	468
VI.IX.VII	Cuadro entrevista alumnos 7.....	469
VI.IX.VIII	Cuadro entrevista alumnos 8.....	470
VI.IX.IX	Cuadro entrevista alumnos 9.....	471
VI.IX. X	Cuadro entrevista alumnos 10.....	472
 Anexo VI.IX.I	 Tabla conjunta de análisis 1.....	 474
VI.IX.II	Tabla conjunta de análisis 2.....	475
 Anexo VI.XI.	 Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia y a las familias.. ..	 477

INTRODUCCIÓN

Nuevos modelos de abordaje en el campo sanitario.

Tanto en nuestro país como fuera de él, la incapacidad de muchos antropólogos y sociólogos, para expresar de forma concreta y consecuente, y no solo de palabra, una línea cultural y operativa más madura y comprensiva de la salud, refleja la dificultad de elaborar y hacer visibles estrategias que sean alternativas a los intereses que incitan actualmente hacia un creciente cambio en los servicios sanitarios, todo ello, nos está llevando a una especialización deshumanizada de los profesionales, con el ilusorio uso de las nuevas tecnologías médico-informáticas en cuanto instrumentos resolutivos de las condiciones de la enfermedad y hacia intervenciones centradas en el hospitalocentrismo, de igual modo, podemos incluir en este paradigma de pensamiento-actuación a la llamada atención primaria de salud. Ciertamente no podemos desechar las tendencias en curso, ya que reflejan aspectos culturales, necesidades y presiones, que no pueden ser ignoradas en ningún caso; desde una óptica positiva se trata de exigencias que apuntan a mejorar los instrumentos de cuidados asistenciales, donde el personal de enfermería entra de lleno en ellos. Sin embargo desde una posición negativa, hemos de apuntar que nos enfrentamos a una prevalencia de una cultura gerencial-funcionalista puramente instrumental, de intereses económicos ligado a los productores de las nuevas tecnologías y a las instancias corporativas de algunas categorías profesionales. Se trataría de conseguir asumir un concepto más relacional, expresivo, participativo, a fin de cuentas postmaterialista de la salud, de difundir la capacidad de un uso apropiado y no distorsionado de las tecnologías, de apoyar con mayores reconocimientos aquellas

esferas y redes de solidaridad que soportan el mayor peso de la asistencia en situaciones de enfermedad, donde dolor y sufrimiento están presentes, de ahí el aspirar a conseguir una más efectiva integración entre los llamados servicios sociales y los sanitarios, en aras de lograr una sanidad más responsable incluso en términos económicos (accountability), donde los servicios sean más competentes, eficaces y eficientes. Este es el sentido de pasar de una antroposociología de la medicina a una antroposociología sanitaria, orientada a la salud.

Si desde la perspectiva de la antropología de la medicina como investigador nos colocamos con una actitud positivista de quien toma nota de cualquiera de los procesos en cualquier modo inevitables e irreversibles, analizando simplemente su fenomenología, tratando después en el plano operativo de estudiar sus condiciones de mayor eficacia y eficiencia, prescindiendo de particulares exigencias de valor, entraríamos en un craso error, la antroposociología, muy al contrario, tiende a problematizar las citadas tendencias y en todo caso a considerarlas como signos de un modo de concebir la salud y los servicios, en último término de la vida misma. No nos cabe la menor duda que, la formación de al menos los futuros profesionales de la salud, debería estar enmarcada dentro del paradigma mencionado de la antroposociología sanitaria.

El propósito del presente estudio se enmarca en el análisis cultural en su desarrollo histórico, de la percepción del dolor - sufrimiento y alivio en el hombre a través de las diferentes culturas. El objetivo es saber como los alumnos de grado de enfermería de 1º curso en la Universidad Fernando Pessoa, Canarias, España, sin llegar a estar contaminados por la cercanía al dolor en sus prácticas clínicas, nos transmiten mediante entrevista en profundidad, y método cualitativo observacional sus vivencias de cómo perciben dolor y sufrimiento en su andar cotidiano, para con la obtención final de resultados y conclusiones poder llevar a cabo una intervención pedagógica coherente, de aplicación práctica. Una aplicación práctica que se hará concretamente con la asignatura de Antroposociología de la Salud, para llegar incluso a configurar directrices curriculares que nos orienten tanto a profesores como los propios alumnos, en aras de conseguir, al menos, una reflexión del etnocentrismo, el relativismo cultural, la

diversidad y contacto cultural dentro de la práctica de la enfermería, con especial hincapié, en los comportamientos del futuro profesional de la enfermería en los apartados de sufrimiento y dolor. Al mismo tiempo se llevó a cabo una intervención de características similares en cuanto a método (entrevista en profundidad) con profesionales de la enfermería con más de quince años de experiencia profesional más la observación participante en un espacio de dolor, y de esta manera poder comparar resultados y llegar a conclusiones.

Por tanto, el trabajo de campo consistió en la realización de una serie de entrevistas en profundidad semiestructuradas a alumnos de 1º curso de enfermería de la Universidad Fernando Pessoa. Canarias, y profesionales de la enfermería con más de 15 años de profesión del Servicio Canario de la Salud, Área de Salud de Gran Canaria, al mismo tiempo realizaremos un análisis de estudio cualitativo observacional que se llevará a cabo en los espacios sanitarios elegidos para este trabajo como son los Centros de Salud.

Nuestro propósito es trabajar desde la perspectiva del dolor, sufrimiento y enfermedad que han sido un trinomio lacerante que ha acompañado al hombre a lo largo de toda su historia. Con nuestro trabajo intentamos poner de manifiesto la cultura del dolor, y que al ser impartidas en las aulas, conseguir influenciar desde la pedagogía en los alumnos para que en el momento de su actuación profesional enfermera logren disminuir, paliar o hacer desaparecer el dolor, sin olvidar que, el dolor, el sufrimiento y la muerte, lo advertimos como ciencias tan antiguas como lo es la propia humanidad. Etimológicamente “*pain*”, en inglés, deriva de “*poena*” en latín, que significa “castigo” y “paciente” deriva del latín “*patior*”: el que aguanta o soporta sufrimiento o dolor.

Quiero ahora dar mi justificación personal del porqué he elegido este trabajo. En realidad fueron dos las experiencias vividas de forma experimental las que nos han conducido a profundizar en el campo del dolor, sufrimiento y muerte. La primera de ellas tiene que ver con la intervención socio-sanitaria desarrollada en la India (1979 - 1980), donde la experiencia se llevó a cabo a través de una consulta general y de atención domiciliaria de enfermería en la zona este de la India, concretamente en el Estado de Orissa, en un pequeño pueblo del interior llamado Tabadá, coordinado y

dirigido por el padre Mulan, misionero hindú, con doctorado en teología por la Universidad de Salamanca (España), párroco durante varios años en la ciudad de Londres, perteneciente a la orden religiosa de los padres paules y responsable de la comunidad en la que llevamos a cabo el trabajo.

Durante el tiempo que colaboramos con el padre Mulan, y padre Fernando, gallego, español, afincado en este país desde hacía más de 40 años, establecimos una relación vivencial directa con los habitantes del pueblo y sus aldeas colindantes, pudimos comprobar en nuestro largo trabajo de campo entre otros aspectos, como los habitantes de estas pequeñas aldeas, de entre diez doce habitantes, afrontan con total entereza y resignación el dolor, el sufrimiento y la muerte. Desde la perspectiva de las creencias religiosas de esta gente, podemos apuntar que, aún siendo nuestro acompañante en casi todas las intervenciones por el padre Mulan y alguna de las “enfermeras” nativas preparadas ad hoc (enfermeras descalzas nativas), entre ellas que suplían la falta de enfermeras profesionales, y que cumplían un papel fundamental de ayuda sociosanitaria, todas ellas pertenecientes a la religión católica; en ninguna de las múltiples salidas a las aldeas circundantes se tenía en cuenta, si sus habitantes pertenecían o no, a una u otra religión diferente de la católica, para ser atendidos con todo el rigor tanto científico como humanizante que precisa una intervención curativa, de cuidados y socio sanitaria (según posibilidades del momento).

Como hemos puesto de manifiesto, no toda la población que fue atendida profesaba la fe cristiana, por el contrario, tuvimos la oportunidad de asistir a más de un ritual hindi, en el que las enfermedades y los “malos espíritus” eran ahuyentados de sus chozas manteniendo en el interior de las misma vasijas de barro con sangre de animales sacrificados al efecto, sangre por otra parte, de la que los “malos espíritus” podían alimentarse y, de este modo, no “tocar” a la familia, por otro lado, sí pudimos experimentar en nuestro trabajo de campo, como en todas las familias, fueran de fe cristiana o no, mantenían altas dosis de resignación/compreensión ante la presencia de dolor, de sufrimiento y de la propia muerte. Pudimos experimentar en este trabajo de campo, como el modelo mágico religioso que hasta ese momento lo había tratado en las aulas, se ponía de manifiesto en vivo y en directo. En efecto, la enfermedad resulta de

fuerzas o espíritus; representa para estos habitantes un castigo divino, o bien se trata de un estado de purificación que pone a prueba la fe religiosa. Las fuerzas desconocidas y los espíritus (benignos y malignos) constituyen las variables determinantes y condicionantes del estado de salud-enfermedad que priva a un individuo o a una sociedad de mantener unos mínimos de salud. En el caso que comentamos la vasijas con contenido de sangre animal, además de “librarles de las enfermedades”, constituía desde la perspectiva sanitaria, (salud pública/salud comunitaria) un foco permanente de contaminación para las familias convivientes en cada una de las chozas donde habitaban.

Por tanto, no es de extrañar la aceptación o facilitación de estos habitantes en cuanto la enfermedad o la muerte, en tanto que el modelo mágico religioso nos indica cómo se produce una facilitación y aceptación de la muerte inminente, sin olvidar cómo circunscribe la prevención a la obediencia de normas y tabúes, y la curación a la ejecución de ritos. Sin embargo, su principal desventaja es que impide el avance cognoscitivo a la vez que fomenta la actividad pasivo-receptiva del hombre. Obviamente, en cada cultura existen distintas creencias, imágenes, valores y normas sobre el dolor, sufrimiento o muerte.

Desgraciadamente, en los momentos de intervención sanitaria tanto en el pueblo donde residíamos, como en los asentamientos circundantes, la posibilidad de paliar al menos el dolor físico era muy complicada, al disponer solo de algunos analgésicos recopilados de las ayudas internacionales, donde además, el posible traslado de algunos pacientes en estado crítico y de absoluta gravedad, al pueblo más próximo era totalmente imposible por falta de medios y la propia orografía en la que nos desenvolvimos, del dolor espiritual se encargaba el mencionado padre Mulan, nuestro escaso conocimiento del idioma autóctono nos impedía constantemente poder intervenir desde la comunicación verbal, de ahí que con todos estos aditamentos, la muerte, se convirtió en aquel momento y en aquel lugar en la única esperanza para abandonar dolor y sufrimiento para estos habitantes en caso de sufrir alguna enfermedad que le condujera a ello; ante la angustia de poder dar solución sanitaria a esa población, nuestro consuelo espiritual llegó siempre de la mano del padre Mulan.

Si existe una religión que ha hecho del sufrimiento su principal motivo de meditación, ésta es el budismo. Este hecho fundamental se expresa en sus “cuatro nobles verdades”: (1) todo es sufrimiento y (2) el sufrimiento tiene sus causas; (3) pero existe la posibilidad de acabar con el sufrimiento y (4) hay medios para lograr este fin. Este sufrimiento no es mero dolor; el budismo tampoco niega la existencia del placer, pero sostiene que es perecedero; cuanto más placentero, más se apega uno al placer, y más dolorosa su pérdida. Como para el budismo todo es perecedero, la pérdida es inevitable, de modo que hasta el placer nos hace sufrir. Pero no hace falta ser budista para advertir la universalidad del sufrimiento. Por tanto, Buda reconoce en el mal (el dolor) la causa de todos los sufrimientos. La primera de las cuatro verdades dice: *“El dolor es universal. Nadie puede liberarse de él, desde el nacimiento hasta la muerte”*¹, o *cese de todas las emociones* según la cultura maya.

Esta referencia al pueblo de Tabadá, la llevamos a cabo en este trabajo de tesis, como trabajo de campo realizado, y como pequeño, pero sincero homenaje a toda aquella buena gente de las diferentes aldeas hindúes en Tabadá, que recorrimos ofreciendo toda nuestra ayuda y conocimiento.

Aunque la literatura sobre el sufrimiento ya es muy extensa, todavía se echan en falta investigaciones dedicadas a observar las emociones y el comportamiento de los pacientes, sin olvidar emociones y comportamientos cuando intervienen los profesionales de la salud desde varias perspectivas metodológicas. Tradicionalmente, la medicina ha concebido el sufrimiento como algo ligado al dolor, pero desde las ciencias sociales se viene observando que el sufrimiento surge no sólo ante los síntomas dolorosos, sino también ante sus significados.

Coexisten una vaga noción de *sufrimiento existencial*, que en principio no tiene nada que ver con el dolor físico, y también existe una noción de sufrimiento social o estructural producto de la guerra, el hambre o la violencia, así como perspectivas ético-teológicas que consideran el valor del sufrimiento, y la responsabilidad de prevenirlo, tratarlo y paliarlo. Aunque mucho sufrimiento continúa sin ser diagnosticado ni aliviado, hoy día esto ya no puede atribuirse a la falta de interés por el tema.

¹. Ajahn Sumedho, 2009.

Como comentamos anteriormente, ya en 1982, Eric Cassell denunciaba la poca atención prestada al problema del sufrimiento en la educación, la investigación o la práctica médica.

El alivio del sufrimiento y la curación de la enfermedad son las verdaderas obligaciones de la profesión sanitaria dedicada al cuidado del enfermo. La falta de comprensión por los profesionales sanitarios de la naturaleza del sufrimiento puede dar como resultado una intervención sanitaria que, si bien técnicamente adecuada, no sólo es incapaz de aliviar el sufrimiento, sino que se convierte en una fuente de sufrimiento por sí misma. Puede haber sufrimiento en relación con cualquier aspecto de la persona, bien sea en el ámbito del rol social, o en la relación consigo misma, con su propio cuerpo o con la familia, o en la relación con una fuente de significado trascendente. En general, el sufrimiento se ha concebido como una *pérdida*: pérdida de una existencia sin cuidados, pérdida de la salud, de la dignidad, de autonomía, de planes de futuro, de otra persona, de uno mismo; pero el sufrimiento también puede ser considerado como un *recurso* terapéutico. En este sentido, Morse (2001) propone una teoría que distingue entre *sufrimiento* como liberación emocional y *aguante* como supresión emocional; estos son dos estados que a veces se confunden, ya que los pacientes suelen oscilar entre uno y otro, pero cuyo tratamiento es muy distinto, algunas claves son la siguientes:

1. El aguante (*enduring*) responde a una amenaza a la integridad personal, y consiste en suprimir las respuestas emocionales hasta que la persona se hace cargo de la situación. Es una estrategia necesaria para continuar funcionando día a día, pero no trae consigo descanso ni curación, de modo que a menudo las personas que están “aguantándose” utilizan ciertas *vías de escape* para liberar la tensión emocional.
2. En el sufrimiento se liberan las emociones, en particular la tristeza. La persona puede llorar o hablar constantemente, repitiendo la historia de su pérdida para hacerla más real; tras sufrir lo suficiente, se suele observar una reordenación de las prioridades y un retorno de la esperanza. Las vías de escape ante el sufrimiento suelen incluir actividades que conservan la energía (comer, dormir, descansar), pero en exceso.

La dinámica entre el aguante y el sufrimiento está regida por el contexto y las normas culturales de conducta (por ejemplo, uno “aguanta” en público y “sufre” en privado), así

como por varios niveles de reconocimiento y aceptación de la causa del sufrimiento (reconocer el hecho ocurrido conduce al aguante; reconocer que realmente ocurrió conduce a liberar las emociones; aceptar el pasado perdido y el futuro alterado permite superar el sufrimiento). En cualquier caso, el sufrimiento es necesario para la recuperación, es un “agente curativo”.

Desde un enfoque del sentido de la vida como sentido del sufrimiento lo dice Nietzsche con las siguientes palabras: «todo lo que sufre quiere vivir .. », es decir, todo lo que es en el modo de la voluntad de poder. Esta posición no sanciona el sufrimiento de manera indiscriminada, pues si bien es cierto que el sufrimiento puede enriquecer la comprensión y la empatía entre las personas, hay mucho dolor y miseria que no traen consigo posibilidad alguna de contrapartida moral; un ejemplo sería el sufrimiento de los niños que mueren de hambre. No es ése el sufrimiento que hay que aceptar, sino sólo el sufrimiento *inevitable*, el que nos viene dado por la condición humana.

En la práctica, las personas en este movimiento tenderían a caer en la categoría de “sufrimiento”. No conviene aguantar para siempre el sufrimiento que no se puede evitar. En realidad, estas dos elecciones, la del rechazo y la de la aceptación, deben estar unidas, ya que aceptar la inevitabilidad del sufrimiento no supone renunciar a luchar con él.

La profesión sanitaria y asistencial es prueba de que se puede estar comprometido con la reducción del sufrimiento en el mundo al tiempo que se es consciente a diario de que *la vida es sufrimiento*, y que por lo tanto éste es imposible de eliminar por completo.

Para poder conseguir los objetivos propuestos en el trabajo de investigación hemos realizado una división coherente, con diferentes apartados, para su mejor análisis y comprensión de la misma. Hemos partido de un punto fundamental consistente en la comprensión de la narrativa del dolor y el sufrimiento en el que la práctica enfermera puede crear una tendencia o hábito o entrenamiento; por otra parte, hemos realizado una comparación entre alumnos y profesionales experimentados en el campo de la enfermería mediante entrevistas semiestructuradas en profundidad, donde hemos podido detectar los elementos “adquiridos”, o que “no tienen”, y que posibilitan la interpretación de esa narrativa. Las partes en que hemos dividido la Tesis quedan

expuestas a continuación:

La configuración del trabajo de investigación por tanto ha quedado establecida de la siguiente manera.

Una primera parte de la investigación donde vamos a tratar en profundidad los conceptos operativos de los temas que nos puedan conducir a la obtención de los objetivos fijados en la Tesis, de tal manera que el primer capítulo denominado “Las ciencias sociales en el mundo sanitario: la antropología”, analizaremos en un recorrido histórico la velocidad de los cambios socioculturales que transforman no solo la composición sociodemográfica de las diversas sociedades, sino también su sistema de valores, donde la transición demográfica con el envejecimiento de las poblaciones se ha convertido en un hecho de interés público, económico, internacional, porque las implicaciones económicas para el mercado de trabajo, los costes de jubilación previsiones médicas y alojamiento de mayores se ven algo negativo.

El segundo capítulo de la Tesis (Parte I) será dedicado al dolor y sufrimiento, donde intentamos desarrollar estos dos conceptos (dolor y sufrimiento) en su espacio, mayormente en el sanitario, sin olvidar el espacio del hogar donde los pacientes crónicos son sufrientes y dolientes de igual manera. Vamos a analizar de manera particular el dolor infantil, hasta unos pocos años ignorado tanto por los profesionales de la salud, como por la propia sociedad, debido principalmente a diferentes factores como la dificultad para comunicar por parte del niño, la escasa preparación de los profesionales, el miedo a causar efectos adversos por la utilización de fármacos o técnicas analgésicas y la falta de tiempo para atender al paciente de un modo integral, podría ser una de las causas que lo ratifiquen

Así mismo en esta (Parte I) capítulo 2, vamos a tratar la Multiculturalidad, transculturalidad y enfermería. Donde la preocupación será, precisamente, ver como los autores y profesionales de salud analizan la multiculturalidad en el espacio y la práctica de la salud, particularmente en el caso de la práctica de enfermería. Veremos como la propuesta de la enfermería transcultural puede aportar una contribución importante en este debate.

Otro apartado tratado en nuestro trabajo y perteneciente a la (Parte I) capítulo 2 es el sufrimiento social. Analizaremos cuando el dolor físico es la enfermedad en sí misma, de qué manera se relaciona con el contexto socio-cultural; cada cultura construye formas en que las personas se cuidan a si mismas y a los demás, perciben los tratamientos a los que acuden, le otorgan significado a dicha experiencia, por ello es imposible prescindir de variables socio-culturales.

En este mismo capítulo 2 (Parte I), haremos una investigación de las dolencias agudas, pero sobretodo de las dolencias del enfermo crónico, por razones demográficas y dado que la bibliografía es de una producción importante a nivel nacional e internacional, donde intentamos explicar los modelos y explicación del sufrimiento.

Para finalizar este capítulo 2, (Parte I) Hemos intentado llevar a cabo un análisis del sufrimiento y su contexto psicológico. Aquí, partimos de una dolencia, en principio física, que se convierte en psicológica e incluso social dado que el dolor se extiende afectando a las personas más próximas: pareja, familia, amigos.

La (Parte I) capítulo 3, será dedicado al análisis y estudio de la obra de Madelein Leinenger, comenzado por establecer una relación entre la enfermería en una sociedad multicultural y el diálogo con la antropología, donde vemos como la sociedad multicultural del mundo post moderno se caracteriza por la gran complejidad de su estructura, organización y funcionamiento. En cuanto a la enfermería transcultural, hemos llevado a cabo una lectura exhaustiva de la obra formulada por Leininger, resumir que se ha centrado en la teoría del cuidado cultural comparando, salud y contextos ambientales de individuos, familias y grupos culturales. Estas dimensiones con toda seguridad, son capaces de enriquecer y ampliar los intereses médicos /enfermeros de los antropólogos.

En otro apartado de esta (Parte I) capítulo 3, iremos a abordar el desafío del sentido del dolor en la enfermería. Partimos de la base que un importante número de pacientes que acuden a nuestros servicios sanitarios refieren dolor y sufrimiento, en general asociados a una enfermedad. Es por ello que, dentro de la enfermedad, hemos de referirnos indefectiblemente al dolor como fenómeno primariamente subjetivo, que puede variar entre diferentes poblaciones, la modelación social, las normas de grupo y los valores

aprendidos, que influyen en la percepción del dolor. Partimos del dolor como fenómeno complejo, determinado por múltiples causas, resulta de la interacción de factores psicológicos, fisiológicos y socioculturales; el tratamiento psicológico del dolor es hoy día un elemento básico en la terapéutica del dolor crónico, que en algunos síndromes incide de forma efectiva en factores básicos en el desencadenamiento o agravamiento del dolor. En otros casos, el dolor se enfrenta y debe apoyarse en el afrontamiento y adaptación a un proceso crónico, es decir de larga duración. La enfermería, el dolor y la contribución de la cultura en una sociedad de riesgo, es también motivo de análisis en este capítulo 3 (Parte I).

La enfermería transcultural es uno de los apartados importantes tratados en esta (Parte I) capítulo 3. La teoría de la enfermería transcultural se define como un conjunto de conceptos e hipótesis interrelacionados de la enfermería transcultural, que tienen en cuenta las conductas que cuidan, los valores y las creencias basados en las necesidades culturales de los individuos y los grupos, para proporcionarles unos cuidados de enfermería eficaces y satisfactorios.

El capítulo 4 de esta (Parte I), es dedicado a la formación en enfermería y antropología, en el marco de sus competencias profesionales, desde su formación inicial y más tarde su desarrollo en la práctica, en particular las características de la disciplina de Antroposociología de la Salud, asignatura que se imparte en la UFP en la disciplina enfermera en el actual programa de grado de la UFP para los estudios de enfermería. Otro aspecto de especial interés tratado en este capítulo 4, es el impacto que causa la realización de técnicas de enfermería que provocan dolor, especialmente cuando se trata de niños, siendo consideradas como otra fuente relevante de estrés.

La orientación hacia Una nueva educación en enfermería es motivo de análisis en esta (Parte I) capítulo 4. Partiremos de la premisa que son varias y diferentes las concepciones de educación. La asunción de nuevos roles para educadores y estudiantes, es otro aspecto a tratar en la Tesis en esta (Parte I) del capítulo 4.

Apartado importante dentro del trabajo de Tesis lo ocupa la comunicación en la educación enfermera en este capítulo 4, de la (Parte I). Con el tratamos de analizar y potenciar la emisión/recepción de mensajes dentro del temario de la antroposociología

de la salud como asignatura que hace referencia a la salud, la enfermedad, sufrimiento y dolor dentro del grupo de alumnos, para que ello nos lleve a la aparición de la llamada cultura del afrontamiento/prevenición en el convencimiento de que de lo que no se habla, no existe. El aspecto referencial de un mensaje transmite la información (contenido del mensaje), el aspecto conativo indica el cómo entenderse el mensaje y la relación establecida entre los comunicantes, todo el mundo lo hace, porque el mensaje que nos llega establece el contenido, la actuación concreta que supone dicha información, la forma concreta referida a la relación establecida entre los comunicantes y la manera en que dicho mensaje debe ser transmitido de nuevo para que siga “moviéndose” en el seno del grupo; todas estas “indicaciones” son aportadas por el signo como si de una información genética se tratara.

La segunda parte de nuestra Tesis la hemos dedicado a la definición de la metodología utilizada, con la finalidad de alcanzar los objetivos y cuestiones que queríamos resolver tras la investigación empírica.

La tercera parte (Parte III) capítulo 1, se dedica al tratamiento de los datos recogidos en las entrevistas en profundidad semi estructuradas y la investigación de campo. Así, en el primer capítulo, Enfermería, una vocación? Analizamos, en el primer apartado (Parte III) capítulo 1 (1), “Porqué estudiamos enfermería”, cada una de las respuestas obtenidas en las entrevistas en profundidad semiestructuradas realizadas a profesionales y alumnos, al mismo tiempo que enfrentamos esas respuestas con la bibliografía buscada al efecto para discutir y comparar. La oportunidad profesional en la elección de estudios de enfermería, forma parte del análisis llevado a cabo en esta (Parte III), capítulo 1 (1.2.). Partimos de que las profesiones son actividades sociales, realizadas en beneficio de la colectividad.

Los alumnos trabajadores y elección de los estudios de enfermería en la (Parte III) capítulo 1 (1. 3.) representa en nuestro trabajo de Tesis un análisis de gran importancia, dado el número de alumnos trabajadores preferentemente procedentes del mundo sanitario que acceden a los estudios de enfermería.

En la (Parte III) capítulo 2, analizamos la narrativa del dolor y sufrimiento, como ayuda a la antropología del dolor, intentamos abordar las diferencias y afinidades entre dolor y

sufrimiento, así como las características de las vivencias entre alma y cuerpo, que experimenta un enfermo aquejado por la enfermedad, al mismo tiempo, analizamos que las formas y variabilidad de las estrategias de afrontamiento que utilizan las personas en el proceso de morir, incluidas sus necesidades espirituales. Nos hemos planteado igualmente, la importancia de la percepción temporal, en especial durante los inciertos tiempos de espera del enfermo, en la cristalización del sufrimiento, así como la necesidad de mantener en todo momento algún tipo de esperanza, para llegar a conseguir uno de los objetivos de nuestro trabajo, el identificar como los alumnos de enfermería y profesionales experimentados en una estrategia comparativa entienden la narrativa del sufrimiento y del dolor en su futuro/presente de la actividad, hemos confeccionado cuatro apartados para su discusión y análisis. a) Análisis del dolor, b) Experiencia personal o familiar con la enfermedad o la muerte c) Experiencia personal y/o profesional en el campo del dolor y sufrimiento y d) La observación participante en los espacios de dolor.

Hemos realizado en la (Parte III) capítulo (2.1.) el análisis general del dolor y sufrimiento. Partimos de una premisa fundamental en la que, los pacientes que son tratados por dolor o consultan por procesos dolorosos, tienen disminuida su calidad de vida, así como que, el dolor crónico menoscaba la calidad de vida del paciente de una manera más amplia que el dolor agudo.

En esta misma (Parte III) capítulo.(2.2) tratamos de la experiencia personal o familiar con la enfermedad o la muerte. Partimos de la base de que, aceptar la muerte del paciente contradice el objetivo esencial de las profesiones sanitarias, que es conservar la salud y la vida, por ello, erróneamente, al individuo que entra en un proceso terminal se le cuida para que se cure y no para que viva con su calidad de vida el tiempo que le queda, ocultándose en un gran porcentaje de casos la realidad y negándosele la oportunidad de ser él mismo hasta el final.

Hemos analizado en nuestras entrevistas en profundidad semiestructuradas y dentro de esta (Parte III) capítulo (2.2) La experiencia personal y/o profesional en el campo del dolor y sufrimiento. Los profesionales son los que responden tanto en su experiencia cuando fueron alumnos, como en la actualidad como profesionales de la enfermería. La

observación participante en los espacios de dolor corresponde representa un apartado fundamental en el análisis empírico de nuestro trabajo, dentro de esta (Parte III) capítulo (2.5.) Ahondando en que la observación participante es algo más que una técnica, podemos señalar que es la base de la investigación etnográfica, que se ocupa del estudio de los diferentes componentes culturales de las personas en su medio, como son las relaciones con el grupo, sus creencias, sus símbolos y rituales, los objetos que utilizan, sus costumbres, sus valores, etc.. Cómo tal enfoque admite la posibilidad de incorporar una pluralidad de técnicas a la investigación, de hecho podría considerarse como un ejercicio de alternancia y complementariedad entre observación y entrevista, aunque ambas se utilizan desde la óptica de que el investigador forma parte de la situación estudiada, como es el caso que nos ocupa en este trabajo. Analizamos desde la observación participante en nuestro trabajo de tesis los espacios de un Centro de Salud, y sus actores desde la sala de espera, a la entrevista clínica enfermera, pasando por la actuación de los actores en la Unidad de Atención General (UAG), donde se llevan a cabo todo tipo de intervención enfermera, con alguna intervención (muy poca) médica. La (Parte III) capítulo 3 la hemos dedicado al análisis según respuestas obtenidas por alumnos y profesionales en la entrevista referido a los elementos de importancia en la formación enfermera. Creemos que la enfermería es un elemento fundamental en el manejo de aquellos pacientes que presentan dolor, motivo por el que debe ser prioritario que cuenten con unos conocimientos básicos para su control. Siendo este uno de los síntomas con el que más van a trabajar estos futuros profesionales a lo largo de su ejercicio profesional, las decisiones médicas no podrán llegar con precisión si el eslabón (enfermería) no está a la misma altura competencial.

Los Elementos a destacar en la formación enfermera, los hemos tratado en esta (Parte III) capítulo (3.1). En este capítulo partimos de la premisa en que la enfermería es un elemento profesional indispensable en los pacientes que sientan dolor.

Por último, en la cuarta parte (Parte IV) de la tesis se hizo una síntesis de las conclusiones, fundamentada en los resultados obtenidos. Como es natural todo ello deriva de una investigación iniciada con el planteamiento del problema dolor y sufrimiento en los espacios sanitarios desde la perspectiva antropológica – enfermera,

con el firme convencimiento de que estas conclusiones contribuirán a mejorar el aprendizaje y puesta en práctica de los sanitarios en el inagotable mundo del sufrimiento y dolor en el hombre. Hemos de considerar la importancia de la antropología para la comprensión de la narrativa del dolor y del sufrimiento, teniendo muy en cuenta lo referido a la formación de los profesionales de enfermería para la experiencia en afrontar dolor y sufrimiento, unido ineludiblemente al papel de la antropología en esta formación. La (Parte V) recoge la bibliografía acotada y consultada del trabajo. La (Parte VI) está dedicada a los Anexos.

Algunas de las principales limitaciones del trabajo.

Como primera dificultad hemos de señalar la referida a la elección del tema, aunque dolor y sufrimiento en el hombre ha sido un tema constante, como hombre evidentemente, en mi vida personal y desde luego laboral por mi condición de enfermero, la he sufrido y la he atendido; sin embargo, una vez elegido el tema la siguiente pregunta que se nos planteó fue la referida al tipo de población sufriende a elegir para llevar a cabo la investigación, en un principio nos orientamos hacia los pacientes ingresados en hospitales en las unidades de enfermos terminales, (cuidados paliativos), o unidades del dolor, observamos en la búsqueda bibliográfica la gran cantidad de trabajos realizados al respecto, nos dimos cuenta que, al ser profesor de Universidad, facultad de enfermería, los alumnos que acuden a nuestras aulas podían ser un campo de estudio interesante en cuanto a sufrimiento y dolor, unido a la experiencia profesional de las enfermeras en atención primaria de salud, donde cada día en su trabajo se enfrentan al dolor y sufrimiento de los pacientes que atienden.

Una de las dificultades que hemos tenido en el estudio ha sido en cuanto a las enfermeras/os profesionales en el momento de poder coordinar los horarios de las entrevistas llevadas a cabo en profundidad semiestructuradas, si bien hemos de destacar la enorme colaboración una vez comenzadas las mismas.

Con los alumnos entrevistados lo más complicado resultó explicarles y que entendieran de que se trataba el trabajo, porqué era importante su colaboración para obtener unos buenos resultados, de igual modo ocurrió con los profesionales, sin embargo, una vez comenzada la entrevista la colaboración fue espléndida.

Hemos de significar que, a pesar de tener una amplia bibliografía como fuente de información a nuestro alcance referida al tema que nos ocupa, y precisamente por esa amplitud, encontramos serias dificultades para poder delimitar y comparar definiciones o las diversas maneras de afrontar dolor y sufrimiento en pacientes; quizás, donde mayor dificultad hemos encontrado ha sido poder dar con la clave de que los alumnos entiendan, compartan y finalmente incomparados al mundo laboral, como es el caso de en los profesionales entrevistados, lleven a cabo lo aprendido desde las explicaciones dadas en un aula sobre sufrimiento y dolor.

Como dificultad importante hemos de referir el tiempo de dedicación a la elaboración de la tesis, sobre todo cuando trabajas, tienes familia, y no tienes dedicación exclusiva al desarrollo de una investigación, llevar a cabo una buena gestión del tiempo no ha sido nada fácil, aún teniendo un cronograma que define los tiempos a dedicar. Por otra parte, hemos de significar la poca o nula preparación curricular que durante los años de estudio se nos dedicó a la preparación de estudios de investigación, déficit que por otra parte ha sido solventado por el tutor de este trabajo. Este déficit se vio aumentado debido a que la mayor parte de los trabajos de investigación realizados anteriormente, fueron de carácter y tratamiento cuantitativo, con el salto al método de investigación a trabajos cualitativos, es evidente que lleva su tiempo de interiorización, esa falta de interiorización y práctica precisamente nos causó durante el desarrollo del trabajo auténticas dificultades de resolución que poco a poco se fueron solventado.

Si bien es cierto que la bibliografía encontrada es extensa, no es menos cierto la dificultad encontrada en el momento de acceder a ella tanto informática como de textos en papel, una veces porque tienes que pagar para obtener la información, otras por no encontrar en las editoriales el libro artículo o revista buscado.

La distancia física entre investigador y tutor ha representado en algunas ocasiones una dificultad, mi tutor en Portugal, Oporto, y yo como investigador en España, Islas Canarias, Gran Canaria, si bien es cierto, que a pesar de esa distancia física la conexión vía Internet nos ha servido de gran ayuda. He de mencionar casi como anécdota al respecto que a ambos, tanto tutor como investigador por razones de tipo informático, (ordenadores), nos dio algún susto la rotura del disco duro, en mi caso, donde tenía

grabada toda la investigación, gracias a Dios se solucionó.

(PARTE I)
CAPÍTULO 1.

Las Ciencias Sociales en el mundo sanitario. Antropología.

Ciertamente no vivimos nuestras vidas dejándonos llevar por el azar, pero con exactitud podemos decir que tampoco somos dueños absolutos de nuestro destino. Si bien es cierto que los individuos toman decisiones todos los días acerca de sus vidas, sin embargo, no lo hacen aisladamente, sino en un contexto más amplio que llamamos sociedad, en el contexto de la familia, el trabajo, la universidad, el país, el mundo entero. Una de las premisas esenciales de la antropología y la sociología es que el contexto social en el que vivimos orienta o limita nuestras acciones y decisiones. El contexto social en el que nos movemos determina en buena parte las decisiones que vamos a tomar en nuestras vidas; un área de la antropología médica es el comportamiento del enfermo, de ahí que, el concepto de enfermedad tome especial interés porque implica el análisis de factores claramente antropológicos, es decir, las expectativas y la conducta de acuerdo a normas que son asignadas por las personas consideradas enfermas por la sociedad en general.

I. 1.1. De la antropología médica a la antropología de la salud

Si algo caracteriza la segunda mitad del siglo XX y primeros años del siglo XXI es la velocidad de los cambios socioculturales que transforman no solo la composición sociodemográfica de las diversas sociedades, sino también su sistema de valores. Movimientos masivos de población, nuevas tecnologías, cambios en la composición demográfica, nuevas enfermedades, etc., que afectan tanto a la población como a las

distintas disciplinas y ciencias científicas. La transición demográfica con el envejecimiento de las poblaciones se ha convertido en un hecho de interés público, económico, internacional, porque las implicaciones económicas para el mercado de trabajo, los costes de jubilación, previsiones médicas y alojamiento de mayores se ven algo negativo (Markides & Cooper, 1987). Nos parece útil ver el hecho del envejecimiento en el contexto de los avances de los modernos cambios en las ciencias de la salud, uno de los factores que han influido en el envejecimiento de la población es sin duda, los avances en medicina, dando como resultado las mejoras de aumento en la esperanza de vida en la población. El aumento de la esperanza de vida trae como consecuencia otros aspectos como los trasplantes de todo tipo de órganos, avances farmacológicos y todo un pensamiento innovador en cuanto a modelos de atención en los ciudadanos de este nuevo tipo de pacientes. El impacto de los avances de la alta tecnología en ciencias de la salud ha aumentado los difíciles problemas filosóficos y éticos, han venido a resucitar los antiguos dilemas de relación entre mente y cuerpo, consciencia, existencia e identidad en el contexto de la alta tecnología médica contemporánea. Estos avances de la medicina moderna tienen implicaciones fundamentales en lo que es tener o ser un cuerpo. Los problemas de Robocop en relación con su cuerpo máquina son una cuestión futurista de la tecnología médica contemporánea en relación a la reproducción de los cuerpos (cf. Kroker et al, 1989:137-138). Ni que decir tiene, que la visión futurista y heterogénea planteada se aproxima cada vez con mayor rigor desde la perspectiva tanto socioantropológica como neurocientífica en el camino de conseguir entre otras razones, paliar el dolor y sufrimiento del hombre, dado su inherencia al hombre.

Ya desde los años 50 del siglo XX, en ese paradigma innovador en cuanto a modelos de atención en los cuidados surge lo que se ha denominado "enfermería transcultural" (Lenninger, 1978), en un intento de unir la práctica de la enfermería con el conocimiento antropológico, con objeto de ofrecer un mejor cuidado a unos pacientes cada día más heterogéneos.

Debemos recordar que la relación entre la antropología, sociología y salud, tiene sus comienzos en EE.UU. y en América Latina entre los años veinte y sesenta, dando como

resultado la llamada antropología de la medicina². Esta colaboración se contextualizó en EE.UU. en torno a la transición de un periodo de capitalismo salvaje a otro de mayor intervencionismo y desarrollo del Estado federal, coetáneo a la institucionalización de las tres especialidades. En América Latina, y especialmente en México, se corresponde con el indigenismo, que configuró política e ideológicamente al Estado mexicano tras la Revolución, y en el que jugó un papel fundamental la antropología. Ambos desarrollos convergieron hacia 1930.

La medicina norteamericana se transformó profundamente entre 1880 y 1920 con la implantación del modelo médico; en Europa lo hizo más tarde, pero con mayor rapidez. Hasta finales del siglo XIX había una enorme liberalidad para erigirse en doctor. Fue cuestionada a principio del siglo XX con el establecimiento de reglas estrictas de formación médica y de homologación hospitalaria (Flexner, 1910; Freidson, 1978). Los cambios afectaron a hospitales y manicomios de la época, a la educación médica, a los modelos de gestión de la práctica de la atención primaria de salud y a la prevención. Se precipitaron por la necesidad de resolver los problemas asistenciales y de acogida que planteó la llegada masiva de emigrantes. Obligó a disponer de políticas de prevención pragmáticas, sanidad exterior, vacunaciones el *Food and Pure Drugs Act* (cf. Rosen 1974; Lesky 1984, 287- 300), a la construcción de manicomios, a la transformación o la creación de hospitales jerarquizados en manos de médicos y administradores, a la reorganización de la profesión médica para luchar contra el intrusismo y contra la automedicación, y a proponer profundos cambios en la educación y en las prioridades de la investigación médica.

Al ser la psiquiatría el lado más débil y contradictorio del modelo médico, el número de internados en manicomios aumentó de manera desproporcionada, se dispararon las tasas de morbilidad psiquiátrica. La problemática asociada al proceso de alcoholización y a la generalización del uso de drogas ilícitas, no podía ser explicado exclusivamente a través

² Durante este periodo es difícil distinguir, al margen de su adscripción académica, al sociólogo del antropólogo. Antes de 1945 emplean indistintamente trabajos de campo, biográficas o cuantitativas. Los antropólogos solo se distinguen en cuando trabajan como tales en sociedades aborígenes. En EE.UU. y en América Latina coinciden sus procesos de institucionalización respectivos en los que proyecta la tradición utilitarista pragmática que encontramos en Boas, Gamio, Park, Burgues, Othon de Mendizabal y Flexner Repor.

del paradigma biológico. Era indispensable explorar también el peso en la enfermedad mental de las variables sociales, culturales y la anormalidad.

La patología de la desorganización social mantiene su nivel de gran importancia, de tal manera que en EE.UU. se institucionalizó bajo premisas muy semejantes a las que impuso Boas en la antropología. Lo hizo en torno a los sociólogos de Chicago del *Mindweest*, opuestos al formalismo academicista y al elitismo del Este.

Estaban influenciados por el pragmatismo de Dewey y Mead, por el evolucionismo de Spencer, por la sociología organicista, por el interaccionismo psicológico de Simmel, y algo más tarde por el funcionalismo y el estructural funcionalismo británico. Aunque sus aportes teóricos están desfasados, lo que nos queda son sus investigaciones de campo que son reconocidas como clásicos de la sociología, de la antropología urbana y de la psiquiatría social. Su objetivo era explicar las relaciones entre variables biológicas y culturales, y la aparición de conductas fuera de lo normal, que fueran interpretadas a partir de la relación entre factores espaciales y socioculturales.

No podemos dejar de mencionar en este apartado a los investigadores de la Escuela de Chicago, *Mindweest*, opuestos como hemos mencionado al formalismo academicista, se atribuye a sus investigadores como un lugar central en el desarrollo de las técnicas cualitativas de investigación social, se reconoce en la sociología norteamericana que esta escuela ocupó un lugar relativamente hegemónico en la disciplina durante las décadas de 1920 y 1930, valiéndose del *American Journal of Sociology* como principal instrumento de difusión de sus investigaciones empíricas, líneas teóricas y metodológicas. Entre sus principales mentores mencionaremos a George Herbert Mead (2009) con su obra *Mind, Self, and Society*, escrita desde el conductismo social, este tratado contiene el corazón de la posición de Mead en la psicología social, donde el análisis del lenguaje ocupa un lugar preeminente ya que suministró por primera vez un tratamiento adecuado del mecanismo de lenguaje en relación con temas científicos y filosóficos. Por su parte Herbert (Blumer, 1969), orientó su pensamiento en estudiar críticamente los problemas fundamentales de las ciencias sociales y hacer una derivación empírica de los procedimientos más adecuados, frente a quienes llamaban a valerse de los métodos de las ciencias naturales (o adaptaciones de ellos) para asegurar

el estatus científico de las ciencias sociales, él propone seguir la sugerencia de Dewey (filósofo norteamericano mas importante de la primera mitad del siglo XX) (Blumer, 1969).

Así mismo, Burges analiza al estudio de caso como una revolución metodológica, un sustituto de los procedimientos estadísticos y de la especulación teórica. Se trata de un estudio intensivo de casos individuales y de la conducta sobre bases empíricas e inductivas; en él no pueden aplicarse técnicas estandarizadas de medición, ya que los fenómenos de interés requieren y siempre requerirán una definición cualitativa. En el estudio de caso sociológico, según la propuesta de Burgess, se recupera la idea del sujeto en interrelación (con pares, comunidad, ambiente, etc.): el foco de atención es la «persona» (definida por oposición al individuo y, de una manera más cercana, a la idea actual de «actor») como producto de la interacción social; se refiere a alguien que está en interacción social con sus pares, que ha adquirido estatus, es decir, una posición en la sociedad o el grupo de pertenencia, tal como postulaba (Burgess, 1923).

Desde la perspectiva de la antropología y su aportación a las políticas de salud, hemos de destacar las investigaciones realizadas por antropólogos y sociólogos durante los años cincuenta y setenta, época donde se pone de manifiesto el desarrollo de las ciencias sociales, como hemos expuesto anteriormente, con especial énfasis en América del Norte y algunos países Latino Americanos. En ellos el crecimiento fue de tal magnitud que se llegó a confundir en las intervenciones al sociólogo con el antropólogo, al psiquiatra, psicólogo social, al médico o la enfermera, esta multidisciplinariedad dio lugar a un cierto eclecticismo teórico en el que se mezclan sociología y antropología funcionalistas, la psiquiatría social y la salud pública. En este panorama, la etnomedicina y los estudios aplicados quedaron relegados a un discurso de subalterno; los estudios etnomédicos eran escasos frente a las investigaciones sobre organizaciones hospitalarias o los trabajos interdisciplinarios en psiquiatría. En estos tenía algo que ver con una propuesta de una “*Clinical anthropology*”, donde se podía encontrar una respuesta de la antropología a problemas de la medicina, en especial con problemas derivados de enfermedades crónicas y no infecciosas; el aumento demográfico, aumento de la esperanza de vida y envejecimiento de la población; el papel del hospital en el

sistema sanitario, los problemas relativos a ciertos trastornos específicos como el alcoholismo y consumo de drogas, así como la problemática relativa a la custodia en los hospitales psiquiátricos y el desarrollo de nuevas técnicas de rehabilitación en asistencia psiquiátrica o discapacidades. La obra de (Goffman, 2001) *Internados*, va más allá de los límites de la sociología hospitalaria o de la antropología clínica: en su definición del objeto de estudio abría un debate sobre la genealogía de esas instituciones y su significación histórica, de tal manera que la influencia de Goffman (2001) a través del interaccionismo simbólico ha sido de gran importancia en la antropología y en la psiquiatría radical británica e italiana. La complementariedad entre su postura y la de Foucault (1997) en *El nacimiento de la Clínica*, explica la influencia de ambos en las investigaciones sobre procesos de institucionalización. Nos introducen en la noción de moral que maneja la sociología hospitalaria y el estructural funcionalismo británico: encontramos su concepción de los procesos rituales e iniciáticos y de los itinerarios terapéuticos, en sus adaptación primaria y secundaria, las relaciones entre la norma y las adaptaciones individuales y colectivas a la misma vez que alimentará nociones esenciales en la antropología de la medicina actual, como las de *The health seeking process, natural history of illness* (Chrisman, 1980), de tal forma que sus estudios se han adaptado muy bien a los estudios sobre sociedades complejas. Polgar (1962), en *Areas of interest common to the social and medical sciences* llamó la atención la presencia de los antropólogos y otros científicos sociales en ámbitos médicos, no siendo inusual como de hecho lo ocurrió cuando Caudill (1953) en *Applied antropology in medicine*, hace una revisión bibliográfica de la antropología aplicada en la medicina, sin embargo, comentaristas del artículo entre otros, Freidson, (1988); Caudill (1958) & Egerton (1980), ponen énfasis en las insuficiencias teóricas de lo aplicado, a pesar de que en ese artículo Polgar comenta la existencia de dos discursos paralelos: uno, que la salud estaba al servicio de la teoría antropológica general y que por tanto, no utilizaba una retórica propia que no se interesaba por la medicina; y otro, en el que la antropología era un simple instrumento al servicio de una teoría médica y que, por tanto, utilizaba la retórica propia de la medicina. Ninguno de los dos se planteaba una teoría de síntesis.

Es en los años cincuenta, acompañado de los avances en farmacología en enfermedades infecciosas, donde el modelo médico adquiere su mayor hegemonía en los países desarrollados y, prácticamente excluyó a las alternativas terapéuticas. Sin embargo, en los países subdesarrollados, donde el proceso ha sido más lento, la influencia del discurso antropológico sobre las medicinas indígenas estimuló políticas de creación de paraprofesionales, los llamados médicos descalzos nativos, para suplir la falta de médicos y enfermeras y así poder desarrollar no sólo programas de prevención, sino también programas sectoriales terapéuticos. Caminamos desde una antropología en la medicina hacia una antropología de la medicina y de la enfermería en otras palabras, pasar de un paradigma médico clásico a un nuevo paradigma sanitario, donde los servicios sean capaces de responder a las necesidades humanas Donati (1981).

El desarrollo de la antropología en temas de salud alrededor de los años 70 permitió la inclusión de antropólogos en programas interdisciplinarios. El pragmatismo antropológico se impuso, de tal manera que, las consideraciones de relaciones sociales que envolvían a la enfermedad desaparecieron por completo debido a la supeditación al modelo médico hegemónico. Mahoney (1977) hace algunas referencias entre la antropología y la salud pública y apuntaba en ese pragmatismo algunas contribuciones: el estudio de la salud y la enfermedad de la población; sugerir enfoques particulares que puedan ayudar con tales grupos; ayudar al personal de salud pública para entender sus propias actividades y cómo estas actitudes afectan a su trabajo; promover la comprensión de los programas de salud pública entre las comunidades; contribuir directamente al conocimiento de la terapia, enfermedad, y patrones de enfermedad. Para (Mahoney,1960) no se cuestionaba el estatus de subalternidad con relación al modelo médico. Su propuesta estaba encaminada a reforzar la presencia de los antropólogos en temas de salud pública, pero, el individualismo y pragmatismo biomédico se contraponía al holismo antropológico. En este apartado es Scoth (1963) en *Medical Anthropology*, donde por primera vez se habla de antropología de la medicina, y en su revisión habla desde la docencia en una escuela de salud pública :

La investigación médica que ha tratado variables socioculturales no ha sido siempre particularmente sofisticada. Los médicos tienden a usar las variables de forma cruda y sistemática. (Scoth, 1963: 31)

A pesar de esta afirmación, durante los años setenta se continuó contemplando la enfermedad como un núcleo analítico duro, complejo y con múltiples dimensiones.

Entrados en la antropología de la medicina, Fábrega (1972), un médico con formación antropológica, lanza una definición de antropología de la medicina, que guarda la ambigüedad necesaria para congeniar la investigación socio-médica proveniente de la biomedicina y la perspectiva culturalista más conductual, con una distinción entre dimensiones *disease* y *illness*. Fábrega se acerca a los estudios sociológicos sobre la medicina occidental sobre los términos de *sick role* de Parsons (1951), de *lay referral system* (Freidson, 1970) o, de *illness behavior* (Mechanic, 1960; Suchman 1965) o los enfoques sobre las relaciones entre los síntomas de la enfermedad y la cultura (Zola, 1966). Fábrega quiso construir un modelo operativo de *illness behavior*, muy relacionado con el concepto de carrera moral de (Goffman, 1961). Al mismo tiempo con las teorías psicológicas acerca de los procesos de toma de decisiones políticas y económicas, propuso la enfermedad y sus dimensiones como el objeto de estudio de la antropología de la medicina, consiguiendo de esta manera llegar a una delimitación concreta del campo. Sin embargo, cuando desde la antropología se considera como objeto de estudio la enfermedad, implica desligar la enfermedad de la medicina, cuando el ideal sería que se fundieran ambas disciplinas en una sola. La antropología de la medicina debe seguir aportando teorías y datos de la antropología general que por otra parte no le interesa a la medicina, y ésta igualmente va a seguir desarrollando investigación y modelos de práctica que no interesan a la antropología. Por tanto, el antropólogo debiera plantearse como objetivo de intervenir no sólo como analista de problemáticas sociosanitaria, sino como agente en los distintos niveles de atención de salud con el objeto de aportar modificaciones estructurales o concretas. Si esto es así, sus interlocutores no serán solo los salubristas, sino también los planificadores y por supuesto el personal asistencial. En cuanto que, el objeto de estudio de la antropología de la medicina son las dimensiones de la enfermedad, nos conduce a una teoría de la

enfermedad que no es posible aislar de la teoría de la enfermedad que genera la medicina, puesto que la implicación inmediata de la misma es la reformulación de estrategias de intervención, de priorización y de diseño de modelos de práctica distinto. Cada cultura o sociedad genera diversas respuestas y estrategias para contrarrestar y prevenir las enfermedades, se recurre a múltiples tradiciones en el arte de sanar, para analizar y buscar sus causas y organizar respuestas personales, en el caso de la salud existen modelos médicos que explican la salud, la enfermedad y el dolor, como la medicina convencional alópata, la homeopatía, la acupuntura y las medicinas tradicionales, todos estos modelos o formas de hacer medicina, son productos históricos y cambiantes de una determinada cultura (Almaguer et al., 2003). Sin embargo, el ejercicio de la medicina y por ende de la enfermería, está estrechamente relacionado con esta manera de abordar la realidad y con la aplicación de un conocimiento científico y tecnológico que ha sido transmitido en las aulas de nuestras Universidades y a través de generaciones como algo indiscutible, donde pocas veces los alumnos de ciencias de la salud (medicina/enfermería, otras afines) se dan la tarea de hacer un análisis crítico y reflexivo sobre los diferentes modelos teóricos contenidos en sus unidades didácticas y programas educativos que cursan o cursaron y que marcan la pauta de su práctica profesional y de la formación de futuras generaciones.

Hemos de tener en cuenta y recordar que, no es posible separar la salud y la enfermedad, y por lo tanto su relación, por cierto muy compleja, puede describirse más como un continuo con diferentes niveles de equilibrio que como una separación de ambos conceptos (Terris, 1975). En este tipo de análisis, partimos de la premisa de que desde siempre el hombre ha elaborado diferentes modelos conceptuales sobre los determinantes que son capaces de influir en el complejo proceso salud-enfermedad. Estos modelos han sido acordes en su mayor parte con el nivel científico y tecnológico alcanzado en ese momento y con la forma de organización social predominantes en cada época y cultura (Arredondo, 1992).

Es por ello, que desde los diferentes modelos de actuación en la salud y en la enfermedad, citaremos algunos de ellos. El de mayor cobertura en todo el mundo industrializado es el llamado modelo biologicista; este se centra en los cambios

biológicos para explicar la salud y enfermedad. Es importante tener en cuenta que este modelo dio origen al enfoque biomédico que persiste aún y que privilegia las intervenciones curativas sobre las promocionales y preventivas. Para este modelo, la salud-enfermedad es consecuencia de las condiciones insalubres que rodean al hombre. En este sentido, las condiciones ambientales son los determinantes primarios, promoviendo la introducción de medidas de saneamiento contra los índices de morbilidad y mortalidad. La principal limitante de este modelo, es el hecho de que no contempla los factores sociales que determinan la prevalencia de condiciones de vida insalubres para las diferentes clases sociales. Su época y representantes lo constituyen la revolución industrial europea con la penetración capitalista en las colonias (Smith, 1976; Pettenkofer, 1887; Piña, 1990)

Atendiendo a otra perspectiva dentro del modelo biológico, hemos de mencionar el llamado modelo unicasal, donde la salud-enfermedad es la respuesta a la presencia activa de agentes externos; constituye un fenómeno dependiente de un agente biológico causal y de la respuesta del individuo, donde se busca el agente patógeno ó el factor causal de cada enfermedad. Este modelo permitió la investigación de medidas de control y de fármacos que revolucionaron el tratamiento individual del enfermo. No obstante, no explica porqué el mismo agente no produce siempre enfermedad o, por lo que descifra de manera parcial las causas de la enfermedad sin aclarar el rol de otros factores. El surgimiento de este modelo se dio en la segunda mitad del siglo XIX y a principios del XX, y tiene como máximos representantes a Pasteur y a Koch (cf. Pasteur, 1946).

Por su parte el modelo multicausal, hace hincapié en la influencia simultánea de factores que corresponden al agente, al huésped y al ambiente, son en primera instancia los condicionantes del estado de salud que guarda el individuo o un conjunto poblacional. A través del análisis de las variables que incluye este modelo se pueden conocer más de un factor participante en el fenómeno de estudio, sobre los cuáles se puede actuar preventivamente. Como principal desventaja, aparece el hecho de que no establece el peso específico de cada factor y continúa su énfasis sobre lo biológico e individual, mientras que lo social aparece incluido en el entorno; la segunda mitad del

siglo XX (años 50) fue la época de aparición de esta propuesta y sus representantes pudieran ser Leavell y Clark (cf. Leavell & Clark, 1953; Noble, 1988). Dentro de este modelo multicausal tenemos el llamado modelo epidemiológico, donde el estudio de la salud-enfermedad colectiva introduce la red de causalidad, y donde el elemento central de análisis es la identificación de los factores de riesgo, elemento que constituye su mayor ventaja. Su limitación fundamental es que, de acuerdo a esta propuesta, el valor de cada factor de riesgo depende de la distancia y del tamaño del efecto en la red de causalidad, además de que lo biológico y lo social aparecen como factores indiferenciables. Este modelo se generó en la segunda mitad del siglo XX y sus representantes fueron MacMahon & Pugh (1975).

El modelo ecológico, presenta una propuesta que no explica la génesis de perfiles diferenciales de salud-enfermedad ya que carece de conceptos y métodos adecuados para abordar lo social (Stein & Susser, 1972). Para el modelo ecológico, teniendo como principal representante a Susser (1972), la salud-enfermedad resulta de la interacción agente - huésped - ambiente en un contexto tridimensional que descubre tanto las relaciones de factores causales entre sí, como las relaciones directas con el efecto. Si bien es cierto que este modelo retoma el análisis de las mismas variables que incluye el modelo multicausal, no es menos cierto que su abordaje permite asignar un valor específico a cada factor involucrado en el proceso de estudio.

Otro de los modelos a tener en cuenta sería el comportamental. La terapia de la conducta representa uno de los movimientos de mayor importancia dentro de la psicología clínica en las últimas décadas, y este enfoque de la enfermedad mental ha conseguido romper con los enfoques tradicionales anteriores, emplea el término trastorno conductual frente a enfermedad mental. Consigue una importante aproximación al problema, con una evaluación y tratamiento del mismo, con una aplicación práctica que se puede medir. Con representantes como Salter (1949) con su trabajo terapia de los reflejos condicionantes, Pavlov (1986) con sus técnicas de condicionamiento aversivo y la desensibilización sistemática, Wolpe (1958 - 1964) empleó el término asertivo, Lazarus (1968), Alberti & Emmons (1982), todos ellos han contribuido en la mejora de la conducta. Modelo comportamental que por otra parte,

que se enseña a los alumnos de enfermería en la Universidad Fernando Pessoa, en la disciplina de Antroposociología de la salud. En este modelo observamos como la sociedad y el propio individuo juzgan como alterado o, por el contrario, correcto y sano; en este modelo, es materia de primer orden y elemento de juicio para cualquier otro juicio, científicamente elaborado sobre la salud mental y sus trastornos. Reconocerlo así, conduce a relativizar el doble concepto de lo sano y lo psicopatológico (o de lo que es “normal”, y qué “anómalo”). Obliga por otra parte, a resaltar que sus concretas figuras de contraste, de lo qué es normal, y qué anómalo, aquí y ahora, varían y dependen según culturas, épocas y contextos sociales. Ahora bien, el carácter relativo de una construcción conceptual no es razón suficiente para su desmantelamiento indiscriminado.

En general, todos los constructos de las ciencias antropológicas son de carácter relativo, no absoluto, pero eso no justifica deshacerse de ellos. No hace mucho tiempo surgieron grandes discursos devastadores de los conceptos psicopatológicos y psiquiátricos, en los años 60 fue rechazando el concepto de enfermedad mental, al mismo tiempo que se desechó el término trastorno psicológico, todo era conocido como una simple etiqueta (Scheff, 1996), se hablaba del mito de la enfermedad mental (Szasz, 1961) los teóricos del conductismo como Ullman & Krasner (1965) enjuiciaban que la designación de una conducta como patológica, o no, depende de la sociedad, agregaban: la conducta mal adaptada es una conducta que es considerada inapropiada por las personas que controlan los reforzadores. No es tan sencillo que la conducta inadaptada sea siempre pura y simplemente, la designada así por quienes controlan, sin embargo, el conductismo insistió, con justicia, en que las leyes que rigen los trastornos psicopatológicos son las mismas de la conducta “normal”: la conducta adaptada, adaptada o inadaptada, se aprende, y no hay leyes de aprendizaje específicas en lo psicopatológico (Ullman & Krasner, 1965). Hoy en día cabe ya profesar reservas frente a esas críticas del pasado en boga y formular juicios más matizados, que además pueden y deben exponerse en las aulas, sobremanera a los futuros profesionales de la salud. La gran mayoría de las conductas que estudia la psicología anormal se relaciona con las fallas e inadecuaciones del hombre. Estos errores en la vida se deben sobre todo a falla

en la adaptación. La adaptación comprende, por un lado el equilibrio entre lo que la gente hace y lo que desea hacer y, por otro lado, lo que el medio ambiente (la comunidad) requiere (Sarason, et al, 2006).

En su momento, el conductismo insistió, con justicia, en que las leyes que rigen los trastornos psicopatológicos son las mismas de la conducta “normal”: como ya comentamos, la conducta, adaptada o inadaptada, se aprende, y no hay leyes de aprendizaje específicas en lo psicopatológico. Desde Claude Bernard (1958-1976) con *Introducción al estudio de la medicina experimental*, se sabe que las leyes que rigen la enfermedad y los trastornos son las mismas de la vida y de la conducta en general. Pese a ello, el hecho es que no hay entre las personas otra diferencia tan profunda, ni de raza, lengua o cultura, ni de condición social, como la existente entre estar sano y estar enfermo o, peor aún, estarlo ya para siempre, con una enfermedad crónica y sin remedio. Sólo se le puede comparar, con la diferencia entre vivir feliz y en sano juicio o, al contrario, vivir trastornado y/o desdichado.

Reconociendo de ante mano, su relatividad cultural y del componente social en su génesis misma, persiste la necesidad de un doble quehacer, práctico y teórico. Es necesario, desde luego, y ante todo, la tarea práctica de abordar los trastornos con la terapia o intervención en cada caso oportuna. Pero también lo es, la tarea teórica de construir conceptualmente la doble noción de trastorno / salud mental (Fierro & Cardenal, 2001).

En cuanto al modelo social, nos tenemos que referir como máximos representantes a (Frank, 1987. en *Hitos en la Historia de la Salud Pública*; Virchow, 1948. en *Die medicinischen reform* & Ramazzini, 1969 en *Physician of the tradesmen*). Autores que donde el elemento central de análisis proponen que la salud-enfermedad se genera en las condiciones de trabajo y de vida del hombre y de cada conjunto poblacional. Introduce el modelo, como variables determinantes, el estilo de vida, factores del agente y factores del ambiente. Privilegia a lo social como el factor más importante, factor que explica la aparición y el rol de otros factores participantes. Su problema fundamental es que en su aplicación como herramienta de análisis, corre el riesgo de reducir la complejidad real del proceso salud-enfermedad a la problemática de las relaciones sociales (Piña, 1990).

Por su parte el modelo histórico social y desde la perspectiva de esta propuesta, existen perfiles diferenciales de salud-enfermedad que guardan una estrecha relación con el contexto histórico, el modo de producción y las clases sociales, como desarrollaran en los años setenta, Berlinguer, Laurell y Breilh (cf. Breilh & Granda, 1988; Laurell, 1985; Bloch, 1985; Laurell & Noriega, 1987; Martins et al. 1987; Ciari & Siqueira, 1976). Todos los factores causales son permeables a través de lo social-histórico. Introduce cinco variables fundamentales para el análisis del objeto de estudio: la dimensión histórica, la clase social, el desgaste laboral del individuo, la reproducción de la fuerza de trabajo y la producción del individuo. Su aporte especial es que incorpora la dimensión histórica-social al análisis epidemiológico, a la vez que aporta nuevas categorías de análisis y cuestiona la eficacia de la prevención y control de la salud-enfermedad manteniendo intactas las relaciones de explotación que la generan. Al igual que el modelo social, en su aplicación existe el riesgo de reducir la complejidad real a la problemática de las relaciones sociales y de la dimensión histórica (Arredondo, 1992). El modelo geográfico se generó en el presente siglo años cincuenta, y su principal representante es May (1977). En este modelo, la enfermedad resulta de la interacción de factores patológicos y factores propios del ambiente geográfico (factores geógenos); privilegia el ambiente geográfico como factor determinante del proceso salud-enfermedad. Aunque contempla el factor social como parte de los factores geógenos no da la suficiente importancia como determinante del proceso.

Por su parte el modelo económico (cf. Mills & Gilson, 1988; Muskin, 1962), plantea la incorporación de la teoría del capital humano en los determinantes de la salud enfermedad y conceptualiza a la salud como un bien de inversión y de consumo para estar alerta ante la enfermedad. Para esta propuesta el ingreso económico, los patrones de consumo, los estilos de vida, el nivel educativo y los riesgos ocupacionales son las variables que entran en juego en el análisis de los determinantes de la salud y la enfermedad. Incorpora y justifica el valor económico en el estudio del proceso en cuestión y da una visión más amplia del determinante social. Bajo esta perspectiva existe el riesgo de tomar una posición reduccionista hacia lo económico, ya que se plantea un exceso de racionalidad en el análisis de los determinantes. Esta propuesta de

análisis es paralela al surgimiento de la economía de la salud en años recientes, década de años 70 y 80. En cuanto al modelo interdisciplinar (cf. Frenk et al, 1991; Arredondo, 1992), se incluye dentro del paradigma integral, donde busca explicar el proceso de enfermedad a partir del proceso de transformación de la naturaleza realizado por la persona, a través de su comunidad, en su esfuerzo por sobrevivir mediante la obtención de alimentos y la apropiación de la naturaleza. El estado de salud-enfermedad, tanto a nivel individual como social, resulta de la interacción de factores que se abordan de manera interdisciplinaria y que operan jerárquicamente en diferentes niveles de determinación. Existen determinantes básicos a nivel sistémico (ambiente, genoma, etc.); determinantes estructurales a nivel socio-estructural (estratificación social, mecanismo de redistribución de la riqueza, etc.); determinantes próximos a nivel institucional-familiar (estilos de vida, sistemas de salud, etc.) y, a nivel individual el propio estado de salud. La principal ventaja de esta propuesta es que intenta proponer un enfoque integral, holístico para el estudio de los determinantes del proceso de estudio (factores demográficos, epidemiológicos, económicos, sociales, políticos, etc.); su principal desventaja es que al igual que otros modelos, no desagrega la influencia de los factores que considera y por lo tanto parece ser que no pondera el valor específico de cada determinante. Este modelo surgió a principio de los 90.

Por último, y no por ello menos importante teniendo en cuenta el impacto social de la religión en nuestro contexto socio-cultural, tenemos el modelo mágico religioso donde, para esta propuesta, la enfermedad resulta de fuerzas ó espíritus; representa un castigo divino, o bien se trata de un estado de purificación que pone a prueba la fe religiosa. Las fuerzas desconocidas y los espíritus (benignos y malignos) constituyen las variables determinantes y condicionantes del estado de salud-enfermedad que priva en un individuo ó en una sociedad.

Este modelo facilita la aceptación de la muerte inminente pero también circunscribe la prevención a la obediencia de normas y tabúes, y la curación a la ejecución de ritos. Su principal desventaja es que impide el avance cognoscitivo a la vez que fomenta la actividad pasivo-receptiva del hombre. Como seguidores de este modelo podemos

nombrar a las sociedades primitivas³ y tradicionales, desde la edad media hasta la actualidad, teniendo como representantes a chamanes, brujos, curanderos, sacerdotes y espiritistas (Piña, 1990).

Más allá de los modelos que se transmiten en las aulas, existen otros modelos que desde la propia asignatura de la antroposociología de la salud en el caso de los estudios de enfermería y en la Universidad Fernando Pessoa, se intenta dar a conocer al alumno; sin embargo, llama la atención, como no se contempla esta asignatura de antroposociología de la salud al menos, en los estudios de enfermería en la Universidad Española, concretamente en Canarias, en la ULPGC., hemos detectado que, la asignatura más cercana a la disciplina de la antroposociología es la psicología clínica, es decir, no existe la asignatura de Antropología o Sociología de la Salud, en el momento en que la Universidad española, concretamente en Canarias, realiza su traspaso de carrera como diplomatura en enfermería a carrera de grado, no se consideró por los dirigentes universitarios, insistimos en Canarias ULPGC, de suficiente entidad los estudios de antropología o sociología de la salud en los estudios de grado en enfermería.

I. 1.2. “La enfermería, dolor y las ciencias sociales”

Toda sociedad posee una forma de entender la salud, la enfermedad y el dolor, lo cual da orígenes a sistemas ordenados y articulados de explicaciones y prácticas. La manera en que entendemos el mundo, el cuerpo, la salud y la enfermedad cambia de una población a otra, de un grupo humano a otro, es decir, de una cultura a otra (Almaguer, 2003).

La percepción y experiencia del dolor se ve afectada por muchos factores que incluyen sus causas y las bases culturales del individuo, así como las experiencias y emociones previas; por tanto, su umbral y su tolerancia son variables en las diversas personas y aun

³ Primitivo: Para Levis Strauss todas las sociedades primitivas tienen una característica común al “ser sociedades sin escritura”, “pensamiento primitivo”, “pensamiento salvaje”...*Es verdad que el término primitivo parece definitivamente libre de las confusiones implicadas por su sentido etimológico y mantenidas por un evolucionismo caduco. Un pueblo primitivo no es un pueblo atrasado; puede en tal o cual campo, revelar un espíritu de invención y realización que deja muy por detrás los logros de los civilizados.* (Levis- Strauss, 1958-1974: 38).

en el mismo individuo en circunstancias diferentes (Maestre, 2004). Es por ello, que el cuidado de la salud en general como práctica social ya sea cotidiana o institucional, tiene su génesis y se estructura a través del saber cultural, las instituciones sociales y las personas en el mundo de la vida, en los diferentes grupos sociales se encuentran formas diversas de sistemas de salud que corresponden a formas particulares de comprender el fenómeno salud- enfermedad (Duque-Páramo, 2002). Desde la perspectiva de las instituciones y su forma de comprender la salud-enfermedad solo tenemos que observar esta mirada desde las instituciones públicas y las privadas, en cuanto a objetivos a conseguir en una empresa y otra.

Desde hace varias décadas se viene investigando sobre dolor y sufrimiento. Desgraciadamente continúan en todo el mundo estas dos variables que siguen persiguiendo y azotando a la humanidad, con el agravante de que mucho dolor y sufrimiento sigue sin ser diagnosticado ni aliviado, desde luego no se puede atribuir a la falta de interés por el tema, como comentamos en la introducción del trabajo. Tradicionalmente la medicina ha concebido el sufrimiento como algo ligado al dolor, pero desde las ciencias sociales se viene observando que el sufrimiento surge no sólo ante los síntomas dolorosos, sino también ante sus significados. Uno de los conceptos muy utilizados del dolor es el llamado dolor existencial. En estudio realizado por Strang et al (2004) se llega a la conclusión que es un concepto muy utilizado pero mal definido. El autor entrevistó a varios colectivos de profesionales relacionados con el dolor y sufrimiento bajo la pregunta: "¿Que entiende por dolor existencial?" Como resultado obtuvo que los capellanes hospitalarios destacaron significativamente más a menudo los problemas de culpa, así como diversas cuestiones religiosas, los médicos de cuidados paliativos, destacaron el dolor con más frecuencia existencial, por estar relacionados con la aniquilación y la inminente separación, los especialistas del dolor donde más a menudo hicieron hincapié fue en que la vida es dolorosa, y los médicos en general declararon que el sufrimiento existencial se puede expresar como el dolor físico que proporciona muchas historias de casos. Por lo tanto, " el dolor existencial " se utiliza sobre todo como una metáfora para el sufrimiento, pero también es visto como un factor de importancia clínica que puede reforzar el dolor físico existente o incluso ser la causa

principal del dolor, en buen acuerdo con la actual definición de trastorno de dolor o trastorno de somatización. Otra perspectiva interesante del sufrimiento la lleva a cabo Morse (2001) cuando enfoca la noción de sufrimiento social o estructural como producto de la guerra, el hambre, la violencia, al igual que las visiones ético religiosas, donde el sufrimiento es contemplado como un valor. En general, el sufrimiento se ha concebido como una *pérdida*: pérdida de una existencia sin cuidados, pérdida de la salud, de la dignidad, de autonomía, de planes de futuro, de otra persona, de uno mismo; pero el sufrimiento también puede ser considerado como un *recurso* terapéutico. En este sentido Morse (2001) propone una teoría que distingue entre *sufrimiento* como liberación emocional y *aguante* como supresión emocional; estos son dos estados que a veces se confunden, ya que los pacientes suelen oscilar entre uno y otro, pero cuyo tratamiento es muy distinto.

Ya en 1982, Eric Cassell denunciaba la poca atención prestada al problema del sufrimiento en la educación, la investigación o la práctica médica. Más de treinta años después, la atención es mucho mayor, pero la dificultad de estudiar y tratar el sufrimiento subsiste en la confusión entre conceptos como sufrimiento y dolor, cuerpo y persona, etc. (Cassell, 2004). Cassell, llega a la conclusión de que el sufrimiento es experimentado por personas, no simplemente por los organismos y que el sufrimiento se produce cuando una inminente destrucción de la persona es percibido. Filósofos como Nietzsche (2008), Hick (1976) presentan un mundo en el que no cupieran el dolor y el sufrimiento también sería un mundo en el que no cabría la elección moral, y por tanto no habría posibilidad de crecimiento y desarrollo moral. Ciertamente este tipo de exposición del sufrimiento no sanciona el sufrimiento de manera indiscriminada, pues si bien es cierto que el sufrimiento puede enriquecer la comprensión y la empatía entre las personas, hay mucho dolor y miseria que no traen consigo posibilidad alguna de contrapartida moral; un ejemplo sería el sufrimiento de los niños que mueren de hambre. No es ése el sufrimiento el que hay que aceptar, sino sólo el sufrimiento *inevitable*, el que nos viene dado por la condición humana. Sin embargo llevar a la práctica este tipo de reflexión conlleva el tener que entender, y entrar en la categoría de sufrimiento, es por ello que Morse (2001) comenta que conviene aguantar para siempre

el sufrimiento que no se puede evitar. De ahí que rechazo y aceptación deben contemplarse conjuntamente, de tal manera que, la inevitabilidad del sufrimiento no supone en ningún caso el luchar con él. Tal es así, que la profesión sanitaria, de especial manera la de enfermería da pruebas de estar comprometida con la reducción del sufrimiento en el mundo, al tiempo que se es consciente a diario de que *la vida es sufrimiento*, y que por lo tanto, éste es imposible de eliminar por completo. (Da Rocha, 2008). Esto implica además, que la ética del cuidado de enfermería no se ejerce en un momento aislado, cuando existe un conflicto puntual. Más bien hay que decir que la ética del cuidado enfermero es histórica, narrativa. La relación con los pacientes, con sus familias, con los compañeros es continuada en el tiempo, tiene su propia historia. De hecho, cuando se inicia ya viene preñada de las vivencias, necesidades, sentimientos y pensamientos de cada uno. Sólo podremos descubrir qué debe hacerse en cada momento y cómo hacerlo si somos conscientes del proceso histórico de la relación y del libro que escribe dicha relación cada día (Barrio, 2009: 75-76). Sin embargo, en esa relación con los compañeros que menciona Henderson, haremos mención en este apartado de uno de los aspectos de roles profesionales de género desarrollados en el hospital. Como observa Porter (1992) el sexo ha tenido importancia considerable a la hora de explicar el papel de las enfermeras. La enfermería ha sido tradicionalmente una de las principales ocupaciones para mujeres. Pero, al contrario que otros trabajos dominados numéricamente por la mujer (profesoras de enseñanza básica, bibliotecarias, y secretarias), la enfermería va aparejada a una profesión poderosamente dominada por los hombres: hace tiempo que los sociólogos y antropólogos han reconocido la enfermería como una ocupación históricamente subordinada, constreñida en su desarrollo por la profesión médica (Carpenter, 1993; Freidson, 1970). Sin embargo, tenemos indicios ciertos y comprobados de que la desigualdad en cuanto a sexos está perdiendo gran parte de peso en la relación entre médicos y enfermeras de especial modo en las últimas promociones graduadas de la Universidad. Los cambios obedecen a las siguientes novedades: 1) Mayor formación universitaria y especialización que conlleva seguridad en sí mismas por parte de las enfermeras. 2) Mayor número de enfermeros varones, y 3) el creciente en número de doctores mujeres tanto en medicina

como en enfermería. Esta investigación queda confirmada con un estudio realizado por (Stein, 1967) donde analiza el “juego médico-enfermera”, las enfermeras que no juegan este “juego” en absoluto, son definidas como aburridas y relegadas en la vida social del hospital; la esencia del “juego médico enfermera” está en que los médicos y las enfermeras están de acuerdo en que los médicos son superiores y que esta estructura jerárquica debe ser mantenida; sin embargo, las enfermeras pueden hacer recomendaciones y sugerencias a los médicos en tanto éstas parezcan haber sido iniciadas por los médicos y se evite el desacuerdo; (Stein & Hoowell, 1990) examinaron el juego médico-enfermera varios años más tarde y determinaron que existía una situación diferente. (Stein & Allen, 1997; Carpenter, 1993; Porter, 1992; Svensson, 1996; Weiss & Lonnquist, 2000) descubren que muchas enfermeras ya no están tan dispuestas a ser tratadas como meras subordinadas por parte de los médicos. Se ofrecen varias razones para este cambio. La primera es un descenso en el aprecio público de los médicos debido a que se ha cuestionado ampliamente el motivo de la ganancia de la práctica médica, y un mayor reconocimiento de que los médicos cometen errores. La segunda, es el mayor número de mujeres médicos. Cuando las mujeres doctoras y enfermeras se interrelacionan, se pierden los papeles típicos de dominación masculina y sumisión femenina. Tercero, la escasez de enfermeras, ha hecho aumentar la valoración por parte de los médicos de las enfermeras bien adiestradas y competentes. Cuarto, la mayoría de las enfermeras hoy en día son educadas en entornos académicos universitarios. Las enfermeras están reconociendo que las cualificaciones académicas en contraposición a las cualificaciones prácticas de formación en el puesto de trabajo significan mejores habilidades y estatus. Quinto, el movimiento feminista puede estar ayudando a las enfermeras a que definan sus propios roles con mayor autonomía. En lugar de intentar profesionalizar de un modo global la ocupación de enfermería, las enfermeras están orientándose hacia la enfermería clínica y de Atención primaria / salud comunitaria, como una especialidad exclusiva dentro de la enfermería general que pone énfasis sobre procedimientos de enfermería específicos, la gestión y el control de enfermeras auxiliares, y el papel central de la enfermera como trabajador responsable de grupos de pacientes.

Junto a una mayor seguridad en si mismas por parte de las enfermeras, la enfermería ha atraído a mayor número de varones en los últimos años, debido al aumento de los salarios. El mayor número de enfermeros varones trastoca el papel sexual tradicional de sumisión de las enfermeras, ya que los enfermeros varones no están tan dispuestos a jugar el juego de médico-enfermero. (Floge & Merrill, 1986) concluyeron que, mientras que se da por supuesto que las enfermeras deben aparentar supeditación a la hora de dar consejos o hacer recomendaciones a los médicos, este no parecía ser el caso para los enfermeros varones. Mientras que los médicos varones tienden a considerar a los enfermeros varones más competentes que las enfermeras y a tratarles en consecuencia. Floge & Merrill (1986) descubrieron que los médicos mujeres no estaban tan dispuestos a jugar al doctor-enfermera, ni con enfermeros ni con enfermeras. Pero, además los médicos mujeres tenían mayor probabilidad de que se cuestionasen sus acciones por parte de enfermeros-as. Consecuentemente, cuando se trata de la relación con el enfermero, el género todavía juega un papel importante en la naturaleza de la relación. Aunque pudiera decirse que los asuntos de género han promovido malas relaciones entre médicos y enfermeras, no es así. Amplias investigaciones muestran una considerable satisfacción entre ambos grupos y, en general, unas relaciones laborales positivas (Prescott & Bowen, 1985). Las enfermeras valoran la confianza y el respeto por parte de los médicos y el ser consideradas como participantes inteligentes en el cuidado de los pacientes; por su parte los médicos aprecian a las enfermeras que son competentes y buena capacidad de comunicación.

Volviendo al estudio del dolor, son numerosas las definiciones de dolor que encontramos a lo largo de la historia, sin embargo coincidiendo con el despertar de la morfina, se bifurcan teorías sobre dolor; como son las de Schiff (1858), Donaldson (1882), Von Frey, (1894), que defienden que el dolor es una sensación equiparable a cualquier otro de los sentidos, perpetuando así la teoría de Avicena y Descartes; esta era la teoría de la llamada especificidad o sensorial (Cajaraville et al, 2005). Una segunda teoría defendida por Gad & Goldscheider (1892: 339-373) en, *Ueber die Summation von Hautreizen Z. klin. Med.*, inicialmente formulada por Erasmus Darwin en *Origen de las especies por medio de la selección natural* (Darwin, 2009), basada en criterios

Aristotélicos, decía que el dolor nacía de la excesiva estimulación del sentido del tacto, presión, frío o calor: a teoría de la intensidad. Tanto esta última como la aristotélica van perdiendo criterio y permanece la sensorial, hasta estudios posteriores (Melzack & Wall, 1965), donde surge un planteamiento antropológico de la curación que contempla la necesidad de articular otros ámbitos de expresión y relación de la persona enferma.

Esta trascendencia social, es de gran importancia. Las enfermedades/desarmonías, no son entes abstractos que se “agarran” a las personas; en realidad son situaciones complejas y polivalentes que trastocan la ubicación del individuo en su medio, social, natural y cultural. Cuando la persona enferma equilibra lo que quiere, lo que puede y lo que debe, consciente de la dimensión comunitaria de su ser, de su bien y de su mal, el tratamiento médico hegemónico hará mejor efecto y la ayuda natural, tradicional aliviará la carga del dolor y el sufrimiento. Por tanto, con una actitud antropológica global, amplia, flexible y crítica, se puede llegar a posibilitar una mejor calidad de vida (Mena, 2007).

La antropología aplicada a la salud sigue la primera línea de planteamiento tanto para proponer soluciones como intervenciones ante los males y problemas de salud. La medicina hegemónica, a pesar de ceñirse a sus especificidades terapéuticas, también contempla la amplitud de posibilidades de interpretación de la enfermedad, desarmonía y la cura, reequilibrio, el resultado de la puesta en práctica de planteamientos y planes complementarios de ayuda antropológica y terapéutica tradicional conduce a la mejoría de la situación particular que viven por ejemplo los enfermos crónicos; sin olvidar que muchas mejorías requieren a la vez cambios económicos, laborales y personales en relación con el miedo inmediato social, natural y cultural (Mena, 2007).

El dolor, y el sufrimiento que a veces ocasiona el dolor, del que es parte y con el que se mezcla inseparable, es una de las experiencias humanas más intransferibles, más difíciles de comunicar a los demás, tanto, que muchas personas, cuando lo sufren, creen impensable que pueda existir "algo" real similar más allá de su ser. Anonadada en el dolor insufrible, tangible, inasible, nada parecería más absurdo a la persona postrada que la idea de un imaginario colectivo sobre el dolor, si por azar cayese en ella. Imaginario o real, lo colectivo desaparece ante esa única sensación individual,

abrumadora, que todo lo invade y aniquila. Hasta uno mismo; menos uno mismo. (Porta, 2010: 263-264). Y sin embargo, en cada cultura existen distintas creencias, imágenes, valores y normas diáfanas sobre el dolor. Las humanidades y las ciencias sociales, de forma destacada algunos estudios antropológicos, muestran que esa experiencia individual intransferible es a la vez, además de, por supuesto, universal y milenaria, parte de cada cultura. Una parte *íntima* de cada constelación cultural. Una dimensión nuclear de la educación, aculturación y socialización de los niños, jóvenes y ancianos, comprende la transmisión, adquisición e interiorización de creencias, imágenes, valores y normas sobre el dolor: sobre sus causas, mecanismos y contingencias, sobre su percepción, la atribución de significados, sus funciones y propósitos, actitudes, reacciones adecuadas y legítimas. Nos recuerda Albert Shweitzer. Cierto es que todos debemos morir pero si se puede evitar salvar la vida de las tortura sería un privilegio, el dolor ha sido siempre el dueño de la humanidad, afirma que el dolor, es en realidad más terrible que la misma muerte (Schweitzer, 2009)

El dolor, como fenómeno primariamente subjetivo, puede variar entre diferentes poblaciones, dado que la modelación social, las normas de grupo y los valores aprendidos, influyen en la percepción del dolor (Sherwood et al., 2003). Es por ello, que el dolor es un fenómeno complejo, determinado por múltiples causas, resulta de la interacción de factores psicológicos, fisiológicos y socioculturales (Aldana, 2003).

El dolor es lo que cualquier persona que lo experimenta dice que es; existe siempre que la persona que lo sufre dice que existe (McCaffery & Beebe, 1992). Es evidente, que en la percepción y experiencia del dolor participan muchos factores que incluyen sus causas, y las bases culturales del individuo, así como las experiencias y emociones previas; por tanto, su umbral y su tolerancia son variables en las diversas personas y aún en el mismo individuo en circunstancias diferentes (Maestre, 2004).

Históricamente toda sociedad posee una forma de entender la salud, la enfermedad y el dolor, lo cual da origen a sistemas ordenados y articulados de explicaciones y prácticas. La manera en que entendemos el mundo, el cuerpo, la salud y la enfermedad cambia de una población a otra, de un grupo humano a otro, es decir, de una cultura a otra (Almaguer, 2003). El cuidado de la salud como práctica social, ya sea cotidiana o

institucional, tiene su génesis y se estructura a través del saber cultural, las instituciones sociales y las personas en el mundo de la vida, en los diferentes grupos sociales se encuentran formas diversas de sistemas de salud que corresponden a formas particulares de comprender el fenómeno salud-enfermedad (Páramo, 2002). En diferentes poblaciones, la modelación social, las normas de grupo y los valores aprendidos influyen en la percepción del dolor (Sherwood et al, 2003). El dolor es un fenómeno primariamente subjetivo complejo, determinado por múltiples causas, resulta de la interacción de factores psicológicos, fisiológicos y socioculturales (Aldana-Vilas, 2003).

Es Virginia Henderson (1971) en su libro *“Principios Básicos de los Cuidados de Enfermería”*, donde nos ofrece un desarrollo de la disciplina enfermera dentro de la corriente de la integración. Elaborando conceptos basados en teorías de otras disciplinas y en base a sus propias experiencias. Utiliza pues un razonamiento retroductivo. En definitiva, crea un modelo conceptual en Enfermería que aunque no lo reconoce, está influenciado por la jerarquización de las necesidades de “Maslow”⁴. En esta obra comienza haciendo una definición de Enfermería. La define en términos funcionales, pues entiende que la función primaria es la de dar cuidados directos a la persona sana o enferma, asistirlo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación. En momentos de agonía, de dolor, de sufrimiento, hacer que sea lo más pacífica posible y contribuir de manera que ayude a ganar la independencia en la mayor brevedad posible. Henderson define la enfermería en términos funcionales.

La función propia de la enfermería es asistir a individuos, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a la muerte pacífica), que éste realizaría sin ayuda si tuviera la

⁴ Maslow: La tesis central de la pirámide de las necesidades, que ha tenido aplicación en diversos campos incluso más allá de la psicología, expresa que los seres humanos tienen necesidades estructuradas en diferentes estratos, de tal modo que las necesidades secundarias o superiores van surgiendo a medida que se van satisfaciendo las más básicas. La aplicación de las teorías de Maslow en la psicología laboral buscaba afianzar la estima de los trabajadores, ayudarlos a crecer, a autorrealizarse y a innovar en la empresa (Maslow, 1991).

fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Y hacerlo de tal manera que le ayude a ganar independencia la mayor brevedad posible.

(Henderson, 1978:103-109)

La autora conjeturó que una definición de enfermería debería implicar un reconocimiento del principio del equilibrio fisiológico. A partir de la teoría de Bernard, también aumentó su interés por la medicina psicosomática y sus implicaciones en enfermería. Afirma: Resultó obvio que el equilibrio emocional es inseparable del fisiológico tan pronto como descubrí una emoción es en realidad nuestra interpretación de la respuesta celular a las fluctuaciones en la composición química de los fluidos intercelulares. Henderson (1971: 31-34) *Health is everybody's business*. Publicado en *Canadian Nurse*, no anticipa una posterior revisión del texto *The principles and practice of nursing*, hace hincapié en una continua revisión, a medida que cambia la condición y los objetivos, al mismo tiempo que alienta a la enfermería para que identifique nuevas necesidades mas allá de las 14 que ella enumeró. (Henderson, 1982) *en The nursing process is the title right*.

Henderson considera a la persona como un ser biopsicosocial cuya mente y cuerpo son inseparables y donde la persona y su familia son considerados como una unidad. Al cliente de Enfermería lo considera como un individuo que requiere asistencia para alcanzar la satisfacción de sus necesidades y la independencia, o la muerte pacífica. Considera que tiene 14 necesidades básicas que comprende los componentes de los cuidados de Enfermería. Estas necesidades están interrelacionadas entre si, son comunes a todas las personas y en todas las edades. Cada una de ellas contiene aspectos sociales, fisiológicos, culturales y afectivos. Lo que se altera no es la necesidad, sino la satisfacción y el grado de satisfacción es distinto para cada persona (Henderson, 1971). Antes de entrar a evaluar la teoría de enfermería de Henderson con respecto al criterio generalmente aceptado de simplicidad, generalidad, precisión empírica y consecuencias derivables, es preciso entender que su intención no era desarrollar una teoría definitiva de enfermería. En cambio, desarrolló un concepto personal de definición en un intento de clarificar lo que considera que es la función particular de la enfermería. Afirma:

Mi interpretación de función de la enfermera es la síntesis de mis influencias, algunas positivas y otras negativa... Antes debo dejar en claro que no espero que todo el mundo esté de acuerdo conmigo. Mas bien urgiría a que cada enfermera desarrollara sus propios conceptos. (Henderson, 1964: 64)

Podemos considerar la definición de Henderson como una gran teoría o una filosofía dentro de la etapa paradigmática de desarrollo de teorías en enfermería. Su concepto es, descriptivo y de fácil lectura. Está definido en término de lenguaje común. Sus definiciones de enfermería y la lista de las 14 funciones básicas presentan una perspectiva dirigida a explicar una totalidad de conducta enfermera. Dado que no hubo una intención de desarrollar una teoría, Henderson no desarrolla afirmaciones teóricas interrelacionadas o definiciones operativas suficientes para que la teoría sea susceptible de verificación. Sin embargo, se puede intentar hacer. Henderson hace referencia a la relación médico enfermera, la autora insiste en que la enfermera tiene una función particular diferente de la del médico. *El plan de cuidados, formulado por la enfermera y el paciente, debe realizarse de tal forma que fomente el plan terapéutico prescrito por el médico.* Henderson (1971:34), recalca que las enfermeras no siguen órdenes del médico, porque “cuestiona” una filosofía que permite que un médico de órdenes a los pacientes o a otros trabajadores de la salud”. Ha ampliado esta opinión para enfatizar que *la enfermera ayuda a los pacientes a cuidar su salud cuando los médicos no están disponible.* (Henderson & Nite, 1978: 121) añade que muchas funciones de las enfermeras y los médicos se sobreponen. Entre otras afirmaciones teóricas Henderson identifica tres niveles en la relación entre la enfermera y el paciente, clasificados desde una relación muy dependiente a una relación completamente independiente: 1) la enfermera como *sustituto* del paciente; 2) la enfermera como *ayuda* para el paciente; y 3) la enfermera como *compañera* del paciente. *El tiempo de enfermedad grave, la enfermera es vista como un sustituto de lo que hace falta al paciente para sentirse “completo”, “entero” o “independiente” por falta de fuerza física, voluntad o conocimiento.* (Henderson, 1964: 63). Henderson describe esta opinión cuando dice que

la enfermera es temporalmente la conciencia del inconsciente, el apego a la vida del suicida, la pierna del amputado, los ojos del recién cegado, un medio de locomoción para el niño, conocimiento y seguridad para la madre joven, el “portavoz” de los demasiado débiles, o retraídos para hablar, y así sucesivamente. (Henderson, 1966:16). Es por ello que, la enfermera y el paciente están luchando constantemente por la consecución de un objetivo, ya sea la independencia o la muerte pacífica del paciente. Una meta de la enfermera debe ser *lograr que la jornada del paciente transcurra dentro de la normalidad posible*. (Henderson, 1964: 67). El fomento de la salud es otro objetivo importante para la enfermera. Henderson afirma *Se gana más ayudando a que cada hombre aprenda a estar sano que preparando a los terapeutas más diestros para servir a los que están en crisis* (Henderson, 1971:33). Henderson ha contribuido a que la función propia de enfermería alcance un resurgimiento como disciplina profesional y científica.

(Parte I)

CAPÍTULO 2.

El dolor y el sufrimiento

Todos los hombres en el sentido más general hemos tenido en el transcurrir de nuestra existencia la experiencia de enfrentarnos a una situación o relación que hemos inscrito en el orden de lo doloroso, si habláramos de “nunca” no sentir dolor, tendríamos que referirnos a una patología cuya etiología respondería a la incapacidad congénita de sentir dolor, agnosia al dolor y sus consecuencias de agnosias táctiles, perceptivas y asociativa mostrándonos la gran vulnerabilidad de nuestra existencia sin tener señales de dolor. Por tanto, el dolor constituye uno de los elementos que constituyen nuestra identidad como sujetos humanos y toda sociedad pone en marcha sistemas de cognición, comprensión y acción ante este fenómeno que por otra parte es imprescindible para la existencia humana, el dolor requiere y demanda unas coordenadas culturales que lo doten de sentido y permitan su reubicación en un sistema de explicación que oriente el tratamiento. De ahí que, el dolor debe ser estudiado como algo más que una patología o respuesta neurovegetativa a un estímulo que se intuye como amenazante, si es cierto que queremos captar las complicadas interrelaciones entre lo biológico, lo psicológico, lo social y lo cultural y que pone en marcha el afrontamiento con una experiencia de padecimiento.

I. 2.1. Enfrentar el “problema” dolor y sufrimiento en el espacio sanitario

Dolor, sufrimiento y enfermedad han sido un trinomio lacerante que ha acompañado al hombre a lo largo de toda su historia. Por tanto, el conseguir disminuir, paliar o hacer desaparecer el dolor, lo advertimos como ciencias tan antiguas como lo es la propia

humanidad. Etimológicamente, como vimos en la introducción “*pain*”, en inglés, deriva de “*poena*” en latín, que significa “castigo” y “paciente” deriva del latín “*patior*” el que aguanta o soporta sufrimiento o dolor.

Como ya hemos comentado, tradicionalmente, la medicina ha concebido el sufrimiento como algo ligado al dolor, pero desde las ciencias sociales se viene observando que el sufrimiento surge no sólo ante los síntomas dolorosos, sino también ante sus significados. Coexisten por tanto, como vimos al final del cap. 1., una vaga noción de *sufrimiento existencial*, que en principio no tiene nada que ver con el dolor físico (Strang *et al.*, 2004) y también existe una noción de sufrimiento social o estructural producto de la guerra, el hambre o la violencia, así como perspectivas ético-teológicas que consideran el valor del sufrimiento, y la responsabilidad de prevenirlo, tratarlo y paliarlo (Morse, 1996). Aunque mucho sufrimiento continúa sin ser diagnosticado ni aliviado, hoy día esto ya no puede atribuirse a la falta de interés por el tema.

Un apartado de interés es el abordar el dolor infantil, hasta unos pocos años ignorado tanto por los profesionales de la salud, como por la propia sociedad, debido principalmente a diferentes factores como la dificultad para comunicar por parte del niño (Joly, 1998). La escasa preparación de los profesionales, el miedo a causar efectos adversos por la utilización de fármacos o técnicas analgésicas y la falta de tiempo para atender al paciente de un modo integral, entre otras (Howard, 2003), han contribuido a profundizar y aumentar el número de trabajos de investigación al respecto.

A pesar del interés y atención que los profesores de asignaturas donde se hace referencia al tema de dolor sufrimiento y muerte en ciencias de la salud, continua siendo un auténtico problema el cómo llegar al entendimiento por parte de los alumnos. Sin embargo, no hacer daño en cualquiera de las intervenciones que se llevan acabo en las acciones sanitarias es un principio básico en la interacción con los pacientes atendidos en cualquier espacio sanitario, visto desde el principio de la no maleficencia, principio por otra parece que causa gran confusión, entre otras razones porque no es fácil de entender y quizá tampoco de explicar en un aula. Gracia (1990) en *Primum non nocere* hace referencia a todo ello desde la perspectiva del carácter absoluto o no absoluto del

principio de la maleficencia. Comenta Diego Gracia que por absoluto se entiende en ética, a diferencia de lo que sucede en otras disciplinas filosóficas, aquello que carece de excepciones, y que, por tanto, determinan directamente la moralidad de los actos con independencia de las circunstancias que puedan darse o de las consecuencias que se sigan de ellos. Lo contrario de absoluto en ética no es relativo, como en metafísica, sino proporcional. Se llama así al sistema moral que afirma la existencia de normas y principios que vinculan moralmente, pero al mismo tiempo considera que en el juicio moral juega un papel relevante la evaluación de las circunstancias y consecuencias de los actos, que pueden a veces justificar excepciones a los principios. El término procede de un texto de Tomás de Aquino en *Summa Theológica* (Aquino, 1948) a propósito de la posibilidad de matar en legítima defensa, en que se establece la doctrina clásica del principio de doble efecto o del voluntario indirecto. La tradición médica occidental ha mantenido, de modo prácticamente uniforme desde los orígenes en la medicina hipocrática hasta la actualidad, que favorecer y no perjudicar son dos obligaciones morales distintas. Una es obligación de favorecer y otra la de no perjudicar. El modo de articular una y otra sí ha variado a lo largo de la historia. La tesis más tradicional fue que la obligación imperativa del médico/enfermera es favorecer, y que el no perjudicar es una obligación subsidiaria, cuando el favorecer resulta imposible. Modernamente la tesis es más bien la contraria: que la obligación primaria es la de no perjudicar, y que el favorecer no puede hacerse nunca sin el consentimiento del paciente. En ambos casos la tradición médico/enfermera ha entendido que el no dañar no tiene sentido absoluto sino proporcional, si bien es cierto que el párrafo de Sharpe & Faden (1998: 42-43): *El médico debe evitar incondicionalmente el daño directo del paciente*, por extensión en enfermería. Pero esto no cabe interpretarlo en el sentido de que nunca puede dañar, sino en el de que no dañar es un imperativo ético superior al de favorecer. Lo contrario llevaría a paradojas y hubiera hecho imposible el ejercicio de la medicina y la enfermería. En cualquier caso, tanto médicos como enfermeros no teorizan sobre esto, qué se entiende por favorecer y sobre todo qué debe entenderse por no perjudicar. Esto corresponde a los filósofos. Por tanto, todo sistema moral tiene que admitir la existencia de principios o normas de carácter universal. En ética, como en ciencia, es necesario

formular proposiciones universales. No hay principio o norma moral completamente adecuado a la realidad, de ahí, la necesidad de conceder siempre un lugar a la evaluación de la realidad concreta sobre la que se ha de decidir. El objetivo último de la vida moral es la toma de decisiones prudente (Gracia, 1990).

Para Cassell, el alivio del sufrimiento y la curación de la enfermedad son las verdaderas obligaciones de la profesión sanitaria dedicada al cuidado del enfermo (Cassell, 1982). La falta de comprensión por los profesionales sanitarios de la naturaleza del sufrimiento puede dar como resultado una intervención sanitaria que, si bien técnicamente adecuada, no sólo es incapaz de aliviar el sufrimiento, sino que se convierte en una fuente de sufrimiento por sí misma. Puede haber sufrimiento en relación con cualquier aspecto de la persona, bien sea en el ámbito del rol social, o en la relación consigo misma, con su propio cuerpo o con la familia, o en la relación con una fuente de significado trascendente. En general, el sufrimiento se ha concebido como una *pérdida*: pérdida de una existencia sin cuidados, pérdida de la salud, de la dignidad, de autonomía, de planes de futuro, de otra persona, de uno mismo. Pero el sufrimiento también puede ser considerado como un *recurso* terapéutico. En este sentido, Morse (2001) propone una teoría que distingue entre *sufrimiento* como liberación emocional y *aguante* como supresión emocional. Estos son dos estados que a veces se confunden, ya que los pacientes suelen oscilar entre uno y otro, pero cuyo tratamiento es muy distinto:

1. El aguante [*enduring*] responde a una amenaza a la integridad personal, y consiste en suprimir las respuestas emocionales hasta que la persona se hace cargo de la situación. Es una estrategia necesaria para continuar funcionando día a día, pero no trae consigo descanso ni curación, de modo que a menudo las personas que están “aguantándose” utilizan ciertas *vías de escape* para liberar la tensión emocional.

2. En el sufrimiento se liberan las emociones, en particular la tristeza. La persona puede llorar o hablar constantemente, repitiendo la historia de su pérdida para hacerla más real; tras sufrir lo suficiente, se suele observar una reordenación de las prioridades y un retorno de la esperanza. Las vías de escape ante el sufrimiento suelen incluir actividades que conservan la energía (comer, dormir, descansar), pero en exceso.

La dinámica entre el aguante y el sufrimiento está regida por el contexto y las normas culturales de conducta (por ejemplo, uno “aguanta” en público y “sufre” en privado), así como por varios niveles de reconocimiento y aceptación de la causa del sufrimiento (reconocer el hecho ocurrido conduce al aguante; reconocer que realmente ocurrió conduce a liberar las emociones; aceptar el pasado perdido y el futuro alterado permite superar el sufrimiento). En cualquier caso, Morse (2001) considera que el sufrimiento es necesario para la recuperación, es un “agente curativo”.

Desde un enfoque del sentido de la vida, como sentido del sufrimiento, lo dice Nietzsche (2008: 469) en *Así habló Zaratustra* con las siguientes palabras: «*todo lo que sufre quiere vivir ..* » es decir, todo lo que es en el modo de la voluntad de poder. Esto quiere decir: «*Las fuerzas configuradoras chocan entre sí*» (Heidegger, 1994: XVI, 151). El filósofo contemporáneo John Hick (2004) concuerda con él al afirmar que “*un mundo en el que no cupieran el dolor y el sufrimiento también sería un mundo en el que no cabría la elección moral, y por tanto no habría posibilidad de crecimiento y desarrollo moral*” (Hick, 2004: 119-125).

Esta posición no sanciona el sufrimiento de manera indiscriminada, pues si bien es cierto que el sufrimiento puede enriquecer la comprensión y la empatía entre las personas, hay mucho dolor y miseria que no traen consigo posibilidad alguna de contrapartida moral; un ejemplo sería el sufrimiento de los niños que sufren en general o que mueren de hambre, o las madres que mueren en el momento del parto por no ser atendidas en condiciones básicas de cuidados, sobre todo de higiene, como pudimos comprobar en nuestro trabajo de campo en la India⁵. No es sólo ése el sufrimiento que hay que aceptar, sino sólo el sufrimiento *inevitable*, el que nos viene dado por la condición humana.

En la práctica, las personas en este movimiento tenderían a caer en la categoría de

⁵ Recuerdo el caso de una mujer joven recién parida, que al no poder expulsar por completo la placenta, quedó llena de cotiledones que a la postre le produjo una infección generalizada y como resultado la muerte, la intervención en nuestra sociedad de lo que para nosotros representa un simple legado, habría podido salvar del dolor, sufrimiento y muerte de esta parturienta, durante la mínima intervención de cuidados que hicimos con esta mujer, no observamos ni una sola manifestación de queja ante el dolor, como hemos explicado anteriormente la resignación ante dolor y muerte era absoluta.

“sufrimiento”. Según Morse (2001), no conviene aguantar para siempre el sufrimiento que no se puede evitar. En realidad, estas dos elecciones, la del rechazo y la de la aceptación, deben estar unidas, ya que aceptar la inevitabilidad del sufrimiento no supone renunciar a luchar con él.

I. 2.2. La diversidad cultural y la contemporaneidad como espacio de trabajo

La diversidad cultural es hoy en día de un alto grado de manifestación y cobra mayor importancia que en el pasado. Vivimos en un mundo cambiante, en rápida transformación, un mundo que cambia a una velocidad mucho mayor que en épocas anteriores, y que tiene sus propias características. Procesos de cambios que en ocasiones son patentes y fácilmente constatables, y en otras ocasiones son menos evidentes. Así, por ejemplo, las nuevas tecnologías, Internet, que se traduce en una realidad virtual, están provocando que los conceptos de tiempo y espacio cambien. El contacto físico tiende a disminuir y las relaciones se establecen por medio de la red. La impersonalidad va creciendo, sobre todo en las grandes ciudades, y en ocasiones parece que el único contacto físico que se tiene es cuando uno enferma acude a un consultorio o Centro de Salud, no tanto con el médico sino con los profesionales de la enfermería (Chamorro-Tarrés, 2001). En contraposición de lo expresado anteriormente, en nuestras sociedades industrializadas la obsesión por la higiene y la asepsia, en algunos casos, puede llevar incluso a la ocultación de la muerte en la vida cotidiana, y no nos referimos por ejemplo y solo a las múltiples secuencias de violencia que aparecen en los medios de comunicación, sino a cosas tan cotidianas en nuestra sociedad como la proliferación de funerarias, por ejemplo, donde los rituales de muerte se transforman y se evita la visión del cuerpo. Lugares en los que, al igual que las residencias de ancianos o los hospitales, el cuerpo desaparece para reaparecer más tarde perfectamente maquillado, eliminando todo aquello que pueda ser desagradable a la vista (García, 1985).

Asimismo la existencia de nuevas enfermedades o de aquellas que han adquirido mayor amplitud como por ejemplo la anorexia, de un concepto de enfermedad distinto surgido, entre otros, a consecuencia del SIDA, en que el portador de anticuerpos no está enfermo

pero tampoco está sano, sino que es él mismo quien construye su propio concepto de normalidad. Normalidad por otra parte implícita en todas las ideas de salud y enfermedad, que en definitiva va a depender del estado de las instituciones de salud en caso de existir, de las ciencias de la salud, y del contexto socio-cultural, por el que los problemas humanos tienen su definición, es evidente que, inmersos en este paradigma su aplicación es muy compleja por la multiplicidad de normas y valores en conflicto en cualquier sociedad compleja, encontrando muy difícil llegar a definir el límite de la normalidad. La aproximación más obvia de comportamiento de desvío, podría consistir en adoptar algún ideal como punto de referencia, en tanto que intentar describir una búsqueda de las divergencias en cuanto a ese ideal, es la aproximación más obvia de comportamiento de desvío, del que un ejemplo son las estigmas legales. Según M. Jahoda (1958), en cuanto a comportamiento normal/anormal, salud/enfermedad y desde una aproximación positiva hace referencia a las actitudes relativas a uno mismo, incluso a la accesibilidad de su conciencia de un correcto auto concierto, y/o, una auto aceptación en el sentido de la identidad.

Todo esto requiere nuevos tipos de cuidados en los que tiene que ver mucho tanto los aspectos psicológicos del individuo como los culturales, en tanto que las necesidades son distintas según el grupo social de que se trate (Gómez, 2001).

Pero también hay una serie de factores sociodemográficos, como es el envejecimiento progresivo de las sociedades contemporáneas, en el que las pirámides de población aparecen cuadrangulares o podrían llegar a ser invertidas, y se constata la reducción del número de nacimientos así como un aumento en la esperanza de vida y, en consecuencia, un número progresivamente mayor de personas no activas laboralmente. Un envejecimiento de las sociedades, en las que la distancia generacional se ha incrementado de forma notable, con lo que muchos de nuestros ancianos pertenecen a un mundo diferente. Esto requiere una serie de atenciones y cuidados específicos, no sólo por la edad de los mismos, sino también por sus condiciones económico socioculturales. Al tiempo que la llegada progresiva de inmigrantes, procedentes de países subdesarrollados o en vías de desarrollo, de jóvenes en edad fértil que contribuyen cada vez más al aumento del crecimiento vegetativo de la población

española, pone a los sanitarios en contacto con personas procedentes de lugares y culturas muy diversas (Malgesini & Giménez, 2000).

Las ciudades, incluso los pueblos hoy en día, se han convertido en auténticos mosaicos multiculturales. La relativa homogeneidad del pasado pierde terreno frente a una creciente heterogeneidad. Los grandes movimientos internacionales de población, ya sea debido a fenómenos migratorios con una fuerte motivación económica, así como los derivados de las guerras o de las grandes hambrunas que azotan periódicamente el continente africano y asiático, ponen en contacto poblaciones de muy diversa, y en ocasiones enfrentada cultura. Estos factores implican nuevas formas de entender la disciplina y el cuidado de las personas. Hasta ahora el profesional de la enfermería ha tendido a cuidar de una forma uniforme, sin embargo los factores mencionados, y otros muchos, implican la necesidad de nuevos conocimientos que hasta ahora no se veían como imprescindibles, así como de nuevas formas de interpretar y aplicar las prácticas y los cuidados sanitarios. (García, 1985).

La cultura, el conocimiento de la diversidad cultural, es la clave que permite una mejor adecuación de las prácticas sanitarias a las necesidades de la sociedad contemporánea, y es aquí donde la antropología presta su colaboración a la enfermería.

Pero, la antropología no debe ser entendida como una colección de datos curiosos, como, por ejemplo, saber que se debe evitar mirar directamente a un recién nacido en según que grupos porque eso provoca el mal de ojo, o que los musulmanes no comen cerdo, o que los gitanos tienen una estructura social basada en el parentesco. La antropología implica una serie de conocimientos, pero también una forma de ver la realidad. Es lo que denominamos la mirada antropológica, una mirada con una triple perspectiva: desde el relativismo cultural se da una visión holística y comparativa de la cultura, y es desde este punto de vista donde la diversidad cultural adquiere su auténtica dimensión (Rodríguez, 2001). Nos referimos en este apartado al afrontamiento de dolor y sufrimiento por parte del personal sanitario en nuestras instituciones, desde la perspectiva del relativismo cultural, para una asistencia sociosanitaria, entre otros, con la llegada en número importante de inmigrantes a nuestras fronteras, con especial

énfasis en las Islas Canarias, dada la cercanía al continente Africano (Malgesini & Giménez, 2000).

En el año 2000, tuvimos la oportunidad de participar en el primer encuentro sobre inmigración en Canarias (isla de Lanzarote), en el que participaron numerosos representantes de las fuerzas vivas de la sociedad en Canarias. En las mesas de debate se discutió no sólo con los agentes locales, como por ejemplo la ONG Lanzarote acoge, Cruz Roja Española, juez de instrucción de Arrecife, (capital de Lanzarote), médicos, enfermeras y antropólogos de Atención Primaria de Salud, Unidades de salud mental, e instituciones penitenciarias, epidemiólogos, etc. y por supuesto una representación de inmigrantes residentes en Lanzarote. Entre las conclusiones finales de este foro podemos destacar, la aceptación por parte de todos los colectivos de la multiculturalidad que en poco tiempo se venía detectando en Canarias, y la preparación indispensable del personal sanitario, en lo que compete a este trabajo, referida al relativismo cultural que tenemos que afrontar. El estudio y la investigación de tantos cambios requiere la participación multidisciplinar. Profundizar en la comprensión psicológica del hecho migratorio y de sus aspectos psicopatológicos y psicosociales vinculados a él puede ayudar a introducir elementos de racionalidad en una temática que afecta tanto a los inmigrantes como en los autóctonos por causas excesivamente pasionales e irracionales que no contribuyen precisamente al buen entendimiento entre unos y otros (Atxotegui, 2000; Perdiguero & Commelles, 2000). Que las personas inmigrantes padecen mayores cuotas de sufrimiento que la población general es una idea que probablemente conseguirá apoyos tanto de quienes se muestran acogedores de las personas que de países pobres y/o en conflictos bélicos llegan a nosotros, como de quienes se sienten amenazados por esta realidad de la migración. Una prueba de este mayor sufrimiento es la mayor prevalencia de enfermedades mentales causadas por estresores presentes en el hecho migratorio. Es un hecho comprobado que, las personas que deciden emprender la aventura de la emigración no son las más enfermas, ni las más débiles en sus países de procedencia. No se enfrentan a la incertidumbre del mar, a un largo viaje ni a lo desconocido los más frágiles, sino los más fuertes, y sin embargo, la incidencia de

enfermedades mentales al tiempo de haber emigrado aumenta en estas personas y es superior a la de la población autóctona (Arbizu, 2006).

En Canarias el tema de la inmigración es relativamente reciente y se combina con otros componentes. Su situación geográfica como lugar de entrada de inmigrantes se empieza a destacar a raíz de que el aumento de la vigilancia en el estrecho de Gíbraltar como estímulo a la búsqueda de vías alternativas para los inmigrantes. Lanzarote se convierte de nuevo en destino de las pateras procedentes del sur de Marruecos o incluso de otras embarcaciones de mayor calado que transporta población joven (hombres mujeres y niños) del África subsahariana. El incremento de las llegadas y la falta de instalaciones de acogida provocan rápidamente problemas que desembocan en continuos desencuentros entre la Administración local y las insulares, e incluso entre unas islas y otras instituciones (Aubarrel & Pérez, 2003). La función del profesional de la enfermería en la actualidad, evidentemente no solo desde la perspectiva de los inmigrantes, sino desde la óptica en general de unas sociedades contemporáneas cada vez más complejas y donde hay una mayor diversidad cultural, requiere de nuevas formas de conocimiento y de prácticas de atención y cuidado (Leininger, 1999).

Hemos de entender por relativismo cultural la capacidad de comprender las creencias y costumbres de otros pueblos o sociedades desde el contexto de su propia cultura, partiendo de que todas las culturas son respetables y ninguna es superior a otra. El relativismo cultural es lo opuesto al etnocentrismo, es decir, la tendencia a juzgar las creencias y costumbres de otras sociedades desde la propia cultura. Estos son dos conceptos que se deben tener muy en cuenta a la hora de hablar de diversidad cultural. Llevado al extremo, el relativismo cultural arguye que no hay una moralidad superior, internacional, o universal, que las reglas éticas y morales de todas las culturas merecen igual respeto. Desde el punto de vista del relativismo extremo, la Alemania nazi se valora tan neutralmente como la Grecia clásica (Kottak, 2004).

El etnocentrismo es consustancial a cada cultura en tanto que refuerza al grupo y es uno de sus mecanismos de reproducción; desde que el individuo nace es educado en las creencias, valores y prácticas de su propia cultura, a la que considera distinta y superior

a las demás (a esto se denomina enculturación o endoculturación). Los antropólogos norteamericanos (Kroeber & Klucuhohn, 1952-1961) en *Culture. A critical review of concept and definitions*, recopilaron nada menos que 164 definiciones distintas de cultura, ante tanta dispersión semántica de cultura recordaremos la procedencia semántica de la palabra, cultura viene del latín colere (cultivar). En su acepción más primitiva que se remonta a Catón el viejo (siglo II a.c.) se refería al cultivo de la tierra (agricultura). Poco después, Cicerón lo aplicó al cultivo del espíritu y así surgió el significado humanista y clásico de la palabra cultura que ha sido predominante hasta hace bien poco. Por su parte Kroeber definió el etnocentrismo como

“Aquella tendencia a suponer el universo girando en torno al pueblo propio, y que considera al endogrupo siempre situado en lo correcto y verdadero, y todos los exogrupos equivocados o incorrectos, cada vez que su conducta difiere de la del propio grupo”. (Kroeber, 1949:182-196)

Es decir, define una clara diferenciación entre el “nosotros” frente el “otros” que son todos aquellos que no pertenecen al mismo grupo, al tiempo que establece una desigualdad significativa en tanto que los “otros” son los que están equivocados en todo aquello en lo que no son iguales a “nosotros”, y por lo tanto son inferiores. Este etnocentrismo es el que, cuando se habla de la diversidad cultural, induce a que se tienda a pensar sólo en las diferencias respecto a “nosotros”, y no en las similitudes o en el por qué de esas diferencias; y se pierde de vista que al caracterizar un sistema, una sociedad o una cultura hay que tratar tanto de las diferencias como de las semejanzas verificables en un momento dado o en un tiempo determinado. Cuando se habla de transculturalidad, interculturalidad o multiculturalidad se está aludiendo a la diversidad cultural, pero también a la diferencia. Es más, cuando se habla de prácticas multiculturales para preservar la identidad étnica de los pueblos, está implícita la tendencia a considerar a los “otros” desde una posición de superioridad estructural, para marginarlos de nuestro grupo. Ya que la diferencia implica desigualdad (Malgesini & Giménez, 1997). El contacto cultural provoca modificaciones, intercambio y adopción

de elementos y patrones culturales, en mayor o menor medida, en todos los grupos que entran en relación. Es lo que se denomina procesos de aculturación. De ahí una necesidad de conocimiento, pero un conocimiento dinámico, en acción, entendido como un proceso de intercambio. Teniendo en cuenta que las diferentes formas de concebir y elaborar la realidad constituyen modos específicos y particulares, es decir, culturales, de ver y explicar el mundo que nos rodea. Y es la interacción de las personas con sus contextos la que define su realidad. No obstante, el proceso de aculturación no funciona del mismo modo ni con la misma intensidad en todas las culturas (Malgesini & Giménez, 1997). Así en el caso de los inmigrantes extranjeros, por ejemplo, la sociedad mayoritaria, en el caso que nos ocupa, la española, va cambiando tanto en la medida que integra rasgos procedentes de otras culturas como en la medida que las nuevas circunstancias presentan una serie de cuestiones nuevas que deben tener respuesta, máxime cuando se trata de dar salida satisfactoria al dolor y sufrimiento de los ciudadanos en general que acuden a nuestros servicios sanitarios. Mientras que para el inmigrante la aculturación puede presentar formas distintas, como son la *asimilación*, es decir, el abandono de la identidad de origen, tomando como propia la identidad del lugar de acogida; la *integración* en la que se mantiene lo más significativo de su identidad de origen, pero el individuo o el grupo adquiere aquellos elementos de la identidad de acogida que le permitan vivir mejor en la sociedad de destino; la *segregación* o rechazo total a la identidad de acogida refugiándose en la identidad de origen, y en este caso podría hablarse de guetización del inmigrante y, finalmente, otra forma de aculturación es la *marginalización* es decir, el inmigrante se va distanciando cada vez más de la identidad de origen pero también de la de acogida (Malgesini & Giménez, 1997). Tampoco hay que perder de vista que las identidades son múltiples y compuestas, y no únicas. Y que cada momento y contexto el individuo o el grupo puede adoptar una u otra, o un conjunto de ellas. Como dice Maalouf (1999: 35) “*la identidad no se nos da de una vez por todas, sino que se va construyendo y transformando a lo largo de toda nuestra existencia*” es decir, a través de la experiencia vital, esto ocurre así tanto con el individuo como con el grupo. El proceso de contacto cultural es múltiple y complejo, como lo es también la resistencia que las personas y los grupos ofrecen a la

aculturación. Esta resistencia es lógica ya que todos somos enculturados en nuestra propia cultura, y son los mecanismos etnocéntricos, de reproducción y perpetuación cultural, los que hacen que consideremos a nuestra cultura como la correcta y la que está por encima de las demás. Al entrar en contacto con la diversidad cultural, se produce un mecanismo de reacción al cambio, a perder aquello que se considera propio de uno mismo, su identidad. El grupo mayoritario o bien el grupo que está en el poder intentará que los demás sean como él, mientras que los grupos minoritarios reaccionaran, no queriendo perder lo que ellos consideran superior. Es decir, se trata de una lucha implícita entre dos o más etnocentrismos (Chamorro, 2001). Los mecanismos de reacción a la aculturación pueden ser de *ajuste* o *adaptación*, en el que la persona intenta cambiar adaptándose al nuevo contexto pero sin perder lo que es significativo para ella, por ejemplo aquellos inmigrantes magrebíes que aprenden la lengua, adoptan costumbres españolas, se pueden llegar a casar incluso con un español, pero mantienen su religión y sus prácticas rituales, como puede ser el ramadán. De ahí, los mecanismos de *reacción*, cuando lo que se pretende es que el ambiente cambie y sea éste el que se adapte a él, por ejemplo el caso de conversos españoles al Islam que pretenden un cambio en el sistema legislativo español de modo que se rijan por la ley islámica incluso en aquellos puntos que es contraria al sistema español, como por ejemplo en el caso de la herencia. Y finalmente mecanismos de *aislamiento*, es decir, el individuo se escapa de las presiones que supone el contacto cultural, es decir, se margina, por ejemplo, el caso de aquellos inmigrantes magrebíes que ante la imposibilidad por su parte de adaptarse al contexto español crean sus propias comunidades en las que son prácticamente autárquicos, disminuyendo al máximo el contacto con la sociedad española: viven en los mismos barrios, tienen como punto de referencia la mezquita, trabajan entre ellos (para pequeños empresarios magrebíes) e incluso rechazan aprender el idioma del país de acogida. (Chamorro, 2001).

Todos estos factores deben ser tenidos en cuenta por el profesional sanitario a la hora de ofrecer la mejor atención y cuidado al paciente, máxime, cuando en esa relación sanitario – inmigrante interviene el sufrimiento y dolor de estos inmigrantes. Así por ejemplo, en el caso de los inmigrantes, hay que tener en cuenta los distintos aspectos de

la aculturación y la resistencia al cambio para poder contextualizar mejor al paciente y, de este modo, ofrecerle las atenciones y cuidados que sean más eficaces y efectivos, ya que como ha quedado demostrado a lo largo de este trabajo, la interacción paciente/enfermera es primordial en la atención sanitaria. Pero al mismo tiempo, no se debe olvidar que ellos también participan de nuestra cultura en tanto que han entrado en contacto con ella, y que han emigrado en busca de mejorar su calidad de vida, y que si bien muchos de ellos mantienen sus señas de identidad determinadas, puede que no deseen ser tratados como diferentes por los profesionales de la salud (Chamorro & Rodríguez, 2001). Confinarlos en la diferencia implica perpetuar, directa o indirectamente su marginación.

Otro aspecto a tener en cuenta en esta diversidad cultural, no solo en relación a los inmigrantes extranjeros sino teniendo en cuenta todos los indicados anteriormente (ancianos, portadores del VIH, anoréxicos, drogodependientes, enfermos de Alzheimer, ancianos que viven solos, etc.), todos ellos llevando implícito sufrimiento, dolor y muerte, debido a que cada persona tiene una imagen sociocultural de lo que debe ser su encuentro y relación con el profesional de la salud, ya sea el médico o el enfermero imagen que está culturalmente definida y que afecta a todo el proceso, anterior y posterior al contacto directo con el sanitario. En palabras del profesor García (1985):

“La respuesta del enfermo y de los que le rodean puede verse influida por la adecuación del encuentro con la imagen previa del mismo. La cultura define y tipifica las enfermedades, las dota de significación social y crea su contexto terapéutico.” (García, 1985: 83-84)

I. 2.3. La enfermedad, lo simbólico y sociedades multiculturales. Contribución de la metodología antropológica.

Entendemos que son las creencias y las conductas de cada grupo, la cultura, la que determina quién está sano o quién no lo está. Por lo que, independientemente de la

exactitud del diagnóstico científico, se considerará que determinados síntomas son o no indicativos de enfermedad, así como el tratamiento que debe llevarse a cabo en relación al contexto en que cada uno se mueva. Por poner un ejemplo, en muchas áreas rurales de España incluido Canarias, se considera a grandes rasgos, que hay dos tipos de enfermedades a tratar, las de los médicos y las que no son de médicos, como por ejemplo la colocación de la “madre”, el mal de ojo, sin llegar a comparar la situación de estos dos tipos de medicina con lo que ocurre en América, donde la salud tradicional (los dos tipos), salud intercultural y salud multicultural se dan en Mesoamérica dentro de una sociedad muy variada y mezclada en la que conviven los descendientes de los grupos originarios (más o menos mezclados) con la mayoría, caracterizada por el mestizaje y donde la cultura, fuera de los estereotipos, supone un conglomerado difícil de desentramar y diferenciar (Mena, 2006). Y no es sólo la diferencia que se pueda establecer entre una medicina oficial y una medicina popular, sino que se trata ya de un nivel claramente simbólico, que influye o determina el comportamiento individual y social.

Los conceptos de salud y enfermedad, los tratamientos terapéuticos son, de este modo, un complejo proceso en el que, en un nivel simbólico del cuidado, se combina con *indicadores patológicos*, es decir, diagnóstico, tratamiento y cuidados adecuados y *signos de significado social*, en tanto que producen una respuesta social que puede ir desde la recepción de regalos y visitas, permitirse caprichos o extravagancias a estar eximido de las responsabilidades cotidianas, y lo hacen a través de *símbolos* que señalan los límites del sistema social, por ejemplo, la justificación de una enfermedad determinada por considerar que determinada patología es un castigo divino por algún tipo de infracción social (Malgesini & Giménez, 1997). La medicina hegemónica está pagando por desconocimiento de los datos antropológicos elementales; ha olvidado que el hombre es un ser de relaciones y de símbolos y que el enfermo no es solo un cuerpo que hay que arreglar. Hay una pluralidad de cuerpos del mismo modo que hay una pluralidad de culturas, de tal manera que, el cuerpo es una construcción social y cultural y su realidad última no está dada. El cuerpo mezcla, desordenadamente, sus acciones y sus constituyentes con la simbólica social, y sólo puede comprendérselo en relación con

una representación que nunca se confunde con lo real pero sin la cual lo real no existiría. El simbolismo es la meditación por medio de la que el mundo se humaniza, se nutre de sentido y de valores y se vuelve accesible a la acción colectiva (Le Breton, 2012). La antropología no tiene una única respuesta o solución a los problemas y cuestiones aquí planteados. Pero, si proporciona una serie de pautas como es el relativismo cultural y el profundo respeto a la diversidad, atendiendo a la metodología como manera de enfocar los problemas y buscamos respuestas, recordamos que en las ciencias sociales han prevalecido dos perspectivas teóricas principales (Bruyn, 1996; Deutscher, 1973). La primera, el positivismo, reconoce su origen en el campo de las ciencias sociales en los grandes teóricos del siglo XIX y primeras décadas del XX, especialmente (Comte, 1986 & Durkheim 1938-1951). Los positivistas buscan los hechos o causas de los fenómenos sociales con independencia de los estados subjetivos de los individuos. (Durkheim, 1938) afirma que el científico social debe considerar los hechos o fenómenos sociales como “cosas” que ejercen una influencia externa sobre las personas. La segunda perspectiva teórica, siguiendo a (Deutscher, 1973), descrita como fenomenológica, posee una larga historia en la filosofía y sociología (Berger & Luckmann, 1967; Bruyn, 1966; Husserl, 1913; Psathas, 1973; Schutz, 1962). No cabe duda que gracias a la investigación cualitativa se ha podido llegar a determinar por ejemplo las dos teorías mencionadas anteriormente; ahora bien, si bien es cierto que en el momento actual la metodología cualitativa se encuentra en unos altos niveles de desarrollo, basta con hacer una revisión de las investigaciones y de los manuales sobre métodos y técnicas de investigación que se están realizando en los últimos diez años, para coincidir con la opinión de autores como Denzin y Lincoln que afirman: *Nunca antes había habido tantos paradigmas, tantas estrategias de investigación o métodos de análisis para perfilar o utilizar* (Denzin & Lincoln, 1994: 2). El interés por utilizar en las ciencias sociales el método científico característico de las ciencias naturales, provocó que durante tiempo hubiera un único y por tanto dominante método para el análisis de la realidad social. Pero, las limitaciones de este método dieron paso a otra forma de descubrir aspectos de la realidad hasta ahora relegados y despreciados. De este modo, técnicas como la observación descriptiva, las entrevistas y otros métodos

cualitativos tan antiguos como la historia escrita fueron cobrando cada vez mayor importancia. Efectivamente, como relatan (Bogdan & Taylor, 1994), los orígenes del trabajo de campo se pueden encontrar en los historiadores, viajeros y escritores que van desde el griego Herodoto, hasta Marco Polo. Pero, es sólo a partir del siglo XIX y principios del XX como ya comentamos al comienzo de este apartado, lo que en estos momentos denominamos métodos cualitativos fueron empleados conscientemente en la investigación social. El estudio de (Play, 1855) sobre las familias y comunidades europeas representa uno de los primeros trabajos sociológicos utilizando la observación (cf. Bogdan & Taylor, 1994). Concretamente en antropología, la investigación cualitativa tiene una historia muy rica. El punto de partida, probablemente, fue el final del siglo XIX cuando se aceptó la idea de que los antropólogos debían de salir a buscar sus propios datos en lugar de confiar en lo que podían contarles los viajeros. Malinowski, junto a su maestro Haddon, durante algunos años, fueron los responsables de la formación de los estudiantes de esta disciplina en Gran Bretaña. Puede decirse que desde entonces todos los antropólogos sociales de dicho país han recibido una rigurosa preparación en métodos de investigación. Algo similar ocurre en América con (Boas 1883-1886) que comienza su investigación acerca de los esquimales y en años sucesivos se hizo cargo de la preparación de numerosos investigadores estas primeras investigaciones antropológicas se utilizó la observación participante, y desde entonces, esta técnica de investigación ha permanecido asociada a la antropología; aún conociendo la historia del objeto de conocimiento, en el caso de la investigación cualitativa, la tarea no resulta fácil, porque no hay un único relato histórico aceptado por todos que permita comprender el origen y el desarrollo de la metodología cualitativa en ciencias sociales. (González-Rio, 2001), en el manual de técnicas cualitativas de investigación social, advierte de la dificultad de levantar un mapa temporal de la metodología cualitativa. Además, señala que *“El empleo mismo puede ser objeto de críticas debido a la controversia que toda delimitación provoca”* (González-Rio, 2001: 22).

Autores como (Denzin & Lincoln, 2003) elaboran una cronología histórica de la investigación cualitativa. Su cronología histórica, como ya mencionamos, se remonta al

siglo XX, señalando cinco fases de la investigación cualitativa. Para nuestro propósito en el presente trabajo, quizás lo más interesante sea destacar algunas de las conclusiones a las que llegan estos autores contemplada la historia desde la situación actual. Estas conclusiones son las siguientes:

La opcionalidad de paradigmas, estrategia de investigación y métodos de análisis nunca ha sido tan diversa como hoy. El momento actual se caracteriza por el descubrimiento de los modos de investigar cualitativos. La investigación cualitativa nunca más podrá ser enfocada desde la perspectiva positivista, neutra, objetiva. La clase, la raza, el género conforman el proceso de investigación, haciendo la investigación un proceso multicultural.

I. 2.3.1 Multiculturalidad, transculturalidad y enfermería.

El concepto de cultura pone el énfasis en la idea de que el comportamiento humano tiene una determinación social, que se adquiere en relación a un grupo y que tiene una cierta tendencia a la estabilidad. Por tanto, la cultura confiere sentido a nuestras vidas (Gómez-García, 2000). Esta idea de cultura nos permite el concepto en un doble sentido. Por una parte, al hablar de cultura nos estamos refiriendo a la forma de vivir de un grupo o sociedad concreta. Pero, también nos referimos a la cultura humana en su conjunto, el término cultura aparece formulado por primera vez en el sentido que lo conocemos actualmente por Tylor, diferentes culturas con el consiguiente desarrollo intercultural.

“La cultura... es ese todo complejo que incluye conocimientos, creencias, artes, morales, leyes, costumbres, y cualquier otra capacidad o hábito adquirido por el hombre en tanto que miembro de una sociedad determinada” (Tylor, 1881)
Antropology en (Gorberna-Falque, 1999: 235-237)

El ser humano tiene prioridades relacionadas con las tendencias básicas de su naturaleza; la primera es salvar la vida. La lucha por las enfermedades y el interés por la salud son características básicas del hombre (Mircea, 2001; Mena, 2007). Es precisamente en la diversidad cultural que se tengan, en la que van a tener que actuar sobre la salud, la enfermedad, dolor y la muerte (Chamorro, 2001). Por otra parte, (Schmidt. et al., 2006). La transculturalidad se define como

“Aquellos fenómenos que resultan cuando un grupo de individuos que tiene culturas diferentes, toma contacto continuo de primera mano, con los siguientes cambios en los patrones de la cultura original de uno de los grupos o de ambos” (Herskvovits, 1995: 565).

La enfermería transcultural (Leininger, 2002), en este caso, une la práctica sanitaria con el conocimiento antropológico puede convertirse en una herramienta muy eficaz al servicio de la comunidad, elementos transculturales por otra parte que hemos incluido para el desarrollo de nuestro trabajo.

I. 2.3.2. Los espacios de dolor en la modernidad.

Muchos son los problemas de salud que requieren un nivel de tratamiento médico y de cuidados de enfermería, donde encontramos en cada uno de los casos el tener que afrontar sufrimiento y dolor de las pacientes y familiares, así como personales que sobrepasan el tipo de servicios normalmente disponibles en el domicilio del paciente, Centro de Salud u hospital. La sociedad moderna se ha encargado de desarrollar a lo largo del tiempo instituciones formales cuyo objetivo es satisfacer las necesidades más complejas de las personas. Concretamente el hospital se ha convertido en la mayor institución social de provisión de servicios sanitarios en nuestro mundo civilizado, ofrece ventajas tanto a los pacientes como a la sociedad (Cockerhan, 2008). Desde el

punto de vista del individuo, en los hospitales la persona enferma tiene mejor acceso al conocimiento médico y a mayor variedad de tecnologías médicas (no es así en la Atención Primaria de salud en cuanto a tecnología). Sin embargo, desde el punto de vista de la sociedad, la hospitalización protege a la familia de los efectos perturbadores de cuidar al enfermo en el hogar y, al mismo tiempo, opera como un medio para guiar al enfermo hacia instituciones médicamente supervisadas en donde sus problemas son menos perjudiciales para la sociedad en su conjunto como sugirieron (Parsons & Fox, 1952). Hemos de significar al respecto, que en la medida que el paciente no necesite de alta tecnología de la que solo disponen las instituciones hospitalarias, la atención primaria de salud consigue implicar a la familia para evitar, dentro de lo posible, los efectos perturbadores de la hospitalización, si bien es cierto, que con el ingreso hospitalario se consigue disminuir los problemas de la sociedad en su conjunto, y probablemente llegue a disminuir la carga de desgaste familiar que lleva implícita el mantener a un enfermo en el seno familiar; esto no significa que las instituciones hospitalarias estén de más en nuestra sociedad. Todo lo contrario, cumplen una misión de alto nivel en la solución de problemas sanitarios a la población, donde evidentemente la Atención Primaria por razones obvias de planteamiento y nivel no puede ni debe llegar en cualquier caso.

Pasamos a describir un corto pero documentado análisis del hospital como institución social (Coe, 1978; Porter, 1996; Rosemberg, 1987). Afirma (Coe, 1978) que disponer de hospitales adecuados es uno de los recursos más importantes de una comunidad. Es muy probable que las funciones del hospital contemporáneo sean bien conocidas. Sin embargo, es conveniente repetirlas brevemente. Un hospital es, sobre todo, un lugar en el cual los miembros de la comunidad pueden obtener servicios destinados a devolverles la salud. Más recientemente se ha convertido también en un lugar para la rehabilitación de gente físicamente incapacitada o donde los ancianos pueden reponerse. El hospital moderno es también un lugar de enseñanza, un centro de aprendizaje de futuros profesionales de la salud. Al mismo tiempo, el hospital es, con frecuencia, es un centro de investigación donde se amplía el conocimiento científico de las enfermedades. En un sentido sociológico el hospital moderno es una gran y compleja organización, con

una jerarquía de status y roles, derechos y obligaciones, actitudes, valores y fines. Es pues, un objeto apropiado para el análisis sociológico (Coe, 1978). Por otro lado, (Porter, 1996), incorpora los principios de competitividad al desarrollo de las funciones, actividades y operaciones de los hospitales, que permiten incrementar su nivel de competitividad, ahora bien, la efectividad con que se apliquen estos principios determinará el nivel de esa competitividad que la entidad este alcanzando, o bien el nivel en que se encuentre. Los Hospitales del Sector Salud, pese a las deficiencias que experimentan, pueden alcanzar altos niveles de productividad, en la medida que cuenta con una dirección y gestión efectivas. Sin este requisito, es imposible anhelar calidad, mejora continua y competitividad en los servicios (Porter, 1996). En cuanto a la evolución de los hospitales es (Rosemberg, 1987) el que nos aclara de la gran variabilidad que podemos encontrar en los hospitales.

Los hospitales modernos, como los conocemos hoy, se consolidan en este siglo y alcanzan su mayor expansión desde la década del 40, en la mayoría de los países algunos hospitales de beneficencia fueron estatizados, y surgieron nuevos hospitales públicos. Aunque la misión era conseguir un mayor acercamiento de toda la población y de todas las clases sociales, además se reduce la función de reclusión, se sustituye al personal religioso por un cuerpo médico y de enfermería profesional remunerado.

En la actualidad los hospitales se enfrentan a una tensión entre un modelo de gestión orientado hacia una misión externa muy fuerte y un modelo más orientado hacia el cliente interno que en este caso son los médicos. Esto significa que los hospitales se mueven entre dos tipos ideales que pueden ser considerados como extremos, uno sería el hospital misional y el otro una franquicia privilegiada para los médicos. En el primer caso se trata de un hospital cuyas actividades están muy delimitadas por un mandato exógeno (orden religiosa, organización solidaria o incluso un ministerio de salud) en el cual se establece o se puede inferir con bastante precisión qué debe y qué no debe hacer el hospital. El modelo de gestión misional se impone sobre las decisiones propias del modelo de financiación y del modelo asistencial ya que la organización asume una función social antes de ser una empresa o un servicio médico. Se dispone de un marco, e incluso una ética, que sirve de orientación para definir decisiones cómo a qué tipo de

pacientes se les provee asistencia, cuando y cuanto se debe cobrar, así como qué tecnología debe ser incorporada.

En el otro extremo, se puede postular un hospital más orientado desde la propia oferta/demanda, que brinda las prestaciones que sus propios agentes consideran prioritarias. (Grote et al, 2006:1) destacan la existencia del hospital como resultado del interés de los médicos en tanto actores económicos. Afirman que, para los médicos norteamericanos, por extensión en hospitales europeos, trabajar en hospitales resulta mucho más productivo que hacerlo fuera de ellos; pero, su decisión de hacerlo está condicionada por el nivel de excelencia del servicio. En otras palabras, los buenos médicos querrán formar parte de los hospitales en tanto estos se mantengan a la vanguardia de la atención. A su vez (Studin, 2000) señala que el hospital moderno se ha desarrollado no como una empresa, sino como un seminario médico y los seguros de salud no se han orientado a buscar tanto la rentabilidad como en las demás orientaciones de prestación del seguro, sino a viabilizar los servicios médicos (Studin, 2000). Este comportamiento introduce tanto una lógica siguiendo a Flexner que propugna la creación de escuelas médicas con dependencia universitaria, comprometidas con la investigación y la formación de estudiantes con participación activa en su aprendizaje a través del estudio en laboratorios y del trabajo clínico real. Esta revolución representa el establecimiento de un "contrato social" implícito, por el cual la sociedad provee asistencia financiera, política y moral a la educación e investigación médica. Por su parte, los médicos reconocen que su función es el servicio, expresado tanto por una calidad académica, como por una práctica de excelencia profesional; el modelo médico que surge asume la triple misión de educación, investigación y asistencia, como una escalada tecnológica imparable en el cual la disputa por los recursos resultará cada vez mayor.

Sin embargo, con frecuencia se interpreta el mismo a partir del caso de los Estados Unidos, sin advertir que la hegemonía del modelo médico en Norteamérica, y la jerarquización hospitalaria son sendos procesos que se inician mucho más tardíamente que en Europa, pero que se consolidan también mucho antes. La razón es que en Estados Unidos se crea de la nada una estructura hospitalaria, sin el lastre que supuso en

Europa la reconversión de una inmensa red de instituciones que procedían del Antiguo Régimen. La literatura norteamericana ha relacionado la fundación de hospitales en el siglo XIX con el incremento exponencial de la patología y de la situación social de los inmigrantes. (Rosemberg, 1987).

Todo ello nos conduce a afirmar que los hospitales proporcionan servicios médicos a la población de acuerdo con las necesidades, creencias, valores y actitudes de la sociedad a la que sirven. Históricamente (cf. Cockerhan, 2002) los hospitales han pasado por cuatro fases diferentes de desarrollo como institución social: 1).- Centros de práctica religiosa. 2).- asilo de pobres. 3).- centros para morir. 4).- centros de tecnología médica. Fueron los romanos los primeros en establecer instalaciones sanitarias separadas por motivos económicos y militares, que se han descrito como hospitales. El origen de la institución que conocemos hoy en día como hospital se asocia al desarrollo de la cristiandad (Cockerhan, 2002). La teología cristiana insistía en que los seres humanos tenían la obligación de proporcionar asistencia al enfermo y al necesitado, con lo que se podía alcanzar la salvación espiritual desarrollando este tipo de acciones, como consecuencia; la iglesia católica romana animaba al clero a fundar hospitales y a ubicar éstos cerca de las iglesias como una característica del deber religioso de los cristianos.

Por otra parte, el mundo árabe marcó una impronta de primer orden y alta influencia cultural indiscutible. En todo el territorio dominado desde España al actual Irán, la medicina de mayor avance se escribía en árabe, esta preponderancia duró siglos. Mientras la Europa cristiana estaba sumida en las tinieblas de la ignorancia y el fanatismo religioso, y la teología aplastaba cualquier intento de independencia de la ciencia, el inmenso mundo musulmán de entonces, que abarcaba desde la península ibérica hasta los límites del actual Irán, vivía una etapa de esplendor científico inusitado. Las cortes musulmanas de ese tiempo, como Córdoba, Bagdad, El Cairo, Damasco o la propia Samarcanda, eran de una magnificencia incomparable, y los califas, emires y visires vivían rodeados de poetas, filósofos, sabios y artistas de todas clases (Multanosky, 1967). Los árabes nos legaron grandes descubrimientos en la Química, la Astronomía, la Ingeniería, las Matemáticas y la Medicina, entre otras. Basta nombrar solo el álgebra, los números arábigos y el uso del cero, para aquilatar la

importancia de su aporte a la humanidad. En este trabajo nos vamos a referir solamente a la medicina. La triada de oro de los conocimientos médicos en el período clásico del islam la constituyen: *Razi* (siglo IX), *Avicena* (siglo X) y *Averroes* (siglo XII). *Al-Razi* (865-925), conocido en Europa como *Razi*, fue el fundador del hospital de Bagdad. Escribió cerca de 200 trabajos médicos, describió el sarampión y la viruela, y los diferenció, conoció de la inmunidad contra la repetición de la enfermedad, expuso normas de higiene en los enfermos, investigaba la acción de los remedios sobre los monos, describió instrumentos para extraer cuerpos extraños, y fue uno de los primeros que utilizó algodón en los vendajes y los hilos para las suturas de las heridas; a él se le deben también múltiples obras de medicina, entre las que se cita el “*Libro Universal de Medicina*” (25 tomos), que sirvieron durante largo tiempo como manuales en las Facultades de Medicina de las Universidades Medievales de Europa Occidental (cf. Multanosky, 1967). *Abu Ali Ibn Sina* (980-1037), conocido en Europa como *Avicena*, tiene entre sus principales méritos la formulación de las reglas de higiene, describió el cuadro clínico de la peste, alertó sobre la contagiosidad de la viruela, describió síntomas de varias enfermedades, fue precursor de la idea de la transmisión de enfermedades por el aire y el agua, describió la meningitis, utilizó el mercurio para tratar la sífilis, y tiene la autoría de “*El cannon de la ciencia médica*,” libro que durante siglos fue el texto fundamental de medicina en Europa. *Ibn Rusd* (1126-1198), conocido en Occidente como *Averroes*, además de sus inmensos méritos como filósofo, expresó conceptos sobre la función de la medicina en la conservación de la salud y preservación de las enfermedades, y escribió el “*Kitab el Coliyat*”, obra médica muy adelantada para su época. Durante el periodo de las Cruzadas (1095–1291) muchos hospitales se establecieron en las rutas que conducían a los ejércitos cristianos a Tierra Santa. Benefactores de la época, fundaron también hospitales, de tal manera que para finales del siglo XV existía una amplia red de hospitales a través de toda la Europa occidental. Sabemos de los infinitos hospitales de leprosos que se establecieron en Europa en tiempo de la guerra santa, pero ignoramos los medios que empleaban contra la lepra (Michaud, 1952). El hospital medieval no era propiamente un hospital, si nos atenemos a los criterios modernos, eran centros sociales para el cuidado de los enfermos de clase

baja. Sin embargo los cuidados médicos supervisados y en gran parte realizado por los clérigos y monjas, consistían fundamentalmente en formas muy rudimentarias de enfermería. Estos primeros hospitales proporcionaban un amplio conjunto de tareas sociales para beneficio de las clases más desfavorecidas, especialmente en provisión de comida, refugio, santuario y rezos, así como atenciones y cuidados (cf. Cockerhan, 2002: 208). Durante el Renacimiento y la Reforma, el carácter religioso del hospital comenzó a desaparecer a medida que un número mayor de hospitales pasaban a la jurisdicción de autoridades seculares. Tres de las características básicas del hospital moderno se derivan de la influencia de la iglesia (Coe, 1978). En primer lugar, el concepto de un servicio orientado a ayudar a otros se ha transformado en un principio fundamental, como base de la forma de trabajar del personal sanitario. En segundo lugar, se supone que los hospitales tienen un enfoque universalista; es decir, aceptan para tratamiento a todas las personas que puedan estar enfermas. Y tercero, la naturaleza de control de los servicios hospitalarios ha sido facilitada para la inclusión de los pacientes dentro de confines de un solo lugar (Cockerhan, 2002). La reforma protestante impulsada por Martín Lutero en el s. XVI implicó en los cuidados una nueva forma de afrontar la salvación: se alcanza con el simple acto de creer y no es necesario ninguna obra de caridad (el cuidado pierde sentido frente a la salvación). Esta reforma tuvo su origen en Alemania por estar Lutero, colgando sus tesis en la puerta de la iglesia de Wittenberg. Las obras pilares de su reforma eran tres: *Manifiesto a la nobleza cristiana de Alemania*, *La cautividad de Babilonia*, *De la libertad del cristianismo*. Lutero no olvida la asistencia a los pobres y enfermos, se prohíbe la mendicidad pero atendiendo a los que no pueden acceder a un puesto de trabajo. Se creará la Caja Común, que ejercerá un mecanismo de control sobre el patrimonio de monasterios, fundaciones hospitalarias y donaciones a pobres y donde sobresale la figura de Andreas Karsradt en Wittenberg (Hernández, 1996). Esta Caja no permitió, sin embargo, el progreso eficaz de la asistencia social, ya que sus fondos en muchas ocasiones se destinaron a otros fines.

La directriz vertebradora en los hospitales ingleses fue el trabajo de los laicos por motivos económicos de necesidad y se convertirá en su eje fundamental perdiendo valor

la orientación vocacional – caritativa de los hospitales del mundo católico. Florence Nightingale sustentará sus ideas en el momento histórico del progreso del reinado victoriano. Cuando el espíritu de caridad, celo, probidad y orden desaparece, por regla general los establecimientos benéficos y, por otra parte, los monasterios y conventos limitan su humanitaria misión a dar limosnas; la mendicidad se extendió por toda la nación. En su expansión por Europa llegarán también a España (gestionado por el gobierno español en 1789) implementando su presencia en la beneficencia pública e instituyéndose como modelo de asistencia en la manera de organizarla y el desarrollo de los cuidados (admiradas por ello por Concepción Arenal). Uno de los primeros hospitales que organizaron fue el hospital de la pasión en Madrid, instalándose posteriormente en 1790 el de La Santa Cruz en Barcelona y de ahí fueron requeridas a diversas comunidades de hospitales repartidos por la geografía nacional (Salas, 2011). El control secular de los hospitales marcó un periodo de decadencia para el desarrollo del sistema hospitalario europeo. A pesar de que los frailes y monjas seguían trabajando en hospitales, la eliminación gradual de la autoridad centralizada en la Iglesia, dejó a los hospitales bajo muchas administraciones separadas, normalmente de carácter municipal: sin normas generales para la administración del hospital, cada uno podía actuar según sus criterios. Esta situación fomentaba el abuso, particularmente en relación con el descuido de las instalaciones, la malversación de fondos y el descenso de los niveles de atención a los pacientes (cf. Lain, 1984). En Inglaterra, la supresión de los monasterios a mediados del s. XVI condujo al colapso del sistema hospitalario, ya que muchos hospitales, que se quedaron sin personal o sin dinero, se vieron obligados a cerrar. Los pocos hospitales que permanecieron limitaron sus servicios a personas que estaban realmente enfermas y que podían ser curadas. Mientras esta política relegaba a los pobres tanto a los que tenían enfermedades incurables, como a los no discapacitados, a ir a asilos de pobres o a la calle, todo ello, marcó el comienzo de una nueva definición del hospital como institución activa para curar a los enfermos de forma que pudiesen volver a integrarse en la sociedad.

En cuanto a la clara tendencia hacia el bienestar social, hemos de apuntar que, el Estado del Bienestar es una invención europea cuya génesis institucional se remonta a finales

del siglo XIX (Moreno, 2003). La seguridad social, su núcleo característico, establece unos mecanismos obligatorios de solidaridad. Con la progresiva consolidación del Estado del Bienestar tras la Segunda Guerra Mundial, en lo que se ha dado en conocer como época dorada del capitalismo del bienestar, se consolidó progresivamente en el mundo industrialmente avanzado un tipo de democracia compuesta y de economía mixta (Gouldner, 1973). En tales sociedades democráticas, los poderes públicos intervienen activamente en la promoción de los derechos sociales mediante el sostenimiento de instituciones asistenciales y de seguridad social para hacer frente a los riesgos vitales (ancianidad, desempleo, enfermedad o pobreza, pongamos por caso). La amenaza para las democracias capitalistas del bienestar no estaría provocada tanto por los conflictos sociales generados por la lucha de clases, sino por el mal funcionamiento de los procesos de legitimación social en los estados del bienestar provocados por las crisis fiscal o sobrecarga presupuestaria (Hayek, 1979). En la actualidad, los países de la Unión Europea participan en un proceso de convergencia supranacional con efectos profundos en la reestructuración de sus estados nacionales. Las reformas de las políticas nacionales de bienestar se realizan junto a la implementación de nuevas políticas macroeconómicas europeas. Éstas determinan el carácter de las transformaciones de las políticas sociales, según perspectivas que sostienen un cambio de paradigma desde el Keynesianismo al Monetarismo. Como consecuencia, la aparición de ‘nuevos riesgos sociales’ condiciona el futuro del ‘modelo social europeo’, en particular respecto a las transformaciones en el mercado de trabajo, la conciliación entre vida familiar y laboral, y las consecuencias de las reformas inducidas en los estado del bienestar respecto a los ‘viejos riesgos sociales’ (pensiones o sanidad). En la reformulación de políticas sociales se observa un mayor protagonismo de los niveles subestatales y en especial de los mesogobiernos, sobre todo respecto a aquellas áreas más próximas a las percepciones ciudadanas (políticas de “malla de seguridad” y lucha contra la exclusión social). El proceso supranacional de Europeización afronta al mismo tiempo una descentralización basada en los principios de subsidiariedad territorial y responsabilidad democrática, los cuales pueden facilitar un mejor acceso de la sociedad civil a los procesos de toma de decisión.

Los últimos debates sobre las políticas públicas del bienestar se relacionan con las transiciones socioeconómicas que han dado lugar a la aparición de ‘nuevos riesgos sociales’). Éstos afectan principalmente a las transformaciones en el mercado laboral, la conciliación entre vida familiar y laboral, y a las consecuencias de las reformas inducidas en los estados del bienestar respecto a los ‘viejos riesgos sociales’ (tales como la atención sanitaria o las pensiones). Los estados nacionales mantienen formalmente intacta su capacidad ‘soberana’ de intervención. Sin embargo, el impacto de las políticas auspiciadas al nivel de la Unión Europea es cada vez mayor, así como mayor es la convergencia en las respuestas de los estados nacionales a las constricciones de los procesos de Europeización y globalización (Moreno & Palier, 2004). Con relación a la participación de la sociedad civil en la reformulación de políticas sociales, cabe señalar su mayor desarrollo a nivel subestatal, donde las iniciativas de los gobiernos locales y regionales han ganado protagonismo. Ello se ha hecho más evidente en aquellas áreas más próximas a las percepciones ciudadanas (políticas de “malla de seguridad” y lucha contra la exclusión social). Consideraciones culturales e identitarias son factores a tener muy en cuenta respecto a la descentralización de la toma de decisiones políticas y de la participación ciudadana. Pero también las demandas de subsidiariedad territorial y responsabilidad democrática (democratic accountability) avalan una mayor capacidad de innovación programática y mejor gestión programática a nivel subestatal (Moreno, L. 2003). Tras analizar los avatares de la evolución del estado del bienestar europeo, y del impacto de las políticas de la reducción o retirada (retrenchment) de las estructuras tradicionales del bienestar, en la subsiguiente sección se examinan la adopción de políticas económicas por los estados de la UE y la aparición de “nuevos riesgos sociales”.

Es motivo de análisis el cambio y continuidad en el desarrollo del estado del bienestar. El estado del bienestar cabe ser caracterizado como “...un estado en el cual el poder organizado se utiliza deliberadamente (mediante la administración y la política) en un esfuerzo por modificar el juego de las fuerzas del mercado” (Briggs, 2000: 18) citado en *Reforma y reestructuración del Estado del Bienestar en la Unión Europea*. (Moreno, 2004).

Para finalizar el desarrollo histórico de los hospitales observamos que ante la situación de una explosión de demandas ciudadanas de más y mejores servicios sociales se corresponde con una implosión de decisiones provocada por la contradicción entre la legitimación de las democracias liberales y la erosión de los dispositivos de acumulación capitalista. En términos generales, se ha narrado la causalidad moral del Estado del Bienestar recurriendo a la parábola evangélica del ‘buen samaritano’, referida a aquel viajero en camino desde Jerusalén a Jericó, asaltado y robado por los ladrones, y socorrido por motivos de compasión y solidaridad por el ‘conciudadano’ anónimo. Trasluce de este episodio la idea de una trama de vinculaciones entre los seres humanos, consecuencia de la naturaleza social de la condición humana que compromete a todos los ciudadanos. En paralelo al imperativo moral de inspiración cristiana pueden citarse otras narraciones causales de carácter secular ilustrativas de la mutua obligación cívica. El concepto sociológico de empatía, o proceso interactivo por el cual una persona se ‘identifica’ o se ‘pone en el lugar’ de otra, sirve para interiorizar actitudes, expectativas y percepciones mediante las cuales los riesgos de la vida se desindividualizan, o pasan a ser comprendidos y compartidos como deber ciudadano de unos respecto de otros. Así, al empatizar con pobres y excluidos, incluso los ciudadanos en situación económica favorable circunstancial toman conciencia de su potencial precariedad y establecen lazos solidarios de reciprocidad. (Lenski, 1969). Es precisamente lo que sucede, hacia finales del s. XVI, cuando las condiciones sociales y económicas de los pobres empeoraron considerablemente (Laín, 1984). El desempleo, los precios más altos, y la pérdida de tierras, crearon un serio problema de pobreza por toda Europa. Muchos pobres decían estar enfermos o lisiados y abarrotaban cualquier instalación hospitalaria que estuviese disponible. De acuerdo con la nueva definición de Bienestar Social como responsabilidad de la comunidad más que de la Iglesia, se tomaron medidas por parte de las autoridades nacionales y municipales para proporcionar asistencia pública. Se volvieron a abrir muchos hospitales, pero pronto adquirieron las características de pensiones o casas de huéspedes, porque ofrecían cobijo y comida a los pobres, independientemente de si éstos estaban sanos o enfermos. El declinar de la fe religiosa en los últimos años de los siglos XVII y XVIII, que abrió el

camino a un punto de vista más secular sobre el enfermar humano y su posible curación. Los pecados contra el Espíritu Santo y las violaciones de la Ley de Dios, tales como la herejía, cedieron la prioridad a los actos que resultaban dañinos, para las criaturas sensibles. Hay que admitir, sin embargo, que esta desacralización de la moral tradicional también abrió el camino al uso de la crueldad como un medio válido para fines seculares-políticos para Maquiavelo, sexuales para Sade, raciales para Hitler (Lain, 1984).

Los hospitales se transformaron en almacenes sociales, a donde se podía enviar, y de esa forma apartar de la sociedad, a los inválidos, las personas mayores, los huérfanos, y los deficientes mentales. Desgraciadamente todo este planteamiento histórico puede extrapolarse en algunos de sus parámetros a la sociedad moderna (cf. Foucault, 1973). A finales del s. XIX, surgió una nueva imagen de los hospitales como instituciones donde los pacientes de todas las clases sociales podían por lo general esperar encontrar los servicios sanitarios de la más alta calidad y podrían esperar ser curados de sus enfermedades. Tres factores principales hicieron posible este cambio. Primero, el hecho de que la medicina se había convertido en una ciencia, utilizaba método científico, dado que la nueva tecnología necesitaba de grandes instalaciones y con frecuencia caras, estas fueron centralizadas en hospitales. Un segundo factor importante, paralelo al desarrollo tecnológico, fue el descubrimiento y la utilización de medidas antisépticas para reducir las infecciones. En tercer lugar, hubo una importante mejora en la calidad del personal del hospital (Rosenberg, 1987). Ningún cambio por sí solo ha transformado más el trabajo del día a día en un hospital, que la enfermera profesional. Mientras que los servicios hospitalarios están orientados hacia un concepto de apoyo al paciente, las normas y procedimientos del hospital están por lo general diseñadas al servicio del personal, de tal forma que el trabajo de tratar a un gran número de pacientes puede resultar más eficaz y más fácil de realizar. Mientras que se puede argumentar que los cuidados estandarizados a los pacientes dan como resultado una mayor eficacia organizativa y como consecuencia beneficio para el paciente, la experiencia descrita por algunos sociólogos médicos ha sido el de la despersonalización.

Un análisis de las nuevas tendencias con especial énfasis en la gestión de los hospitales modernos nos conduce a tener en cuenta el desarrollo de las nuevas competencias en salud desde la responsabilidad de los individuos, de los profesionales, de los servicios y las instituciones de salud, hemos de llevar a cabo una profunda reflexión acerca de los sistemas de salud que tenemos en la actualidad (Atención Hospitalaria y Atención Primaria de Salud) al menos en Europa, donde podemos observar como nos encontramos con una ruptura importante entre la necesidad de los pacientes y con la realidad económica donde los costos van en aumento, (antiguo debate entre necesidad real y necesidad sentida), así como con graves problemas en el momento de alcanzar una calidad aceptable, con un aumento significativo de ciudadanos que no tiene cobertura sanitaria, actualmente en España se está palmando con la actual crisis económica en la población inmigrante y españoles que no alcanzan el tiempo de cotización suficiente a la Seguridad Social para alcanzar el pago de la pensión vitalicia, todo ello nos lleva a pensar que estamos atravesando por una situación inaceptable y al mismo tiempo inadmisible. La propuesta que nos presenta en su obra (Porter & Teisberg, 2006) consiste en una nueva visión, en la que todos los actores del sistema estén concentrados en mejorar ostensiblemente el valor de la salud, cuyas variables de medida estarán directamente relacionadas con los resultados alcanzados por gasto-euro-dólar. La propuesta que nos hace Porter y Teisberg se centra en el debate sobre la actual crisis de los sistemas de salud, nos describe como en la mayoría de los países del mundo industrializados existe una competitividad por la asistencia sanitaria, de tal manera que todos están preocupados por trasladar costos. Sin embargo, no dedican tanto tiempo ni inversión o no les preocupa el diseño y creación para dar luz a crear un nuevo mercado de salud que sea eficiente y competitivo, entendiendo por competitivo en lo que representan los resultados para el paciente, y orientado de forma clara hacia una reducción de los costes para ponerlos en el haber del valor de los pacientes. (Porter, & Teisberg, 2006)

Entrados en la asistencia de los pacientes con patología psiquiátrica hemos de referirnos a Goffman (2001) este describe la situación de los pacientes mentales como personas que se sienten casi “no personas”; por su parte (Coe, 1978) cree que los pacientes en

general tienden a ser poco valorados por el personal del hospital porque están enfermos y son dependientes. Geiger, médico, ilustra los sentimientos de despersonalización durante los cuidados del hospital, haciendo comentarios sobre su propia experiencia como paciente (Geiger, 1975). El autor cuenta su experiencia al ingreso hospitalario en su propia planta de trabajo diario, con la consiguiente pérdida de estatus. Situación similar es observada por Mckevitt & Morgan (1997) en *sociology of Health and Illness*, sobre médicos en Gran Bretaña que recientemente habían estado enfermos. Un médico a otro médico le comenta que tiene un dolor en el pecho cuando respira profundamente, el otro médico le respondió “*No realices una respiración tan profunda*” (Mckevitt & Morgan, 1997: 644-667). El proceso de despersonalización no es solamente el resultado de la forma en la que se trata a gran número de pacientes, o por las condiciones de trabajo, sino que está también relacionado con la experiencia subjetiva del paciente de sentirse enfermo (Leventhal, 1975). Continúa diciendo Leventhal (1975) que la mayoría de los informes sobre despersonalización por lo general cita la sensación de las personas de sentirse un objeto físico o una cosa. Una segunda experiencia común en la sensación de que el propio ser psicológico está aislado de los otros “yo” psicológicos es decir, otras personas. (Leventhal, 1975) sugiere que los síntomas corporales como el dolor pueden crear una sensación de separación dentro del individuo entre el yo físico y el yo psicológico consciente. Esta alienación interna añadida al sentimiento de aislamiento de los otros, mezclada con la duda, incertidumbre y confusión que a menudo acompañan a la sensación de enfermedad; puede crear en los pacientes una sensación de ineptitud e incapacidad para controlar sus vidas. El argumento es que esta actitud de incompetencia se intensifica todavía más por el hecho de que los pacientes tengan que asumir un rol institucional como es el rol del paciente, en el que se convierten en oficialmente dependientes y quedan excluidos de la toma de decisiones. El proceso de despersonalización se agrava cuando el médico o la enfermera tienen acceso al cuerpo del paciente. Sin embargo, por muy legítimo que esto pueda ser, (Coe, 1978) señala que la exposición y la entrega del cuerpo a extraños puede ser una experiencia degradante y humillante, a pesar que se pretenda por parte del personal sanitario que la acción tenga un carácter terapéutico. (Coe, 1978) señala que los pacientes están alienados de sus

vidas normales, y que en el hospital quedan reducidos a un estatus muy impersonal a través de tres mecanismos básicos de tratamientos hospitalarios. 1).- el despojarles o quitarles la ropa, 2).- el control de recursos, y 3).- la restricción de la movilidad. Cuando los pacientes se presentan para algún tratamiento en un hospital, traen consigo una identidad social particular, a la que (Goffman, 1961) se refiere como “cara”: esta representa sus actitudes, creencias, valores concepto del yo y estatus social que, en conjunto, forman la base de la imagen con que se presenta a sí mismos ante el mundo. Son precisamente (Cooley, 1964 & Goffman, 1961) los que representan el enfoque teórico del interaccionismo simbólico en la conducta humana, que considera la vida colectiva desde la perspectiva del individuo. Esta corriente teórica, basada en la obra de (Mead, 1865–1929) se centra en explicar cómo las personas van construyendo su propia identidad y definiéndose a sí mismas a través de sus experiencias sociales, esto es, de sus interacciones con otras personas. Se entiende la sociedad como resultado de las interacciones cotidianas de las personas (cara a cara), que de esta forma van definiendo o dotando de significado al mundo social que les rodea. De particular interés respecto a una comprensión sociológica es la teoría de (Cooley, 1983) en *Social organization: A study of the larger mind*. El autor acuñó el término *Looking – glass self*, para designar la imagen que tiene una persona de sí misma. Según Cooley, las personas se ven a sí misma según como las ven otras personas. En la vida social, otras personas hacen la función de un espejo en el que uno se mira y forma una imagen de sí mismo. Cooley compara el reflejo de nuestro yo en otros a los reflejos en el espejo. El autoconcepto de Cooley tiene tres componentes: 1.- nos vemos en nuestra imaginación como creemos que parecemos a la otra persona; 2.- vemos en nuestra imaginación la opinión de la otra persona sobre nuestro aspecto; 3.- como consecuencia de lo que observamos en nuestra imaginación acerca de cómo la otra persona nos ve, experimentamos una “autopercepción” (p.e. orgullo o humillación) (Cooley, 1983).

Otra aportación interesante al interaccionismo simbólico es la de (Goffman, 1922-1982) con su enfoque dramático de la vida, que implica estudiar la interacción social en términos de una representación teatral. (Goffman, 1959) nos dice, que en la interacción social las personas necesitan información sobre los demás participantes en

ese acto conjunto. Dicha información se comunica a través de 1.- el aspecto de la persona; 2.- la experiencia de la persona con otros individuos similares; 3.- el entorno social; y 4.- la información que una persona comunica sobre sí misma a través de las palabras y las acciones. Esta cuarta categoría de información es crucial, porque depende del control ejercido por el individuo y representa la impresión que la persona está intentando proyectar y que otros pueden llegar a aceptar, véase en la relación médico/enfermera/paciente, este proceso es lo que Goffman llama manejo de las impresiones (Goffman, 1961).

Otra visión de la evolución de los hospitales desde institución donde la caridad se extiende con exclusividad a los pobres para llegar a la muerte, a un hospital donde se puede llegar a recuperar una nueva vida, en palabras de Sigerist:

“El hospital dejó de ser un lugar que proveía alimento y albergue a los indigentes, una institución en la cual la caridad se extendía con exclusividad a los pobres, el lugar tenebroso y temido a donde la gente iba a morir, para convertirse en un centro médico al cual podían acudir pacientes de todas las clases en busca de recuperación de su salud, un lugar en el cual podía llegar una nueva vida” (Sigerist, 1960: 171-315)

Es evidente que, en todas las culturas de todos los tiempos el dolor ha sido una preocupación dominante. Nadie ha escapado de su influencia. El dolor representa la atención más importante del hombre y los seres vivientes desde el principio de la historia (Krivoy et al, 2010). Como hemos expuesto, sus descripciones abundan en la bibliografía científica, humanística y filosófica de todas las épocas. Por estas razones es natural que el hombre se haya interesado en entender la naturaleza del dolor y haya hecho (y siga haciendo) incontables intentos para paliarlo y si es posible controlarlo. Es probable que el síntoma más antiguo, como expresión de sufrimiento sea el dolor; pues existe desde que aparece el hombre sobre la tierra (Krivoy et al, 2010). Ya hemos mencionado en apartados anteriores como cultura y dolor - sufrimiento van de la mano, centrados en el concepto de cultura se pone el énfasis en la idea de que el

comportamiento humano tiene una determinación social, que se adquiere en relación a un grupo y que tiene una cierta tendencia a la estabilidad, por tanto, como nos refiere Gómez, la cultura confiere sentido a nuestras vidas (Gómez, 2000). Esta idea de cultura nos permite el concepto en un doble sentido desde la perspectiva de la medicalización del sufrimiento y el sufrimiento social.

I.2.4. La medicina, el sufrimiento y el tratamiento del dolor

Quizás es en nuestros días con los avances tecnológicos, el cambio de necesidades y valores del hombre, la propia internacionalización de la información, viene a ser cuando más notamos la alta medicalización del dolor y sufrimiento, en nuestra sociedad. En cuanto a los valores culturales, nos recuerda (Lynd 1967) que pueden ser inconsistentes y contradictorios (Lynd 1967; Bellah et al., 1985). En Europa, muchas veces estamos divididos entre la postura individualista del “primero yo” y las demandas que resultan de pertenecer a tal o cual grupo social, de la misma manera, muchas personas defienden la igualdad de oportunidades, pero llegado el caso pueden dar la espalda y diferenciar entre las personas por su sexo, el color de su piel o por otras consideraciones, y no por razón de su esfuerzo o méritos personales. La inconsistencia valorativa puede ser reflejo de la diversidad cultural de una sociedad o del proceso de cambio cultural, según el cual unos nuevos valores van sustituyendo a otros valores tradicionales. (Corso, 2004), en los valores y sus desafíos actuales el manejo del sufrimiento, pasa de ser una cuestión metafísica y religiosa a ser un objeto susceptible de tratamiento a manos de la medicina. La aceptación de lo inevitable no tiene cabida cuando se vende la idea de que casi todo tiene cura o remedio. El mito moderno de que la ciencia encontrará la cura de todas las enfermedades y hará al hombre inmortal ha contribuido a ello; la noción dualista del ser humano contribuye a que cuerpo y psique sean tratados como entidades separadas. A su vez, otorgar sentido al padecimiento se muestra como un arma poderosa que confiere a los individuos la capacidad de entender lo que les ocurre, recuperar actitudes vitales como la asunción de lo inevitable, la aceptación de los acontecimientos, el temple y la fuerza de ánimo son propuestas coherentes (Díaz, 2008).

Para Pablo García Gañán, filósofo y psicólogo, la medicina ha perdido el norte al priorizar la lucha contra la muerte en lugar del alivio del sufrimiento (la que debería ser la principal prioridad de ésta disciplina), asimismo califica la medicina como una ciencia “*despersonalizada*” (García-Gañán, 2003). Esta crítica no es nueva y se remonta en el tiempo desde los orígenes de una profesión en la que se entremezclan objetivos asistenciales y humanitarios con matices políticos, económicos, juegos de poder, dominación, hegemonía y control social. La dialéctica naturaleza-cultura vieja discusión antropológica adopta una posición estratégica junto a otras dicotomías como mente-cuerpo o individuo-sociedad. Esta última trae consigo un importante núcleo de discusión metodológica sobre las dimensiones de la enfermedad; la primera ya había sido desvelada por ciertas aproximaciones desde la psiquiatría (Eisemberg, 1977) y la antropología (Good, 1996), que ponían en evidencia las limitaciones de la dualidad cartesiana sobre la cual se había erigido la práctica y la teoría, aunque pocas veces explicada, desde la biomedicina. Sin embargo, Hahn & Kleinman¹(1938) apuntan nuevos temas a analizar en el marco de la medicina occidental, como su sistema ideológico, división del trabajo en especialidades jerárquicas, normas de prácticas e interacción, sistemas de rol/estatus y procesos de socialización de los profesionales y de construcción y reconstrucción del conocimiento, estos procesos se adaptan muy bien a las nuevas corrientes teóricas de la las ciencias sociales que, en un tono crítico argumenta la naturaleza ideológica de la medicina (Comelles, 1993). Por su parte, Mishler (1981) señala tres características básicas de éste sistema médico: la doctrina de la etiología específica inherente a su praxis y que había sido analizada por Dubos (1961); la tendencia a tratar las clasificaciones nosológicas como realidades en sí mismas; y la ideología de la neutralidad que elimina cualquier atisbo crítico con respecto a su carácter de instrumento de control social (Mishler, 1981: 1-23). La biomedicina es para Mishler, como para Hahn y Kleinman, una subcultura con sus propias reglas de juego, valores, prácticas y creencias institucionalizadas que configuran su papel en el contexto social general. Esta es la posición que asumen posteriormente Amarasingham & Fábrega (1990), quienes defienden una más amplia etnomedicina, de tal manera que la antropología de la medicina empieza a ser entendida como el estudio

de los diferentes sistemas médicos, pero también de los procesos de salud y enfermedad en diferentes sociedades; ambos objetos de estudio están íntimamente relacionados. Ahora bien, desde la perspectiva de la estructura social podría ser concebida como una ordenación de los individuos que ocupan estatus y cuyas relaciones están orientadas por instituciones (Hahn & Kleinman, 1938). Esta caracterización de la estructura nos lleva a observar los fenómenos de intercambio y de diferenciaciones sociales que las relaciones entre los individuos produce, y a su vez, a hablar del poder.

Utilizando una denominación clásica, entendemos por poder, la posibilidad de imponer la voluntad propia en el interior de una relación social, contra cualquier resistencia, sea cual fuere la base de esa posibilidad (Weber, 1969). Aunque en esta definición no se establece ninguna caracterización social del grupo actuante ni de la orientación de su acción, otros autores hacen especial incidencia en estos aspectos, así, desde la tradición marxista, Poulantzas (1968) considera al poder como la capacidad de una clase social para realizar sus intereses y objetivos específicos. La estructura social se convierte así en un ámbito de lucha por el poder en relación a la lucha de clase. El poder en este caso deriva de fundamentos económicos, relacionados con los medios de producción. El poder por tanto, es un producto de las relaciones sociales que se establecen como un intercambio en el cual una y otra parte, intentan alcanzar unos términos más favorables; será en las peculiaridades de estas relaciones donde podremos detectar otras fuentes de poder (Torraza, 2000). Podemos resumir estas fuentes de poder en los siguientes factores: la posesión de determinadas competencias o especialidades por parte de los individuos; el manejo de las relaciones del grupo con su entorno; el dominio de la comunicación y de la información; el uso de las normas que regulan las relaciones entre individuos (Crozier, & Friedberg, 1997). Referido a la atención hospitalaria y atención primaria de salud, la relación médico/enfermera/paciente está caracterizada y marcada por estos procesos: la información que dispone el médico/enfermera acerca del estado de salud del paciente, no se brinda totalmente sino que se maneja estratégicamente de acuerdo a lo que se interpreta como capacidad receptiva del paciente. Estas regulaciones de la información por parte de determinados miembros, unido a otras características de dichos estatus, se conforman como elementos del poder que es atribuido por los demás

miembros de la estructura a quienes ocupan dichos estatus. En el caso de la relación médico/enfermera/paciente, el poder que se otorga al médico/enfermera, surge de la atribución de un saber que se relaciona con la capacidad de curar/cuidar; el manejo de la información en esta relación, tal como se ha sugerido anteriormente, se constituye en una de las estrategias que sostiene el poder. Pero no sólo estas posiciones aparentemente privilegiadas de una estructura disponen de una capacidad de manejar la información y convertirla en fuente de poder. En toda la estructura se crea poder simplemente por la manera como se organiza la comunicación y los flujos de información entre sus unidades y sus miembros (Crozier, 1997). El juego que establecen los individuos hace que estos flujos de información se alteren. En este sentido, todos los individuos de una estructura tienen acceso, del tipo que sea, a los canales y fuentes de información y pueden actuar maniobrando su comunicación o distribución, el resultado de estas maniobras se acaban apreciando en la alteración del conjunto (Torraza, 2000). La utilización de las reglas o instituciones que regulan las relaciones en la estructura se constituye también como fuente de poder: la regla permite el control a distancia; se construye como una pantalla de protección que reduce las relaciones interpersonales, restringe lo arbitrario del superior y legitima la sanción, hace posible la apatía, es decir, un comportamiento de retirada que se contenta con aplicar las reglas sin más, permite la negociación con la jerarquía (Friedberg, 1997). Este juego de funciones latentes hace que las reglas o instituciones que regulan las relaciones entre los individuos de una estructura puedan ser utilizadas como factores de poder; en una estructura donde las reglas están en principio destinadas a eliminar las fuentes de incertidumbre. Pero, la paradoja es que no solamente no llegan a evacuarlas completamente sino que, crean otras fuentes de incertidumbre que pueden inmediatamente ser usadas en provecho de aquellos mismos que las reglan procuran obligar, y en el mismo ámbito en que supuestamente regulan los comportamientos (Crozier, 1997).

El punto de vista cultural de los padecimientos ha sido obviado tradicionalmente por la ciencia médica, para ser estudiado por los antropólogos que hacían sus etnografías entre sociedades consideradas “primitivas”. Por su lado, la medicina se ha ocupado de lo biológico, lo científico, lo racional y, por ende, dotado de mayor dosis de “realidad”:

Creencia *versus* Ciencia. No es infrecuente que, ante el dolor experimentado por un paciente el profesional sanitario sentencie: “*Es imposible que tal patología le provoque tanto dolor*”. Podemos catalogar el sufrimiento como un fenómeno social que está influenciado directamente por los discursos que sobre él se elaboran desde diferentes ámbitos; siendo uno de los más significativos el gestado desde la profesión biomédica que niega otros saberes que son deslegitimados (medicinas populares) y que, como afirma Byron Good, “*se tildan de creencias en contraste con la medicina que se basa en saberes*” (Good, 1997: 325) Good, entiende que este dominio generalizado de la racionalidad instrumental en nuestros mundos culturales, es una amenaza para la libertad y supone una pérdida de atención a los valores y al sufrimiento humano. Quizá por ello, su programa para una antropología médica radica precisamente en la crítica a una racionalidad instrumental, que acostumbra a encubrir su condición social e ideológica con el disfraz de lo aséptico, lo pragmático y lo neutral. La función del antropólogo es para Good desenredar el entramado que permite la apariencia de un isomorfismo entre conocimiento pragmático y realidad o, si se prefieren otras palabras, hacer visible los artificios de lo invisible.

Las formas de sufrimiento, según (Kleinman, 1997) son organizadas como categorías burocráticas y objetos de intervención técnica. La medicina ha convertido la experiencia personal de la enfermedad en fisiopatología y la pobreza en “*formas ilegítimas e ilegales de experiencia de bienestar*” (Otegui, 2000). Otegui Pascual (2000) hace hincapié en que, la experiencia del padecimiento es vivida, en parte, bajo el prisma de las definiciones que sobre dolor y sufrimiento propone la ciencia biomédica en nuestras sociedades. Los discursos de la biomedicina, para la mayoría de los antropólogos, desde los trabajos de Foucault (1966), Herzlinch & Pierret (1989) son determinantes a la hora de servir de marco de nuestra experiencia en el momento de enfermarse, pero el conjunto de significados que rodea al hecho del padecimiento no se agota en las propuestas biomédicas, y son precisamente las construcciones culturales del sufrimiento las que la medicina ha dado de lado sistemáticamente. Por su parte, Eduardo Menéndez en relación con los significados que se le otorgan socialmente a los padecimientos nos lo expresa en la siguientes palabras:

“Los padecimientos constituyen, en consecuencia, uno de los principales ejes de construcción de significados colectivos, que pueden ser referidos al proceso específico, o a otros procesos respecto de los cuales los padecimientos son expresión significativa. La moda reciente de considerar el cáncer, el alcoholismo y últimamente el SIDA como metáforas de la sociedad no debe ser trivializada, pese a la trivialidad de algunos análisis” (Menéndez, 1994: 71-83).

Aunque la preeminencia estructural y jerárquica de la medicina científica hegemónica sea mucho mayor en nuestras sociedades, eso no quita que otras formas de tratar la enfermedad estén presentes y se desarrollen a la par que los conocimientos biomédicos, entrelazándose, coexistiendo en una especie de juego de poder, dónde se despojan de legitimidad ciertos conocimientos populares que, sin embargo, siguen utilizándose en la práctica diaria y cotidiana de los sujetos que se enfrentan a situaciones generadoras de sufrimiento. El uso y control social de la enfermedad conlleva que se maneje la misma desde posiciones o estamentos que obtienen poder gracias a los conocimientos legitimados que poseen; no es de extrañar que, una de las estrategias de control social más importantes sea la práctica médica (Menéndez, 1994). Para Menéndez esto no es algo propio y exclusivo de nuestras sociedades actuales, sino que se trata de un fenómeno que se ha dado en una gran diversidad de culturas a lo largo de la historia tal y como argumenta Marie José Devillard *“no hay que olvidar que el saber médico también es una construcción, al igual que el saber popular, con sus connotaciones históricas y sociales”* (Devillard, 1990: 82-90). Cabe destacar en relación con ambos conocimientos, que mientras la enfermedad se caracteriza por ser polisémica, la interpretación que se hace de la misma desde la biomedicina es monosémica. El discurso de unos y otros, médicos y profanos, sobre la enfermedad y su vivencia no tendría que ser incompatible, sino complementario, la medicalización de la vida cotidiana trae consigo una *“lenta y creciente desposesión del profano de su capacidad de construir la enfermedad, y de paulatina tendencia a ampliar cada vez más el*

dominio de competencia de la biomedicina” (Devillard, 1990: 82-90). Por su parte, el discurso biomédico se fundamenta en una visión cartesiana del ser humano, con categorías que *“dicotomizan y autonomizan el cuerpo y la mente”* (Otegui, 2000).

Otra cuestión que se puede añadir es que, esta crítica a un modelo exclusivamente biomédico viene de la mano de la justificación de la preeminencia del dolor frente a la percepción subjetiva del mismo, el sufrimiento. Para la medicina el dolor se cuantifica (existen escalas a tal efecto), pero, ¿cómo se mide el sufrimiento?. Además, para el sujeto su dolor es su enfermedad y desde la biomedicina no es más que un signo de otro problema distinto que sólo ella puede aclarar mediante métodos de diagnóstico.

El dolor se ontologiza (Otegui, 2000) y como consecuencia las terapias se universalizan sin tener en cuenta contextos socioculturales. El modelo médico que opera de forma hegemónica en nuestras sociedades, tal y como lo conocemos (modelo biologicista) parece que se tambalea, dando paso a nuevas concepciones, prácticas y conocimientos que los usuarios demandan. Argumenta Menéndez:

“La crisis del modelo médico hegemónico, el surgimiento de nuevos “estilos de vida”, las modificaciones en los comportamientos cotidianos generados por el incremento de los padecimientos crónico-degenerativos, etcétera, condujeron desde la década de los años sesenta al cuestionamiento de la biomedicina y a la recuperación de una serie de concepciones y prácticas “curativas”, que parcialmente ponen en duda, no sólo la eficacia sino la ideología de la medicina denominada científica”
(Menéndez, 1994: 71-83)

I.2.4. Sufrimiento social

Como se mencionó anteriormente, todos los seres humanos pertenecen a un contexto social, a un entorno que se construye en relación con otras personas y en dicha interacción cada individuo aporta con su comportamiento al *modus vivendi* que caracteriza una sociedad específica. Por ello, para comprender la relación existente entre

el contexto social y el sufrimiento, recurrimos a otra definición de cultura de Maria Die Trill que da prioridad al aprendizaje de los patrones de comportamiento y las creencias y valores que son compartidos por un grupo social, son capaces de proporcionar una identidad y marco referencial a las personas (Trill, 2000) De manera que, las creencias que cada persona tiene sobre sufrimiento y dolor, vienen influenciados a su vez por las creencias, costumbres, hábitos y valores de su cultura; sufrimiento y dolor, desde el punto de vista cultural, parecieran tener una línea que las separa y que las diferencia.

Sin embargo, Le-Breton (2002), nos señala como sufrimiento la experiencia personal de un evento que se percibe como doloroso, claro está, que esta vivencia se percibe dentro de un contexto sociocultural. Es decir, son expresiones de un mismo significado. Ejemplo de ello, es la tendencia a percibir como “dolorosos” aquellos eventos donde se siente sufrimiento como son: muerte, la enfermedad, la violencia juvenil, la violencia intrafamiliar, el desempleo, la desnutrición, el secuestro, el desplazamiento forzado, entre otros. Este “sufrimiento social” trasciende el género, el estrato social, la edad y hasta el parentesco, y se presenta cuando los miembros de un grupo, sector o clase de una sociedad coinciden en percibir como problemática “dolorosa” la situación que atraviesan, donde la integridad de su entorno se ve afectada y amenazada y por ende, su calidad de vida (Jairo et al., 2008).

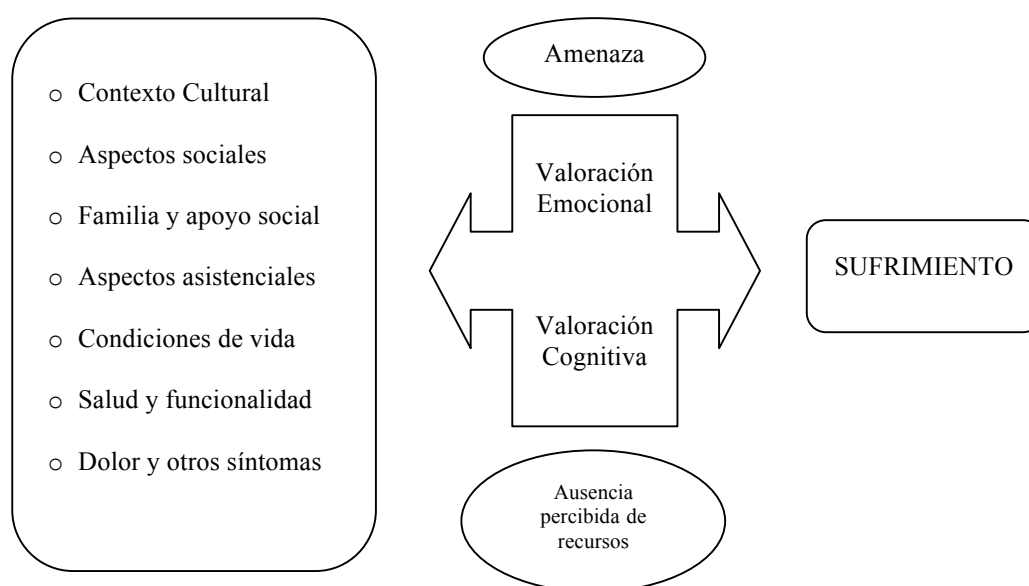
Ahora bien, qué sucede cuando el dolor físico es la enfermedad en sí misma, de qué manera se relaciona con el contexto socio-cultural, cada cultura construye formas en que las personas se cuidan a si mismas y a los demás, perciben los tratamientos a los que acuden, le otorgan significado a dicha experiencia, por ello es imposible prescindir de variables socio-culturales como: a) el género, b) la religión y espiritualidad, c) la raza, etnia y d) la relación médico, enfermera paciente (Edwards et al., 2001). De otro lado, el contexto sociocultural de una persona con dolor puede aportar también dificultades a su propio sufrimiento social, favoreciendo el aumento del dolor o reforzando la conducta dolorosa. Ser mujer, por ejemplo, puede convertirse en algunas culturas en un problema para acceder a los servicios sanitarios y, con ello, empeorar el pronóstico de una enfermedad; creencias religiosas basadas en el fortalecimiento interior pueden ser útiles en la construcción de estrategias de afrontamiento para la

disminución del dolor; formar parte de una familia que ha construido relaciones violentas puede incrementar el dolor cada vez que se tiene temor, por ejemplo, la llegada de un maltratador (Barrera et al., 2006). De hecho, la familia cumple un papel importante sobremanera, en la atención a los dependientes que ha sido asumida tradicionalmente por el entorno familiar, sin embargo, desde hace unos años esta institución viene experimentando importantes cambios en su composición y estructura; esta realidad, junto a la incorporación de las mujeres al mundo laboral, provoca que se disponga de menos cuidadores potenciales y menos tiempo para cuidar; este hecho nos sitúa ante un nuevo escenario en el que, a la vez que se incrementan las necesidades, disminuye la posibilidad de respuesta desde el ámbito familiar (Rodríguez et al, 1993). En general, las familias entienden que el cuidado de los dependientes es una responsabilidad familiar pero que, dadas las dificultades y las consecuencias que implica su desarrollo, no pueden asumirla en solitario y ven necesario que el Estado contribuya a esta labor con algunas ayudas públicas (CIS, 2001). Las ayudas para el cuidado de los dependientes, con las que puede contar la familia, dependen de las políticas que se establezcan al respecto. En España por ejemplo, nos encontramos con la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y a las familias de España, (ver anexo VI.XI) más conocida como «ley de Dependencia». (marzo de 2006). Es una ley española que sienta las bases para construir el futuro Sistema Nacional de Atención a la Dependencia, que financiará los servicios que necesitan las personas dependientes, bien por sufrir una enfermedad o accidente invalidante o al llegar a la vejez. La dependencia personal es la incapacidad funcional para el desarrollo de actividades de la vida diaria y por requerir ayuda para su realización.

La dependencia nacional, en el caso de España, es ella en la que se lleva a cabo necesidades que la población necesita del país para satisfacer sus necesidades sean económicas sociales o culturales. La Ley fue presentada el 5 de marzo de 2006 por el presidente del Gobierno, en un acto público. El 20 de abril de 2006 fue aprobada por el Consejo de Ministros y el 30 de noviembre de 2006 fue aprobada de forma definitiva en el Pleno del Congreso de los Diputados con una amplia mayoría. (Ver Anexo VI. XI)

Cuando se profundiza en el tema del aumento del dolor y del reforzamiento de la conducta dolorosa, para las familias, igual que para la sociedad, dolor y sufrimiento son caras de la misma moneda. La frase “dolor en el alma” es usada con frecuencia por familiares de los pacientes para describir su sufrimiento cuando, a modo de ejemplo, atraviesan el proceso de agonía de su ser querido o el acompañamiento a una persona con un dolor incurable.

Figura 1. *El sufrimiento en contexto. Aspectos neurobiológicos, psicológicos y sociales del sufrimiento*



Fuente: Elaboración propia. 2010.

I. 2.5. Modelos y explicación del sufrimiento.

En realidad el dolor es una forma (intencional) de presencia del propio cuerpo a la persona que lo habita, como así mismo es una forma de habitar el mundo. Desde una perspectiva antropológica genérica, el dolor pertenece a la cenestesia, es decir, representa esa sensación general de la existencia y del estado del propio cuerpo, independiente de los sentidos externos, y resultante de la síntesis de las sensaciones, simultáneas y sin localizar, de los diferentes órganos y singularmente los abdominales y torácicos (RAE, 2010). El dolor se nos presenta como una forma informacional de hacerse presente el cuerpo y, a través de éste, de hacer presente en el mundo (Pelegrina,

2006); tal es así, que su tratamiento es de vital importancia para la conservación de la vida del individuo, en cuanto al papel que juega como forma de vida de la persona en la patología, sea ésta somática o psíquica.

En cuanto al papel de las formas de intencionalidad, el dolor actualiza la referencia al mundo como información de daño, de destructividad para la propia vida, el dolor hace presente la deformación de la propia forma (corporal), hace presente la desestructuración, la desestructuración de las estructuras propias. Esto se puede comprobar en el dolor percibido en nuestras fronteras orgánicas con el mundo exterior. Una agresión a la piel actúa como estímulo álgido, de esto la profesión sanitaria conoce mucho en su labor cotidiana de trabajo, en especial los trabajadores de enfermería con la aplicación de técnicas que infieren dolor en el otro, evidentemente sin intención alguna de producir dolor.

Este hecho, que ha llevado siempre a la biología a interpretar el dolor como información al servicio de la conservación de la vida, se convierte de hecho en estímulo para la actitud y conducta de preservación. Esta preservación lo es en dos sentidos: primero como evitación de la relación con aquello que produce dolor; segundo, como conducta de protección y cuidado de la propia estructura vital. Si algo nos daña, lo evitamos. Si tenemos una parte de nuestra estructura vital dañada, la protegemos y la cuidamos para su restauración (Pelegrina, 2006). Llegados a este punto donde se hace mención explícita al término reparación del dolor, no podemos obviar el enfoque que nos presenta Goffman (1998) en su obra *Internados*, donde examina la versión médica de los modelos de servicio desde la perspectiva de la reparación, proceso mediante el cual ponemos nuestro cuerpo en manos del servidor médico/enfermero, que lo someten a tratamiento empírico racional. El afianzamiento de la concepción del cuerpo como una posesión que puede necesitar y recibir servicios profesionales, “una especie de máquina físico-química” nos comenta Goffman (1998), que suele mencionarse como un triunfo del espíritu científico seglar, cuando en realidad parece haber sido a la vez causa y efecto del creciente aprecio inspirado por todos los tipos de servicios expertos. Los signos que emplean sobre todo en la entrevista clínica, tanto médicos como enfermeras, sobre todo los que necesitan de una sutil actividad de laboratorio, son cada vez más

sofisticados; sin embargo, tanto médicos como enfermeras siguen confiando en la intervención del paciente para la averiguación de síntomas; por tanto, el cliente/paciente sigue siendo un participante a quien se debe respeto, en la relación de servicio. Ciertamente es que existen puntos de tensión para poder llegar a dar una atención al cuerpo. La primera dificultad consiste en que el cuerpo, según los psicoanalistas, es objeto de una intensa *catexia*, es decir, energía psíquica vinculada a la imagen de un externo, de tal modo que las personas dan un gran valor a su apariencia y funcionamiento. Con la misma docilidad con que los clientes/pacientes confían al médico/enfermera el destino de sus cuerpos, en sí mismo representa un problema para estos profesionales, dado que, la profunda empatía, que se produce durante los periodos sobre todo largos periodos de tratamiento, no sólo en el interior de una institución sanitaria, léase hospital o Centro de Salud, con la continuidad de cuidados, sino, en el propio domicilio del cliente/paciente, todo ello llega a representar como decimos un problema importante de agotadora tensión emocional, en especial cuando el médico/enfermera no llega a encontrar un diagnóstico (obsesión de la medicina biologicista) que identifique el mal que aqueja al paciente. O la enfermera después de varias intervenciones con los fármacos prescritos para disminuir por ejemplo el dolor del paciente, no consigue los éxitos esperados. Desgraciadamente este tipo de problema se ha trasladado hoy en día a la identificación con algunas “cosas” totalmente distintas de su cuerpo, como por ejemplo, joyas o automóviles, hasta tal punto, que cualquier amenaza contra esos objetos llegan a constituir una amenaza contra el yo.

Otra dificultad reside en que el cuerpo no es una posesión que pueda dejarse al cuidado del servidor, mientras el cliente se dedica a otros asuntos. Nos referimos a la omnipresencia del cliente; esta le permite sorprender al instante el menor desfallecimiento de la actividad mecánica del médico o la enfermera. Una de las soluciones es la aplicación de anestesia, otra es el trato impersonal, muy extendida en el mundo sanitario. Esta última parece tener gran efectividad, sobre todo cuando el médico/enfermera que está rodeado de su equipo, porque siempre encontrará interlocutores disponibles para una discusión técnica, evitando de este modo la “presencia social del paciente” si a este entorno añadimos el empleo de un lenguaje

técnico que presumiblemente el paciente no entiende, contribuye a facilitar la situación de trato impersonal (Goffman, 1998). Sin embargo, la situación comentada no se da cuando tratamos la asistencia domiciliaria, donde generalmente es la enfermera la que se enfrenta sola ante el paciente y familia. Es cierto, que en muchas técnicas enfermeras para la evitación del dolor se puede emplear anestesia, pero, no así evitar la presencia social de paciente y familia. Otra dificultad interesante es aquella en la que, el cliente/paciente no está en situación de modificar sus condiciones de vida y no se les puede aplicar en forma satisfactoria el modelo de servicio. Quizás, la resistencia más relevante a la aplicación del modelo de servicio a la medicina, reside en el complejo de taller, pese a que en ciertas ocasiones, como se observa en el algunas “empresas quirúrgicas” en palabras de Goffman (1998), una habitación llena de personas puede estar interiormente regida por una multiplicidad de reglas minuciosas, casi todas fundadas racionalmente en consideraciones técnicas. Si bien se presenta bajo la apariencia de servicio público, mantenidas para el bien de la humanidad, algunos hospitales han operado y siguen operando en provecho económico de sus propietarios, como ya hemos comentado, con un visible interés social en favor de sus trabajadores y pacientes; otros se han lanzado, así mismo, a desarrollar planes de adiestramiento profesional en razón de los cuales algunas decisiones de tratamiento dependen de, no ya de las necesidades de cada paciente, sino de las técnicas terapéuticas en que el hospital se especializa. Otros están comprometidos a su vez con planes de investigación, que a veces llevan a considerar el tratamiento, no ya a las necesidades del paciente, sino a las exigencias del programa de experimentación. (Goffman, 1998). Otro problema de la administración de la medicina dentro del marco de referencia del servicio, es la tendencia de los pacientes a buscar el consejo de su médico/enfermera en asuntos ajenos a sus competencias profesionales, y la propensión de los sanitarios a creerse dotados de una singular aptitud que les autoriza a admitir esta expansión de su rol.

Desde la perspectiva de la reparación del dolor, hemos de comentar como surge la actitud de inmovilización, tanto de la parte dañada que el propio estímulo álgido desencadena como reacción inmediata, cuanto inmovilización del comportamiento general, como relación activa del individuo con el medio externo. La actitud de

inmovilización, tanto local como general, es una actitud de preservación y conservación de las propias estructuras de la vida y de la energía vital dedicada ahora a la restauración y recuperación más que a la expresión y expansión de la vida. El dolor a veces impide un movimiento, a veces todo movimiento, pero en general llama a la inquietud; eso tiene importancia dentro de la psicopatología, ya que la vida es inquieta. Más aún, esa constitutivamente inquietud, su consistencia es dinámica de autoconstrucción. De aquí que el dolor, que tiende a provocar quietud, disminuye la vida como dinámica incorporativa o apropiativa, aunque lo haga para preservar las estructuras vitales como es el propio organismo (Pelegrina, 2006).

Es frecuente, cada día más, la tendencia a la inmovilización total de la vida, del comportamiento en el mundo, como actitud frente al dolor, referido en este caso al dolor somático, aunque esto se extiende al dolor psíquico o anímico, es decir, al sufrimiento. El dolor está en el cuerpo vivo, en el organismo, pero el hombre el cuerpo es vivido como propio del sujeto psíquico, no sólo duele sino que me duele a mí. Es un dolor corporal, somático, pero de mí cuerpo, eso implica que todo dolor de en/mí cuerpo me afecta a mí, y por lo tanto, no sólo lo vivo, lo experimento, sino que se torna vivencia doliente, vivencia con el sentido de lo destructivo en el orden anímico, me hace sufrir.

El dolor es somático, el sufrimiento es anímico. El dolor somático es algo vivido corporalmente, con la sensación de lo destructivo en y para el organismo. El sufrimiento anímico es una vivencia destructiva de mi propia vida. Lo afectado en uno y otro caso no es lo mismo aunque se den en el mismo individuo. En el dolor lo afectado es mi cuerpo, en el sufrimiento lo afectado es mi existencia personal, por tanto, es un modo afectivo de relación de la persona con el mundo, consigo mismo o con la propia existencia. Y el sentido afectante es el de la propia destrucción y/o de la destrucción de lo propiamente personal; la destrucción de algo que la constituye o de su propia constitución personal, pues *“el dolor no es un sentimiento sino una sensación emocional”* (Ruitenbeck, 1965). Se sufre por la pérdida del mundo propio, personal, como si a alguien lo quitan de su mundo.

Quienes padecen enfermedades crónicas han aprendido a vivir con los síntomas, así como con los efectos secundarios de los procedimientos médicos. Hemos de recordar

que, en las enfermedades crónicas, se presentan múltiples enfermedades a la vez, que consiguen perturbar la vida del paciente y de su familia; su manejo es complejo y costoso (Strauss, 1999). El impacto lo siente el paciente, la familia y los allegados, en su atención se involucran redes sociales y diversas instituciones (Mercado-Martínez et al, 1999). De tal manera que la contribución de los cuidadores informales en la atención a enfermos crónicos se está destacando cada vez más en la literatura, y en la realidad de lo cotidiano de modo especial en la Atención Primaria de salud en toda nuestra geografía.

El sufrimiento familiar se presenta cuando los miembros de la familia coinciden en percibir como problemática y dolorosa una situación que enfrentan en sus vidas y que supera los recursos y las capacidades percibidas por ellos para afrontarla. Sin embargo, aunque las familias se alteran en sus relaciones con la experiencia de la enfermedad, sigue siendo el principal soporte de cuidado por excelencia. Hay una tendencia clara a que dicho cuidado se organice o se estructure a través de un cuidador principal. L. Barrera et al (2005) definen a este cuidador principal como la persona con vínculo de parentesco o cercanía, que asume las responsabilidades del cuidado de un ser querido que vive en situación de enfermedad crónica discapacitante.

En el sufrimiento y dolor es de destacar el rol del cuidador, que tiene como intención evidenciar que la situación de sufrimiento social y familiar frecuentemente se extiende desde el cuidador principal y el paciente, hasta la familia y la sociedad. Un cuidador sufre cuando la experiencia amenaza su integridad, altera su esfera emocional y afectiva, mantiene una sensación de impotencia y tiene la percepción de que los recursos de su entorno y sus capacidades son insuficientes para afrontar el cuidado de su ser querido (en el caso de cuidador familiar), (Barrera et al., 2005). Sin embargo, no todos los cuidadores viven esta experiencia como sufrimiento; al contrario, algunos lo asumen con gran capacidad para superar la adversidad y con una actitud de resistencia.

Desde la perspectiva de la enfermedad oncológica, se ha considerado que el dolor resultante tiene características que lo hacen diferente del dolor crónico no oncológico, Según J. Bonica (2001) el dolor crónico se presenta aproximadamente en una tercera parte de la población. La frecuencia de bajas y absentismo laboral y el elevado coste

económico constituyen sus repercusiones sociales más importantes como comentaremos en el apartado siguiente de neurobiología del dolor, el dolor crónico difiere del dolor agudo; tal vez la teoría que mejor explica hoy en día el dolor es la teoría de control de la puerta de entrada (*gate-control theory*) de (Melzack, 1965). En ese sentido, el dolor oncológico se considera derivado de una enfermedad “real” con una patología orgánica demostrable y por tanto, su origen es atribuido a causas somatogénicas, principalmente. Por tanto, el manejo que se hace del mismo es a partir de la medicina hegemónica con técnicas médicas, farmacológicas e incluso quirúrgicas. Por el contrario, el dolor no oncológico se origina a partir de mecanismos fisiopatológicos, en gran parte desconocidos o poco claros en la actualidad, y se encuentra muy asociado a factores psico-sociales y culturales, lo que hace que en muchos casos le sean atribuidas causas psicogénicas. Para diagnosticar este tipo de dolor se debe efectuar una valoración global del dolor que incluya tres aspectos: la subjetividad experimentada, por el propio paciente; la multidimensionalidad del dolor; y la variabilidad del mismo (Nabal & Borrel, 2002). Su manejo se hace a partir de estrategias multimodales, integrando técnicas médicas, psicológicas, psiquiátricas y antropológicas, o de terapia física, entre otras. Sin embargo, la evidencia empírica que se mostrará a continuación, indica con claridad que los factores psico-sociales tienen un rol importante en la modulación del dolor en ambos grupos. Existe una diferencia entre estos dos tipos de dolor. Podría pensarse que dicha diferencia parte de la patología de base, de cómo el individuo percibe su enfermedad o de las estrategias de afrontamiento utilizadas en cada caso, y en cualquier caso, se origina en la enfermedad o en el individuo. Los esfuerzos por encontrar, por describir patrones de personalidad dolorosa no han tenido mucho éxito, empleando distintos cuestionarios de personalidad, el más utilizado es el MMPI (Pichot, et al., 1979; Armentrout, et al., 1972; Costello, et al., 1996), que trata de hallar los rasgos psicopatológicos implicados en los pacientes con dolor crónico. Sin embargo, sus resultados no son concluyentes, debido a que en algunos casos aparecen puntuaciones en las escalas de hipocondría, histeria, depresión; en otros estudios los pacientes no presentan puntuaciones alteradas; y en otros, además de las descritas, aparecen otras escalas. En cambio, desde el punto de vista epidemiológico, si se ha

constatado en pacientes con dolor crónico una importante prevalencia de trastornos psíquicos, en especial de trastornos afectivos, tal como señala Almay (1987). Algunos autores (cf. Blumer et al., 1982; Katon et al., 1985) sugieren que los casos de dolor idiopático constituyen una variante de la enfermedad depresiva. Quizás las diferencias encontradas en la experiencia del dolor surjan de la interacción enfermedad – individuo (Jairo et al., 2008). A modo de ejemplo, se considera que ciertas patologías (como las metástasis óseas, o los dolores neuropáticos) suelen producir dolor intenso y son de difícil manejo, pero su diagnóstico no necesariamente predice el nivel de dolor que cada individuo experimentará o informará. Una de las herramienta que nos permite identificar el dolor, concretamente en el dolor neuropático (conjunto de fenómenos sensoriales positivos debido a una disfunción del sistema nervioso con mecanismos fisiopatológicos diferentes), es la escala de LANSS (*Leeds Assessment of Neuropathic Shymptoms and Signs*), que se basa en el análisis de la descripción sensorial y la exploración de la disfunción sensorial del paciente (cf. Bernnett, 2001).

Por otra parte, se considera que los factores psico-sociales son predictores del dolor crónico, especialmente en la lumbalgia (Innes, 2005), pero no se puede afirmar que la ocurrencia de los indicadores psico-sociales en un individuo en particular llevará siempre a la cronificación del dolor. En el estudio llevado a cabo por Turk et al (1998) se compararon tres grupos de pacientes: a) con dolor por cáncer metastásico, b) con dolor por cáncer no metastásico y c) con dolor no oncológico. Los resultados indicaron que, aunque los individuos de los tres grupos informaron niveles comparables de dolor, los pacientes con cáncer metastático presentaron una menor adaptación al mismo, mayor discapacidad percibida, menores niveles de actividad, a la vez que más apoyo social. Los pacientes de los grupos b) y c) presentaron características muy similares. Los autores concluyen lo siguiente: “*contrario a lo que sugieren algunos autores, pacientes con dolor oncológico y no oncológico tienen muchas características en común...*” (Turk et al., 1999: 139-148). Más adelante, Turk & Okifuji (1999) llevaron a cabo otro estudio comparativo, esta vez con el objetivo de examinar la contribución del género a las diferencias entre dolor oncológico y no oncológico. Una vez más, no encontraron diferencias significativas y concluyeron que los perfiles de adaptación

(factores psicosociales) eran mejores predictores de dolor, depresión y discapacidad que el género. Otros estudios han demostrado que factores como la auto-eficacia y las estrategias de afrontamiento y la depresión tienen mayor relación con el dolor y la interferencia que este genera, que la naturaleza misma del dolor (Sist et al., 1998).

La Sociedad Española del dolor nos orienta en varios aspectos muy interesantes referidos al dolor oncológico y no oncológico, en definitiva al dolor, desde la perspectiva del significado de la enfermedad, la transmisión de la información, el rol que juega la familia, cuidadores primarios y soporte social cf. Fordyce (2001):

a) Significado de la enfermedad: desde el punto de vista cultural, existen diferencias entre tener un dolor oncológico y un dolor no oncológico. El dolor oncológico se origina por el cáncer, enfermedad temida en general por todas las culturas, dada su asociación con la muerte y el sufrimiento. El dolor no oncológico, aunque se presenta por enfermedades diferentes al cáncer (artritis, neuralgia, causalgia, fibromialgia, entre otras), con mucha frecuencia favorece la incertidumbre, se asocia con el sufrimiento, la limitación física y la discapacidad. Es evidente la existencia de una relación directa entre la intensidad del dolor y el grado de afectación de la calidad de vida de los pacientes; se aprecia una mayor repercusión sobre el índice físico que el mental en la calidad de vida de la población estudiada. Los indicadores negativos de salud física son padecer artrosis y la intensidad de dolor; los positivos, el dolor visceral y la escasa limitación de la actividad física. Las variables que influyen negativamente en la esfera mental de la calidad de vida están representadas por el sexo femenino, no tener estudios y tener una invalidez de la actividad. (Casals & Samper, 2004).

b) Transmisión de la información: Una vez superado el modelo paternalista /proteccionista de la relación médico/enfermera - paciente, el paciente tiene el derecho reconocido, por principios éticos y legales, de solicitar al médico/enfermera que le explique su enfermedad, sus posibilidades de curación/cuidados, para poder ser copartícipe de las decisiones terapéuticas (Martín & Navarro, 1991). Este aspecto se refiere a las diferencias que existen para dar información al paciente y su familia sobre el diagnóstico, y pronóstico en dolor oncológico y dolor no oncológico. En el primero, se encuentran divergencias, pues para aspectos neurobiológicos, psicológicos y sociales

del sufrimiento; aunque para unas culturas se reconoce que es difícil dar una “mala noticia”, sin embargo, es ético y además necesario hacerlo (Gómez-Sancho, 1994). Para otras culturas, dar a conocer el diagnóstico de cáncer, es considerado una práctica cruel, favoreciendo la aparición de la conspiración del silencio (Holland, 1987).

En un intento por identificar diferencias culturales en la transmisión de información médica en oncología, Holland et al. (1987), obtuvieron datos de 90 médicos trabajando en 20 países. La palabra “cáncer” era frecuentemente evitada en las discusiones con los pacientes y sustituida por otras que implicaban “crecimiento” (tumor, bulto, inflamación).

En cuanto al dolor no oncológico, transmitir la noticia de un diagnóstico que no tiene relación directa con la muerte, de acuerdo con las creencias sociales, no presenta mayor dificultad. Sin embargo, informar sobre un pronóstico “negativo” en términos de que se deberá asumir una discapacidad, limitación e incurabilidad, es también considerada una tarea difícil.

c) Rol de la familia: Se quiere en este punto especificar algunas diferencias que se evidencian en la dinámica interna y que tienen una relación bidireccional con la cultura. En el dolor oncológico con mayor frecuencia se altera la comunicación, y se presenta dificultad para la expresión mutua de las emociones, especialmente cuando se cree que expresar lo que se siente al paciente no le hace bien (Gómez-Sancho, 1994). En esta misma línea, la familia tiende a conspirar el secreto del diagnóstico con la intención de protegerlo del sufrimiento y de la depresión. Se describe en la literatura que en la fase de agonía, la familia entra en una etapa de agotamiento y claudicación. La claudicación familiar es expresión de la elevada sobrecarga afectiva a la que está sometida la familia y consiste, básicamente, en una fuerte crisis emocional con una rendición respecto a los cuidados (Muñoz et al., 2002). A tal punto que la muerte es sentida como un alivio. En las familias de pacientes con dolor no oncológico la tendencia es a comunicar ampliamente y sin restricciones el diagnóstico y tratamiento, excepto aquellas ocasiones en que las malas noticias, están relacionadas con un pronóstico complejo. Sin embargo, el cuidado del enfermo puede llevar a un mayor agotamiento y claudicación familiar dado que la tarea básica de estas familias es aprender a vivir con alguien que tiene

dolor, y no morirá a causa del mismo (Muñoz et al., 2002); es por ello que la muerte no puede considerarse como un alivio próximo.

d) Cuidadores primarios: El cuidador familiar primario o principal está sometido a una carga física y psicoafectiva derivada de las responsabilidades y actividades del cuidado, de la vivencia continua del sufrimiento del enfermo, de los sentimientos propios respecto a la pérdida y de lo que ello representa para su vida futura. Estas cargas, más o menos intensas, constituyen el síndrome del cuidador, en el que trastornos como la ansiedad y la depresión son muy prevalentes, y pueden originar una situación de claudicación familiar (Orr et al., & Sipon e al., 1995). En el dolor oncológico la alteración emocional del cuidador depende con frecuencia del estado emocional del paciente (Rodríguez et al., 2002). En la fase terminal se ha encontrado que con mayor frecuencia los cuidadores con *burnout* están deprimidos, ansiosos y enfermos físicamente (Grover et al., 2006). En el no dolor oncológico sorprende la escasa investigación que evidencie *burnout* en cuidadores primarios, aunque, se sospeche su alta incidencia.

e) Soporte Social: En cuanto al soporte social existe la creencia socio-cultural de que la persona que tiene cáncer va a morir, por lo tanto sufre más y en razón de ello, es prioritario ayudarlo. Así, el sistema de salud, los profesionales, las ayudas económicas ofrecidas por instituciones, las familias y la comunidad en general tienen a los pacientes con dolor oncológico como prioridad en lo que compete a sus responsabilidades. En cuanto al dolor no oncológico, existe la creencia socio-cultural de que dado que no van a morir de su enfermedad (sumado a que en la mayoría de los casos es difícil determinar la organicidad) su sufrimiento es menor. En consecuencia, no son prioridad en la toma de decisiones políticas, económicas, profesionales, ni familiares, llegando en ocasiones a ser considerados un desgaste para el sistema o para el clínico (Baile et al., 2002).

En la revisión llevada a cabo por Fordyce (2001) acerca de las diferencias y similitudes entre pacientes con dolor de origen oncológico y no oncológico, el autor detalla la participación de los factores psicosociales en estos grupos de pacientes, especialmente en los pacientes con cáncer, y hace énfasis en la necesidad de hacer un abordaje bio-

psico-social que facilite un manejo más efectivo. En este sentido, el dolor sin sujeto social se constituye en una construcción socio-cultural de la biomedicina.

Para los sujetos que sufren, en una gran mayoría de los padecimientos psicosomáticos, el dolor es la enfermedad. En ocasiones, es el único elemento que permite designar el mal, al constituirse en la sensación que reifica, hace visible y articula la experiencia del sufrimiento. Hace consciente al sujeto de la existencia de su cuerpo, convirtiéndose por un proceso de resignificación metonímica en la privilegiada fórmula de apreciación de la patología médicamente construida y nombrada. Por el contrario, para la biomedicina, el dolor es el signo-síntoma (equivoco, molesto, no fiable (cf. Perdiguero & Comelles, 2000). Al menos, se puede inferir que el sufrimiento es producto de un dolor físico y el sufrimiento generado por un dolor emocional o social son percibidos y modulado en las mismas zonas del cerebro, según afirma en sus investigaciones (Saunders & Baines, 1983). Estas investigaciones plantean un nuevo paradigma a esclarecer: para el cerebro, el sufrimiento y el dolor son expresiones de la actividad de las mismas áreas topográficas; lo que podría indicar que son matices diferentes de una misma respuesta. Si bien, desde la neurobiología parece claro que los conceptos de dolor y sufrimiento son intercambiables, dada su afinidad en cuanto respuestas humanas ante la amenaza, y a las respuestas neuronales frente al daño (sea este real o imaginario); desde la Psicología dichos conceptos no son considerados intercambiables. Como bien lo especifican Chapman & Gavrín (1999), el sufrimiento, como amenaza a la integridad del sí mismo, comprende una disparidad entre lo que uno espera de sí mismo y lo que uno hace o es. Si bien el dolor se asocia a la amenaza a la integridad física, el grado de dicha amenaza o el daño percibido a la integridad dependerá en gran medida de la interpretación que cada individuo haga de su experiencia de dolor. A modo de ejemplo, el dolor crónico genera limitaciones en el desempeño personal, dependiendo de la severidad de la enfermedad que lo genere, del sitio anatómico de la lesión, pero también de las actividades diarias de la persona que lo padezca y de sus estrategias para afrontarlo. Los autores antes mencionados Chapman & Gavrín (1999), consideran que es la discrepancia entre las expectativas personales y el desempeño real lo que genera una amenaza a sí mismo y a la intensidad del sufrimiento. Mientras mayor sea dicha

discrepancia, mayor será el sufrimiento que enfrente el individuo; cuando la persona logra disminuir esa distancia entre las expectativas y el desempeño (ya sea generando alternativas de manejo y alivio del dolor o transformando sus metas personales), menor será su sufrimiento.

Situados en un contexto más amplio, se puede decir entonces que el sufrimiento aparece ante algo que es percibido por el individuo como una amenaza, en este caso el dolor producido por una enfermedad médica y que será la valoración cognitiva y emocional que haga de dicha amenaza, en conjunto con la ausencia percibida de recursos para afrontarla, lo que indique el grado del sufrimiento. No debemos olvidar, sin embargo, que este proceso aparece inmerso en un conjunto de circunstancias e influencias como el contexto cultural, el grado de apoyo social, las condiciones de vida de ese momento, la funcionalidad previa, entre otras, que irán modulando momento a momento la percepción de la amenaza y de los recursos, de ahí la complejidad y el dinamismo que adquiere el sufrimiento humano.

I. 2.6. El sufrimiento y su contexto psicológico

Como hemos significado, el dolor crónico es un trastorno que padecen millones de personas en todo el mundo. Concretamente en España, el 23.4% de la población sufre este trastorno (cf. Català, 2002). El dolor es sólo uno de los muchos motivos de sufrimiento que viven estas personas, dado que el dolor no va solo, sino que trae consigo oscuros sentimientos y emociones. Una dolencia, en principio física, se convierte en psicológica e incluso social dado que el dolor se extiende afectando a las personas más próximas: pareja, familia, amigos. La depresión y la ansiedad son sin duda las dos emociones más usuales entre los pacientes con dolor crónico. En algunos casos, el dolor también puede desembocar en agresividad dirigida principalmente contra los profesionales o instituciones médicas (Fishbain, 2002). El dolor no sólo provoca emociones tan negativas como la depresión, la ansiedad o la agresividad, sino que puede incluso producir un trágico final en algunas vidas: el suicidio. Parece que no es el dolor *per se* el responsable del suicidio, sino que la variable clave que correlaciona en mayor

medida con el suicidio es la depresión que experimentan algunos pacientes (Fisher et al., 2002). El dolor crónico como vemos es algo más, algo muchísimo más complejo que simplemente sentir dolor.

Cassell (1999) ha contribuido de forma importante en el estudio científico del sufrimiento, haciendo especial énfasis, primero, en su reconocimiento en la práctica clínica y, después, en su definición y conceptualización. Este autor define el sufrimiento como un “malestar generado por la amenaza inminente, percibida o actual, a la integridad o la continuidad existencial de la persona”. Con su definición, el sufrimiento requiere de unos atributos propios al ser humano como son:

- Conciencia de sí mismo: es decir, una percepción de la totalidad del sí mismo como ser y de los estímulos que le afectan.
- Sentido de futuro y de pasado: en tanto que el sufrimiento afecta a quien uno es en el presente, respecto a lo que era en el pasado o respecto a lo que será en el futuro.
- Identidad personal: dado que el sufrimiento afecta la continuidad existencial, es necesario un reconocimiento de quien se es, es decir, una identidad conformada, y finalmente,
- una preocupación por la conservación de dicha identidad.

En este sentido, el sufrimiento es personal en tanto que abarca la totalidad de la persona y las esferas que lo conforman, e individual en tanto afecta al individuo como ser único en el mundo, dueño de una identidad y un sentido de vida que le son propios (Cassell, 1982). Más adelante, (Chapman & Gravin, 1999) retoman lo desarrollado por Cassell y amplían la definición del sufrimiento considerándolo “*un estado afectivo, cognitivo y negativo, que se acompaña de una sensación de amenaza a la integridad, de un sentimiento de impotencia y del agotamiento de recursos para afrontar dicha amenaza*” (Chapman & Gavrin, 1999: 2233-2237). Por ello, el sufrimiento en tanto un daño percibido a la integridad del sí mismo, implica un constructo psicológico que representa el sentido subjetivo de identidad y es por ello que, la vulnerabilidad al sufrimiento depende de quien uno es y qué hace en la sociedad. Los autores (cf. Cassell, 1982; Chapman & Gavrin, 1999) hacen un esfuerzo por esclarecer el concepto de sí mismo o *self* y especifican las dimensiones que lo conforman:

- *Self* neurológico: caracterizado por la representación mental del cuerpo o soma, que tiene cada individuo y que es o podría ser amenazado por múltiples eventos incluyendo la enfermedad, el dolor o la muerte.
- *Self* como agente: el individuo como un agente orientado al logro que interactúa con el mundo y el medio social. Incluye los aspectos vocacionales, laborales, socio-familiares y culturales, así como la consecución de las metas vitales o cotidianas más o menos explícitas.
- *Self* cognitivo: referido a la auto definición, a la conciencia de sí mismo. Incluiría la información contenida en auto-esquemas, como el auto-concepto, la auto-imagen, la auto-estima y, quizás, a aspectos más amplios como la filosofía de vida, el sentido de la propia existencia y la trascendencia.
- *Self* dinámico: referido a las transformaciones lo largo del tiempo que ocurren de manera natural (por ejemplo, el paso por las etapas vitales de la existencia) o bajo la influencia de eventos inesperados. Sin embargo, un interrogante que surge es respecto cómo diferenciar entre los conceptos de sufrimiento y dolor dadas sus similitudes, en cuanto constituyen amenazas a la integridad del ser.

(Parte I)

CAPÍTULO 3

M. Leinenger. Enfermería transcultural

Como primera enfermera profesional que completó el título doctoral en antropología e inició varios programas de enseñanza de Enfermería para Master y doctorado, Leininger posee muchas áreas de competencia e interés. Ha estudiado en profundidad al menos seis culturas importantes y ha realizado diversos estudios etnográficos y de enfermería etnológica. Además de los cuidados transculturales de enfermería. Otras áreas de interés son la educación comparativa y la administración, la teoría enfermera, las políticas de la enfermería, las políticas de la enfermería y la atención sanitaria, los cuidados transculturales, la investigación en enfermería, el futuro de la enfermería y de los cuidados de salud, y el liderazgo de la enfermería. Leinenger ha ganado un reconocimiento internacional en enfermería y otros campos relacionados con su trabajo. Ha insistido a los docentes en las facultades de enfermería para incluir los conceptos de enfermería transcultural y la investigación en los planes de estudio. Si bien muy activa en la enfermería, desde principio de los años 1960 ha estado involucrada en la enseñanza y la investigación de la antropología. Es una de las pocas enfermeras que se mantienen activas en dos disciplinas y que contribuye en a ambos campos.

I.3.1. La enfermería en una sociedad multicultural y el diálogo con la antropología.

La sociedad multicultural del mundo post moderno se caracteriza por la gran complejidad de su estructura, organización y funcionamiento; en ella se desarrolla un conjunto de actores sociales heterogéneos que desarrollan una gran variedad de fenómenos en lo cotidiano. Es precisamente en este tipo de sociedad (entre otras), en la

que se desarrolla el quehacer de la enfermería. Durante las tres últimas décadas, la antropología tiene algo importante que ofrecer a la enfermería, especialmente, para ampliar su visión del mundo con las diferencias y similitudes entre las culturas. Si bien es cierto, que algunos antropólogos muestran interés por la enfermería, la realidad es que han hecho poco para descubrir la contribución de enfermería, al menos con la finalidad de ampliar sus conocimientos de salud y atención sanitaria desde un punto de vista del enfermero.

En un análisis realizado por la *Western Journal of Nursing Research* (2001: 795-806) (cf. Plaza del Pino & Soriano, 2009), podemos comprobar algunas reflexiones y tendencias, acerca de la actualidad de la antropología en los servicios sanitarios y los cambios en la educación-formación de la enfermería. En primer lugar podemos constatar que algunos antropólogos han descubierto que la enfermería es una disciplina que está desarrollando su propio cuerpo único de conocimiento. Una diferencia importante entre la enfermería y antropología es que enfermería es una *profesión* y sus miembros están *autorizados* a servir a la sociedad, mientras que los antropólogos no tienen este mandato social (Chrisman & Maretzki, 1982). Firmes partidarios de las contribuciones de la enfermera-antropólogo, justifican aún más estos puntos con sus declaraciones afirmando que la antropología no tiene un mandato "socialmente sancionado" y por lo tanto, moralmente experimentados. Tal es así, que en el mandato clínico de los servicios, los entendimientos antropológicos deben ser traducidos por antropólogos para que pueda ser pertinente su uso en el cuidado del paciente; lamentablemente, muchos antropólogos y otros científicos sociales se refieren a la enfermería como "medicina"; por su parte, los antropólogos tienen que reconocer que la enfermería es una disciplina independiente y diferente de la medicina. Los antropólogos también, tienen que admitir, que la profesión de enfermería es una disciplina profesional y, como tal, es responsable del desarrollo de la enfermería en sus conocimientos y habilidades para garantizar la atención de una enfermería de calidad. Las orientaciones de las dos disciplinas están diferenciadas. Los médicos por su parte, se centran en el diagnóstico, tratamiento y cura de enfermedades médicamente definidas, lo que entendemos por medicina hegemónica o biologicista. Como contraste, enfermería se

centra en la atención humana y las formas de prevenir/cuidar enfermedades y mantener el bienestar en diversos contextos ambientales.

La falta de conciencia por parte de los antropólogos conceptuales de la enfermería, en sus investigaciones y foros de práctica, se da con relativa frecuencia una frustración en el diálogo significativo entre enfermeras y antropólogos. De ahí, la necesidad de los antropólogos a la hora de estudiar enfermería desde sus aspectos tanto teóricos como de investigación. Como ejemplo tenemos los trabajos de campo sobre cuidados y salud con los Gadsup (1961-1963), Aamodt (1978), Leininger (1978) & Watson (1979) y otros sobre el cuidado de la salud, y sus contextuales características. Estas han contribuido en la promoción de conocimientos de enfermería y en explicar las características esenciales de la enfermería: (...) *Durante más de tres décadas, he mantenido que la atención es el foco central, dominante y único para conocer, explicar y describir la enfermería (...)* (Leininger, 1978: 155-156). Otro apartado interesante de análisis tiene que ver con la falta de interés por parte de antropólogos en el conocimiento de la parte teórica y de investigación de intereses entre antropólogos médicos y enfermeras transculturales.

I. 3. 2. La enfermería transcultural en las ciencias médicas

La enfermería transcultural, profundamente elaborada por Leininger (1978), se ha centrado en la teoría del cuidado cultural comparado, salud y contextos ambientales de individuos, familias y grupos culturales. Estas dimensiones con toda seguridad, son capaces de enriquecer y ampliar los intereses médicos de los antropólogos. Entendemos que si hubiera más atención en este área, aumentaría el interés de las enfermeras por la antropología. Esto por que el conocimiento de microeconomía, patrones de cuidado y salud de diferentes niveles de culturas, con su distintivo de cosmovisión y características socioculturales, se han convertido en las nuevas áreas de conocimiento para la mayoría de los antropólogos. La teoría de la "Cultura de la atención diversidad y universalidad" utilizada desde la década de 1960, sigue generando muchas perspectivas diferentes sobre el cuidado humano y su impacto en la sanidad y el bienestar (Leininger, 1985). Si bien es verdad que tenemos algunos antropólogos médicos

interesados en la salud y comportamiento relacionados con la salud, pero pocos han estudiado sistemáticamente la atención como un poderoso encargo de patrones de comportamiento, bienestar y enfermedad del hombre. De hecho, la mayoría de antropólogos médicos no se han centrado en la atención sanitaria y sus fenómenos porque continúan siendo absorbidos por las enfermedades y sus procesos de curación (Foster, 1974; Young, 1982; Campos-Navarro, 1992)

“Los antropólogos médicos deben replantear sus metas, especialmente a la luz de la actual necesidad de dar mucho más en el campo de la investigación, y poner mayor énfasis en el mantenimiento y promoción de salud. Las Enfermeras transculturales están proporcionando un liderazgo activo para apoyar estas metas mediante la etnografía y otros tipos de etno métodos (métodos de investigación cualitativa en gran medida) al descubrir el significado y las expresiones de atención humana y la salud en las diferentes culturas. Al mismo tiempo que estudiamos las acciones de atención cultural para promover la salud y el bienestar” (Leininger, 2001:797).

En consecuencia, la enfermería se beneficiaría de los resultados de la investigación de los antropólogos en el análisis de sistemas sociales complejos y comparativos, sistemas culturales desde una perspectiva holística. Ciertamente muchas profesionales de la enfermería necesitan mucho tiempo y orientación para analizar los datos de expresiones de lenguaje, cosmovisión y estructuras sociales, para obtener una imagen integral precisa de las necesidades de salud y cuidado de los usuarios de los sistemas sanitarios. Por otra parte, los antropólogos tienen mayor profundidad de conocimientos en este apartado y experiencias en el análisis de los sistemas sociales y culturales, que podría ser de gran ayuda a la enfermería en este ámbito. Por su parte, una perspectiva exacta y completa en la atención sociocultural es esencial para ayudar a los antropólogos con el ánimo de llegar a comprender el comportamiento humano en sus diversos sistemas socioculturales (Leininger, 1981). Algunos autores han desarrollado en sus escritos la relación entre la enfermería y la antropología (cf. Chrisman & Maretzki, 1982;

Dougherty & Tripp-Reimer, 1985; Leininger, 1970, 1978). Estos autores nos dan a entender la necesidad de la investigación para obtener resultados satisfactorios, en la complementariedad de ambas disciplinas; para obtener los beneficios tanto para la enfermería como para la antropología, utilizando las similitudes y diferencias que caracterizan a enfermería y antropología, dado que en última instancia podría fortalecer a ambas disciplinas, y proporcionar una perspectiva mucho más amplia y más profunda del cuidado humano salud y, la prevención de las condiciones desfavorables de grupos culturales. Además, la competencia de la enfermería se ve amenazada cuando estos clientes de culturas extrañas no se sienten satisfechos adecuadamente en sus peticiones. La asignatura de antropología ha tenido un considerable aumento de sus alumnos precisamente debido a esta tendencia social. Los estudiantes de enfermería están deseosos de aprender, concretamente en España se le dio la oportunidad a los diplomados de enfermería de realizar dos años de intenso estudio para obtener la licenciatura en antropología social y cultural (Universidad Católica de Murcia, 1999-2001). Por tanto, se ha convertido en un reto para los antropólogos el entender a la profesión de enfermería, o dejar de atender en su mundo laboral a clientes de múltiples culturas. El cómo entender y tratar específicamente los problemas que culturalmente se basan en la enfermería es la tarea de la transculturalidad, motivo de estudio en las Facultades de Enfermería. Afirma Leininger, aquellas facultades donde se imparte enfermería transcultural han contribuido a estimular y facilitar a los estudiantes de enfermería seguir los cursos de antropología, estableciendo un vínculo de relaciones de colaboración con los antropólogos (Leininger, 1981).

I. 3. 3. El desafío del sentido del dolor en la enfermería.

Dentro de la enfermedad hemos de referirnos indefectiblemente al dolor como fenómeno primariamente subjetivo, que puede variar entre diferentes poblaciones, la modelación social, las normas de grupo y los valores aprendidos, que influyen en la percepción del dolor (Sherwood et al., 2003). Los autores que mencionamos a continuación realizan su enfoque del dolor en el que la multicausalidad está presente en

todos ellos; partimos del dolor como fenómeno complejo, determinado por múltiples causas, resulta de la interacción de factores psicológicos, fisiológicos y socioculturales (Aldana-Vilas, 2003). Hemos de precisar que, los importantes sistemas teóricos de gran influencia en la sociología de la medicina como la perspectiva Freudiana *“El hombre es esencialmente un producto del ambiente psicológico infantil”* en su teoría del psicoanálisis, la perspectiva interaccionista simbólica (Cooley, 1962; Mead, 1968). *“El desarrollo del hombre es una de las exigencias sociales”*, nos muestra al hombre con un comportamiento eficaz y un control activo del medio que le rodea. La socialización primaria es vista como un proceso constructivo a través del cual el individuo se vuelve humano, y no como una experiencia negativa, que frustra la enseñanza infantil, y determina las dificultades psicológicas futuras. El hombre como un agente activo, va construyendo el ambiente, y la acción social mediante la manipulación y negociación de los valores simbólicos; estos valores consisten en las reglas más o menos explícitas y formales de la conducta por la cual el grupo tiende a mantener, para regular y hacer más general y más frecuentes los correspondientes tipos de acciones entre sus miembros. Estas reglas son costumbres y rituales, normas legales y educativas, creencias y objetivos obligatorios, etc.; en ese proceso de adaptación crónico de enfermedad, es interesante apuntar la perspectiva del aprendizaje de Skinner *“Todo comportamiento que intensifique o debilite los estímulos suscitadores de respuestas es susceptible de refuerzo automático. El comportamiento se puede condicionar con el empleo de refuerzos positivos y negativos.”* (Skinner et al, 1972: 117). Básicamente esta perspectiva hace un análisis de las formas por las que la salud es utilizada para resolver problemas en nuestra esfera de actividad social, donde la preocupación en este terreno del conocimiento, es necesaria para conocer hasta que punto las instituciones de salud y sus actores (médicos/enfermeras) tienen un papel social, para alentar las específicas funciones médicas/enfermeras y cuales puedan actuar sobre los sentidos, de tal manera que se debe optar por la aceptación como marco de afrontamiento el uso de las nuevas tecnologías (teléfonos e Internet) para apoyar y motivar el seguimiento de los programas de intervención. No obstante hemos de apuntar con respecto a Skinner que es un conductista más en el grupo de los descendientes de Watson y que lo único que lo

distingue de la mayoría de sus colegas es la intensidad de sus convicciones. Casi la totalidad de las ideas de Skinner son ideas de Watson pero llevadas al último extremo. Como todos los conductistas Skinner sostiene que la psicología es genuinamente una ciencia. Pero, en tanto que otros conductistas dulcifican esta pretensión, Skinner clama que él, ha llevado la psicología al grado de rigor científico que tiene la física. Como todos los conductistas, Skinner rechaza emociones, deseos, pensamientos, sensaciones y, en general, todas las "entidades mentales". Pero en tanto que, la mayoría de los conductistas solo rechazan que las entidades mentales tengan importancia por lo que se refiere al comportamiento, Skinner llega, por lo menos en ciertos momentos, a negar la existencia misma de las entidades mentales. Por lo que a Skinner toca, los seres humanos ni piensan ni sienten. "pensamientos" y "sentimientos" son palabras huecas que no significan nada. Meras reliquias lingüísticas de la época pre-científica en que la gente imaginó la existencia del "hombre interior" para explicar la conducta humana. Como todos los conductistas, Skinner afirma que, el comportamiento depende del ambiente, con excepción de los reflejos fisiológicos básicos, que son hereditarios. Pero Skinner se diferencia de la mayoría de los conductistas porque llega hasta afirmar que, la psicología no tiene ninguna relación con la fisiología. Hay realmente una diferencia fundamental entre el "conductismo clásico" es decir, el conductismo de Watson y el de Skinner. La diferencia tiene que ver con el mecanismo por el que el condicionamiento se efectúa.

En cuanto a los factores fisiológicos que intervienen en el dolor, mencionar el sistema nervioso central al cumplir la función de relacionar el organismo con el mundo circundante mediante receptores específicos, centros de reflexión y vías eferentes que tienen relación con la movilización del cuerpo. El sistema nervioso vegetativo, en cambio, controla el mundo "interior", con todas las funciones viscerales, inconscientes a través del sistema simpático y parasimpático. Por su parte, los factores socioculturales han sido tratados en profundidad a lo largo de este trabajo, no obstante es procedente recordar que cuando Fábrega (1990) escribe su ya famoso alegato sobre la necesidad de recuperar para la medicina el discurso sobre lo social y lo cultural, lo llevó a cabo desde su doble condición de médico y antropólogo, ciertamente estamos ante un

importante desafío. Por un lado, los científicos con base de formación social y humanística, que desde la perspectiva de la salud pública, la enfermería, la promoción y prevención de la salud, volvemos los ojos hacia las ciencias sociales, como recurso para la explicación de la salud, la enfermedad, sufrimiento y dolor en el hombre, manteniendo la defensa del paradigma en el que lo social y el medio ambiente, representan la clave del entendimiento de la realidad y su propia identidad. Sin embargo, si resituamos el dolor, sufrimiento y padecimiento en unidades de significación más allá de lo que expresa el concepto dolor, con el ánimo de su comprensión y análisis desde la construcción individual y/o socio somática de los sentimientos, de las percepciones, ya que no adquiere su pleno sentido más que en su incardinación a una experiencia individual que se desarrolla en un proceso de constitución, históricamente determinado y contextualmente edificado, de relaciones sociales que proporcionan a las personas que sufren en el marco cognitivo, explicativo y operacional para encarnar⁶, afrontar y solucionar los problemas derivados del padecimiento (Otegui, 2000). Por tanto, el dolor debe ser estudiado como algo más, y diferente de una mera respuesta neurofisiológica a un estímulo que se intuye como amenazante, si es que queremos, de verdad, captar las complejas interrelaciones entre lo biológico, lo psicológico, lo social y lo cultural, que pone en marcha el enfrentamiento con una experiencia de padecimiento. Tal es así, que el dolor, resignificado como sufrimiento, puede ser considerado un operador simbólico de primera magnitud para investigar las formas sociohistóricas y culturales de plasmación de relaciones sociales más amplia (Otegui, 2000). A un paciente al que se le explica antes de ser operado cómo se va a sentir después, cuánto le va a doler y cuánto tiempo le durará el dolor, generalmente necesita menos analgésicos después de la cirugía que el paciente que no está preparado. Sin embargo más que en la reducción de fármacos que alivie el dolor de lo cual no hay evidencia científica los estudios están orientados a la posible reducción de la ansiedad e incluso depresión en los pacientes pre y post quirúrgicos. Concretamente en enfermería el trabajo llevado a cabo por un equipo de enfermeras en

⁶ El concepto de encarnación ha sido desarrollado por García-Selgas (1994) en un intento de problematizar la dicotomización impuesta por la ideología occidental entre cuerpo y espíritu/mente y su supuesta autonomía.

Vic (Cataluña) sobre el efecto de una visita prequirúrgica de enfermería perioperatoria sobre la ansiedad y el dolor, donde concluyen que una visita prequirúrgica estructurada de enfermería, reduce la ansiedad situacional, mejora la satisfacción hacia el proceso asistencial quirúrgico y no modifica la percepción del dolor agudo postoperatorio (Chirveches-Pérez et al, 2006). Dentro del mundo sanitario es conocida la importancia de la información preoperatoria como variable significativa de la reducción de la ansiedad del paciente quirúrgico (Spielberger, 1970; McDonald, 2003; Barrio, 1999; Gálvez et al 2006).

En nuestro medio se ha observado, en la Atención Primaria de Salud, que la demanda de analgésicos es mayor entre la población autóctona que entre los inmigrantes (latinos, africanos y asiáticos). Ciertamente, la complejidad del dolor es creciente si atendemos a la diferencia de clases sociales, dado que, en la conformación de las ideologías vemos que la sensibilidad como elemento de distanciamiento de lo natural se intuye en el vector de distinción de clases dominantes; se expresa claramente en esta producción de sentido y significación del dolor, donde podemos rastrear los instrumentos políticos que utiliza el poder para reproducir unas determinadas relaciones de dominación (Das, 1995). Podemos hablar de la conceptualización de categoría de resistencia y aguante ante una adversidad, y dolor como valor positivo y su correlación con una determinada socialización por géneros en nuestra sociedad. Por un lado, los varones implican su necesaria absorción de unas categorías ligadas a la fuerza, entendida como capacidad de aguantar y no manifestar los sentimientos de dolor ante una agresión externa o interna. Los juegos violentos y la necesaria acomodación de los niños a los golpes sin quejarse tendrían como objetivo la modelación de unas ideologías que, después de valorar la fuerza y la resistencia, atribuyen a uno de los géneros su exclusividad (Das, 1995). Desde esta perspectiva, en nuestra sociedad industrializada, global y avanzada, se mantienen actuaciones no sólo sanitarias, sino también familiares, basadas en la conceptualización de categoría de resistencia y aguante ante una adversidad, como es el dolor/sufrimiento, y su atribución exclusiva al género masculino. Por otra parte, la utilización de la religión como estrategia de afrontamiento del dolor se asocia con un mayor grado de desadaptación. Esto queda reflejado en los resultados obtenidos en los

trabajos de diferentes autores (cf. Hill, 1993; Geisser, 1994) o en estudios que muestran cómo el uso de estrategias de afrontamiento pasivas se asocian con una sintomatología depresiva de mayor gravedad, así como una adaptación negativa al dolor (cf. Brown et al, 1989; Brown & Nicasio, 1987). De esta manera vemos como el cuidado de la salud como práctica social, ya sea cotidiana o institucional, tiene su génesis y se estructura a través del saber cultural, las instituciones sociales y las personas en el mundo de la vida. En los diferentes grupos sociales se encuentran formas diversas de sistemas de salud que corresponden a formas particulares de comprender el fenómeno salud-enfermedad (Duque-Páramo, 2002). Son muchas las formas de tratar las enfermedades y sus prácticas de curación, todas ellas van de la mano con las formas culturales de los habitantes; estas diferencias llevan explícita la idea respecto a como entender el proceso degenerativo/regenerativo de la salud, así como las diversas formas de tratar y ver las enfermedades (Díaz, 2008). Observamos, como independientemente del modelo de medicina hegemónica en el marco de la salud /enfermedad, existen otros modelos médicos que explican la salud, la enfermedad y el dolor, como la medicina convencional alópata, la homeopatía, la acupuntura y las medicinas tradicionales populares. Todos estos modelos o formas de hacer medicina, no dejan de ser más que, productos históricos y cambiantes de una determinada cultura (Almaguer et al, 2003). Si bien es cierto, como hemos comentado que la cultura forma parte del mantenimiento de salud, o forma parte del afrontamiento del dolor, hemos de afirmar también que, los múltiples conceptos de cultura no nos ponen nada fácil su utilización a la hora de intervenir; por ello es que, Leininger es autora de un conocido manual de investigación cualitativa (Leininger, 1985), en el que ha creado escuela en torno a sus estudios sobre la etnoenfermería, siendo hoy muy frecuente que los investigadores que se especializan en enfoques cualitativos, lo hagan fundamentalmente para desentrañar la maraña cultural que condiciona muchos comportamientos sobre la salud (Morse, 1996,; Denzin-Lincoln, 2003).

I. 3. 4. La enfermería, el dolor y la contribución de la cultura en una sociedad de riesgo.

Atendiendo a la competencia relacional en enfermería, junto al saber teórico y práctico, se encuentra el saber ser profesional: actitudes y habilidades que se despliegan como intervención y cuidado enfermero. Los profesionales de la enfermería tienen cada día una mayor variedad de pacientes, de personas a las que cuidar, personas aquejadas de dolor y sufrimiento. No se trata ya tanto del paciente tradicional, de su propio vecino muchas veces, sino que son personas que llegan de muy diversos lugares y con distintas características y, en ocasiones, procedentes de culturas diferentes a la nuestra. De ahí la necesidad de conocer los condicionantes del paciente contextualizándolo en su propia cultura, comprenderlos desde su perspectiva, de entender qué es la salud y la enfermedad, en que contexto cultural sufren estos individuos de cara a optimizar la relación persona a persona con ellos. Para poder entender lo expuesto anteriormente, podemos recurrir a la transculturalidad que se define como

“Aquellos fenómenos que resultan cuando los grupos de individuos, que tienen culturas diferentes, toman contacto continuo de primera mano, con los consiguientes cambios en los patrones de la cultura original de uno de los grupos o de ambos” (Herskovits, 1995: 565).

La transculturalidad, al igual que la multiculturalidad o interculturalidad, son conceptos que comprenden en su interior el término cultura, si bien cada uno de ellos hace referencia a algún aspecto concreto de ella; así la transculturalidad incide más en los sistemas de creencias y valores. Pero, la dificultad se nos presenta en el momento de entender qué es cultura. Cuando un antropólogo habla de cultura no se refiere al conjunto de saberes académicos sino a otros conceptos de mayor calado y profundidad. Son muchas las definiciones que se han dado de la cultura desde que (Tylor, 1871) lo hiciera por primera vez. Cada una de ellas, de las definiciones, incide en algún aspecto concreto de la misma. No obstante, la cultura es algo que trasciende al hombre y lo

comprende, la cultura debe ser entendida como un todo integrado, que abarca desde el sistema de creencias al sistema tecnológico pasando por los conocimientos, costumbres, leyes, artes, etc. y que permite al hombre, al ser humano, vivir en sociedad, o como dice el profesor Gómez García: “*Antropológicamente hablando, es la cultura lo que confiere sentido a nuestras vidas*” (Gómez, 2000: 1).

Aunque no es motivo del nuestro trabajo la crítica del concepto cultura, es interesante tener en cuenta el análisis que lleva a cabo Geertz (1973-1992) que, en los últimos años, ha venido tratando la cultura de los pueblos que estudiaba como un “*conjunto de textos, que forman conjuntos de ellos mismos*”, y que el antropólogo debe interpretar como si de textos literarios se tratara (Geertz. 1972: 29). Dichos textos, sin embargo, incorporan actividades sociales cotidianas de gentes que están implicadas en una acción simbólica, y no solamente en un sistema ideacional abstracto. Nos recuerda Clifford Geertz:

“La antropología, al menos el estudio cultural, trabaja en medio de acusaciones de irrelevancia, parcialidad, ilusión e impracticabilidad. No obstante continua trabajando. Por mucho que concentremos nuestra atención sobre los hechos supuestamente duros de la existencia, quien posee los medios de producción, quien tiene las armas, los informes, los periódicos, los hechos supuestamente blandos de la existencia, qué piensa la gente de la existencia humana, cómo piensa qué se debería vivir, en qué basan sus creencias, qué legitima el castigo, en qué se sustenta la esperanza, se agolparán para poner en duda las representaciones simples del deseo, el poder, el cálculo y el interés. Cualesquiera que sean las debilidades del concepto cultura (culturas, formas culturales) no hay nada que hacer, a no ser seguir adelante muy a su pesar. La indistinción, voluntaria o congénita, de estas tonalidades, por muy beligerante que sea, no nos ayuda” (Geertz, 1996: 52-53).

Ciertamente Hannerz (1989) se inclina por el pensamiento sobre cultura que realiza Redfield (1962) nos hace referencia que tenemos casi la obligación de aceptar el

concepto de cultura, poniendo énfasis en las diferencias culturales que van a pertenecer a colectividades que son permanentes y concretas aunque U. Hannerz añade que:

“Le interesa la manera en que este animal humano, inacabado y que aprende, cubre el vacío de información por medio de la participación en la vida social, y, por tanto, la manera en que estos modos adquiridos de pensamiento y de acción se vuelven socialmente organizados; y esto, prescindiendo de que comparta con personas de su grupo, como cualquier otro ser humano o bien con nadie”
(Hannerz, 1998: 64).

Si bien es importante obtener y producir definiciones de la cultura, más decisivo es analizar el uso de los factores culturales respecto de problemas específicos, y no sólo para observar la similitud o diferencias, o discrepancias existentes entre las definiciones y los usos, sino porque partimos del supuesto metodológico de que en los usos observamos la orientación real dada a las categorías (Menéndez, 2000). La especificidad de los procesos y problemas redefinen el tipo de factor cultural y el tipo de articulación utilizados. Tal es así que, un mismo factor cultural no tendría necesariamente la misma significación cuando es aplicado a procesos de salud-enfermedad, atención que cuando es aplicado, por ejemplo a procesos religiosos; muchos malos entendidos y, sobre todo, sesgos antropológicos proceden de esta falta de diferenciación, partiendo del reconocimiento de la prioridad y significación de los factores culturales en unos casos, o de los factores económico-político en otros, se va reduciendo el peso de uno u otro de estos factores, y van pasando a un primer plano la importancia de la aplicación de técnicas sociológicas y en mayor medida psicosociales, psicológicas y biomédicas. Si bien podemos encontrar una notable variedad de procesos que permiten explicar la significación y orientación dada a los factores culturales, sólo el análisis de la producción etnográfica puede dar cuenta de las razones del uso y desuso de los factores culturales en los procesos de salud-enfermedad y atención (Perdiguero et al, 2000).

No obstante, no se puede, ni se debe, obviar la diversidad tanto biológica como cultural del hombre. Y es en este aspecto donde el concepto de enfermería transcultural cobra

sentido, en tanto que cada cultura requiere un tipo de atenciones, que varía según los distintos significados del qué es cuidar, de los diversos tipos de prácticas y creencias que sobre la salud y la enfermedad se tengan. La enfermería, la medicina, en general la sociedad vive en la denominada sociedad de riesgo. Este concepto describe una fase de desarrollo de la sociedad moderna en los riesgos sociales, políticos, ecológicos e individuales creados por el impulso de innovación eluden cada vez más el control y las situaciones protectoras de la sociedad industrial (Beck, 2006: 111). Ulrich Beck. distingue dos fases entre la sociedad industrial y la sociedad de riesgo. En la primera se producen de forma sistemática consecuencias y auto amenazas, aunque éstas no son el tema de debate público, ni están en el centro del conflicto político. Esta fase está dominada por la auto identidad de la sociedad industrial, que, de forma simultánea, intensifica y legitima como “riesgos residuales”. Surge una situación distinta cuando los peligros de la sociedad industrial dominan los debates público, político y privado. En este momento, las instituciones de la sociedad industrial producen y legitiman peligros que no pueden controlar. Es decir, por un lado, la sociedad sigue tomando decisiones y actuando conforme a las pautas de la antigua sociedad industrial; por otro lado, los debates y conflictos se originan en la dinámica de la sociedad del riesgo ya que se están superponiendo a las organizaciones de intereses, el sistema legal y la política (Beck, 2006: 114). En este punto debemos recordar el concepto de *modernización reflexiva* (Lash, 1992; Merten & Olk, 1992; Rauschenbach, 1992; Zapf, 1992; Beck et al, 1992; Beck, 1997).

“Por doquier se habla del fin..., del estado nacional, de la democracia, de la naturaleza, del individuo, de la modernidad. Va siendo hora de preguntar por el principio que se halla oculto en cada final, también en aquél. La perspectiva de modernización reflexiva enlaza ambos enfoques del problema: a la pregunta de qué se disuelve se contrapone la de qué surge: la pregunta sobre los contornos, principios y oportunidades que ya hoy se perfilan de una segunda modernidad, no lineal, global, «con intenciones cosmopolitas» (Kant). Sin embargo, plantear esta cuestión no significa para nada poder responderla también. Para

prácticamente todas las esferas del accionar social se afirma entretanto, furtiva o eruptivamente, que se está produciendo un derrumbe de lo que hasta el momento se han considerado evidencias básicas. Aunque esta ambivalencia resulta llamativa: lo que para unos se aparece como decadencia y crisis, a otros se les antoja un impulso hacia nuevas riberas. Donde más claro se ve esto es allí donde hasta 1989 dominaron las «eternidades» del conflicto Este-Oeste: en la política exterior, pero también en la interior, al igual que en el esquema izquierda-derecha de los partidos políticos” (Beck, 2006:114).

Ya en 1992 Ulrich Beck nos hace referencia a su teoría de la sociedad y nos presenta un diagnóstico cultural (Beck, 1992) donde estos conceptos los describe en un estadio de modernidad en el que los peligros producidos en el curso del desarrollo de la sociedad industrial se hacen predominantes. En los últimos tiempos, desde la segunda crisis del petróleo (1979) hasta la actualidad, se produjo un cambio social acelerado que generó perplejidad, pues los actores sociales continuábamos operando con categorías forjadas para pensar en las sociedades del pasado, pero aún no disponíamos de los conceptos adecuados para comprender la innovación. La perplejidad engendró temor, búsqueda de la seguridad, es decir, con frecuencia el recurso a soluciones apresuradas. La omnipresencia en nuestro tiempo de las cuestiones relativas a la identidad, no es ajena a la perplejidad generada en los años ochenta y noventa por el auge del neoliberalismo (Álvarez-Uría, 2007: 123).

Sin embargo, hemos de reconocer la muy significativa disociación entre las orientaciones culturales de la biomedicina, y las de una parte de la población en demanda de una investigación en antropología de la medicina, cuya finalidad es verificar e interpretar los procedimientos controlados de la intervención. De hecho, ha ido en aumento el cuerpo de conocimiento en antropología de la medicina, dirigido a la programación y el control de la eficacia de la actividad sanitaria con el fin de enlazar culturalmente la red de usuarios con las instituciones sanitarias. Es aquí, precisamente, donde la enfermería transcultural tiene especial relevancia a la hora de poner en práctica los conocimientos antropológicos, ajustando la cultura y la organización de los servicios

a sus destinatarios; y, por otro lado, orientando la cultura y el comportamiento de la población en la dirección en la que el estado de la investigación y docencia parece poder garantizar una máxima probabilidad de salud. Una vez más la profesión enfermera, dentro del mundo de las ciencias de la salud, es la que debe marcar y marca en la actualidad la impronta cultural de cambio a través de los programas diseñados en Educación Para la Salud (EPS). Estas nuevas exigencias del cuerpo de conocimiento en antropología de la enfermería, y por ende de la medicina, en su constante puesta al día y ampliación, no disminuye el valor de cuanto se ha realizado hasta ahora, no sólo a causa de la progresiva implicación de nuevos territorios, estratos sociales y grupos étnicos, sino también por la aparición de nuevos riesgos y problemas, por el mismo desarrollo de la investigación y la práctica biomédica. En suma, conseguir además de una utilización más racional de los servicios y de los recursos en la biomedicina que se ofrece a los usuarios de los sistemas sanitarios, entrar en la toma de conciencia de los factores de riesgo inscritos en las propias condiciones de la vida y el trabajo, todo ello, debe traducirse en impulsos reivindicativos dirigidos a conseguir la objetiva reducción de riesgos y la creación de las condiciones objetivas indispensables para la adopción de aquel tipo de comportamiento que las intervenciones de educación para la salud proponen a la población (Seppilli, 2000).

En un sentido amplio la salud opera en oposición o ausencia de una enfermedad, se encuentra sano quien no ha desarrollado ninguna dolencia sin sintomatología (Flores-Guerrero, 2004 - 2011). Al respecto es la OMS la que lanza al mundo su definición de salud: *“Estado de bienestar completo, físico, mental y social, y no la mera ausencia de dolor o enfermedad”*. Si bien es verdad que esta definición no fue satisfactoria y recibió en su momento abundantes críticas tales como que, equiparar bienestar a salud, no siempre es verdad. Es más una declaración de principios y objetivos que una realidad, un “bienestar físico mental y social” es difícilmente alcanzable. Es una definición estática, sólo considera como personas con salud a las que gozan de un bienestar físico, mental y social; la salud es dinámica, existen diferentes grados de salud positiva. Es una definición subjetiva, no se refiere al aspecto objetivo, capacidad de funcionar de la salud. La definición negativa de salud nos va poner de manifiesto que es ausencia de

enfermedad o enfermedad aparente, englobando a todos aquellos que no se sienten enfermos, o que no muestran señales de enfermedad con exámenes de cuidado.

La enfermedad es en primer lugar la expresión y la toma de conciencia personal de una alteración psicosomática vivida como desagradable e incapacitadora. Cada enfermedad reflejará un tipo de conducta y de actitud que de respuesta al dolor y sufrimiento (Díaz, 2008). Por otra parte, desde la visión del paradigma biologicista, la enfermedad opera como un hecho científico externo al individuo, siendo su causa una bacteria, un virus, un parásito u otro elemento patógeno (Flores, 2004). Claro está, que la existencia de una patología no infecciosa y la mayor valoración de los factores sociales, nos lleva a la llamada cadena multicausal. Morris¹(1985) introduce la llamada “Cadena de acontecimientos” que de hecho, tendrán gran influencia en el enfermar como son, la herencia genética, el ambiente y ciertos hábitos individuales (alimentación ejercicio, consumo de tóxicos, etc.). En definitiva, se introducen los estilos de vida como factor causante de enfermedad, y no solo los agentes patógenos capaces de producir la misma. De esta manera se reafirma el individualismo inherente a la concepción burguesa del proceso salud enfermedad, al considerar la enfermedad como respuesta a los estilos y modos de vida y otros riesgos como los laborales, y reducir el entorno al mero papel del transporte o soporte de los factores etiológicos. Sin embargo, la entrada del paradigma integral busca explicar el proceso de transformación de la naturaleza realizado por la persona, a través de su comunidad, en su esfuerzo por sobrevivir mediante la obtención de alimentos y la apropiación de la naturaleza. Este proceso de transformación supone una actitud de intervención consciente y activa por parte de la persona, que mantiene de esta manera, dos tipos de relaciones: relaciones con la naturaleza, que llegarán a adquirir un carácter tecnológico, a través del trabajo y relaciones con los otros individuos, que tiene un carácter social y están determinadas por las relaciones de producción. La enfermedad es aquí considerada, por tanto, como la respuesta biológica a la agresión ambiental configurada por el modo de producción. Si bien la enfermedad, dolor, sufrimiento y muerte son estados que afectan a la generalidad de la población sin excepciones, la observación de estos fenómenos evidencian importantes diferencias, tanto en su secuencia histórica, como en su distribución espacial y social, ya que la

incidencia y la prevalencia de la enfermedad son fenómenos diferenciales, configurados por un proceso histórico determinado por la relación de clases, y que manifiesta una dinámica de cambio, identificada en la comunidad a través del estudio del patrón epidemiológico.

Hemos de recordar, que el espacio no es sólo el sustrato físico de la comunidad biótica sino que, sobre todo, es el lugar de su actividad. Su estructura es el resultado de la historia de esa comunidad y, por tanto, no pueden analizarse los aspectos diferenciales referidos sólo a tiempo y espacio, sino que ambos deben ser integrados en su contexto social y en un proceso histórico. Es decir, a la percepción espacio temporal debemos añadirle la correspondiente a las diferencias sociales observadas. Por tanto, cada formación social, cuando configura la sociedad, mantiene o crea las estructuras específicas de enfermar mediante un complejo proceso multidimensional en el que el trabajo, el urbanismo y la ideología son estructuras dominantes y las relaciones sociales las determinantes. La enfermedad, el sufrimiento, el dolor y muerte, son respuestas biológicas a una agresión ambiental históricamente configurada (Mazarrasa, 1996).

Es evidente que la forma como la persona percibe, experimenta y enfrenta su enfermedad, es la experiencia personal, interpersonal y cultural de la patología. Las creencias de la enfermedad son parte de las ideas que cada grupo tiene acerca de cómo se ubica en la existencia humana. Además de explicar la enfermedad, la cultura moldea las experiencias de los síntomas (Lipson, 2002). A partir de estas cosmovisiones de conceptos de salud y enfermedad, que como es natural acarrearán dolor y sufrimiento hemos de reflexionar y entender que una población simboliza e interpreta una realidad, que da sentido y valor, y nos colocamos frente ella a través de las instituciones y las propias dinámicas del sistema social y, por tanto, en las condiciones objetivas de existencia de los hombres que la componen. Tal es así, que cada intervención dirigida a modificar un determinado grupo social, una creencia etiológica o un ritual terapéutico especial, pone en cuestión correlaciones sociales, órdenes ideológicos, y equilibrios subjetivos bastante más profundos y resistentes de lo que a menudo se sospechan. Un salto de calidad importante que está transformando el conjunto de la antropología de la medicina, ampliando su densidad crítica, modificando sus relaciones con otros ámbitos

de la investigación y deslazando su significado operativo, ha sido la ampliación en el campo de la investigación, es decir, ir más allá del estudio de la alteridad (condición de ser otro) en su trabajo (Seppili, 2000).

Por tanto, entendemos que un área de principal importancia de la enfermería hoy en día se centra en el estudio y el análisis comparativo de distintas culturas del mundo en relación con sus conductas en el cuidar. Cuidados de enfermería por otra parte, orientados hacia los valores, creencias y patrones de conducta relativos a la salud-enfermedad, con la finalidad de desarrollar un cuerpo de conocimientos en el área científica y humanística para proporcionar la práctica de unos cuidados de enfermería específicos y universalmente culturales, que nos ayuden entre otros aspectos, al afrontamiento del dolor sufrimiento y muerte.

I. 3. 5. La enfermería transcultural como enfoque antropológico

No cabe la menor duda que, a lo largo del tiempo, la enfermería ha cambiado, ha evolucionado, de ser una mera aplicación de técnicas determinadas ha abierto su campo de acción a otros ámbitos, como el de la prevención y el del desarrollo. No obstante, al igual que muchas otras disciplinas, como la Antropología Social, cuyo objeto de estudio es el hombre, es a partir de la II Guerra Mundial cuando se inicia la profunda transformación de la enfermería, comenzando el proceso que la ha llevado de estar al servicio de la medicina a tener una entidad independiente.

La confluencia de diversos hechos políticos, económicos y sociales derivados de la II Guerra Mundial, como es la presencia de un nuevo tipo de emigración, hizo que los profesionales de la enfermería debieran atender y cuidar a un colectivo cada vez más heterogéneo de pacientes. Como una de las posibles respuestas a estas nuevas necesidades surge, en los Estados Unidos de los años 50, la denominada “enfermería transcultural” que intenta unir la práctica de la enfermería con los conocimientos de la antropología.

Un caso señalado del enfoque antropológico no sólo del dolor sino de forma integral de la salud y la enfermedad lo encontramos sin duda como hemos mencionado en

Madeleine Leininger, primera enfermera antropóloga profesional de EE.UU., que tras doctorarse en antropología, trabajó con los Gadsup de las tierras altas orientales de Nueva Guinea (Papua), con quienes vivió sola durante año y medio, dirigiendo un estudio etnográfico de cuidados y salud, a partir del cual desarrolló su teoría de los cuidados transculturales. Entre los años 50 y 60, identificó diversas áreas comunes entre la antropología y la enfermería, cuyas maneras de complementariedad condensó en dos libros: *Nursing and Anthropology: Two Worlds to Blend* (Leininger, 1970) y *Transcultural Nursing: Concepts, Theories and Practices* (Leininger, 1978), en los que sentó las bases de su modelo de enfermería transcultural. Cuando Leininger nos habla de la cultura se refiere a

“Las acciones dirigidas a ayudar, apoyar o capacitar a otro individuo (o grupo) con necesidades reales o potenciales a aliviar o mejorar la situación humana o modo de vida. La cultura es la "lente" con la que miramos la realidad e interpretamos el mundo, el "código" con el que leemos todo lo que se nos presenta al paso; la realidad es ya una interpretación cultural que hace la persona desde un mundo de la vida compartido con otras personas en los grupos sociales” (Leininger, 1997: 341-348).

La pretensión de la enfermería transcultural se extiende más allá de una apreciación abierta de las distintas culturas, para proporcionar una base cultural, una conceptualización cultural, una planificación cultural y una operatividad cultural, a los conocimientos y a la práctica de los profesionales de enfermería. Leininger ha afirmado que

“Dentro de cierto tiempo habrá una nueva taxonomía de la práctica de la enfermería que reflejará distintos tipos de cuidados que están culturalmente definidos, clasificados y verificados como guía para proporcionar cuidados de enfermería” (Leininger, 1978: 127).

Además Leininger afirma que

“La enfermería transcultural se está convirtiendo en uno de los subcampos de estudio, investigación y práctica más importantes, relevantes y altamente prometedores del futuro de la enfermería. Para que la enfermería sea importante para el mundo, los conocimientos de la enfermería transcultural serán tan imperativos como los conocimientos amplios y específicos y las habilidades lo son para la enseñanza y la práctica de la enfermería” (Leininger, 1978: 128).

La teoría de la enfermería transcultural se define como un conjunto de conceptos e hipótesis interrelacionados de la enfermería transcultural, que tienen en cuenta las conductas que cuidan, los valores y las creencias basados en las necesidades culturales de los individuos y los grupos, para proporcionarles unos cuidados de enfermería eficaces y satisfactorios; y si tales prácticas de enfermería fallan en el reconocimiento de los aspectos culturales de las necesidades humanas, la práctica de la enfermería se traduciría en menos eficaz y en algunas consecuencias desfavorables para los beneficiarios.

Con el ánimo de llegar a una mejor comprensión de estos aspectos volvemos la vista a Leininger (1999) cuando nos define numerosos y acertados términos dentro de su teoría; haremos mención de los más importantes:

Cuidados (sustantivo): Se refiere a los fenómenos abstractos y concretos, relacionados con las actividades de asistencia, apoyo o capacitación dirigidas a otras personas que tienen necesidades evidentes o potenciales, con el fin de atenuar o mejorar su situación o modo de vida.

Cuidar (verbo): Se refiere a las acciones y actividades dirigidas a la asistencia, el apoyo o la capacitación de otras personas o grupos que muestran necesidades evidentes o potenciales, con el fin de atenuar o mejorar su situación o modo de vida o de afrontar la muerte.

Cultura: Es el conjunto de valores, creencias, normas y estilos de vida aprendidos, compartidos y transmitidos dentro de un grupo determinado, que orientan sus razonamientos, decisiones y acciones según modos de acción predeterminados.

Cuidados culturales: Son todos los valores creencias y modos de vida aprendidos y transmitidos de forma objetiva que ayudan, apoyan, facilitan o capacitan a otras personas o grupo a mantener su estado de salud y bienestar o a mejorar su situación y estilo de vida o a afrontar la enfermedad, la discapacidad o la muerte.

Diversidad de los cuidados culturales: Alude a la variación y / o diferencia que existen en los significados, modelos, valores, modos de vida o símbolos relacionados con la asistencia, dentro de una colectividad o entre grupos humanos distintos, con el fin de ayudar, apoyar o facilitar medidas asistenciales dirigidas a las personas.

La Universalidad de los cuidados culturales: Es un término referido a los significados, modelos, valores o estilos de vida o símbolos comunes, semejantes o dominantes que se manifiestan entre las diversas culturas y reflejan las formas en que dichas culturas asisten, apoyan, facilitan o permiten medios para ayudar a las personas.

Enfermería: Es una profesión y una disciplina humanística y científica aprendida, que se centra en los fenómenos y actividades de asistencia a los seres humanos, con la finalidad de apoyar, facilitar o capacitar a las personas o a los grupos a mantener o recuperar su bienestar (o su salud), de manera beneficiosa y dotada de sentido culturalmente, o para auxiliar a la hora de afrontar la discapacidad o la muerte.

Visión del mundo: es la forma en que las personas suelen concebir el mundo o el universo para formarse una imagen o una escala de valores sobre su vida o en el entorno que lo rodea.

Dimensiones estructurales culturales y sociales: Se refiere a los esquemas y características dinámicas de los factores estructurales y organizativos interrelacionados de una determinada cultura (subcultura o sociedad), que incluye valores religiosos, de parentesco (sociales), políticos legales, económicos, educativos, tecnológicos, culturales y factores etnohistóricos, y a la forma en que se interrelacionan estos factores para influir en la conducta humana en diferentes contextos ambientales, referido a la totalidad de un hecho, de una situación o de las experiencias particulares que dan

sentido a las expresiones, interpretaciones e interacciones sociales humanas en determinados espacios físicos, ecológicos, sociopolíticos y / o culturales.

Cuando se menciona la etnohistoria, se refiere a los hechos, sucesos, circunstancias y experiencias del pasado de los individuos, grupos, culturas e instituciones que se centran principalmente en la persona (etno) y describen, explican e interpretan los modos de vida humanos, en contextos culturales concretos y durante períodos de tiempo largos o breves.

En cuanto al sistema asistencial genérico popular o local, se aplica a los conocimientos y técnicas nativos o tradicionales y populares domésticos, que transmite y utilizan para brindar cuidados, apoyo, capacitación o facilitación a otras personas, grupos o institución con necesidades reales o previstas, con el fin de mejorar o potenciar su modo de vida humano o su estado de salud o bienestar o afrontar situaciones de discapacidad o de muerte.

Sistema(s) asistencial(es) profesional(es): Conjunto de conocimientos y prácticas de asistencia, salud, enfermedad, bienestar y otros conceptos relacionados, que predominan en las instituciones profesionales que cuentan normalmente con personal multidisciplinario para la asistencia de sus usuarios.

Salud: indica un estado de bienestar que se define, valora, práctica culturalmente y que refleja la capacidad de los individuos o grupos para realizar sus actividades cotidianas en modos de vida normalizados, beneficiosos y expresados culturalmente.

Conservación o mantenimiento de los cuidados culturales: Se refiere a las acciones y decisiones profesionales de asistencia, apoyo, facilitación o capacitación que ayuda a las personas de una cierta cultura a mantener y / o preservar los valores asistenciales relevantes, con el fin de que alcancen un estado de bienestar, se recuperen de una enfermedad o puedan afrontar discapacidades y / o la muerte.

Adecuación o negociación de los cuidados culturales: Comprende las acciones y decisiones profesionales creativas de asistencia, apoyo, facilitación o capacitación que ayudan a las personas de una cierta cultura a adaptarse o negociar con quienes prestan cuidados profesionales para obtener resultados sanitarios beneficiosos o satisfactorios.

El rediseño o reestructuración de los cuidados culturales: Abarca las acciones y decisiones profesionales de asistencia, apoyo, facilitación o capacitación que ayudan a los pacientes a reordenar, alterar o modificar de forma importante su modo de vida para adoptar esquemas de cuidados sanitarios nuevos, diferentes y beneficiosos, respetando los valores culturales y las creencias de dichos usuarios y ofreciéndoles un estilo de vida más saludable y provechoso que el anterior al coestablecimiento de los cambios.

Los cuidados de enfermería coherentes culturalmente: Son todos los actos y decisiones de asistencia, apoyo, facilitación o capacitación que se ajustan cognitivamente a los valores culturales, creencias y modos de vida de los individuos, grupos o instituciones con el fin de suministrar o apoyar servicios de bienestar o cuidados sanitarios significativos, provechosos y satisfactorios.

La enfermería transcultural, como ya se ha comentado anteriormente, en palabras de su fundadora, define claramente como el trabajo de los cuidados se centran en la cultura y creencias de la salud o la enfermedad.

“Es un área formal de estudio y trabajo centrado en el cuidado y basado en la cultura, creencias de la salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas, para ayudarlas a mantener o recuperar su salud, hacer frente a sus discapacidades o a su muerte” (Leininger, 1999: 6).

No obstante esta definición no ayuda demasiado a comprender exactamente el significado de ésta área de conocimiento. Porque, qué significado tiene la enfermería transcultural. En este contexto, la enfermería puede definirse como el conjunto de actividades profesionales destinadas al cuidado, promoción, mantenimiento o restablecimiento de la salud óptima, tanto para la persona como para la sociedad, basándose en fundamentos teóricos y metodológicos. Por otra parte, la enfermería puede considerarse, por tanto, una disciplina social ya que se ocupa tanto del individuo como de la salud del grupo, se trata de una profesión al servicio de la comunidad. Es decir, la enfermería conjuga dos aspectos importantes: la técnica enfermera y el trato al paciente. Para el profesional sanitario en occidente, el organismo humano se asemeja a una

máquina que hay que mantener, y reparar en ocasiones. Pero, hay algo importante que no se debe perder de vista, como ya hemos mencionado a lo largo de este trabajo y es la interacción del paciente con su propia enfermedad. El profesional sanitario debe colaborar en la prevención y lucha contra la enfermedad, y es aquí donde el trato con el paciente cobra sentido, en la fundamental interrelación que se establece entre los médicos, las enfermeras y el paciente. Basado en este principio Leininger pone en marcha el campo de la "enfermería transcultural" mediante la fusión de dos conceptos, que procedían de dos disciplinas distintas pero muy relacionadas: la cultura procedente de la antropología, y el cuidado procedente de la enfermería. (Leininger, 1978 - 1995).

Leininger tuvo la habilidad metodológica e intelectual de llevar a cabo importantes reflexiones sobre los conceptos esenciales de enfermería y antropología, apoyando este trabajo teórico en un sólido y amplio abanico de trabajos de campo, para que la conjunción de ambas disciplinas pudieran fusionarse (cf. Leininger, 1970, 1988, 1991, 1995, Leininger & McFarland, 2006)). Leininger ha realizado una serie de reflexiones; y todo ello en el marco de los planteamientos éticos que toda actuación de enfermería implica. (Leininger, 1991).

Entre los seguidores más destacados de Leininger se encuentran: Rorbach, que ha trabajado la enfermería transcultural centrándose en la universalidad y la diversidad de los cuidados (Rorbach, 2007); por su parte Collière, ha contribuido de forma decisoria en el desarrollo de la antropología de los cuidados en Europa, llamando la atención sobre el origen doméstico de la enfermería Collière & Spector (1999) ha profundizado en la dimensión hereditaria de la diversidad cultural; Purnell (2000) desarrolló un modelo de enfermería basado en la competencia cultural.

En España Manuel Amezcua (2000) ha sido pionero en el desarrollo de la enfermería y la antropología, que en ocasiones y como hemos explicado en apartados anteriores, y en alguna facultad de enfermería, concretamente en Canarias, en la (ULPGC) no se llega a entender, eliminando esta asignatura de antropología como disciplina en los estudios de enfermería. Amezcua llega a demostrar en sus trabajos, la importancia de la antropología en la enfermería (Amezcua, 2000), aportando al mismo tiempo su experiencia en el proceso de adopción metodológica en el trabajo etnográfico

(Amezcuza, 2000). El profesor Amezcuza, ha sido el fundador de la primera revista de enfermería *-Index-* que le ha prestado una atención prioritaria a la antropología de los cuidados.

La vinculación entre disciplinas como antropología y enfermería, resulta tan natural que, paradójicamente, puede pasar desapercibida, dado que el encuentro entre ambas se hallan en su objeto de estudio: el ser humano desde una perspectiva holística, centrándose la antropología de los cuidados en el estudio integral del sistema de necesidades del hombre. Un concepto esencial de antropología es aquel que la concibe como una ciencia del hombre, donde el conocimiento se puede aplicar al conjunto del desarrollo humano. (Levi-Strauss, 1994).

Si partimos de la definición de antropología como "ciencia que se encarga de estudiar al hombre inmerso en su cultura", la naturaleza antropológica de los cuidados se comprende mejor analizando las relaciones entre la disciplina antropológica y la enfermera: las dos disciplinas estudian la cultura como fuente de conocimientos desde una perspectiva holística. Dicho esto, resulta ineluctable clarificar el concepto de cultura en el que están inmersas las situaciones vida-salud en cuyo plano adquieren sentido los cuidados de enfermería. B. Malinowski, en su obra *Teoría científica de la cultura* (cf. Malinowski, 1981) nos aproxima a la definición de cultura como un conjunto de los comportamientos, pensamientos y sentimientos implicados en el proceso de satisfacción de necesidades de un grupo humano. Para delimitar la estrecha vinculación existente entre antropología y enfermería, una vez definidos los conceptos de antropología y cultura, que ya aparecen detallados en otros apartados del presente trabajo, resulta imprescindible definir el concepto más esencial de la disciplina enfermera: "el cuidado". Los cuidados no constituyen acciones ni pensamientos abstractos, sino que están inmersos en la cultura; no están monopolizados por enfermedades ni patologías, sino que forman parte del universo de los fenómenos cotidianos que se dan en cada cultura y se manifiestan en el conjunto de las situaciones "vida-salud", situaciones que se manifiestan en una relación triangular en la que los dos lados del triángulo están formados por la amplísima y variada dialéctica "salud-enfermedad". La cúspide o

vértice superior está ocupado por la dimensión cultural y todo ello se asienta sobre la base de los cuidados.

Gonzalez et al (2001) tratan de explicar la necesidad de adoptar enfoques y métodos transculturales en la enfermería ibérica. Para ello ha sido preciso demostrar la naturaleza antropológica de los cuidados e identificar la relación entre marco ideológico de la ciencia y la enfermería transcultural, llegando a la conclusión de que para el desarrollo adecuado de la disciplina enfermera en una sociedad multicultural, es preciso implementar modelos que adopten enfoques antropológicos, y consideren el factor cultural e ideológico como objeto de estudio. De tal manera que, en la enfermería actual, existen modelos que se ajustan a esas características (enfermería transcultural, competencia cultural, herencia y tradiciones de salud).

A partir de su teoría de la transculturalidad en la enfermería, Leininger ha elaborado varias formulaciones para estimular a todos los profesionales de la enfermería a continuar en la línea de la investigación. En su *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, and Practice* (Leininger, 1978: 37) formula diversas hipótesis y proposiciones en las que reconoce que su teoría sigue en proceso de desarrollo y perfeccionamiento. Mencionaremos algunas de ellas por el interés que suscitan en el campo de enfermería. Las diferencias identificables en cuanto a valores y comportamientos de la práctica de los cuidados entre culturas conducen a diferencias en las expectativas de los pacientes frente a los cuidados de enfermería.

Existen diferencias en cuanto a valores y normas de comportamiento cuidantes entre las sociedades tecnológicamente dependientes y las que no lo son.

Los profesionales que trabajan en entornos culturales ajenos al propio, y en los que se aprecian distintas valoraciones, o estilos de cuidados de enfermería, pueden suscitar problemas y evidentes conflictos culturales, a menos que se muestren dispuestos a admitir y adaptarse a las valoraciones y expectativas locales.

Cuanto mayor sea la dependencia del personal de enfermería de instrumentos y actividades tecnológicas, mayor será el distanciamiento interpersonal y menores las satisfacciones del paciente.

Las intervenciones de enfermería que apliquen prácticas específicas de la cultura local producirán mayores señales de satisfacción por parte de los clientes que aquellos servicios de enfermería ajenos al contexto cultural que les rodea.

En su obra *Care: The Essence of Nursing and Health*, Leininger (1984: 67) nos presenta nueve hipótesis y enunciados teóricos:

Las diferencias interculturales en lo relativo a las creencias, valoraciones y práctica de los cuidados reflejan diferencias identificables en cuanto a la práctica de los cuidados de enfermería.

Las culturas que otorgan un alto valor al individualismo con métodos independientes mostrarán más prácticas de autocuidado y valoraciones propias, que las culturas que no valoran el individualismo con métodos independientes; éstas mostrarán poca señales de autocuidados y más de otros tipos de prácticas asistenciales.

Existe una estrecha relación entre la conducta de quien suministra los cuidados y de la quien los recibe.

Personas de distintas culturas pueden identificar conductas y actitudes asistenciales y no asistenciales.

Cuanto mayor sean las diferencias entre valores asistenciales populares y valores asistenciales profesionales, mayores serán las muestras de conflicto y tensión cultural entre los suministradores de cuidados y los no profesionales receptores del mismo.

Los actos, técnicas y prácticas asistenciales de características tecnológicas difieren de una cultura a otra y producen distintos resultados en cuanto a la salud y la práctica de los cuidados de enfermería. Cuanto mayor sea la dependencia tecnológica en lo que se refiere al suministro de cuidados, mayor será la impersonalidad humana del cuidado del cliente.

Las formas simbólicas y rituales de las intervenciones de enfermería tienen significados distintos en culturas distintas, lo cual implica la necesidad de conocer el significado y la función de los símbolos y rituales relacionados con los cuidados.

Existe una estrecha relación entre los valores políticos, religiosos, económicos y culturales, y la calidad de los servicios de asistencia sanitaria que se prestan.

Otros enunciados de relación con (Leininger, 1978: 45-46) que incluye en el *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, and Practice* podemos citar.

Las culturas para las que la enfermedad es en buena medida una experiencia corporal, interna y personal (por ejemplo, las causadas por sobrecargas intra corporales, físicas o genéticas), suelen hacer uso de métodos más técnicos y susceptibles de utilización autónoma (píldoras y técnicas físicas) que las culturas que contemplan la enfermedad como una experiencia extra personal.

Las culturas que dan gran importancia a los procesos y conductas asistenciales tienden a asignar más mujeres que hombres a las tareas curativas.

Los individuos que necesitan servicios de cuidados suelen empezar por buscar a personas (no profesionales) de su entorno que puedan de algún modo prestar esos servicios: familiares, amigos: luego procederán a buscar asistencia profesional si su condición empeora o si temen a la muerte.

Las actividades etnoasistenciales ritualizadas que ofrecen beneficios terapéuticos al cliente y su familia suelen ser consideradas de menor valor terapéutico por las enfermeras profesionales occidentales.

Cuando en una cultura existen evidencias de conducta de cuidados de sustento, se producen menos actividades destinadas a la curación y más al mantenimiento de la salud.

Por todo lo expuesto sobre Leininger, expresaremos su visión de cultura en las ayudas al otro. Afirma que las culturas están diseñadas y dirigidas a ayudar, apoyar o capacitar a otra persona o grupo de ellas, que tengan necesidades tanto las potenciales como las reales para aliviar el modo de vida, continúa con que, la cultura tiene que ver con la disposición y mirada con la que interpretemos el mundo que nos rodea, que en definitiva, nos va a proporcionar ese código con el que leemos todo lo que se nos presenta, de tal manera, que la misma realidad es ya una interpretación cultural que hace al hombre y que comparte con otros grupos sociales. (Leininger, 1997)

La teoría de la enfermería transcultural ha producido resultados de gran importancia en la enfermería. El suministro de cuidados de especificidad cultural es una nueva meta necesaria y esencial para la enfermería, del tal manera que su teoría es aplicable en el

campo de la adquisición y aplicación de conocimientos en enfermería. Leininger señala que aunque la enfermería siempre ha llevado a cabo y realzado la importancia del concepto de cuidados, la investigación rigurosa en este campo ha sido limitada. Debido a su enfoque amplio y multicultural, esta teoría podría constituir un medio para establecer la enfermería como disciplina tanto como profesión.

(Parte I)

CAPÍTULO 4.

La Formación en enfermería y antropología

A lo largo de la historia de la humanidad se han dado concepciones diferentes de la educación. En un principio, la educación tradicional, que tiene vigencia hasta finales del siglo pasado; y la educación moderna o contemporánea, que se ha ido conformando durante nuestro siglo XX. La educación tradicional se ocupaba de manera fundamental en el trabajo docente. Se estudiaba y trabajaba principalmente sobre la tarea del profesor, dándole primacía a la enseñanza. En nuestro siglo, se ha producido lo que se ha dado en llamar un cambio copernicano, (Bolonia) que ha construido una verdadera revolución. En efecto, se centra el interés en el aprendizaje, en el alumno, en el trabajo discente. Este cambio se debe en gran parte, a las aportaciones científicas de médicos, psicólogos, sociólogos, antropólogos, que han tomado gran interés por el tema del aprendizaje. Esto unido a las investigaciones llevadas a cabo por la pedagogía experimental, condujo a una preocupación primaria por el aprendizaje dentro del proceso que se lleva a cabo en el encuentro profesor-alumno. Pero, dar primacía al aprendizaje no ha llevado, necesariamente, a olvidar la importancia de la enseñanza. Últimamente, se reflexiona sobre el hecho de enseñar. Se sigue considerando importante el estudio de las técnicas que hacen eficaz la labor del profesor; pero se destaca,

especialmente, la importancia de la libertad del alumno y se establece, como fin de la enseñanza, el propio hombre, y no los intereses externos capaces de manejarle.

Hoy día no se inclina la balanza; ni del lado de la acción del profesor ni, tampoco, de la del alumno. Se ha llegado a la conclusión de que ambas actividades, docente y discente; son igualmente importantes. El profesor debe tener, principalmente, el rol de motivador, animador y orientador; y el alumno, el de asimilador por la acción. (Arias-García et al, 1981)

Introducción

La disciplina enfermera en el marco de sus competencias profesionales, está preparada para ofrecer a la comunidad el despliegue de toda una serie de tecnologías y técnicas adecuadas para la mejora o mantenimiento de la salud. En la mayoría de los casos, sobre todo en el mundo hospitalario, no tanto en la atención primaria de salud, en cuanto a tecnología, por sus propias características de atención al individuo, a la familia y a la comunidad, sin embargo, ambas formas de atender a los usuarios, están precedidas por la aplicación de protocolos de intervención según patologías o tratamientos médicos/enfermeros. Es cierto que se ha perdido a lo largo de los años del transcurrir de la profesión, el ofrecimiento de técnicas humanizantes (Souza, 1995) de ayuda en el proceso salud-enfermedad. El bien intrínseco de la profesión enfermera es el cuidado en su término más amplio, donde se incluyen acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la humanidad, ayudando a la persona a encontrar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia, ayudar al otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y auto-curación (Watson, 2008), al menos desde este paradigma, es como tratamos de inculcar en las aulas a los discentes de enfermería en su formación. Se le exige al alumno y al profesional, todo un conjunto de saber la capacidad de llevarlos a cabo del modo más eficaz para la persona que sufre.

Si bien esto es así, centrados en la enfermería como profesión, desde su formación inicial y más tarde su desarrollo en la práctica, se ha construido e identificado desde la competencia técnica en un enfoque positivista del s. XIX , donde según la cual hay que

hacer uso del método científico para entender o explicar el mundo. Sólo cuando trabajando de forma rigurosa, pero desapasionada (como esperamos que trabajen los profesionales con los que tratamos), pueden los científicos sociales estudiar el mundo tal como es, y no tal como debería ser (Weber, 1958-2009). Desde el punto de vista de Weber, este tipo de distanciamiento es un rango distintivo de la actividad científica.

I. 4.1. Características de la disciplina de Antroposociología de la Salud.

En su concepción, partimos del presupuesto de que no es necesaria una complementariedad con la asignatura de psicología o pedagogía del programa de estudios. Seguramente con posibilidad de perfeccionarla, a partir de la introducción de algunos contenidos, o la eliminación de otros, debemos tener en cuenta que, en el actual programa de la UFP para los estudios de enfermería en el curso (2013-2014), la disciplina de Antroposociología de la Salud cuenta con menos horas lectivas que en años anteriores, actualmente en un cuatrimestre, se imparte una hora lectiva semanal, es por ello que se ha llevado a cabo una reorganización de la estructura de los temas. Los objetivos propuestos y los contenidos que los cumplimentan, se basan en la consideración de que el conocimiento de la disciplina de Antroposociología de la Salud, es una necesidad de orden práctico para el ejercicio de la profesión de enfermería, por lo que la orientamos fundamentalmente a la obtención de conocimientos y habilidades sobre aspectos antropológicos de marcada aplicabilidad práctica, fundamentándolos en los conceptos básicos y fundamentales de la Antropología y la Sociología, intentando alejarnos del nocivo y contaminante empirismo Bouché (2004). El texto de (Bouché, 2004) pretende partir de la realidad actual para plantear una prospectiva de la asignatura de Antropología a la vista de las nuevas tecnologías y descubrimientos científicos que incidirán en la imagen tradicional del hombre, las recientes concepciones del cosmos, el fenómeno de la globalización o la genómica, por citar solo alguno de ellos, obligan a pensar el futuro del ser humano en términos de educación en nuevas coordenadas.

Llegados a este punto, la segunda experiencia que nos indujo a profundizar en el análisis de sufrimiento y dolor está referido como nos apunta Cassell (1999) a la falta de comprensión por los profesionales sanitarios de la naturaleza del sufrimiento, que puede dar como resultado una intervención sanitaria que, si bien técnicamente adecuada, no sólo es incapaz de aliviar el sufrimiento, sino que se convierte en una fuente de sufrimiento por sí misma, en este apartado, la formación de los futuros profesionales de la enfermería especialmente en la comprensión de la naturaleza de sufrimiento y dolor, pensamos que es básico y fundamental, y es precisamente en la asignatura de Antroposociología de la Salud, donde los profesores intentamos, al menos en el grado de enfermería y en la UFP, que teniendo asegurada la formación técnica, no se convierta la formación humanística en una mera exposición teórica. De ahí que, debemos profundizar en el aspecto humanístico pedagógico, con la finalidad de obtener profesionales sanitarios que adquieran una formación integral e integrada de ambos enfoques, es decir, enfoque técnico biologicista, y socio cultural humanizante. Por otra parte, no es menos cierto que el encuentro de cualquier estudiante del área de la salud y la enfermedad con el dolor, sufrimiento y muerte constituye una de las tareas más complejas y estresantes a las que deben enfrentarse en el caso que nos ocupa los estudiantes de enfermería durante su formación práctica en los hospitales y centros de salud universitarios.

La convivencia profesional con la experiencia del sufrimiento dolor y muerte y su proceso se encuentra claramente descrita en la literatura especializada como una de las vivencias más impactantes para la mayor parte de los profesionales de la salud (cf. Gutiérrez & Soriano, 2006; Soucase, & Monsalve, 2005; Benbunan, 2007). Por este motivo, junto con el estudio del dolor, el proceso de fin de vida ha constituido un importante foco de interés científico y ha sido considerado como uno de los mayores retos que deben afrontar tanto los profesionales como los estudiantes de ciencias de la salud. Todos somos conscientes de que la muerte es la consecuencia inevitable de la propia vida. Sin embargo, y a pesar de tratarse de un fenómeno absolutamente natural, ello no significa que exista siempre una aceptación plena de esta realidad, siendo un hecho temido por la mayor parte de las personas. Actualmente, no se enseña a

reflexionar sobre la muerte, ni tampoco se educa para morir (Eseverri, 2002). Necesariamente en todos los casos la muerte no tiene por que estar relacionada con dolor y sufrimiento, sin embargo, si que está demostrado que la muerte en si misma afecta a profesionales de la salud experimentados produciéndoles malestar, ansiedad, incertidumbre y un sentimiento de desprotección (Cruz & García, 2001), siendo esto así, es muy probable que sus efectos se presentarán con mucha mayor intensidad en los jóvenes estudiantes de enfermería. En la propia evolución de los sistemas sanitarios tenemos evidencias de la importancia de hacer frente de forma profesional y responsable a la constante demanda social de un trato más humanizado, que evidentemente debe estar presente en todas las actuaciones profesionales del área sanitaria, es en el Plan de Humanización de la Atención Sanitaria, Extremadura (2007-2013), donde se hace referencia a la acción humanizante no solo cuando se trata de pacientes en situación terminal sino, con el resto de pacientes del sistema sanitario y sus familiares; para atender esta acuciante demanda, se requiere una implicación personal de los trabajadores sanitarios principalmente que vaya más allá de la aplicación de la técnica, una actitud anclada no sólo en la buena voluntad, sino en una capacitación específica.

Desde hace una década son numerosos los estudios que identifican el contacto con el dolor, el sentimiento de pérdida, el sufrimiento y la muerte como factores estresantes muy potentes, también en estudiantes de enfermería; éstos, además ponen de manifiesto la insuficiente formación que reciben los profesionales de la salud para el desarrollo de recursos en la atención a este tipo de situaciones (Rhead, 1995; Zalon, 1995). La cuestión adquiere todavía mayor relevancia al tratarse de estudiantes que se encuentran en la última etapa de la adolescencia, con toda la carga emocional añadida que esto entraña (Jenkinson, 1997). Tanto es así, que los estudiantes de enfermería describen estas experiencias como “lo malo” de la profesión (Kiger, 1994).

Los temas más recurrentes en los diarios de prácticas o seminarios llevados a cabo en las aulas que realizan los alumnos, son principalmente la muerte súbita y la vulnerabilidad ante la misma, concediendo gran importancia a la necesidad de apoyo psicológico ante el impacto de estas vivencias (Loftus, 1998). Sin embargo, estas

experiencias también suponen un importante reto que ayuda a madurar y adaptarse a las tareas propias de la futura profesión, por su carácter motivador para el desarrollo de estrategias de afrontamiento; es por ello que, recientemente y cada vez más, se viene impulsando la realización de intervenciones programadas para la reducción de la ansiedad en estudiantes de enfermería. La evaluación de estos programas de intervención evidenció resultados que ponen de manifiesto su eficacia en la mayor parte de los casos; ejemplo de esto es el estudio de Godbey & Courage (1994), el cual establece un plan profiláctico de control de estrés, o el realizado por Johanson & Lally (1991), mediante proyecciones de películas sobre estos temas, lo que favoreció la reducción de la ansiedad sólo en los estudiantes del último curso, pero no en los de primero, puesto que los alumnos de último curso ya habían tenido experiencias clínicas previas supervisadas, mientras que los de primer curso no. De ello se deduce la necesidad de escoger con gran cuidado las estrategias utilizadas en cada situación (Benbunan et al, 2007).

Otro aspecto de especial interés es el impacto que causa la realización de técnicas de enfermería que provocan dolor, especialmente cuando se trata de niños, siendo consideradas como otra fuente relevante de estrés. Aunque estas prácticas forman parte de la rutina hospitalaria, algo menos en la atención primaria de salud, parece ser que tanto los alumnos como los profesionales reciben una formación insuficiente en el control del dolor, tanto en la cantidad de conocimientos como en la profundidad de los mismos (Kiger, 1994; Zalon, 1995). El acercamiento científico a estas cuestiones pone de manifiesto que son diversas las respuestas de afrontamiento utilizadas de forma intuitiva en el cuidado de pacientes con dolor en unidades hospitalarias (Brunet et al, 2003); entre ellas destacan las siguientes: distanciamiento del paciente, compromiso en los cuidados, búsqueda de apoyo psicológico y reflexión sobre el rol de enfermero (cf. Nagy, 1999).

Desde la perspectiva del estudiante de ciencias de la salud, y especialmente en alumnos de enfermería, observamos que precisamente la categoría utilizada con mayor frecuencia en el estudio de Nagy (1999) fue la de distanciamiento del paciente, es decir, la huida como un claro mecanismo de defensa, ante estas evidencias. El estudio cuasi-

experimental de Montero & León (2005) plantea, como principal objetivo, ahondar en el impacto emocional que sobre los estudiantes de enfermería tiene el afrontamiento del sufrimiento, el dolor y la muerte y, en función de este primer objetivo, plantear la necesidad de capacitar de forma puntual y eficaz a los alumnos para afrontar las tensiones ocasionadas por estas vivencias, aplicando un programa de intervención a tal efecto; todo ello con el propósito de facilitar el desarrollo de las estrategias de afrontamiento necesarias para que, tanto alumnos como profesionales, encuentren el apoyo institucional necesario para hacer frente a estas experiencias.

Algunas de las conclusiones a las que llega el estudio de Bebutant et al (2007) nos pone sobre aviso de las posibles intervenciones con los alumnos de enfermería para afrontar sufrimiento dolor y muerte. Entre ellas tenemos que la formación integral de los futuros enfermeros constituye una garantía para el futuro, porque permitirá contar con personal más competente y mejor formado ante estas demandas. Estos aspectos no pueden ni deben depender de la disponibilidad de los posibles recursos innatos del estudiante ni de la buena voluntad del profesorado sensible a esta cuestión, ni de la incidencia puntual de participar en un programa de intervención de carácter experimental aislado. Ayudar a morir con dignidad, cuidar, acompañar, estar cerca del paciente en el sufrimiento y dolor requiere formación, conocimiento y madurez.

Nuestros profesionales de enfermería están cubriendo, por otras vías, ese vacío académico hasta como ocurre hoy en día haber conseguido la homologación de nuestra titulación de grado con la del resto de Europa. Con la denominación de grado se puede acceder cursos de post grado y doctorado. Hemos de significar sin embargo que, no hace muchos años (desde 2010), enfermería optó por diferentes estrategias para alcanzar títulos superiores que le permitiera continuar su formación personal y profesional y acceder a doctorados y postgrados. Algunas de estas estrategias pasaron por cursar otras carreras universitarias, algunas del ámbito sanitario como medicina, y otras de las ciencias sociales como psicología, periodismo, historia, sociología y antropología; siendo ésta última una de las más demandas por dos razones principales. La primera, porque en España al grado de antropología se accede a ella tras haber cursado otra diplomatura o licenciatura, y con dos años de formación se obtiene un título de grado

para continuar con formación postgrado. La segunda razón, y quizás la más importante, es que la Antropología Social y Cultural brinda a la enfermería una formación muy útil para desempeñar de forma madura y consciente su labor como cuidadores de la sociedad actual. La antropología le aporta a la disciplina enfermera las claves necesarias para abordar complejas situaciones socioculturales, e incluso para posicionarla dentro de su propia cultura. En la actualidad, y desde hace tan sólo unos años, existe un porcentaje importante de enfermeros matriculados o que han cursado los estudios de antropología. Este hecho está aportando sus frutos en el enriquecimiento teórico que la profesión enfermera obtiene de la antropología, y viceversa, ya que existe una corriente de estudios sobre “Antropología de los Cuidados” y “Cultura de los Cuidados” cada vez más importante y afianzada en el ámbito académico de la antropología (Gil et al., 2006). Es evidente que la enfermería como ocupación ha evolucionado de ser un ejercicio informal de caridad (solidaridad) hasta transformarse en un papel ocupacional formal. Los cambios que se han producido de los alumnos de ciencias de la salud y de la enfermería en particular son evidentes. Actualmente están demandando una formación de carácter teórico práctico de mayor calado, que les permita entre otras funciones el enfrentarse al ineludible aumento de la multiculturalidad, al menos en territorio Europa, concretamente en España se han puesto en marcha proyectos en este sentido (Juliano, 1993; Escudero et al,1997). Los profesionales de enfermería tienen cada día una mayor diversidad de pacientes, de personas a las que cuidar, personas que llegan de diferentes países y evidentemente con otras culturas; aquí el personal de enfermería tiene la obligación de contextualizar a los pacientes en su propia cultura; por tanto es más que necesario que se lleve a cabo una comunicación intercultural eficaz (Leno, 2006). En nuestros días, se ha producido un incremento sustancial en los profesionales de salud por profundizar en los conocimientos de la multiculturalidad, con el ánimo de poder dar respuesta integral, holística, a las diferentes situaciones que se les presenta en los servicios sanitarios en el cuidados de pacientes procedentes de otras culturas (Comelles & Martínez, 1996; Zimmerman, 2000; Salman, 2001; Giger, & Fordham, 2005).

Por otro lado, los estudiantes de enfermería se han caracterizado tradicionalmente por tener orígenes sociales de la clase media y trabajadora, provenientes con frecuencia de

pequeñas ciudades o zonas rurales, que venían atraídos por la enfermería como un medio de movilidad social ascendente (Hughes, MacGill, & Deutscherr, 1958). A pesar de que este patrón persiste todavía, ha habido un creciente número de estudiantes provenientes de las familias de clase media y alta y de áreas urbanas que entran en los estudios de enfermería Mauksch (1973), con el resultado de que la enfermería como enseñanza, se ha transformado en una ocupación característica de clase media. Tenemos varios estudios sobre estudiantes de enfermería y sobre sus razones para buscar la formación como enfermeros. Estos estudios, como argumenta (Mauksch, 1973), sugieren que los objetivos de la mayoría de los estudiantes de enfermería son sentirse necesarios y el implicarse en relaciones de ayuda personal; sin embargo, algunos estudios han sugerido que, con frecuencia, se desarrollaba un grave conflicto en estudiantes nuevos referente a la imagen blanca de la enfermera como madre sustituta, imagen por otra parte, que los estudiantes llevan con ellos de la educación básica en las escuelas, al mismo tiempo, que se produce un rechazo a este pensamiento por parte de las facultades de enfermería a la hora de reforzar esta imagen (cf. Olsen & Whitaker, 1968). Algunas facultades de enfermería han seguido insistiendo en que los estudiantes vean a sus pacientes de forma objetiva, y esta tendencia ha funcionado a la hora de quitar énfasis a una relación íntima entre paciente y enfermera. El sistema vigente de retribuciones (tiene mayor remuneración una enfermera que una auxiliar) incita a retirar a las enfermeras del cuidado de los pacientes y colocarlas en una posición supervisora sobre los trabajadores auxiliares de enfermería, con lo que puede interpretarse que los cuidados de las personas pasa de las enfermeras a las auxiliares de enfermería. En España esta situación quizás se pone de manifiesto con mayor frecuencia en los espacios hospitalarios. No ocurre de este modo en la atención primaria de salud, entre otras razones porque el número de personal auxiliar de enfermería es muy escaso y porque sus actividades están destinadas en otro sentido, otras funciones como, control de almacén, reposición de material, organización de muestras de laboratorio, etc., es decir no tienen contacto con el paciente ni en las AUF (Unidades de Atención Familiar), ni en las UAG (Unidades de Atención General), ni por supuesto en los domicilios.

Retomando la formación de los alumnos de enfermería, hemos de mencionar el trabajo de Davis (1972) en la Costa Oeste de Estados Unidos, que llevó a cabo un gran estudio entre estudiantes de enfermería, donde observó seis fases diferentes de socialización que nos pueden orientar en nuestro estudio desde la perspectiva curricular, en que momento de la carrera es apropiado introducir las asignaturas donde se imparten los variados aspectos socioculturales del dolor, sufrimiento y muerte en el hombre.

La primera fase de socialización la denominó de *inocencia inicial*, que consistía en que los estudiantes de enfermería querían hacer cosas por los pacientes dentro de una ética cristiano – humanitaria secularizada de cuidados y amabilidad, coherente con la imagen laica (madre-sustituta) de la enfermera. Sin embargo, esta fase estaba caracterizada por sentimientos de impotencia o ineptitud, preocupación y frustración, ya que los instructores de enfermería fallaban a la hora de apoyar la imagen laica de la enfermera; en su lugar los estudiantes eran dirigidos hacia tareas aparentemente intrascendentes de cuidados a los pacientes, como hacer camas y bañarlos. Estos sentimientos de frustración, que normalmente aparecían durante el primer semestre de formación, generaban la segunda fase, que Davis (1972) llamó *reconocimiento etiquetado* de la incongruencia. En esta fase, los estudiantes de enfermería comenzaban a articular de forma colectiva su desilusión y a cuestionarse de forma abierta su elección de llegar a ser enfermeros. En este punto, cierta cantidad de estudiantes se marchaba de la facultad debido a que no podían adaptarse a la incongruencia entre las expectativas laicas y la verdadera formación. Para aquellos que permanecían, comenzaba la tercera fase, de *mentalización*, en la que los estudiantes de enfermería, como estudiantes de medicina en el estudio de Howard et al (1961-2009) intentaban anticipar lo que sus instructores querían que ellos supiesen y se concentraban en satisfacer estos requerimientos. Basados en este estudio podríamos intuir que algo similar ocurre con nuestros estudiantes de enfermería cuando le impartimos teoría sobre el afrontamiento del sufrimiento y dolor en la asignatura de antropolociología. Si bien es verdad, que algunos alumnos en el estudio de Davis (1961) podían haber intentado darse cuenta de la intención formativa de los instructores, sin embargo en esta fase, se había transformado en un fenómeno de grupo con toda la clase participando de forma

colectiva en el proceso. La cuarta fase, calificada *simulación de rol*, estaba caracterizada por el hecho de que los estudiantes actuaban de una forma que provocaba respuestas favorables de los instructores, el modo de conducta aprobada era la exhibición de una actitud objetiva y profesional (distante o imparcial) hacia los cuidados del paciente, que incluía un entendimiento de los principios que estaban detrás de las técnicas de enfermería, así como el dominio de dichas técnicas. Muchos estudiantes sentían que estaban jugando a actuar como enfermeras y cuestionaban su falta de convicción sobre el rol. Pero, Davis (1961), señalaba que cuanto más éxito tenían a la hora de convencer a otros de que su actuación era auténtica, más confianza ganaban ellos mismos como enfermeros. Esta fase comenzaba al final del primer año de estudios. Los últimos años del programa constituyen la quinta fase, de *internalización provisional*, y la sexta, de *internalización estable*. Durante estas dos últimas fases, los alumnos de enfermería asumían una auto identidad como enfermero profesional tal y como lo definía la facultad, y finalmente se asentaba en una identificación coherente y estable del yo, para cuando llegaba la época de su graduación (Cockerham, 2002). Según Torralba (1998) podemos afirmar que nadie conoce mejor que el profesional de enfermería al ser humano enfermo, la persona doliente, porque precisamente su acción se desarrolla en el epicentro de este mundo. Sin embargo, la realidad en nuestras instituciones sanitarias es que están impregnadas del modelo biomédico y curativo, reduce lo humano a lo biológico alejando a la profesión enfermera de su visión humanística y holística del cuidado.

La carrera grado de enfermería tiene por finalidad la formación de un graduado universitario capacitado para proporcionar una atención de enfermería personalizada, integral e idónea en el cuidado de salud del individuo, la familia y la comunidad, mediante una firme actitud humanística, alto componente ético y adecuada amplitud y profundidad de conocimientos propios de la enfermería, de las áreas biológicas, instrumental y antropológicas, poseer destreza clínica y actitud crítica y reflexiva que le permita desarrollar un proceso de actualización permanente, teniendo en cuenta los avances científicos, tecnológicos y socioculturales, así como trabajar en equipos multidisciplinares.

Es importante lograr que el estudiante tenga una correcta comprensión del nivel holístico de funcionamiento humano, en su interacción e interdeterminación con los niveles biológico, social y cultural que le permita un ejercicio profesional adecuado a nivel interaccional y no de intervención propiamente antropológica.

La asignatura Antroposociología se dedica al estudio de contenidos que permitan al profesional de la enfermería realizar su labor teniendo en cuenta adecuadamente el nivel antropológico, en su interacción con individuos inmersos en cualquier momento del proceso salud-enfermedad. Tiene por tanto, una proyección fundamentalmente individual, sin olvidar la intervención grupal en especial con los familiares de los usuarios del sistema sanitario. La asignatura profundiza en los conocimientos de la disciplina para el profesional de enfermería en aquellos aspectos relacionados con los grupos humanos y su funcionamiento y con las técnicas de trabajo para la educación y promoción de la salud. Por tanto, la asignatura puede cumplir con los objetivos de la disciplina para el grado en enfermería; es de destacar dentro del temario el apartado sobre sufrimiento y dolor que se imparte a los alumnos, motivo de análisis de este trabajo. Desde esta perspectiva, hemos de hacerles llegar a los alumnos que el proceso salud-enfermedad está determinado de manera multicausal por la complejísima interacción de los niveles de funcionamiento biológico, cultural, social y psicológico, la cultura, la sociedad, el psiquismo humano, la conciencia, tiene un papel en este proceso a través de diferentes vías. Para comprender la evolución socio cultural y la conducta que asumen los seres humanos ante su salud, es necesario tener un conocimiento de los diferentes procesos y propiedades socioculturales y psíquicas; del papel orientador y regulador que tiene la propia cultura y desarrollo social y la conciencia del hombre, que se concreta a nivel colectivo en los comportamientos que marca su entorno así como, a nivel individual de una manera integrada a través de la personalidad, en las diferentes etapas de su desarrollo (Barrio, 1995; Bouché et al., 2002). Es imprescindible darles a conocer e identificar estos aspectos en las personas con las cuales el alumno en prácticas o profesional de la enfermería debe interactuar, para lograr que las acciones de salud que realice con éstos sean verdaderamente eficaces. Los temas impartidos en esta asignatura deben permitir que el profesional de la enfermería, pueda comenzar su

segundo año de carrera en el trabajo directo con los pacientes, con los conocimientos necesarios para al menos, establecer una interacción efectiva, es decir, la disciplina de Antroposociología de la Salud, es un área temática de antropología y sociología general, teniendo como principal interés el análisis de los fenómenos de enfermedad y de la salud, y una interpretación a la luz de las teorías antropológicas y sociológicas. De ahí que exponamos a continuación los objetivos de la asignatura de Antroposociología de la salud.

I. 4.1.1. Una historia de la investigación enfermera

Nos recuerda Leininger (2001), que los estudio de la antropología son esenciales y necesarios para entender a los seres humanos en su contexto de salud y enfermedad. Sin embargo, en cuanto a la investigación en antropología y enfermería hemos detectado que los antropólogos a la hora de obtener subvenciones para sus estudios cualitativos, los patrocinadores les ponen muchas dificultades de credibilidad, con lo que, deciden en ocasiones cambiar el método de investigación cualitativa por el cuantitativo que es el dominante en el mundo de la medicina occidental. No nos cabe la menor duda, que esto supone una pérdida importante de singularidad en cuanto al método clásico de estudio de los antropólogos, con el agravante, de que esta tendencia representa un importante problema en el campo de la investigación para la profesión de enfermería, debido a que las enfermeras en este momento están muy interesadas en la aplicación de los modelos etnográficos. En la década de los años 50 cuando la educación de la enfermería accede, en una mayor parte a la universidad, se empieza a formar un liderazgo de grado académico, con lo que la investigación en enfermería sufre un importante impulso. Se establece, al mismo tiempo el primer centro de investigación en enfermería en el Instituto de Investigación del Ejército de Walter Reed y aumenta la disponibilidad de fondos para la investigación (Polit & Hungler, 1999). La revista *Nursing Research* empieza a circular en 1952 y en 1995 se establece la *American Nurse's Foundation*. Ambas iniciativas promueven y fortalecen la investigación en enfermería. En este periodo, la enfermería empieza a discutir y desarrollar las ideas conceptuales en

búsqueda de fundamentos para la ciencia de la enfermería. Se da un énfasis especial a la preparación de investigadores en los programas de post grado. En la segunda década, los investigadores en enfermería profundizan las discusiones conceptuales junto con una conciencia creciente de la necesidad de ampliar los estudios sobre la práctica y su dominio en la realidad. Surgen a partir de esta discusión los programas de post grado, en áreas temáticas especializadas, como instrumento para dar respuesta a las necesidades de ampliación de este tipo de investigación. Aumenta también la posibilidad de circulación de la información sobre estudios a través de nuevas revistas especializadas, como el *Internacional Journal of Nursing*, cuyo primer número se edita en 1963.

Podemos decir que a finales de los años 70 los procesos de investigación en enfermería empiezan a consolidarse e institucionalizarse más fuertemente. Se crean tres nuevas revistas en investigación: *Western Journal of Nursing Research*, *la Nursing Research and Health* y *Advances in Nursing Sciences*. En la medida que la investigación es institucionalizada, va cambiando el énfasis en las líneas temáticas de investigación. Los aspectos de la educación enfermera y de la administración de la atención, van cediendo lugar a los problemas específicos de la práctica en el área clínica y en la salud pública. También aumenta la masa crítica de enfermeros preparados a nivel de doctorado y su inequívoca contribución a los procesos de investigación. En Europa algunas unidades de investigación y departamentos universitarios cuyos programas incluyen investigación desarrollan algunos estudios; sin embargo, estas iniciativas fueron esporádicas y limitadas. La contribución de la investigación a la práctica es casi insignificante en comparación con el número de profesionales en servicio. Los enfermeros investigadores eran pocos y no contaban en su gran mayoría con apoyo y recursos para el desarrollo de los estudios (Lerheim, 1990). En América Latina, durante este periodo la educación de enfermería se institucionaliza de formas más generalizada en las universidades, y en algunos países como Brasil, Chile, Colombia y México se inician programas de post grado. Empiezan a aparecer en la literatura especializada, como la *Revista Brasileña de Enfermería*, estudios dirigidos al análisis de la profesión en las tres áreas de educación, administración y atención. Los estudios sobre producción científica en la región, especialmente Brasil, han revelado la gran influencia de la sociología americana en las

décadas de los sesenta y setenta (Souza, 2001). En el segundo periodo, el desarrollo de la investigación en enfermería se caracteriza por una orientación hacia los problemas del desarrollo profesional, enfocados desde la perspectiva de la educación, las condiciones sociales del estudiante y agregados, así como las condiciones de trabajo. En la década de los 80 y 90 no solamente se observa la continuación de los avances en términos de preparación en el nivel de doctorado y post doctorado, sino también en la consolidación y la institucionalización de la investigación. El continuo aumento de enfermeros con post graduación académica aumenta la conciencia crítica de los profesionales sobre la importancia de la investigación, fortaleciendo así la búsqueda de soluciones para los problemas y cuestiones de la profesión. Al mismo tiempo, el desarrollo tecnológico y las posibilidades de utilización de medios informáticos ampliaron y facilitaron los procesos de recolección, almacenamiento y análisis de datos. Estamos actualmente en Europa en un momento de importante avance a partir del desarrollo de los programas de educación universitarios, que se vienen desarrollando desde la década de los 80. El número de departamentos de enfermería aumenta significativamente y también el número de enfermeros cualificados para el desarrollo de la investigación. Gradualmente, la investigación en enfermería se institucionaliza y se convierte en un campo atractivo de trabajo, trabajos orientados principalmente hacia las necesidades de las personas. En estos momentos en España asistimos a la transformación del Centro de Investigación de la Enfermería del Instituto Nacional de Salud en el Instituto Nacional de Investigación en Enfermería, colocando enfermería en el mismo rango de otras disciplinas de la salud. El Instituto viene defendiendo prioridades para la investigación. Existe también una preocupación importante para desarrollar mecanismos y fomentar la ampliación de utilización de los resultados de la investigación en la práctica profesional.

En el mundo enfermero de la investigación y en la actualidad la investigación cualitativa lidera los trabajos de investigación, demostrando que el uso de los mismos representa una rica fuente de conocimiento empírico para generar entre otros objetivos las teorías de enfermería. Es por ello que, resulta decepcionante que algunos antropólogos, enfermeros-antropólogos, hayan cambiado sus métodos de investigación,

es decir, pasarse a la investigación cuantitativa, básicamente para la obtención de financiación investigativa, como hemos comentado, precisamente en el momento actual donde desde una perspectiva de colaboración con el mundo enfermero, podrían reafirmar la importancia y los valores que por otra parte siempre han tenido los estudios etnográficos. En general, los “etno modelos” han sido de gran valor e importancia para explicar los fenómenos tan complejos a los que se enfrenta la enfermería para poder explicar la relación entre los cuidados y salud en el contexto cultural, a ello han contribuido algunos autores (cf. Spradley, 1979, 1985; Ragucci, 1972; Byerly, 1969; Leininger, 1985).

Esto tiene lugar cuando antropólogos británicos y americanos ponen de manifiesto en sus obras literarias la importancia de las teorías sociales y culturales, teóricos como Nadel, Evans-Pritchard, Radcliffe-Brown, Spiro, Kroeber, destacaron principalmente en este aspecto desarrollado (Evans-Pritchard, 1962; Garbarino, 1977).

La antropología de los cuidados y la enfermería transcultural sólo pueden desarrollarse en un marco científico-ideológico democrático y sociocrítico, sin lugar a dudas, ya lo hemos descrito con detalle en nuestro trabajo, cuando se habla de antropología de los cuidados aquí hemos de citar ineludiblemente a Madeleine Leininger quien, en la década de los cincuenta, aplicó por primera vez el método antropológico a la enfermería.

I. 4. 2. Una nueva educación en enfermería

Para ello se está desarrollando un Espacio Europeo de Educación Superior, que se implantó desde el año 2010, donde se evalúan programas académicos convergentes que aseguren una calidad docente, adoptando el sistema de transferencia de créditos que permita un reconocimiento académico inmediato de títulos, una movilidad entre países y un aprendizaje a lo largo de toda la vida (González & Wagenaar, 2003). Hoy es ya una realidad palpable.

Los nuevos sectores de producción y servicios exigen un perfil profesional altamente competente con un alto grado de experiencia. Podemos encontrar varios enfoques

teóricos de educación opuestos de cómo se consigue el nivel de experto profesional: el enfoque racionalista (formulado por reglas y normas) y el enfoque experiencial (basado en estilos libres de conducta). En enfermería, Dreyfus (2005) comenta que la sociedad debe hacer un gran esfuerzo para diferenciar entre sus miembros los que tienen expertez intuitiva de aquellos que sólo tienen lo que denominan inteligencia académica (calculative rationality). Llegan a afirmar que, debe favorecerse desde edades muy tempranas, el que las personas cultiven sus capacidades intuitivas con el fin de llegar a los niveles más elevados de expertez, en lugar de terminar siendo máquinas de lógicas. Así, para preservar las expertez, es imprescindible potenciar la intuición a todos los niveles de la toma de decisiones, o, en caso contrario, el sentido común acabará siendo una especie de conocimiento en extinción. Describe un modelo de cinco niveles diferentes para la adquisición de la experiencia, remarcando la percepción y la toma de decisiones desde la perspectiva experiencial (cf. Oriol, 1997). Para ello, el ámbito docente ha cambiado, como hemos comentado en párrafos anteriores, el enfoque de la enseñanza superior "centrada en el profesor" por otra "centrada en el alumno" (cf. Bologna Ministerial Meeting, 1999), donde el docente tiende a reemplazar su función de emisor de información por la de tutor del proceso de aprendizaje (Bricall, 2000). Por tanto, se tiende a un nuevo modelo educativo abierto al mundo y a la vida, donde la educación se centra en la capacidad de aprender en saber encontrar información y en la adaptación a situaciones nuevas y cambiantes (Gonzalez & Wagenaar, 2003).

La enseñanza es una actividad que carece de sentido si no se corresponde con el aprendizaje; mientras que el aprendizaje se sustenta por sí mismo, es asunto del propio sujeto. Por tanto, para planificar los programas educativos hemos de tener en cuenta planteamientos como: a quién se enseña, quién aprende, cómo se debe enseñar/aprender, y cómo controlar el aprendizaje, como es natural, los objetivos educativos a conseguir no definen lo que el profesor es capaz de enseñar, sino aquello que el estudiante debe aprender al término del proceso de enseñanza/aprendizaje, es por ello, que una definición clara de los objetivos educativos llevará a una mayor rentabilidad de los medios pedagógicos, a una mejora en el aprendizaje y a una correcta evaluación del alumno, en este sentido, el trabajo del profesor es muy relevante para ayudar al alumno

en su formación, requiere de un cambio en cuanto a estrategias didácticas y procesos pedagógicos que respeten los objetivos educativos planteados en la Declaración de Bolonia (Bologna Ministerial Meeting, 1999), en la declaración mundial sobre la educación superior en el siglo XXI y en el informe sobre la Universidad 2000 en España (cf. Bricall, 1997-2000)

I. 4.2.1. Asunción de nuevos roles para educadores y estudiantes.

Los requisitos que, tradicionalmente se han exigido al profesor universitario, han cambiado en todos los estudios universitarios, pero se hacen más patentes en aquellas titulaciones en las que la formación está muy vinculada al ejercicio profesional. Es aconsejable fomentar un nuevo tipo de docentes, capaces de estimular y cultivar la independencia intelectual y la reflexión; deberían ser conocedores de las TIC (Tecnología de la Información y la Comunicación), adaptarse a los cambios sociales, conocer las novedades tecnológicas aplicadas a sus áreas de conocimiento, ser sensibles a las demandas de los diferentes sectores de producción/servicios y, por último, poseer las herramientas pedagógicas y docentes necesarias para transmitir y generar las actitudes, habilidades y conocimientos necesarios, posibilitando así la autosuficiencia profesional del alumnado.

El profesor debería convertirse en un elemento facilitador, en un guía y consejero sobre fuentes apropiadas de información, creador de hábitos y destrezas en la búsqueda, selección y tratamiento de la información (Adell, 1997); adquieren más importancia la experiencia como profesor y las habilidades de éste que la propia información. A la vez, el profesor debe utilizar los nuevos canales de la información para ayudar a los estudiantes en su autoformación. Tres son las ideas que propone Renau (2000) en *Nueva maneras de formar*, que modifican las formas tradicionales de la enseñanza:

1. Enseñar a pensar, es decir, favorecer la curiosidad, la investigación, y la capacidad de crítica constructiva. A la vez, deberá enseñarse la tolerancia al error y la capacidad de extraer consecuencias positivas. Es conocido el concepto de "resiliencia" entendido

como la capacidad de recuperar el estado de equilibrio después de un impacto negativo, cosa que se traduce en fortaleza, perseverancia y tenacidad (cf. Cedeño, 1999).

2. Enseñar a aprender, ofreciendo los medios para que una persona pueda disponer de la información de la metodología y contenidos necesarios, favoreciendo actitudes propensas al aprendizaje permanente.
3. Enseñar a ser creativos para tomar decisiones basadas en la intuición y la imaginación.

Por su parte, los estudiantes deben adoptar un papel mucho más importante en su formación, no sólo como elementos receptores, con una actitud pasiva, donde el único protagonismo consiste en asistir a clases magistrales o a prácticas de laboratorio de las que no entienden su utilidad, sino que deben participar de forma activa en la búsqueda, selección, procesamiento y asimilación de la información, en otras palabras deben sentir, experimentar y descubrir a través del aprendizaje significativo.

Los alumnos deben incorporar los nuevos conceptos por asimilación e incluirlos en los conocimientos previos. Asimismo, no deben estar muy alejados de su experiencia y de su realidad ya que si se alejan demasiado pueden llegar a resultar poco motivadores. Según D. Ausubel (1987), existen cuatro tipos de aprendizaje:

1. Aprendizaje por recepción: el alumno recibe los contenidos en su forma final y éste sólo debe asimilar y comprender los contenidos.
2. Aprendizaje por descubrimiento: el alumno debe descubrir el contenido antes de asimilarlo.
3. Aprendizaje repetitivo: el alumno aprende los contenidos al pie de la letra.
4. Aprendizaje significativo: el alumno recibe el contenido de forma coherente, clara y organizada, el conocimiento es significativo y éste tiene una actitud favorable para aprender.

Para que el aprendizaje sea eficaz y duradero debe contemplar cinco características básicas:

1. Constructivo: proceso de construcción personal del conocimiento.
2. Activo: aprender para aplicar
3. Contextualizado: contexto espacio/tiempo determinado.

4. Social: tarea grupal (equipo de profesores y alumnos)
5. Reflexivo: conocer cómo aprendemos para superarnos.

En el ámbito de las Ciencias de la Salud, los métodos utilizados en el aprendizaje resultan instrumentos clave en el proceso formativo de personas competentes para el ejercicio de la profesión. Algunos autores (cf. Carreras, 1999; Manso, 2000) señalan la importancia del diseño curricular adaptado a las demandas percibidas por los alumnos, los recién graduados, los docentes, los profesionales en activo y la misma sociedad, poniendo énfasis en la integración de las diferentes necesidades formativas detectadas por los diferentes grupos. Ello permite prever errores, mejorar la calidad docente y, adaptar las necesidades de aprendizaje a las necesidades de salud de la población.

El grado en Enfermería, así como muchas de las profesiones del ámbito sanitario, es una graduación con una vinculación muy directa sobre el ámbito laboral, puesto que la disciplina determina la capacidad y competencia de los graduados para poder ejercer en el ámbito del trabajo. En este sentido, el impacto de los cambios vividos por la sociedad (cambios económicos, demográficos, socioculturales, legales, políticos...) marca también nuevas directrices en los objetivos formativos de la profesión. Los cambios en las escalas de valores éticos, el choque de la sociedad de la información, el auge de nuevas asociaciones, las perspectivas de contratación laboral, el aumento de cultura en general por parte de la sociedad, la internacionalización de la información son algunos de los elementos que cabe considerar para el diseño de los objetivos de aprendizaje, todo ello ha contribuido a un aumento cualicuantitativo de los servicios sanitarios. Por todo ello, el aprendizaje cobra importancia en la medida que el docente es el responsable de adaptar cuantas actualizaciones requiera la profesión a fin de que el alumno no tenga que "desaprender" a posteriori conceptos que ya no debieron haberse aprendido. El docente universitario, también debe hacer un esfuerzo por "desaprender", a fin de motivar un cambio y una evolución en su condición de docente. La capacidad de evolucionar no radica sólo en aprender muchas cosas, sino en la evolución que estos cambios generan, tanto a nivel personal como colectivo (Dalmases, 2000). La metodología ABP (cf. Mandin 1999 & Baños, 2001) resulta una buena estrategia de aprendizaje, puesto que consigue un incremento de la motivación por parte del alumno

y de su grado de responsabilidad. La práctica del trabajo grupal en esta metodología resulta, a su vez, un valor añadido en el aprendizaje de la disciplina enfermera, puesto que responde positivamente a las exigencias requeridas en el ejercicio interdisciplinario profesional.

Chomsky, una de las figuras más destacadas de la lingüística del s. XX, expresa con estas palabras en Objetivos de la Educación

“Podemos preguntarnos cual es el propósito de un sistema educativo y por supuesto hay marcadas diferencias en este tema, tenemos la manera tradicional, una interpretación que proviene de la Ilustración, que sostiene que el objetivo más alto en la vida es investigar y crear, buscar la riqueza del pasado, tratar de interiorizar las partes que son significativas para uno, continuar la búsqueda para comprender más a nuestra manera. Desde ese punto de vista, el propósito de la educación es mostrar a la gente como aprender por sí mismo. Es uno mismo el aprendiz que va a realizar logros durante la educación, y por lo tanto, depende de uno, cuanto logremos dominar, a donde lleguemos, como usemos ese conocimiento, como logremos reproducir algo nuevo y excitante para nosotros mismos y tal vez para los otros. Ese es un concepto de educación. El otro concepto es, esencialmente adoctrinamiento, algunas personas tienen la idea de que, desde la infancia, los jóvenes tienen que ser colocados dentro de un marco de referencia en el que acatarán órdenes, aceptarán estructuras existentes sin cuestionar, etc. y esto es con frecuencia bastante explícito, ejemplo, después del activismo de los años 60, había mucha preocupación en gran parte de la gente educada, porque los jóvenes se estaban volviendo demasiado libres e independientes, que el país se estaba volviendo demasiado democrático y cosas por estilo, y de hecho hay un estudio importante que es llamado, la crisis de la democracia, demasiada democracia que afirma que hay ciertas instituciones responsables por el adoctrinamiento de los jóvenes, la frase es de ellos que no están haciendo su trabajo adecuadamente, se refiere a las escuelas, Universidades, iglesias, que tienen que ser modificadas para que lleven a cabo su trabajo de adoctrinamiento y control con más eficiencia, esa

idea, de hecho, proviene de liberales internacionalistas de gente altamente educada y de hecho, desde ese tiempo se han tomado muchas medidas para tratar de convertir el sistema educativo hacia uno con mayor control, más adoctrinamiento, más formación vocacional, con estudios tan costosos que endeudan a los estudiantes y los atrapan en una vida de conformidad, eso es exactamente lo contrario de lo que yo describo como tradición proveniente de la Ilustración. Y hay una lucha constante entre estos dos enfoque, en las Universidades y escuelas. En las escuelas, ya sea que se les entrena para pasar exámenes o bien para la investigación creativa, para dedicarse a intereses que son estimulados por los cursos en los que se profundiza por cuenta propia o en cooperación con otros y esto continúa hasta el post grado y en la investigación, son dos maneras de ver el mundo” (Chomsky, 2012) en <http://www.learningwithoutfrontiers.com>

Podemos deducir por tanto como hemos comentado anteriormente que, hoy en día no se inclina la balanza, ni de la acción del profesor ni, tampoco, de la del alumno. Se ha llegado a la conclusión de que ambas actividades, docente y discente son igualmente importantes; el profesor debe tener, principalmente el rol motivador, animador y orientador; y el alumno, el de asimilador por la acción.

El término aprendizaje es muy amplio, algunas teorías de la educación (Paulov, 1999; Watson, 1976; Thorndike, 1989) han llegado a afirmar que todo el comportamiento humano es efecto del aprendizaje y que el aprendizaje del hombre se realiza, en un elevadísimo porcentaje, en situaciones que, aparentemente, no son situaciones de enseñanza; es, además, el aprendizaje, un fenómeno muy complejo, pues implica procesos que van desde funciones orgánicas inferiores hasta las superiores; lo mismo aprendemos a correr, como a penetrar en el secreto de las ciencias o de las artes.

Como ya comentamos en el párrafo anterior, la enseñanza es una actividad que carece de sentido si no se corresponde con el aprendizaje; mientras que el aprendizaje se sustenta por sí mismo, es asunto del propio sujeto, a la vista de estas premisas, nos atrevemos a proponer un tipo de enseñanza que puede tener efecto positivo en las aulas

donde impartimos enseñanza en nuestro caso de Antroposociología de Salud. Para empezar, no se trata, en purismo, de un proceso de enseñanza, si bien puede tener que ver con él cuando aceptamos que el grupo genera conductas nuevas a partir de mensajes recibidos, se trata de algo mucho más “normal”, de algo a lo que todos estamos sometidos desde nuestro nacimiento y desde nuestra participación en un grupo humano, sea del tipo que sea nuestra participación: a la convivencia, consciente o no, con un mundo de mensajes de todas las formas, pero básicamente verbales que, a la larga, determinan nuestro modo de ser y estar en el mundo. Por poner un ejemplo sumamente elemental pero que podría introducir el método que presentamos oportunamente, diríamos que no nos resulta extraño que un alumno sea consciente de los temas referentes a la salud, la enfermedad, el dolor, el sufrimiento, si, desde siempre, o al menos en su tiempo de prácticas clínicas, ha vivido en un ambiente en el que el tema ha sido tratado “con normalidad”; si en su familia, en la edad infantil, o en sus prácticas clínicas, y formación teórico/práctica, durante cuatro años de carrera se hablaba de ello, si en la escuela se comentaban situaciones de riesgo de salud y como evitarlas, si el grupo de sus amigos y amigas explican en ocasiones situaciones referentes al tema, si en sus prácticas clínicas se les recuerda e inciden en la actuación sociocultural de la intervención enfermera, y si, al alumno, el tema no le es extraño, pertenece a la cultura cotidiana. Todo ello no son más que indicadores de que el tema existe, que es real, que vive entre los elementos del grupo, que no pertenece a una situación puntual y es olvidado en la práctica cotidiana del vivir.

I. 4. 3. La comunicación en educación enfermera

Se trata de potenciar la emisión/recepción de mensajes dentro del temario de la Antroposociología de la Salud como asignatura que hace referencia a la salud, la enfermedad, sufrimiento y dolor dentro del grupo de alumnos, para que ello nos lleve a la aparición de la llamada cultura del afrontamiento/prevenición en el convencimiento de que de lo que no se habla, no existe. Se supone, desde el inicio del trabajo, la conclusión

del mismo: los grupos humanos modifican sus conductas sus “haceres” unos respecto de los otros, a partir del discurso que se transmiten, de los mensajes que emiten y reciben, formando todos ellos lo que hemos denominado la niebla/atmósfera de los mensajes, la niebla/atmósfera comunicativa, en la que todos estamos inmersos y de la que todos extraemos nuestra forma de entender e interpretar la vida y, en consecuencia, nuestra forma de actuar.

La “realidad” está formada por signos, por signos que aluden a alguna realidad, la de cada elemento del grupo, la subjetiva, pero la única que poseemos, nos transmitimos mapas (Chomsky, 1970), acogida como agua bendita por los autores de la Programación Neurolingüística.

La realidad, esa realidad que no deja de ser “virtual”, es el conjunto de signos en los que nos hallamos inmersos, que nos explican la historia y la cotidianeidad, con los que transmitimos nuestras ideas a los demás, con los que referenciamos lo observado fuera de nosotros y lo comunicamos, incluso nos lo comunicamos a nosotros mismos. El lenguaje es, por lo tanto, el mecanismo intelectual de aprehender la realidad, reconocerla, identificarla y transmitirla. La realidad es generada en la transmisión significativa que hacemos de ella. La experiencia puede y es creada por los signos, por el lenguaje. La creación es también, la modificación. La realidad es modificada por los signos de los que se habla de ella. Todo el mundo hace cosas por la simple razón de que los demás las hacen. Pero tal vez está mal enunciada la anterior frase. No hacen cosas “simplemente”, se hacen cosas muy complejas porque la realidad virtual generada en su entorno no es otra cosa que la cultura grupal, el conjunto de manifestaciones que realiza un grupo de manera generalmente inconsciente porque están identificadas con su realidad, con el modo de ser y estar en el mundo. Aprender a hablar es aprender a comportarse como un ser humano: es sujetarse a unas normas no sólo gramaticales y semánticas, sino psicológicas, lógicas, epistemológicas, pragmáticas y socioculturales. Junto al vocabulario y a la sintaxis, el niño se habitúa a unas actitudes y formas de pensar. Nos comenta Victoria Camps al hablar del lenguaje y su “forma de vida”.

El análisis del lenguaje desde la noción básica de «acto lingüístico» lleva necesariamente a la destrucción de la concepción estática del significado predominante en la semántica tradicional. Sin ánimo de teorizar ni de ofrecer una visión completa y coherente del lenguaje, Wittgenstein expresa, a su modo intuitivo pero eficaz y sugerente, la idea que ha de regir esa nueva concepción del significado: «Para una amplia clase de casos si no para todos en los que empleamos la palabra "significado", podemos definirla así: el significado de una palabra es su uso en el lenguaje» (PkU, 43). El conocido lema “don’t ask for the meaning, ask for the use” representa cierta subordinación de la semántica a la pragmática, la negación de que el significado sea sólo una idea contenida en la forma lingüística, independiente de las circunstancias en que aparece. (Camps, 1976: 73)

De tal manera que Victoria Camps, nos transmite que el lenguaje crea en la persona todo un conjunto de actitudes, pensamientos, relaciones que nos acerca a nuestra propia realidad, aceptando que la experiencia puede modificar no mucho el entorno cultural en el que se desarrolla el individuo, de tal manera, que el hombre además de compartir una lógica, también comparte una forma de entender el mundo y de entenderse al mismo tiempo que se mantienen por debajo de lo que significan las diferencias socioculturales. (Camps, 1967)

Hay, sin duda, unos actos lingüísticos, y unos presupuestos e implicaciones de dichos actos, comunes a todas las lenguas, lo que significa que todos los hombres participan en unas costumbres y hábitos universales, en cierta forma de “convivir”. Todo el mundo hace determinadas cosas, porque es lógico que se realicen, adaptadas a la realidad concreta que les envuelve pero, en el fondo, “hábitos universales”. Esto queda expresado en Chomsky cuando supone que el lenguaje es una especie de estructura latente en la mente humana que se desarrolla y fija por exposición a una experiencia lingüística específica. (Chomsky, 2002).

La “experiencia lingüística específica” es la experiencia de los elementos del grupo, la que denominamos “cultural”, por denominarla de alguna manera más o menos

identificable. Hablamos de las cosas porque hacemos cosas y hacemos determinadas cosas porque las hablamos, las enunciamos, las reconocemos como conductas propias de nuestro entorno. Hemos de recordar que toda comunicación implica un compromiso y, por ende, define la relación. Esta es otra manera de decir que una comunicación no sólo transmite información sino que, al mismo tiempo, impone conductas. Nos comenta Paul Watzlawick estas dos operaciones (mentales) que se conocen con los nombres de aspectos referenciales y conativos” (Watzlawick, 1967), recordar en este punto que, para Watzlawick y sus colegas, la interacción en la comunicación, en tanto que sistema, no se reduce a la suma de sus elementos. Esta es, por otro lado, la razón por la que ellos se insertan en el modelo orquestal de la comunicación. Pero se concede menos atención a las unidades que el antropólogo y el sociólogo toman en consideración (el grupo, la comunidad, la clase social, etc.), la explicación está en que con excepción de Weakland, Watzlawick y sus colegas no han recibido formación antropológica; sus referencias intelectuales, intereses y preocupaciones se sitúan en el contexto de la psiquiatría. En esto se distingue claramente de otros miembros de la Universidad, tales como Bateson, Birdwhistell, Hall y Goffman. (Bateson, 1984:58) Siguiendo a Bateson (otro de los autores de la Escuela Palo Alto. California)

Bateson pone el siguiente ejemplo: Suponiendo que tenemos una cadena literal de neuronas A, B y C, cuando B se dispara nos da la información de que al mismo tiempo A, dispara una “instrucción” para que la neurona C, lo haga. (Bateson, 1984).

El aspecto referencial de un mensaje transmite la información (contenido del mensaje), el aspecto conativo indica el cómo entenderse el mensaje y la relación establecida entre los comunicantes. Todo el mundo lo hace, porque el mensaje que nos llega establece el contenido, la actuación concreta que supone dicha información, la forma concreta referida a la relación establecida entre los comunicantes y la manera en que dicho mensaje debe ser transmitido de nuevo para que siga “moviéndose” en el seno del grupo. Todas estas “indicaciones” son aportadas por el signo como si de una información genética se tratara.

En este apartado hemos de recordar, que hay factores en el alumno que influyen, favoreciendo o perjudicando el aprendizaje, así tenemos: a).- los factores físicos, como

el estado de salud del alumno, la capacidad de sus órganos sensoriales, especialmente la vista y el oído, etc. b).- los factores intelectuales y volitivos, como el nivel intelectual y nivel de aspiración. c).- los factores emotivos, ya que por ejemplo, la inseguridad perjudica notablemente la consecución del aprendizaje. d).- factores sociales. No podemos olvidar que el alumno no es un elemento aislado en el acto didáctico, sino que está inmerso en un ambiente determinado. De ello se derivan factores que condicionan el aprendizaje del alumno. Pensemos en la influencia de la familia, el ambiente de trabajo y cualquier contacto e interacción.

Es necesario que se transmitan los signos que aportan la realidad y su interpretación. Es necesario que el grupo disponga de las “expresiones” adecuadas a los contenidos que desea hacer suyos, que desea incorporar a su cultura, a su historia. Tenemos que ser capaces de elaborar el mensaje o los mensajes concretos y establecer los canales adecuados de transmisión. Debemos establecer la primera articulación del mensaje, a partir de las definiciones de los contenidos que deseamos y, posteriormente, hallar la segunda articulación, la forma que los transmita. El lenguaje debe crear la experiencia. Para que todo el mundo “haga” la cultura que deseamos y que, por supuesto, desea el propio grupo (Llacuna, 1996).

Por lo expuesto anteriormente creemos firmemente que es importante ser conscientes del valor del aprendizaje y de la enseñanza en el marco de toda actividad en el aula porque sólo así, el profesor lleva a cabo su tarea; al conocer plenamente la importancia de su labor; pero, también las limitaciones que conlleva.

Debemos destacar que, en el siglo XX, han sido muchas las investigaciones realizadas respecto del aprendizaje; pero quizás se ha dedicado poca atención al estudio teórico de la enseñanza, aunque, en dicho estudio entran muchas conclusiones que provienen de las teorías del aprendizaje. En el proceso educativo es fundamental la labor del profesor que lleva a cabo un acto de creación, un enfrentamiento original con el alumno. Conocer los factores, las leyes, los tipos, etc., del aprendizaje, ayudaran mucho al profesor a la hora de verse frente a frente en un encuentro definitivo profesor – alumno; para llevar a cabo con efectividad su papel motivador, director, orientador de la

actividad del alumno que es quien, en consecuencia debe lograr por sí mismo el aprendizaje (Arias et al, 1984).

Por todo ello, debemos ser capaces de hallar aquellas personas que:

- Tengan mayor aceptación dentro del grupo (aceptación afectiva y por sensación de confianza que establecen en el grupo). Personas creíbles, que dispongan de mayor “habilidad” formal de transmisión de mensajes. Mayor capacidad para establecer el baile del que hemos hablado.
- Posean la discreción necesaria para hacerlo en la confianza de que su labor “tiene sentido”, de que no se trata de una absurda “manipulación” (palabra atroz que deberíamos descartar plenamente y que consideramos que así ha sido al referirnos constantemente a los condicionantes de toda persona en un grupo).
- Estén dispuestas a participar en un “plan” (en el sentido extraordinariamente positivo del término), continuado y evaluable que debe llevarnos al objetivo deseado por todos (consciente o inconscientemente).

Podemos concluir en este apartado de la Tesis que, la formación en enfermería adquiere un valor de alto grado e importancia debido a los procesos comunicativos que tienen lugar en el trabajo individual de la enfermera con el paciente, entiéndase consulta de enfermería, u otras situaciones similares, así como en los trabajos en grupo, en este caso con grupos de enfermos crónicos, grupos de padres, asociaciones de vecinos etc. Durante la formación por tanto, el aprendizaje en este contexto debe y tiene que referirse a los valores y métodos que van a ocupar un lugar de vital importancia en el propio ejercicio de la profesión enfermera, del mismo modo que una unidad curricular en Antroposociología de la Salud adquiere sentido en si misma dada la correspondencia a los propósitos que la definen.

(Parte II)

CAPÍTULO 1

Capítulo Metodológico

II.1.1. Parte Empírica

Por razones obvias nos referiremos en este apartado a la metodología cualitativa, que en el momento actual se encuentra en los niveles más altos de desarrollo. Basta con hacer una revisión de las investigaciones y de los manuales sobre métodos y técnicas de investigación que se están realizando en los últimos diez años para coincidir con la opinión de autores como Denzin y Lincoln que afirman “*Nunca antes había habido tantos paradigmas, tantas estrategias de investigación o métodos de análisis para perfilar o utilizar*” (Denzin, & Lincoln, 1994:11). También, en la misma línea se manifiestan Vidich & Lyman (1994-2000). *Los métodos de la etnografía se han convertido en altamente refinados y diversos, las razones para hacer etnografía se han multiplicado.* Con cierta ironía comentan que: “*La investigación cualitativa en sociología y antropología nació de la preocupación de entender al “otro”*” (Vidich:171 & Lyman, 2000: 38) en (Denzin, & Lincoln, 1994:42). La investigación social nace unida al positivismo y al método cuantitativo con los grandes teóricos del siglo XIX y primera décadas de siglo XX, especialmente (Comte, 1996; Durkheim, 1938). El interés por utilizar en la ciencias sociales el método científico característico de las ciencias naturales, provocó que durante mucho tiempo hubiera un único y por tanto dominante método para el análisis de la realidad social. Pero, las limitaciones de este método dieron paso a otra forma de descubrir aspectos de la realidad hasta entonces relegados y despreciados. De este modo, técnicas como la observación descriptiva, las entrevistas, y otros métodos cualitativos tan antiguos como la historia escrita fueron cobrando cada

vez más importancia. Efectivamente, como relatan Taylor & Bogdan (1992) los orígenes del trabajo cualitativo se pueden encontrar en los historiadores, viajeros, y escritores que van desde el griego Herodoto, hasta Marco Polo. Pero sólo a partir del siglo XIX y principios del XX lo que ahora denominamos métodos cualitativos fueron empleados conscientemente en la investigación social. El trabajo de Play (1855-1871) sobre las familias y comunidades europeas representa uno de los primeros trabajos sociológicos utilizando la observación participante (Taylor, & Bogdan, 1994:17).

En antropología, la investigación cualitativa tiene una rica historia. El punto de partida fue probablemente, el siglo XIX cuando se aceptó la idea de que los antropólogos debían de salir a buscar sus propios datos en vez de confiar en los que podían contarle los viajeros. Malinowski (1932), estuvo casi cuatro años estudiando a los isleños de Trobriand y a otros pueblos melanesios. Había comprendido la importancia de la observación directa y la necesidad de mejorar las técnicas del trabajo de campo. Malinowski fue, con su maestro Haddson, durante algunos años, responsable de la formación de estudiantes de esta disciplina en Gran Bretaña, puede decirse que desde entonces todos los antropólogos sociales de dicho país han recibido una rigurosa formación en los métodos de investigación.

II.1.2. Parte Metodológica

Si observamos los objetivos de la tesis, vamos a encontrar dos grandes bloques de análisis que nos han inducido a aplicar la metodología que a continuación se detalla: el primero de los bloques de objetivos está referido a la importancia de la antropología para la comprensión de la narrativa del dolor y del sufrimiento, el segundo bloque de objetivos se refiere a la formación de los profesionales de enfermería para la experiencia en afrontar dolor y sufrimiento, unido al papel de la antropología en esta formación.

Para el primero de los objetivos se ha llevado a cabo toda una revisión bibliográfica de los principales autores que versan sobre esta materia, así pues nos recuerda Mena (2007)

La experiencia intercultural me ha hecho saber que no se puede trabajar exclusivamente con procedimientos y discursos asiáticos, y que, salvo que el cliente lo pida o lo conozca, hay que combinar con explicaciones en su propio idioma cultura, acercando a su comprensión los contenidos originales de la MTC (Medicina Tradicional China). El trabajo se convierte en una labor intercultural por obligación, pero también porque es ético hacerlo así y porque da mejores resultados. La formación en antropología médica le puede dar al etnomédico de MTC la posibilidad de entender y hacer entender mejor contenidos culturales relacionados con la salud pertenecientes a contextos distintos. (Mena, 2009: 39).

Es por ello que, la antropología aplicada a la salud sigue la primera línea de planteamiento tanto para proponer soluciones como intervenciones ante los males y problemas de salud. La medicina hegemónica, a pesar de ceñirse a sus especificidades terapéuticas, también contempla la amplitud de posibilidades de interpretación de la enfermedad, desarmonía y la cura, reequilibrio, el resultado de la puesta en práctica de planteamientos y planes complementarios de ayuda antropológica y terapéutica tradicional conduce a la mejoría de la situación particular que viven por ejemplo los enfermos crónicos; sin olvidar que muchas mejorías requieren a la vez cambios económicos, laborales y personales en relación con el miedo inmediato social, natural y cultural (Aparicio-Mena, 2007). Para Pablo García Gañán, filósofo y psicólogo, la medicina ha perdido el norte al priorizar la lucha contra la muerte en lugar de el alivio del sufrimiento (la que debería ser la principal prioridad de ésta disciplina), asimismo califica la medicina como una ciencia “*despersonalizada*” (García-Gañán, 2003: 8). Esta crítica no es nueva y se remonta en el tiempo desde los orígenes de una profesión en la que se entremezclan objetivos asistenciales y humanitarios con matices políticos, económicos, juegos de poder, dominación, hegemonía y control social. La dialéctica naturaleza-cultura vieja discusión antropológica adopta en esta apartado del trabajo una posición estratégica junto a otras dicotomías como mente-cuerpo o individuo-sociedad, esta última trae consigo un importante núcleo de discusión metodológica sobre las

dimensiones de la enfermedad, la primera ya había sido desvelada por ciertas aproximaciones desde la psiquiatría (Eisemberg, 1977) y la antropología (Good, B. 1996) que ponían en evidencia las limitaciones de la dualidad cartesiana sobre la cual se había erigido la práctica y la teoría, aunque pocas veces explicada, desde la biomedicina social (Mishler, 1981: 1-23). La biomedicina es para Mishler, como para Hahn & Kleinman (1983), una subcultura con sus propias reglas de juego, valores, prácticas y creencias institucionalizadas que configuran su papel en el contexto social general. Esta es la posición que asumen posteriormente y defiende una más amplia etnomedicina, de tal manera que la antropología de la medicina empieza a ser entendida como el estudio de los diferentes sistemas médicos, pero también de los procesos de salud y enfermedad en diferentes sociedades, ambos objetos de estudio están íntimamente relacionados

Ahora bien, desde la perspectiva de la estructura social podría ser concebida como una ordenación de los individuos que ocupan estatus y cuyas relaciones están orientadas por instituciones (cf. Hahn, & Kleinman, 1983:311). Esta caracterización de la estructura nos lleva a observar los fenómenos de intercambio y de diferenciaciones sociales que las relaciones entre los individuos produce, y su vez, a hablar del poder.

Para el segundo bloque formación de los alumnos, profesionales de enfermería en la experiencia en afrontar dolor y sufrimiento, unido al papel de la antropología, hemos necesitado la aplicación del trabajo de campo, la entrevista en profundidad semiestructurada así como la observación participante, las tres técnicas quedan explicitadas en el apartado de instrumentos de la investigación.

Las variables objeto de análisis fueron en alumnos las siguientes, datos de filiación, primer campo: ¿Porqué estudias enfermería?, segundo campo: ¿Qué opinas sobre sufrimiento y dolor en general?, tercer campo: ¿Cómo ves el papel del enfermero en la relación con los pacientes?, cuarto campo: ¿Qué elementos crees importantes en la formación de un enfermero para dar calidad en los servicios de enfermería?. Las variables objeto de análisis fueron las siguientes en profesionales, datos de filiación, primer campo: ¿Porque estudiaste enfermería?, segundo campo: Experiencia en dolor y sufrimiento, tercer campo: Sufrimiento y dolor en general.

En la observación participante las variables objeto de análisis fueron: Actores participantes, comunicación entre todos los actores, escenario de la observación y comentarios del observador.

II. 1. 3. Análisis de datos

El momento del análisis de los datos obtenidos es probablemente el momento más complicado de la investigación cualitativa, aunque hemos realizado un esfuerzo importante por clarificar los métodos empleados y de ese modo llegar a una adecuada interpretación que pueda sustentar nuestro trabajo. Es precisamente en nuestro medio de ciencias de la salud donde mayor reticencia encontramos para aceptar la investigación cualitativa para abordar los problemas de salud. Sin embargo, hace unos años Mercado et al., (2000) aportó luz a este tipo de investigación con un profundo ejercicio reflexivo sobre la utilidad del análisis cualitativo a partir de su experiencia; por otro lado, como trabajador de una entidad sanitaria, y como antropólogo, he tomado referentes teóricos y metodológicos proveniente de las ciencias sociales y las humanidades, especialmente de la antropología. Uno de los principales autores que han influido en el interés por análisis de la ciencias de la salud ha sido con Goffman (2001) en *Internados*, son ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. El autor, referenciado en apartados anteriores de esta tesis, nos puso sobre aviso en la necesidad de abordar determinados problemas de salud desde distintas perspectivas a las puramente biologicistas. Perspectivas como la subjetividad como objeto de análisis, perspectiva que aún hoy sigue creando polémica de aceptación en el entorno biomédico. Por tanto, sería de vital importancia poder llegar a consensos sobre los aspectos más elementales del análisis: terminologías, métodos y técnicas, criterios de validez y fiabilidad, perspectivas teóricas, etc., dada la multiplicidad de intervinientes en esta área de investigación cualitativa y no todos con la misma formación académica a la hora de investigar.

En esta dinámica, el propósito del presente estudio se enmarca en el análisis cultural en su desarrollo histórico, desde la percepción, sufrimiento y alivio del dolor en el hombre a través de las diferentes culturas, y como los alumnos de grado de enfermería de 1º

curso en la Universidad Fernando Pessoa, Canarias, España, sin llegar a estar contaminados por la cercanía al dolor en sus prácticas clínicas, nos transmiten mediante entrevista en profundidad, y método cualitativo observacional sus vivencias de como perciben dolor y sufrimiento en su andar cotidiano. Con la obtención final de resultados y conclusiones se pretendía poder llevar a cabo una intervención pedagógica coherente, de aplicación práctica, concretamente con la asignatura de Antroposociología de la Salud, llegar incluso a configurar directrices curriculares que nos orienten tanto a profesores como los propios alumnos, en aras de conseguir, al menos, una reflexión del etnocentrismo, el relativismo cultural, la diversidad y contacto cultural dentro de la práctica de la enfermería, con especial hincapié, en los comportamientos del futuro profesional de la enfermería en los apartados de sufrimiento y dolor. Al mismo tiempo se llevó a cabo una intervención de características similares en cuanto a método (entrevista en profundidad semiestructurada) con profesionales de la enfermería con más de quince años de experiencia profesional y de esta manera poder comparar resultados y llegar a conclusiones. En cuanto a la observación participante se llevó a cabo fundamentalmente en la UAG del centro de salud dirigida a los profesionales de enfermería durante su desarrollo profesional con los pacientes y familiares atendidos en ese momento.

II. 1. 4. Objetivos

Después de la experiencia de varios años de trabajo en el mundo sanitario no sólo en España, sino en la India como ya se explicitó en su momento en este trabajo, no nos cupo la menor duda de poder demostrar con este trabajo la necesidad de los conocimientos en antoposociología tanto en el ámbito de estudiante como en el de profesional, para poder llevar a cabo una labor de auténtico cuidado a los otros, en el caso que nos ocupa desde la perspectiva de la enfermería; es por ello que los objetivos que nos planteamos para el estudio fueron los siguientes:

1. En un primer momento nos planteamos hacer el “Estadio del Arte” del papel de la antropología en el espacio sanitario y, particularmente, en el campo de la enfermería, que hemos hecho en la primera parte del trabajo.
2. Ver la importancia de la antropología para la comprensión de la narrativa del dolor y del sufrimiento.
3. Ver como es fundamental la formación de los profesionales de enfermería para la experiencia del dolor y del sufrimiento. Papel de la antropología en esta formación.
4. Ver como los alumnos de enfermería y profesionales experimentados (En una estrategia comparativa) entienden la narrativa del sufrimiento y del dolor en su futuro/presente de la actividad.
5. Discutir la relación entre curar y experiencia / comunicación del dolor en los espacios sanitarios, para la calidad de vida de los intervinientes.
6. Desarrollar estrategias de intervención en el ámbito pedagógico para la asignatura de Antroposociología de la Salud a los alumnos de enfermería de UFP.

Antes de desarrollar los objetivos nos hicimos algunas preguntas de partida que nos pudieran facilitar el desarrollo del estudio como hipótesis de partida del trabajo, y fueron las siguientes:

1. ¿La antropología de la salud es importante para la formación de los profesionales de enfermería, particularmente para la comprensión de la narrativa del dolor y del sufrimiento?
2. ¿La experiencia profesional de los enfermeros influye en las percepciones o vivencias de dolor y sufrimiento previos al comienzo de sus estudios de enfermería?
3. ¿Se podrán desarrollar estrategias de intervención en el ámbito pedagógico para la asignatura de Antroposociología de la Salud a los alumnos de enfermería de U.F.P., que orienten adecuadamente al alumno en los cuidados de sufrimiento y dolor?

Los objetivos propuestos y los contenidos que los complimentan se basan en la consideración de que el conocimiento de la disciplina de Antroposociología de la Salud es una necesidad de orden práctico para el ejercicio de la profesión de enfermería por lo que la orientamos fundamentalmente a la obtención de conocimientos y habilidades sobre aspectos antropológicos de marcada aplicabilidad práctica,

fundamentándolos en los conceptos fundamentales de la Antropología y la Sociología, intentando alejarnos del nocivo y contaminante empirismo (Bouché, H. 2004). Bouché pretende partir de la realidad actual para plantear una prospectiva de la asignatura de Antropología a la vista de las nuevas tecnologías y descubrimientos científicos que incidirán en la imagen tradicional del hombre. Las recientes concepciones del cosmos, el fenómeno de la globalización o la genómica, por citar solo alguno de ellos, obligan a pensar el futuro del ser humano en términos de educación en nuevas coordenadas. De ahí, la importancia de nuestro trabajo en lograr que el estudiante tenga una correcta comprensión del nivel holístico de funcionamiento humano, en su interacción e interdeterminación con los niveles biológico, social y cultural que le permita un ejercicio profesional adecuado a nivel interaccional y no de intervención propiamente Antroposociológica. Sin embargo, no es menos cierto que el encuentro de cualquier estudiante del área de la salud y la enfermedad, con el dolor, sufrimiento y muerte constituye una de las tareas más complejas y estresantes a las que deben enfrentarse los estudiantes durante su formación práctica en la Universidad.

II. 1. 5. Tipo de estudio

Nuestro trabajo se enmarca dentro un análisis de estudio cualitativo observacional que se llevó a cabo en las instituciones y espacios tanto educativos como sanitarios elegidos, en nuestro caso en el 1º curso de enfermería de la Universidad Fernando Pessoa, Canarias, España, y en la atención primaria de salud en la isla de Gran Canaria a profesionales de la enfermería.

II. 1. 6. Instrumentos de investigación y tratamiento de datos

Uno de los instrumentos fundamentales y básicos para el desarrollo de esta trabajo lo constituyó las entrevistas llevadas acabo durante el trabajo de campo. La entrevista puede ser definida como un mecanismo de aproximación que permite profundizar nuestro conocimiento sobre un determinado proceso, grupo, situación o vivencia. En

nuestro trabajo contamos con una guía (ver anexos nº VI.I y VI.II) de conversación para el desarrollo útil donde a pesar de intentar centrar el tema sobre lo que me interesaba como investigador de dolor y sufrimiento, los entrevistados, tanto alumnos como profesionales, solían derivar a momentos personales de su experiencia, curiosamente desde la perspectiva de sus familias o en el ámbito profesional. Por tanto, es evidente que sin apartarnos del objetivo del trabajo, nuevas preguntas y asuntos a tratar pueden durante la entrevista, servirnos como resultado válido para este trabajo a partir de la interacción con los entrevistados.

Si partimos de que las entrevistas se utilizan para recabar información en forma verbal, a través de preguntas que propone el analista o investigador. En este trabajo los que respondieron fueron profesionales y alumnos de enfermería, incluidos los primeros como trabajadores del Servicio Canario de la Salud (SCS), y los segundos, alumnos de enfermería de la Universidad Fernando Pessoa, Canarias.

En este trabajo la entrevista fue de tipo personal e individualizada, por tanto, se produjo un intercambio de información que se llevó a cabo cara a cara, representado un canal de comunicación de alto interés entre el investigador y los entrevistados, de tal manera, que nos ha servido en la investigación para obtener información acerca de las vivencias, emociones reales, sentidas e incluso, recoger las necesidades de los entrevistados, desde la óptica tanto laboral-profesional como de los estudiantes de enfermería, hemos contemplado esta técnica con entrevistas en profundidad semiestructurada enfocada a la búsqueda de información y producción de datos cualitativos en un encuentro cara a cara de dos personas (cf. Samartín, 2003: 9; Maurel 2009; 58), estas dos técnicas se han realizado a profesionales y alumnos de enfermería, con la finalidad de alcanzar datos que fueran tanto significativos como representativos.

Si bien es cierto que la técnica y procedimiento de obtención de información fue a través de la esencia de las que hemos de diferenciar los tres grandes modelos de entrevistas en profundidad, en primer lugar tenemos entrevistas en profundidad que representan historias de vida o autobiografías sociológicas (Burgess, en Shaw, 1996, en Taylor & Bogdan, 1994), en segundo lugar mencionaremos la entrevista en profundidad dirigida al aprendizaje sobre acontecimientos y actividades que no se pueden observar

directamente, en las que los interlocutores son informantes en el más verdadero sentido de la palabra como los estudios de Erikson (1976) sobre la reacción de una ciudad de Virginia Occidental ante un desastre natural; y el de Domhoff (1975) sobre las élites de poder, ambos en Taylor & Bogdan (1994), en tercer lugar haremos mención a las entrevistas en profundidad que tienen la finalidad de proporcionar un cuadro amplio de una gama de escenarios, situaciones o personas, como el estudio de Rubin (1976) sobre familias obreras basado en cien entrevistas detalladas con esposas y esposos (Taylor & Bogdan, 1994)

Por otra parte, las entrevistas nos han ofrecido una excelente oportunidad para establecer una corriente de simpatía y empatía con mis compañeros de profesión y mis alumnos, al mismo tiempo que me han ofrecido un análisis personal de gran utilidad en el trabajo de investigación que hemos llevado a cabo en el transcurso del estudio. Los profesionales fueron elegidos de mis propios compañeros de trabajo en los Centros de Salud u hospitales de la isla de Gran Canaria.

Todas las entrevistas se realizaron en un despacho, a solas con la intimidad pertinente en este tipo de entrevista que se llevó a cabo. Se les explicó con toda amplitud el propósito y alcance del estudio, así mismo se les explicó la función propietaria como investigadora y la función que se espera conferir al entrevistado; nos comprometimos con el sigilo de las respuestas y con el anonimato de los participantes; garantizando con todo ello la libertad de participación y posibilidad de salir de la investigación.

Se llevaron a cabo preguntas orientativas para obtener respuestas cualitativas; no se intentó evitar preguntas que exigieran opiniones interesadas, subjetividad y/o actitudes similares, si se intentó evitar frases carentes de sentido. Si así ocurría, se pedía explicación de las mismas, en todo momento se matuvo cortesía con educación comedida, absteniéndome de emitir juicios de valor; en todo momento mantuve el control de la entrevista, evitando dentro de lo posible, como ya expliqué anteriormente, divagaciones y comentarios al margen de la cuestión planteada al comienzo; en todo momento se mantuvo una escucha activa, guardándome de anticiparme a las respuestas, todas las entrevistas fueron grabadas.

Una vez finalizada la entrevista y transcrita desde la grabadora, se le entregó a cada profesional una copia impresa del resultado solicitando su aprobación, archivando posteriormente los resultados. He de decir, que la colaboración por parte de mis compañeros profesionales de la enfermería y mis alumnos de enfermería fue absoluta.

La clasificación de las entrevistas llevadas a cabo se realizó con las siglas E = Entrevista; P = profesional, A = Alumno; los valores 1, 2, 3, etc. corresponden al número de orden de las entrevistas, del tal manera que (EP1) corresponde a la entrevista número 1 a profesional, (EA1) corresponde a entrevista número 1 a alumno.

Con los cuadros resumes, para tratamiento de contenido, se llevó a cabo el mismo método es decir, C = cuadro, P = profesional, A = Alumno, los valores 1, 2, 3, etc. corresponden al número de orden de los cuadros, del tal manera que (CP1) corresponde al cuadro número 1 de la entrevista a profesionales; (CA1) corresponde a cuadro número 1 de entrevista a alumno. (Ver Anexos parte VI.IX). Lo mismo se hizo con la observación participante O = Observación , P = Participante. los valores 1, 2, 3 y 4 corresponden al número de orden de los cuadros. COP1, COP2, COP3 y COP4. (ver anexos VI.IV.I al VI.IV.IV y del VI.V.I al VI.V.IV)

Otro instrumento importante para la investigación fue la observación participante. He de significar la dificultad que entraña el llevar a cabo esta técnica dado la distancia que tenemos que mantener entre investigador y observados en este campo, donde, al mismo tiempo nos obliga a mantener objetividad en la transmisión de lo observado, máxime, cuando el campo observado es en el área de salud. Leininger (1978) ahora nuestra enfermera antropóloga americana ya conocida, fue la primera que realizó y dirigió un trabajo etnográfico de cuidados y salud, a partir del cual desarrolló su Teoría de los Cuidados Transculturales. La observación participante es la investigación que requiere la intervención social del investigador, y los informantes en el entorno de éstos. Se trata en definitiva de captar la realidad social y cultural de una sociedad o grupo, como es el caso que nos ocupa, mediante la inclusión del investigador en el colectivo objeto de estudio. Debido a esto, el diseño de la investigación cualitativa a menudo se denomina diseño emergente, ya que “emerge” sobre la marcha. Esto quiere decir, que el diseño puede cambiar según se va desarrollando la investigación, el investigador va tomando

decisiones en función de lo que ha descubierto, pero, tal como hicieron notar (Lincoln & Guba 1995) esto no es resultado del descuido o la pereza del investigador, sino que más bien refleja el deseo de que la investigación tenga como base la realidad y los puntos de vista de los participantes, los cuales no se conocen ni comprenden al iniciar el estudio. Nosotros en nuestro trabajo, elegimos una entrevista en profundidad semi estructurada, en profundidad porque destaca todas las interacciones del hombre como ser biopsicosociocultural, o sea interacciones con el medio, ambiente familiar, ambiente cultural, socio económico y laboral; y semi estructurada, porque nos referimos a que la herramienta como tal, tiene partes abiertas en donde el entrevistado puede aportar datos y pensamientos en base a su experiencia, en nuestro trabajo con alumnos, o con profesionales, es decir, no se trató durante las entrevistas llevadas a cabo, de una mera encuesta con dicotomías.

II. 1.6.1 Trabajo de Campo

Introducción y registro de la información, diario de campo

Como ya hemos mencionado anteriormente, la investigación cualitativa, representa una “pluralidad de saberes y de prácticas”. Esta pluralidad tiene que ver con la variedad de disciplinas donde la metodología cualitativa se ha desarrollado en los últimos decenios (sociología, antropología, psicología, filosofía, lingüística...) y también con su propia plasticidad en función del objeto y del contexto a investigar. A pesar de las diferentes corrientes de pensamiento que enmarcan la investigación cualitativa, se reconoce que los principios básicos del diseño de la investigación cualitativa son: la flexibilidad, la circularidad del proceso, y la reflexividad permanente del investigador. Por ello, como hemos explicado en capítulos anteriores, el diseño de la investigación cualitativa es emergente sin que ello signifique que las investigaciones cualitativas no tengan rumbo. De esta manera, la investigación está proyectada, pero permanece abierta a incorporar lo que emerge, lo inesperado, aspectos que pueden matizar y reorientar partes del diseño proyectado. No es hasta el final de la investigación que el diseño está completo y

acabado, y es entonces cuando se puede explicar todo lo realizado desde el inicio de la propia investigación.

El concepto de “campo” es una reminiscencia de cuando las investigaciones antropológicas se realizaban en sociedades primitivas. Ello, las expresiones “trabajo de campo” y “cuadernos de campo” (apuntes de observaciones y dibujos), se refiere a los métodos tradicionales de investigación sobre el terreno, de las ciencias naturales y de las sociales, como la antropología cultural. El término inglés de *Field-work* (“trabajo de campo”) deriva del discurso naturalista que, según parece, introdujo Haddon (1855-1840) en la antropología británica. Los aspectos esenciales estancia continuada y prolongada de un investigador especializado entre un grupo humano fueron postulados por Haddon como consecuencia de las experiencias viajeras de principio de siglo XX. De ahí que, las referencias sobre trabajo de campo que se encuentran en la literatura suelen estar relacionadas con la antropología, la etnografía y la observación participante. Un ejemplo es la definición de trabajo de campo de Stocking (1993):

“El trabajo de campo es la experiencia constitutiva de la antropología, porque distingue a la disciplina, cualifica a sus investigadores y crea el cuerpo primario de sus datos empíricos” (Stocking, 1993:66)

En este contexto, el trabajo de campo es considerado más que una técnica y más que un conjunto de técnicas, es una situación metodológica y también en sí un proceso, una secuencia de acciones, de comportamientos y de acontecimientos, no todos controlados por el investigador. En nuestro trabajo, una vez puestos en contacto con los directivos del SCS, (Servicio Canario de La Salud) concretamente con la gerencia de Atención Primaria de Salud, se les explicó el trabajo de investigación que queríamos llevar a cabo en una de sus ZBS, (Zonas Básicas de Salud) concretamente en la ZBS de Triana. Una vez obtenidos los permisos pertinentes, el siguiente paso fue contactar con la dirección médica y de enfermería del mencionado Centro de Salud. He de reseñar que una vez explicado el proyecto de trabajo, todo fueron facilidades; se eligieron por oportunidad o compromiso a los 10 trabajadores de enfermería que formaron parte de

las entrevistas, para lo cual establecimos un cronograma “ad hoc” para cada trabajador, teniendo en cuenta sus horarios de consulta y salidas a domicilio. Las entrevistas se llevaron a cabo en cada uno de los despachos de las enfermeras en los tiempos pactados calculando tener las menos interrupciones posibles. Una vez en el despacho de cada uno de los entrevistados, se le volvía a explicar con detalles el proyecto de investigación así como la confidencialidad de los datos obtenidos. Por parte de todos los entrevistados no hubo ningún inconveniente para que la entrevista fuera grabada en su totalidad.

En cuanto al trabajo de campo con los alumnos de enfermería, se solicitaron los permisos pertinentes a la UFP para trabajar con los alumnos seleccionados en la muestra. Previamente se le explicó a toda la clase de 1º curso de enfermería en que consistía el trabajo de investigación, solicitando la colaboración de aquellos que fueran elegidos. Como anécdota comentar que algún alumno me preguntó si la participación en la investigación llevaba consigo el subir uno o dos puntos en la nota final de la asignatura de Antroposociología de la Salud. La elección una vez más fue oportunidad o compromiso y se eligió a 10 alumnos, con cada uno de ellos se pactó la entrevista en un despacho cedido por la UFP Canarias, teniendo en cuenta sus turnos de clase (mañana o tarde) sus horarios de clase o coincidencia con algún examen.

Referido a la observación participante, se le explicó a los enfermeros que estaban en ese momento trabajando en la UAG (Unidad de Atención General) del Centro de Salud, las características de una observación participante. Hemos de recapitular que la observación se llevó a cabo cuando el personal de enfermería atendía a los pacientes, con lo que en algún momento los pacientes llegaron a preguntar que hacía un investigador en el momento de su atención sanitaria. Cuando esto sucedió, se le explicó al paciente la razón de mi presencia, no hubo dificultad con ninguno de ellos. Durante todo el periodo de la observación nos ayudamos de planillas diseñadas al efecto (ver anexo nº VI. III) que nos sirvieron de guía durante el periodo observado.

Una vez recopiladas las entrevistas de los dos colectivos de la muestra y las planillas de observación, fueron transcritas por ordenador al trabajo de la tesis. Por tanto, el trabajo de campo consistió en la realización de una serie de entrevistas en profundidad semiestructuradas a alumnos de 1º curso de enfermería de la Universidad Fernando

Pessoa. Canarias, y profesionales de la enfermería con más de 15 años de profesión del Servicio Canario de la Salud, Área de Salud de Gran Canaria; al mismo tiempo realizamos un análisis de estudio cualitativo observacional que se llevó a cabo en los espacios sanitarios elegidos para este trabajo, como son los Centros de Salud.

Nuestro propósito fue trabajar desde la perspectiva del dolor, sufrimiento y enfermedad que han sido un trinomio lacerante que ha acompañado al hombre a lo largo de toda su historia. Con nuestro trabajo intentamos poner de manifiesto la cultura del dolor, que al ser impartidas en las aulas, conseguir influenciar desde la pedagogía en los alumnos para que en el momento de su actuación profesional enfermera logren disminuir, paliar o hacer desaparecer el dolor, sin olvidar que, el dolor, el sufrimiento y la muerte, lo advertimos como ciencias tan antiguas como lo es la propia humanidad. Etimológicamente “*pain*”, en inglés, deriva de “*poena*” en latín, que significa “castigo” y “paciente” deriva del latín “*patior*”: el que aguanta o soporta sufrimiento o dolor.

Otros de los registros analizados consistió en revisar los objetivos de la asignatura de Antropología y sociología en alumnos de 1º de enfermería.

II. 1.6.2. Objetivos de la asignatura Antroposociología de la Salud en la UFP.

Al concluir la asignatura, el estudiante debe ser capaz de:

- Comprender la construcción histórica y cultural de las representaciones de la enfermedad, y de la Salud con el contrapunto entre representaciones de lo normal y de lo patológico.
- Comprender los diversos sistemas de salud existentes, así mismo como las diversas teorías y metodologías utilizadas emergentes en sistemas de salud.
- Comprender las diversas interacciones manifiestas y latentes entre las estructuras oficiales y estructuras paralelas de los sistemas de salud.
- Comprender los desafíos y procurar responder a los problemas que salud/enfermedad, conciernen a los individuos, instituciones, sistemas sociales y culturales.
- Comprender cómo y que sistemas de salud/enfermedad, construyen una realidad

social con la enfermería en España, posibilitando así mismo unos instrumentos necesarios para el futuro enfermero, para una construcción adecuada de la personalidad profesional y una intervención en salud más consciente.

Contenidos básicos:

- Lo normal y lo patológico como construcción social de la enfermedad.
 - De la perspectiva biomédica a la perspectiva cultural de la enfermedad y la salud.
 - La multiplicidad de los discursos etiológicos y terapéuticos.
 - Las teorías antropológicas y sociológicas en salud.
- El medio físico, social y cultural en la sociología de las emociones.
 - El cuerpo reprimido, la educación del cuerpo y la violencia sobre el cuerpo.
 - La geografía de la salud
 - Mundos simbólicos de percepción del dolor: ecológico o religioso y o familiar.
 - Emociones y sentido de la enfermedad
 - Dolor y sufrimiento; Desafíos a la comunidad terapéutica
- Los comportamientos de vida y las enfermedades.
 - Sociedades, cultura y estilos de vida: La complejidad de las sociedades contemporáneas. Culturas de riesgo.
 - Salud y enfermedad como reveladores de valores comportamentales: políticas y pedagogía; control y prevención.
 - La razón étnica, sexual y demográfica en los discursos y prácticas de la salud.
- La organización de las instituciones de salud y las políticas de salud
 - La “sociedad clínica” como producto histórico (La organización como producto histórico y cultural (Foucault), La organización hospitalaria como institución total (Goffman).
 - La historia de los sistemas de salud en España y Portugal.
 - Poderes, profesionales y organización de los cuidados de salud y su financiación.

- Políticas sociales y económicas en las instituciones de salud y enfermedad:
Gestores, actores y terapia en los cuidados de salud.

II. 1. 7. Contexto de la investigación

En nuestro trabajo el lugar de investigación tuvo lugar en una de las dependencias sanitarias correspondientes al Servicio Canario de la Salud, tuvimos reuniones previas con la Unidad de cuidados paliativos perteneciente al Hospital Universitario de Canarias Dr. Negrín. Dado que en principio la orientación del trabajo tenía como finalidad analizar sufrimiento y dolor, y su relación con la Antropología, son estas unidades hospitalarias donde con mayor frecuencia se pueden dar estas variables, sin embargo la orientación del jefe de esta Unidad de paliativos Dr. Marcos Gómez que figura como autor consultado y acotado en esta tesis, me sugirió orientarlo desde la Atención Primaria de Salud.

Para situarnos diré que la Comunidad Autónoma de Canarias como el resto de la Comunidades Autónomas en España tienen transferidas las competencias en sanidad, por tanto, la CAC ha distribuido sus ingresos estatales en dos áreas, una la llamada atención primaria de salud que abarca todos los puntos de atención sanitaria denominados Centros de Salud y sus periféricos que hacen un total de 40 ZBS y un total de 86 puntos asistenciales para la isla de Gran Canaria, y otra la atención secundaria – terciaria donde entran los CAE (Centros de Atención Especializada) con tres centros en el norte de la isla y tres centros en el sur y los dos grandes hospitales de agudos el mencionado Hospital Universitario de Canarias Dr. Negrin que atiende la zona norte de la isla de Gran Canaria, y por el sur el Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil.

Por tanto, el Servicio Canario de la Salud (SCS) es un organismo autónomo de carácter administrativo adscrito a la Consejería de Sanidad competente en materia de Sanidad del Gobierno de Canarias, creado por la Ley 11/1994 de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias y cuya organización y funcionamiento vienen regulados en el Decreto 32/1995

Nuestro trabajo de campo se desarrolló en uno de los centros de salud de la isla de Gran Canaria situado en la capital de la provincia de Las Palmas es decir, en Las Palmas de Gran Canaria, concretamente en la zona básica de salud de Triana, que contiene una población adscrita de 12.858 usuarios.

II. 1.8. Justificación

La justificación de nuestro trabajo está basada en los siguientes ítems.

- Una historia de la Antropología en la investigación sanitaria y particularmente, en la enfermería.
- La formación en enfermería y la presencia del aporte antropológico: la institucionalización de la antropología de la salud.
- Dolor y sufrimiento en las diferentes culturas.
- La narrativa del dolor y del sufrimiento.
- Cómo los alumnos y profesionales de enfermería entienden el dolor y el sufrimiento en su actividad Profesional: futura y actual.
- La importancia de la formación de los futuros alumnos de enfermería en la experiencia y comunicación con el dolor y sufrimiento.
- El papel de la Antroposociología de la salud en la calidad de vida de los pacientes.

En la actualidad la función del profesional de la enfermería, en unas sociedades contemporáneas cada vez más complejas y donde hay una mayor diversidad cultural, requiere de nuevas formas de conocimiento y de prácticas de atención y cuidado.

En la actualidad soy profesor de Antroposociología de la salud en la Universidad Fernando Pessoa, en la delegación de Canarias, desde hace diez años. Durante los primeros años que impartí docencia, a la asignatura de Antroposociología de la salud se asignó a los alumnos de 2º curso de la licenciatura de enfermería; pasado unos años, y según evaluaciones realizadas por la propia Universidad, se consideró más apropiado impartir la asignatura de Antroposociología de la Salud en el primer curso de la carrera de enfermería. De ahí, una de las justificaciones del estudio, por una parte, demostrar

que las experiencias de dolor y sufrimiento en caso de existir en estos alumnos, antes de comenzar los estudios de enfermería, condicionan o no en su comportamiento en el desarrollo de su aprendizaje, y por otra parte, comprobar, si es apropiado dado la poca experiencia académica en alumnos de primero en los estudios de enfermería asimilar la magnitud y alcance de la disciplina de Antroposociología de la Salud, para su futuro desarrollo profesional; es decir, si la asignatura de Antroposociología de la Salud es capaz de ir unida a un interés práctico, y por tanto, pedagógicamente así, lo captan los alumnos. El cuerpo y sus connotaciones tanto antropológicas/sociológicas/anatómicas y fisiológicas, forman un conglomerado de suma importancia para la formación de los estudiantes de las áreas de ciencias de la salud. Por lo que una justificación a desarrollar en el trabajo que llevamos a cabo es, la importancia del cuerpo humano que la antropología ha concedido desde el siglo XIX. Hablar del cuerpo en las sociedades occidentales contemporáneas significa referirse al saber anatómico-fisiológico en el que se apoya la medicina moderna, y suponer un consenso en torno del saber y de la prácticas subyacentes, olvidando según Balandier (1981) que las sociedades nunca son lo que parecen ser, se expresan en, al menos dos niveles: uno, superficial, presenta las estructuras oficiales, el otro, profundo, permite acceder a las relaciones reales más profundas y a las prácticas reveladoras de la dinámica del sistema social (Balandier, 1981: 7). En este contexto, el saber biomédico es la representación oficial, en cierta medida del cuerpo humano de hoy, es el que nos enseñan en las Universidades, el que se utiliza en los laboratorios de investigación, el fundamento de la medicina moderna. Pero, como se trata de un elemento de la cultura erudita, es un saber esotérico, que los contemporáneos comparten muy poco (Le-Breton, 2002: 84). Esta es la situación que vivencian nuestros estudiantes/profesionales de enfermería, de forma casi generalizada, en las sociedades occidentales cada sujeto tiene un conocimiento bastante vago de su cuerpo. Cada uno recibió una apariencia de saber anatómico y fisiológico en la formación primaria y secundaria, en el trabajo que nos ocupa como es natural, con mayor detalle y conocimiento científico en cuanto a formación en los estudiantes de enfermería, sin embargo, este saber en la población en general suele ser confuso, son raros los individuos que conocen realmente la ubicación de los órganos y que

comprenden los principios fisiológicos que estructuran las diversas funciones corporales, por tanto, son conocimientos más que rudimentarios, superficiales para la mayoría de la gente (Turner, 1994: 11-40.)

El tema del cuerpo como sistema clasificatorio entre naturaleza y cultura ha sido fundamental para la visión antropológica de Douglas (1970-1973), donde toma como elemento principal la respuesta humana al desorden, donde pueden quedar incluidos el riesgo, la incertidumbre y la contradicción. La respuesta principal al desorden es la clasificación sistemática: la creación de categorías ordenadas que explican tanto desorden como restablecimiento del orden. El principal medio de clasificación ha sido históricamente el cuerpo humano en sí mismo, debemos asumir que el cuerpo es el más ubicuo, natural y también consciente al adoptar un cuerpo metáfora, una fuente a mano, de alegorías de orden y desorden. La idea del cuerpo como metáfora central del orden político y social es un tema muy general en sociología e historia (Barkan, 1975; Kantorowicz, 1957-1993; MacRae, 1975; O'Neill, 1985). Douglas fue capaz de lanzar la idea de los límites del cuerpo como metáfora del sistema social para explicar una amplia variedad de patrones culturales, desde las reglas del Antiguo Testamento al comportamiento moderno; hizo del análisis cultural del cuerpo un tema central en la propia teoría antropológica. Mencionar el creciente trabajo histórico y teológico sobre cómo el cuerpo de Cristo, llegó a ser metáfora fundamental de la Iglesia y, como consecuencia, modelo de tempranas corporaciones mercantiles e instituciones políticas (Turner, 1994: 11-40.) Por su parte, Tawney (1926) hizo referencia en *Religión y Alza del capitalismo* cómo las funciones de las partes del cuerpo humano se empleaban como teoría de sociedad en estado de equilibrio. El argumento es que el cuerpo (salud, disposiciones, condición, historias) se toma como evidencia sustancial del estado espiritual del alma insustancial; la piel se convierte en ventana del alma. La regulación ascética del cuerpo es práctica necesaria en la dirección de la vida del espíritu (Turner, 1983:116).

La antropología desarrolló una teoría del cuerpo, ya que en las sociedades premodernas el cuerpo es una superficie importante en la que las marcas de condición social, posición familiar, afiliación tribal, edad, sexo y condición religiosa pueden exponerse fácilmente

y públicamente. Mientras que la exhibición corporal es el caso claro en las sociedades modernas (vestido, posturas, maquillaje) crucial para mostrar bienestar y estilo de vida, en las sociedades premodernas era un objeto mas importante y ubicuo para el simbolismo público, a menudo por medio de la decoración o el tatuaje (Brain, 1979; Polhemus, 1978). El uso del simbolismo del cuerpo en las sociedades premodernas las diferencias de condición, de naturaleza atribuida entre cohortes de edad y sexos, eran más rígidas y obvias: El rito del tránsito entre los diferentes rangos sociales iba indicado a menudo, por la transformación ritual del cuerpo, relacionado con alguna mutilación. Mientras que en las sociedades contemporáneas cuentan con rituales que emplean el cuerpo como mecanismo para mostrar algún cambio de estatus, por ejemplo en ceremonias de degradación (Garfinkel, 1956); dicho ritual generalmente no prevalece tanto o es menos importante en las sociedades urbanas industriales contemporáneas.

Debemos señalar que la principal dificultad que hemos tenido en la aplicación del estudio empírico ha sido la de poder coordinar los horarios de las enfermeras profesionales en las entrevistas llevadas a cabo en profundidad, si bien hemos de destacar la enorme colaboración una vez comenzadas las mismas.

Con los alumnos entrevistados lo más complicado resultó explicarles y que entendieran de que se trataba el trabajo y porqué era importante su colaboración para obtener unos buenos resultados, al igual que con los profesionales, una vez comenzada la entrevista la colaboración fue espléndida. Aportamos una evaluación de las entrevistas con alumnos que nos refieren, y solicitan más y mayor formación en dolor sufrimiento, aunque les surge la duda de si en un aula se puede aprender este tipo de afrontamiento; al mismo tiempo aportamos con este trabajo un itinerario pedagógico, al menos en la asignatura de Antroposociología que podría dar los frutos deseados en los alumnos.

En cuanto al trabajo de campo realizado en el Centro de Salud, siguiendo todos los pasos indicados por la técnica de la observación participante, no encontramos excesivas dificultades por parte de los usuarios del sistema, ni por parte de los profesionales aún, cuando hubo interrupciones en el desarrollo de su trabajo cotidiano, evidentemente solo cuando fue necesario.

Nuestra aportación hacia los alumno de enfermería en el conocimiento y afrontamiento

del dolor, lleva implícito la impartición de la asignatura de Antroposociología de la Salud, con el convencimiento de su importancia en los estudios de enfermería. Sin embargo tendríamos que reflexionar sobre algunas modificaciones en la impartición en el aula desde la óptica curricular y pedagógica.

También debemos destacar, que con el estudio hemos contribuido a un mayor conocimiento si cabe de la realidad a la que se enfrentan tanto alumnos como profesionales de la enfermería durante el desarrollo de sus prácticas o trabajo, en cuanto a sufrimiento, dolor y muerte, como nos refieren los entrevistados no se encuentran preparados, no les han enseñado las habilidades básicas para este tipo de afrontamiento, obteniendo como resultado frustración personal, académica o profesional y en ocasiones desarreglos psicológicos de solución en multitud de ocasiones nada sencillas.

Por otra parte, debemos señalar el análisis llevado a cabo por su tremenda importancia de la enfermería transcultural de Leininger en la enseñanza de alumnos y profesionales, donde, los estudios de la antropología son indiscutibles, esenciales y necesarios para entender a los seres humanos en su contexto de salud y enfermedad, por tanto, en su dolor, sufrimiento o muerte.

Aportamos en este trabajo y en particular como Enfermero/Antropólogo el uso y validez del método cualitativo, demostrando que representa una rica fuente de conocimiento empírico para generar entre otros objetivos el conocimiento en profundidad del dolor y sufrimiento humano y su aplicación pedagógica en las aulas de una Universidad, o en aquellos espacios sanitarios donde fuera pertinente actuar, reafirmando la importancia y los valores que por otra parte siempre han tenido los estudios etnográficos.

En definitiva, queda expresado en el trabajo cómo los etno modelos han sido de gran valor e importancia para explicar los fenómenos tan complejos a los que se enfrenta la enfermería para poder explicar la relación entre los cuidados y salud en el contexto cultural, a ello han contribuido algunos autores (cf. Spradley, 1979, 1980; Ragucci, 1972; Byerly, 1969; Leininger, 1985).

Por otra parte, aportamos en este trabajo una experiencia etnográfica desde la perspectiva del cuidado al “otro” en sus variables tan humanas como de sufrimiento dolor y muerte, llevado a cabo en el Estado de Orissa en la India evocando que, la

transculturalidad adquiere máximo valor de forma específica en los sistemas de valores y creencias.

Aportamos desde la perspectiva de la enseñanza el poder influir en una mayor aceptación dentro del grupo de docentes (aceptación afectiva y por la sensación de confianza que establecen en el grupo), personas creíbles que dispongan de mayor “habilidad” formal de transmisión de mensajes, mayor capacidad para establecer la interacción de la que hemos hablado, posean la discreción necesaria para hacerlo en la confianza de que su labor “tiene sentido”, de que no se trata de una absurda “manipulación”, en un conjunto de alumnos y/o profesionales que estén dispuestos a participar en un “plan” (en el sentido extraordinariamente positivo del término), continuado y evaluable que debe llevarnos al objetivo deseado por todos (consciente o inconscientemente).

Se puede concluir que con esta metodología y con estos instrumentos y este tipo de estudio pretendemos averiguar como influye en los alumnos de enfermería las vivencias emocionales del sufrimiento–dolor, y enseñanza recibida, en su proyecto de futuro profesional de la enfermería; así como poder comparar las respuesta de los alumnos con las respuestas recibidas de los profesionales con más de 15 años de profesión enfermera, bajo el análisis de observación participante de estos actores en el espacio sanitario.

(Parte III)

Análisis y Discusión de Resultados

Introducción

El análisis de los datos es un proceso en continuo progreso en la investigación cualitativa, la recogida y análisis de los datos se realizan de forma simultánea. A lo largo de todo el proceso de la observación participante, las entrevistas en profundidad semiestructuradas llevadas a cabo en este trabajo, durante este desarrollo nos han surgido pistas de temas emergentes que hemos tenido en cuenta, leyendo, releando notas de campo o transcripciones con desarrollos de conceptos y proposiciones para comenzar a dar sentido a esos datos. A medida que el estudio ha ido avanzando, comienza a perfilarse claramente el estudio de investigación, con lo que efectivamente, en la parte final de la investigación, cuando toda la información ya estaba recogida, nos hemos concentrado casi exclusivamente en el análisis e interpretación de los datos.

La tercera parte de nuestra Tesis está dedicada al análisis y discusión de los datos recogidos a través de los instrumentos de investigación destinados al servicio de la investigación, es decir, en este apartado damos conocimiento de los resultados de la entrevistas, pues en nuestro trabajo de campo una de la intervenciones que llevamos a cabo fue acometida con las entrevistas semiestructuradas en profundidad, realizadas a alumnos de enfermería de la UFP y a profesionales de la enfermería con más de 15 años de experiencia laboral como se comentó en otro apartado de esta Tesis. Hemos incluido también los datos obtenidos de nuestras observaciones recogido en el “diario de campo”. Para el análisis y discusión de los resultados confrontamos estos con el conocimiento contrastado por los autores que nos ayudaron a presentar el “estado del arte” en el ámbito de la profesión enfermera, con el abordaje de la salud desde la perspectiva de las ciencias sociales, en el espacio donde el dolor y el sufrimiento ocupan

una actividad profesional llevada a cabo por los enfermeros, por tanto, es una necesidad el obtener un plan de estudios en la formación enfermera que ofrezca la oportunidad de evaluar el papel de la enfermería en el campo de la salud, teniendo en cuenta la aportación básica en este campo que nos ofrece Leininger.

Para las entrevistas fue importante llevar a cabo una orientación para las cuestiones objeto de análisis. De tal manera que, tuvimos que diseñar un método secuencial de entrevista que mantuviera un hilo conductor durante todo el tiempo de intervención en la misma, así, las entrevista a los estudiante se englobaron en cuatro grandes campos para su posterior análisis. Estos campos son los siguientes: primer campo – elección de los estudios de enfermería; segundo campo expresión del sufrimiento y dolor en general; tercer campo – relación paciente, enfermero; y cuarto campo – elementos importantes en la formación enfermera. Las entrevistas en profundidad semiestructuradas y su orientación temática quedaron estructuradas en nuestro análisis y discusión de resultados. Los datos obtenidos fueron entrelazados en el diálogo del resto de la información obtenida por la observación y la búsqueda bibliográfica.

(PARTE III)

CAPÍTULO 1

Enfermería, ¿una vocación?

III. 1.1. ¿Porque estudiamos enfermería?

Aquí nos interesa conocer el motivo de la elección de los estudios de enfermería. Si nos remontamos en el tiempo, la directriz vertebradora en los hospitales ingleses fue el trabajo de los laicos, por motivos económicos de necesidad y se convertirá en su eje fundamental, perdiendo valor la orientación vocacional – caritativa de los hospitales del mundo católico. Florence Nightingale sustentará sus ideas en el momento histórico del progreso del reinado victoriano. Aun con las afirmaciones precedentes, si bien es cierto que en Inglaterra la supresión de los monasterios a mediados del s. XVI condujo al colapso del sistema hospitalario, ya que muchos hospitales, que se quedaron sin personal o sin dinero se vieron obligados a cerrar (Lain, 1984), la vocación continua siendo un elemento de importancia en el momento de decidir una disciplina de estudio; la vocación está definida en la RAE como inclinación a cualquier estado, profesión o carrera.

Es a partir de la Cumbre Mundial de Educación Médica celebrada en Edimburgo en 1993, que se viene desarrollando un movimiento internacional para la búsqueda de un cambio articulado entre la educación sanitaria, la práctica médica/enfermera y la organización de salud, que posibilite la formación de un profesional que responda a las necesidades económico-sociales de sus respectivos países, pero a su vez sea capaz de enfrentar los retos científicos y tecnológicos que exige la sociedad moderna, sobre la base de una cooperación e interrelación, tanto en los ámbitos nacionales como mundiales (Salas, 2000)

En nuestro análisis de resultados algunos de nuestros entrevistados la elección de estudios por vocación también es una realidad: dos alumnos (*EAI*), (*EA7*) (ver anexos VI.VI.I y VI.VI.VII) y tres profesionales (*EP6*), (*EP7*) y (*EP9*) (ver anexos VI.VII.VI; VI.VII.VII y VI.VII.IX) afirman su entrada en los estudios de enfermería por orientación vocacional.

Son varias las entrevista a alumnos que refieren la vocación como elemento principal en su decisión para optar a los estudios de enfermería.

Fue algo que tuve claro desde siempre, en su momento no pude entrar en la Universidad Pública y entré en la UFP. (EAI) (ver anexo VI.VI.I)

El análisis de las respuestas por parte de los profesionales y alumnos de enfermería en cuanto a la elección de estudio de la carrera de enfermería contiene respuestas de índole vocacional, oportunidad de salida profesional, geográficas, económicas, etc. Un alto porcentaje de los entrevistados tienen procedencia de clase media trabajadora, hemos de considerar aquellos alumnos cuyos padres son de una procedencia de clase media trabajadora que pagan los estudios a sus hijos, y al mismo tiempo hemos entrevistado a alumnos cuya procedencia es de clase media trabajadora y que al ser ellos mismos trabajadores en la actualidad, se autofinancian sus estudios de enfermería, es decir que, los alumnos mantienen el patrón de procedencia como cita (Hayes, 1959; Hughes; MacGill & Deutscherr 1958), en el que los estudiantes de enfermería se han caracterizado tradicionalmente por tener orígenes sociales de la clase media y trabajadora, provenientes con frecuencia de pequeñas ciudades o zonas rurales, que venían atraídos por la enfermería como un medio de movilidad social ascendente. A pesar de que este patrón persiste, ha habido un creciente número de estudiantes provenientes de las familias de clase media y alta y de áreas urbanas que entran en los estudios de enfermería (cf. Fred & Mauksch, 1972). Mauksch estudia al hospital desde el punto de vista del impacto en las enfermeras. Davis, con Olsen y Whittaker, presentan los problemas de la educación y la carrera de enfermera, con una especial referencia a la situación de los Estados Unidos. Finalmente Brown traza el desarrollo

histórico de la profesión de enfermera desde 1875, obteniendo el resultado de que la enfermería como la enseñanza, se ha transformado en una ocupación característica de clase media. Las citas de ambos autores se confirman en el desarrollo de nuestro trabajo de campo a través de las entrevistas llevadas a efecto.

III. 1.1. 1. Orientación Vocacional para elección de estudios de enfermería

Dentro del colectivo enfermero se ha discutido en innumerables debates y artículos si la enfermería es una vocación o es una profesión; si realmente hay que tener vocación para ser enfermera. Dependiendo de la perspectiva en que se oriente, la balanza se inclinará de un lado o del otro, incluso el fiel de la balanza puede quedar en el medio que al parecer que es lo más apropiado, una mezcla de vocación y profesión. Semánticamente "vocación" procede del verbo latino *vocare* (llamar) y del sustantivo derivado de él: *vocatio* (llamada). La vocación de una persona es aquella que se anhela y se desea, aquella con la que se sueña; lo que inspira, aquello que hace que dejes todo lo demás aparte. La vocación de una persona refleja la personalidad de esta; la vocación viene desde adentro: de sus sentimientos, emociones, sus anhelos y sus sueños, por su lado, la profesión de enfermería exige una vocación específica que implica ejercer nuestro trabajo con espíritu de servicio sin admitir la mediocridad, sin admitir las cosas mal hechas; debemos estar convencidos de la nobleza de nuestro trabajo.

No debemos detenernos siempre en lo fácil, sino buscar y enfrentar siempre lo difícil. Nuestra vocación no debe admitir nunca la rutina en la tarea diaria y no debe haber dos días iguales en el quehacer asistencial, docente y/o investigativo. El profesional de la salud debe poseer varias virtudes y características, la enfermería es una profesión de servicio, eso no se debe de olvidar, hasta tal punto que, podemos ser el mejor en la Universidad, no faltar a nuestros turnos, ser puntual, pero si no tenemos dedicación y amor hacia nuestra profesión, mejor es dedicarse a otra cosa. De ahí algunas respuestas relacionadas con lo mencionado anteriormente, una de las enfermeras profesionales nos responde desde la llamada vocacional a sus estudios de enfermería.

“Desde niña quise ser enfermera, es más empecé a estudiar medicina terminé el 1º curso y me di cuenta que no era lo que yo quería, entré en enfermería”. (EP9)
(ver anexo VI.VIII.IX)

Esta enfermera con más de 15 años de actividad profesional, hace referencia a la diferenciación interesante entre dos disciplinas íntimamente ligadas, como son la enfermería y la medicina. Recordar que la carrera de medicina en occidente está orientada a la formación del alumno en diagnosticar y curar, mientras que la carrera de enfermería está más orientada a los cuidados del paciente, de la familia e intervención en la comunidad; hasta tal punto que, hasta ahora el profesional de la enfermería ha tendido a cuidar de una forma uniforme. Sin embargo, implican la necesidad de nuevos conocimientos que hasta ahora no se veían como imprescindibles, así como de nuevas formas de interpretar y aplicar las prácticas y los cuidados sanitarios (García, 1985). Esto debido a que la cultura, el conocimiento de la diversidad cultural, es la clave que permite una mejor adecuación de las prácticas sanitarias a las necesidades de la sociedad contemporánea, y es aquí donde la Antropología presta su colaboración a la enfermería (Rodríguez, 2001). Lo mismo queda de manifiesto con la respuesta de otra de las entrevistadas, enfermera de profesión con algo más de treinta años de ejercicio profesional, (EP6) cuando nos transmite la razón del por que eligió estudiar enfermería

“Un gran componente fue vocacional, quise estudiar esta carrera porque me atraía todo lo concerniente de la ayuda a otras personas, tal es así, que al terminar (COU) Curso de orientación universitaria, hice un módulo de 3º grado de educación infantil, por que no entré en la primera convocatoria para enfermería”. (EP6) (ver anexo VI.VIII.VI)

Quizás la respuesta profesional de mayor contundencia fue la de la profesional enfermera (EP1) (ver anexo VI.VIII.I), al asociar la profesión enfermera con pertenecer a una raza. La RAE define raza en los siguientes términos: *Cada uno de los grupos en que se subdividen algunas especies biológicas y cuyos caracteres diferenciales se*

perpetúan por herencia. Curiosamente en esta entrevistada no había antecedentes de familiares próximos a la profesión enfermera, ni hemos encontrado ningún estudio que relacione la raza con una profesión como la enfermería. Recordando la entrevista de esta enfermera, podemos inferir el énfasis que puso en su respuesta con la raza dando a entender de una manera simbólica que casi genéticamente estaba marcada para ser enfermera al igual que, genéticamente, si se está marcado para pertenecer a una raza u otra.

Continuando con la perspectiva vocacional, las respuestas de alumnos en esta línea de elección, queda reflejada en las respuestas de una alumna joven de 18 años (EA1) (ver anexo VI.VI.I) al afirmar:

“Fue algo que tuve claro desde siempre, en su momento no pude entrar en la Universidad Pública y entré en la UFP. Una tía mía intentó estudiar enfermería pero lo dejó, mis padres no tiene relación con el mundo sanitario. Creo que hay que tener vocación para dedicarse a esto de la enfermería, entiendo por vocación sentir el que puedes ayudar a la gente. Las situaciones dolor y sufrimiento y con mi experiencia familiar (familiar esquizofrénico), no se enseña en la carrera tienes que vivirlo”. (EA1) (ver anexo VI.VI.I)

Respuesta muy vocacional es la que nos transfiere una de las alumnas entrevistadas, digamos con respuesta inducida, la muerte de un familiar querido le hace reflexionar y decidir su vida profesional, orientada a la enfermería al afirmar que:

“Elegí enfermería por vocación. Con 8 años murió mi abuela, fue la persona que me cuidó, la persona más importante en mi vida, la vi morir, en ese momento decidí que estudiaría enfermería, mis padres por temas de trabajo no podían cuidarme”. (EA7) (ver anexo VI.VI.VII)

La vocación es la suma de cualidades que caracteriza a cada persona y la lleva a orientarse hacia un determinado oficio o profesión; en enfermería, los profesionales que acceden a estos estudios por vocación sienten la necesidad de ayudar a los demás, sobre todo en los momentos más difíciles de la vida, cuando la persona se enferma, se siente desvalida y vulnerable.

En esta respuesta podemos observar vocación, por un lado, y experiencia familiar vivida por otra, concretamente la muerte de un familiar puede inducir a elegir una profesión.

La convivencia profesional con la experiencia del sufrimiento dolor y muerte y su proceso se encuentra claramente descrita en la literatura especializada como una de las vivencias más impactantes para la mayor parte de los profesionales de la salud. Por este motivo, junto con el estudio del dolor (cf. Gutiérrez & Soriano, 2006; Soucase, Pastor & Monsalve, 2005; Benbunan, 2007), el proceso de fin de vida ha constituido un importante foco de interés científico y ha sido considerado como uno de los mayores retos que deben afrontar tanto los profesionales como los estudiantes de Ciencias de la Salud. Todos somos conscientes de que la muerte es la consecuencia inevitable de la propia vida. Sin embargo, y a pesar de tratarse de un fenómeno absolutamente natural, ello no significa que exista siempre una aceptación plena de esta realidad siendo un hecho temido por la mayor parte de las personas. Actualmente, no se enseña a reflexionar sobre la muerte ni tampoco se educa para morir (Eseverri, 2002). Necesariamente, en todos los casos, la muerte no tiene por que estar relacionada con dolor y sufrimiento. Sin embargo, si que está demostrado que la muerte en si misma afecta a profesionales de la salud experimentados, produciéndoles malestar, ansiedad, incertidumbre y un sentimiento de desprotección (cf. Cruz & García, 2001), es muy probable que sus efectos se presentarán con mucha mayor intensidad en los jóvenes estudiantes de enfermería. Elementos de pensamientos de estos autores coinciden con las respuesta de los entrevistados de nuestro trabajo. en este caso (EA7) (ver anexo VI.VI.VII)

Las respuesta que se menciona a continuación de profesionales de la enfermería nada tiene que ver con la vocación o la ayuda, están referidas a un interés puramente de salida profesional en el mercado de trabajo, o indefinición e inmadurez en la elección.

Entré en enfermería porque la nota de corte que me pedían para biológicas no me llegaba. (EP3) (ver anexo VI.VIII.III)

Sinceramente, no me gustó en un principio la carrera. Elegí enfermería porque era una salida fácil que se me presentó en aquel momento. (EP4) (ver anexo VI.VIII.IV)

No lo sé, mi ilusión era ser peluquera, pero hablando con una amiga que le gustaba la enfermería, me matriculé con ella. (EP5) (ver anexo VI.VIII.V)

No fue por vocación, fue como salida profesional. (EP8) (ver anexo VI.VIII.VIII)

Tenemos varios estudios sobre estudiantes de enfermería y sobre sus razones para buscar la formación como enfermeros; estos estudios, como argumenta Mauksch (1973), sugieren que los objetivos de la mayoría de los estudiantes de enfermería son sentirse necesarios y el implicarse en relaciones de ayuda personal; sin embargo, algunos estudios han sugerido que, con frecuencia, se desarrollaba un grave conflicto en estudiantes nuevos referente a la imagen blanca de la enfermera como madre sustituta; imagen por otra parte, que los estudiantes llevan con ellos de la educación básica en las escuelas, al mismo tiempo, que se produce un rechazo a este pensamiento por parte de las facultades de enfermería a la hora de reforzar esta imagen (cf. Olsen & Whittaker, 1968).

A la vista de los resultados obtenidos en este apartado de elección de la carrera de enfermería, podemos afirmar que un importante número de alumnos y profesionales de la enfermería y para esta investigación han elegido la misma por vocación coincidiendo con Olsen & Whittaker (1968) en sus planteamientos.

III. 1.1. 2. Oportunidad profesional en elección de estudios de enfermería

Las profesiones son actividades sociales, realizadas en beneficio de la colectividad. Los profesionales son miembros cualificados de una sociedad que desempeñan una cualidad específica en beneficio de sus miembros. De ahí que el estudio de las profesiones se halle en manos de los sociólogos y antropólogos. Antes que buscar esencias metafísicas,

conviene analizar los datos que aportan disciplinas empíricas como las sanitarias, que nos informan sobre el modo como las sociedades y las culturas conceptúan esas actividades que se adjetivan de profesionales. Un análisis exhaustivo de los sociólogos ha caracterizado este grupo de roles que llamamos profesiones, y han concluido que se trata de funciones socialmente muy prestigiosas, que colocan a sus miembros en una situación clara de prestigio social.

Los roles sociales han diferenciado tradicionalmente las profesiones de los oficios, en que las primeras son roles sociales positivamente privilegiados, en tanto que los segundos no gozan de esa estima social. Los sociólogos afirman que para mantener un gran prestigio social hace falta formar parte de grupos reducidos. En el momento en que algo se generaliza, pierde por ello mismo la situación de privilegio. Los privilegios han de ser necesariamente escasos. De ahí que las profesiones hayan sido tradicionalmente muy pocas. Cabe reducirlas a tres. Profesionales han sido los sacerdotes, gobernantes y médicos. Entendemos sacerdotes en el sentido amplio de cubrir todo el amplio panorama de los mediadores con la divinidad: chamanes, hechiceros, brujos, adivinos, profetas, sacerdotes propiamente tales, etc. El rol de gobernante también en un sentido muy amplio se entiende a los reyes o emperadores antiguos, pero también los generales, los líderes sociales y, los que en el mundo moderno desempeñan las funciones de los tres poderes del Estado, la legislativa, la ejecutiva y la judicial. Amplio es también el sentido de rol médico. Es un hecho que en la mayor parte de las sociedades arcaicas la enfermedad es interpretada con categorías religiosas y que el médico viene a identificarse con el sacerdote, de lo que cabe concluir que en las sociedades menos estructuradas hay una especie de rol genérico de profesional, que poco a poco va especializándose en funciones distintas, religiosas, políticas, médicas, y algo después en personas y grupos sociales también distintos. Tanto en un caso como en el otro, sus miembros se caracterizan por gozar de gran prestigio social y tener la capacidad de normativizar la vida de los ciudadanos, diciéndoles lo que es correcto e incorrecto, bueno o malo, lo que debe o no debe hacerse (Gracia, 2004).

Desde la perspectiva de esta pequeña introducción a la profesión tomada de Diego Gracia (2004), en *Como arqueros en el blanco*, encontramos respuestas tanto a nivel de

alumnos como de profesionales donde afirman que su elección de los estudios de enfermería no tienen nada que ver con la vocación de ser enfermero, o la ayuda al otro. Sencillamente se trata de una salida profesional. Debemos considerar que, hace 10 o 15 años, la salida profesional de enfermeras era garantizada en el mercado laboral, de tal forma que el sistema sanitario absorbía todas las promociones de graduados de tres años de estudios universitarios, este planteamiento coincide con la respuesta de enfermeras profesionales cuando afirman durante la entrevista lo siguiente:

“No elegí enfermería por vocación, fue como salida profesional”. (EP8) (ver anexo VI.VIII.VIII)

Otra de las enfermeras profesionales entrevistada (EP4) (ver anexo VI.VIII.IV) afirma:

“Sinceramente, no me gustó en un principio la carrera pero, era una salida fácil que se me presentó en aquel momento”. (EP4) (ver anexo VI.VIII.IV)

En otra línea de pensamiento para elegir estudiar enfermería se desarrolla la entrevista con uno de los alumnos entrevistados, en el que influyen dos factores importantes, por un lado, hace gala de la facilidad para escuchar a los demás, con un sentido muy práctico para la entrevista clínica en los términos de poner, digamos su habilidad innata de escucha activa, al servicio de la enfermería; habilidad por otra parte de gran valor en todas las actuaciones enfermeras, y de gran déficit en un importante número de profesionales en todo el ámbito sanitario, concretamente en Atención Primaria de Salud, dado que es donde la enfermera lleva a cabo en la consulta una entrevista clínica. Estudios realizados por la Gerencia de Ap. Gran Canaria (2000) al respecto, llegan a afirmar que más de 75% de la población que acude a la consulta de enfermería, no necesitan de tratamiento curativo. Por el contrario, estos pacientes buscan una comunicación con la enfermera que le permita expresar sus preocupaciones de salud enfermedad y sentirse escuchados por esta profesional.

“Estudié enfermería porque desde siempre he tenido facilidad para comprender a las personas, creo que se escuchar, desde niño me encantaba ver las series de TV que tuvieran que ver con hospitales, etc., me tuve que adaptar a las condiciones económicas de mi familia para no estudiar una carrera fuera de mi isla, enfermería en la UFP fue mi gran oportunidad”. (EA2) (ver anexo VI.VI.II)

Escuchar, observar y comprender nos ofrece una sistematización rigurosa de las distintas técnicas e instrumentos que componen el acervo metodológico del enfoque cualitativo, que además logra penetrar en una reflexión crucial de la ciencias sociales (Tarrés, 2004). La escucha es un elemento esencial y el más importante de la comunicación; el que le otorga, conjuntamente con la retroalimentación, su carácter bidireccional y cierran el proceso comunicativo, debemos recordar que, el principal obstáculo actitudinal para la escucha plena es la tendencia a juzgar. Ella funciona como un filtro perceptivo y puede provocar distorsiones en el mensaje que alguien nos transmite, provocadas por ideas preconcebidas o estereotipos sobre la persona o el contenido de su intervención. El otro factor influyente para realizar los estudios de enfermería, que nos comunica el estudiante entrevistado, está relacionado con el factor económico y demográfico; poder adquisitivo de la familia para poder sufragar los gastos en la universidad. Téngase en cuenta que un alumno para poder acceder a la universidad pública debe superar una nota media en la PAU (Prueba de Acceso a la Universidad) de notable alto como mínimo. El caso de este estudiante entrevistado por nosotros, no alcanzó este nivel de nota, por tanto debió acceder a presentarse a través de la Universidad privada, en este caso la UFP Canarias, de tal forma que, sus opciones de traslado a la península a cualquier otra universidad, económicamente su familia no se lo habría podido permitir, de ahí su afirmación de “gran oportunidad” (EA2) (ver anexo VI.VI.II). En esta línea recordamos que los estudiantes de enfermería se han caracterizado tradicionalmente por tener orígenes sociales de la clase media y trabajadora, provenientes con frecuencia de pequeñas ciudades o zonas rurales, que venían atraídos por la enfermería como un medio de movilidad social ascendente (cf. Hughes, MacGill, Deutscherr, 1958). A pesar de que este patrón persiste todavía, ha

habido un creciente número de estudiantes provenientes de las familias de clase media y alta y de áreas urbanas que entran en los estudios de enfermería (Mauksch, 1973); estos autores nos confirman la investigación de campo llevada a cabo con nuestros alumnos en la UFP Canarias.

“Estudié enfermería porque desde siempre he tenido facilidad para comprender a las personas, creo que se escuchar, desde niño me encantaba ver las series de TV que tuvieran que ver con hospitales, etc., me tuve que adaptar a las condiciones económicas de mi familia para no estudiar una carrera fuera de mi isla, enfermería en la UFP fue mi gran oportunidad”. (EA2) (ver anexo VI.VI.II)

Hasta no hace muchos años, los profesionales de enfermería que pretendían ampliar sus conocimientos con otras disciplinas afines dedicaban y dedican sus esfuerzos hacia la psicología, sociología, antropología, etc., disciplinas que refuerzan y amplían sin lugar a duda la actuación enfermera. El caso de la alumna de enfermería entrevistada (EA8) (ver anexo VI.VI. VIII) representa la otra cara de la moneda, es decir, viniendo de estudios de psicología, se matricula en enfermería. Esto no es caso único, en los 10 años como profesor en la UFP, Canarias, pues me he encontrado con ingenieros, arquitectos, abogados, profesionales del turismo etc., que una vez finalizados estos estudios, deciden incorporarse a los estudios de enfermería. Hemos de decir, que estas incorporaciones profesionales a la actuación enfermera constituyen un importante avance en el reforzamiento de la disciplina enfermera. En el caso de la alumna entrevistada, más que por salida profesional, su elección es debida a querer completar la ayuda a los demás con los conocimientos enfermeros, la respuesta de la estudiante (EA8) (ver anexo VI.VI.VIII) fue la siguiente:

“Soy licenciada en psicología por la Universidad de La Laguna. La carrera una vez finalizada se me quedó corta para poder ayudar a los demás de la forma que yo había pensado, la atención psicológica la veo como puramente psicológica,

ya en tercero de psicología tuve contactos con compañeros de otras carreras de medicina, de enfermería, fisioterapia, lo que me contaban de sus estudios y prácticas me entusiasmaba, de tal forma, que cuando terminé psicología entre en enfermería”. (EA8) (ver anexo VI.VI.VIII)

Podemos deducir que la entrevistada (EA8) (ver anexo VI.VI.VIII) no encontró en su carrera de psicología una intervención integral a la hora del tratamiento, porque, la carrera grado de enfermería tiene por finalidad la formación de un graduado universitario capacitado para proporcionar una atención de enfermería personalizada, integral e idónea en el cuidado de salud del individuo, la familia y la comunidad. Mediante una firme actitud humanística, alto componente ético y adecuada amplitud y profundidad de conocimientos propios de la enfermería, de las áreas biológicas, instrumental y Antroposociales, poseer destreza clínica y actitud crítica y reflexiva que le permita desarrollar un proceso de actualización permanente, teniendo en cuenta los avances científicos, tecnológicos y socioculturales, así como trabajar en equipos multidisciplinares.

Oportunidad y ninguna vocación enfermera, y sí técnico profesional, es lo que nos va a transmitir uno de los entrevistados, profesional de la enfermería con más de 15 años de trabajo. El enfermero entrevistado mostró en todo la entrevista unas respuestas muy técnicas. Eligió enfermería como estudio, porque no alcanzó la nota suficiente para entrar en biológicas; ninguna de sus manifestaciones sobre dolor o sufrimiento tuvo un recuerdo que le conmoviera, ni siquiera su propia recuperación de la fractura de una pierna o su operación de apendicitis, no recordaba ningún caso que le impactara. El sufrimiento dolor y muerte es parte de la vida según nos refiere. Me llamó la atención que su actuación enfermera no tiene nada que ver con que le guste o no la enfermería, sólo tiene que cumplir profesionalmente con las funciones que le son asignadas. En su última contestación (habló de Gandhi y Hitler), me dio pie a preguntar si el entrevistado pertenecía algún movimiento político o ecologista, su respuesta fue rotunda: no, yo soy muy práctico.

“Estudié enfermería porque la nota que me pedían para ser biólogo no me llegaba. Al principio como todo el mundo con mucho miedo, cuando no sabes que hacer, a lo largo del tiempo, con mucha suerte, y una asignatura que me ayudó mucho que fue la psicosocial, me fui haciendo mi propio protocolo de cómo actuar en cada situación, de cómo afrontar cada situación, no todas las personas tienen la misma empatía, tengo compañeros que desde niño quisieron ser enfermeros o médicos, no lo entiendo, yo quería ser de mayor piloto, creo que hay gente que confunde profesión con vocación, yo no tengo vocación de enfermero, soy un profesional de la enfermería, lo mismo a la hora de afrontar dolor y sufrimiento, es decir, lo afronto como un profesional que soy, no por vocación. Tu estas ahí para cumplir una función, no te tiene que gustar o no gustar, cumples tu función, y dentro de esas funciones, la humanidad a la hora de afrontar dolor y sufrimiento no depende de tu profesionalidad sino, de cómo eres tu como persona. La humanización en el trato no es genética es ambiental, va a depender del contexto histórico cultural del individuo, aquí somos del modelo de pura actuación médica, diagnosticar y poner medicamentos, en otros países como china trabajan mucho la acupuntura, te vas al Tibet y te ponen a meditar, son formas de afrontar tanto la medicina como el sufrimiento y el dolor”. (EP3) (ver anexo VI.VIII.III)

La respuesta de este profesional donde afirma no tener vocación y por el contrario ser un profesional de la enfermería, nos remitimos a los nuevos sectores de producción y servicios que exigen un perfil profesional altamente competente con un alto grado de experiencia. Podemos encontrar varios enfoques teóricos de educación opuestos de cómo se consigue el nivel de experto profesional: el enfoque racionalista (formulado por reglas y normas) y el enfoque experiencial (basado en estilos libres de conducta). En enfermería, Dreyfus (2005), en *Peripheral Vision Expertise in Real World Contexts*, describe un modelo de cinco niveles diferentes para la adquisición de la experiencia, remarcando la percepción y la toma de decisiones desde la perspectiva experiencial (cf.

Oriol, 1997). En nuestro trabajo de campo ha sido el único con este tipo de respuesta, por tanto su valoración es motivo de discusión.

III. 1.1. 3. Alumnos trabajadores y elección de los estudios de enfermería

En alumnos trabajadores, un muy alto porcentaje provenientes de servicios sanitarios, tiene sus particularidades con respecto al resto de alumnos que vienen de estudios previos como la PAU. El perfil profesional de estos estudiantes, en su mayor parte procedentes del sector sanitario es el de auxiliar de enfermería, técnicos de Rx, módulos superiores de alimentación, higiene dental, servicios de ambulancias, etc., en general suelen ser alumnos de gran voluntad, pero en algunos casos de formación básica muy limitada. De tal forma que algunas de sus respuestas en cuanto a la elección de la carrera son las siguientes,

“Elegí enfermería En primer lugar porque trabajo en Rx de la Clínica San Roque, cuando hacía la PAU, pensé hacer veterinaria, pero me sentí más atraído por enfermería”. (EA3) (ver anexo VI.VI.III)

Tenemos alumnos que a pesar de trabajar en servicios sanitarios su formación académica es turismo, que en principio no tienen vocación sanitaria según refieren. Sin embargo, entran a estudiar enfermería, como es el caso de la alumna entrevistada, al afirmar que

“Sinceramente no fue vocacional, para nada, empecé a trabajar en el 112, (servicio de emergencia sanitaria) después de un tiempo he comprendido que debo avanzar en la ayuda a las personas y como telefonista del 112 me falta más formación, por ello decidí entrar en enfermería, previamente había estudiado turismo”. (EA4) (ver anexo VI.VI.IV)

Tenemos el caso de una alumna de enfermería que su elección de la carrera de enfermería conlleva una doble orientación, vocacional y económico-familiar, es decir, a pesar que le llamó siempre la atención el área sanitaria, sus padres no le pueden pagar

los estudios. Con los años se convierte en profesional libre, hoy en día puede pagarse los estudios y lo hace matriculándose en enfermería. Su respuesta textual fue:

“A mi siempre me llamó la atención el área de la salud, de hecho estudié un ciclo superior de educadora social, entré en enfermería porque lo podía hacer aquí, en Cran Canaria, fuera de la isla no me podían ayudar mis padres, con los años las cosas han cambiado, en estos momentos regento un negocio y puedo estudiar enfermería”. (EA5) (ver anexo VI.VI.V)

Por su parte, otro alumno entrevistado afirma, como trabajador de transporte sanitario, que eligió estudiar enfermería como posibilidad de escalar puestos dentro del servicio de ambulancias en el que trabaja, asegurando, al mismo tiempo, que desde muy joven ya había pensado que enfermería era su carrera, pero, por circunstancias de la vida, no había podido empezar a estudiar lo que tanto le gustaba.

“Es una “espinita que tenía clavada”, y al fin he podido hacerlo, para mi es una manera de ampliar conocimientos y de mejora laboral, me encanta la carrera de enfermería, a pesar que es difícil”. (EA6) (ver anexo VI.VI.VI)

La entrevista mantenida con uno de los alumnos trabajadores, nos lleva a deducir como influye en un individuo joven la elección de la carrera de enfermería partiendo de unas premisas de vivencia personal nada acordes con la propia elección. Su respuesta conlleva tres aspectos importantes: conseguir estabilidad emocional, negación de la vocación enfermera, afirmación de tendencia profesional hacia el mundo de los negocios. Por todo ello nos llama la atención su respuesta de elección de la carrera de enfermería. Durante la entrevista este alumno se desenvolvió muy abierto en sus respuestas, reconoció su dificultad importante a la hora de “sentarse a estudiar”, sin embargo, el tiempo y la experiencia adquirida en su actual trabajo en el servicio de ambulancia, le ha conducido a estudiar enfermería:

“Decidí entrar en enfermería por la estabilidad que me puede proporcionar emocionalmente, y mi futura estabilidad económica, además porque me gusta el servicio de atención a las demás personas, no nací con vocación enfermera, pero, siempre he estado rodeado de personal sanitario, en casa mi padre es médico, y mi madre dentista, siempre me llamó la atención el tratar con la gente, pero en el sentido de las ventas. Sin embargo, trabajo hoy en día en una ambulancia como técnico”. (EA10) (ver anexo VI.VI.IX)

El análisis de las respuestas de los alumnos trabajadores en cuanto a la elección de la carrera de enfermería no coinciden en ninguno de ellos con las repuestas dadas por el resto los alumnos. Básicamente sus respuestas se refieren a mejorar económicamente, ampliar conocimientos para ascender en el lugar donde trabajan, o la propia cercanía de la universidad. La vocación enfermera por tanto, adolece por su ausencia, en este tipo de alumnos trabajadores, el contacto con el mundo sanitario y las expectativas del mercado laboral son considerados como motivadores para la elección, acorde con el estudio realizado por Gutierrez, S.R. et al (2010).

III. 1.1. 4. Alumnos que no saben porque han elegido estudios de enfermería

Hemos realizado un apartado con los alumnos que no saben porque estudian enfermería. En nuestras en profundidad semiestructuradas, hemos encontrado coincidencias con el trabajo, de Sabiniana San Rafael Gutiérrez, et al (2010), *La ausencia de un claro factor determinante en su elección, añadido a la complejidad de la actividad cuidadora*, como sucede con la respuesta de una enfermera profesional cuando afirma:

“No se porque estudié enfermería, mi ilusión era ser peluquera, pero hablando con una amiga que le gustaba la enfermería, decidimos matricularnos en enfermería. Personalmente soy capaz de explicar una técnica, es decir, explicar lo que estoy haciendo, pero no me implico emocionalmente, me gustaría hacerlo de otra manera pero no sé”. (EP5) (ver anexo VI.VIII.V)

Este tipo de respuesta, no significa como es el caso de la enfermera en la entrevista, que en su trabajo hoy en día no sea una buena profesional, e incluso admirada por sus compañeros a la hora de actuar con mucha frialdad en una emergencia. Doy fe, de conocer en directo (observación participante) del trabajo de esta profesional y es de una eficiencia técnica de máxima calificación. Sin embargo, desde la perspectiva de la actividad cuidadora, presenta un gran déficit. Al respecto hemos de significar que, el cuidado de la salud como práctica social, ya sea cotidiana o institucional, tiene su génesis y se estructura a través del saber cultural, las instituciones sociales y las personas en el mundo de la vida. En los diferentes grupos sociales se encuentran formas diversas de sistemas de salud que corresponden a formas particulares de comprender el fenómeno salud-enfermedad (Duque-Páramo, 2002). De igual manera ocurre en la continuidad de su formación. Después de la entrevista hablamos un buen rato (sin grabar), acerca de la utilización de la inteligencia emocional aplicada al trabajo, y de la necesidad de leer al menos para poder adquirir vocabulario. En toda la entrevista noté a la enfermera muy tensa, todo ello queda reflejado en las siguientes respuestas durante la entrevista.

“Mi experiencia como te comenté fue en el servicio de urgencias. No teníamos tiempo para pensar en el sufrimiento y dolor, hombre, cuando estas poniendo en práctica técnicas dolorosas, le cuentas al paciente lo normal, nosotras no teníamos mucho contacto con familiares. Los tiempos de intervención en un servicio de urgencias suelen ser cortos, les atiendes y son derivados a planta a quirófano u otro hospital.

“Me cuesta expresar, a veces me faltan palabras.

“Estudié todo lo que había que estudiar durante la carrera pero no leo, es que, no me gusta leer”. (EP5) (ver anexo VI.VIII.V)

A la vuelta de los años en la profesión de uno enfermero (EP3) no menciona en ningún momento de la entrevista su conocimiento en los cuidados desde un pensamiento holístico, todo lo contrario, manifiesta unas respuestas muy técnicas. En ninguna de sus manifestaciones sobre dolor o sufrimiento tuvo un recuerdo que le conmoviera, ni siquiera su propia recuperación de la fractura de una pierna o su operación de apendicitis, no recordaba ningún caso que le impactara, *“el sufrimiento dolor y muerte es parte de la vida”*, me llamó la atención que su *“actuación enfermera no tiene nada que ver con que te guste o no la enfermería, sólo tienes que cumplir profesionalmente con las funciones que te son asignadas”*. (EP3) (ver anexo VI.VIII.III). Su última contestación sobre Gandhi y Hitler, referida si creía en la curación por medio de la palabra, a pregunta del entrevistador contestó:

“Creo en la motivación, si eres capaz de motivar a una persona, logras una liberación de endorfinas y estas te hacen sentir más pleno, creo que se puede aprender a motivar, pero a niveles “superiores, extraordinarios”, tienes que ser una persona que estés dotada para ello, que instintivamente domines, p.e. tipo Gandhi por el lado bueno, tipo Hitler por el lado malo. Estos personajes los veo como motivadores natos”. (EP3) (ver anexo VI.VIII.III)

El contacto con el contenido teórico de la carrera ha servido para cambiar positivamente la percepción de los estudiantes respecto al rol profesional y para fidelizar a algunos que no escogieron enfermería como primera opción, una vez más coincide con el estudio realizado por (Gutiérrez et al, 2010). Esto queda reflejado en la entrevista realizada a la alumna de enfermería de 18 años (EA9) (ver anexo VI.VI.IX)

“Aún no tengo claro porque estudio enfermería, pero, me está gustando. Me vi en su momento que había que elegir alguna carrera y elegí enfermería, sin más”. (EA9) (ver anexo VI.VI.IX)

La decisión de estudiar enfermería por experiencia personal queda reflejada en nuestro trabajo en la entrevista con un joven alumno de enfermería (EA7) (ver anexo VI.VI.VII). Este alumno en su respuesta combina tres variables interesantes: muerte de un familiar querido, por tanto sufrimiento, y abandono de sus padres en el cuidado, para elegir la carrera de enfermería.

“Con 8 años murió mi abuela, fue la persona que me cuidó, la persona más importante en mi vida, la vi morir. En ese momento decidí que estudiaría enfermería; mis padres por temas de trabajo no podían cuidarme”. (EA7) (ver anexo VI.VI.VII)

El planteamiento de este alumno (EA7) (ver anexo VI.VI.VII) coincide con lo planteado por Cassell, Chapman & Gavrín (1999), el sufrimiento en tanto un daño percibido a la integridad del sí mismo, implica un constructo psicológico que representa el sentido subjetivo de identidad y es por ello que la vulnerabilidad al sufrimiento depende de quien uno es y qué hace en la sociedad. Los autores (Cassell, 1982; Chapman & Gavrín, 1999) hacen un esfuerzo por esclarecer el concepto de sí mismo o self y especifican las dimensiones que lo conforman donde definen entre otros el Self como agente: el individuo como un agente orientado al logro que interactúa con el mundo y el medio social. Incluye los aspectos vocacionales, laborales, socio-familiares y culturales, así como la consecución de las metas vitales o cotidianas más o menos explícitas (cf. Chapman & Gavrín, 1999).

A la vista de los resultados obtenidos con las entrevistas en profundidad semiestructuradas en el trabajo de campo realizado podemos sintetizar que entre los alumnos entrevistados tenemos que 6 de los 10 entrevistados han cursado estudios de la PAU; 1 viene de la carrera de turismo; 1 viene de la carrera de psicología; 1 viene de la FP (Formación Profesional); y 1 viene de la prueba de acceso a mayores de 23 años a la Universidad. En respeto a la razón de elegir enfermería, tenemos que 5 de 10 alumnos han elegido la carrera de enfermería por vocación; 4 alumnos la han elegido por oportunidad profesional; y 1 entrevistado no sabe porque eligió estudiar enfermería.

Caracterizando a los entrevistados, tenemos que 5 de 10 alumnos son trabajadores; la edad del total de los alumnos entrevistados oscila entre el menor de 18 años y el mayor de 41 años, con una media de 29,5 años; el 100% son solteros, 3 de ellos viven en pareja estable. Se informa también que 3 de los entrevistados tienen experiencia sanitaria (Ver Anexo VI.X.I y VI.X.II).

En cuanto a profesionales entrevistados hemos obtenido los siguientes resultados. Participaron en la entrevista seis mujeres y cuatro hombres. El 100% con experiencia de más de 15 años de profesión. El 100% ha trabajado en Atención Especializada y Atención Primaria de Salud. El 50% de los entrevistados refiere el haberle producido impacto al dolor durante la formación y/o en la experiencia profesional, el otro 50% refiere no haberles producido impacto destacable al dolor ni en la formación, ni en el desarrollo de su trabajo. El 60% de los entrevistados está a favor de la enseñanza del dolor en el aula. Sólo uno de los entrevistados tenía familiar sanitario. 4 de los entrevistados estudiaron por vocación, el resto, seis de ellos, no. Todos los entrevistados profesionales de la enfermería han trabajado con adultos y niños. (Ver Anexo VI.X.I y VI.X.II).

(PARTE III)

CAPÍTULO 2

La narrativa del dolor y sufrimiento, como ayuda a la antropología en el dolor.

En la relación que se establece entre el paciente y su médico/enfermera, la narración del dolor es, en muchas ocasiones y especialmente en las situaciones de dolor agudo el motivo fundamental de su presencia ante el médico/enfermera en solicitud de consejo y ayuda. Por esta razón, tanto la descripción del dolor por parte del paciente, así como la interpretación de este relato que corresponde al médico/enfermera, ocupan una posición clave en todo el proceso diagnóstico y terapéutico.

Esto hecho determina que en el diálogo, la comunicación inicial paciente/médico, así como en posteriores encuentros, los relatos que se entrecruzan entre ambos giren, en gran número de entrevistas clínicas, alrededor de un determinado dolor, el cual es sometido a una indagación que busca su descripción/interpretación con la mayor precisión posible.

El problema surge por el hecho de que al ser el dolor un fenómeno subjetivo, un área de la experiencia personal casi inaccesible al lenguaje, la única forma de llevar a buen término esta indagación ha de basarse en la expresión verbal, y en parte gestual, que de su experiencia dolorosa hace el paciente. Ambos, paciente y médico/enfermera, se enfrentan a grandes dificultades cuando tratan de encontrar las palabras apropiadas para narrarlo el primero y para interpretar esa narrativa, los segundos. En esta situación la antropología ocupa un lugar de privilegio tanto para médico como para enfermera para verlo y estudiarlo como algo más y diferente, de una mera respuesta neurofisiológica. El dolor resignificado como sufrimiento, puede ser considerado un operador simbólico de primera magnitud para investigar las formas sociohistóricas y culturales de plasmación

de relaciones sociales más amplias. La medicina hegemónica intenta resolver los problemas del padecimiento en términos de separación del sujeto que lo padece. Y lo hace apelando a un marco explicativo fisiobiológico (individual), al que dota de criterios de universalidad, que hace por tanto, incomprensibles las llamadas a la necesidad de entender que el sufrimiento, como operador simbólico, adquiere su sentido a través del análisis de la construcción sociohistórica en que se desarrolla.

La complejidad creciente de nuestra sociedad es necesario replantear sus objetivos de salud para el siglo XXI. La prevención y curación de las enfermedades y la paliación del sufrimiento constituyen obligaciones para los profesionales sanitarios. Hemos de reflexionar, como así desarrollamos en nuestro trabajo, desde varias disciplinas como la antropología, la sociología, la psicología, la medicina, la enfermería, en el concepto, evaluación y terapéutica del sufrimiento, aplicando el conocimiento conseguido a diferentes escenarios: el envejecimiento, el sufrimiento, el dolor, la muerte, las unidades de cuidados críticos, las unidades de cuidados paliativos, la experiencia personal /familiar / profesional en este campo, hemos intentado abordar las diferencias y afinidades entre dolor y sufrimiento, así como las características de las vivencias entre alma y cuerpo, que experimenta un enfermo aquejado por la enfermedad, así como las formas y variabilidad de las estrategias de afrontamiento que utilizan las personas en el proceso de morir, incluídas sus las necesidades espirituales. Nos hemos planteado igualmente, la importancia de la percepción temporal, en especial durante los inciertos tiempos de espera del enfermo, en la cristalización del sufrimiento, así como la necesidad de mantener en todo momento algún tipo de esperanza.

Para llegar a conseguir uno de los objetivos de nuestro trabajo, el identificar cómo los alumnos de enfermería y profesionales experimentados en una estrategia comparativa entienden la narrativa del sufrimiento y del dolor en su futuro/presente de la actividad, hemos confeccionado tres apartados para su discusión y análisis. a) Análisis del dolor, b) Experiencia personal o familiar con la enfermedad o la muerte c) Experiencia personal y/o profesional en el campo del dolor y sufrimiento y d) La observación participante en los espacios de dolor.

III.2.1. Análisis general del dolor y sufrimiento

Partimos de una premisa fundamental en la que, los pacientes que son tratados por dolor o consultan por procesos dolorosos, tienen disminuida su calidad de vida, así como, el dolor crónico menoscaba la calidad de vida del paciente de una manera más amplia que el dolor agudo.

En general hemos encontrado en las entrevistas realizadas en profundidad semiestructuradas tanto de profesionales como de alumnos que el dolor es considerado como un elemento más de la vida del hombre, que, socialmente la vida está para disfrutarla, el hombre no está precisamente para sufrimientos, sin embargo, cuando desde la perspectiva de la actuación sanitaria, y la técnica de intervención lo indica, se hace sufrir al paciente, no queda otra alternativa que explicar al paciente que va a sentir y sufrir dolor, pero por su bien debe aguantar. Por tanto, el hombre debe asumir y normalizar el dolor, en tanto en cuanto son parte de la enfermedad.

Todos los entrevistados en nuestro trabajo hacen diferenciación en cuanto son preguntados por el dolor infantil, por diversas razones, el personal sanitario encargado del cuidado de los niños ha estado muy lejos de ofrecer un tratamiento adecuado del dolor a sus pequeños pacientes. Un motivo que tradicionalmente ha influido en esta situación, ha sido la persistencia de mitos culturales acerca de la conveniencia de padecer el dolor por los niños. La dificultad añadida que presenta la valoración del dolor en los niños, especialmente aquellos en edad preverbal, también contribuyó decisivamente a entorpecer el desarrollo de pautas analgésicas ajustadas a la intensidad del dolor. Los conocimientos farmacológicos también discriminaban a los pacientes infantiles, ya que los ensayos clínicos, de las medicaciones más novedosas y eficaces se limitaban casi exclusivamente a los adultos. Un principio básico actual es que la inmadurez del sistema nervioso central de neonatos y lactantes, lejos de significar una menor sensibilidad al dolor, implica una mayor vulnerabilidad frente al mismo. Hoy sabemos que incluso en prematuros de 25 semanas de edad gestacional, el sistema excitatorio ascendente nociceptivo (el que traslada el estímulo doloroso desde la periferia hasta estructuras cerebrales) está presente y funcionando, en tanto que el

sistema descendente inhibitorio (que modula y regula la información procedente del sistema ascendente) no es funcionante hasta varias semanas o meses después del nacimiento (Reinoso-Barbero, 2000) . Esto explica que los neonatos con insuficiente analgesia en el periodo peri-operatorio presentaba mayor morbilidad y mortalidad que los convenientemente analgésicos. Por otra parte, la misma inmadurez neuronal se asocia con el fenómeno de plasticidad neuronal, que permite que las neuronas infantiles durante un cierto “periodo crítico” de tiempo regulen su número, sus conexiones y su patrón sináptico dependiendo de los estímulos procedentes del exterior como se evidenció posteriormente, si los estímulos procedentes del exterior son dolorosos durante esta etapa del desarrollo, los cambios conformacionales neuroanatómicos que se produzcan podrán ser definitivos, predisponiendo al niño a presentar un umbral disminuido al dolor (hiperalgesia crónica) para el resto de su vida (cf. Reinoso-Barbero, 2000: 277-278).

A este respecto nos refiere una de las enfermeras entrevistadas

“El dolor nos da miedo. Parte “chunga” de la profesión. Enseñanza obligatoria en comunicación y dolor. El sufrimiento infantil es el peor que hay. En un adulto es otra cosa. El umbral del dolor en general ha bajado, hoy, nadie quiere sufrir absolutamente por nada. Para esto de la enfermería no todo el mundo vale aunque tengan el título”. (EPI) (ver anexo VI.VIII.I)

En este caso la alumna coincide con la investigación realizada por Howard (1961 - 2009), comenta sobre la escasa preparación de los profesionales y el miedo a causar efectos adversos en los pacientes. Varias entrevistas en profundidad semiestructuradas a profesionales reflejan la importancia de la relación que se establece entre el profesional de enfermería y los padres en el momento de tratar el dolor, uno de los enfermeros entrevistados refiere.

“Mi misión es atender al niño y tranquilizar al padre, a veces hago las cosas de una manera y otras veces de otra. De la relación que establezca durante el proceso con los padres”. (EP3) (ver anexo VI.VIII.III)

En este sentido nos refiere la no implicación con los pacientes que atiende. Es evidente que necesitamos en nuestro entrenamiento profesional desarrollar habilidades que nos permitan regular la capacidad empática, no solo en el sentido de aumentarla y aplicarla de manera natural y eficaz, sino también de limitar su expresión, cuando esta puede ser perjudicial para el paciente o para nosotros mismos. Probablemente la respuesta de la profesional entrevistada nos induzca a pensar en una actuación fría, indiferente o dureza afectiva característica de las personas carentes de empatía.

“Personalmente soy capaz de explicar una técnica, es decir, explicar lo que estoy haciendo, pero no me implico emocionalmente, me gustaría hacerlo de otra manera pero no sé. Pienso que hay que estar bien preparada para resolver los casos que se te presentan, en ese sentido soy muy práctica”. (EP5) (ver anexo VI.VIII.V)

Hemos de significar en relación a estas tres últimas respuestas de profesionales referidas al miedo a intervenir con niños, o tranquilizar a los padres, o explicar una técnica, pero no implicarse emocionalmente por desconocimiento. En una investigación Salas, Arrambide et al (2003) reflejan sobre pautas a seguir en este sentido, del tal forma, que el enfoque psicológico más comúnmente utilizado para el tratamiento del dolor, el estrés y la ansiedad asociados a procedimientos médicos dolorosos ha sido el cognitivo-conductual. Indican en sus conclusiones que la terapia cognitivo-conductual ha demostrado ser eficaz para el tratamiento del estrés, la ansiedad y el dolor asociados a varios procedimientos médicos en oncología pediátrica; y que cada vez son más numerosas las instituciones que recomiendan su utilización y hay un aumento de la investigación en este ámbito. Por otro lado, instituciones reconocidas internacionalmente recomiendan la combinación de enfoques farmacológicos que

proporcionen analgesia y sedación y enfoques cognitivo-conductuales para el tratamiento del dolor, el estrés y la ansiedad asociados a procedimientos médicos dolorosos, ya que las intervenciones psicológicas no son suficientes para controlar el dolor ocasionado por algunos procedimientos como las aspiraciones medulares o punciones lumbares (Salas et al, 2003).

Es interesante la reflexión del enfermero profesional entrevistado, que nos transmite sobre dolor y sufrimiento con maniobras terapéuticas poco aconsejables en el final de la vida de un paciente, coincidente con Howard (2003) en su planteamiento del miedo a causar efectos adversos por la utilización de fármacos o técnicas analgésicas y la falta de tiempo para atender al paciente de un modo integral. Uno de nuestros informantes en nuestro trabajo nos refiere lo siguiente:

“Pienso que a determinada edad, como fue el caso de mi padre hay que conseguir que el paciente sufra lo menos posible, evitar maniobras de salvación a determinadas edades, me refiero avanzadas hay que evitar el dolor el sufrimiento y no aplicar pruebas o inventos terapéuticos para alargar la vida, incluyendo en estas pruebas e inventos el sufrimiento que llevan implícitas”.
(EP8) (ver anexo VI.VIII.VIII)

Son varios los entrevistados, tanto profesionales como alumnos, que mencionan la empatía a la hora de conseguir afrontar el dolor del paciente. La RAE define la empatía en los siguientes términos *“Identificación mental y afectiva de un sujeto con el estado de ánimo de otro”*. Es decir, la empatía como la acción y la capacidad de comprender, ser consciente, ser sensible o experimentar de manera vicariante los sentimientos, pensamientos y experiencias de otro, sin que esos sentimientos, pensamientos y experiencias hayan sido comunicados de manera objetiva o explícita. Como tal, es una herramienta útil en antropología, sociología, psicología, y en medicina y enfermería.

La capacidad de ser empático es considerada como una habilidad básica en las relaciones humanas. Lo contrario de la empatía es la ecpatía, que definida como un proceso mental voluntario de percepción y exclusión de sentimientos, actitudes,

pensamientos y motivaciones inducidas por otro (González de Rivera, 2005). El desarrollo de la capacidad empática es necesario para en el manejo de la identificación proyectiva, tanto en situaciones clínicas como extra clínicas, y para prevenir la influencia de la manipulación emocional y del contagio emocional.

Es evidente que necesitamos en nuestro entrenamiento profesional desarrollar habilidades que nos permitan regular la capacidad empática, no solo en el sentido de aumentarla y aplicarla de manera natural y eficaz, sino también de limitar su expresión, cuando esta puede ser perjudicial para el paciente o para nosotros mismos. Para esta nueva habilidad compensadora el catedrático de psiquiatría González de Rivera (2005). Ha propuesto el término *Ecpatía*, tomado del griego *ekpatheia*, literalmente “sentir fuera”, que define como “Proceso mental de percepción y exclusión activa de los sentimientos inducidos por otros”. Aclara que, La ecpatía no es lo mismo que la frialdad, indiferencia o dureza afectiva característica de las personas carentes de empatía, sino que es una maniobra o acción mental positiva compensadora de la empatía, y no su mera carencia.

Basándonos en el término empatía es precisamente lo que hace una de las enfermeras entrevistada que lo expresa en los siguientes términos.

“Creo que está de nuestra mano compartir empatizar para amortiguar el dolor Que se sufre en la vida, pero si se lo hago comprender y lo comparto con el paciente entre los dos podemos superarlo. Empatizar, aunque pudiera parecer puro teatro. Es decir en cirugía donde estoy ahora, mientras estamos haciendo una maniobra cruenta, le voy explicando todo al paciente, de esa manera creo que estoy compartiendo con el la situación. A veces creo que tenemos compañeros que se meten en campos de los que no tienen conocimiento, no han aprendido y se meten a dar consejos. En gine creo que las madres están muy desprotegidas, porque los ginecólogos y personal están tan acostumbrados a ver nacimientos, que se olvidan que para muchas madres es su primer nacimiento, y sienten miedos, angustias, etc. que pienso no son atendidas”. (EP9) (ver anexo VI.VIII.IX)

La adaptación al medio del enfermero en el que se desarrolla su labor profesional queda reflejado en la descripción que nos presenta una enfermera profesional con muchos años de experiencia, con una visión interesante sobre la adaptación cultural del profesional al lugar donde desarrolla su trabajo.

“Creo que hay gente muy sufrida, que soportan mucho más el dolor porque están acostumbradas a sufrir, culturalmente puedo comparar por mi experiencia que la gente en Madrid se queja bastante más que aquí en Canarias, aquí son más acomodados, de Brasil no tengo tanta experiencia porque al acabar la carrera me vine a España. Como profesional tienes que adaptarte a las costumbres de cada región o país”. (EP10) (ver anexo VI.VIII.X)

La enfermera entrevista (EP10) (ver anexo VI.VIII.X) cuando hace referencia a la gente de Madrid y de Canarias se refiere a los pacientes de uno y otro lugar que atendió durante su desarrollo profesional en ambas ciudades españolas.

Los alumnos entrevistados al referirse al dolor y sufrimiento en general lo suelen personalizar o referir a familiares, dado que no tienen experiencia con pacientes, exceptuando aquellos alumnos que trabajan en el sector sanitario y estudian enfermería en estos momentos, en este caso nuestra joven alumna entrevistada hace referencia a su personal sufrimiento.

“Creo que el sufrimiento que más estoy pasando es desde que me separé de mis padres al tener que cambiar de isla para estudiar, me siento muy sola, mis compañeros de clase ya tienen sus amigos de toda la vida y yo tengo que ingeniármelas para integrarme, lo estoy pasando mal, cada noche llamo a mi casa en Fuerteventura para hablar con mi familia”. (EA1) (ver anexo VI.VI.I)

Desde esta perspectiva podemos observar la doble visión del mito dolor, es decir, dividir el dolor en compartimentos separados cuerpo y mente, si bien es verdad que la medicina hegemónica se ve abocada a recetar medicamentos unos para el dolor físico y

otros para el dolor y sufrimiento mental, si el mito de los dos dolores ayuda a que el sector sanitario ayude a luchar contra el dolor es comprensible su utilización. Sin embargo, hoy en día en la llamada era del doble mito del dolor, los pacientes suelen recibir un cuidado al menos dudoso del dolor. En la actualidad nuestra cultura ha entregado la explicación del dolor a la medicina, este proceso se ve con mayor magnitud por el prestigio y avance de la ciencia en los últimos siglos, por tanto, nos encontramos en el umbral de un mundo nuevo, nunca antes en la historia de la humanidad se había dejado de un modo tan completo la explicación del dolor en manos de la medicina (Morris, 1996).

En la entrevista con un alumno de 19 años, nos refiere el uso social que ha llevado con su dolor, en el sentido de que el dolor es algo que, implícitamente o conscientemente movilizamos con objetivos sociales o personales. Usamos el dolor regularmente tal como el dolor nos usa a nosotros. El dolor, en tanto creación psicosocial es, algo que no solo experimentamos como individuos sino como miembros de una cultura o subcultura. Experimentamos el dolor de modo que las imágenes habituales que nos rodean conforman y refuerzan, la familia, los amigos y la comunidad con su conducta y valores proveen las representaciones principales del dolor que configuran nuestra experiencia. El alumno nos lo expresa de la siguiente forma.

“Creo que es algo muy relacionado con el miedo, algo que te cohibe y además ser la primera excusa para rendirte, el dolor es algo que debe darte fuerza para seguir adelante yo soy muy positivo, si te pasa “algo” hay que superarlo, los obstáculos en vida tienes que saltarlos, no puedes quedarte parado. Siento que cuando ayudo al “otro” te ayudas a ti mismo, te fortaleces como persona y ayudas a comprender al otro a cambiar su punto de vista de su situación de sufrimiento o dolor. Insisto en que siempre que sufres es para mejorar, mi experiencia me servirá para cuando sea enfermero comprender mejor a los que sufren. No creo que todos mis compañeros sientan la actuación enfermera como yo, tengo compañeros que por tener una situación económica holgada en su familia, sus padres lo han matriculado en enfermería, aunque a ellos no les gusta, a estos es difícil hacerles entender el

sufrimiento y dolor de los demás, emplean la ley del mínimo esfuerzo. Personalmente con 18 años me operaron de corazón en el hospital Negrín, y yo no me rendí, a partir de mi experiencia tuve más claro el dedicarme a la enfermería, el cuerpo (la mente) huye del dolor, quiero decir que lo pasaría peor si me dijeran que me tiene que volver a intervenir, a pesar de lo beneficioso que ha sido para mi el ser intervenido quirúrgicamente, ahora puedo hacer deporte, y sobre todo por mi padre con el que me llevo muy bien no sufre”. (EA2) (ver anexo VI.VI.II)

III.2.2. Experiencia personal o familiar con la enfermedad o la muerte

Aunque en el desarrollo del trabajo hemos mencionado que el estudio de la muerte no es el objetivo de nuestro trabajo, entendemos que desde la perspectiva del dolor y sufrimiento en el hombre y su relación con el mundo enfermero, es una variable a tener en cuenta. Virginia Henderson (1981) ya contemplaba los cuidados de Enfermería al paciente que va a morir. Para todo el género humano, vivir se convertirá en morir; la muerte es la consecuencia inevitable de la vida y, sin embargo, se ha convertido al menos en nuestra sociedad actual, en un tabú. En nuestra sociedad, donde los fines que se persiguen son más materiales que espirituales, no se le permite al “yo” que sobreviva a la muerte; morir es igual a acabar, lo cual resulta ser una idea difícilmente soportable (cf. Berger, 2011).

Las personas “conviven” con el miedo a la muerte, pero pueden posponer el plantearse el problema, que les resulta angustioso en sumo grado: así se defienden de la ansiedad que les crea. Pero los profesionales de Enfermería, por sus responsabilidades inherentes, están continuamente enfrentados a la realidad de la muerte de otras personas. Esta confrontación a menudo resulta dolorosa o difícil, pero deben encontrar una actitud serena y equilibrada para aliviar sus propios sentimientos de tensión, y cubrir al mismo tiempo las necesidades del paciente con enfermedad terminal.

Una reflexión muy interesante al respecto es a la que nos lleva con su pregunta Eissler (1993) “Qué es lo realmente difícil, morir o presenciar la muerte”. A algunos esta

pregunta les puede parecer cínica o hipócrita, sin embargo, tiene su justificación cuando se mantiene un contacto íntimo con los moribundos.

Aceptar la muerte del paciente contradice el objetivo esencial de las profesiones sanitarias, que es conservar la salud y la vida. Por ello, erróneamente, al individuo que entra en un proceso terminal se le cuida para que se cure y no para que viva con su calidad de vida el tiempo que le queda, ocultándose en un gran porcentaje de casos la realidad y negándosele la oportunidad de ser él mismo hasta el final. Con los avances en la introducción de comunicación tanto con el enfermo como con los familiares esta tendencia ha cambiado, del tal forma, que hoy en día, y sobre todo en cuidados paliativos, se estudia minuciosamente la intervención en el momento de contar la verdad de la enfermedad, como decimos, tanto al paciente como a la familia. En nuestras entrevistas tenemos la respuesta de un enfermero profesional con gran experiencia profesional hospitalaria y actualmente en Atención Primaria de Salud que nos refiere lo siguiente al respecto.

“Sobre todo en quirófano y muerte de niños, recuerdo intervenir un niño con un cáncer a nivel cerebral, donde después de estar horas en quirófano con varios especialistas, no se consiguió salvar al niño, me pareció que todo estaba orientado al final de la operación en una experimentación, más que en una intervención para salvar una vida”. (CP8) (ver anexo VI.VII.VIII)

Por su parte, una de las enfermeras profesionales entrevistadas, con 33 años de experiencia, realiza una descripción del impacto de la muerte (su primer exitus en la profesión) de un paciente y el revivir la muerte de un familiar, nos lo transmite de la siguiente forma.

“Lo que más recuerdo que me impactó fue el primer muerto que tuve en mi turno en una clínica geriátrica en la Garita (hospital de Gran Canaria). Hacía poco un familiar mío había muerto en un accidente de moto, con la muerte de la viejita en mi trabajo, me volvió a recordar todo aquello, para mí fue terrible.

Mi padre que muere de un cáncer de pulmón, mi abuela, que me crió y murió en medicina interna en el materno cuando había medicina interna en el materno. Fue doloroso, porque mis abuelos me criaron, ya que mis padres se fueron a Brasil siendo yo muy niña, la muerte de mi padre por el cáncer de pulmón fue muy doloroso cuando me lo dijeron, fue aún más doloroso, cuando el médico me dijo que tenía una metástasis cerebral, yo ya era enfermera, pero me vi sola con el diagnóstico en la mano, llorando a mares, sin saber como se lo decía a mi padre, (se me vino el mundo encima).

“Me fui a hablar con la médico de familia que atendía a mi padre, siempre me había dicho mi padre, que si padecía una enfermedad incurable, él se tiraría de un puente, yo le decía a la médico que no podía decir la verdad a mi padre, cuando me enfrenté a mi padre, le conté, que había tenido un infarto cerebral y que esa zona ya no se recuperaba, pero con el tratamiento irás mejorando, a partir de ahí, tuvo una parálisis lateral, de tal forma que había que bañarlo, afeitarlo, etc., mejoró con el tratamiento de corticoides y fue tranquilizándose, hasta el día de su muerte”. (EP2) (ver anexo VI.VIII.II)

Otro aspecto de vital importancia es que la presencia de la muerte remueve las actitudes del personal sanitario y, recíprocamente, esas actitudes influyen positiva o negativamente en el proceso terminal del paciente al que se está asistiendo y en sus familiares. Es decir, existe un feed-back entre el proceso terminal y las actitudes del personal sanitario. De ahí la necesidad de que nuestras actitudes, como profesionales de enfermería ante esta realidad cotidiana, sean lo más positivas y acertadas posible, y así contribuir con nuestros cuidados a una mejora en la calidad de vida de los enfermos terminales. En nuestras entrevistas en profundidad semiestructuradas a profesionales y alumnos de enfermería, la respuesta más común es el miedo a que te toque el *exitus* en tu turno de trabajo un paciente que se te muere; miedo por otra parte cuando tienes que comunicar el fallecimiento a los familiares del fallecido, esto suele ocurrir sobre todo en los servicios hospitalarios, servicios de oncología, paliativos, UVI. residencias de ancianos, etc., o en la atención domiciliaria. Situaciones en las que estableces una

relación interpersonal no sólo con el paciente sino, con sus familiares. Evidentemente, este tipo de respuestas las encontramos principalmente en los entrevistados profesionales; los alumnos por su parte suelen referirse a la muerte y sus repercusiones personales con un familiar. No siempre un profesional está preparado para afrontar la muerte, y establecer un adecuado feed-back con los familiares, es lo que nos cuenta en la entrevista una enfermera profesional.

“Dicen que sí, que soy muy fría, pero yo mantuve una buena relación de 10 años con mi pareja y fue bien, he de reconocer que en situaciones de acercamiento a los demás me cuesta, pero, es que me siento impotente, no se que hacer, recuerdo que, una amiga de mi madre estaba muy enferma en su casa, mi madre me llamó para que la atendiera como enfermera, cuando llegué a la casa, la paciente estaba prácticamente muerta, yo conocía a los hijos de la paciente, bueno pues, en esta situación no supe reaccionar, no sabía que decir, prácticamente les dije que su madre había fallecido, saludé y me marché, después me sentí muy mal, pero no supe reaccionar”. (EP5) (ver anexo VI.VIII.V)

III. 2.3. Experiencia personal y/o profesional en el campo del dolor y sufrimiento

Los profesionales son los que responden tanto en su experiencia cuando fueron alumnos, como en la actualidad como profesionales de la enfermería. Sin embargo los alumnos al estar cursando su primer año de estudios, las experiencias que refieren en cuanto a dolor y sufrimiento, suelen ser de tipo personal o familiar, en el caso de los profesionales llama la atención como a pesar de los más de 15 años de profesión de los entrevistados los recuerdos de sufrimiento o dolor, son muy puntuales, y en algunos casos sólo referidos a los primeros impactos emocionales de cuando eran alumnos de enfermería.

La profesional de enfermería entrevistada recuerda con auténtica emoción y miedo, su primera inyección intramuscular, el impacto que le produjo el tener conocimiento de infligir dolor al otro.

“La monitora de prácticas me dijo Toma esta I.M. (Inyección Intramuscular) la pones tu, mi respuesta fue: “Al pobrecito le va a doler” monitora: “Por alguno habrá que empezar”. Si haces esto, debe ser que no importa tanto el dolor ajeno”. (EPI) (ver anexo VI.VIII.I)

Recuerda la profesional de enfermería con auténtico horror y estrés, descubrir el brazo amputado de un chico joven, no por la herida que al parecer estaba perfecta, sino, por *“como sería la vida de este chico sin su brazo”*. (EPI) (ver anexo VI.VIII.I)

Otro enfermero entrevistado refiere el impacto emocional que le produjo cuando siendo alumno de enfermería, asistió a una autopsia.

“Me impactó mucho asistir a una autopsia de un niño, yo estaba en primero de carrera, en el resto de los años no recuerdo nada realmente impactante”. (EP4) (ver anexo VI.VIII.IV)

En el mismo sentido otro profesional enfermero nos refiere

“Ver un carcinoma de garganta, nunca había visto uno y me marcó en mi trayectoria profesional”. (EP8) (ver anexo VI.VIII.VIII)

Hemos de significar en este apartado, tras las respuestas de estos entrevistados, que la falta de relaciones agradables en el contexto del trabajo, la tensión comunicativa generada por la agresividad verbal, visual y gestual son situaciones mencionadas y captadas en las entrevistas en profundidad semiestructuradas realizadas en sinergia con factores estresantes en el marco de las condiciones organizacionales y materiales del trabajo. Diversos autores han estudiado la importancia de la vertiente social del trabajo

(Ladou, 2005; Seward, 1990), de forma que el mutuo apoyo de comprensión, la buena comunicación interpersonal y otros valores éticos son considerados como amortiguadores del estrés. Algunos de la profesionales de enfermería entrevistados manifiestan una percepción negativa de su trabajo, al que se refieren como el caballo de batalla ante una realidad estresante y al mismo tiempo frustrante.

“Recuerdo intervenir un niño con un cáncer a nivel cerebral, donde después de estar horas en quirófano con varios especialistas, no se consiguió salvar al niño, me pareció que todo estaba orientado al final de la operación en una experimentación, más que en una intervención para salvar una vida”. (EP8)
(ver anexo VI.VIII.VIII)

Una realidad estresante que resuena en trastornos anímicos, psíquicos y físicos considerada desde hace décadas, como factor de riesgo de alteraciones biológicas, psicológicas y psicopatológicas relacionadas con el estrés y que hacen imprescindible su atención por equipos especializados en el ámbito de la salud pública y salud laboral.

“Me impactó mucho asistir a una autopsia de un niño, yo estaba en primero de carrera, en el resto de los años no recuerdo nada realmente impactante” (EP4)
(ver anexo VI.VIII.IV)

La respuesta de este profesional en la entrevista nos da pie para hacer una pequeña incursión en el concepto de emoción, en tanto sistema capaz de responder a los estímulos agradables o agresivos del entorno. Es evidente que el contexto en el que nos movemos en general y particularmente en la atención a pacientes, envía a nuestro cerebro continuamente un conjunto enorme de estímulos. Dichos estímulos no son enviados de forma concreta y específica, sino que se hallan en el entorno y son percibidos por nuestros sentidos. En determinadas situaciones existe un estímulo central, dirigido a nosotros, que polariza la atención del receptor. Se recibe una señal concreta que nos resulta interesante por las razones que sean y la atención se dirige a

ella intentando hallar los motivos de interés. Normalmente, esta polarización de nuestros sentidos hacia un estímulo exterior concreto se realiza de forma consciente: intentamos entender lo que nos dicen, comprender lo que vemos, etc. Puede darse el estímulo de manera agresiva, como son los casos expuestos en numerosos enfermeros entrevistados (cáncer, autopsias, quemados, etc.), donde los pacientes se ven obligados a responder huyendo del dolor. Inicialmente esta respuesta no es consciente y puede convertirse en tal en el momento en el que realizamos un análisis sobre causas y consecuencias. En principio parece ser que existe una limitación en la capacidad de conciencia por parte del receptor, que los estímulos percibidos conscientemente son “únicos” y que adquieren un “único” sentido según el contexto. No somos conscientes de varios estímulos simultáneamente y si se dan dichos estímulos la mente tiende a cohesionarlos (Edelman & Tononi, 2004). Un ejemplo claro podría ser lo que se ha denominado periodo refractario psicológico, cuando se pasa de una visión a otra, cuando nuestra atención se centra en una imagen para, momentos después, hacerlo en otra. Existe un lapsus que nos permite constatar la matización temporal de una percepción a otra.

Pero si la realidad se manifiesta en las percepciones conscientes, es evidente que no se da en el cúmulo de estímulos que recibimos simultáneamente de la realidad circundante, entiéndase como ejemplo el trabajo desarrollado por el personal sanitario sobre todo enfermeras. Este *continuum* que se nos ofrece de manera global y en el que estamos inmersos es, no obstante, determinante para la interpretación del estímulo principal. Así entenderemos que dicho estímulo (una voz, una mirada, determinado ruido, el calor, el frío, una percepción táctil, un movimiento, etc.) es más o menos agradable según el conjunto variopinto de los estímulos que se producen en ese momento y que dentro del mundo sanitario podemos recibir en alto grado. Estímulos que penetran inconscientemente a través de nuestros sentidos y que son recogidos por el sistema límbico de nuestro cerebro para darles la significación total, integrada, que determinará de facto la interpretación del estímulo principal. Debemos recordar que la percepción es mucho más que captar estímulos del mundo exterior en tanto que es un factor de gran importancia que implica el desarrollo de la personalidad, incluyendo los factores más

insignificantes de percepción, todo ello lleva consigo cambios en la vida psicológica de una persona (Ratey, 2001).

Una percepción distorsionada (a través de sentidos patológicos) originaría una interpretación diferente de la realidad (no nos atrevemos a llamarla falsa atendiendo a la imposibilidad de objetivar la realidad). Y, de la misma manera que los sentidos pueden percibir de muchas maneras, también nuestro cerebro puede interpretar según sus características, lo que supone que la sensación de agradable/desagradable de una percepción consciente o inconsciente viene condicionada por muchos factores subjetivos. Con lo referido ponemos como referencia la contestación de un enfermero con 11 años de profesión cuando le preguntamos su experiencia con el dolor y el sufrimiento, esta fue su respuesta

“Al principio como todo el mundo con mucho miedo, cuando no sabes que hacer, a lo largo del tiempo y con mucha paciencia , y una asignatura que me ayudó mucho que fue la psicosocial, me fui haciendo mi propio protocolo de cómo actuar en cada situación, de cómo afrontar cada situación, no todas las personas tienen la misma empatía, tengo compañeros que desde niño quisieron ser enfermeros o médicos, no lo entiendo, yo quería ser de mayor piloto, creo que hay gente que confunde profesión con vocación, yo no tengo vocación de enfermero, soy un profesional de la enfermería, lo mismo a la hora de afrontar dolor y sufrimiento, es decir, lo afronto como un profesional que soy, no por vocación. Tu estas ahí para cumplir una función, no te tiene que gustar o no gustar, cumples tu función, y dentro de esas funciones, la humanidad a la hora de afrontar dolor y sufrimiento no depende de tu profesionalidad sino, de cómo eres tu como persona. La humanización en el trato no es genética es ambiental, va a depender del contexto histórico cultural del individuo, aquí somos del modelo de pura actuación médica, diagnosticar y poner medicamentos, en otros países como china trabajan mucho la acupuntura, te vas al Tíbet y te ponen a meditar, son formas de afrontar tanto la medicina como el sufrimiento y el dolor”. (EP3) (ver anexo VI.VIII.III)

Sea como sea, el cerebro realiza una interpretación de la realidad y responde a ella a través de manifestaciones físicas generadas por nuestro cuerpo. Por suerte la “normalidad” de las percepciones se establece en lo que Pinker (1997-2001) denomina la percepción impresionantemente exacta de objetos exteriores. Exactitud proporcionada por el cerebro de manera prodigiosa, integrando un número muy elevado de estímulos en una percepción global. Tal es el caso de la visión, capaz de hacer que nuestros ojos vean el objeto externo globalmente a través de una infinidad de percepciones (color, distancia, movimiento, dimensiones, forma, etc.). A la posibilidad del cerebro de hacer todo este mecanismo de conjunción se le conoce con el nombre de *binding problema*. Se supone que existe un disparo de todas las neuronas que intervienen en la percepción para funcionar de manera sincrónica en la percepción del objeto externo.

La experiencia de la enfermera entrevistada se desarrolla fundamentalmente en un servicio de urgencias de un hospital. La profesional refiere, básicamente, que ella trabaja y no piensa si el paciente sufre. La entrevistada achaca su implicación emocional en el trabajo al servicio donde desarrolla su actividad. Hemos podido constatar en la observación participante del trabajo que la mencionada enfermera actúa exactamente igual que el servicio de urgencias que en su actual trabajo de atención primaria de salud.

“Bueno, mi trabajo se desarrolló en su mayor tiempo en el servicio de urgencias del Hospital de Gran Canaria Dr. Negrin.

Particularmente creo ser muy profesional, en mi experiencia llega un momento que trabajas y trabajas, es tal la velocidad que se imprime en un servicio de urgencias que no te da prácticamente tiempo a pensar en si sufre o no sufre el paciente, de todas formas, tengo fama de ser muy fría en mis relaciones.

Dicen que sí, que soy muy fría, pero yo mantuve una buena relación de 10 años con mi pareja y fue bien, he de reconocer que en situaciones de acercamiento a los demás me cuesta, pero, es que me siento impotente, no se que hacer, recuerdo que, una amiga de mi madre estaba muy enferma en su casa, mi madre me llamó para que la atendiera como enfermera, cuando llegué a la casa, la

paciente estaba prácticamente muerta, yo conocía a los hijos de la paciente, bueno pues, en esta situación no supe reaccionar, no sabía que decir, prácticamente les dije que su madre había fallecido, saludé y me marché , después me sentí muy mal, pero no supe reaccionar.

Personalmente soy capaz de explicar una técnica, es decir, explicar lo que estoy haciendo, pero no me implica emocionalmente, me gustaría hacerlo de otra manera pero no sé”. (EP5) (ver anexo VI.VIII.V).

Con la declaración de esta enfermera se contradice todo planteamiento de tratamiento holístico, dado que no es capaz de contemplar la necesidad de articular todos los ámbitos de expresión y relación de la persona enferma. Alguien que sufre por causa de su dolencia y a la vez por causa de la incomprensión ajena, no se cura sólo con un tratamiento farmacológico. Necesita interactuar con la familia, con el grupo afín, a su mal, con el medio laboral, con la comunidad, con el medio natural, con las costumbres y la cultura. Necesita el medicamento u otras formas terapéuticas tanto como compartir experiencias y responsabilidades en el medio social. Necesita sentirse útil, válido, apto en la comunidad (Aparicio-Mena, 2004). La enfermera, en este caso, rompe con la trascendencia social en las desarmonías de salud, dado que estas no son entes abstractos que se “agarran” a las personas; en realidad son situaciones complejas y polivalentes que trastocan la ubicación del individuo en su medio, social, natural y cultural (Aparicio-Mena, 2004). Veamos todo lo contrario en el pensamiento y acción enfermera con la contestación de otra de las enfermeras profesionales entrevistadas.

“En el día a día, siempre me llevo una alegría a casa, porque cuando veo que atiendo bien a la gente, se queda satisfecha con la atención es muy gratificante. Como alumna no recuerdo nada especial que me impactara, creo que estaba más pendiente de una misma, de hacer las cosas bien, de la técnicas que tenía que aprender, más que fijarme en el dolor de los demás”.

“Experiencia de dolor y sufrimiento: Recuerdo perfectamente la situación de una chica que tenía mi edad 30 años, en esos momentos tanto ella como yo,

estábamos embarazadas, por tanto, nos implicamos las dos, ella como paciente al ingresar en oncología, y yo como enfermera de la planta. Al sexto mes de embarazo tuvieron que provocarle el parto, nació el niño con menos tiempo, porque había que ponerle quimioterapia, no pudo disfrutar de su hijo, estuvo durante un año entrando y saliendo a la unidad de onco, hasta que quedó ingresada con nosotros y murió a los seis o siete meses”

“En mi vida personal si que ha influido el ser enfermera, por las vivencias que he tenido, la familia ante problemas acuden todos a ti y te conviertes en un punto de anclaje de todos”

“En cuanto al sufrimiento y dolor en familia. Soy casada y madre, cuando actuó con ellos, con mis hijos por ejemplo, suelo mantener la calma, es decir, actuó mucho como madre, pero también con la experiencia enfermera, domino la situación con calma. Mi marido que no es de profesión me deja actuar. Hace poco a mi hijo le dio una crisis de ansiedad que no entiendo porque, y tuve la suficiente tranquilidad por otras actuaciones en mi trabajo como para controlar la situación. He trabajado con niños, no trato igual a un adulto que a un niño, me llega más un niño, no asimilo que los niños tengan que pasar por sufrir, ellos son como más “limpios”, cuando tratas a un adulto puedes entender el carácter, sus juicios, afinidades, sin embargo, con un niño, lo vive de otra forma, un niño es, debe ser, “inmortal por naturaleza”. Prefiero no trabajar con niños”. (EP6) (ver anexo VI.VIII.VI).

Una de las enfermeras con más de 30 años de profesión, cuenta su contacto de dolor y sufrimiento desde la atención primaria de salud, donde intervino a través de la trabajadora social, para solucionar un problema de trato familiar a un paciente crónico. Las trabajadoras sociales dentro del sistema sanitario español y particularmente en la Atención Primaria de Salud ocupan un lugar de vital importancia en los equipos de A.P. Este tipo de trabajadoras no exime en ningún caso la intervención social, no sólo del médico sino de la enfermera, este comentario viene a cuenta debido a que, algunos trabajadores de la sanidad (médicos y enfermeras) evitan entrar en el terreno de lo social

del paciente, derivando inmediatamente a la trabajadora social de su centro para que ésta investigue y de soluciones al paciente en los concerniente a la problemática social. La entrevistada enfermera profesional nos relata su conexión con la trabajadora social de su centro de la siguiente manera.

“Cuando hice un domicilio en esta ZBS. Un paciente que era de profesión abogado, encamado con escaras horribles, y que su familia deseaba que se muriera, él lo sabía y me lo llegó a comentar, que lo trataban mal, me decía “Que habré hecho yo, para sufrir tanto”, para que me hagan esto, puse en conocimiento de la trabajadora social el caso para que hablara con la familia, y se produjeran cambios en el trato a paciente, al poco tiempo murió el paciente, es decir no se experimentaron cambios en el trato”. (EP7) (ver anexo VI.VI.I.VII).

Por tanto, como nos recuerda Aparicio Mena (2007), con una actitud antropológica global, amplia, flexible y crítica, se puede llegar a posibilitar una mejor calidad de vida. El planteamiento que hace el enfermero profesional es desde una perspectiva de intervención farmacológica, y dura crítica a los médicos anestelistas en intervenciones terapéuticas agresivas, muy dolorosas, y que no emplean anestesia por falta de tiempo, coincidente con la falta de tiempo para atender al paciente de un modo integral, entre otros (Howard, 2009). (EP8) (ver anexo VI.VI.I.VIII) refiere lo siguiente.

“Me impresionó ver un carcinoma de garganta, nunca había visto uno y me marcó en mi trayectoria profesional. Otros tumores como los cerebrales, (gliomas) sobre todo en niños.

Pienso que a determinada edad, como fue el caso de mi padre hay que conseguir que el paciente sufra lo menos posible, evitar maniobras de salvación a determinadas edades, me refiero avanzadas hay que evitar el dolor el sufrimiento y no aplicar pruebas o inventos terapéuticos para alargar la vida,

incluyendo en estas pruebas e inventos el sufrimiento que llevan implícitas”.

(EP8) (ver anexo VI.VI.I.VIII)

Para Cassell (1982) el alivio del sufrimiento y la curación de la enfermedad son las verdaderas obligaciones de la profesión sanitaria dedicada al cuidado del enfermo. La falta de comprensión por los profesionales sanitarios de la naturaleza del sufrimiento puede dar como resultado una intervención sanitaria que, si bien técnicamente adecuada, no sólo es incapaz de aliviar el sufrimiento, sino que se convierte en una fuente de sufrimiento por sí misma. Con el tiempo de experiencia el profesional refiere.

“Aprendes a separar, a no llevarte a tu casa el sufrimiento del paciente, aunque lo pienses, con el tiempo aprendes que el trabajo es trabajo y la familia y amigos es otra cosa, en definitiva no mezclas. Los anestelistas por poner un calificativo tienen mucha precaución a la hora de utilizar anestésicos fuera de los quirófanos, supongo que por los riesgos que corren Hoy tenemos fármacos que se pueden utilizar en pruebas dolorosas por ejemplo en la mujer para hacer pruebas ginecológicas (histeroscopias, histerosalpingografías), que deben utilizarse para evitar el dolor, y a veces no se ponen, no sé si por economía del sistema o por ganar tiempo de intervención con otros pacientes, es decir fármacos que estás consciente pero al finalizar la prueba no te acuerdas de nada, por tanto, eliminas el dolor”. (EP8) (ver anexo VI.VI.I.VIII)

Una reflexión interesante del profesional fue al comentar como si de un rito de paso se tratara, la conversión de enfermero profesional a vocacional.

“En principio vi la enfermería sólo como profesional y el tiempo me ha convertido en un enfermero vocacional”. (EP8) (ver anexo VI.VI.I.VIII)

La visión del dolor y sufrimiento de la entrevistada enfermera, que a pesar de ser extranjera (lleva años trabajando en España), conoce bien las reacciones de los pacientes en nuestro país, contrasta con el resto de entrevistados. Es la única

entrevistada que orienta el sufrimiento y dolor desde su perspectiva personal en una entrega al otro en su actuación profesional; por otra parte, es la única entrevistada que se declara abiertamente creyente en Dios, hemos de resaltar una frase interesante

“Las enfermeras somos gestoras de sufrimiento y dolor, en el hombre.

Mi experiencia con el dolor, las curas en los cánceres, la clínica médica, no tenía conciencia del dolor que tenían que pasar los pacientes. Estuve mucho tiempo en quirófano, los pacientes sufren mucho de miedo a lo que les va a ocurrir, yo les doy la mano, les tranquilizo, sobre todo les digo que voy a estar a su lado ahora y cuando despierte”

“En mi vida personal, yo, me doy a los pacientes cuando estoy en el trabajo, cuando llego a casa comento cosas con mi marido aunque él no es del área de salud, procuro no relacionar los temas de trabajo con mi vida familiar y de amigos”

“Me acuerdo de un paciente con cáncer de estómago, el sufrimiento y dolor del paciente y de la familia era inmenso, hablaba todo el tiempo que podía con la paciente y sus familiares, dando mucho consuelo, en nuestro trabajo lo que tenemos todos los días es dolor y sufrimiento de las personas y tenemos que aprender a afrontarlo, gestionamos dolor sufrimiento y miedo. Algunos nos preparamos conforme avanza la experiencia, y otros no se preparan nunca. Por tanto, lo mismo que te preparan para hacer una cura, tienen que prepararnos para afrontar dolor sufrimiento y miedo, sobre todo en el dolor crónico, diálisis por ejemplo. La sola dependencia de los demás crea angustia al paciente”

Experiencia familiar: “Con mi marido en una operación hace unos años, la experiencia enfermera me ha ayudado mucho a afrontar el dolor en mi entorno familiar. En mi misma, a pesar de la experiencia de muchos años como enfermera me deprime, me desespera, cuando necesito la ayuda de mi marido p.e. en una lumbalgia que me duró 40 días, y lloraba de dolor, este es el mismo camino que recorre un paciente”. (EP10) (ver anexo VI.VIII.X)

En las entrevistas en profundidad semiestructuradas con alumnos las contestaciones podemos dividirlos en dos grandes grupos: a) alumnos jóvenes procedentes de la PAU; y b) Alumnos de mayor edad que los primeros, con otras carreras, procedentes del curso de mayores de 23 años para acceso a la Universidad, en su mayoría trabajadores del sector salud.

Es evidente que las experiencias en dolor y sufrimiento son de bastante mayor calado por edad y experiencia profesional, que en los alumnos del grupo a), no obstante, en alumnos del denominado grupo a), hemos detectado contestaciones muy interesantes acerca de sufrimiento y dolor en el terreno personal y familiar. Así tenemos que la alumna de enfermería no trabajadora entrevistada, nos relata su propio sufrimiento por la pérdida de un apego seguro en el vínculo familiar al tener que trasladarse a otra isla diferente de la de su residencia habitual, es decir, vivir en Fuerteventura y trasladarse a la isla capitalina de Gran Canaria a estudiar.

“Para mi el sufrimiento es algo muy íntimo, más psíquico, y el dolor es algo más físico que tu observas como un síntoma, creo que si hay que sufrir en la vida es parte de nosotros”

“Creo que el sufrimiento que más estoy pasando es desde que me separé de mis padres al tener que cambiar de isla para estudiar, me siento muy sola, mis compañeros de clase ya tienen sus amigos de toda la vida y yo tengo que ingeniármelas para integrarme, lo estoy pasando mal, cada noche llamo a mi casa en Fuerteventura para hablar con mi familia”

“Por otra parte, he convivido con un tío mío que padece una enfermedad mental esquizofrenia, mis padres lo afrontan mal por la duda de que ocurrirá cuando falten mis abuelos que son los que en la actualidad le cuidan, he vivido la lucha diaria con este tipo de paciente, no es fácil. Quiero hacer mi trabajo final de carrera (monografía), sobre el cuidado al enfermo con problemas mentales”.

(EAI) (ver anexo VI.VI.I)

Es precisamente en el estudio realizado por Paez et al (2006), donde encontramos en nuestro trabajo una estrecha relación de sus resultados con las respuesta dada por la alumna de enfermería entrevistada. En su artículo *“Apego seguro, vínculos parenterales, clima familiar e inteligencia emocional: socialización, regulación y bienestar”*, donde realiza un análisis del apego seguro asociado a vínculos parenterales, aplicando escalas que tratan de evaluar la Inteligencia Emocional, el apego la regulación y el bienestar, las escalas se aplicaron en tres países (España, Chile y México) a 357 alumnos estudiantes universitarios, que tenían una media de edad de 22 años. Sus resultados indican que:

“las personas con mayor bienestar informan de un bajo apego inseguro temeroso, recuerdan una relación más cálida, perciben una mayor expresividad emocional en familia y además, presentan mayor claridad, regulación y verbalización de emociones, así como buen rendimiento, es decir una mayor inteligencia emocional” (Paez et al, 2006).

La experiencia personal de un alumno entrevistado con sólo 18 años es de alto valor reflexivo. En este caso hemos de recordar que los campos semánticos del dolor son principalmente dos: dolor físico, dolor moral. Mientras que el primero sirve como testigo de alguna disfunción corporal, y por eso inicialmente se puede considerar que es algo positivo, el segundo es más complicado de asumir, en el momento de dar sentido al sufrimiento moral de una persona, o para qué le sirve el sufrimiento. En el caso de este alumno entrevistado, el dolor, el sufrimiento, le sirve según manifiesta para aumentar su fuerza para continuar en la vida.

“Creo que el sufrimiento y dolor, es algo muy relacionado con el miedo, algo que te cohibe y además ser la primera excusa para rendirte, el dolor es algo que debe darte fuerza para seguir adelante, yo soy muy positivo, si te pasa “algo” hay que superarlo, los obstáculos en vida tienes que saltarlos, no puedes quedarte parado”

“Siento que cuando ayudo al “otro” te ayudas a ti mismo, te fortaleces como persona y ayudas a comprender al otro a cambiar su punto de vista de su situación de sufrimiento o dolor”

“Insisto en que siempre que sufres, es para mejorar, mi experiencia me servirá para cuando sea enfermero comprender mejor a los que sufren. No creo que todos mis compañeros sientan la actuación enfermera como yo, tengo compañeros que por tener una situación económica holgada en su familia, sus padres lo han matriculado en enfermería, aunque a ellos no les gusta, a estos es difícil hacerles entender el sufrimiento y dolor de los demás, emplean la ley del mínimo esfuerzo. Personalmente con 18 años me operaron de corazón en el hospital Negrín, y yo no me rendí, a partir de mi experiencia tuve más claro el dedicarme a la enfermería, el cuerpo (la mente) huye del dolor, quiero decir que lo pasaría peor si me dijeran que me tiene que volver a intervenir, a pesar de lo beneficioso que ha sido para mi el ser intervenido quirúrgicamente, ahora puedo hacer deporte, y sobre todo mi padre con el que me llevo muy bien no sufre. Sufrí mucho al ver sufrir a mi padre, mi padre y yo nos entendemos muy bien. Con mi hermano mayor, que es profesor de Universidad en Barcelona (ESADE), no me entiendo, he hablado poco a lo largo de mi vida con él, es muy diferente a mí, la noche y el día”

“Mis amigos me dicen que con todo lo que he pasado y siempre tengo una sonrisa, es que de muy pequeño, padecí también una enfermedad rara de huesos, me enviaron a la península me dieron una medicación que mejoré y me dijeron que si no se repetía sería estupendo para mi vida, pero que si volvía (la enfermedad) tendría que padecerla toda la vida, hasta ahora no ha llegado, y estoy bien”

“Espero aprender mucho como enfermero, para afrontar dolor y sufrimiento con mis futuros pacientes”. (EA2) (ver anexo VI.VI.II)

Nuevamente encontramos un tremendo contraste entre un alumno en este caso trabajador y su perspectiva del dolor y sufrimiento.

“La gente se encuentra en los dos polos del sufrimiento y dolor, unos están en el polo de aguantar todo el sufrimiento y dolor, o en el otro que sería el quejarse por nada, depende de la educación que ha recibido en casa, hay gente que ha vivido situaciones importantes en casa y dan el valor que tiene ese dolor y gente que se preocupa demasiado por pequeños dolores o sufrimientos, por lo que pueda pasar”

“Creo que el dolor se puede interiorizar, compartir incluso con el paciente, pero debe ser lo mínimo porque si no, estarás fatal en toda tu trayectoria profesional”

“Reconozco que a veces, afronto de manera demasiado natural el dolor el sufrimiento, aunque no lo parezca lo interiorizo bastante, incluso viendo la película de clase, Filadelfia, me sentí “tocado”, estudiar enfermería implica conocer el dolor y sufrimiento de los que atiendes, con pacientes con fibromialgia, aparentemente están bien, pero en cuanto empiezas a hablar con alguno de ellos, te cuentan como viven y sufren la enfermedad. En radiología lugar donde trabajo, la gente lo pasa mal, el médico no trata prácticamente con el enfermo, nosotros los técnicos tenemos que explicar en que consiste la prueba que se va a hacer, muy resumida, a groso modo, no puedes estar mucho tiempo, si el médico de rayos se detuviera un momento a explicar al paciente lo que le van a hacer, el paciente lo agradecería mucho desde su tranquilidad y el miedo, miedo a tanto aparataje, miedo a lo que le van a hacer”. (EA3) (ver anexo

VI.VI.III)

Otra de las alumnas entrevistadas es al mismo tiempo una trabajadora del servicio de emergencias 112. Reconoce el dolor y sufrimiento como *una experiencia desagradable*. La alumna refleja un importante apego a la familia, donde la pérdida de un ser querido pudiera representar la entrada en un duelo patológico. La teoría del apego de (Bowlby, 2008) nos ofrece una manera de conceptualizar la tendencia de los seres humanos a establecer fuertes lazos emocionales con otras personas y una manera de entender las

fuertes reacciones emocionales que se producen cuando dichos lazos se ven amenazados o se rompen.

La tesis (cf. Bowlby, 2008) es que estos apegos provienen de la necesidad que tenemos de protección y seguridad; se desarrollan a una edad temprana, se dirigen hacia unas pocas personas específicas y tienden a perdurar a lo largo de gran parte del ciclo vital. Establecer apegos con otros seres significativos se considera una conducta normal no sólo en los niños sino también en adultos. La conducta de apego tiene una valor de supervivencia, distinta de la de nutrición y de la sexual.

Si la meta de la conducta de apego es mantener un lazo afectivo, las situaciones que ponen en peligro este lazo suscitan ciertas reacciones muy específicas. Cuanto mayor es el potencial de pérdida más intensas son estas reacciones y más variadas. Si el peligro no desaparece sobrevendrá el rechazo, la apatía y el desespero. Bowlby concluye que existen buenas razones biológicas para responder a cualquier separación de una manera automática e instintiva, con una conducta agresiva. Sugiere que la pérdida irrecuperable no se tiene en cuenta; que en el curso de la evolución, se desarrollaron aptitudes instintivas en torno al hecho de que las pérdidas son reversibles y las respuestas conductuales que forman parte del proceso de duelo se dirigen a restablecer la relación con el objeto perdido. Esta es la “Teoría biológica del duelo”.

Parkes (1998) considera que las respuestas de duelo en los animales muestran que en los humanos funcionan procesos biológicos primitivos. Sin embargo, existen características del duelo específicas sólo en los seres humanos.

Todos los humanos sufren en mayor o menor medida el duelo por una pérdida. En cualquier sociedad de cualquier parte del mundo se produce un intento casi universal por recuperar el objeto perdido, y/o existe la creencia en una vida después de la muerte donde uno se puede volver a reunir con el ser querido. Sin embargo, en las sociedades anteriores a la escritura, la patología a causa del duelo parece ser menos frecuente que en las sociedades más civilizadas.

Según la tesis de Engel (1999), la pérdida de un ser amado es psicológicamente tan traumática como herirse o quemarse gravemente en el plano fisiológico. El duelo representa una desviación del estado de salud y bienestar, se necesita un período de

tiempo para que la persona en duelo vuelva a un estado de equilibrio similar. Engel ve el proceso de duelo similar al de curación. Se puede restaurar el funcionamiento total o casi total, pero también hay casos de funcionamiento y de curación inadecuados. De la misma manera que los términos sano y patológico se aplican a los distintos cursos en el proceso de curación fisiológica, también se pueden aplicar al curso que toma el proceso del duelo.

Después de sufrir una pérdida, hay ciertas tareas que se deben realizar para restablecer el equilibrio y para completar el proceso de duelo. Aunque dichas tareas no siguen necesariamente un orden específico. El duelo es un proceso y no un estado, estas tareas requieren esfuerzo y siguiendo el ejemplo de Freud, hablamos de que la persona realiza el “trabajo de duelo” (cf. Neimeyer, 2007).

“A nadie le gusta sufrir, hay que sufrir en la vida en su justa medida, para diferenciar que algo es bueno tienes que haber probado lo malo”

“Recuerdo la muerte de mi abuela como algo muy doloroso, era una persona muy allegada, (lágrimas de la entrevistada) conviví y me crié con ella mucho tiempo, yo tenía 16 años, me dejó marcada en mi vida, sobre todo cuando la recuerdo, es justo porque las personas mayores sabes que se tienen que ir, pero hasta que no te llega el momento..., no acepté nunca que tenía que morir, me pasa lo mismo que con mis padres, no quiero pensar que algún día se me vayan”

“No estoy preparada para aceptar la pérdida de un ser querido, si sufriera una enfermedad a lo mejor lo podría aceptar un poco más”

“En cuanto a ayudar a los demás creo que la familia juega un papel fundamental en enseñar a sus hijos a empatizar, hablo en general”

“A mi me gustaría que me afectara menos el dolor de los demás, porque lo paso muy mal, en el 112 mi trabajo como la comunicación al ser telefónica lo afrontas como un cuento que te están contando, desgraciadamente es así, porque realmente son historias muy duras, quiero aprender a no implicarme personalmente en cada historia, pero soy así”. (EA4) (ver anexo VI.VI.IV)

Un ejemplo con planteamiento de intervención farmacológica ante el dolor, lo aporta la entrevistada que responde como transcribimos a continuación ante la pregunta de su percepción conocimiento de sufrimiento y dolor.

“El dolor existe, es verdad que hemos avanzado mucho en la medicina para evitar el dolor, el dolor por el dolor lo evitaría; el hombre nace para ser feliz, pero sufre, físicamente el dolor se puede evitar con medicamentos, yo puedo evitar provocar sufrimiento a los demás, por tanto, se puede evitar”

“El sufrimiento psicológico entiendo que no es necesario para nada ¿?. Y el sufrimiento prolongado que yo también lo evitaría con fármacos”

“A mi donde me gustaría trabajar como enfermera es con la gente mayor, porque creo que son personas a las que puedes ayudar a “marcharse” de manera más fácil, si están lúcidos me enseñan mucho, la gente mayor aunque no hayan ido a la Universidad saben mucho. En mis prácticas de educadora social en un centro geriátrico, me encantó, se me iba el tiempo oyendo historias de su vida (acompañando)”. (EA5) (ver anexo VI.VI.V)

Si bien es verdad, que refiere una tendencia profesional enfermera cuando acabe sus estudios en el acompañamiento en las personas mayores en los momentos que se acerca la muerte; es de destacar en este sentido que al menos en occidente contemplamos dos momentos en la vivencia de la muerte: uno previo a su institucionalización hospitalaria, en el que es aceptada como parte natural de la existencia y otro, en cuanto que el hospital pasa a ser la institución reservada para morir, traducándose en un cambio radical en la consciencia e información sobre la propia muerte. Estos cambios también han alcanzado al personal sanitario generándole muchas veces actitudes distorsionadas, tales como no querer nombrar a la muerte o a las patologías "que las atraen", no mirar cara a cara al enfermo terminal; incongruencias y disonancias entre la comunicación verbal y la no verbal y aumento de la atención tecnológica en detrimento de la empático-afectiva, con el riesgo del encarnizamiento terapéutico, empeorándose las

condiciones de la muerte. El Marco Sanitario precisa de componendas éticas y estéticas para afrontar integralmente el proceso de morir, dotándose de medios, conocimientos y actitudes adecuadas para atender las necesidades biopsicosociales del moribundo con el objetivo de morir con dignidad.

En esta línea de acción, el entrevistado alumno trabajador del sector sanitario, nos refiere.

“Es una característica inherente al ser humano y que no se trata en el mundo sanitario como debiera hacerse, no se tiene en cuenta excepto cuando sufres tu mismo, o un familiar cercano. Hace una diferenciación del afrontamiento del dolor desde una conexión directa con el paciente y desde la coordinación para solventar una emergencia sanitaria en un puesto de coordinación de tal manera que nos cuenta en la entrevista lo siguiente: (...) Yo tengo dos experiencias distintas estuve 11 años trabajando como técnico en ambulancias medicalizadas, y ahora estoy de coordinador de mesa en el 112”

“En ambulancias la experiencia era “muy jodida” al ver no sólo el sufrimiento del que sufre el accidente, sino el de los familiares, lo pasé bastante mal, lo que pasa es que terminas acostumbrándote con el tiempo trabajado”

“El puesto donde estoy ahora de coordinación, el impacto del dolor es diferente, lo que siento es impotencia de no poder actuar cuando recibo la llamada telefónica, es decir, gestionas el accidente, envías recursos, pero no estoy en el lugar del accidente, por decirlo de alguna manera soy un sanitario de “trincheras”

“Lo que he vivido como técnico de ambulancia ha sido por decirlo de alguna manera de observador, pero, si sé lo que quiero cuando sea enfermero, quiero no sólo ayudarles en su enfermedad desde la perspectiva de poner un fármaco, tratándolo, etc., sino, cuidándolos, razón de ser de la enfermería, por eso no estudié medicina, entiendo que lo que te lleva a hacer son cuidados, la medicina es diagnosticar y prescribir”. (EA6) (ver anexo VI.VI.VI)

Como casi todos los alumnos y profesionales entrevistados cree que el hombre tiene que sufrir; en este caso la alumna refiere que el sufrimiento le da fuerza, y le ha enseñado a vivir, lo refiere de esta manera.

“Creo el hombre tiene que sufrir, tiene sus partes buenas y sus muchas partes de sufrimiento, en una balanza el sufrimiento para mi es mayor”

“Yo solo recuerdo que llamé a la ambulancia, lo único que le decía era a mi abuela en situación crítica era, “por favor no te me mueras”. A mi particularmente el sufrimiento me da fuerza, me ha enseñado a vivir con más fortaleza. No he tenido una experiencia de dolor y sufrimiento superior a la muerte de mi abuela”. (EA7) (ver anexo VI.VI.VII)

Un error médico es la circunstancia que le ha quedado en la memoria a la alumna para vivir en carne propia sufrimiento y dolor, refiere lo siguiente.

“Fui operada de un problema ginecológico precisamente en tercero de psicología, por un error médico, me vi en la UVI del hospital, lo pasé muy mal, pude comprobar en mi, el tratamiento médico y de enfermería durante mi estancia hospitalaria. Con 19 años, mi diagnóstico médico era quiste ovárico, me llevaron a quirófano, se produjo una hemorragia interna al cortar el médico una arteria (por error)”

“Mi primer sentimiento en la UVI fue haber perdido el control sobre mi vida, al preguntar que había ocurrido, lo único que me contaban los médicos era que esto ocurría en pocas ocasiones, pero, que a mi me había tocado. Yo esperaba que me dijeran si había sido un error, y que tipo de error, no lo conseguí. Me acuerdo de la enfermera de UVI que me ayudó mucho (Julia), sin embargo cuando regresé a planta todo era muy mecánico, bien pero, mecánico. No puedes cada día hacerte cargo de manera personal con el sufrimiento y dolor de todos tus pacientes, pero, hay que conseguir que los pacientes no perciban que a la enfermera le da igual un sufrimiento que otro, se tiene que

personalizar la atención, se tiene que tener vocación con aprendizaje profesional". (EA8) (ver anexo VI.VI.VIII)

A colación con la respuesta de alumna entrevistada recordemos que, los errores en cirugía son frecuentes, aun cuando se ignora su verdadera prevalencia, y afectan a millones de personas. Se calcula que no menos de 234 millones de cirugías mayores se realizan anualmente en el mundo, por lo cual las posibilidades que ocurran descuidos que ocasionen errores son muy altas. Las principales estrategias difundidas por OMS están centradas en reducir errores en el quirófano y entre ellas se destaca la implementación de un listado de seguridad quirúrgica (*surgical safety checklist*) que ya ha demostrado su efectividad en un estudio realizado en varios países y publicado por Soar et al (2009) en *New England Journal of Medicine*.

Otra actividad de la Alianza fue estimular las investigaciones que permitieran mejorar la seguridad de los pacientes al reducir los errores en medicina, basándose en los cerca de 10 millones de enfermos que mueren o sufren lesiones, como consecuencia de "prácticas médicas inseguras", cada año. Con ese motivo a fines de 2007 emitió un documento y en el acto de presentación el Dr. Liam Donaldson, director de la Alianza Mundial, que dijo entre otras cosas un concepto muy aleccionador: *"Las investigaciones para mejorar la seguridad de los pacientes ofrecen a todos los países miembros de la OMS un recurso innovador para ayudar a sus hospitales a evitar los errores médicos y asegurar la reducción del sufrimiento de los pacientes en lugar de contribuir a su aumento"* (Allegranzi et al, 2007) *The first global patient safety challenge "clean care is safer care": From launch to current progress and achievements*. Es sumamente loable la iniciativa de la Alianza Mundial, pero para que tenga éxito resulta indispensable que sea acompañada por el esfuerzo de todos los profesionales que participan en el cuidado de la salud. Es necesario ser consciente del gravísimo problema que ocasionan los errores en la atención de los pacientes, contribuir a generar un cambio de cultura y motivar que las instituciones médicas desarrollen sistemas más seguros para la prevención de errores (cf. Ceriani, 2009).

La visión no sólo de la enfermería, del sufrimiento y dolor , sino de la vida misma es al menos curiosa en las respuestas de la entrevista al alumno que eligió enfermería como estudio, y todavía no sabe porqué; en cuanto a dolor y el sufrimiento valora:

“En principio lo veo como algo físico, a lo mejor no es así, yo lo que creo es que el hombre, la mujer no tiene que sufrir, yo creo que el sufrimiento de un hombre o una mujer está en función de sus aspiraciones en la vida, si las consiguen o no. Hay gente que es conformista, yo soy conformista con el estilo de vida que llevo ahora, me va bien. No he experimentado en mi el dolor o el sufrimiento, un poco cuando murió mi abuela, pero, yo soy la más pequeña de mi familia y todos me arroparon; como tampoco me he planteado el cuidar físicamente a alguien”. (EA9) (ver anexo VI.VI.IX)

Como el resto de los entrevistados, en este caso alumno-trabajador opina que el sufrimiento es innato en el hombre, pero que al mismo tiempo fortalece al hombre y le ayuda a madurar, aunque llega a ver, sentir, en su medio laboral sanitario a los pacientes como máquinas, el alumno-trabajador lo expresa de la siguiente manera,

“Personalmente he vivido alguna situación dolorosa y de sufrimiento, creo que lo he sabido encauzar de forma madura, muertes familiares o separación de parejas (mis padres), si he notado que en algunas situaciones no he sabido emplear la inteligencia emocional para conducir correctamente una situación determinada, creo que en situaciones de dolor y sufrimiento de los demás uno no debe hacerse “duro”, sin embargo en mi medio profesional, (alumno trabajador del sector sanitario) yo veo a la gente como máquinas, no los veo como humanos, es decir, cuando termino mi trabajo “desconecto”, yo traslado a un paciente para que otros profesionales lo atiendan y punto. Esto no quiere decir que no sea humano con los pacientes, me gusta acercarme a la gente, pero como si fuera una obra de teatro, en alguna ocasión me he implicado incluso

fuera de mis horas de trabajo, porque he entendido que la persona lo necesita, pero en situaciones muy puntuales”

“Algo que viví con auténtico sufrimiento fue la separación de mis padres, tenía 16 años cuando ocurrió, hasta que comprendí al tiempo del porque de la separación, otra situación desesperante, traumática para mi fue cuando terminaba los estudios de la ESO, y, yo no daba lo que se esperaba de mi, una semana sin comer, muy mal, en mi familia se espera que todos estudiemos algo, y yo, no lo hacía”. (EA10) (ver anexo VI.VI.X)

Con respecto a esta última reflexión expresada por el alumno, ha de resaltarse que la calidad de las relaciones afectivas que se forman en la infancia, determina la capacidad para establecer relaciones íntimas durante toda la vida adulta, de modo que la relación entre el niño y sus padres es para siempre, siendo un vínculo que los une en el espacio y perdura en el tiempo. Por ello, los niños que en la infancia tienen una base de seguridad y pueden contar con las figuras parentales, desarrollan y afianzan el suficiente sentimiento de confianza en sí mismos como para relacionarse con el mundo de manera sana y provechosa: cuanto más seguro sea el vínculo afectivo de un niño con los adultos que lo cuidan y educan, más garantía hay de que se convierta en un adulto psicológicamente adaptado e independiente y de que establezca buenas relaciones con los demás (Vallejo-Orellana, 2004).

III. 2 .4. Experiencia personal y/o profesional en el campo del dolor y sufrimiento en niños

Antes de la obra de Darwin (1928-2009) *El origen de las especies*, el principal objeto de estudio era encontrar las diferencias entre adultos-niños, y humanos-animales; pero después de Darwin, el objeto de estudio cambió hacia la determinación de similitudes entre adulto y niño.

Aun cuando los criterios concernientes a los pacientes adultos sirven de base conceptual para el tratamiento doloroso, el grado de desarrollo cognitivo y psicosocial del niño

debe tenerse en consideración con respecto a las decisiones y acciones que se lleven a cabo sobre él. En la toma de decisiones, los padres ocupan un lugar central. siempre y cuando se tengan en cuenta como contemplamos en otro apartado de esta tesis (parte I cap. 2) que a pesar del interés y atención que los profesores de asignaturas donde se hace referencia al tema de dolor sufrimiento y muerte en ciencia de la salud, concretamente en la asignatura par enfermería de Antroposociología de la Salud, continua siendo un auténtico problema el como llegar al entendimiento por parte de los alumnos. Si embargo, como ya hemos comentado no hacer daño en cualquiera de intervenciones que se llevan a cabo en las intervenciones sanitarias es un principio básico en la interacción con los pacientes atendidos en cualquier espacio sanitario, visto desde el principio de la no maleficencia, principio por otra parte que causa gran confusión, entre otras razones porque no es fácil de entender y quizá tampoco de explicar en un aula (Gracia, 1990).

Referido a este apartado anterior hemos de significar que en nuestro trabajo cabe citar algunas respuestas de los profesionales en las entrevistas en profundidad semiestructuradas llevadas a cabo, referidas al trabajo con niños, donde todos los entrevistados coinciden en que el trabajo con niños es diferente al trabajo con adultos, en especial cuando tratamos de dolor, sufrimiento o muerte. Nos refiere la enfermera profesional en la entrevista semiestructurada en profundidad llevada a cabo en nuestro trabajo lo siguiente:

“Yo recuerdo aquellas curas de quemados, tener que estregar con un estropajo las heridas en carne viva de un niño, a mi me parecía desgarrador. El sufrimiento infantil es el peor que hay. En un adulto es otra cosa, pienso de todas formas que, el umbral del dolor en general ha bajado, hoy, nadie quiere sufrir absolutamente por nada, ni un dolor de muela, ni una vía intravenosa que se salga, (extravase trás la punción)”. (EPI) (ver anexo VI.VIII.I)

En este tipo de respuesta es evidente el daño moral sufrido por ambas partes, profesional y paciente, coincidiendo con lo expresado por Gutiérrez & Soriano (2006),

Soucase & Monsalve (2005) & Benbunan (2007). La convivencia profesional con la experiencia del sufrimiento dolor y muerte y su proceso se encuentra claramente descrita en la literatura especializada como una de las vivencias más impactantes para la mayor parte de los profesionales de la salud. Por este motivo, junto con el estudio del dolor el proceso de fin de vida ha constituido un importante foco de interés científico y ha sido considerado como uno de los mayores retos que deben afrontar tanto los profesionales como los estudiantes de ciencias de la salud.

La entrevista llevada a cabo con el profesional (EP3) (ver anexo VI.VIII.III) se sale de lo recogido por parte del resto de sus compañeros, este profesional nos comenta que el llanto está genéticamente diseñado para llamar la atención, o que los padres de recién nacidos están saturados de información, por lo que no asimilan el dolor y el sufrimiento, en esta entrevista soy incapaz de comprender tales afirmaciones, máxime en el contexto en que se desarrolla este trabajo.

“Es más difícil de afrontar en niños, porque el llanto del niño está genéticamente diseñado para llamar la atención, nadie lo puede omitir ni ordenar, cuando un niño llora todo el mundo mira, es como la evolución genética, cuando el niño puede razonar intentas contarle la finalidad que tiene cuando le haces daño, le das metas que vas cumpliendo, un niño es muy dinámico. Los padres con recién nacidos que fue mi caso como profesional, creo que están muy saturados de información, al ser muchas las experiencias nuevas que está viviendo, por tanto, es difícil en los primeros momentos del nacimiento del niño que asimilen el tema de dolor y sufrimiento, tenemos que dejarles pasar tiempo, no es lo mismo que un niño tenga cualquier padecimiento con dos tres o cuatro años, que has convivido con él, a la experiencia en los RN. que te lo ingresan en una planta de hospital o una Unidad especial. Tenemos que tratar en estos casos el miedo de los padres, y no es fácil”. (EP3) (ver anexo VI.VIII.III)

El rol de padres tanto en niños como adolescente es de gran importancia, no sólo en el tratamiento del dolor/sufrimiento, sino desde la perspectiva de la sensación de abandono/ separación tanto en las unidades de hospitalización, como en los propios estudiantes jóvenes que tuvimos oportunidad de entrevistar.

“Creo que el sufrimiento que más estoy pasando es desde que me separé de mis padres al tener que cambiar de isla para estudiar, me siento muy sola”. (EAI)
(ver anexo VI.VI.I)

En el terreno profesional encontramos la respuesta de (EP4) (ver anexo VI.VIII.IV)

“Jamás, trato el dolor en un niño igual que en un adulto. Los niños para mi son ángeles, será que como soy padre de niños pequeños. (2 hijos niño y niña 6 años). Yo siempre digo que los ángeles los buscamos en el cielo y con los niños los tenemos delante de nosotros, en nuestras mismas narices. Mi misión es atender al niño y tranquilizar al padre, a veces hago las cosas de una manera y otras veces de otra”. (EP4) (ver anexo VI.VIII.IV)

La siguiente entrevista hace referencia entre otras a como intenta tranquilizar a la familia del niño, y esto ocurre de igual manera en adultos. Al respecto ya hemos comentado en apartados anteriores del trabajo que el sufrimiento familiar se presenta cuando los miembros de la familia coinciden en percibir como problemática y dolorosa un situación que enfrentan en sus vidas y que supera los recursos y las capacidades percibidas por ellos para afrontarla. Sin embargo, aunque las familias se alteran en sus relaciones con la experiencia de la enfermedad, sigue siendo el principal soporte de cuidado por excelencia, hay una tendencia clara, a que dicho cuidado se organice o se estructure a través de un cuidador principal (Barrera et al, 2006), definiendo a este cuidador principal como la persona con vínculo de parentesco o cercanía que asume las responsabilidades del cuidado de un ser querido que vive en situación de enfermedad crónica discapacitante.

No trabajar con niños es una opción de evitar la afectación emocional que puede conllevar el ejercicio de la profesión, no siempre se consigue, Desde hace una década son numerosos los estudios que identifican el contacto con el dolor, el sentimiento de pérdida, el sufrimiento y la muerte como factores estresantes muy potentes, también en estudiantes de enfermería; éstos, además ponen de manifiesto la insuficiente formación que reciben los profesionales de la salud para el desarrollo de recursos en la atención a este tipo de situaciones (Rhead, & Zalon, 1995).

Coincidiendo con estos autores tiene que ver la siguiente entrevista (EP6) (ver anexo VI.VIII.VI)

“He trabajado con niños, no, me “llega” más un niño, no asimilo que los niños tengan que pasar por sufrir, ellos son como más “limpios”, cuando tratas a un adulto puedes entender el carácter, sus juicios, afinidades, sin embargo, con un niño, lo vive de otra forma, un niño es, debe ser, “inmortal por naturaleza” Prefiero no trabajar con niños”. (EP6) (ver anexo VI.VIII.VI)

No deja de ser al menos curiosa la respuesta de la enfermera entrevistada, ella entiende que esto del sufrimiento y abandono de los niños y la comunicación a los padres en unidades hospitalarias, no era cosa de ella sino de los médicos, he de decir que esta profesional está a punto de jubilarse en el SCS.

“En A.P. tienen poco sufrimiento o dolor, trabajé como supervisora de pediatría y prematuros, el tratamiento con los padres en estos servicios a la hora de dejar los niños en el servicio (sentimiento de abandono), no lo llevé directamente, no era cosa nuestra”. (EP7) (ver anexo VI.VIII.VII)

III. 2. 5. La observación participante en los espacios de dolor

Llegados a este punto hemos de resaltar la observación de campo de nuestro trabajo, llevada a cabo en las aulas de la Universidad Fernando Pessoa, así como, la observación

de campo llevada a cabo expresamente para este trabajo en el espacio sanitario de un Centro de Salud (C.S. de Triana) en la Isla de Gran Canaria. Consideramos, en la misma línea que señala Amezcua (2000) en *Antropología de los cuidados. Enfermedad y padecimiento: significados del enfermar para la práctica de los cuidados. Cultura de los cuidados*, que la observación participante es algo más que una técnica: es la base de la investigación etnográfica, que se ocupa del estudio de los diferentes componentes culturales de las personas en su medio, como las relaciones con el grupo, sus creencias, sus símbolos y rituales, los objetos que utilizan, sus costumbres, sus valores, etc. Como tal enfoque admite la posibilidad de incorporar una pluralidad de técnicas a la investigación, de hecho podría considerarse como un ejercicio de alternancia y complementariedad entre observación y entrevista, aunque ambas se utilizan desde la óptica de que el investigador forma parte de la situación estudiada, como es el caso de que nos ocupa en este trabajo.

La fuente de las que obtenemos los datos son las situaciones naturales, en nuestro caso el aula de la Universidad Fernando Pessoa, Canarias, y el Centro de Salud de Triana en la isla de Gran Canaria, concretamente en la denominada Unidad de Atención General (UAG), siendo nosotros los investigadores el principal instrumento de recogida de datos. Buscando la interrelación entre investigador y sujeto de investigación.

Las percepciones a lo largo de mi experiencia como profesor en la UFP, sobre todo las referidas al tiempo dedicado a la signatura de Antroposociología, son muy positivas. Para un mejor entendimiento del tema, hemos de recordar que la procedencia académica de los alumnos españoles en Canarias a la hora de ingresar en el grado de enfermería, no es la misma para todos ellos. Unos, la gran mayoría, proceden de la Prueba Universitaria de Acceso a la Universidad (PAU en España); otro porcentaje menor accede a través de la prueba para mayores de 23 años de acceso a la Universidad; otro porcentaje también menor, a través de titulaciones superiores de formación profesional. Todo ello implica una diversidad de procedencia académica que tenemos todos los profesores a la hora de coordinar y adecuar la asignatura que le corresponde, concretamente en la asignatura de Antroposociología, la mayor dificultad consiste en que los alumnos que no proceden de PAU, no están acostumbrados a tener clases de

gramática y o literatura, leer en general y/o redactar desde un documento a redactar un artículo leído, con lo que la dificultad de comprensión, al menos en la asignatura de Antroposociología, puede llegar a ser compleja de entender para el alumno como hemos explicado, de aquellos alumnos que no procede la PAU; todo ello, es tratado en las aulas con altas dosis de pedagogía haciéndolo de la manera más didáctica y sencilla posible. Hemos de entender que a los alumnos mencionados les “cuesta entender”, es por lo que la asignatura en cuestión se les convierte en una auténtica “cruz” a la hora de enfrentarse a ella con textos, artículos de investigación social, y diapositivas, entre otras variables. Tal es así, que algunos intentan aprender de memoria la asignatura cuando llega la hora del examen, y esto como reconocemos todos los docentes, es prácticamente imposible, y desde la perspectiva de enseñanza no sirve absolutamente para nada. No obstante, y a pesar de las dificultades expresadas, en las entrevista en profundidad semiestructurada realizadas a los alumnos una vez finalizada la asignatura de Antroposociología de la Salud, advertimos reflexiones como las siguientes.

“Me gustaría que me contaran en la carrera de casos reales de sufrimiento y dolor como aprendizaje. Me gustaría que se pudiera llevar a un paciente al aula y poder compartir con él, se que esto es casi imposible, pero me gustaría. La formación que he recibo hasta ahora me parece buena, casi todos los profesores insisten en el buen trato al paciente”. (EA1) (ver anexo VI.VI.I)

“Hasta el día de hoy, solo con la asignatura de Antroposociología ya nos van marcando con estos temas de sufrimiento, dolor, muerte. Nos dan una base bastante sólida en primer curso, veremos en segundo”. (EA3) (ver anexo VI.VI.III)

En cuanto a la observación participante en profesionales, hemos de recodar que Madeleine Leininger, enfermera antropóloga americana, fue la primera que realizó y dirigió un trabajo etnográfico de cuidados y salud, a partir del cual desarrollo su Teoría de los Cuidados Transcultural.

La observación participante es, según Taylor & Bogdan (1992) en *La Búsqueda de Significados. Ir hacia la gente. Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación. La Búsqueda de Significados*. La investigación que requiere la intervención social del investigador y los informantes en el entorno de éstos; por tanto, hemos tratado de captar la realidad sociocultural de los trabajadores, familiares y pacientes en una Unidad de Atención General de un Centro de Salud en Gran Canaria, donde el investigador ha estado incluido en equipo de trabajo, para obtener resultados afines a los objetivos del estudio que llevamos a cabo en esta tesis. De todo el tiempo empleado en el trabajo de la observación participante extraemos algunas reflexiones del investigador que pudieran ser interesantes para el trabajo propuesto, la integridad de la observación podrá verse en los anexos del trabajo. (Ver anexo VI.IV.I ; VI.V.II; VI.V.III y VI.V.IV).

La experiencia vivida, en principio es muy gratificante, desde la perspectiva profesional como la propia y personal, la atención que lleva a cabo el personal de enfermería es muy cercana, profesional y afectiva con todos los pacientes y acompañantes. Noté una gran complicidad con los pacientes, sobre todo con aquellos que eran clientes/pacientes de la enfermera desde hacía tiempo. Paciente y educadamente, en general los pacientes se dejan “hacer de todo”, algunas curas son realmente dolorosas, en esos momentos de la intervención la enfermera advierte “le va a doler un poquito”, existe sobre todo una relación de agradecimiento por parte de los pacientes, a veces de mayor magnitud por parte de los familiares. Los sentimientos están encontrados cuando la paciente, como fue el caso de hoy, paciente de unos 45 años casada con hijos, venía derivada del hospital de Gran Canaria Dr. Negrín. Le habían abierto un absceso en la ingle, estaba muy incómoda, porque desde hacía dos días no se había curado, tenía problemas para realizar sus actividades diarias y le molestaba el apósito para defecar, bañarse, etc.; estaba nerviosa, incómoda, dolorida, conforme se le fue atendiendo durante la cura y explicándole como había evolucionado desde el sábado a hoy lunes, se fue calmando y al finalizar su tratamiento y cuidados, dio las gracias. Mi impresión como observador, es que hay que ponerse en el lugar del otro (empatía), para poder comprender cada situación, de cada persona cuando pierde la salud, durante el periodo de observación de

hoy, he visto que en todas las ocasiones de intervención enfermera fue así, excepto una señora que fue atendida a las 11.30h. y se le puso medicación I.M. por fuerte dolor de espalda, y a la hora volvió para que le tomaran la T.A. La enfermera, en baja voz comentó, *“le encanta que le hagan cosas”* sin embargo, esta segunda atención entendiendo que la paciente pertenece a las tipificadas como enferma hiperfrecuentadora, fue muy correcta por parte de la mencionada enfermera.

Tenemos la certeza de que la aparición en escena del señor encargado de la seguridad en el Centro de Salud, personal contratado a través de una empresa privada que se dedica a seguridad, por tanto, personal ajeno al personal sanitario, no fue prudente. Este personaje tiene órdenes del Centro de no pasar cuando haya pacientes en la UAG., (Unidad de Atención General), rompe la intimidad de los pacientes, hace sentir mal a los profesionales, cuando, en ningún momento se le solicitó su presencia por parte de los profesionales; el individuo en cuestión cree que por llevar un uniforme (de seguridad) tiene derecho a interrumpir con su presencia en cualquier dependencia del Centro, evidentemente esto no es así, y en este concreto caso se le volvió a llamar la atención.

En cuanto al dolor/sufrimiento sufrido por los pacientes, advierto, que cuanto más se les haga partícipes de la intervención, soportan mucho mejor la intervención dolorosa. Cuando el profesional tiene prisa, por la razón que sea, el paciente lo nota y se queja con mayor intensidad. Con los niños es bastante más complicado, el papel de la madre, o del padre (pocas ocasiones) es fundamental para calmar al niño, en algunas ocasiones se tiene que calmar primero a la madre para poder continuar con el tratamiento doloroso, no se dio el caso en la observación de hoy (Ver anexo. VI.V.I).

La observación en el día de hoy ha tenido momentos muy interesantes desde la perspectiva sanitaria, de gestión de los recursos humanos y desde la intervención en dolor y sufrimiento del hombre.

Cada día de la observación participante nos confirma que la palabra curar, representa para el paciente todo un mundo de representación doloroso, si bien es verdad, que las técnicas de aproximación para llegar a un diagnóstico son necesarias, no lo es menos o la comprensión cultural en la que se desenvuelve el paciente y sus acompañantes juegan

un papel fundamental a la hora de conseguir un alivio desde la perspectiva psicológica de los actores mencionados.

Si entendemos la puesta en acción de los conocimientos enfermeros en desarrollo de una actividad humana, tiene que ver directamente con la realidad frágil y vulnerable del ser humano, aportando una visión del ser humano que se desprende de la acción de cuidar. Según Torralba (1998), podemos afirmar que nadie conoce mejor que el profesional de enfermería al ser humano enfermo, la persona doliente, porque precisamente su acción se desarrolla en el epicentro de este mundo.

La observación participante me hace reflexionar sobre el poder de la palabra en la entrevista clínica, en la intervención en situaciones de dolor y sufrimiento, en como cada individuo la vive de forma diferente, como reaccionan de forma diferente tanto paciente como familia, como se estimula la colaboración del paciente en el propio acto enfermero cuando se le inflige dolor.

Lain (2005), catedrático de Historia de la Medicina, define la curación por la palabra partiendo de textos clásicos, como el conocimiento y aprovechamiento “técnico” de la *physis* propia de la palabra humana o fisiología del logos. Por ello no llegó a tener existencia en la medicina científica tradicional; es el S. XX cuando se recupera la palabra como técnica terapéutica bajo el epígrafe de “psicoterapia verbal” (Ver anexo VI.V.II)

Quizás advertir como hay pacientes que ante las maniobras que le producen dolor, apelan a su libertad de elegir si quiere que le realicen la maniobra o no, en el sentido más puro de la ética; el paciente tiene el derecho de elegir lo que quiere, los profesiones de la salud en ese sentido nos convertimos en un elemento humano facilitador de conocimientos técnicos y humanos, sin embargo, la última decisión la tiene el paciente. El carácter paternalista de la atención sanitaria no es el que prima en las actuaciones sanitarias de hoy en día; es evidente el riesgo que afrontan algunos pacientes, unas veces por desconocimiento, y otras por conocimiento tácito de lo que quieren para con su cuerpo y por ende con su vida. Me llamó la atención cuando la enfermera que atendía a la paciente con síntomas de alcoholemia, no se exactamente si fue la manera (tono de voz) al comunicarme el alcoholismo de la paciente, o mi propia percepción como

observador de estigmatización del alcoholismo, lo cierto es que a pesar de la excelente atención a la paciente durante el tiempo que permaneció en el servicio, sus manifestaciones verbales fueron un tanto distorsionadas, en voz alta, probablemente por su intoxicación alcohólica, de disconformidad con su situación, (ver anexo VI.V.III) me hizo pensar en el estigma que lleva como carga pesada cualquier persona por su adicción. Situación que como observador pude comprobar la gran profesionalidad con la que fue atendida la paciente. Tengo la impresión, como observador, que la paciente intentaba decirnos a todo el personal, que ella era una señora, educada, trabajadora de la universidad, y que si se encontraba en el Centro de Salud, no era más que por un problema disfuncional totalmente orgánico, es decir nada que ver con su problema con el alcohol.

Una parte interesante de la observación participante tuvo lugar en la sala de espera del la UAG. Donde pudimos comprobar la gran incertidumbre y a veces nerviosismo manifiesto de los pacientes y si cabe aún más de los familiares o acompañantes, (Ver anexo VI.V.IV) notamos una gran diferencia entre los pacientes conocidos del servicio por repetición, y los llegados de primera consulta o primer tratamiento enfermero, es decir, las prisas, las quejas, la desconfianza en el servicio, en el profesional que atiende, incluso hemos advertido la exageración en los síntomas del enfermo en aras de conseguir una rápida atención. En este apartado de la atención hemos comprobado como el fenómeno del síndrome de la bata blanca se pone en marcha con especial facilidad en aquellos pacientes que llegan por primera vez al servicio, sien bien es cierto que cuando un paciente tiene un problema que es de vital importancia, la percepción temporal, adquiere un valor incalculable durante esos inciertos tiempos de espera. Es ahí donde se va a producir la cristalización del sufrimiento. Del arte y conocimiento que tenga el profesional sobre comunicación interpersonal en la atención/entrevista clínica, tendrá opción de conseguir disminuir los efectos comentados. Referido a estos pacientes con características particulares, contempladas en unas ocasiones como reacciones humanas, o adicciones a sustancias tóxicas.

Nos recuerda Madeleine (Leininger, 1999), que La presencia en los hospitales y centros de salud de personas con *características diversas* o procedentes de otros países o etnias

presentan una serie de cuestiones que los profesionales sanitarios deben resolver en el día al día. Se tiende a ver las situaciones de contacto cultural como conflictivas, en tanto que la proximidad al “otro”, el desconocimiento que sobre los otros grupos culturales se tiene, provoca diversas reacciones. Reacciones que van desde las posturas más paternalistas, como son las posiciones de superioridad implícita al considerar al “otro”, al culturalmente distinto, como alguien que *no sabe*, un menor de edad al que hay que guiar y dirigir, al que se debe educar, hasta las posturas más racistas y xenófobas en las que el “otro” constituye un buen blanco sobre el que se proyectan nuestras fobias colectivas y el horror a lo diferente (cf. Leininger, 1999). Por su parte (Goffman, 2006), en su obra *la identidad deteriorada*, nos hace referencia que, cuando el estigma se instala en el individuo durante su permanencia en una institución, y cuando esta conserva una influencia desacreditadora sobre él durante un cierto periodo posterior a su egreso, se puede esperar la aparición de un ciclo especial de encubrimiento. Por otra parte, las actitudes que adoptamos los “normales” hacia una persona que posee un estigma, y las medidas que adoptamos respecto de ellas son bien conocidas. Valiéndonos de ese supuesto, practicamos diversos tipos de discriminación, mediante lo cual reducimos, sin que sea nuestra intención sus posibilidades de vida. Construimos una ideología para explicar su inferioridad y dar cuenta del peligro que representa, racionalizando a veces una animosidad que se basa en otras diferencias, como por ejemplo, la clase social cf. Goffman (2006). Por otra parte, señalar la importancia que representa la observación participante en la investigación etnográfica, es por ello, y en esta investigación lo ponemos de manifiesto, como un instrumento más, que en sí mismo va más allá de una técnica; es la base de la investigación etnográfica, que se ocupa del estudio de los diferentes componentes culturales de las personas en su medio: las relaciones con el grupo, sus creencias, sus símbolos y rituales, los objetos que utilizan, sus costumbres, sus valores, etc., como tal enfoque admite la posibilidad de incorporar una pluralidad de técnicas a la investigación. De hecho podría considerarse como un ejercicio de alternancia y complementariedad entre observación y entrevista, aunque ambas se utilizan desde la óptica de que el investigador forma parte de la situación estudiada.

La fuente de las que obtenemos los datos son las situaciones naturales, siendo el investigador el principal instrumento de recogida de datos. Buscando la interrelación entre investigador y sujeto de investigación (cf. Amezcua, 2000) (Ver anexo VI.V.III).

La observación ha tenido momentos muy interesantes a pesar de la cierta tranquilidad en el servicio. Elegiría de todos los momentos observados y de cara al objetivo del trabajo, la entrevista mantenida con la señora que acude al Centro de Salud con 24 intervenciones quirúrgicas en sus 42 años de vida. Sigo sin entender como alguien puede llegar a convivir con el sufrimiento durante tan largos y duros años, y al mismo tiempo, mantener una relación familiar más o menos estable; evidentemente, la persona que sufre en carne propia estos avatares de la vida, es la paciente, la que lo cuenta. Sin embargo, es significativo como su hijo mayor tampoco entiende porque a su madre le “caen todos los males”, se preguntaba, porque no se reparten las enfermedades en un número mayor de madres, porque le tiene que tocar siempre a la suya.

La realidad en el trabajo diario es que la enfermera tendría que entrar cada día en el debate de poder dar sentido al sufrimiento, este debate no es nada sencillo, y menos para la familia mas directa del que sufre, no es sencillo porque se pone en juego las emociones, emociones por otra parte difíciles de controlar, al mismo tiempo que tendría que soportar todo un debate filosófico sobre el sentido de la vida, o la dignidad humana; tendría que comprender que la dinámica entre aguante y sufrimiento está regida por el contexto cultural y las normas culturales de conducta; uno aguanta en público y sufre en privado; aceptar el pasado perdido por una enfermedad y por supuesto, la alteración del futuro. La bibliografía existente trata de confirmar el sufrimiento, desde una perspectiva esencialmente subjetiva. Laín (1966) en su ensayo “*La enfermedad como experiencia*” lo que nos comenta sobre la enfermedad bien puede aplicarse también a la experiencia del sufrimiento. Laín considera que, la experiencia psicológica de la enfermedad puede reducirse a cuatro sentimientos: de *aflicción* (molestias como el dolor e impedimentos como la invalidez), de *amenaza* biográfica (a los proyectos de vida) y biológica (a la vida misma), de *soledad* por el aislamiento provocado por la enfermedad, y finalmente puede vivirse la enfermedad como *recurso*, pues permite cierta evasión o refugio respecto de la vida ordinaria. (Lain, P. 1966).

A las preguntas ¿Por qué estoy enfermo? ¿Por qué he de morir? ¿Qué sentido tiene mi sufrimiento? La medicina, como tal, no tiene respuestas, no pertenecen a su esfera de trabajo. Sin embargo, los pacientes recurren a médicos y enfermeros, en su calidad de seres humanos, en busca de algún tipo de respuesta. En estos casos, sugerimos que el profesional de la salud recurra a su propia experiencia y visión del mundo, haciendo uso no sólo de sus conocimientos médicos/enfermeros, sino también de los sentimientos de compasión y confraternidad entre seres humanos. No obstante, habrá ocasiones en que incluso la atención más humanitaria y los cuidados paliativos más avanzados alcanzarán un límite. En este punto, la medicina, la enfermería, habrá de reconocer sus propias limitaciones; no todo en la vida puede quedar bajo el control de una medicina/enfermería tan constreñida en sus posibilidades como aquellos seres humanos a los que sirve.

(PARTE III)

CAPÍTULO 3

Elementos de importancia en la formación enfermera

El cambio más reciente en enfermería ha sido el surgimiento de otro tipo de enfermera: la enfermera profesional o enfermera clínica. Este cambio no va dirigido a crear un nuevo tipo de trabajador sanitario sino, por el contrario, a utilizar de forma más plena las capacidades y habilidades de la enfermera bien formada y bien preparada: Se tiene la intención de que la enfermera profesional ocupe una posición laboral similar a la de ayudante del médico, La enfermera profesional está preparada para asumir muchas de las tareas principales (carga de servicio) y de rutina del cuidado de pacientes que normalmente son atendidos por el médico, como los exámenes físicos, acceso a las historias clínicas de los pacientes, tomas de tensión arterial, pruebas de glucemia, EKG, retinografías ordenar pruebas de laboratorio y de Rx, proporcionar educación para la salud a pacientes y familiares y tomar la decisión sobre si el paciente necesita o no acudir a consulta médica, todo ello requiere una formación multidisciplinar de la enfermera que actualmente se imparte al menos en las facultades de enfermería de España y Portugal. Este papel de las enfermeras efectivamente permite a los médicos asumir la posición más realista de un especialista altamente cualificado y les permite concentrarse más claramente en problemas médicos para los que le ha preparado su formación. Sin embargo, una investigación realizada en Gran Bretaña por Bowling (1981) descubrió que las enfermeras no estaban más dispuestas a desempeñar tareas clínicas que pudieran delegárseles, de lo que los médicos pudieran estarlo a delegárselas. Bowling sugiere que, en la lucha por la autonomía personal, las enfermeras tienden a rechazar tener que realizar parte de las obligaciones de los médicos, prefiriendo resaltar las funciones humanísticas

de la enfermera. La base de esta actitud era un estrecho profesionalismo por parte tanto de los médicos como de enfermera. Las enfermeras querían y quieren mantener sus identidades ocupacionales separando sus papeles laborales de los de los médicos.

III. 3.1. Elementos a destacar en la formación enfermera

Creemos que la enfermería es un elemento fundamental en el manejo de aquellos pacientes que presentan dolor, motivo por el que debe ser prioritario que cuenten con unos conocimientos básicos para su control. Siendo este uno de los síntomas con el que más van a trabajar estos futuros profesionales a lo largo de su ejercicio, las decisiones médicas no podrán llegar con precisión si el eslabón (enfermería) no está a la misma altura (Muriel, 1995).

Significa por tanto, no poder obtener los mejores resultados para los pacientes con dolor, sufriendo innecesariamente muchos de ellos por desinformación de dicho personal. Una encuesta realizada por McCaffery (1997) a 3.282 enfermeras en el año 1995, constata que la mayoría de los programas docentes de pregrado de las Escuelas de Enfermería dedican poco tiempo en su curriculum académico al tratamiento del dolor. Este estudio coincide con las afirmaciones, tanto de alumnos como de profesionales de nuestro trabajo.

“Me gustaría que me contaran en la carrera de casos reales de sufrimiento y dolor como aprendizaje. Me gustaría que se pudiera llevar a un paciente al aula y poder compartir con él”. (EAI) (ver anexo VI.VI.I)

El alumno de 1º curso que solicita este tipo de acercamiento en el aula, se refiere a cuando en la asignatura de Antroposociología de la Salud tocamos el tema de dolor y sufrimiento, podamos tener un enfermo para compartir con él, como expresa el alumno, que no ha comenzado sus prácticas en centros asistenciales. Desde el punto de vista pedagógico, confiamos que recuerde en sus prácticas lo aprendido en el aula. Al respecto, a ayudar a morir con dignidad, cuidar, acompañar, estar cerca del paciente en el

sufrimiento y dolor, requiere formación, conocimiento y madurez (cf. Bebutant et al 2007).

“El dolor nos da miedo. Parte “chungu” de la profesión. Solicito enseñanza obligatoria en comunicación y dolor”. (EP1) (ver anexo VI.VIII.I)

“Lo que si me gustaría decir es que hay que dar más formación en cuanto a afrontamiento y gestión del dolor con los pacientes y familia”. (CP6) (ver anexo VI.VII.VI)

La contestación de la profesional de enfermería (CP6) (ver anexo VI.VII.VI) coincide con lo planteado por Kiger (1994) & Zalon (1995). Aunque estas prácticas que producen dolor forman parte de la rutina hospitalaria, algo menos en la atención primaria de salud. Parece ser que tanto los alumnos como los profesionales reciben una formación insuficiente en el control del dolor, tanto en la cantidad de conocimientos como en la profundidad de los mismos cf. Kiger (1994) & Zalon (1995).

“El alumno tiene que vivirlo, si no lo ve no se le puede enseñar, se debe dar formación, pero insisto hay que vivirlo”. (EP7) (ver anexo VI.VIII.VII)

“lo que se aprende relativamente rápido es la técnica, pero no el tratamiento integral, esto es mucho más complejo de hacer entender y de poder llevar a la práctica”. (EP8) (ver anexo VI.VIII.VIII)

“Ahora sufro como están saliendo las nuevas enfermeras, porque creo que quieren trabajar más cómoda y menos tiempo, y sobre que no escuchan a la gente, creo que por desconocimiento de la utilización de la palabra como elemento terapéutico, no hay que ser ni psicólogo ni monja”. (EP9) (ver anexo VI.VIII.IX)

Las respuestas obtenidas de algunos los profesionales, (EP7) (EP8) y (EP9), (ver anexos VI.VIII.VII; VI.VIII.VIII y VI.VIII.IX) concuerdan con nuestro análisis de trabajo, en el que entendemos imprescindible darles a conocer e identificar estos aspectos de vivencia, integralidad, utilización de la palabra como tratamiento terapéutico, en las personas con las cuales el alumno en prácticas o profesional de la enfermería debe interactuar, para lograr que las acciones de salud que realice con éstos sean verdaderamente eficaces. Es por ello que los temas impartidos en esta asignatura, al menos de Antroposociología de la Salud, deban permitir que el profesional de la enfermería, pueda comenzar su segundo año de carrera en el trabajo directo con los pacientes con los conocimientos necesarios para, al menos, establecer una interacción efectiva. Es decir, la disciplina de Antroposociología de la Salud, es un área temática de Antropología y Sociología general, teniendo como principal interés y objetivo, el análisis de los fenómenos de enfermedad y de la salud, y una interpretación a la luz de las teorías antropológicas y sociológicas. Una de los alumnas entrevistadas, nos refiere al respecto como la asignatura que impartimos de Antroposociología de la Salud les va “marcando “ en los temas referidos a sufrimiento y dolor.

“Hasta el día de hoy, solo con la asignatura de Antroposociología ya nos van marcando con estos temas de sufrimiento, dolor, muerte. Sé que en los Centros de Salud, los enfermeros docentes tocan estos temas con cierta frecuencia. De momento no sé lo que falta, nos dan una base bastante sólida en primer curso, veremos en segundo. Ami particularmente me gustaría que nos hablaran de atención materno infantil y emergencias sanitarias”. (EA3) (ver anexo VI.VI.III)

Esta alumna coincide con el estudio Benbunan et al (2007) en cuanto a la madurez, así como con la importancia de la formación en Antroposociología como asignatura teórica al mencionar:

“Hasta el día de hoy, solo con la asignatura de Antroposociología ya nos van marcando con estos temas de sufrimiento, dolor, muerte”. (EA3) (ver anexo VI.VI. III)

Es por ello que podemos afirmar que la asignatura de Antroposociología tiene un impacto positivo en los alumnos desde la perspectiva teórica y cumple con lo estipulado en los objetivos del programa de la asignatura.

Entre los entrevistados hemos encontrado que tanto alumnos como profesionales creen que se debe enseñar y profundizar durante la carrera de enfermería en los conceptos y tratamientos del dolor y sufrimiento. Sin embargo casi todos coinciden que la mejor manera de afrontar el dolor desde el punto de vista profesional es tener una buena base teórica, y altas dosis de entrenamiento en la práctica, tanto en el periodo de alumno como en el de profesional, sobre todo los profesionales, donde algunos refieren no haber recibido formación en el afrontamiento del dolor, sufrimiento y muerte, excepto cuando se trata de aplicar tratamientos farmacológicos. Nos lo refiere al respecto, el enfermero profesional entrevistado.

“En paliativos la gente está preparada o la preparan para morir, sin embargo en oncología el paciente está luchando por vivir, por vencer a la enfermedad. Lo que si me gustaría decir es que hay que dar más formación en cuanto a afrontamiento y gestión del dolor con los pacientes y familia”. (EP6) (ver anexo VI.VIII.VI)

En esta misma línea de pensamiento se expresa la alumna entrevistada (EA5) (ver anexo VI.VI.V) que hace referencia a la buena base de conocimientos teóricos en sufrimiento y dolor, no sólo desde la perspectiva farmacológica, hace hincapié, en la falta de reconocimiento de la profesión enfermera en nuestra sociedad actual, y que todo es mejorable. En este apartado hemos de significar los planteamientos formativos de Bologna. Nos dice que, la enseñanza es una actividad que carece de sentido si no se corresponde con el aprendizaje; mientras que el aprendizaje se sustenta por sí mismo, es asunto del propio sujeto. Por tanto, para planificar los programas educativos hemos de

tener en cuenta planteamientos como: a quién se enseña, quién aprende, cómo se debe enseñar/ aprender, y cómo controlar el aprendizaje, como es natural, los objetivos educativos a conseguir no definen lo que el profesor es capaz de enseñar sino aquello que el estudiante debe aprender al término del proceso de enseñanza/aprendizaje. Es por ello, que una definición clara de los objetivos educativos llevará a una mayor rentabilidad de los medios pedagógicos, a una mejora en el aprendizaje y a una correcta evaluación del alumno, en este sentido, el trabajo del profesor es muy relevante para ayudar al alumno en su formación, requiere de un cambio en cuanto a estrategias didácticas y procesos pedagógicos que respeten los objetivos educativos planteados en la Declaración de Bolonia (Bologna Ministerial Meeting, 1997), en la Declaración Mundial sobre la Educación Superior en el Siglo XXI y en el informe sobre la Universidad 2000 en España (cf. Bricall, 1997- 2000).

“Enfermería tiene que tener una buena base de conocimiento para afrontar las situaciones de dolor y sufrimiento, conocimiento no sólo sanitarios, sino saber que maneja y como puede aliviar. Creo que si, si se le puede enseñar a un alumno como aliviar el dolor, no solo con medicamentos. Todo es mejorable por parte del personal sanitario”

“Pienso que la labor de enfermería no es del todo reconocida por la sociedad, la profesión enfermera es mucho más amplia de lo que la gente cree. Tienes que tener cien ojos”. (EA5) (ver anexo VI.VI.V)

Algunos entrevistados consideran que son muchas las dificultades para enseñar en un aula lo que significa sufrimiento y dolor; así lo expresa uno de los alumnos entrevistados, al mismo tiempo cita:

“Falta la aplicación de lo humano, creo que es difícil “meterle” a un alumno el sentimiento humano”. (EA6) (ver anexo VI.VI.VI)

En el sentido de esta respuesta hemos de recordar que, en la propia evolución de los sistemas sanitarios tenemos evidencias de la importancia de hacer frente de forma profesional y responsable a la constante demanda social de un trato más humanizado, que evidentemente debe estar presente; en todas las actuaciones profesionales del área sanitaria. Es el *Plan de Humanización de la Atención Sanitaria Extremadura, (2007-2013)*, que Amdor et al (2007) hacen referencia a la acción humanizante, no solo cuando se trata de pacientes en situación terminal sino, con el resto de pacientes del sistema sanitario y sus familiares; para atender esta acuciante demanda se requiere una implicación personal de los trabajadores sanitarios, principalmente, que vaya más allá de la aplicación de la técnica, una actitud anclada no sólo en la buena voluntad, sino en una capacitación específica.

“Es muy difícil enseñar en un aula lo que es dolor y sufrimiento, le puedes explicar la teoría, pero, no lo va experimentar hasta que no lo pasa, sin embargo, creo necesario que se nos hable en clase del sufrimiento del dolor de la muerte, pero no tecnificar la carrera, falta la aplicación de lo humano, creo que es difícil “meterle” a un alumno el sentimiento humano. Sería bueno si se consigue, yo sinceramente no sabría como hacerlo” (EA6) (ver anexo VI.VI.VI)

Ya hemos comentado la dificultad al enseñar a los alumnos de 1º curso de enfermería en lo concerniente a sufrimiento, dolor y muerte en el aula. Me atrevo a afirmar todo lo que concierne a la asignatura de Antroposociología de la Salud, cuando tratamos el tema de modificar conductas a partir de mensajes, no estamos hablando de otra cosa; tal vez estamos “forzando” la situación al planificarla de antemano porque la realidad no da por ella misma (en este tema) los resultados esperados, decimos esto porque tenemos las referencias de los alumnos y profesionales de enfermería en las entrevistas en profundidad semiestructuradas de nuestro trabajo que nos refieren:

“Si la teoría de la vida implica como te dije antes sufrir, tenemos que normalizar el sufrimiento”. (EPI) (ver anexo VI.VIII.I)

“Enseñar en un aula sufrimiento y dolor es muy complicado tienes que experimentarlo. A mi nunca me han explicado como debo tratar a alguien que está sufriendo, que consejos debo dar, o no dar, que consejos dar cuando preguntan si moriré, de todas formas estoy en primero de enfermería, me quedan años para terminar”. (EA2) (ver anexo VI.VI.II)

Por ello, proponemos la creación de un ambiente comunicativo que, inicialmente, puede resultar ficticio (precisamente por haber sido planificado), pero que a medio y largo plazo debe convertirse en la situación normal del grupo.

Ejemplo de los factores mencionados los encontramos en nuestro trabajo cuando alumnos y profesionales en la entrevista semi estructurada en profundidad llevadas a cabo responden:

“Creo que el sufrimiento que más estoy pasando es desde que me separé de mis padres al tener que cambiar de isla para estudiar. Me siento muy sola, mis compañeros de clase ya tienen sus amigos de toda la vida y yo tengo que ingeniármelas para integrarme; lo estoy pasando mal, cada noche llamo a mi casa en Fuerteventura para hablar con mi familia”. (EA1) (ver anexo VI.VI.I)

“Es pronto para mi decir si falta algo en la formación para entender sufrimiento y dolor, estoy en primero de carrera, pero todos, todos los profesores hacen espacial hincapié en el tema de la empatía, y si lo hacen es porque saben que hay déficit de empatía en la población en general y de la enfermería en particular”. (EA4) (ver anexo VI.VI.IV)

“Estudié enfermería porque la nota que me pedían para ser biólogo no me llegaba, decidí meterme en enfermería”. (EP3) (ver anexo VI.VIII.III)

“No sé porque estudié enfermería, mi ilusión era ser peluquera, pero hablando con una amiga que le gustaba la enfermería, decidimos matricularnos en enfermería”. (EP5) (ver anexo VI.VIII.V)

En este apartado de la enseñanza como comunicación, introducimos un apartado teórico dedicado al posible cambio de conducta del alumno, en este caso de enfermería, a partir de un proceso comunicativo en el grupo, en el aula. Está basado en la experiencia personal del trabajo llevado a cabo en numerosos cursos de formación en psicología social y del trabajo en adultos, sobre todo de post grado al personal médico y de enfermería, en los diferentes hospitales, Centros de Salud y universidades de diferentes Comunidades Autónomas (Canarias, Cataluña, Galicia y Andalucía). Por lo que, nos lleva a decir que no se habla de lo que no existe o para que algo exista verdaderamente es necesario “formularlo” lingüísticamente.

En esta misma línea de análisis y discusión refieren varios alumnos lo siguiente:

“Enseñar en un aula sufrimiento y dolor es muy complicado, tienes que experimentarlo”. (EA2) (ver anexo VI.VI.II)

“Creo que el dolor y el sufrimiento no se puede enseñar, no se puede aprender”. (EA4) (ver anexo VI.VI.IV)

“Es muy difícil enseñar en un aula lo que es dolor y sufrimiento”. (EA6) (ver anexo VI.VI.VI)

“No creo que a un alumno se le pueda enseñar lo que significa sufrimiento y dolor”. (EA8) (ver anexo VI.VI.VIII)

Con respecto a estas respuestas ponemos de manifiesto que para alcanzar objetivos en la enseñanza, es necesario que se transmitan los signos que aportan la realidad y su interpretación. Es necesario que el grupo en clase disponga de las “expresiones” adecuadas a los contenidos que desea hacer suyos, que desea incorporar a su cultura, a su

historia. Tenemos que ser capaces de elaborar el mensaje o los mensajes concretos y establecer los canales adecuados de transmisión. Debemos establecer la primera articulación del mensaje, a partir de las definiciones de los contenidos que deseamos y, posteriormente, hallar la segunda articulación, la forma que los transmita. El lenguaje debe crear la experiencia. Para que todo el mundo “haga” la cultura que deseamos y que, por supuesto, desea el propio grupo (cf. Llacuna & Beltrán 1996). Por tanto, creemos firmemente que es importante ser conscientes del valor del aprendizaje y de la enseñanza en el marco de toda actividad en el aula porque sólo así el profesor lleva a cabo su tarea; al conocer plenamente la importancia de su labor; pero, también las limitaciones que conlleva.

La proyección de películas en clase como elemento motivador y de enseñanza, parece ser un elemento a tener en cuenta en el desarrollo del aprendizaje en dolor y sufrimiento. Una alumna (EA7) entrevistada nos confiesa.

“Estoy encantada con la formación que estoy llevando en 1º de enfermería. Creo que en clase se tiene que hablar, explicar de que va el sufrimiento y dolor en el hombre, soy capaz de llorar con una buena película, por tanto. Creo que si se pusieran en clase películas relacionadas con el dolor y el sufrimiento a muchos de nosotros nos llegaría a impacta”

“Mi película favorita es la “Vida es bella”, y lloro, lloro mucho, pero, me gusta. Creo que los profesores debería explicar más sobre el sufrimiento y dolor, sobre todo porque el próximo año nos vamos a enfrentar en las prácticas con personas, sé que no es fácil hasta que lo ves”. (EA7) (ver anexo VI.VI.VII)

Creemos muy interesante la opinión de una alumna de 1º de enfermería, psicóloga (EA8) (ver anexo VI.VI.VIII) que nos comenta desde una visión profesional del comportamiento de sus compañeros en clase, afirma el desconocimiento de algunos de ellos a lo que se van a enfrentar al elegir una profesión como la enfermería, entre otras razones por la inmadurez de estos alumnos.

“Creo que no todos los compañeros de mi curso valen para esta profesión enfermera, yo “juego” con ventaja por mi edad y mi condición de haber estudiado otra carrera, con visión psicológica tengo contacto diario con ellos, y noto como en algunos de ellos no saben ni lo que están estudiando, ni, a lo que se van a enfrentar cuando terminen sus estudios de enfermería, no han entrado en el universo madurativo de saber lo que hay que decir o no decir en caso de sufrimiento y/o dolor de un paciente”

“No creo que se le pueda enseñar a un alumno lo que es dolor y sufrimiento , es como cuando alguien padece una depresión, el paciente puede explicar sus signos y síntomas, pero, a estos pacientes sólo lo entiende el que lo haya padecido, por tanto, hay que vivirlo”. (EA8) (ver anexo VI.VI.VIII)

Desde esta perspectiva hemos de hacerles llegar a los alumnos que el proceso salud-enfermedad está determinado de manera multicausal por la complejísima interacción de los niveles de funcionamiento biológico, cultural, social y psicológico, la cultura, la sociedad, el psiquismo humano, la conciencia, tiene un papel en este proceso a través de diferentes vías. Para comprender la evolución socio cultural y la conducta que asumen los seres humanos ante su salud, es necesario tener un conocimiento de los diferentes procesos y propiedades socioculturales y psíquicas; del papel orientador y regulador que tiene la propia cultura y desarrollo social y la conciencia del hombre, que se concreta a nivel colectivo en los comportamientos que marca su entorno así como, a nivel individual de una manera integrada a través de la personalidad, en las diferentes etapas de su desarrollo. Por tanto, es imprescindible darles a conocer e identificar estos aspectos en las personas con las cuales el alumno en prácticas o profesional de la enfermería debe interactuar, para lograr que las acciones de salud que realice con éstos sean verdaderamente eficaces (cf. Barrio, 1992-1995; Bouché et al, 2002).

Por tanto, la enseñanza en nuestras universidades de la disciplina enfermera, avanza hacia una formación integral e integrada del alumno, tanto en los aspectos puramente biologicista como humanístico. En nuestro trabajo es importante intentar desvelar algunas interrogantes que se nos presentan en cuanto la formación humanística, el papel de la

Antroposociología y su aplicación en el medio sanitario, tanto en el periodo de alumno, como en el desarrollo profesional. Si entendemos la puesta en acción de los conocimientos enfermeros en desarrollo de una actividad humana, tiene que ver directamente con la realidad frágil y vulnerable del ser humano, aportando una visión del ser humano que se desprende de la acción de cuidar.

Es imprescindible darles a conocer e identificar estos aspectos en las personas con las cuales el alumno en prácticas, o profesional de la enfermería, debe interactuar, para lograr que las acciones de salud que realice con éstos sean verdaderamente eficaces. Los temas impartidos en esta asignatura deben permitir, en este paradigma de pensamiento se sitúan los autores Howard et al (1961-2009), Davis (1961-1972), Torralba (1998), Bouché et al (2002) & Cockerham (2002).

Hemos de recordar que en nuestro trabajo precisamente el estudio se lleva a cabo en los alumnos de primer curso, donde los alumnos no han tenido contacto con la experiencia clínica, tratando de averiguar los factores estresantes en el desarrollo de la vida cotidiana del alumno en cuanto a dolor sufrimiento y muerte antes de entrar en la carrera de enfermería.

En el siglo XX han sido muchas las investigaciones realizadas respecto del aprendizaje. Pero quizás se ha dedicado poca atención al estudio teórico de la enseñanza, aunque, en dicho estudio entran muchas conclusiones que provienen de las teorías del aprendizaje. En el proceso educativo es fundamental la labor del profesor que lleva a cabo un acto de creación, un enfrentamiento original con el alumno. Conocer los factores, las leyes, los tipos, etc., del aprendizaje, ayudaran mucho al profesor a la hora de verse frente a frente en un encuentro definitivo profesor – alumno; para llevar a cabo con efectividad su papel motivador, director, orientador de la actividad del alumno que es quien, en consecuencia debe lograr por sí mismo el aprendizaje (cf. Arias, et al, 1984).

Por todo ello, debemos ser capaces de hallar aquellas personas que:

Tengan mayor aceptación dentro del grupo (aceptación afectiva y por sensación de confianza que establecen en el grupo); personas creíbles, que dispongan de mayor “habilidad” formal de transmisión de mensajes.

Mayor capacidad para establecer el baile del que hemos hablado. Posean la discreción necesaria para hacerlo en la confianza de que su labor “tiene sentido”, de que no se trata de una absurda “manipulación” (palabra atroz que deberíamos descartar plenamente y que consideramos que así ha sido al referirnos constantemente a los condicionantes de toda persona en un grupo); Estén dispuestas a participar en un “plan” (en el sentido extraordinariamente positivo del término), continuado y evaluable que debe llevarnos al objetivo deseado por todos (consciente o inconscientemente).

Esto precisamente es lo que tratamos en este trabajo a la hora de enseñar al menos en la asignatura de Antroposociología de la Salud en alumnos de la UFP y profesionales de enfermería.

(Parte IV)

CONCLUSIONES

IV.0. Capítulo Conclusiones

En la primera parte de la investigación hemos analizado el impacto de los avances de la alta tecnología en ciencias de la salud, observando como han aumentado los difíciles problemas filosóficos y éticos, resucitando los antiguos dilemas de relación entre mente y cuerpo, consciencia, existencia e identidad en el contexto de la alta tecnología médica contemporánea, donde al mismo tiempo cada cultura o sociedad genera diversas respuestas y estrategias para contrarrestar y prevenir las enfermedades, de tal manera, que se recurre a múltiples tradiciones en el arte de sanar, para analizar y buscar sus causas y organizar respuestas personales y comunitarias; de ahí el nacimiento de los diferentes modelos que explican la salud, la enfermedad, el dolor. Desde una perspectiva convencional podemos citar la medicina convencional alópata, la homeopatía, la acupuntura y las medicinas tradicionales, todos estos modelos o formas de hacer medicina, son productos históricos y cambiantes de una determinada cultura. Sin embargo, el ejercicio de la medicina y por ende de la enfermería, está estrechamente relacionado con esta manera de abordar la realidad y con la aplicación de un conocimiento científico y tecnológico que ha sido transmitido en las aulas de nuestras Universidades y a través de generaciones como algo indiscutible, donde pocas veces los alumnos de ciencias de la salud (medicina/enfermería, otras afines) se dan la tarea de hacer un análisis crítico y reflexivo sobre los diferentes modelos teóricos contenidos en sus unidades didácticas y programas educativos que cursan o cursaron y que marcan la pauta de su práctica profesional y de la formación de futuras generaciones. Si reconocemos de antemano la relatividad cultural y del componente social en su génesis

misma, persiste la necesidad de un doble quehacer, práctico y teórico. Es necesario, desde luego, y ante todo, la tarea práctica de abordar los trastornos con la terapia o intervención en cada caso oportuno, pero también, lo es la tarea teórica de construir conceptualmente la doble noción de trastorno / salud mental.

El segundo capítulo de la Tesis (Parte I), dedicado al dolor y sufrimiento, hemos desarrollado una análisis de los diferentes autores que se pronuncian en cuanto a dolor, sufrimiento y muerte y su aplicación en la aulas de la Universidad en las diferentes facultades de Ciencias de la Salud, dado que, continua siendo un auténtico problema el como llegar al entendimiento por parte de los alumnos de estos conceptos. Si embargo, no hacer daño en cualquiera de las intervenciones que se llevan acabo en las acciones sanitarias es un principio básico en la interacción con los pacientes atendidos en cualquier espacio sanitario, visto desde el principio de la no maleficencia, principio por otra parece que causa gran confusión, entre otras razones porque no es fácil de entender y quizá tampoco de explicar en un aula. La diversidad cultural, así como la contemporaneidad como espacio de trabajo, es otro apartado que hemos desarrollado en este segundo capítulo, donde observamos que, la impersonalidad va creciendo, sobre todo en las grandes ciudades, y en ocasiones parece que el único contacto físico que se tiene es cuando un enfermo acude a un hospital, o Centro de Salud, no tanto con el médico sino con los profesionales de la enfermería; lugares en los que, al igual que las residencias de ancianos o los hospitales, el cuerpo desaparece para reaparecer más tarde perfectamente maquillado, eliminando todo aquello que pueda ser desagradable a la vista, tras la muerte. Es por ello que, la cultura, el conocimiento de la diversidad cultural, es la clave que permite una mejor adecuación de las prácticas sanitarias a las necesidades de la sociedad contemporánea, y es aquí donde la Antropología presta su colaboración a la enfermería. También tratamos en este capítulo la enfermedad, lo simbólico y sociedades multiculturales, así como la contribución de la metodología antropológica. Observamos como la medicina hegemónica está “pagando” un precio muy alto por desconocimiento de los datos antropológicos elementales; ha olvidado que el hombre es un ser de relaciones y de símbolos y que el enfermo no es solo un cuerpo que hay que arreglar. Hay una pluralidad de cuerpos del mismo modo que hay una pluralidad de culturas, de tal

manera que, el cuerpo es una construcción social y cultural y su realidad última no está dada. El cuerpo mezcla, desordenadamente, sus acciones y sus constituyentes con la simbólica social, y sólo puede comprendérselo en relación con una representación que nunca se confunde con lo real pero sin la cual lo real no existiría. El simbolismo es la meditación por medio de la que el mundo, se humaniza, se nutre de sentido y de valores y se vuelve accesible a la acción colectiva donde la Antropología es capaz de proporcionar una serie de pautas como es el relativismo cultural y el profundo respeto a la diversidad, atendiendo a la metodología como manera de enfocar los problemas y buscamos respuestas; técnicas como la observación descriptiva, las entrevistas y otros métodos cualitativos tan antiguos como la historia escrita adquieren cada vez mayor importancia.

En el capítulo 2 (Parte I), sobre la Multiculturalidad, transculturalidad y enfermería, reafirmamos que, es precisamente en la diversidad cultural en la que van a tener cabida los diferentes significados del cuidar, las diferentes prácticas y creencias que sobre la salud, la enfermedad, dolor y la muerte se tengan, la enfermería transcultural, une la práctica sanitaria con el conocimiento antropológico, por otra parte, puede convertirse en una herramienta muy eficaz al servicio de la comunidad, elementos transculturales por otra parte que hemos incluido para el desarrollo de nuestro trabajo. Otro apartado a tratar en este capítulo 2 en nuestra investigación, fue los espacios de dolor en la modernidad, en primer lugar vemos como el hospital se ha convertido en la mayor institución social de provisión de servicios sanitarios en nuestro mundo civilizado, ofrece ventajas tanto a los pacientes como a la sociedad, la hospitalización protege a la familia de los efectos perturbadores de cuidar al enfermo en el hogar y, al mismo tiempo, opera como un medio para guiar al enfermo hacia instituciones médicamente supervisadas en donde sus problemas son menos perjudiciales para la sociedad en su conjunto. En cuanto a la medicina, el sufrimiento y el tratamiento del dolor, hemos desarrollado la inconsistencia valorativa como reflejo de la diversidad cultural de una sociedad, o del proceso de cambio cultural en los valores y sus desafíos actuales del manejo del sufrimiento, pasa de ser una cuestión metafísica y religiosa a ser un objeto susceptible de tratamiento a manos de la medicina. La aceptación de lo inevitable no tiene cabida cuando se vende la idea de que casi todo tiene cura o remedio. El mito moderno de que la ciencia encontrará la cura

de todas las enfermedades y hará al hombre inmortal ha contribuido a ello; la noción dualista del ser humano contribuye a que cuerpo y psique sean tratados como entidades separadas. A su vez, otorgar sentido al padecimiento se muestra como un arma poderosa que confiere a los individuos la capacidad de entender lo que les ocurre, recuperar actitudes vitales como la asunción de lo inevitable, la aceptación de los acontecimientos, el temple y la fuerza de ánimo son propuestas coherentes; el análisis del poder en la medicina/enfermería es un producto de las relaciones sociales que se establecen como un intercambio en el cual una y otra parte intentan alcanzar unos términos más favorables; será en las peculiaridades de estas relaciones donde podremos detectar otras fuentes de poder, de tal manera que podemos resumir estas fuentes de poder en los siguientes factores: la posesión de determinadas competencias o especialidades por parte de los individuos; el manejo de las relaciones del grupo con su entorno; el dominio de la comunicación y de la información; el uso de las normas que regulan las relaciones entre individuos, de tal forma que, este juego de factores latentes, hace que las reglas o instituciones que regulan las relaciones entre los individuos de una estructura puedan ser utilizadas como factores de poder en una estructura donde, las reglas están en principio destinadas a eliminar las fuentes de incertidumbre. Los padecimientos han sido obviados tradicionalmente por la ciencia médica para ser estudiados por los antropólogos que hacían sus etnografías entre sociedades consideradas “primitivas”, por su lado, la medicina se ha ocupado de lo biológico, lo científico, lo racional y, por ende, dotado de mayor dosis de “realidad”. La función del antropólogo es para Good desenredar el entramado que permite la apariencia de un isomorfismo entre conocimiento pragmático y realidad o, si se prefieren otras palabras, hacer visible los artificios de lo invisible.

Otro apartado tratado en nuestro trabajo y perteneciente a la (Parte I) capítulo 2 ha sido el sufrimiento social. Hemos visto de que manera cada cultura construye formas en que las personas se cuidan a si mismas y a los demás, con variables socio-culturales, como: a) el género, b) la religión y espiritualidad, c) la raza, etnia y d) la relación médico, enfermera paciente, el contexto sociocultural de una persona con dolor puede aportar también dificultades a su propio sufrimiento social, favoreciendo el aumento del dolor o reforzando la conducta dolorosa. La familia es una estructura social de gran importancia

en este apartado, de hecho, la familia cumple un papel importante sobremanera, en la atención a los dependientes que ha sido asumida tradicionalmente por el entorno familiar, pero desde hace unos años esta institución viene experimentando importantes cambios en su composición y estructura; esta realidad, junto a la incorporación de las mujeres al mundo laboral, provoca que se disponga de menos cuidadores potenciales y menos tiempo para cuidar; este hecho nos sitúa ante un nuevo escenario en el que, a la vez que se incrementan las necesidades, disminuye la posibilidad de respuesta desde el ámbito familia. De ahí, la implantación de la *ley de dependencia*, que comienza su andadura en España en marzo de 2006.

En este mismo capítulo 2 (Parte I), hemos realizado una investigación de las dolencias en el hombre por un lado las dolencias agudas, y por otro de manera destacable de las dolencias del enfermo crónico. Quienes padecen enfermedades crónicas han aprendido a vivir con los síntomas, así como con los efectos secundarios de los procedimientos médicos, hemos de recordar que, en las enfermedades crónicas, se presentan múltiples enfermedades a la vez, que consiguen perturbar la vida del paciente y de su familia; su manejo es complejo y costoso. El impacto lo siente el paciente, la familia y los allegados, en su atención se involucran redes sociales y diversas instituciones, de tal manera que, la contribución de los cuidadores informales en la atención a enfermos crónicos se está destacando cada vez más en la literatura, y en la realidad de lo cotidiano de manera especial en la Atención Primaria de salud en toda nuestra geografía.

El sufrimiento familiar se presenta cuando los miembros de la familia coinciden en percibir como problemática y dolorosa una situación que enfrentan en sus vidas y que supera los recursos y las capacidades percibidas por ellos para afrontarla, sin embargo, aunque las familias se alteran en sus relaciones con la experiencia de la enfermedad, sigue siendo el principal soporte de cuidado por excelencia, hay una tendencia clara a que dicho cuidado se organice o se estructure a través de un cuidador principal.

La Sociedad Española del dolor nos orienta en varios aspectos muy interesantes referidos al dolor oncológico y no oncológico, en definitiva al dolor, desde la perspectiva del significado de la enfermedad, la transmisión de la información, el rol que juega la familia, cuidadores primarios y soporte social, desarrollado en el trabajo desde el a perspectiva

de: a) Significado de la enfermedad b) Transmisión de la información c) Rol de la familia d) Cuidadores primarios e) Soporte Social.

Puestos en un contexto más amplio, se puede decir entonces que el sufrimiento aparece ante algo que es percibido por el individuo como una amenaza, en este caso el dolor producido por una enfermedad médica y que será la valoración cognitiva y emocional que haga de dicha amenaza en conjunto con la ausencia percibida de recursos para afrontarla, lo que indique el grado del sufrimiento. No debemos olvidar sin embargo, que este proceso aparece inmerso en un conjunto de circunstancias e influencias como el contexto cultural, el grado de apoyo social, las condiciones de vida de ese momento, la funcionalidad previa, entre otras, que irán modulando momento a momento la percepción de la amenaza y de los recursos, de ahí la complejidad y el dinamismo que adquiere el sufrimiento humano.

Al finalizar este capítulo 2, (Parte I), con el análisis del sufrimiento y su contexto psicológico, vimos como la depresión y la ansiedad son sin duda las dos emociones más usuales entre los pacientes con dolor crónico, de tal manera que, en algunos casos, el dolor también puede desembocar en agresividad dirigida principalmente contra los profesionales o instituciones médicas, de ahí que, el sufrimiento sea personal en tanto que abarca la totalidad de la persona y las esferas que lo conforman, e individual, en tanto que afecta al individuo como ser único en el mundo, dueño de una identidad y un sentido de vida que le son propios, es por ello, el sufrimiento en tanto un daño percibido a la integridad del sí mismo, implica un constructo psicológico que representa el sentido subjetivo de identidad, tanto es así que, la vulnerabilidad al sufrimiento depende de quien uno es y qué hace en la sociedad.

La (Parte I) capítulo 3, analizamos y estudiamos la obra de Madelein Leinenger, que trata de la relación entre enfermería y la sociedad moderna multicultural. En esta sociedad se despliega un conjunto de actores sociales heterogéneos que desarrollan una gran variedad de fenómenos en lo cotidiano, al mismo tiempo que analizamos como la enfermería durante las tres últimas décadas, ha abrazado el campo de la transculturalidad. Nos hemos dado cuenta de que la antropología tiene algo importante que ofrecer a la enfermería, especialmente, para ampliar su visión del mundo con las diferencias y similitudes entre

las culturas, hoy en día podemos comprobar algunas reflexiones y tendencias, acerca de la actualidad de la antropología en los servicios sanitarios y los cambios en la educación-formación de la enfermería. En primer lugar podemos constatar que algunos antropólogos han descubierto que la enfermería es una disciplina que está desarrollando su propio cuerpo único de conocimiento. Una diferencia importante entre la enfermería y la antropología es que enfermería es una *profesión* y sus miembros están *autorizados* a servir a la sociedad, mientras que los antropólogos no tienen este mandato social, sin embargo, otro apartado interesante de análisis tiene que ver con la falta de interés por parte de antropólogos en el conocimiento de la parte teórica y de investigación de intereses entre antropólogos médicos y enfermeras transculturales.

Con la lectura exhaustiva de la obra formulada por Leininger, hemos concluido que es importante renovar esta relación entre enfermería y antropología, entendemos que si hubiera más atención en este área, aumentaría el interés de las enfermeras por la Antropología. Todo ello sucede por que el conocimiento de la microeconomía, patrones de cuidado y salud de diferentes niveles de culturas, con su distintivo de cosmovisión y características socioculturales, se han convertido en las nuevas áreas de conocimiento para la mayoría de los antropólogos; en la discusión sobre conocimientos e intervenciones desde la perspectiva de la salud entre enfermeros y antropólogos podemos resumir que, ciertamente muchos profesionales de la enfermería necesitan mucho tiempo y orientación para analizar los datos de expresiones de lenguaje, cosmovisión y estructuras sociales, para obtener una imagen integral precisa de las necesidades de salud y cuidado de los usuarios de los sistemas sanitarios. Por otra parte, los Antropólogos tienen mayor profundidad de conocimientos en este apartado y experiencias en el análisis de los sistemas sociales y culturales, que podría ser de gran ayuda a la enfermería en este ámbito. Por su parte, una perspectiva exacta y completa en la atención sociocultural es esencial para ayudar a los antropólogos con el ánimo de llegar a comprender el comportamiento humano en sus diversos sistemas socioculturales. Por tanto, cómo entender y tratar específicamente los problemas que culturalmente se basan en la enfermería, es la tarea de la transculturalidad, motivo de estudio en las Facultades de Enfermería, hasta tal punto que, aquellas facultades donde se imparte enfermería

transcultural han contribuido a estimular y facilitar a los estudiantes de enfermería seguir los cursos de antropología, estableciendo un vínculo de relaciones de colaboración con los antropólogos.

En otro apartado de esta (Parte I) capítulo 3, donde abordamos el desafío del sentido del dolor en la enfermería, concluimos que algunos de los factores a considerar como perspectiva de desarrollo en este tema son: la prevención secundaria, de amplia intervención en la Atención Primaria de Salud, con importantes *screening* a la población de riesgo para el tratamiento precoz y el propio tratamiento de la enfermedad acompañada del uso de procedimientos conductuales. En cuanto a los factores fisiológicos que intervienen en el dolor, mencionar el sistema nervioso central al cumplir la función de relacionar el organismo con el mundo circundante mediante receptores específicos, centros de reflexión y vías eferentes que tienen relación con la movilización del cuerpo. Sin embargo, el dolor debe ser estudiado como algo más, y diferente de una mera respuesta neurofisiológica a un estímulo que se intuye como amenazante, si es que queremos, de verdad, captar las complejas interrelaciones entre lo biológico, lo psicológico, lo social y lo cultural, que pone en marcha el enfrentamiento con una experiencia de padecimiento, tal es así, que el dolor, resignificado como sufrimiento, puede ser considerado un operador simbólico de primera magnitud para investigar las formas sociohistóricas y culturales de plasmación de relaciones sociales más amplia. Por otra parte, hemos dedicado especial atención en el desarrollo de nuestro trabajo, a la utilización de la religión como estrategia de afrontamiento del dolor asociada con un mayor grado de desadaptación, esto queda reflejado en los resultados obtenidos en los trabajos de diferentes autores o en estudios que muestran cómo el uso de estrategias de afrontamiento pasivas se asocian con una sintomatología depresiva de mayor gravedad, así como una adaptación negativa al dolor. De esta manera vemos como el cuidado de la salud como práctica social, ya sea cotidiana o institucional, tiene su génesis y se estructura a través del saber cultural, las instituciones sociales y las personas en el mundo de la vida. En los diferentes grupos sociales se encuentran formas diversas de sistemas de salud que corresponden a formas particulares de comprender el fenómeno salud-enfermedad.

Como no podía ser de otra manera, la profesión de enfermería está inmersa en una sociedad de riesgo, que sin los aditamentos de la cultura, sería inexplicable su actuación en nuestros días, si bien podemos encontrar una notable variedad de procesos que permiten explicar la significación y orientación dada a los factores culturales, sólo el análisis de la producción etnográfica puede dar cuenta de las razones del uso y desuso de los factores culturales en los procesos de salud-enfermedad y atención; no se puede, ni se debe, obviar la diversidad tanto biológica como cultural del hombre, y es en este aspecto donde el concepto de enfermería transcultural cobra sentido, en tanto que cada cultura requiere un tipo de atención, que varía según los distintos significados del qué es cuidar, de los diversos tipos de prácticas y creencias que sobre la salud y la enfermedad se tenga. Como hemos referido, la enfermería, la medicina, en general la sociedad vive en la denominada sociedad de riesgo. Este concepto describe una fase de desarrollo de la sociedad moderna en los riesgos sociales, políticos, ecológicos e individuales creados por el impulso de innovación, que eluden cada vez más el control y las situaciones protectoras de la sociedad industrial. Las verdades autoevidentes de la sociedad industrial (el consenso sobre el progreso, las abstracciones de las consecuencias y peligros ecológicos) dominan el pensamiento y la conducta de los seres humanos y las instituciones, hasta tal punto, que la sociedad del riesgo no es una opción que pueda elegirse o rechazarse en el curso del debate político, surge a través del funcionamiento automático de proceso de modernización que son ciegos y sordos a las consecuencias de los peligros; de ahí que, *modernización reflexiva* signifique la auto confrontación con las consecuencias de la sociedad del riesgo que no pueden abordarse y resolverse (adecuadamente) en el sistema de la sociedad industrial. Sin embargo, hemos de reconocer la muy significativa disociación entre las orientaciones culturales de la biomedicina, y las de una parte de la población en demanda de una investigación en antropología de la medicina, cuya finalidad es verificar e interpretar los procedimientos controlados de la intervención, como ya hemos comentado, de hecho, ha ido en aumento el cuerpo de conocimiento en antropología de la medicina, dirigido a la programación y el control de la eficacia de la actividad sanitaria con el fin de enlazar culturalmente la red de usuarios con las instituciones sanitarias. Una vez más la profesión enfermera, dentro del

mundo de las ciencias de la salud, es la que debe marcar y marca en la actualidad la impronta cultural de cambio a través de los programas diseñados en Educación Para la Salud (EPS). Estas nuevas exigencias del cuerpo de conocimiento en antropología de la enfermería, y por ende de la medicina, en su constante puesta al día y ampliación, no disminuye el valor de cuanto se ha realizado hasta ahora, no sólo a causa de la progresiva implicación de nuevos territorios, estratos sociales y grupos étnicos, sino también por la aparición de nuevos riesgos y problemas, por el mismo desarrollo de la investigación y la práctica biomédica. En suma, conseguir además de una utilización más racional de los servicios y de los recursos en la biomedicina que se ofrece a los usuarios de los sistemas sanitarios; entrar en la toma de conciencia de los factores de riesgo inscritos en las propias condiciones de la vida y el trabajo, todo ello, debe traducirse en impulsos reivindicativos dirigidos a conseguir la objetiva reducción de riesgos y la creación de las condiciones objetivas indispensables para la adopción de aquel tipo de comportamiento que las intervenciones de educación para la salud proponen a la población. Hemos analizado la intervención de los paradigmas biologicista e integral y como operan en la enfermedad, el primero de ellos (paradigma biologicista), donde la enfermedad opera como un hecho científico externo al individuo, siendo su causa una bacteria, un virus, un parásito u otro elemento patógeno, claro está, que la existencia de una patología no infecciosa y la mayor valoración de los factores sociales, nos lleva a la llamada cadena multicausal, que de hecho, tendrá gran influencia en el enfermar, como son: la herencia genética, el ambiente y ciertos hábitos individuales (alimentación ejercicio, consumo de tóxicos, etc.), e introduce los estilos de vida como factor causante de enfermedad, y no solo los agentes patógenos capaces de producir la misma; de esta manera se reafirma el individualismo inherente a la concepción burguesa del proceso salud enfermedad, al considerar la enfermedad como respuesta a los estilos y modos de vida y otros riesgos como los laborales, y reducir el entorno al mero papel del transporte o soporte de los factores etiológicos. Por su parte el paradigma integral, busca explicar el proceso de transformación de la naturaleza realizado por la persona, a través de su comunidad, en su esfuerzo por sobrevivir mediante la obtención de alimentos y la apropiación de la naturaleza, este proceso de transformación supone una actitud de intervención consciente

y activa por parte de la persona, que mantiene de esta manera, dos tipos de relaciones: relaciones con la naturaleza, que llegarán a adquirir un carácter tecnológico, a través del trabajo y relaciones con los otros individuos, que tiene un carácter social y están determinadas por las relaciones de producción, la enfermedad es aquí considerada, por tanto, como la respuesta biológica a la agresión ambiental configurada por el modo de producción.

Por tanto, entendemos que un área de substancial importancia de la enfermería hoy en día se centra en el estudio y el análisis comparativo de distintas culturas del mundo en relación con sus conductas en el cuidar; cuidados de enfermería por otra parte, orientados hacia los valores, creencias y patrones de conducta relativos a la salud-enfermedad, con la finalidad de desarrollar un cuerpo de conocimientos en el área científica y humanística para proporcionar la práctica de unos cuidados de enfermería específicos y universalmente culturales, que nos ayuden entre otros aspectos, al afrontamiento del dolor sufrimiento y muerte.

La enfermería transcultural fue uno de los apartados importantes tratados en esta (Parte I) capítulo 3. Si las prácticas de enfermería fallan en el reconocimiento de los aspectos culturales de las necesidades humanas, la práctica de la enfermería se traduciría en menos eficaz y en algunas consecuencias desfavorable para los beneficiarios. A partir de su teoría de la transculturalidad en la enfermería, Leininger ha elaborado varias formulaciones para estimular a todos los profesionales de la enfermería a continuar en la línea de la investigación; formula diversas hipótesis y proposiciones en las que reconoce que su teoría sigue en proceso de desarrollo y perfeccionamiento. La teoría de la enfermería transcultural ha producido resultados de gran importancia en el saber y hacer enfermero, dado que el suministro de cuidados de especificidad cultural es una nueva meta necesaria y esencial para la enfermería, del tal modo que su teoría es aplicable en el campo de la adquisición y aplicación de conocimientos en enfermería. Leininger señala que aun cuando la enfermería siempre ha llevado a cabo y realizado la importancia del concepto de cuidados, la investigación rigurosa en este campo ha sido limitada, debido a su enfoque amplio y multicultural, esta teoría podría constituir un medio más para establecer la enfermería como disciplina tanto como profesión.

El capítulo 4 de esta Parte I, dedicado a la formación en Enfermería y Antropología, en el marco de sus competencias profesionales, desde su formación inicial y más tarde su desarrollo en la práctica, observamos a través de la bibliografía consultada, como se ha construido e identificado desde la competencia técnica en un enfoque positivista del s. XIX, donde según la cual hay que hacer uso del método científico para entender o explicar el mundo. Sólo cuando trabajando de forma rigurosa, pero desapasionada (como esperamos que trabajen los profesionales con los que tratamos), pueden los científicos sociales estudiar el mundo tal como es, y no tal como debería ser.

Analizamos también en este capítulo 4 las características de la disciplina de Antroposociología de la Salud asignatura que se imparte en la UFP en la disciplina enfermera en el actual programa de grado de la UFP para los estudios de enfermería, basados en la consideración de que el conocimiento de la disciplina de Antroposociología de la Salud, es una necesidad de orden práctico para el ejercicio de la profesión enfermera, por lo que la orientamos pedagógica y fundamentalmente a la obtención de conocimientos y habilidades sobre aspectos Antroposociológicos de marcada aplicabilidad práctica, fundamentándolos en los conceptos primordiales de la Antropología y la Sociología, intentando alejarnos del nocivo y contaminante empirismo, hemos analizado la falta de comprensión por parte de los profesionales sanitarios de la naturaleza del sufrimiento, que puede dar como resultado una intervención sanitaria que, si bien técnicamente adecuada, no sólo es incapaz de aliviar el sufrimiento, sino que se convierte en una fuente de sufrimiento por sí misma, en este análisis entendemos que, la formación de los futuros profesionales de la enfermería especialmente en la comprensión de la naturaleza de sufrimiento y dolor, es primordial y fundamental, y es precisamente en la asignatura de Antroposociología de la Salud, donde los profesores intentamos, al menos en el grado de enfermería y en la UFP, que teniendo asegurada la formación técnica, no se convierta la formación humanística en una mera exposición teórica, de igual manera hemos tratado el proceso de fin de vida, de cómo ha constituido un importante foco de interés científico y ha sido considerado como uno de los mayores retos que deben afrontar tanto los profesionales como los estudiantes de ciencias de la salud, todos somos conscientes de que la muerte es la consecuencia inevitable de la

propia vida, sin embargo, y a pesar de tratarse de un fenómeno absolutamente natural, ello no significa que exista siempre una aceptación plena de esta realidad siendo un hecho temido por la mayor parte de las personas. Hemos analizado los estudios que identifican el contacto con el dolor, el sentimiento de pérdida, el sufrimiento y la muerte como factores estresantes muy potentes, también cómo no, en estudiantes de enfermería; éstos, además ponen de manifiesto la insuficiente formación que reciben los profesionales de la salud para el desarrollo de recursos en la atención a este tipo de situaciones; tanto es así, que los estudiantes de enfermería describen estas experiencias como “lo malo” de la profesión.

Sobre las prácticas y técnicas de enfermería que provocan dolor y que forman parte de la rutina hospitalaria, algo menos en la atención primaria de salud por su propia definición, parece ser que tanto los alumnos como los profesionales reciben una formación insuficiente en el control del dolor, tanto en la cantidad de conocimientos como en la profundidad de los mismos. Desde la perspectiva del estudiante de ciencias de la salud, y especialmente en alumnos de enfermería, observamos que precisamente la categoría utilizada con mayor frecuencia en el estudio de Nagy (1999) fue la de distanciamiento del paciente, es decir, la huida como un claro mecanismo de defensa, ante estas evidencias, hemos desarrollado en el trabajo de la Tesis, el cómo los profesionales de la enfermería desde la perspectiva académica alcanzan el grado de enfermería, como se cubrió por otras vías el vacío académico existente en su momento, hasta como ocurre hoy en día haber conseguido la homologación de nuestra titulación de grado con la del resto de Europa. Hemos realizado un recorrido sociológico de la procedencia social de un número importante de estudiantes de enfermería, así como de lo que sugieren como objetivos a conseguir, entre otros, sentirse necesarios e implicarse en relaciones de ayuda personal; sin embargo, algunos estudios han sugerido que, con frecuencia, se desarrollaba un grave conflicto en estudiantes nuevos referente a la imagen blanca de la enfermera como madre sustituta, imagen por otra parte, que los estudiantes llevan con ellos de la educación básica en las escuelas, al mismo tiempo que se produce un rechazo a este pensamiento por parte de las facultades de enfermería, a la hora de reforzar esta imagen.

Con la enseñanza de la Antroposociología hemos de hacerles llegar a los alumnos que el proceso salud-enfermedad está determinado de manera multicausal por la complejísima interacción de los niveles de funcionamiento biológico, cultural, social y psicológico, la cultura, la sociedad, el psiquismo humano, la conciencia, tiene un papel en este proceso a través de diferentes vías, para comprender la evolución socio cultural y la conducta que asumen los seres humanos ante su salud, es necesario tener un conocimiento de los diferentes procesos y propiedades socioculturales y psíquicas; del papel orientador y regulador que tiene la propia cultura y desarrollo social y la conciencia del hombre, que se concreta a nivel colectivo en los comportamientos que marca su entorno así como, a nivel individual de una manera integrada a través de la personalidad en las diferentes etapas de su desarrollo. Es imprescindible darles a conocer e identificar estos aspectos en las personas con las cuales el alumno en prácticas o profesional de la enfermería debe interactuar, para lograr que las acciones de salud que realice con éstos sean verdaderamente eficaces. Los temas impartidos en esta asignatura deben permitir que el profesional de la enfermería, pueda comenzar su segundo año de carrera en el trabajo directo con los pacientes con los conocimientos necesarios para al menos, establecer una interacción efectiva, es decir, la disciplina de Antroposociología de la Salud, es un área temática de antropología y sociología general, teniendo como principal interés el análisis de los fenómenos de enfermedad y de la salud, y una interpretación a la luz de las teorías antropológicas y sociológicas.

Hemos realizado una historia de la investigación enfermera, desde la década de los 50 cuando la educación de la enfermería accede en una mayor parte a la Universidad, se empieza a formar un liderazgo de grado académico, con lo que la investigación en enfermería sufre un importante impulso, se establece al mismo tiempo el primer centro de investigación en enfermería en el Instituto de Investigación del Ejército de Walter Reed y aumenta la disponibilidad de fondos para la investigación, pasando por las numerosas revistas de investigación creadas al efecto a nivel internacional, la destacada participación de América Latina, como el desarrollo tecnológico y las posibilidades de utilización de medios informáticos ampliaron y facilitaron los procesos de recolección, almacenamiento y análisis de datos, estamos actualmente en Europa en un momento de importante avance

a partir del desarrollo de los programas de educación universitarios, que se vienen desarrollando desde la década de los 80. El número de departamentos de enfermería aumenta significativamente y también el número de enfermeros cualificados para el desarrollo de la investigación. Gradualmente, la investigación en enfermería se institucionaliza y se convierte en un campo atractivo de trabajo, trabajos orientados principalmente hacia las necesidades de las personas. En estos momentos en España asistimos a la transformación del Centro de Investigación de la Enfermería del Instituto Nacional de Salud en el Instituto Nacional de Investigación en Enfermería, colocando a la enfermería en el mismo rango de otras disciplinas de la salud, el Instituto contribuye y defiende las prioridades para la investigación. Existe también una preocupación importante para desarrollar mecanismos y fomentar la ampliación de utilización de los resultados de la investigación en la práctica profesional. Hemos detectado en ese trabajo de Tesis el como en el mundo enfermero de la investigación y en la actualidad la investigación cualitativa lidera los trabajos de investigación, demostrando que el uso de los mismos representa una rica fuente de conocimiento empírico para generar entre otros objetivos las teorías de enfermería. Es por ello que, resulta decepcionante que algunos antropólogos, enfermeros-antropólogos, hayan cambiado sus métodos de investigación, es decir, pasarse a la investigación cuantitativa, básicamente para la obtención de financiación investigativa, precisamente en el momento actual donde desde una perspectiva de colaboración con el mundo enfermero, podrían reafirmar la importancia y los valores que por otra parte siempre han tenido los estudios etnográficos. En general, los “etno modelos” han sido de gran valor e importancia para explicar los fenómenos tan complejos a los que se enfrenta la enfermería para poder explicar la relación entre los cuidado y salud en el contexto cultural.

La orientación hacia una nueva educación en enfermería fue motivo de análisis y en esta (Parte I), capítulo 4, donde partimos de la premisa que son varias y diferentes las concepciones de educación. En principio, la educación tradicional, tiene vigencia hasta finales del siglo pasado; y la educación moderna, impulsada por los acuerdos de Bolonia de 1999, donde las universidades y los centros que imparten estudios superiores están llevando a cabo un proceso para promover la convergencia entre los sistemas nacionales

de educación superior, como en enfermería, Dreyfus (2005) describe un modelo de cinco niveles diferentes para la adquisición de la experiencia, remarcando la percepción y la toma de decisiones desde la perspectiva experiencial. Para ello el ámbito docente ha cambiado, el enfoque de la enseñanza superior "centrada en el profesor" por otra "centrada en el alumno", donde el docente tiende a reemplazar su función de emisor de información por la de tutor del proceso de aprendizaje, se tiende a un nuevo modelo educativo abierto al mundo y a la vida, donde la educación se centra en la capacidad de aprender en saber encontrar información y en la adaptación a situaciones nuevas y cambiantes. Desgraciadamente, se sigue considerando importante el estudio de las técnicas que hacen eficaz la labor del profesor; pero se destaca, especialmente la importancia de la libertad del alumno y se establece como fin de la enseñanza, el propio hombre, y no los intereses externos capaces de manejarle.

La asunción de nuevos roles para educadores y estudiantes, es otro aspecto tratado en la Tesis en esta Parte I, del capítulo 4. Donde expresamos que, el profesor debería convertirse en un elemento facilitador, en un guía y consejero sobre fuentes apropiadas de información, creador de hábitos y destrezas en la búsqueda, selección y tratamiento de la información, modificando las formas tradicionales de la enseñanza, entre otros factores analizamos el enseñar a pensar, enseñar a aprender, enseñar a ser creativos; por su parte, los estudiantes deben adoptar un papel mucho más importante en su formación, no sólo como elementos receptores, con una actitud pasiva, donde el único protagonismo consiste en asistir a clases magistrales o a prácticas de laboratorio de las que no entienden su utilidad, sino que deben participar de forma activa en la búsqueda, selección, procesamiento y asimilación de la información, en otras palabras deben sentir, experimentar y descubrir a través del aprendizaje significativo.

Referido a los estudiantes del área de salud, es una graduación con una vinculación muy directa sobre el ámbito laboral, puesto que la disciplina determina la capacidad y competencia de los graduados para poder ejercer en el ámbito del trabajo, en este sentido, el impacto de los cambios vividos por la sociedad (cambios económicos, demográficos, socioculturales, legales, políticos...) marca también nuevas directrices en los objetivos formativos de la profesión; los cambios en las escalas de valores éticos, el choque de la

sociedad de la información, el auge de nuevas asociaciones, las perspectivas de contratación laboral, el aumento de cultura en general por parte de la sociedad, la internacionalización de la información son algunos de los elementos que cabe considerar para el diseño de los objetivos de aprendizaje, todo ello ha contribuido a un aumento cualicuantitativo de la formación de los profesionales de la salud, como de los servicios sanitarios.

Cuando hablamos de la comunicación en la educación enfermera en este capítulo 4, de la Parte I., tratamos de analizar y potenciar la emisión/recepción de mensajes dentro del temario de la Antroposociología de la salud como asignatura.

En este apartado recordamos que hay factores en el alumno que influyen, favoreciendo o perjudicando el aprendizaje, así tenemos: a).- los factores físicos, como el estado de salud del alumno, la capacidad de sus órganos sensoriales, especialmente la vista y el oído, etc. b).- los factores intelectuales y volitivos, como el nivel intelectual y nivel de aspiración. c).- los factores emotivos, ya que por ejemplo, la inseguridad perjudica notablemente la consecución del aprendizaje. d).- factores sociales. Es necesario que se transmitan los signos que aportan la realidad y su interpretación, es necesario que el grupo disponga de las “expresiones” adecuadas a los contenidos que desea hacer suyos, que desea incorporar a su cultura, a su historia; tenemos que ser capaces de elaborar el mensaje o los mensajes concretos y establecer los canales adecuados de transmisión, debemos establecer la primera articulación del mensaje, a partir de las definiciones de los contenidos que deseamos y, posteriormente, hallar la segunda articulación, la forma que los transmita, el lenguaje debe crear la experiencia para que todo el mundo “haga” la cultura que deseamos y que, por supuesto, desea el propio grupo. Con estas premisas hemos de tener en cuenta que, durante la formación por tanto, el aprendizaje en este contexto debe y tiene que referirse a los valores y métodos que van a ocupar un lugar de vital importancia en el propio ejercicio de la profesión enfermera, del mismo modo que una unidad curricular en Antroposociología de la Salud adquiere sentido en sí misma dada la correspondencia a los propósitos que la definen.

En el primer capítulo, de la (Parte III), Enfermería, ¿una vocación? Analizamos, “Porqué estudiamos enfermería”. A la vista de los resultados obtenidos en este apartado de

elección de la carrera de enfermería, podemos afirmar que un importante número de alumnos y profesionales de la enfermería y para esta investigación, han elegido la misma por vocación coincidiendo con Olsen & Whittaker (1968), en sus planteamientos.

Cuando tratamos de la oportunidad profesional en la elección de estudios de enfermería, un análisis exhaustivo de los sociólogos ha caracterizado este grupo de roles que llamamos profesiones, y han concluido que se trata de funciones socialmente muy prestigiosas, que colocan a sus miembros en una situación clara de prestigio social, y es en eso, precisamente en lo que se han diferenciado tradicionalmente las profesiones de los oficios, en que las primeras son roles sociales positivamente privilegiados, en tanto que los segundos no gozan de esa estima social. En las respuestas de los alumnos y profesionales entrevistados en profundidad, afirman que su elección de los estudios de enfermería no tiene nada que ver con la vocación de ser enfermero, o la ayuda al otro. Sencillamente se trata de una salida profesional.

Sobre los alumnos trabajadores y elección de los estudios de enfermería, mencionamos, como referencia, el cómo influye en un individuo joven la elección de la carrera de enfermería partiendo de unas premisas de vivencia personal nada acordes con la propia elección. Su respuesta conlleva tres aspectos importantes: conseguir estabilidad emocional, negación de la vocación enfermera, afirmación de tendencia profesional hacia el mundo de los negocios. Por todo ello, nos llama la atención su respuesta de elección de la carrera de enfermería. El análisis de las respuestas de los alumnos trabajadores en cuanto a la elección de la carrera de enfermería no coinciden en ninguno de ellos con las repuestas dadas por el resto los alumnos. Básicamente sus respuestas se refieren a mejorar económicamente, ampliar conocimientos para ascender en el lugar donde trabajan, o la propia cercanía de la Universidad. La vocación enfermera por tanto, adolece por su ausencia, en este tipo de alumnos trabajadores, el contacto con el mundo sanitario y las expectativas del mercado laboral son considerados como motivadores para la elección.

En cuanto a los alumnos que no saben porque han elegido estudios de enfermería, Parte III Capítulo 1 (1.4.), en nuestras entrevistas en profundidad semiestructuradas, hemos encontrado coincidencias con el trabajo, de Sabiniana San Rafael Gutiérrez (2010), *La*

ausencia de un claro factor determinante en su elección, añadido a la complejidad de la actividad cuidadora. Solo uno de los entrevistados alumnos, no sabe porqué eligió estudiar enfermería. En cuanto a profesionales entrevistados en profundidad, el 100% conoce el motivo por el que ha entrado en los estudios de enfermería.

En la (Parte III) capítulo 2, analizamos la narrativa del dolor y sufrimiento, como ayuda a la Antropología del dolor. En general hemos encontrado en las entrevistas realizadas en profundidad semiestructuradas tanto de profesionales como de alumnos que el dolor es considerado como un elemento más de la vida del hombre, que, socialmente la vida está para disfrutarla, el hombre no está precisamente para sufrimientos, sin embargo, cuando desde la perspectiva de la actuación sanitaria y la técnica de intervención lo indica, se hace sufrir al paciente, no queda otra alternativa que explicar al paciente que va a sentir y sufrir dolor, pero por su bien debe aguantar. Por tanto, el hombre debe asumir y normalizar el dolor, en tanto en cuanto es parte de la enfermedad. Todos los entrevistados en nuestro trabajo hacen diferenciación cuando son preguntados por el dolor infantil, por diversas razones, el personal sanitario encargado del cuidado de los niños ha estado muy lejos de ofrecer un tratamiento adecuado del dolor a sus pequeños pacientes.

En esta misma Parte III capítulo.(2.2) tratamos de la experiencia personal o familiar con la enfermedad o la muerte. Con los avances en la introducción de comunicación tanto con el enfermo como con los familiares esta tendencia ha cambiado, del tal forma, que hoy en día, y sobre todo en cuidados paliativos, se estudia minuciosamente la intervención en el momento de contar la verdad de la enfermedad, como decimos, tanto al paciente como a la familia. En nuestras entrevistas a profesionales y alumnos de enfermería, la respuesta más común es el miedo a que te toque en tu turno de trabajo un paciente que se te muere; miedo por otra parte cuando tienes que comunicar el fallecimiento a los familiares del fallecido, esto suele ocurrir sobre todo en los servicios hospitalarios, servicios de oncología, paliativos, UVI. residencias de ancianos, etc., o en la atención domiciliaria. Situaciones en las que estableces una relación interpersonal no sólo con el paciente sino, con sus familiares. Evidentemente, este tipo de respuestas las encontramos principalmente en los entrevistados profesionales; los alumnos por su parte suelen referirse a la muerte y sus repercusiones personales con un familiar.

Sobre la experiencia personal y/o profesional en el campo del dolor y sufrimiento, verificamos, sin embargo, que los alumnos al estar cursando su primer año de estudios, las experiencias que refieren en cuanto a dolor y sufrimiento, suelen ser de tipo personal o familiar, en el caso de los profesionales llama la atención como a pesar de los más de 15 años de profesión de los entrevistados los recuerdos de sufrimiento o dolor, son muy puntuales, y en algunos casos sólo referidos a los primeros impactos emocionales de cuando eran alumnos de enfermería.

Sobre la Parte III, capítulo 3, referida a los elementos de importancia en la formación enfermera, podemos afirmar que la asignatura de Antroposociología tiene un impacto positivo en los alumnos desde la perspectiva teórica y cumple con lo estipulado en los objetivos del programa de la asignatura. Analizamos la declaración de Bolonia (Bologna Ministerial Meeting, 1999), en la Declaración Mundial sobre la Educación Superior en el Siglo XXI y en el informe sobre la Universidad 2000 en España. Hemos introducido un apartado teórico dedicado al posible cambio de conducta del alumno, en este caso de enfermería, a partir de un proceso comunicativo en el grupo, en el aula. Está basado en la experiencia personal del trabajo llevado a cabo en numerosos cursos de formación en psicología social y del trabajo en adultos, sobre todo de post grado al personal médico y de enfermería, en los diferentes hospitales, Centros de Salud y Universidades de diferentes Comunidades Autónomas (Canarias, Cataluña, Galicia y Andalucía). Por lo que, nos lleva a decir que no se habla de lo que no existe o para que algo exista verdaderamente es necesario “formularlo” lingüísticamente. Hemos analizado la proyección de películas en el aula como elemento motivador y de enseñanza, parece ser un elemento a tener en cuenta en el desarrollo del aprendizaje en dolor y sufrimiento. Creemos por los resultados obtenidos que, la enseñanza en nuestras Universidades de la disciplina enfermera, avanza hacia una formación integral e integrada del alumno, tanto en los aspectos puramente biologicista como humanístico. En nuestro trabajo es importante intentar desvelar algunas interrogantes que se nos presentan en cuanto la formación humanística, el papel de la Antroposociología y su aplicación en el medio sanitario, tanto en el periodo de alumno, como en el desarrollo profesional. Si entendemos la puesta en acción de los conocimientos enfermeros en desarrollo de una

actividad humana, tiene que ver directamente con la realidad frágil y vulnerable del ser humano, aportando una visión del ser humano que se desprende de la acción de cuidar; por todo ello, debemos ser capaces de hallar aquellas personas enseñantes que:

Tengan mayor aceptación dentro del grupo (aceptación afectiva y por sensación de confianza que establecen en el grupo); personas creíbles, que dispongan de mayor “habilidad” formal de transmisión de mensajes, mayor capacidad para establecer el baile del que hemos hablado.

Posean la discreción necesaria para hacerlo en la confianza de que su labor “tiene sentido”, de que no se trata de una absurda “manipulación” (palabra atroz que deberíamos descartar plenamente y que consideramos que así ha sido al referirnos constantemente a los condicionantes de toda persona en un grupo); estén dispuestas a participar en un “plan” (en el sentido extraordinariamente positivo del término), continuado y evaluable que debe llevarnos al objetivo deseado por todos (consciente o inconscientemente).

Esto precisamente es lo que tratamos en este trabajo a la hora de enseñar al menos en la asignatura de Antroposociología de la Salud en alumnos de la UFP y profesionales de enfermería. Así, los elementos a destacar en la formación enfermera, es que partimos de la premisa en que la enfermería es un elemento indispensable en los pacientes que sientan dolor, pero, nuestros entrevistados, tanto profesionales como alumnos, y trabajos de investigación realizados, nos dicen que se le dedica poco tiempo en las aulas al tratamiento del dolor, excepto cuando se le explica en la asignatura de farmacología, evidentemente con una orientación propiamente biologicista, por el contrario como demostramos en nuestro trabajo de Tesis ayudar a morir con dignidad, cuidar, acompañar, estar cerca del paciente en el sufrimiento y dolor, requiere formación, conocimiento y madurez (Ver repuestas de entrevistas en profundidad semiestructuradas a profesionales y alumnos). No obstante hemos de recordar que la enseñanza en nuestras Universidades de la disciplina enfermera, avanza hacia una formación integral e integrada del alumno, tanto en los aspectos puramente biologicista como humanístico. En nuestro trabajo es transcendental intentar desvelar algunas interrogantes que se nos presentan en cuanto la formación humanística, el papel de la Antroposociología y su aplicación en el medio sanitario, tanto en el periodo de alumno, como en el desarrollo profesional.

Si entendemos la puesta en acción de los conocimientos enfermeros en desarrollo de una actividad humana, tiene que ver directamente con la realidad frágil y vulnerable del ser humano, aportando una visión del ser humano que se desprende de la acción de cuidar.

Es imprescindible darles a conocer e identificar estos aspectos en las personas con las cuales el alumno en prácticas, o profesional de la enfermería, debe interactuar, para lograr que las acciones de salud que realicen con éstos sean verdaderamente eficaces. Nuestro trabajo de Tesis analiza en este apartado tanto a los alumnos de primer curso, donde los alumnos no han tenido contacto con la experiencia clínica, tratando de averiguar los factores estresantes en el desarrollo de la vida cotidiana del alumno en cuanto a dolor, sufrimiento y muerte antes de entrar en la carrera de enfermería, como a los profesionales experimentados que sí conocen y han tratado a pacientes con dolor, sufrimiento y por supuesto el afrontamiento de la muerte, es por ello que incidimos como ya se viene haciendo a lo largo del siglo XX en mantener las investigaciones realizadas respecto del aprendizaje, pero como ya hemos referido, quizás se ha dedicado poca atención al estudio teórico de la enseñanza.

Por último, en la cuarta parte (Parte IV) de la tesis se hizo una síntesis de las conclusiones de la tesis, fundamentada en los resultados obtenidos. Como es natural todo ello deriva de una investigación iniciada con el planteamiento del problema dolor y sufrimiento en los espacios sanitarios desde la perspectiva antropológica enfermera, con el firme convencimiento de que estas conclusiones contribuirán a mejorar el aprendizaje y puesta en práctica de los sanitarios en el inagotable mundo del sufrimiento y dolor en el hombre.

Conclusiones destacadas según apartados del trabajo

Resulta evidente que la crisis de los cuidados en medicina es un síntoma muy elocuente de la crisis global de la simbolización tradicional en la sociedad de nuestros días. Por ello, parece una consecuencia razonable que la medicina actual, como en tiempos anteriores, se dedique intensamente a curar los atentados contra la salud provocados por patologías ocasionadas por la imparable complejidad sociocultural que representa la sociedad moderna. No nos parece posible que la medicina moderna sea capaz de frenar el enfermar de los individuos, mientras consista casi exclusivamente en un conjunto de tecnologías que tienden a equiparar al ser humano con una máquina. La medicina ha de alejarse del

ámbito de la sola científicidad para que pueda convertirse en una praxis sanitaria integradora e integrada, holística en definitiva. Los progresos técnicos de la ciencia son innegables, sin embargo, no parece que la medicina se encuentre en disposición de proporcionar una respuesta a las necesidades físicas, psíquicas y socioculturales del ser humano.

IV.1. Conclusiones. Importancia de las ciencias sociales y de la Antropología

1. Desde diferentes disciplinas como la sociología, la antropología de la medicina, psicología, historia social, todos ellos alrededor del constructivismo, mantienen una premisa común de que la enfermedad es un fenómeno social y como tal, solo se puede entender en el seno del preciso contexto sociocultural donde se produce como tal.
2. La construcción de la enfermedad tiene que ver a partir de las variadas percepciones y reacciones que un fenómeno o conjunto de fenómenos juzgados como anómalos desde una determinada idea de salud, adscrito en uno o más grupos sociales en el marco de un contexto sociocultural específico.
3. La perspectiva médico hegemónica ve la enfermedad como desviación de la salud y el bienestar, que implica la presencia de un mecanismo patógeno en el cuerpo que puede ser conocido de forma objetiva, donde el diagnóstico de una enfermedad es el resultado de una correlación entre los síntomas observables y los conocimientos sobre el funcionamiento fisiológico del ser humano.
4. En los últimos tiempos, un creciente sentimiento de descontento ha ido invadiendo la disciplina antropológica, sobre todo con relación a aquellas posiciones que pasan de largo sobre los problemas más urgentes del vivir cotidiano. Se nos advierte por parte de algunas antropólogas el caer en un academicismo con poco significado social, olvidando la profunda crisis de nuestra civilización, de ahí la insistencia en profundizar en aspectos metodológicos que incidan en cuestiones de aplicación prácticas, como es el caso que nos ocupa en el amplio y complejo campo de la salud, la enfermedad, dolor y sufrimiento. De este

modo, la antropología nos podrá seguir ayudando a encarar de modo constructivo no sólo la actual crisis de nuestra civilización, sino, estimular la aparición de nuevos descubrimientos tecnológicos y dará lugar a una nueva revitalización cultural.

5. La experiencia vivida en la India (Estado de Orisa) fue capaz de dar un vuelco en mis pensamientos como hombre y profesional, al mismo tiempo que me hizo cambiar el enfoque en el método de actuación en la vida misma, máxime cuando al salir de España trabajaba en un hospital HUC (Hospital Universitario de Canarias) con todos los adelantos técnicos del momento y una formación enfermera completamente occidentalizada y biologicista, te encuentras con una sociedad que necesita de conocimiento profesional del cuidado, pero un contexto social muy distinto al tuyo, una cultura igualmente distinta, y con la dificultad añadida del idioma. Aquí hemos de recordar como el modelo mágico religioso tiene su influencia. Este modelo facilita la aceptación de la muerte inminente, pero también circunscribe la prevención a la obediencia de normas y tabúes, y la curación a la ejecución de ritos. Su principal desventaja es que impide el avance cognoscitivo, a la vez que fomenta la actividad pasivo-receptiva del hombre.
6. Desde la absoluta credibilidad de los avances científicos, hemos de convenir la no pretensión casi intencionada de encontrar soluciones a las realidades sociales del hombre; es claro el apoyo que reciben todas estas opciones reduccionistas y tecnocráticos, con un discurso político social cada vez más sometido a la llamada doctrina del pensamiento único
7. La Atención Primaria de Salud es la columna vertebral del Sistema Sanitario, por tanto, desde la atención ambulatoria pasando por la hospitalización a domicilio, todo el personal sanitario tiene la obligación de manejar técnicas y habilidades de comunicación para una intervención desde la perspectiva de la humanización, con el objetivo entre otros, de paliar dolor y sufrimiento, en el nivel más cercano para los ciudadanos al Sistema Sanitario.
8. Desde un punto de vista interpersonal, la percepción de la enfermedad es mucho más alentadora cuando la persona enferma se siente acompañada y cuidada

desde el respeto, desde el cariño y la proximidad, la tarea de vivir la enfermedad de un modo sano no depende, pues, exclusivamente, de la persona enferma, sino también de los asistentes y de los cuidadores. Ayudar a la persona enferma a aceptar su nueva situación y corresponsabilizarse con ella es fundamental para una vivencia adecuada de la enfermedad.

9. La antropología nos ayuda a comprender los significados que el paciente y su familia otorgan a la enfermedad, nos adentra en su universo cultural, que no siempre coincide en nuestro universo profesional, afecta fundamentalmente a la interioridad del ser humano, sus expectativas, sus valores, sus recuerdos, sus emociones, sus sentimientos más íntimos, su capacidad de argumentar y sus elaboraciones de carácter metafísico y trascendente.
10. la enfermedad altera el mundo afectivo y relacional, pues la persona enferma en sus relaciones interpersonales se expresa de un modo distinto. El mundo relacional se transforma y la mirada respecto al tú, también adquiere cambios significativos.
11. De las entrevistas en profundidad semiestructuradas con nuestros informadores, alumnos y profesionales, hemos visto cómo la necesidad de tener una visión mas larga y contextualizada era sentida por los profesionales y deseada por los alumnos. El abordaje holístico y la lectura socio cultural de la salud, del sufrimiento, y dolor, les permitía a los futuros y actuales profesionales una capacidad de relación con los enfermos y consigo mismo que favorecía su rol de enfermeros y personas.
12. Del trabajo sobre el terreno, pudimos observar como los profesionales que estaban informados y formados por los métodos científicos de la sociología y la antropología tenían mas capacidades para enfrentar los desafíos a los que se enfrenta en el ejercicio de la enfermería.
13. En todo enfoque de cuidar tomando en consideración la cultura y el ser humano, ambas premisas tienen que estar asociadas dada la importancia que ha tomado la identidad cultural, de ahí, la necesidad de estar presente en toda reflexión teórica sobre cuidar.

14. La enfermería transcultural Leininger, que une la práctica sanitaria con el conocimiento antropológico puede convertirse en una herramienta muy eficaz al servicio de la comunidad.
15. Hemos de coseguir una más efectiva integración entre los llamados servicios sociales y los sanitarios, en aras de lograr una sanidad más responsable incluso en términos económicos (accountability), donde los servicios sean más competentes, eficaces y eficientes.

IV.2. Conclusiones. Narrativa del dolor

1. Toda sociedad posee una forma de entender la salud, la enfermedad y el dolor, lo cual da orígenes a sistemas ordenados y articulados de explicaciones y prácticas. La manera en que entendemos el mundo, el cuerpo, la salud y la enfermedad cambia de una población a otra, de un grupo humano a otro, es decir, de una cultura a otra.
2. Entender que los procesos de sufrimiento, dolor y enfermedad en su correlación e intersección con las relaciones socio históricas, en un intento de consolidación contextual y holística para la explicación de los micro procesos en los que se inscriben los padecimientos cotidianos de los hombres, con la imbricación de las políticas sanitarias, tanto desde la perspectiva preventiva como educacional, nos permitan realizar cambios en los sistemas de relaciones sociales y tengan una adecuación más próxima a las necesidades de la población.
3. los factores socioculturales del dolor también nos hablan de la necesidad de evaluar todos aquellos elementos que desde las distintas instancias de los grupos sociales se desarrollan para conceptualizar el padecimiento y establecer fórmulas coherentes y comprensivas de acción que permitan su reubicación en un universo controlable
4. Alguien que sufre por causa de su dolencia y a la vez por causa de la incompreensión ajena, no se cura sólo con un tratamiento farmacológico. Necesita interactuar con la familia, con el grupo afín, a su mal, con el medio laboral, con la

- comunidad, con el medio natural, con las costumbres y la cultura. Necesita el medicamento u otras formas terapéuticas, tanto como compartir experiencias y responsabilidades en el medio social. Necesita sentirse útil, válido, apto en la comunidad.
5. El diagnóstico médico sigue anclado en la averiguación de signos y síntomas en un organismo despersonalizado, esta corriente hegemónica en nuestros sistemas sanitarios de curar de forma individual objetivada, nos lleva a un profundo desencuentro entre la percepción de las personas sobre su padecimiento (*illness*) y sus dolores y la de los médicos sobre la enfermedad (*disease*). Por tanto, entramos en un proceso mórbido sin sujeto, y el dolor como signo sin pertenencia que hay que ubicar en ese proceso; es decir, el sufrimiento en cuanto a padecimiento sociosubjetivo deja de ser importante al convertirse en el dolor, con lo que, el dolor sin sujeto social se convierte en una construcción sociocultural de la biomedicina.
 6. El dolor debe reconvertirse en el sufrimiento socio subjetivo, si es verdad que queremos atender con eficacia su tratamiento, sin olvidar el cuidado del mismo.
 7. Para los pacientes que sufren en un número importante de padecimientos psicosomáticos, el dolor es la enfermedad; sin embargo para la biomedicina, el dolor es el signo, síntoma de un problema, que hay que reubicar en un cuerpo o una parte del mismo, para poder medir si cabe mediante escalas del dolor o a través del cuestionario.
 8. El convertir el dolor en signos y síntomas objetivables, donde la biomedicina ontologiza el dolor, de tal manera que le concede la categoría de lo existente, sin necesidad de referirse a la forma en la que el padecimiento se encarna en el sujeto social que lo padece, o las formas sociales en las que se producen los procesos de sufrimiento, supone que la terapéutica y la atención se oriente a la recomendación de tratamientos universales, “analgésicos para todos”, como se desprende de estos tratamientos. En ningún momento se tendrá en cuenta las construcciones socioculturales del dolor y sus diferencias; se descarta la reconducción de la sensación dolorosa hacia un universo de construcción de sentido relacional y

social; el dolor debe reconvertirse en el sufrimiento socio subjetivo si es verdad que queremos atender con eficacia su tratamiento, sin olvidar el cuidado del mismo.

9. Para todo el género humano, vivir se convertirá en morir; la muerte es la consecuencia inevitable de la vida, sin embargo, a pesar de la experiencia, la muerte sigue impactando tanto a los profesionales enfermeros con experiencia, cómo a los alumnos en formación.
10. En las respuestas obtenidas sobre dolor y sufrimiento se observa cómo los alumnos o profesionales que responden a la vocación, humanizan mucho más sus respuestas, por el contrario los que no responden a la no vocación tecnifican mucho más sus respuestas.
11. Llama la atención cómo a pesar de los más de 15 años de profesión de los entrevistados los recuerdos de sufrimiento o dolor, son muy puntuales, y en algunos casos sólo referidos a los primeros impactos emocionales de cuando eran alumnos de enfermería.
12. El alivio del sufrimiento y la curación de la enfermedad son las verdaderas obligaciones de la profesión sanitaria dedicada al cuidado del enfermo. La falta de comprensión por los profesionales sanitarios de la naturaleza del sufrimiento puede dar cómo resultado una intervención sanitaria que, si bien técnicamente adecuada, no sólo es incapaz de aliviar el sufrimiento, sino que se convierte en una fuente de sufrimiento por sí misma.
13. Los profesionales y alumnos entrevistados reconocen las dificultades de la comunicación con los pacientes y familiares y la carencia de formación adecuada para resolverlas, consideramos que se debe impulsar la formación en habilidades emocionales y de comunicación.
14. Sólo una entrevistada enfermera profesional orienta el sufrimiento y dolor desde su perspectiva personal en una entrega al otro en su actuación profesional, por otra parte, es la única entrevistada que se declara abiertamente creyente en Dios.

IV.3. Conclusiones. Importancia de la formación y de las ciencias sociales en esta formación

1. La enseñanza en nuestras universidades de la disciplina enfermera, avanza en consonancia con una formación integral e integrada del alumno tanto en los aspectos puramente biologicista como humanístico.
2. La carrera grado de enfermería tiene por finalidad la formación de un graduado universitario capacitado para proporcionar una atención de enfermería personalizada, integral e idónea en el cuidado de salud del individuo, la familia y la comunidad, mediante una firme actitud humanística, alto componente ético y adecuada amplitud y profundidad de conocimientos propios de la enfermería, de las áreas biológicas, instrumental y Antroposociales.
3. Las entrevistas en profundidad semiestructuradas con alumnos que nos refieren, y solicitan más y mayor formación en dolor sufrimiento, aunque les surge la duda de si en un aula se puede aprender este tipo de afrontamiento.
4. Es importante lograr que el estudiante tenga una correcta comprensión del nivel holístico de funcionamiento humano, en su interacción e inter determinación con los niveles biológico, social y cultural que le permita un ejercicio profesional adecuado a nivel interaccional y no de intervención propiamente Antroposociológica.
5. Es necesario un mayor conocimiento si cabe de la realidad a la que se enfrentan tanto alumnos como profesionales de la enfermería durante el desarrollo de sus prácticas o trabajos, en cuanto a sufrimiento, dolor y muerte, como nos refieren los entrevistados, no se encuentran preparados, no les han enseñado las habilidades básicas para este tipo de afrontamiento, obteniendo como resultado frustración personal, académica o profesional y en ocasiones desarreglos psicológicos de solución en multitud de ocasiones nada sencillas.
6. La validez del método cualitativo, demostrando que representa una rica fuente de conocimiento empírico para generar entre otros objetivos el conocimiento en profundidad del dolor y sufrimiento humano y su aplicación pedagógica en las

aulas de una universidad; o en aquellos espacios sanitarios donde fuera pertinente actuar, reafirmando la importancia y los valores que por otra parte siempre han tenido los estudios etnográficos.

7. El poder influir en una mayor aceptación dentro del grupo de clase (aceptación afectiva y por la sensación de confianza que establecen en el grupo). Personas creíbles. Dispongan de mayor “habilidad” formal de transmisión de mensajes.
8. La Formación universitaria debe adaptarse a las exigencias profesionales de las diferentes disciplinas. La formación de profesionales con un alto nivel de capacitación adquiere una relevancia primordial para facilitar la inserción laboral de los recién graduados.
9. Los objetivos de aprendizaje deben orientarse a la consecución de la más alta competencia profesional. Para ello, el enfoque de aprendizaje debe centrarse en las diferentes estrategias que los estudiantes utilizan.
10. En el ámbito de Ciencias de la Salud, el aprendizaje mediante técnicas de grupo resulta un elemento facilitador para el desarrollo del ámbito profesional de la disciplina, aportando un valor añadido al conjunto de los conocimientos adquiridos.
11. La complejidad intrínseca de las medidas que proponemos de enseñanza, de itinerario pedagógico para los colectivos estudiados, dado que entran a en juego múltiples factores pertenecientes a diferentes sistemas (educación familiar, educación preuniversitaria, educación de grado y de post grado), siendo extremadamente difícil dilucidar qué variables intervienen de forma significativa en la formación en sufrimiento y dolor desde la perspectiva del estudiante y la del profesional en ciencias de la salud.
12. Plantear la necesidad de capacitar de forma puntual y eficaz a los alumnos para afrontar las tensiones ocasionadas por estas vivencias, aplicando un programa de intervención a tal efecto, todo ello con el propósito de facilitar el desarrollo de las estrategias de afrontamiento necesarias para que, tanto alumnos como profesionales, encuentren el apoyo institucional necesario para hacer frente a estas experiencias.

13. Proponemos la creación de un ambiente comunicativo que, inicialmente, puede resultar ficticio (precisamente por haber sido planificado), pero que a medio y largo plazo debe convertirse en la situación normal del grupo. Se trata de potenciar la emisión/recepción de mensajes dentro del temario de la Antroposociología de la Salud como asignatura que hace referencia a la salud, la enfermedad, sufrimiento y dolor dentro del grupo de alumnos, para que ello nos lleve a la aparición de la llamada cultura del afrontamiento/prevenición en el convencimiento de que de lo que no se habla, no existe.
14. El ABP (Aprendizaje Basado en Problemas), como propuesta educativa para las disciplinas económicas y sociales, ayuda a los alumnos a comprender y a asimilar conocimientos mediante el uso de supuestos básicos, y es factible para ser usada por los profesores en la mayoría de las disciplinas, aunque no en todas.
15. Es evidente la necesidad de cambio en la concepción del proceso de enseñanza-aprendizaje, sin que esto signifique que la clase expositiva deje de ser eficiente. Se trata simplemente de complementar la adquisición de contenidos con el desarrollo de habilidades, capacidades y actitudes indispensables en el entorno profesional actual.
16. De cara a multidisciplinariedad de la intervención, acreditar la intervención de otros profesionales como antropólogos o sociólogos en los espacios sanitarios, con el objetivo de conseguir un cambio importante en nuestro Sistema Sanitario, es decir, pasar de una disciplina médico-enfermera de carácter hegemónico, biologicista a, una intervención algo más antropológica, más humanizada.
17. El mayor desafío de la Universidad del futuro es su activa participación en la discusión de las grandes problemáticas sociales aportando investigaciones objetivas, identificando problemas y sugiriendo alternativas para superarlos.

IV. 4. Reflexión final

La carrera grado de enfermería tiene por finalidad la formación de un graduado universitario capacitado para proporcionar una atención de enfermería personalizada, integral e idónea en el cuidado de salud del individuo, la familia y la comunidad, mediante una firme actitud humanística, alto componente ético y adecuada amplitud y profundidad de conocimientos propios de la enfermería, de las áreas biológicas, instrumental y Antroposociales, como es el caso de nuestra Universidad Fernando Pessoa. Es por ello que, poseer destreza clínica, actitud crítica y reflexiva que permita desarrollar un proceso de actualización permanente, teniendo en cuenta los avances científicos, tecnológicos y socioculturales, así como trabajar en equipos multidisciplinares, es una tarea de enseñanza en nuestra universidad, al mismo tiempo que una premisa de recuerdo y utilización diaria para los profesionales de la salud.

Para las personas que luchan diariamente contra las limitaciones impuestas por el dolor, el trabajo de los científicos respaldados mantiene la promesa de un mayor entendimiento del dolor en los años venideros. Su investigación ofrece un arma poderosa en la batalla para prolongar y mejorar las vidas de las personas con dolor: la *esperanza*.

Es evidente que cualquier proyecto de investigación ha de asumir que su conclusión ha de ser el inicio más que el final del propio proyecto. Y así ocurre con nuestro trabajo de tesis sobre sufrimiento y el dolor en los espacios sanitarios desde la perspectiva enfermera-antropológica. Hemos analizado algunas de la teorías enfermeras en nuestro trabajo, ese resurgir de la de la filosofía del planteamiento humanístico de la enfermería con (Watson 1978 & Leninger 1979), el énfasis puesto por el arte de enfermería de Henderson, parece como si estuviéramos en medio de una explosión de palabras inventadas, quizás antes de mirar al futuro, una revisión crítica y prospectiva del lugar en que nos encontramos puede ayudar a clarificar nuestras metas para el desarrollo de la teoría enfermera, aún así, el futuro de la enfermería es muy brillante y lleno de esperanza. Las diferentes conceptualizaciones de las teóricas de la enfermería enriquecen la disciplina y la búsqueda de la verdad sobre las personas, la salud, la enfermedad, el

sufrimiento, el dolor y cómo no, de la propia enfermería. A partir de este trabajo nuestra tarea para con el futuro es examinar más y colaborar más para refutar o apoyar la verdad acerca de la naturaleza de los seres humanos a partir de modelos conceptuales. Kuhn (1970: 26-42) en *The structure of scientific revolution*. Afirmó: “*A falta de normas, los paradigmas pueden guiar la investigación*” de todos modos la ciencia no puede avanzar sin el paradigma. De ahí que, la filosofía de la enfermería debería dirigirse hacia los temas relacionados con la práctica de la enfermería, o la enfermería como una disciplina. El desarrollo de la teoría debería estar orientado hacia la explicación de las interacciones (aunque no simultáneamente) entre persona, salud, el entorno sociocultural y la propia enfermería, para aprender más sobre cada relación a través de la teoría y de la estrategia de la investigación (Reynols, 1971). Después de analizar multitud de bibliografía en el presente trabajo, y a pesar de la incompreensión por parte de algunos alumnos participantes en nuestro trabajo tenemos el convencimiento pleno de que la Antropología de la salud, puede ofrecer al profesional sanitario numerosas claves para comprender mejor su labor y la forma en que esta se inserta en su ámbito, al mismo tiempo que en comparación con otros ámbitos. Aun en las versiones más próximas a las diferencias a las que está acostumbrado al profesional sanitario, obliga a relativizar los puntos de vista,, invitando a un doble y positivo descentramiento: por un lado, el de tener en cuenta la perspectiva poblacional y, por otro, el de asumir que la alternativa a la que se pertenece es una más entre aquellas a las que la población puede acudir. Así desde la prolífica escuela de Leininger, hasta la más ecléctica Academy of American Nursing hacen hincapié en la necesidad de introducir las perspectivas antropológicas en el quehacer y la formación de los profesionales de enfermería, a pesar que como vimos en nuestro trabajo no lo entiende así la ULPGC excluyendo de su estudios académicos la Antroposociología de la salud. Toda esta abundante producción cae con frecuencia en uno de los peligros señalados anteriormente, el de considerar al sistema médico científico-occidental como dado y por tanto no susceptible de análisis, así como en una falta de orientación teórica que de mínima coherencia a los hallazgos que se van sucediendo como hemos indicado en algunas publicaciones (Academy of American nursing, 1992); Tripp-Reimer et al.

1985); Wilkins, 1993). Sin embargo, la gran vitalidad de esta disciplina hace suponer que en los próximos años asistiremos a una paulatina superación de estos riesgos, y a una mayor integración de la perspectiva antropológica en la tarea de los profesionales sanitarios.

Un apartado dentro de esta Tesis que hemos tratado con auténtico mimo ha sido el de la comunicación en general y de la comunicación interpersonal dadas las características de los actores observados y entrevistados en el trabajo, referido a los entrevistados (alumnos y profesionales de enfermería) a través de las entrevistas llevadas a cabo hemos observado sobre manera en alumnos más que en profesionales, que también la gran dificultad para expresar, transmitir, comunicar sus experiencias vividas, obstáculo por otra parte que intuyo en el momento de la actuación profesional, sobremanera cuando esta comunicación tiene lugar en condiciones especiales de la vida de una persona enferma y probablemente alejada de su entorno familiar, todo esto tiene lugar en el crepúsculo del siglo XXI, el más comunicado en la historia de la humanidad, agobiado y cautivo en el círculo de altísimas técnicas de comunicación, el hombre aparece cada día como perdido y crecientemente más aislado de los restantes seres humanos. La relación interpersonal clave de profundas conexiones intelectuales, psicológicas, antropológicas y afectivas, se ha convertido en uno de nuestros más relevantes problemas.

Desde el comediógrafo Plauto, entre los siglos tercero y segundo de nuestra era, se habla en la cultura latina de comunicar, hacer al otro partícipe de una noticia o de un bien individualmente poseído: En su raíz etimológica, comunicar vale tanto como intercambiar, trocar un producto de cualquier índole o género. Casi cien años más tarde, después del más importante autor del teatro romano, el gran escenario de la comunicación social y estética, el orador el político Cicerón formó el vocablo *communicatio* para indicar el truke y permutación de pensamientos en el medio preciso de la conversación. Con igual tenor y cálido acento dio el primer troquel y definitivo sello castellano al vocablo comunicación Hernando del Pulgar en sus letras (1481-1484), al recordar, en la primera aparición histórica de esta palabra, su personal y crítica sorpresa: Ni entiendo cómo se puede compadecer de la una parte prohibir nuestra comunicación. (LLacuna & Beltrán, 1996) en *La comunicación interpersonal*

En nuestro tiempo, si es lícito hablar del drama de la comunicación, su nudo central no consiste en prohibiciones que menoscaben, sino en que el hombre comienza a no entender los múltiples signos que en ella de tantas partes llegan. Reitero, que en las entrevistas en profundidad semiestructuradas llevadas a cabo en el desarrollo del trabajo profesionales y alumnos expresaban, desazón, pesadumbre, desde la perspectiva personal para expresar sus vivencias, como desde la óptica de la enseñanza universitaria, en la que tras obtener los conocimientos en las aulas de lo que significa el dolor desde la disciplina de la fisiología, conocimientos de cómo atacar el dolor desde la farmacología, sin embargo, son pocos los conocimientos de cómo afrontar desde la antropología y comunicación interpersonal, el sufrimiento y dolor del paciente y familiares. A intentar procurar/paliar remedio hemos llevado a cabo este trabajo, porque si la óptima teoría es siempre la mejor praxis, ambas se funden en la tesis trabajada desde un fecundo proceso metodológico/científico, y la preocupación de humano servicio.

En síntesis una Tesis con introducción y seis partes (I., Marco Teórico; II., Parte Empírica III., Análisis y Discusión de Resultados IV., Conclusiones V., Bibliografía y VI., Anexos), donde con los aspectos teóricos formales y el trabajo de campo, deseamos se convierta en una contribución señera, con alto valor pedagógico a la más urgente de todas las necesidades en el hombre (la comunicación), y por ende con especial profundidad en todo el sector sanitario, de la inmersión Antropológica de la salud en sus profesionales, al tiempo que altas dosis de comunicación interpersonal en el afrontamiento de dolor y sufrimiento. Es decir, pasar de un paradigma médico clásico a un nuevo paradigma sanitario, donde los servicios sean capaces de responder a las necesidades humanas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ackerknecht, E. H. (Ed.). (1953). *Rudolf Virchow: Doctor, Statesman, Anthropologist*. Madison: University of Wisconsin Press.
2. Academy of American Nursing (1992). Expert panel report. Culturally competent health care. *Nursing Outlook*, 40: 277-283.
3. Adell, J. (1997). Tendencias en educación en la sociedad de las tecnologías de la información. *EDUTEC. Revista Electrónica de Tecnología Educativa*, (7): 1-19. Disponible en URL: <http://nti.uji.es/~jordi> [Consultado 22/07/2012].
4. Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación Universitaria en América Latina (2003). *Programa de Convergencia Europea. El Crédito Europeo*. Madrid: UEALC.
5. Ahmed, S. (2004). *The cultural politics of emotion*. Edinburgh: Edinburgh University Press.
6. Alberti, R. E., & Emmons, M. L. (1982). *Your perfect right: A guide to assertive living*. California: Impact Publishers San Luis Obispo.
7. Aldana-Vilas, L., Lima Mompó, G., Casanova Sotolongo, P., Casanova Carrillo, P., & Casanova Carrillo, C. (2003). Enfoque psicológico y fisiológico del dolor agudo. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 32(3): 10-21. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572003000300006&lng=es&nrm=iso. [Consultado 22/ 07/2012].
8. Aliaga, L. Baños, J.E. Barutell, C. Molet, J. (2001). *Tratamiento del Dolor: Teoría y práctica*. 2ª edición. Barcelona: Publicaciones Permanyer, S.L..
9. Almaguer, J A.; Vargas, V.; García, J. (2003) Relación Intercultural con la medicina tradicional: Manual para el personal de salud. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/index_anterior.html. [Consultado 13/08/2012].
10. Almaguer, T. (1998). *El desarrollo del alumno: Características y estilos de aprendizaje*. C. México: Trillas.

11. Almay, B. (1987). *Clinical characteristics of patients with idiopathic pain syndromes. Depressive symptomatology and patient pain drawing. Pain.* 29 (3): 335 - 346. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/0304-3959\(87\)90048-0](http://dx.doi.org/10.1016/0304-3959(87)90048-0). [Consultado 22/07/2012].
12. Allen, D. (1997). The nursing-medical boundary: A negotiates order? *Sociology of health and illness.* 19: 398-498.
13. Allegranzi, B., Storr, J., Dziekan, G., Leotsakos, A., Donaldson, L., & Pittet, D. (2007). The first global patient safety challenge “clean care is safer care”: From launch to current progress and achievements. *Journal of Hospital Infection*, 65: 115-123. Disponible en DOI: 10.1016/S0195-6701(07)60027-9. [Consultado 13/08/2012].
14. Amador, M. et. al. (2007). *Plan de humanización de la atención sanitaria del sistema sanitario público de Extremadura.* Extramadura: Junta de Extremadura.
15. Álvarez-Uría, F. (2007). Karl Marx, Max Weber y Emile Durkheim. *Sociología y educación. Textos e intervenciones de los sociólogos clásicos.* Madrid. Ed. Morata.
16. Amarasingham-Rhodes, L. (1990). Studying biomedicine as a cultural system. In T.M. Johnson & C.F. Sargent (eds.). *Medical anthropology contemporary theory and method*, New York. Greenwood Press: 159 - 173.
17. Amezcua, M. (2000). El trabajo de campo etnográfico en salud: una aproximación a la observación participante. *Index de Enfermería*, (30): 30-35. Disponible en: http://www.index-f.com/index-enfermeria/28-29revista/28-29_articulo_26-34.php [Consultado 15/08/2012].
18. Amezcua, M. (2000). Antropología de los cuidados. Enfermedad y padecimiento: significados del enfermar para la práctica de los cuidados. *Cultura de los cuidados*, Año IV, n. 7-8 (1. y 2.) 60-67. Disponible en: [Http://hdl.handle.net/10045/5086](http://hdl.handle.net/10045/5086). [Consultado 18/08/2012].
19. Ann, M. (Ed.). (1989). *Modelos y teorías de enfermería.* Barcelona: Ediciones Rol S.A.
20. Aparicio-Mena, A. J. (2007). La antropología aplicada, la medicina tradicional y los sistemas de cuidado natural de la salud: una ayuda intercultural para los padecimientos crónicos. *Gazeta de Antropología*, (23): 13. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10481/6988>. [Consultado 18/08/2013].
21. Aparicio-Mena, A. J. (2004) Idea de salud intercultural. Una aproximación antropológica a la idea de salud derivada de la medicina tradicional china en contacto con diferentes culturas. *Gazeta de Antropología*, nº 20: 20-25. Disponible en: http://www.ugr.es/~pwlac/G20_05AlfonsoJulio_Aparicio_Mena.html [Consultado 24/04/2013].

22. Aparicio-Mena, A. J. (2009). El diagnóstico tradicional chino desde la antropología médica. Breve estudio del pulso y la lengua. Google book. Bubok Publishing S.L. Madrid. Disponible en: <http://www.bubok.com/libros/14770/>. [Consultado 18/08/2013].
23. Apgar, V. (1984). A nerve block clinic. *Anesth Analg*. 1: 49-54.
24. Arias, M., Alvarez, I., LLacuna, J. P., J. A., & Rios, M. (1984). *La acción formativa en seguridad e higiene. Técnicas psicopedagógicas*. Barcelona: Instituto de Seguridad e higiene en el trabajo.
25. Arbizu, J. M. L. (2006). *Acercándonos al sufrimiento de las personas inmigrantes. Cáritas Diocesana de Bilbao*. Bilbao: Secretariado de Pastoral; ARBIZU
26. Arjona, Á. (1999). *Inmigrantes entre nosotros: trabajo, cultura y educación intercultural*. Barcelona: Icaria Editorial.
27. Armentrout, J. A. y Burger, G. K. (1972). Children's reports of parental child rearing behavior at five grade levels. *Developmental Psychology*, 7:44-48. Disponible en doi: [10.1037/h0032701](https://doi.org/10.1037/h0032701) [Consultado 24/03/2013].
28. Arnau-Roselló, R. (2006). *Relaciones entre imagen y poder: de la apariencia al panoptismo*. Castelló de la Plana, España: Universitat Jaume I .
29. Arredondo, A. (1992). Análisis y reflexión sobre modelos teóricos del proceso salud-enfermedad. *Cad. Saúde Pública*, 8(3): 254-281.
30. Asamblea de la CRUE. (2000). *Declaración de Bologna: adaptación del sistema universitario español a sus directrices*. In Conferencia de Rectores de Universidades Españolas. Disponible en: <http://www.crue.org/apadsisuniv.htm>. [Consultado 20/06/2013].
31. Atxotegui, J. (2000). Los duelos de la migración: una aproximación psicopatológica y psicosocial. En Perdiguer y JM Comelles. *Medicina y Cultura. Estudios entre la Antropología y la Medicina*. Barcelona: Bellatera: 83-100.
32. Aubarrel, G., & Pérez, A. (2003). *Perspectivas de la inmigración en España. Una aproximación desde el territorio*. Barcelona: Icaria.
33. Ausubel, D. P. (1987). Psicología educativa: Un punto de vista cognoscitivo. *Cuadernos de Pedagogía*, 220: 18-24.
34. Ávila, L. S. (2004). Comunicación interna y acompañamiento del cambio en las organizaciones. *Palabra Clave*, 11(0).
35. Bachelard, G. (Ed.). (1991 [1948]). *La formación del espíritu científico*. Buenos Aires: S.XXI.

36. Baile, W., Lenzi, R., Parker, P., Buckman, R., & Cohen, L. (2002). Oncologist's attitudes toward and practices in giving bad news: an exploratory study. *Journal of Clinical Oncology*, 20(8): 2189-2196. Disponible en doi: 10.1200/JCO.2002.08.004. [Consultado 23/ 07/ 2012]
37. Balandier, G. (1981). *Sens et puissance*. Quadrige. Anthropologie politique, Paris: Puf.
38. Balint, M., & Leal, A. (1961). *El médico, el paciente y la enfermedad*. Buenos Aires: Libros básicos.
39. Baños, J. E. (2001). El aprendizaje basado en problemas en los planes de estudio tradicionales: una alternativa posible. *Educación Médica*, 4: 4-12.
40. Baños, J., & Pérez, J. (2005). Cómo fomentar las competencias transversales en los estudios de Ciencias de la Salud: una propuesta de actividades. *Educación médica*, 8 (4): 40-49.
41. Barkan, L. (1975). *Nature's work of art: the human body as image of the World*. New Haven, CT: Yale University Press.
42. Barnett, R. C., & Hyde, J. S. (2001). Women, men, work, and family. *American psychologist*, 56(10): 781.
43. Barraza, M. A. (2008). Construcción y validación psicométrica del Inventario del Estrés de Examen. *Investigación Educativa Duranguense*, (9): 33.
44. Barrera, L. et al (2006). Habilidad de cuidadores con enfermedad crónica. *Mirada internacional. Rev. Aquichan* 6(1).
45. Barrio, I. M., Molina, A., Sánchez, C. M., & Ayudarte, M. L. (2006). Ética de enfermería y nuevos retos. Nursing ethics and new challenges. *An. Sist. Sanit. Navar*, 29 (Suplemento 3): 41-47.
46. Barrio, J. M. (1992). La profesión docente como tarea humanística y humanizadora. Bases para la comprensión de una deontología de la función docente universitaria. *Revista de Ciencias de la Educación*, (nº 152): 543-551.
47. Barrio, J. M. (1995). El aporte de las ciencias sociales a la antropología de la educación. *Complutense De Educación*, (6): 159-184.
48. Barrows, H. S. (2006). Problem based learning in medicine and beyond: A brief overview. *New directions for teaching and learning*, 1996 (68): 3-12.
49. Bartoli, P. (1989). Antropología en la educación sanitaria. *Arxiu d'etnografia de Catalunya: revista d'antropologia social*, (7): 17-24.
50. Bateson, G., & Winkin, Y. (1984). *La nueva comunicación*. Barcelona: Editorial Kairós.

51. Bateson, G., Ruesch, J., & Ferrario, R. (1984). *Comunicación: la matriz social de la psiquiatría*. Barcelona: Paidós.
52. Battán, H. A. (2008). Entre inocencia y conocimiento: la experiencia de la enfermedad, en G. Canguilhem y Merleau-Ponty. *A Parte Rei: revista de filosofía*, (55): 7.
53. Bayés, R. (2005). Psicología y cuidados paliativos. *Medicina paliativa*, 12(3): 137-138.
54. Beck, U. (1992). *Risk Society: Towards a New Modernity*. Londres, Sage
55. Beck, U. (1994). D'une théorie critique de la société vers la théorie d'une auto-critique sociale. *Déviance et société*, 18(3): 333-344.
56. Beck, U., & Ray, J. A. (2002. ed. 2006). *La sociedad del riesgo global. En busca de la sociedad perdida*. Barcelona: Paidós.
57. Becker, H. S., Geer, B., Hughes, E. C., & Anselm, L. (1968). *Bibliografía básica comentada de sociología de la medicina*. Papers: Revista de Sociología. España.
58. Becker, M. (1974). The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monographs*, 2(4): 326-7.
59. Belinger, G. et. al. (1988). *Reforma sanitária: Itália e Brasil*, São Paulo: Hucitec-Cebes.
60. Bellah, R. et. al. (1985). *Habits of the heart*. Berkeley, and Los Angeles, California: University of California Press, Ltd. London, England.
61. *International journal of clinical and health psychology*, 7(1): 197-205.
62. Bennett, M. (2001). La escala de dolor de LANSS: la evaluación de síntomas neuropáticos de Leeds. *Pain*, 92: 147-157.
63. Berenzon, S., Hernández, J., & Saavedra, N. (2001). Percepciones y creencias en torno a la salud-enfermedad mental, narradas por curanderos urbanos de la ciudad de Mexico. *Gazeta de Antropología* Disponible en: http://www.ugr.es/~pwlac/G17_21Shoshana_Berenzon_Gorn.html, (17): 1-17. [Consultado 12/12/ 2012].
64. Berger, P. L., & Luckmann, T. (1966-2011). *Social construction of reality: A treatise in the sociology of knowledge*. (No. 10). London: Penguin UK.
65. Bernard, C. (Ed.). (1958/1976). *Introduction à l'étude de la médecine expérimental / Introducción al estudio de la medicina experimental*. Barcelona: Collège de France /Fontanella.

66. Bloch, C. (1985). El proceso salud-enfermedad en el primer año de vida. Estudio de una cohorte. (Rosario Argentina). *Cuadernos Médico Sociales*, 1981-1982. (Primera parte).
67. Blumer, D., & Heilbronn, M. (1982). Chronic pain as a variant of depressive disease the pain-prone disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, 170(7): 381- 406.
68. Blumer, H. (1969). The Methodological Position of Symbolic Interactionism. *Univerty. Perspective and method*: 1-60.
69. Bodei, R. (1999). Dolor y pasiones como forma de conocimiento. *Nómadas: revista crítica de ciencias sociales y jurídicas*, (0), 1.
70. Bogdan, R., & Taylor, S. J. (1994). *The social meaning of mental retardation: Two life stories: A reissued edition of "inside out" with a new postscript*. New York: Teachers College Press.
71. Boggs, G. (1970). Education The Great Obsession. *Monthly Review*, 22: 18-39.
72. Bolonia, R. (1999). *Declaración conjunta de los Ministros Europeos de Educación. Bolonia Ministerial meeting*. 19 de junio de 1999.
73. Bonica, J. & Loser, J. (2001). History of pain, concepts and therapies. *En* Loesser JD , editor. *Bonica s management of pain*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins: 1114-48.
74. Bonica, J. (1979). Cancer pain: importance of the problem. In: Bonica JJ, Ventafridda V (eds) *Proceedings of the international symposium on pain of advanced cancer*. Raven, New York: 1–12.
75. Bonica, J. (1980). Pain research and therapy: past and current status and future needs. In: Ng LKY, Bonica JJ (eds) *Pain, discomfort and humanitarian care. Proceedings of the national conference on pain, discomfort and humanitarian care*. Amsterdam: Elsevier:1–46.
76. Borrell, F. (2002). El modelo biopsicosocial en evolución. Barcelona: *Med. Clinica*. 119(5): 175-179.
77. Bouché, H., García, M., Quintana, J. M., & Ruiz, M. (2002). *Antropología de la educación*. Síntesis. Educación. Madrid. [Link] [www.dykinson.com].
78. Bouché, H. (2004). Salud y educación en las culturas. *Educación para la salud: (reto de nuestro tiempo)*, 22.
79. Bouché, H., J., H., Feroso, P., Bondía, J., & Sacristán, D. (2009). *La Antropología de la Educación como disciplinas: proyecto de diseño* Ediciones Universidad de Salamanca (España). Disponible en: <http://hdl.handle.net/10366/71759> [Consultado 17/12/ 2012].

80. Bouché, H. (2003). La paz comienza por uno mismo. *Educación XXI*, (6): 25-44.
81. Bowlling, A. (1981). *Delegation in general practice: A study of doctors and nurses*. London: Tavistock.
82. Bowlby, J. (2008). *Attachment*. Basic book 50 years: New York.
83. Brain, R. (1979). *The Decorated Body*, London: Hutchinson.
84. Breilh, J. & G. E. (1988). *Investigación en salud en la sociedad: guía pedagógica sobre un nuevo enfoque del método epidemiológico*. Quito: CEAS.
85. Breilh, J. (Ed.). (2003). *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar editorial.
86. Bricall, J. (1997). La universidad, al final del milenio. In Conferencia de la CRUE “*Los objetivos de la Universidad ante el nuevo siglo*”. Universidad de Salamanca 17 y 18 de noviembre de 1997.
87. Bricall, J. (2000). *Universidad 2000. Informe sobre la enseñanza superior en España*. CRUE, también disponible en: <http://www.crue.es> [Consultado 6 /09/ 2012].
88. Brown, G.K. & Nicassio, P.M. (1987) The development of a questionnaire for the assesment of active and passive coping strtategies in chronicpain patients. *Pain journal*, 31: 53 - 65. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/0304-3959\(87\)90006-6](http://dx.doi.org/10.1016/0304-3959(87)90006-6). [Consultado:13/03/2013].
89. Brown, G. K., Perry, M., & Wallston, K. (1989). Pain coping strategies and depression in rheumatoid arthritis. *Journal of consulting and clinical psychology*, (57): 652-7.
90. Brunet, R. C., García, J. T. L., & Otero, M. D. (2003). Actitudes y emociones en estudiantes de enfermería ante la muerte y la enfermedad terminal. *Investigación en Salud*, Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14250205> [Consultado:12/03/2013].
91. Bruyn, S. (1972 [1966]). *La perspectiva humana en sociología*. Buenos Aires: Amorrortu.
92. Bueno, P. M., & Fitzgerald, V. L. (2004). Aprendizaje basado en problemas. *Theoria*, 13: 145-157.
93. Burgess, E.W. (1923). The study of the delinquent as a person. *American Journal of Sociology*, 28 (6): 657-680.
94. Butterfield, H. (1982). *Los orígenes de la ciencia moderna*. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, Taurus Ediciones: 45: 61.

95. Buytendijk, F. J. J. (1965). Prolegomena van een antropologische fysiologie Het Spectrum. *Theoretical Medicine* 16: 15-39.
96. Buytendijk, F. (1973). *El hombre y el animal*. Ensayo de Psicología Comparada. De Carlos Lahle. Buenos Aires: Argentina.
97. Byerly, H. (1969). Model-Structures and Model-Objects. *The British Journal for the Philosophy of Science*, 20(2): 135-144. Disponible en doi: 10.1093/bjps/20.2.135. [Consultado 23/ 07/ 2012]
98. Byrnes, D. A., Kiger, G., & Lee Manning, M. (1997). Teacher's attitudes about language diversity. *Teaching and Teacher Education*, 13(6): 637-644.
99. C. Hermamn. (2012). *The social context of pain*. Artículo publicado por primera vez en línea: 30/01/ 2012. *European journal of pain*. Vol. 5, s1, Sep. 2011:6-7.
100. Cabrera, G. (2000). *El modelo transteórico del comportamiento en salud*. *Revista De La Facultad Nacional De Salud Pública*, (18 (2): 9-16.
101. Cabrera, G. (1999). *Transteoría e análise estratégica no controle local do tabagismo*. S. Paulo: Faculdade De Saúde Pública Da Universidade De Sao Paulo.
102. Camilleri, C., & Oficina Internacional d'Educació. (1985). *Antropología cultural y educación*. Paris: Unesco.
103. Campos-Navarro, R., & Campos-Navarro, R. (1992). *Prácticas médicas populares: algunas experiencias sobre el proceso de autoatención curativa*. Campos-Navarro R, comp. *La antropología médica en México*. México, DF: Instituto Mora/Universidad Autónoma Metropolitana:186-210.
104. Campos-Navarro, R. (2003). Hacia un diálogo intercultural en salud. Yolpahtli SC Servicios de Salud con Calidad Intercultural en Pueblos Amerindios. México, DF, Yolpahtli: 1-9.
105. Camps, V. (Ed.). (1976). *Pragmática del lenguaje y Filosofía analítica*. Serie Universitaria/Ciencia/Sociedad 129. Barcelona: ed. Peninsula.
106. Canales, D. (2011). La sociología del cuerpo. *Revista de Historia Social y de las Mentalidades*, 1(11): 87-190.
107. Canguilhem, G. (Ed.). (1971-1966). *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: S.XXI.
108. Carpenter, M. (1993). The subordination of nurses in health care. Towards a social divisions approach. En E. Riskaand K. Wegasr (eds.)

- Gender, work and medicine*. London: Routledge & Kegan Paul: 95-130.
109. Carreras, J. (1999). Elementos de estrategia pedagógica e implicaciones metodológicas. *Rev Educación médica*: 8-12.
 110. Casals, M. & Samper, D. (2004). Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico: *Estudio ITACA*. Revista de la Sociedad Española del Dolor, 11 (5): 260-269.
 111. Casey, K. L., & Bushnell, M. C. (2000). *Pain Imaging: Progress in Pain Research and Management, Vol. 18*. Seattle, WA: IASP Press.
 112. Cassell, E. J. (1999). Diagnosing suffering: a perspective. *Annals of Internal Medicine*, 131(7): 531-534.
 113. Cassell, E.J. (2004) [1991]. *The nature of suffering and the goals of medicine*. Oxford: Oxford University Press.
 114. Catalá, I., Reig, E., Artés, M., Aliaga, L., López, J., & Segú, J. (2002). Prevalencia de dolor en la población española: encuesta telefónica en 5000 hogares. *European Journal Pain*, 6 (2): 133-140.
 115. Caudill, W. (1953). *Applied anthropology in medicine*. Chicago: University of Chicago Press.
 116. Caudill, W. (1958). *The psychiatric hospital as a small society*. Oxford, England: Harvard Univer. Press.
 117. Cedeño, A. (1999). Aprender a emprender y fomentar el espíritu de iniciativa: una nueva tarea universitaria. *Revista Acta Académica*, (25) Disponible en: [http://www. articlearchives. com/1542879-1. html](http://www.articlearchives.com/1542879-1.html). [Consultado 12/12/2012].
 118. Ceriani, J. M. (2009). La OMS y su iniciativa Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente". *Archivos argentinos de pediatría*, 107 (5): 385-386.
 119. Ciari, J. & Siqueira, A. (1976). *Problemas de saúde materno-infantil no Brasil Saúde da comunidade: Temas de medicina preventiva e social*. Rio de Janeiro: McGraw-Hill do Brasil.
 120. Cicourel, A. V. (1982). *Método y medida en sociología*. Madrid: Centro de investigaciones sociológicas. SIS.
 121. Ciprián, A. (2010). Educar para la paz, antídoto contra la violencia. *Revista digital transversalidad educativa*, 46: 1-82.
 122. CIS. (2001). *El cuidado de los mayores: Servicios y cuidados en la tercera edad*. Madrid: Centro De Investigaciones Sociológicas.
 123. Cobo, B. (1964). *Historia del Nuevo Mundo*. Tomos I y II Biblioteca de Autores Españoles Tomos XCI y XCII. Madrid: Atlas.

124. Cockerham, W. C. (Ed.). (2002). *Sociología de la medicina*. (8ª ed.). Madrid: Prentice Hall.
125. Cockerham, W. C. (Ed.). (2008). *The Blackwell companion to medical sociology*. United Kingdom. Wiley. com
126. Coe, G. A. (1998). Comunicación en salud. comunicación y promoción de la salud. *Chasqui*. (63): 26-29.
127. Coe, R. (1984). *La evolución del hospital moderno en sociología de la Medicina*. Madrid: Alianza editoria.
128. Coe, R. M. (1970). *Sociology of medicine*. New York: McGraw-Hill Companies.
129. Colliere, M. F. (1999). Encontrar el sentido original de los cuidados enfermeros. *Revista ROL de enfermería*, ISSN 0210-5020,22 (1): 27-31.
130. Collière, M. F. (1979-1980). Utilización de la antropología para abordar las situaciones de cuidados. *Revista ROL, enfermería* 1993 Jul-Ago; XVI (179/180): 71-80.
131. Comte, A. (1996). *Philosophie des sciences*. Paris: Gallimard.
132. Comte, A. (1998). *Cours de Philosophie positive I*. Paris: Hermann.
133. Comelles, J. M., & Martínez Hernáez, A. (2000). *Enfermedad, cultura y sociedad: un ensayo sobre las relaciones entre la Antropología Social y la Medicina*. Madrid: Eudema Universidad.
134. Comelles, J. M. (1996). Las profesiones y el Estado. In Prat, Joan y Ángel Martínez (eds.), *Ensayos de antropología cultural. Homenaje a Claudio Esteva-Fabregat*. Barcelona: Ariel: 95-104.
135. Cooley, C. H. (1909 - 1962). *Social organization: A study of the larger mind*. New York: Transaction Publishers.
136. Cooley, C.H. (1983 - 2009). *Human nature and the social order*. New York: Transaction Publishers.
137. Coombes, Y., McPherson, K. (1996). *Review of models of health-related behavior change. Health Promotion Sciences Unit*. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine.
138. Corso, J. R. F. (2004). *Los valores y sus desafíos actuales*. Libros en Red. Disponible en www.librosenred.com
139. Cortés, B. (1997). Experiencia de enfermedad y narración. El malentendido de la cura. *Nueva Antropología. Revista de Ciencias Sociales*, (52): 89-115.

140. Cortés, J., & Franco, A. (1996). Historia de la analgesia. In López Guerrero (ed.). *El dolor. Un enfoque multidisciplinar*, Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela, pp. 139-56.
141. Costello, E. J., Angold, A., Burns, B. J., Stangl, D. K., Tweed, D. L., Erkanli, A., et al. (1996). The Great Smoky Mountains Study of Youth: goals, design, methods, and the prevalence of DSM-III-R disorders. *Archives of General Psychiatry*, 53 (12): 1129.
142. Coteló, J. R. (2005). Sueño y dolor en el paciente oncológico. *Vigilia-Sueño*, 17 (02): 115.
143. Crozier, M. (2004). *Implantación, motivación y evaluación para la estrategia. Gestión estratégica para el sector público: del pensamiento estratégico al cambio organizacional*, México: Fondo de Cultura Económica.
144. Crue, B. (1985). Multidisciplinary pain treatment programs: Current status. *The Clinical journal of pain*, 1(1): 31-47.
145. Crue, B. (1985). Multidisciplinary pain treatment programs: Current status. *The Clinical Journal of Pain*, 1(1): 31- 47.
146. Cruz, F., García M. P., Schmidt J., Navarro M. C. y Prados D. (2001). Enfermería, familia y paciente terminal. *Revista Rol de Enfermería*, 24: 664-668.
147. Chamorro, S., & Rodríguez, J. (2001). El cuidado del “otro”. Diversidad cultural y enfermería transcultural. *Gazeta de antropología*, 17: 17-15.
148. Chamorro, S. T., & de los Jerónimos, C. C. (2005). El cuidado del otro. Diversidad cultural y enfermería transcultural (Taking care of? the Other? Cultural diversity and the cross-cultural nursing). *Gaceta Antropologica*. Disponible en: [Http://WWW.ugr.es/pwllac/G17_Sol_Tarres_Chamorro.html](http://WWW.ugr.es/pwllac/G17_Sol_Tarres_Chamorro.html) [Consultado 22 /06/2012].
149. Chapman, C., & Gavrin, J. (1999). Suffering: the contributions of persistent pain. *The Lancet*, 353 (9171): 2233-2237.
150. Chirveches-Pérez, E., Arnau-Bartés, A., Soley-Bach, M., Rosell-Cinca, F., Clotet-Argemi, G., Roura-Poch, P., et al. (2006). Efecto de una visita prequirúrgica de enfermería perioperatoria sobre la ansiedad y el dolor. *Enfermería Clínica*, 16(1), 3-10. Disponible en doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S1130-8621\(06\)71171-8](http://dx.doi.org/10.1016/S1130-8621(06)71171-8) [Consultado 13/04/2011].
151. Chomsky, N. (2002). *Syntactic structures de Gruyter Mouton*. Berlin: Werner Hildebrand.

152. Chomsky, N. (2012). Learning without frontiers conference: Noam Chomsky on the purpose of education. from *Creative Skillset*. Disponible en: <http://www.learningwithoutfrontiers.com> [Consultado 12/12/ 2012].
153. Chomsky, N., & Tembleque, J. C. (1970). *Sobre política y lingüística*. Barcelona: Anagrama.
154. Chrisman, N., & Maretzki, T. W. (1982). *Anthropology in health science settings. In Clinically Applied Anthropology: Anthropologists in Health Science Settings*. Países Bajos: Kluwer Academic Publishers.
155. Chrisman, N. J. (1980). The health seeking process: An approach to the natural history of illness. *Culture, medicine and psychiatry*, 1(4): 351-377.
156. Dalmases, A. M. (2000). La clave de aprender está en desaprender. *Educación médica*, 3 (3): 97-100.
157. Da Rocha, A. (2009). *Bioética para legos: Una introducción a la ética asistencial*. Madrid: Editorial CSIC - CSIC Press.
158. Darwin, C. (1928-2009). *El origen de las especies por medio de la selección natural*. Madrid: Editorial CSIC-CSIC Press.
159. Das, V. (1995). *Critical Events: An Anthropological Perspectives on Contemporary India*. Delhi: Oxford University Press.
160. Davis, F. (1961). *Deviance disavowal: The management of strained interaction by the visibly handicapped*. *Social Problems*: 120-132.
161. Davis, F. (1972). *Illness, Interaction and the Self*. Belmont, California: Wadsworth.
162. De Marino, E. (Ed.). (1999 [1961]). *La rierra de remordimiento*. Barcelona: Bellaterra.
163. Denzin, N. L., & Lincoln, Y. (1994-2003). *Strategies of qualitative inquiry (Vol. 2)*. London: Sage. Handbook of Qualitative.
164. Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2002). *The qualitative inquiry reader*. London: Sage. Publications, Inc.
165. Deutscher, I. (1973). *What we say/what we do: Sentiments & acts*. Oxford, England: Scott, Foresman.
166. Devillard, M. J. (1990). La construcción de la salud y de la enfermedad. *Reis*: 79-89.
167. Díaz, A. J. L. (2008). *El sufrimiento medicalizado. Cultura de los cuidados*. *Revista de enfermería y humanidades*, (23): 50-56.

168. Domínguez-Nogueira, C., Expósito-Hernández, J., Barranco-Navarro, J., & Pérez-Vicente, S. (2007). Dificultades en la comunicación con el paciente de cáncer y su familia: la perspectiva de los profesionales. *Revista de Calidad Asistencial*, 22 (1): 44-49.
169. Dougherty, M. & Tripp-Reimer, T. (1985). *The interface of nursing and anthropology. Annual Review of Anthropology*, 14: 219-241.
170. Dubner, R., Price, D., Beitel, R., & Hu, J. (1977). Peripheral neural correlates of behavior in monkeys and humans related to sensory-discriminative aspects of pain. In: Anderson DJ, Matthews B, eds. *pain in the trigeminal region*, Elsevier/North-Holland: 57-66.
171. Dubos, R. J., Dubos, R. J., & Dubos, R. J. (1961). *The dreams of reason: Science and utopias*. New York: Columbia University Press.
172. Duch, B. (2001). Writing problems for deeper understanding. In B. Duch, S. Groh and D. Allen (eds.) *The power of problems based learning*. Virginia: Stylus: 47-58.
173. Dufey-Domínguez, M., Fernández Tapia, A. M., & Mayol Troncoso, R. (2010). Un apoyo a la evaluación transcultural de la emoción. Validación del International Affective Picture System en una muestra chilena. *Universitas Psychologica*, 10 (2): 521-533.
174. Duque-Páramo, M. C. (2002). Enfermería y cultura: Espacio de encuentro para el cuidado de personas y colectivos; nurse care and culture: A domain of encounter. *Actual. Enferm*, 5 (2): 12-16.
175. Dreyfus, H. L., & Dreyfus, S. E. (2005). Peripheral vision expertise in real world contexts. *Organization studies*, 26 (5): 779-792.
176. Dworkin, R. H., Backonja, M., Rowbotham, M. C., Allen, R. R., Argoff, C. R., Bennett, G. J., et al. (2003). Advances in neuropathic pain: diagnosis, mechanisms, and treatment recommendations. *Archives of Neurology*, 60 (11): 1524.
177. Edelman, G. M., & Tononi, G. (2004). *Universo de La Conciencia Crítica. Como la materia se convierte en imaginación*. Barcelona: Dracontos.
178. Edwards, C. L., Fillingim, R. B., & Keefe, F. (2001). Race, ethnicity and pain. *Pain*, 94 (2): 133-137.
179. Eggermont, L. H. P., Shmerling, R. H., & Leveille, S. G. (2010). Tender point count, pain, and mobility in the older population. The mobilize boston study. *The Journal of Pain*, 11(1): 62-70.
180. Egerton, R.B. (1980) *Mental Retardation*. Cambridge: Havard University Press. "The study of deviance: marginal man or everyman. En Spindler, G. D. (ed.). *The making of psychological anthropology*. Berkeley: University of California Press: 444-476.

181. Eisemberg, L. (1977). Disease and illness Distinctions between professional and popular ideas of sickness. *Culture, medicine and psychiatry*, 1(1): 9-23.
182. Eissler, K. R. (1993). On possible effects of aging on the practice of psychoanalysis: An essay. *Psychoanalytic inquiry*, 13 (3): 316-332.
183. Eliade, M. (1955). *Imágenes y símbolos. Ensayos sobre el simbolismo mágico*. Madrid: Taurus ediciones.
184. Eliade, M. (2001). *El chamanismo y las técnicas arcaicas del éxtasis*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
185. Engel, P. & Engel, A. (2002), George L. Engel 1913–1999: remembering his life and work: strengthening a father-son bond in a new time of grief. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36: 443–448. Disponible en doi: 10.1046/j.1440-1614.2001.01029.x. [Consultado 22/07/2012].
186. Escayola, A. M., & Vila, M. (2005). A las puertas del cambio en la Formación Universitaria. *Educación médica*, 8 (2): 19-23.
187. Eseverri Chaverri, C. (2002). La sociedad ante la muerte: Un acercamiento desde la Filosofía, la Historia y la Literatura. *INDEX de Enfermería*, (39): 35-39.
188. Escudero, T. (1997). Enfoques modélicos y estrategias en la evaluación de centros educativos. *Revista Electrónica de Investigación y Evaluación Educativa*, 3 (1): 1-22.
189. Escuredo, B. (2007). Las políticas sociales de dependencia en España: contribuciones y consecuencias para los ancianos y sus cuidadores informales. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 119 (1): 65-89.
190. Evans-Pritchard, E. E. (1962). *Essays in social anthropology*. London: Faber & Faber.
191. Fabrega, H. (1990). The concept of somatization as a cultural and historical product of Western medicine. *Psychosomatic medicine*, 52 (6): 653-672.
192. Fabrega, H. (1972). The study of disease in relation to culture. *Behavioral science*, 17 (2): 183-203.
193. Fagot, B.I., (1997). Attachment, parenting and peer interactions of toddler children, *Developmental Psychology*, 33: 489-499.
194. Fernández, B., & Márquez, C. (1999). Dolor y enfermedad: evolución histórica. De la Prehistoria a la Ilustración. *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 6(4): 282.

195. Fierro, A., & Cardenal, V. (2001). Pertinencia de estilos de personalidad y variables cognitivas a indicadores de salud mental. *Revista de psicología general y aplicada. Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 54(2): 207-226.
196. Fishbain, D. (2002). The pain depression relationship. *Psychosomatics*. 43 (4): 341.
197. Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata.
198. Floge, L. & Merrill, D. (1986). Tokenism reconsidered: Male nurses and female physicians in a hospital setting. *Social forces*, 64: 925-947.
199. Flores-Guerrero, R. (2004-2011). Salud, enfermedad y muerte: lecturas desde la antropología sociocultural. *Revista Mad*, (10): 21-29.
200. Fonseca, D., Fernández, J. A., & Garcia, O. (2007). Comportamiento plausible de agentes virtuales: inclusión de parámetros de usabilidad emocional a partir de imágenes fotográficas. In: Callaos, N., Baralt, J., Orlando (eds.) *International Institute of Informatics and Systemics*. Memorias CISCI, 1:142-152.
201. Fordyce, W. (2001). Pain in cancer and chronic non-cancer conditions: similarities and differences. *Acta anaesthesiologica scandinavica*, 45(9): 1086-1089.
202. Foster, G. M. C. (1974). *Antropología aplicada*. México. Fondo de Cultura Económica.
203. Foucault, M. (1997). *El nacimiento de la clínica*. México: S. XXI.
204. Frances, K. (1999). Student nurses' involvement with death: The image and the experience. *Journal of Advanced Nurse*, (20): 679-686.
205. Frank, J. (1941). The People's Misery: Mother of Diseases. [Traducción del Latín e introducción de Henry Sigerist]. *Bulletin of the History and Medicine*. 9: 81-100.
206. Frank, P. (Ed.). (1987). *Hitos en la Historia de la Salud Pública*. (3ra. ed. México: ed.). México: Siglo Veintiuno Editores.
207. Fred, D. (Ed.), (1966-1972) *The Nursing Profession: Five Sociological Essays* Nueva York: John Wiley & Sons.
208. Freidergerg, E. (1997). *Le pouvoiretla régle. dynamiques de l'ación organisée*, Paris: Edition Du Seuil.
209. Freidson, E. (Ed.). (1970). *Professional dominance: The social structure of medical care*. New Jersey: Transaction Books.

210. Freidson, E. (1988). *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*. Chicago: University of Chicago Press.
211. Frenk, J., Bobadilla, J. L., Stern, C., Freika, T., & Lozano, R. (1991). Elementos para una teoría de la transición en salud. *Salud Pública de México*, (005): 448-462.
212. Gacía, J. L. (1985). Enfermedad y cultura. *Jano*, 643: 83-90.
213. Galbraith, N. D., & Brown, K. E. (2011). Assessing intervention effectiveness for reducing stress in student nurses: quantitative systematic review. *Journal of advanced nursing*, 67(4): 709-721.
214. Gálvez, R., Marsal, C., Vidal, J., Real, M. A. D., Ruiz, M., & Rejas, J. (2006). El dolor neuropático como causa de ansiedad, depresión y trastornos del sueño en condiciones de práctica médica habitual: resultados del estudio naturalístico DONEGA. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 13 (2): 81-95.
215. Gálvez-Toro, A. (2005). Pedagogía de la desmotivación: soy tonto, me llaman inútil: Dos estrategias de socialización secundaria en el hospital. *Index de Enfermería*, 14 (48-49): 23-27.
216. García, F. (2006). Comunicando malas noticias en Medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud. *Medicina Intensiva*, 30 (9): 452-459.
217. García, J. L. (1985). Enfermedad y cultura. *Jano*. Nº 643-H, Madrid: 83-90.
218. García, J. C. (1971). Paradigmas para la enseñanza de las ciencias sociales en las escuelas de medicina. *Educación Médica y Salud*, 5(2): 130-150.
219. García, M. et al. (1981). *La acción formativa en seguridad e higiene técnicas psicopedagógica*. Barcelona: Instituto nacional de condiciones del trabajo. Ministerio de trabajo y seguridad social.
220. Garcia, M., Cruz, F., Muñoz, A., Montoya, R., Prados, C., & Pappous, A. (2010). The influence of health care providers' emotions on clinical judgment regarding diagnosis of the terminally ill. *Journal of Clinical and Health Psychology*, 10 (1): 57-73.
221. García, P. G. (2000). Globalización cultural, identidad y sentido de la vida. *Gazeta de Antropología*, (16): 16-02.
222. García-Gañán, P. (2003). *El sufrimiento en la enfermedad y en la muerte*. Paper presented at the El sufrimiento en la sociedad del placer: una aproximación interdisciplinar. Secretariado de Publicaciones e Intercambio Editorial. Universidad Valladolid: 105-160.

223. García-Selgas, F. (1994). El cuerpo como base del sentido de la acción social. Bañuelos Madera, C. (coord.) "Monográfico sobre Perspectivas en Sociología del Cuerpo", *REIS-Revista Española de Investigaciones Sociológicas*: 41-83.
224. Garbarino, J. (1977). The human ecology of child maltreatment: A conceptual Model for research. *Journal of Marriage and Family*, 39: 721-736.
225. Garkinkel, H. (1956). Conditions of successful degradation ceremonies, *American Journal of Sociology*, 61: 420-424.
226. Geertz, C. (1973). *The interpretation of the culture*. New York: Basic Books.
227. Geertz, C. (1992). *La intepretación de las Culturas*. Barcelona: Gedisa.
228. Geertz, C. (1996). *Tras los hechos: dos países, cuatro décadas y un antropólogo*. Barcelona: Paidós.
229. Geisser, M. E., Robinson, M. E., & Henson, C. D. (1994). The Coping Strategies Questionnaire and chronic pain adjustment: a conceptual and empirical reanalysis. *The Clinical journal of pain*, 10(2): 98-106.
230. Geisser, M., Robinson, M., Keefe, F., & Weiner, M. (1994). Catastrophizing, depression and the sensory, affective and evaluative aspects of chronic pain. *Pain*, 59 (1): 79-83.
231. Giger, J. N., Davidhizar, R. E., & Fordham, P. (2005). Multicultural and multi-ethnic considerations and advanced directives: developing cultural com. *Journal of cultural diversity*, 13 (1): 3-9.
232. Gil, J., Ybarra Sagarduy, J. L., & Granados Gámez, G. (2006). Un estudio exploratorio sobre el desarrollo de creencias sobre síntomas como señales de hipertensión arterial. *Psicothema*, 18 (4): 822-827.
233. Gil, T. G., Gimeno, L. M., & González, R. L. (2006). Antropología de los cuidados en el ámbito académico de la enfermería en España. *Texto Contexto Enferm*, 15 (1): 155-161.
234. Giménez, C. (2003). Pluralismo, multiculturalismo e interculturalidad. *Educación y Futuro: revista de investigación aplicada y experiencias educativas*, (8): 11-20.
235. Giner, S., & Sarasa, S. (1997). *Buen gobierno y política social*. Barcelona: Ariel.
236. Glanz, K., Rimer, B., Lewis, F. (1997). *Health behaviour and health education: Theory, research and practice*. 2nd Edition. San Francisco: Jossey Bass.

237. Godbey, K. L., & Courage, M. M. (1994). Stress-management program: intervention in nursing student performance anxiety. *Archives of Psychiatric Nursing*, 8 (3): 190-199.
238. Godscheider, A. (1981). Ueber die Summation von Hautreizen. *Archiv für Phycologie*, (15): 164-169.
239. Goffman, E. (2001). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Argentina. Buenos Aires. ed. Amorrortu.
240. Goffman, E. (2006). *Estigma: La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
241. Goldscheider, F. K., & Waite, L. J. (1993). *New families, no families?: the transformation of the American home*. California: Univ. of California Press.
242. Buytendijk, F. (1973). *El hombre y el animal*. Ensayo de Psicología Comparada. De. Carlos Lahle. Buenos Aires. Argentina.
243. Gonzáles, L. (1997). *Hacia una educación pluridimensional*. Disponible en: <http://www.crue.org/pgonzale.htm>. [Consultado 7/07/2012].
244. González de Rivera, J. L. (2005). Empatía y ecpatía. *Psiquis*, 25(6): 243-245.
245. González Río, M. J. (2001). *Algunas reflexiones en torno a las diferencias de género y la pobreza*. Paper presented at the Pobreza y perspectiva de género, Alicante. Icaria: 87-112.
246. González, F. (1996). Un análisis psicológico de los valores. Su lugar e importancia en el mundo subjetivo. *La Habana: Ciencias Sociales*: 20-25.
247. Gonzalez, J., & Wagenaar, R. (2003). *Tuning educational structures in Europe. Informe final.. Fase uno*. Bilbao: Universidad de Deusto.
248. González, L. (1997). *Hacia una educación pluridimensional*. Disponible en: <http://www.crue.org/pgonzale.htm>. [Consultado: 13/07/2012].
249. González-Montegudo, J. (2009). *La Antropología y la etnografía educativas. Aportaciones teóricas y metodológicas*. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca.
250. Good, B. (1996). *Medicine, rationality and experience. an anthropology perspective*. Cambridge: Cambridge University Press,

251. Gorberna-Falque, J.R. (1999) *Civilización: Historia de una idea*. Santiago de Compostela: Universidad, servicio de publicaciones e intercambio científico.
252. Gouldner, A. (1973). The importance of something for nothing. For Sociology. *Renewal and Critique in Sociology Today*: 260-299.
253. Gracia, D. (1990). *Primum non-nocere. El principio de no-maleficencia como fundamento de la ética médica*. Madrid: Real Academia Nacional de Medicina.
254. Gracia, D. (2004)., *Como arqueros al blanco: estudios de bioética*. Madrid: Tricastela.
255. Grande, F., & Franco Grande, A. (1999). El dolor en la historia. *Rev.Soc.Esp.Dolor*, 6: 281-291.
256. Green, L. (1974). The health belief model and personal health behavior.. Editorial. *Health Education Monographs*, (2 (4)): 324-25.
257. Green, L. (Ed.). (1984). Models in health education. in: Matarazzo J, Weiss S, Herd A, Miller N, Weis S (editors). *Behavioral health: a handbook for hancement and disease prevention*. New York: Wiley.
258. Grov, E., Fossa, S., Sorebo, O., & Dahl, A. (2006). Primary caregivers of cancer patients phase: A path analysis of variables influencing their burden. *Soc. Scie Med.*, 63 (9): 2429-2439.
259. Grote, K.; Levine, E. & Mango, P.D. (2006). *US hospitals for the 21st century*. New York: McKinsey Quaterly.
260. Guartambel, C. P. (2006). *Justicia indígena*. Cuenca: Universidad de Cuenca.
261. Guillem, F. C., Llivina, T. S., Torell, J. M. R., García, R. C., Ruiz, C. J., García-Aranda, V. L., et al. (2009). Consensi sobre la atención sanaitaria del tabaquismo en España (Consensus on Health Assistance for Smoking Control in Spain). *Rev.Esp.Salud Publica*, 83 (2): 176-200.
262. Gutiérrez, S., Marañon, A., Poch, E., & Prat, O. (2010). Factores que influyen en la elección de los estudios de enfermería. *Enfermería clínica*, Vol. 20, Nº. 4: 236-242.
263. Gutiérrez-Martínez, M. O. & Luciano-Soriano S.C. (2006). Un estudio del dolor en el marco de la conducta verbal: De las aportaciones de W. E. Fordyce a la teoría del marco relacional. *International Journal of Clinical and Health Pysychology*, 6:169-188.

264. Guzmán, A., González, C., Iliana, M., Piña, G., Aurora, M., Flores, S., et al. (2012). Madeleine Leininger: Un análisis de sus fundamentos teóricos. *Enfermería Universitaria*, 4 (2): 26-30.
265. Hahn, R., & Kleinman, A. (1983). Biomedical practice and anthropological theory: Frameworks and directions. *A.R.A., Annual review of anthropology*, 12: 305-333.
266. Hannerz, U. (1998). *Conexiones transnacionales: cultura, gente, lugares*. Valencia. Universitat de Valencia.
267. Hardman, J., & Limbird, L. et. al. (1996). *Las bases farmacológicas de la terapéutica*, 9. ed. Ciudad de México: Mc Graw-Hill Interamericana
268. Hayek, F. A., & Vergara, J. (1990). *Camino de servidumbre*. Madrid: Alianza.
269. Hayek, F. A. (Ed.). (1952). *The counter-revolution of science. Estues the abuse of reason*. New York: Free Press Glencoe.
270. Hayes, W. J. (1959). Twenty Thousand Nurses Tell Their Story: A Report on the American Nurses' Association Studies of Nursing Functions. *Social Forces*, 37(4): 377-378.
271. Heidegger, M. (1994). *¿Quién es el Zaratustra de Nietzsche?* Conferencias y artículos, Barcelona, Serbal: 75-94.
272. Henderson, V. (1964) The nature of nursing. *American Journal of Nursing*, 64: 62-68.
273. Henderson, V. (1966). *The nature of nursing: A difinition and its implication for prattice, research, and education*. New York: Macmillan.
274. Henderson, V. (1971). *Principios básicos de los cuidados de enfermería*. ed. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermería.
275. Henderson, V. (1971). Health is everybody's business. *Canadian nursing* 67: 31-34.
276. Henderson, V. & Nite, G.A. (1978) The principles and practice of nursing. 6 th. ed. New York: Macmilan. Publishing Co.,Inc.
277. Henderson, V. (1982) The nursing process is the title right. *Journal of Advanced Nursing* 7: 103-109.
278. Hernandez, M. (1996). *Historia de la enfermería en España, desde la antigüedad hasta nuestros días*. Madrid: Sintesis.
279. Herskovits, M. (1995 -1948). *El hombre y sus obras*. México, Fondo de Cultura Económica.

280. Herzlich, C., & Pierret, J. (1989). *The construction of a social phenomenon: AIDS in the French press. Social science & medicine*, 29 (11): 1235-1242.
281. Hick, J. (Ed.). (2004). *An interpretation of religion: Human responses to the transcendent. Second Edition*, New Haven and London: Macmillan Press. Ltd.
282. Hirsh, A., Jensen, M. P., & Robinson, M. E. (2010). Evaluation of Nurses' Self-Insight Into Their Pain Assessment and Treatment Decisions. *The Journal of Pain*, 11(5): 454-461.
283. Hill, P. C., & Pargament, K. I. (2008). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: Implications for physical and mental health research.
284. Hochbaum, G. (1958). *Public participation in medical screening programs: A socio-psychological study*. Public Health Service Publication. Washington, D.C.: US Government Printing Office.
285. Holland, J. C., & Weiss, T. R. (2010). History of psycho-oncology. *Psycho-oncology*: 3-14.
286. Howard, S. et. al. (Ed.). (1961-2009). *Student culture in medical school. (Boys in White. eleventh printing 2009)*. Chicago: University of Chicago Press.
287. Hughes, E. C., MacGill, H., & Deutscher, I. (1958). *Twenty thousand nurses tell their story*. Philadelphia: J.B. Lippincott Co.
288. Garijo, J. A. P. (1997). Tratamiento de un caso de hipocondría con rituales obsesivos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2 (2): 181-190.
289. Iglesias, P. M. S. (2011). *El Reformismo Social y Sanitario de Concepción Arenal, una contribución a la identidad de la enfermería contemporánea*. ECU. Alicante. Editorial Club Universitario.
290. Inda, C. (2006). La teoría de la estratificación social de Weber: un análisis crítico. *Rev. austral ciencias. Sociológicas*: 11: 5-24.
291. Innes, S. (2005). Psychosocial factors and their role in chronic pain: A brief review of development and current status. *Chiropractic & Manual Therapies*, 13(1): 6.
292. Issner, J. B., Cano, A., Leonard, M. T., & Williams, A. M. (2012). How do I empathize with you? let me count the ways: Relations between facets of pain-related empathy. *The Journal of Pain*, 13 (2): 167-175.

293. Jahoda, M. (1958). Current concepts of positive mental health. *Illness monograph series. Vol 1* New York: American Psychological Association.
294. Jairo, J. et. al. (2008). Aspectos neurobiológicos, psicológicos y sociales del sufrimiento. *Psicooncología*, 5 (2): 245-256.
295. Janz, N. & Becker, M. (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly*, (11): 1- 47.
296. Jenkinson, T. (1997). Adolescents as reflective practitioners: Implications for nurse education. *Nurse Education Today*, (17): 58-61.
297. Johanson, N. & Lally, T. (1991). Effectiveness of a death education program in reducing death anxiety of nursing students. *Omega Journal of Death and Dying*, (22): 25-23.
298. Joly, A., & Ecoffey, C. (1998). Douleur postopératoire. Spécificités de l'enfant de moins de 5 ans, néonatalogie exclue. *Ann Fr Anesth Reanim*, 17: 633-641.
299. Jovell, A. J., Navarro Rubio, M. D., Fernández Maldonado, L., & Blancafort, S. (2006). Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario. *Atención Primaria*, 38 (3): 234-237.
300. Juliano, M. D. (1993). *Educación intercultural: escuela y minorías étnicas* Madrid. Eudema Universidad.
301. Kantorowicz, E. H. (1993). *The king's two bodies: a study in mediaeval political theology*. (Princeton, N.J.: Princeton University Press. 1957).
302. Kar, S. (1989). *Health promotion indicators and actions*. New York: Springer.
303. Katon, W., Egan, K., & Miller, D. (1985). Chronic Pain: Lifetime Psychiatric Diagnoses. *Am J Psychiatry*, 142 (10): 1156-1160.
304. Katz, P. (1997). *Promoting health: Knowledge and practice*. Editors Macmillan: London.
305. Kenley, R. (1995). *Problem based learning: within a traditional teaching environment*. AUBEA Conference, University of Technology Sydney. Paper presented at the New South Wales. Disponible en: http://www.arbld.unimelb.edu.au/~kenley/conf/papers/rk_a_p1.htm, [Consultado 23/09/2012].
306. Kiger, A. M. (1994). Student nurses' involvement with death: The image and the experience. *Journal of Advanced Nurse*, 20: 679-686.
307. Kirstch, J., Haefner, D., Kegeles, S., Rosensstock, I. (1966-67). A national study of health beliefs. *Journal Human Behavior*: 242-54.

308. Kleiman, A. (Ed.). (1997). Everything that really matters: Social suffering, subjectivity, and the remarking of human experience in a disordering world, William James lecture on the varieties of religious experience, mimeografiado. *Harvard Theological Review*, 90(03): 315-336.
309. Kontroverse, E. (1999). *Reflexive Modernisierung*. [El original del presente texto es una versión abreviada de «Das Zeitalter der Nebenfolgen und die Politisierung der Moderne», en: Ulrich Beck/Anthony Giddens/Scott Lash (eds.), *Reflexive Modernisierung. Eine Kontroverse*, Frankfurt am Main: 18-19.
310. Kottak, C. P. (2004). An anthropological take on sustainable development: A comparative study of change. *Human organization*, 63(4): 501-510.
311. Kottow, M. (2008). Bienestar, dolor y sufrimiento. *Diccionario Latinoamericano de Bioética*. Santiago: Universidad de Chile.
312. Krikorian, A., Jairo, J., & Vélez, M. C. (2008). Aspectos neurobiológicos, psicológicos y sociales del sufrimiento. *Psicooncología*, 5 (2): 245-256.
313. Krivoy, S., Tabasca, M., Adelaide, W., & Díaz, M. (2010). El dolor en la historia. In: C.Aoñ Soulié y L.Briceño I.(Eds.): *Colección Razetti, Vol. X*, Caracas: Ed. Ateproca:163-224.
314. Kroeber, A. L. (1949). An authoritarian panacea. *American Anthropologist*, 51(2): 318-320.
315. Kroeber, A. L. (1949). The concept of culture in science. *The Journal of General Education*, 3 (3): 182-196.
316. Kroeber, A.L. & Kluckhohn (1952-1963). Culture: A Critical Review of Concepts and Definitions. *Papers of peabody Museum of American Archeology*, Cambridge, Mass, Harvard University Press, Vol. XLVI, nº 1: 38-40.
317. Kuhn, T.S. (1970) *The estructura of scientific revolution*. Chicago: University of Chicago Press.
318. Lachmund, J., & Stolberg, G. (1992). Introduccion, en Lachmund, J.; Stolberg, G. eds., *The social construction of illnes and medical Knowledge en past and present*. Stuttgart: Franz Steiner: 85-101.
319. LaDou, J., & de la Garza Estrada, V.Á. (2005). *Diagnóstico y tratamiento en medicina laboral y ambiental. El Manual Moderno. 3ª ed.* México: Manual Moderno.
320. Laín, P. (1984). *Antropología médica para clínicos*. Barcelona: Salvat.

321. Laín, P. (2005). *La curación por la palabra en la antigüedad clásica (Vol. 13)*. Barcelona. Editorial: Anthropos.
322. Lain, P. (1966). La enfermedad como experiencia. Azorín, Laín, Marias, Aranguren, Menéndez Pidal. *Experiencia de vida*. Madrid: Alianza Editorial SA: 51-107.
323. Laurel, C. (1985). *El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina*. Ponencia presentada en el coloquio "La Santé en Amerique Latine, realitsocio-politique et projects dessoins primaires. Montréal: AMALC.
324. Laurel, C. & Noriega, M. (1987). Proceso de trabajo y salud en Sicartsa. *Cuadernos Médicos Sociales*: 40: 25-47.
325. Lazarus, A. (1968). *Behavior therapy in groups. Basic approaches to group psychotherapy and group counseling*. New York: McGraw-Hill.
326. Leavell, H. R., & Clark, E. G. (1953). *Textbook of preventive medicine. Textbook of Preventive Medicine*, New York: McGraw-Hill.
327. Le-Breton, D. (Ed.). (2002). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva visión.
328. Leininger, M. (1970). *Nursing and anthropology: Two worlds to blend* New York: John Wiley.
329. Leininger, M. (1978). *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, and Practice*. New York: Jhon Wiley& Sons.
330. Leininger, M. (1981). *Caring: An essential human need: Proceedings of the three national caring conferences*. Wayne State University Press.
331. Leininger, M. (1984). *Care: the essence of nursing and health*. In N. J. Thoforade, & I. Charles B.Slack (Eds.), Michigan: Wayne State University Press: 7-67.
332. Leininger, M. (1985). *Qualittive research methods in nursing*. New York : Grune & Stratton.
333. Leininger, M. (1986). Care facilitation and resistance factors in the culture of nursing. *Topics in clinical nursing*, 8 (2): 1-12.
334. Leininger, M. (1988). Leininger's theory of nursing: Cultural care diversity and universality. *Nursing science quarterly*, 1 (4): 152-160.
335. Leininger, M. (1991). *Culture Care Diversity and Universality Theory. Nursing*. New York: National League for Nursing Press.

336. Leininger, M. (1997). Transcultural nursing research to transform nursing education and practice: 40 years. *Journal of nursing scholarship*, 29 (4): 341-348.
337. Leininger, M. (1999). Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural. Cultura de los cuidados: *Revista de enfermería y humanidades*, (6): 5-12.
338. Leininger, M. (1995). Transcultural Nursing Concepts. Theories, Research & practices second Chapter 3. Overview of Leininger's Culture Theory, Madeleine Leininger Edition. McGraw- Hill, Inc College Costom Series. Lowdermilk, D. Perry, S. & Bobak, J. New York: 3-52
339. Leininger, M. (2001). Current issues in using anthropology in nursing education and services. *Western journal of nursing research*, 23(8): 795-806.
340. Leininger, M. & McFarland, M. R. (Eds.). (2006). *Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory*. Canada: Jones & Bartlett Learning.
341. Leininger, M. (2007). Theoretical questions and concerns: Response from the theory of culture care diversity and universality perspective. *Nursing science quarterly*, 20(1): 9-13.
342. Leno, D. (2006). Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. *Gazeta Antropológica*: 22: 32.
343. Lenski, G. E., & Bixio, R. (1969). *Poder y privilegio: Teoría de la estratificación social*. Buenos Aires: Paidós.
344. Le Play, F. (1871). *L'Organisation de la famille, selon le vrai modèle signalée per l'histoire de toutes les races et de tous les temps*, Tours: Mame et Fils.
345. Lerheim, K. (1990). Nursing research developments in Norway. *International journal of nursing studies*, 27(2): 139-145.
346. Leriche, R., de Bernardo, J. M., Mateo, E. V., & Duarte, P. G. (1942). *La cirugía del dolor*. Madrid: Morata.
347. Lewin, K. (Ed.). (1951). The nature of field theory in: Marx MH (editor). *Psychological theory*. New York: Macmillan: 648.
348. Lewin, K. (Ed.). (1935). *A dynamic theory of personality*. New York: McGraw-Hill.
349. Lewis, R., & Spencer, D. (1986). *What is Open Learning?* CET. Open Learnin Guide., 1(2): 5-10.
350. Lewontin, R. C. (1993). *The doctrine of DNA. Biology as ideology*, Harmondsworth: Penguin.

351. Lima, G., Aldana Vilas, L., Casanova Sotolongo, P., Casanova Carrillo, P., Casanova Carrillo, C., & García Gutiérrez, E. (2003). *Influencia del estrés ocupacional en el proceso salud-enfermedad. Revista Cubana De Medicina Militar*, 8 2003 (32) 2:0-0. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572003000200011&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1561-3046. 2 [Consultado 10/06/ 2013]
352. Linden, A. et. al. (Ed.). (1999). *Ejercitar la mente. PNL para una vida mejor*. Barcelona: Paidós Ibérica S.A.
353. Lincoln, Y.S. & Guba, E. G. (1995). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, California, EUA: Sage Publications, Inc.
354. Lipson, J. (2002). Temas culturales en el cuidado de enfermería; Cultural issues in nursing care. *Invest.educ.enferm*, 20(1): 59-68.
355. Liu, L., Buchner, E., Beitz, D., Schmidt-Weber, C. B., Kaefer, V., Emmrich, F., et al. (1996). Amelioration of rat experimental arthritides by treatment with the alkaloid sinomenine. *International journal of immunopharmacology*, 18 (10): 529-543.
356. Livingston, W. (1943). *Pain mechanisms: Physiologic interpretation of causalgia and its related state*. Oxford: England: Macmillan.
357. Loeser, J. (2000). Pain and suffering. *The Clinical journal of pain*, 16 (2): S2-S6.
358. Loftus, L. (1998). Student nurses' lived experience of the sudden death of their patients. *Journal of Advanced Nursing*, (27): 641-648.
359. López, T. M. T. (2002). Una aproximación cualitativa al estudio de las enfermedades crónicas: las representaciones sociales. *Revista Ciencias Sociales. Universidd de Guadalajara*. 23.
360. López, A. E., Esteve Zarazaga, R., & Rodríguez Parra, M. (2000). Represión emocional y estrategias de afrontamiento en dolor crónico oncológico. *Psicothema*, 12(3): 339-345.
361. Lynd, S., & Hayden, T. (1967). *The other side*. New York: New American Library.
362. LLacuna, J. (1996). La enseñanza lógica de la prevención. *Salud y Trabajo*, 118 (6): 24-32.
363. LLacuna, J. & Beltrán, R. (1996). *La comunicación interpersonal. Apuntes sobre la comunicación humana para profesionales de la salud*. Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria. Insalud:123-141.

364. LLacuna, J. (1998). *Comunicación interpersonal: El efecto palo alto*. Int: Ntp 312, Barcelona: Instituto Nacional de Condiciones del Trabajo.
365. LLacuna, J. (1998). *Cambio de conducta y comunicación (II): metodología de actuación*. Ntp 505, Barcelona: Instituto Nacional de Condiciones del Trabajo.
366. LLacuna, J. (2001). *La persuasión como técnica comunicativa en prevención de riesgos laborales (I)*. Int: Ntp 665. Barcelona: Instituto Nacional de Condiciones del Trabajo.
367. LLacuna, J., & Franco, (2005) *La comunicación en las organizaciones*. Int: Ntp 685, Barcelona: Instituto Nacional de Condiciones del Trabajo.
368. Maalouf, A., & Villaverde, F. (Eds.). (1999). *Identidades asesinas* Madrid: Alianza.
369. MacMahon, B. & P.,T. (Ed.). (1975). *Principios y métodos de epidemiología*. (2ª ed.). México: Prensa Médica Mexicana.
370. MacRae, D. G. (1975): «The body and social metaphor», en J. Benthall y T. Polhemus (eds.), *The Body as a Medium of Expression. An Anthropology*, New York: Dutton: 59-73.
371. Maestre, J. (2004). *Elementos de antropología pedagógica*. Madrid: Ediciones Rialp.
372. Maestre, J., en Pedagogía, L., & de Pedagogía, C. F. (2008). *Antropología de la educación. Complementos de Formación de Pedagogía.Grupo MI*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
373. Maglio, I. (1998). La medicalización de la vida como causa de reclamos contra la práctica médica. *Simposio comité ética*, Buenos Aires: 58(5/2).
374. Mahoney, M. J., & DeMonbreun, B. G. (1977). Psychology of the scientist: An analysis of problem-solving bias. *Cognitive therapy and research*, 1(3): 229-238.
375. Malgesini, G., & Giménez- Romero, C. (Eds.). (1997). *Guía de conceptos sobre migraciones, racismo e interculturalidad. La Cueva del Oso*. Madrid: Edición revisada en Los libros de La Catarata.
376. Malinowski, B., & Cortázar, A. R. (1981). *Una teoría científica de la cultura* Barcelona. Edhasa. D.L.: 212.
377. Mandin, H. (1999). *Curricula for the education of medical students: conceptual guidelines for medical schools. Nuevas estrategias en la formación del médico del siglo XXI*". 1ª ponencia del XIV

- Congreso Nacional de la Sociedad Española de Educación Médica. *Medical Education*, 33: 470-471.
378. Mandin, J. et. al. (1998). Cómo ayudar a los estudiantes a aprender a pensar como expertos cuando solucionan problemas clínicos. *Educación Médica*, 1 (2): 22-30.
379. Manso, J. (2000). ¿Qué enseñar en ciencias de la salud?. Técnicas para definir competencias y perfiles profesionales (1ª parte). *Educación médica*, 3 (2): 61-68.
380. Markides, K. S., & Cooper, C. L. (1987). *Retirement in industrialized societies: social, psychological, and health factors*. New York: John Wiley & Sons.
381. Martínez, Á. (2003). Byron J. Good, Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica. *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*, (19): 171-174.
382. Martins, J., Alvaenga, A., Siqueira, A., Szarjara, S., Lima, F. (1987). As determinações biológica e social da doença: Um estudo de anemia ferropriva. *Revista De Salud Pública*, (21): 73-89.
383. Marriner, A. (1989) *Modelos y teorías de enfermería*. Barcelona: Ed. Rol S.A.
384. Marx, M. H., Hillix, W. A., & Butelman, E. (1974). *Sistemas y teorías psicológicos contemporáneos*. Barcelona: Paidós.
385. Maslow, A. (1991). *Motivación y personalidad*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
386. Mason, S. (Ed.). (1986). *Historia de las ciencias*. Madrid: Alianza Editorial.
387. Mauksch, H. O. (1973). Ideology, interaction and patient care in hospitals. *Social Science & Medicine* (1967), 7(10): 817-830.
388. Maurel, M. (2009): The explicitation interview: examples and applications. *Journal of Consciousness Studies*, 16 (10-12): 58-89.
389. Mary Douglas (1970-1973) En Monográfico sobre perspectivas en sociología del cuerpo. *REIS. Revista española de investigaciones sociológicas*. Nº 68: 14.
390. May, J. (1997). Medical geography: Its methods and objectives. *Social Science and Medicine*, 5: 715-730.
391. Mazarrasa, L. et. al. (1996). *Enfermería Profesional salud pública y enfermería comunitaria*. Madrid: McGraw Hill. Interamericana de España.

392. McCaffery, M., & Beebe, A. (1992). *Manual clínico para la práctica de enfermería*. Barcelona: Salvat (edición original en inglés, 1991).
393. McCaffrey, M., & Ferrell, B. R. (1997). Nurses' knowledge of pain assessment and management: How much progress have we made? *Journal of pain and symptom management*, 14 (3): 175-188.
394. McDonald, S., Hetrick, S., & Green, S. (2003). *Educación prequirúrgica para el reemplazo de cadera o de rodilla. (Revisión Cochrane traducida)*. En: *La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4*. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library, 2008 Issue 3*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). [Consultado 22/07/2012]
395. McKevitt, C., & Morgan, M. (1997). Anomalous patients: the experiences of doctors with an illness. *Sociology of health & illness*, 19(5): 644-667.
396. Mead, G. H. (1934-1968). *Espíritu, persona y sociedad. Desde el punto de vista del conductismo social*. Barcelona: Paidós.
397. Mead, G.H. (2009) *Mind, Self, and Society: From the Standpoint of a Social Behaviorist* (Google eBook). Chicago: University of Chicago Press.
398. Mechanic, D., & Volkart, E. H. (1960). Illness behavior and medical diagnoses. *Journal of health and human behavior*, 1(2): 86-94.
399. Meldrum, M. L. (2003). A capsule history of pain management. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 290(18): 2470-2475.
400. Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: a new theory. *Science*, 150: 971-978.
401. Mena, A. J. (2007). La antropología aplicada, la medicina tradicional y los sistemas de cuidado natural de la salud. Una ayuda intercultural para los padecimientos crónicos. Universidad de Salamanca. Instituto de investigaciones antropológicas de Castilla La Manacha. *Revista Gazeta de Antropología*, 23: 14.
402. Méndez, R. M., & Porto Currás, M. (2008). Una experiencia didáctica desde el ABP: la satisfacción de docentes y estudiantes. *Revista Iberoamericana de Educación*, 46(5): 9.
403. Menéndez, E. (1994). *La enfermedad y la curación ¿Que es la medicina tradicional?* Alteridades, 4 (7): 71-83.
404. Menéndez, E., & Campos Navarro, R. (1992). Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. In: Campos Navarro R, comp. *La antropología*

médica en México. México: Instituto Mora/Universidad Autónoma Metropolitana: 97-114.

405. Menéndez, E. (2000). *Factores culturales: de las definiciones a los usos específicos*. Paper presented at the Medicina y cultura: Estudios entre la antropología y la medicina, Bellaterra: 163-188.
406. Mercado, J. (2000). El proceso de análisis de los datos en una investigación sociocultural en salud. En Mercado Martínez FJ, Torres López TM (compiladores). *Análisis Cualitativo en Salud. Teoría, Método y Práctica*. México: Universidad de Guadalajara: 47-72.
407. Mercado-Martínez, F. (1999). La perspectiva de los sujetos enfermos. Reflexiones sobre pasado, presente y futuro de la experiencia del padecimiento crónico. *Cad. Saúde Pública*, 15(1): 179-186.
408. Merskey, H., & Bogduk, N. (1994). *Classification of chronic pain*, Seattle: IASP Press.
409. Mezei, L., & Murinson, B. B. (2011). Pain education in north american medical schools. *The Journal of Pain*. 12(12): 1199-1208.
410. Michaud, J. F. (1858). *Historia de las Cruzadas, traducción de D.J.F. Saenz de Urraca*. S. Barcelona: ExLibris.
411. Mills, A. & Gilson, L. (1988). Health Economics for Developing Countries: A survival kit. *England: EPC publication n°*. 17.
412. Mishler, E. G. (1981). *Social contexts of health, illness, and patient care* Cambridge: Cambridge Univ. Press.
413. Mitchell, M. (2005). Preparing student midwives to care for bereaved parents. *Nurse Education in Practice*, 5 (2): 78-83.
414. Moltó, J., Montañés, S., Poy, R., Segarra, P., Pastor, M., Tormo, M. P., et al. (1999). Un método para el estudio experimental de las emociones: el International Affective Picture System (IAPS). Adaptación española. Revista de psicología general y aplicada: *Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 52 (1): 55-87.
415. Montero, I., & León, O. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(1): 115-127.
416. Montoya, P. (2007). *La estética del dolor crónico*. Financiado por Investigación del Ministerio de Ciencia e Innovación y Fondos FEDER (referencia #SEJ2007-62312) y de la Fundació La Marató de tV3. Madrid: Neuroestética.
417. Mora, F. (2003). *¿Diana contra la vejez?*. El cultural.es, books.google.es/books. www.elcultural.es. Edita: Prensa Europea S.A.

418. Moreno, L. (2003). *Ciudadanía, desigualdad social y Estado del bienestar. Unidad de políticas comparadas. (CSIC)*. Documento de trabajo, 03, 08. Madrid. España: CSIC.
419. Moreno, L. (2004). *Reforma y reestructuración del Estado del Bienestar en la Unión Europea. (CSIC)*. Documento de trabajo, 04, 09. Madrid España: CSIC.
420. Morris, D. (1996). *The culture of pain*. Los Angeles: University of California Press, Berkeley y Los Angeles, California.
421. Morris, J. (1985). *Aplicaciones de la epidemiología*. Barcelona: Salvat Editores.
422. Morse, J. (1996). *The Praxis Theory of Suffering*. Utah: University of Utah.
423. Morse, J. (2001). Toward a praxis theory of suffering. *Advances in Nursing Science*, 24(1): 47.
424. Moulin, D. E., Amireh, R., Sharpe, W., Boyd, D., Merskey, H., & Iezzi, A. (1996). Randomised trial of oral morphine for chronic non-cancer pain. *The Lancet*, 347(8995): 143-147.
425. Moix Queraltó, J., & Cano Vindel, A. (2006). Guía de práctica clínica para la lumbalgia inespecífica basada en la evidencia científica. *Ansiedad y Estrés*, 12(1): 117-129.
426. Muñoz Cobos, F., Espinosa Almendro, J. M., Portillo Strempell, J., & Benítez del Rosario, M. A. (2002). Atención a la familia. *Atención primaria*, 30(9): 576-580.
427. Multanovski, M. (1967). *Historia de la Medicina*. La Habana: Academia de Ciencias de Cuba.
428. Muriel, C., & Madrid, J. (1995). *Estudio y tratamiento del dolor agudo y crónico*. Madrid: Ela: 50.
429. Mushkin, S. (1962). Health as an investment. *Journal of political economy*, 2: 129-157.
430. Nabal, M., Madrid, F., Trelis, J., Pérez-Hernández, C., Sánchez-Domínguez, F., Martínez-Calderón, F., et al. (2002). Dolor episódico: definición, etiología y epidemiología. *Rev Soc Esp Dolor*, 9(2): 88-93.
431. Nagy, S. (1999). Strategies used by burns nurses to cope with infliction of pain on patients. *Journal of Advanced Nursing*, (29): 14-27.
432. Naidoo, J., Wills, J. (2000-2009). *Health promotion: foundations for practice*. (2nd. edition). London: Bailliere Tindall. Elsevier.
433. Neimeyer, R. A., & Ramírez, Y. G. (2007). *Aprender de la pérdida: una guía para afrontar el duelo*. Paidós. Barcelona.

434. Nicolás-Gavilán, M. T. (2010). Persona multicultural, comunicación intercultural. La propuesta de Amin Maalouf. *Comunicación y sociedad*, (14): 199-216.
435. Nietzsche, F. (2008). *Así habló Zaratustra*, 3ª edición. Madrid: Biblioteca Edaf.
436. Nilan, P. (2004). Culturas juveniles globales. *Revista de Estudios de Juventud*, 64: 38-48.
437. Noble, S. (1988). *A Multicausal Solution? Hidden Arguments*. New Brunswick: Rutgers University Press.
438. Nutbeam, D., Harris, E. (1998). *Theory in a nutshell: a practitioner's guide to community used theories and models in health promotion*. Sydney: National Centre for Health Promotion.
439. Nyswander, D. (1967). The open society: Implications for health education. *Health Education Monthly*, (22): 3-13.
440. Olsen, V. & Whittaker, E. (1968). *The Silent Dialogue*. San Francisco: Jossey Bass,
441. O'Neil, J. (1985). *Five Bodies: The Human Shape of Modern Society*, Ithaca y London: Cornell University Press.
442. Oriol, A. (1997). *El coneixement i la competència professional*. Disponible en:
<http://www.iesalut.es/pensaments/reflex_epist/reflex_epist_index.asp
[Consultado: 12/12/2013].
443. Orr, R., & et al. (1995). Cross cultural considerations in clinical ethics consultations. (Archives of Family Medicine, 159). *The American Journal of Medicine*, 101(2): 135-141.
444. Ortega-López, R. M. (2006). Cultura del dolor, salud y enfermedad: Percepción de enfermería, usuarios de salud y curanderos. *Cultura de los cuidados*, año X, nº 19: 63-72.
445. Otegui, R. (2000). Factores socioculturales del dolor y el sufrimiento. In Perdiguero, E. y J.M. (eds.). *Medicina y cultura*. Barcelona, Bellaterra: Comelles: 101-161.
446. Ovejero, F. (1986). Durkheim y la moral: un positivismo en transición. *Papers: revista de sociologia*, núm.26: 125-143,
447. Páez, D., Fernández, I., Campos, M., Zubieta, E., & Casullo, M. (2006). Apego seguro, vínculos parentales, clima familiar e inteligencia emocional: socialización, regulación y bienestar. *Ansiedad y estrés*, 12(2-3): 329-341.

448. Palier, B. & Mandin, C. (2004), 'France: A New World of Welf are for New Social Risks?' in Taylor-Gooby, P. (ed.), *New Risks, New Welfare: The Transformation of the European Welfare*. Oxford: Oxford University Press.
449. Páramo, D. (2000). Salud, enfermedad y desarrollo de la población infantil." Cuidado de la salud en la niñez. *Ceja*: 11-32.
450. Parkes, C. (1998). Bereavement in adult life. *BMJ*, 316: 856-9. [Links].
451. Parsons, T., & Fox, R. (1952). Illness, therapy and the modern urban American family. *Journal of Social Issues*, 8(4): 31-44.
452. Parsons, T. (1964). (1951) The social system. London: Collier-MacMilan Limited.
453. Pastor, V., Poveda, J.& Rodríguez, I. (2000). Evaluación de algunos aspectos psicosociales de los estudiantes de medicina de la universidad autónoma de Madrid. *Revista De Educación Médica*, (3): 122-140.
454. Patient, O. A. (2009). Sufrimiento Existencial Relacionado al Bloqueo con las Fuentes de Sentido en la Persona Mayor Paciente Paliativa. *Revista El Dolor*, 52: 16-24.
455. Paulov, I. P. (1986). *Reflejos condicionados e inhibiciones*. Barcelona: Planeta-De Agostini.
456. Pavlov, I. P. (1999). *Fisiología y psicología*. Madrid: Ediciones Altaya, SA.
457. Pelegrina, H. (2006). *Fundamentos antropológicos de la psicopatología*. Madrid: Ediciones Polifemo.
458. Perdiguero, E., & Comelles, J. M. (2000). *Medicina y cultura: Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Bellaterra.
459. Pérez-Cajaraville, J., Abejón, D., Ortiz, J., & Pérez, J. (2005). El dolor y su tratamiento a través de la historia. *Rev Soc Esp Dolor*, 12: 373-384.
460. Pernick, M. S. (1994). *A calculus of suffering: pain, professionalism, and anesthesia in nineteenth century America*. New York: Columbia University Press.
461. Pierret, J. (Ed.). (1984). *Les significations sociales de la santé*: Paris: L'Esso, L'Herault.
462. Pichot, P. (1979). *Cuestionario PNP* (revisada). Madrid: TEA Ediciones.

463. Pinker, S. (1997-2001). *Cómo funciona la mente*. Barcelona: Destino.
464. Pinker, S., & Jackendoff, R. (2005). The faculty of language: what's special about it? *Cognition*, 95(2): 201-236.
465. Piña, B. (1990). *Modelos de explicación sobre la determinación del proceso Salud-Enfermedad. Factores de riesgo en la comunidad*. (Tomo I) México, D. F: Universidad Autónoma de México.
466. Plaza del Pino, F., & Soriano, E. (2009). Formación de los profesionales de enfermería: Cuidar en la sociedad multicultural del siglo XXI. *Index de Enfermería*, 18(3): 190-194.
467. Polhemus, T. (1978). *Social Aspects of the Human Body*, Harmondsworth: Penguin Books.
468. Polit, D. (1999). Principles and methods. *Nursing research*: 273–86.
469. Polgar, S. (1962). Health and human behavior: areas of interest common to the social and medical sciences. *Current Anthropology*, 3: 159.
470. Porta, M. (2010). Pain suffering: body, self and society. *Gaceta Sanitaria*, 24 (3): 263-264.
471. Porter, M. (1996). *Ventaja Competitiva*. México: Compañía Editorial Continental SA.
472. Porter, M. E. & Teisberg, E. (2006) Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition On Results. Harvard: Harvard Business School Press.
473. Porter, S. (1992). Women in a women's job: The gendered experience of nurses. *Sociology of health and illness*, 14: 510-527.
474. Pôrto, W. G., Bertolucci, P., Ribeiro, R. L., & Bueno, O. F. A. (2008). Um estudo dos relatos afetivos subjetivos a estímulos do International Affective Picture System em uma amostra geriátrica brasileira. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*, 30(2): 131-138.
475. Poulantzas, N. (Ed.). (1968). *Poder político y clases sociales en el estado capitalista*. México: Siglo XXI.
476. Prescott, P. & Bowen, S. (1985) Physician nurse relationship . *Annals of Internal Medicine*. 103: 127-133.
477. Prada, M., & Marques, T. G. (2006). *Normas da valência das imagens do Ficheiro de Imagens Multicategoriais (FIM)*. Portugal. Instituto Superior de psicologia aplicada. Laboratorio de Psicologia, 4(1): 109-137.

478. Psathas, G., & Waksler, F. C. (1973). Essential features of face-to-face interaction. *Phenomenological sociology: Issues and applications*: 159-183.
479. Pettenkofer, M. (1887) *El estado actual de la cuestión del cólera*. Munich y Leipzig: R. Oldenbourg Verlag.
480. Puga, M. L. (2005). La identidad del dolor: ¿lesión, congoja, lamento o neuromatriz?. *Salud Mental*, 28 (2): 13.
481. Purnell, L. (2000). A description of the Purnell model for cultural competence. *Journal of Transcultural Nursing*, 11(1): 40-46.
482. Ragucci, A. T. (1972). The ethnographic approach and nursing research. *Nursing research*, 21(6): 485-490.
483. Ramazzini, B. (1969). Physician of the tradesmen. *Journal of the American Medical Association JAMA* 210 (13): 2391-2.
484. Ramazzini, B. (1985). *Doenças dos trabalhadores*. Sao Paulo: Fundacentro.
485. Ramírez, M. I. (2011). Teorías implícitas de la creatividad y formación docente: los significados de la creatividad en la licenciatura de educación preescolar para el medio indígena. *Proyecto de investigación: 1990: unidad 071 de la Universidad Pedagógica Nacional, Universidad de Murcia*.
486. Ramírez-Maestre, C. (2002). Las características personales en la experiencia de dolor y en el proceso de afrontamiento. *Escritos de psicología*, (6): 40-52.
487. Ramonet, I. (1995). Pensamiento único y nuevos amos del mundo, in Chomsky & Ramonet, *Como nos venden la moto*, Barcelona: Icaria (Ed.): 55-98.
488. Ratey, J. J., & Galaburda, A. M. (2001). *A User's Guide to the Brain*. New York: Pantheon Books.
489. Redfield, R. (1962). The primitive world view. En Redfield, M.P. (ed) *Human nature and the study of society: The papers of Robert Redfield*, University of Chicago Press: 446.
490. Reinoso-Barbero, F. (2000). El dolor de los niños: ¿un gran desconocido o un gran olvidado?. *Rev Soc Esp Dolor*, 7: 277-278.
491. Renau, E. (2000). Nuevas maneras de formar. Disponible en: *ducaweb.com:2000*
<http://www.educaweb.com/esp/secciones/debate/text.asp?id=100321&sec=27&op=4>. [Consultado 14/12/2013].

492. Reynolds, P. (1971). *A primer in theory construction*. Indianapolis: Bobbs-Merrill.
493. Rhead, M. (1995). Stress among student nurses: is it practical or academic? *Journal of Clinical Nursing*, 4(6): 369-376.
494. Rivers, W. (1910). La elaboración y utilización de genealogías en las investigaciones antropológicas. *The Sociological review*: 3: 1-12.
495. Rocha, A. (1997). Controversia sobre la política en la modernidad. *Espiral*, (008): 25-45.
496. Rodney, M. (1973-1970). *Sociología de la medicina*. Madrid: Editorial Alianza.
497. Rodríguez, J. L. (2001). Multiculturalismo. El reconocimiento de la diferencia como mecanismo de marginación social. *La Gazeta de Antropología*. nº 17, Artículo 04.
498. Rodriguez, V., Ortiz, V., Palao, T., Avedillo, C., Sánchez, C., & Chinchilla, C. (2002). Síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de pacientes oncológicos y en sus cuidadores. *The European journal of psychiatry (edición en español)*, 16 (1): 27-38.
499. Rohrbach, C. (2007). En búsqueda de un cuidado universal y cultural. *Revista Investigación y Educación en Enfermería*, 25(2): 116-121.
500. Romera, E., Perena, M., Perena, M., & Rodrigo, M. (2000). Neurofisiología del dolor. *Rev Soc Esp Dolor*, 7 (Supl II): 11-17.
501. Romy, D. (1992). Pain management: know the facts. *The Canadian Nurse*, 88 (6): 26-27.
502. Rosen, G. (Ed.). (1943). *The history of miners' diseases, a medical and social interpretation*. New York: Shuman's.
503. Rosenberg, C. E. (1987). *The cholera years: The United States in 1832, 1849, and 1866*. Chicago: University of Chicago Press.
504. Rosenberg, C. E. (1988). Disease and social order in América: Perceptions and expectation, in Free, E. & Fox, D.M. (eds.), *AIDS. The burdens of history*, Berkeley, CA: University of California Press:12-32.
505. Rossi, I., & O'Higgins, E. (Eds.). (1981). *Teoría de la cultura y métodos antropológicos*. Barcelona: Anagrama.
506. Ruau, D., Liu, L. Y., Clark, J. D., Angst, M. S., & Butte, A. J. (2012). Sex differences in reported pain across 11,000 patients captured in electronic medical records. *The Journal of Pain*, 13(3): 228-234.

507. Ruitenbeek, H. & Salor, S. (Ed.). (1972). *Psicoanálisis y filosofía existencial*. Madrid: Gredos.
508. Ruiz, D., Torralbo Ojeda, E., Morales, O., Alcaraz, P., & Artero López, C. (2006). Sociedad actual e inmigración: el reto de la enfermería humanista. *Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades*, (20): 76-82.
509. Ruiz, J. (2010). La enseñanza de competencias básicas con la pizarra interactiva en el título de grado a través del campo virtual. *RELADA-Revista Electrónica de ADA-Madrid*, 4(1): 50-61.
510. Ruiz-Aranda, D., Salguero, J. M., & Fernández-Berrocal, P. (2010). Emotional regulation and acute pain perception in women. *The Journal of Pain*, 11(6): 564-569.
511. Salas, M., Gabaldón, O., Mayoral, J., Guerrero, R., Albisu, J., & Amayra, I. (2003). Intervenciones psicológicas eficaces para el afrontamiento de procedimientos médicos dolorosos en oncología pediátrica: revisión teórica. *In Anales de Pediatría*, 59 (1): 41-47.
512. Salas-Perea, R. S. (2000). La calidad en el desarrollo profesional: avances y desafíos. *Educación Médica Superior*, 13 (1): 45-50.
513. Salinas, J. (1999). *Eneñanza flexible, aprendizaje abierto. Las redes como herramienta para la formación*. Edeutec Revista Electronica de Nuevas Tecnologías, 10. Disponible en: <Http://www.uib.es/depart/gte/revelec10.html>. [Consultado 22/08/2012].
514. Salinas, S. I. V., Payá, A., & Wqueira, C. (2010). Frédéric Le Play: Precursor de la etnografía y la sociología comparativa. *Sociología y antropología: pensar las humanidades*, 107.
515. Salinas-Salazar, M. L., Isaza Mesa, L. S., & Parra Mosquera, C. A. (2010). Las representaciones sociales sobre la evaluación de los aprendizajes. *Revista Educación y Pedagogía*, 18 (46): 205-221.
516. Salman, C. (2001). Consideraciones sobre la medicina natural y tradicional, el método científico y el sistema de salud cubano. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39, (3): 540-545.
517. Salter, A. (1949). *Conditioned reflex therapy Creative Age*. New York: Press. N. Y.
518. Sanmartín, R. (2003). *Observar, escuchar, comparar, escribir. La práctica de la investigación cualitativa*. Barcelona: Ariel.
519. Sánchez-Sánchez, R. M., Pernía, J. V., & Calatrava, J. (2005). Tratamiento del dolor en los estudios de enfermería. *Rev Soc Esp Dolor*, 12 (2): 81-5.

520. San Martín, H. & Aldeguer, V. (1988). *Salud comunitaria: Teoría y práctica*. Díaz de Santos. 2ed. Madrid: Díaz de Santos.
521. Santillán, F. (2006). El Aprendizaje Basado en Problemas como propuesta educativa para las disciplinas económicas y sociales apoyadas en el B-Learning. *Revista Iberoamericana de Educación*, 40 (2): 3.
522. Santos, F. M., & Navarro, I. (1991). Relaciones en Medicina Intensiva. *Med Intensiva*, 15: 235-237.
523. Saunders, D. C. M., & Baines, M. (Eds.). (1983). *Living with dying: the management of terminal disease*. Oxford: Oxford University Press.
524. Savater, F. (1998). ¿ *De qué sirve la Ética para los jóvenes. La educación es el momento adecuado de la ética*. Discurso al recibir el grado de Doctor Honoris Causa por la Universidad «Simón Bolívar», Caracas-Venezuela: Editorial Montesinos.
525. Seppilli, T. (2000). De qué hablamos cuando hablamos de factores culturales en salud: A modo de presentación. In *Medicina y cultura: Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Bellaterra. 33-44.
526. Scotch, N. A. (1963). Medical anthropology. *Biennial review of anthropology*, 3: 30-68.
527. Scheff, T. (1966). *Being mentally ill: a sociological theory*. Chicago: Aldine.
528. Scheff, T. (1974). The labelling theory of mental illness. *American Sociological Review*: 444-452.
529. Malinowski, B., & Cortázar, A. R. (1981). Una teoría científica de la cultura *Edhasa*, 3: 85.
530. Schmidt, H. G., Vermeulen, L., & Van Der Molen, Henk T. (2006). Longterm effects of problem-based learning: a comparison of competencies acquired by graduates of a problem-based and a conventional medical school. *Medical education*, 40(6): 562-567.
531. Schmidt, J., Montoya, R., García-Caro, M., & Cruz, F. (2008). Dos procesos de fin de vida: Cuando la intervención de los profesionales marca la diferencia. *Index Enferm*: 256-260.
532. Schutz, A. (1962). *Collected papers, vol. I: The problem of social reality*. The Hague: Martinus Nijhoff.
533. Scotch, N. A. (1963). Medical anthropology. *Biennial review of anthropology*: 30-68.

534. Seward, J. (1990). Estrés profesional. México. *Manual Moderno*: 623-640.
535. Sharpe, V., & Faden, I. (1998). *Medical Harm: Historical conceptual, and Ethical Dimensions of Iatrogenic Illness*. Cambridge: Cambridge University Press.
536. Sherwood, G. D., McNiell, J. A., Palos, G., & Stark, P. (2003). Perspective on Pain: A qualitative analysis of the hispanic pain experience. *Ntresearch*. 8 (5): 364-377.
537. Svensson, R. (1996). The interplay between doctors and nurses. A negotiates order perspective. *Sociology of health and illness*. 18: 379-398.
538. Shweitzer, A. (Ed.). (1966). *De mi vida y mi pensamiento*. Barcelona: Ayma.
539. Sigerist, H. E. (1943). *Civilisation and Disease. Civilización y enfermedad..* Chicago: The University of Chicago Press.
540. Sigerist, H. E. (1960). *On the sociology of medicine*. New York: MD publications.
541. Siles González, J. (2010). La naturaleza histórica y dialéctica de los procesos de Globalización-Glocalización y su incidencia en la cultura de los cuidados. *Index de Enfermería*, 19(2-3): 162-166.
542. Siles González, J., Cibanal Juan, L., Vizcaya Moreno, M. F., Gabaldón Bravo, E. M., Domínguez Santamaría, J. M., Solano Ruiz, M. C., et al. (2001). Una mirada a la situación científica de dos especialidades esenciales de la enfermería contemporánea: la antropología de los cuidados y la enfermería transcultural. *Cultura de los cuidados*, Año V, (10): 72-87.
543. Siles, G. (2010). Historia cultural de enfermería: reflexión epistemológica y metodológica. *Avances en enfermería*, XXVIII (número especial, 90 años): 107-115.
544. Sipon, Y., Selles, D., & Ruiz, E. (1995). Detección de malestar psíquico entre cuidadores de pacientes de atención primaria. *Aten Primaria*, 16: 229.
545. Smith, A. (1976) [1776], *Investigación sobre la Naturaleza y Causas de la Riqueza de las Naciones*, RH, Campbell y AS Skinner (eds.) Oxford: Oxford University Press.
546. Smith, A. (1729-2004). *Teoría de los sentimientos morales*. México: Fondo de Cultura Económica.
547. Skinner, B. F., & Coy, J. J. (1972). *Más allá de la libertad y la dignidad*. Barcelona: Fontanella.

548. Soar, J., Peyton, J., Leonard, M., & Pullyblank, A. M. (2009). *Surgical safety checklists. Brithid Medical Journal, January 21*,: 338: b220.
549. Solis, P. C., & López, B. E. (2009). El concepto de las anarquías organizadas en el análisis organizacional. *UAM. Contaduría y administración*, (197): 35-45.
550. Sontag, S., Major, A., & Naïr, S. (2003). *Ante el dolor de los demás*. Bogotá: Alfaguara.
551. Soucase, B., Monsalve, V., & Soriano, J. F. (2005). Afrontamiento del dolor crónico: el papel de las variables de valoración y estrategias de afrontamiento en la predicción de la ansiedad y la depresión en una muestra de pacientes con dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 12 (1): 8-16.
552. Soucase-Lozano, L.B., Soriano Pastor, P. J. & Monsalve, D.V. (2005). Influencia de los procesos mediadores en la adaptación al dolor crónico. *international Journal of Clinical and Health Psychology*, (5): 227-241.
553. Souza, C. (2001). *Federalismo e descentralização na Constituição de 1988: processo decisório, conflitos e alianças*. Rio de Janeiro: Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro.
554. Souza, M. W. (1995). *Sujeito, o lado oculto do receptor*. São Paulo: Brasiliense.
555. Spector, R. E. (1999). Cultura, cuidados de salud y enfermería. *Cultura de los cuidados*, Año III,(6): 66-79.
556. Spector, R. E. (2002). Cultural diversity in health and illness. *Journal of Transcultural Nursing*, 13 (3): 197-199.
557. *Spielberger, C. D., & Gorsuch, R. L. (5). Lushene. RE (1970). Manual for the state-trait anxiety inventory.*
558. Spevak, C., Dzurec, M., & Copeland, P. D. R. (1999). The Pain and Palliative Medicine Clinic. *The Permanente Journal*, 3 (1): 49-51
559. Spradley, J. (1979 -1985). The Ethnographic Interview. *New York: In: Holt Rinehart & Winston, revista Educación* (277): 43-45.
560. Stein, L. (1967). The doctor-nurse game. *Archives of General Psychiatry*, 19: 699-703.
561. Stein, L. Watts, D. Howell, T. (1990). The doctor-nurse game. Revisited . *New England Journal of Medicine*, 322: 546-549.
562. Stein, Z., Susser, M., Saenger, G., & Marolla, F. (1972). Nutrition and mental performance. *Science*, 178(62): 708-713.

563. Stocking, G. W. Jr. (1993). La magia del etnógrafo. El trabajo de campo en la antropología británica desde Tylor a Malinowski, en H. Velasco Maillo et al. (eds.) *Lecturas de antropología para educadores*. Madrid: Trotta: 43-93.
564. Stone, L., & Bernal, L. A. (1986). *El pasado y el presente*. México DF: Fondo de Cultura Económica México.
565. Strang, P., Strang, S., Hultborn, R., & Arnér, S. (2004). Existential pain an entity, a provocation, or a challenge? *Journal of pain and symptom management*, 27(3): 241-250.
566. Strauss, L., Weightman, J., & Weightman, D. (Eds.). (1994). *The raw and the cooked: introduction to a science of mythology Pimlico. Vol. 1. Trans. John and Doreen Weightman*. New York: Harper and Row, 1969; London: Cape, 1970.
567. Strauss, A., & De la Cuesta Benjumea, C. (1999). *Investigación sobre las enfermedades crónicas y su manejo. De la Cuesta Benjumea C. Salud y enfermedad: lecturas básicas en sociología de la medicina*. Medellín: Universidad de Antioquia.
568. Strauss, L. (1958-1987) *Antropología estructural*. Ediciones Paidós Ibérica, S.A. Barcelona: 38-39.
569. Susser, M. (1972). Agent, Host and Environment as an ecological system. Causal Thinking in the Health Sciences. *New York: Oxford University Press*.
570. Studin, I. (2000) *Strategic Healthcare Management*. Nueva York. Irving Professional Publishing.
571. Suchman, E. A. (1965). Social patterns of illness and medical care. *Journal of Health and Human Behavior*: 2-16.
572. Sweitzer, S., Pahl, J., & DeLeo, J. (2006). Propentofylline attenuates vincristine-induced peripheral neuropathy in the rat. *Neuroscience letters*, 400(3): 258-261.
573. Szasz, T. S. (1961). *The myth of mental illness*. Nueva York: Hoeber.
574. Tarrés, M. L., & Tarrés, M. (2004). *Lo cualitativo como tradición. Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación social*, México: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
575. Tawney, R. H. (1926): *Religion and the Rise of Capitalism*, New York: Harcourt Brace.

576. Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1998). *Introduction to qualitative research methods: A guidebook and resource*. New York: John Wiley & Sons Inc.
577. Taylor, S., & Bogdan, R. (1992-1994). *Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación. La Búsqueda de Significados. Ir hacia la gente*. Barcelona: Editorial Paidós.
578. Taylor-Gooby, P. (2004) *New risks, new welfare: The transformation of the European welfare state*. Cambridge: Cambridge University Press.
579. Terris, M. (1975). Approaches to an epidemiology of health. *American Journal of Public Health*, (65): 1037-1045.
580. Thomas, W. I., & Znaniecki, F. (1919). *The Polish peasant in Europe and America: monograph of an immigrant group*. Chicago: The University of Chicago Press.
581. Tomás, C., & Ángel, M. (2009). *La relación de ayuda en enfermería. Una lectura antropológica sobre la competencia relacional en el ejercicio de la profesión. Proyecto de investigación*. Murcia: Universidad de Murcia.
582. Topham, P. (1989). The concept of "Openness" in relation to Computer Based Learning. *Environments and management Education*. *Interactive Learning International*. Vol.5 .(1): 198.
583. Thorndike, R. L., González, J. F., & Domenech, S. M. (1989). *Psicometría aplicada*. México: Limusa.
584. Torralba, F. (1998). *Antropología del cuidar*. Barcelona: Instituto Borja de Bioética.
585. Torralba, F. (1998). *Antropología del cuidar*. Madrid: Fundación Mafre Medicina.
586. Torraza, J. Z. (2000). *La estructura social*. Murcia: Universidad Católica San Antonio.
587. Torre, F., Martín-Corral, J., Callejo, A., Gómez-Vega, C., La Torre, S., Esteban, I., et al. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud y estrategias de afrontamiento ante el dolor en pacientes atendidos por una unidad de tratamiento del dolor. *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 2: 83-93.
588. Torres, L. & Morera, L.M.T. (1997). *Medicina del dolor*. Barcelona. Masson, SA.
589. Trill, M. D., & Imedio, E. L. (2000). *Aspectos psicológicos en cuidados paliativos: la comunicación con el enfermo y la familia*. Madrid: Ediciones Ades.

590. Tripp-Reimer, T., & Dougherty, M. C. (1985). Cross-cultural nursing research. *Annual Review of Nursing Research*, (3): 77-104.
591. Turk, D. & Heilbronn, M. (1982). Chronic pain as a variant of depressive disease. *A Critical Reappraisal. The Journal of nervous and mental disease*, 172(7): 398-404.
592. Turk, D.C. y Okifuji, A. (1999). Does sex make a difference in the prescription of treatments and the adaptation to chronic pain by cancer and non-cancer patients? *Pain*, 82: 139-148.
593. Tylor, E. B. (1871-1977). *Los orígenes de la cultura*. Madrid: Editorial Ayuso.19.
594. Turner, B.S. (1983). *Religion and Social Theory: a Materialist Perspective*. London: Heinemann Educational.
595. Turner, B. S. (1990-1994). *The Body. Social process and cultural theory*. Sage: London.
596. Turner, B. S. (1994). Los avances recientes en la teoría del cuerpo. *REIS, Revista española de investigaciones sociológicas*, nº 68: 11-39.
597. Ullmann, L., Krasner, L. (1965). *Case studies in behavior modification* Holt, NY: Rinehart and Winston New York.
598. Vallejo-Orellana, R., Sánchez-Barranco Vallejo, F., & Sánchez-Barranco Vallejo, P. (2004). Separación o divorcio: trastornos psicológicos en los padres y los hijos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (92): 91-110.
599. Valles, M. S. (2003). Entrevistas cualitativas. *Cuadernos Metodológicos*, 32. Madrid. Centros de Investigaciones Sociológicas. CIS.
600. Van-osterwijck, J., Nijs, J., Meeus, M., Van Loo, M., & Paul, L. (2012). Lack of endogenous pain inhibition during exercise in people with chronic whiplash associated disorders: An experimental study. *The Journal of Pain*, 13: 242-254.
601. Vera, A., & Wood, P. (1994). *Un modelo explicativo de la salud mental basado en categorías psicosociales*: descripción teórica de sus componentes, construcción de una batería de instrumentos para la evaluación de factores psicosociales y prueba empírica del modelo. Tesis Escuela Psicología. Universidad Diego. Portales.
602. Vila, J., Sánchez, M., Ramírez, I., Fernández, M. C., Cobos, P., Rodríguez, S., et al. (2001). El sistema internacional de imágenes afectivas (IAPS): Adaptación española. Segunda parte. *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 54(4): 635-657.

603. Virchow, R. (Ed.). (1848-1849). *Die medicinische reform*. Berlin. Nabu Press.
604. Vidich, A.J. & Lyman, S.M. (1994-2000). *Qualitative Methods: Their History in sociology and anthropology*. In N. Denzin & Y.S. Lincoln. *Hand book of qualitative research* (23-59). London: Sage.
605. Wallace, D. P., Harbeck-Weber, C., Whiteside, S. P. H., & Harrison, T. E. (2011). Adolescent acceptance of pain: Confirmatory factor analysis and further validation of the chronic pain acceptance questionnaire, adolescent version. *The Journal of Pain*, 12(5): 591-599.
606. Wandner, L. D., Scipio, C. D., Hirsh, A. T., Torres, C. A., & Robinson, M. E. (2012). The perception of pain in others: How gender, race, and age influence pain expectations. *The Journal of Pain*, 13(3): 220-227.
607. Watson, I. (2008). *Nursing: The philosophy and science of caring (revised edition)*. Boulder, CO.
608. Watson, D., & Clark, L. A. (1984). Negative affectivity: the disposition to experience aversive emotional states. *Psychological bulletin*, 96 (3): 465.
609. Watson, J. B., & MacDougall, W. (1976). *El conductismo*. Barcelona: Paidós.
610. Watzlawick, P., Bevelas, J. B., & Jackson, D. D. (1967). *Pragmatics of human communication: A study of international patterns, pathologies, and paradoxes*. New York: W.W. Norton.
611. Weber, M. (1969). *Economía y sociedad. esbozo de sociología comprensiva*. México: Fondo De Cultura Económica.
612. Weber, M. (Ed.). (1958- 2009). *Essays in sociology*. New York: Routledge.
613. Weiss, G. & Lonquist, E. (2000) *Sociology of health, bealing, and illness*. 3º ed. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
614. Winau, R. (Ed.). (1983). *History of science. The role of medical history in the history of medicine in Gemany*, en Grahan, L. Lepenies, W. y Weingart, P. *Science history* Berlin: Publications Berlin.
615. Wolinsky, F. D., & Coe, R. M. (1984). *Physician and hospital utilization among noninstitutionalized elderly adults: an analysis of the Health Interview Survey*. *Journal of gerontology*, 39 (3): 334-341.
616. Wolpe, J., & Lang, P. J. (1964). A fear survey schedule for use in behaviour therapy. *Behaviour research and therapy*, 2(1): 27-30.

617. Woolf, C., & Thompson, S. (1991). The induction and maintenance of central sensitization is dependent on NMDA receptor activation; implications for the treatment of post injury pain. *Pain Journal*: 44:2939.
618. Woolgar, S. (Ed.). (1988). *Science: The very idea*. London: Ellis In: Horwood-Tavistock, E.
619. Wilkins, H. (1993). Transcultural nursing: a selective review of the literature 1985-1991. *Journal of advanced nursing*, 18: 602-613.
620. Young, A. (1982). The anthropologies of illness and sickness. *Annual Review of Anthropology*, 11: 257-285.
621. Youngs, C. S., & Youngs Jr, G. A. (2001). Predictors of Mainstream Teachers' Attitudes Toward ESL Students. *Tesol Quarterly*, 35(1): 97-120.
622. Zaforteza, C., Gómez, P., Gastaldo, D., Lastra Cubel, P., & Sánchez-Cuenca López, P. (2003). ¿Que perspectiva tienen las enfermeras de unidades de cuidados intensivos de su relación con los familiares del paciente crítico?. *Enfermería intensiva*, 14 (3): 109-119.
623. Zalon, M. L. (1995). Pain management instruction in nursing curricula. *The Journal of nursing education*, 34 (6): 262-267.
624. Zimmerman, B. (2000). Attaining self-regulation. A social cognitive perspectives. In: M. Boekaerts, P.R. Pintrich y M. Zeidner (Eds.), *Handbook of self-regulation*. London: Elsevier Academic Press:13-39.
625. Zino-Torrazza, J. (2000). *La estructura social*. Murcia: Universidad Católica San Antonio.
626. Zola, I.K. (1966). "Culture and symptoms. An analysis of patients' presenting complaints" *American Sociological Review*, nº 31:615-620.

(PARTE VI)
ANEXOS

ANEXO VI. MODELOS APOYO ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS

- | | |
|----------------------|---|
| ANEXO VI. I. | MODELO APOYO ENTREVISTA
SEMIESTRUCTURADA ALUMNOS |
| ANEXO VI. II. | MODELO APOYO ENTREVISTA
SEMIESTRUCTURADA PROFESIONALES |

ANEXO VI. I.

INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN EMPÍRICA. ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD SEMI-ESTRUCTURADA. **ALUMNOS 1º CURSO ENFERMERÍA.**

HISTORIA DE VIDA REFERIDA AL DOLOR Y SUFRIMIENTO

Entrevista semi estructurada:

- a. Características sociodemográficas
- b. Primer campo: Justificación. Porque estudia enfermería.
- c. Segundo campo: Como entiende el dolor y el sufrimiento y sus formas de expresión.
- d. Tercer campo: Como ve el papel del enfermero en la relación con los pacientes.
- e. Cuarto campo: Que cree importante en su formación de enfermero para la calidad de los servicios específicamente, para enfermería.

Entrevista nº:

Fecha entrevista:

Contacto entrevistado:

1. Sexo ☐ V ☐ H
2. Lugar de residencia: LPGC ☐ Otro: Fuerteventura
3. Curso: 1º Enfermería ☐
4. Edad: 18 años
5. Formación pregrado: PAU ☐
6. Estado civil ☐ So ☐ Ca ☐ V ☐ Se ☐ Pa ☐
7. Vive solo/a ☐ SI ☐ NO
8. Vive en familia ☐ SI ☐ NO
9. Experiencia sanitaria ☐ SI ☐ NO

PRIMER CAMPO

- Entrevistador: ¿Porque estudiaste enfermería?.
- Estudiante:

SEGUNDO CAMPO

- Entrevistador: ¿Qué opinas sobre sufrimiento y dolor en general?
- Estudiante:
- Entrevistador: Como lo vives o no en situaciones particulares o de familia . Cuéntame tu primera experiencia de dolor en el otro y familiar.
- Estudiante:
- Entrevistador: Como lo integra en su vida personal. ¿Afrontas igual el dolor en adultos que en niños?
- Estudiante:
- Entrevistador: Que piensas desde la perspectiva como futura enfermera referido a las actuaciones de dolor y sufrimiento
- Estudiante:
- Entrevistador: Algún caso de dolor y sufrimiento vivido
- Estudiante:

TERCER CAMPO

- Entrevistador: Cómo ves el papel del enfermero en la relación con los pacientes.
- Estudiante:

CUARTO CAMPO

- Entrevistador: ¿Qué elementos crees importantes en la formación de un enfermero para dar calidad en los servicios de enfermería?
- Estudiante:

ANEXO VI. II.

INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN EMPÍRICA. ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD SEMI-ESTRUCTURADA. **PROFESIONALES.** HISTORIA DE VIDA PROFESIONAL REFERIDA AL DOLOR Y SUFRIMIENTO

Entrevista semi-estructurada:

- a. Características sociodemográficas
- b. Primer campo: Justificación de su opción por la carrera de enfermería. Grado de satisfacción
- c. Segundo campo: : Como entiende el dolor y el sufrimiento y sus formas de expresión a lo largo de su experiencia en la carrera profesional
- f. Tercer campo: Como ve el papel del enfermero en la relación con los pacientes.

Entrevista n°:

Fecha entrevista:

Contacto entrevistado:

- | | | | | |
|--------------------------|------|--------------------------|----------|--------------------------|
| 10. Lugar de trabajo | APS | ☐ | HOSPITAL | ☐ |
| 11. Sexo | V | ☐ | H | ☐ |
| 12. Lugar de residencia: | LPGC | ☐ | OTRO: | |
| 13. Años trabajado: | 15 : | ☐ | | |

PRIMER CAMPO

1. Porque estudió enfermería. Justificar. Grado de satisfacción.

SEGUNDO CAMPO

1. Como ve el dolor y sufrimiento y las formas de expresión, a lo largo de su carrera profesional.
 - a. ¿Qué opina del sufrimiento y dolor en general?
 - b. ¿Como lo vive o no, en situaciones particulares o de familia?
 - c. ¿Como lo integra en su vida personal?
 - d. ¿Que piensa desde la perspectiva como enfermera referido a las actuaciones de dolor y sufrimiento?
 - e. ¿Algún caso de dolor y sufrimiento vivido?

TERCER CAMPO

1. Como ve el papel del enfermero en la relación con los pacientes

(PARTE VI)
ANEXOS

ANEXO VI. III. PAUTAS A SEGUIR EN EL INFORME DE OBSERVACIÓN PARTICIPANTE.

ANEXO VI. III.

PAUTAS A SEGUIR EN EL INFORME DE OBSERVACIÓN

OBSERVACIÓN - Mirar y ver mientras se convive.

1) En caso de una comunidad o grupo:

- Lo que dicen discursos.
- Lo que hacen conductas y comportamientos.
- Los objetos que utilizan.
- La ocupación del espacio lugares de vida social.
- El tiempo ordinario y extraordinario de trabajo y ocio.
- El hábitat y/o forma de vivir.
- Las relaciones - agrupaciones, distribución edad – sexo, conflictos, etc.
- Los acontecimientos inesperados: visitas, catástrofes, etc.

2) Qué registrar:

Hechos observados

- Descripciones de personas
- Actividades
- Conversaciones
- Estructura del escenario
- Comentarios del observador:
 - * Lo que los hechos producen en el observador:
 - Experiencia vivida.
 - Sentimientos.
 - Dudas, etc.
 - *Lo que el observador conceptualiza en la observación:
 - Reflexiones teóricas.
 - Hipótesis.
 - Líneas de actuación, etc.

(PARTE VI)
ANEXOS

ANEXO VI. IV. CUADROS DE TRABAJO OSERVACIÓN PARTICIPANTE

VI.IV.I. OP1.	CUADRO OBSERVACIÓN PARTICIPANTE
VI.IV.II. OP2.	CUADRO OBSERVACIÓN PARTICIPANTE
VI.IV.III. OP3.	CUADRO OBSERVACIÓN PARTICIPANTE
VI.IV.IV. OP4.	CUADRO OBSERVACIÓN PARTICIPANTE

ANEXO VI.IV.I. OP1.

OBSERVACIÓN PARTICIPANTE I

CS. TRIANA. ÁREA DE SALUD DE GRANCANARIA. 12/03/2012. TURNO: MAÑANA. HORA: 800h: a 14:00h

ACTORES	ACTIVIDADES	COMUNICACIÓN	ESCENARIO	COMENTARIOS OBSERVADOR
Enfermería en la UAG. 2 enfermeras 4 a partir de las 10:30 h. El observante	Alto porcentaje en aliviar el dolor, curas y afecciones de tipo respiratorio, en adultos por tanto, reciben medicación intramuscular, atención enfermera de las curas, aerosolterapia y registro informático de las actividades llevadas a cabo. En los niños todas las atenciones fueron por problemas respiratorios, por tanto con tratamiento de aerosol terapia. Excepto un niño de 12 años, que fue atendido por esguince de rodilla	Notas cierta prisa en ser atendidos a pesar de tener número para entrar a la UAG. Las conversaciones se llevan acabo según el tratamiento que se le vaya a realizar no suele haber quejas por parte las pacientes en cuanto a dolor Los acompañantes suelen ser los esposos/as o hijas en tratamientos de niños es diferente, siempre entran acompañados de su madre la figura del padre es escasa, Suelen responder con cierto miedo y agarradas a su madre unas enfermeras una vez finalizan cada actuación registran en el ordenador lo realizado El empleado de seguridad, hizo una aparición Como observador, no vi procedente en ese momento su presencia en la unidad.	Situado en la capital de la ciudad de Las Palmas de Gran Canaria, casco de la ciudad, es un centro de nueva construcción, moderno y limpio, la UAG, despacho de triaje sala de curas tres box independientes con camilla. electrocardiogramas con camilla tres entradas diferentes, una, a la consulta de triaje, otra a la unidad de atención general, otra a los boxs y electrocardiogramas.	La atención es muy cercana, profesional y cariñosa con todos los pacientes y acompañantes gran complicidad con los pacientes la enfermera advierte “le va a doler un poquito”, algunas curas son dolorosas relación de agradecimiento por parte los pacientes, a veces de mayor magnitud por parte de los familiares, Los sentimientos están encontrados. hay que ponerse en el lugar del otro (empatía), para poder comprender cada situación, de cada persona cuando pierde la salud, la enfermera, en baja voz comentó, “le encanta que le hagan cosas”, sin embargo, esta segunda atención fue muy correcta. Certeza de que la aparición en escena del señor de seguridad no fue prudente, noto, que cuanto más se les haga partícipes de la intervención, soportan mucho mejor la intervención dolorosa. Cuando el profesional tiene prisa, por la razón que sea, el paciente lo nota y se queja con mayor intensidad. En niños. el papel de la madre es fundamental para calmar al niño, en ocasiones se tiene que calmar primero a la madre para poder continuar con el tratamiento doloroso del niño.

ESCENARIO Y ACTORES	ACTIVIDADES	COMUNICACIÓN	COMENTARIOS OBSERVADOR
C.S. Trina UAG Hoy no hay médico de familia Dos enfermeras, una de ellas sustituta, cuatro a partir de las 10:30h. Señora de la limpieza Personal de ambulancia (SUC) El observante	un alto porcentaje aplicar tratamiento para aliviar el dolor, curas y afecciones de tipo respiratorio, en adultos por En los niños todas las atenciones fueron por problemas respiratorios	La enfermera de urgencias llama a un nuevo paciente se trata de un hombre joven de 36 años, <i>"Un fuerte dolor de espalda"</i>. pregunto: Tiene tanto dolor como para no trabajar. Es que trabajo en un gimnasio, la presión asistencial ha disminuido con respecto al día de ayer., El triaje de paciente lo lleva acabo el personal de enfermería, por tanto, se realiza una labor de entrevista clínica muy interesante, ¿qué le pasa?, as registradas en su gran mayoría son dolores de espalda y cuerpo, dolores propios de afección gripal, torceduras de tobillos, afecciones espiratorias. Paciente joven que tiene un próximo viaje a Somalia para trabajar¿ Le duele el medicamento que le pongo?, <i>"Estoy acostumbrado, y además mucho mejor del dolor"</i>. Despedida.es norma del Centros de Salud, que le atienda la propia enfermera de la UAF los pacientes lo prefieren porque ya la conocen y tienen confianza, si por cualquier circunstancia no está su enfermera, "se deja atender" por otro profesional. paciente varón, jubilado de la banca (director de banca). Operado de un lipoma en la espalda un herpes que le provoca dolores musculares en el hombro que le llega hasta la palma de la mano, Como se encuentra hoy? <i>Bien, como en familia. Sin embargo tengo fuertes dolores en el hombro que no me dejan dormir. Lo que más me incomoda, es no saber cuando se va a terminar este padecimiento,</i> <i>Le entiendo, hace años padecí de un herpes y entiendo lo que dice .¿Le atienden bien en sus dolencias en este servicio? Recibo una atención inmejorable, es un trato muy familiar y cariñoso, no sólo en este centro, también en el hospital donde me han operado mi problema de la espalda. Nunca me habían hecho estas preguntas</i> Observador: <i>Estamos llevando a cabo una investigación sobre sufrimiento y dolor en los espacios sanitarios, quiero agradecerle su colaboración</i> Paciente: <i>Ponga, que me atienden muy satisfactoriamente.</i> Observador: <i>Gracias y hasta la próxima cura.</i> paciente de procedencia Uruguay, de profesión periodista sufre quemadura en mano derecha al sacar un producto hirviendo del microondas. Una vez descubierta la herida comienza la intervención de ambos actores en el escenario de la UAG. Paciente: ¿Como encuentra me herida? Enfermero: No vi su herida ayer, pero, parece que la cicatrización va por buen camino. ¿Le duele?. (El enfermero le toca suavemente con la punta del bisturí en las partes circundantes de la quemadura, para control de sensibilidad a la cicatrización)Paciente: <i>Pues no, siento el toque pero no dolor.</i> Observador: cuénteme como ocurrió, y que hizo al quemarse Paciente: <i>Mucho dolor, me puse agua y acudí a una farmacia a pedir ayuda, me dieron una pomada (esto ocurre en Uruguay).</i>Observador: ¿recibió ayuda familiar? El paciente mi mira con mucha educación y me pregunta si soy cura. <i>"Soy el capellán de este centro"</i>. Le explico brevemente la investigación que estamos llevando a cabo. Paciente: <i>Si, recibí ayuda de mi esposa que me acompañó en cada momento, gracias a ella superé mejor el trauma sufrido.</i> Observador: <i>gracias y hasta la próxima cura</i> Paciente: <i>Son ustedes muy amables, así da gusto ser atendido.</i> nueva paciente, se trata de una mujer de 28 años, trabajadora en un servicio de seguridad, acude uniformada al servicio de la UAG. A la pregunta <i>¿Qué le pasa?</i> Comienza a llorar Paciente: <i>Ayer murió mi abuelo, no duermo, solo recuerdo su entierro, no puedo trabajar, pero no quiero coger la baja, las cosas de trabajo están muy mal, me duele el pecho.</i> Observador: <i>¿Quería mucho a su abuelo?, ¿cuánta relación tenía con él?.</i> La paciente se relaja y comienza a relatar la relación con su abuelo, hasta que toda la representación simbólica en nuestra sociedad se le hace presente y vuelve a llorar, la muerte no es tema tocado con frecuencia. Observador: Le intento contar la naturalización de la muerte en el ser humano, hasta que llega la médico que le atiende. Médico: <i>lee el (EKG), normal, muy amablemente le indica que lo que tiene es un ataque de angustia, si tiene que llorar hágalo. La medicación no te va a evitar el duelo. Le pone tratamiento y se despide.</i> La paciente queda acostada en la camilla, a la espera del alta, no para de llorar. Observador: <i>Verá que con la medicación se le bajará la angustia, vuelvo a insistir en la aceptación y duelo por la pérdida de un ser querido.</i> La paciente da las gracias por la atención y se despide.	Cada día de la observación participante me confirma que la palabra cura, que las técnicas de aproximación para llegar a un diagnóstico son necesarias, pero la comprensión cultural en la que se desenvuelve el paciente y sus acompañantes juegan un papel fundamental a la hora de conseguir un alivio desde la perspectiva psicológica de los actores mencionados.

ANEXO VI.IV.III. OP3. OBSERVACIÓN PARTICIPANTE 3
CS. TRIANA. ÁREA DE SALUD DE GRANCANARIA. 12/03/2012. TURNO: MAÑANA. HORA: 800h: a 14:00h

ACTORES ESCENARIO	ACTIVIDAD	COMUNICACIÓN	COMENTARIOS OBSERVADOR
Enfermería en la UAG Hoy no hay médico de familia Dos enfermeras, cuatro a partir de las 10:30h. Enfermero sustituto Señora de la limpieza Señor de mantenimiento o SCS Pacientes Familiares El observante. Tercer día de observación participante, se mantiene la estructura del escenario en el Centro de Salud de Triana	igual que en los días precedentes curas, aerosolterapia y registro informático ambulancia en el traslado de pacientes al hospital.	Paciente joven con torcedura de tobillo, a pesar del dolor, cuando el enfermero le va a realizar el vendaje pregunta. Paciente: <i>¿Me va a poner tenso plast?</i> Enfermero: <i>Si</i> Paciente: <i>Eso duele mucho, porque la goma que pega a la piel me tirará de los pelos al quitarlo.</i> Enfermero: <i>Esto te aliviará mucho más el dolor, al tener el pie mejor sujeto.</i> Paciente: <i>No, No prefiero que me ponga un vendaje sencillo.</i> Enfermero: <i>No te hará el mismo efecto, pero dado que la torcedura no es de gran importancia, te pongo un vendaje elástico, si ves que no mejoras acudes de nuevo y te ponemos un vendaje funcional.</i> Paciente: <i>De acuerdo.</i> adulta de una 54 o 55 años sentada en una silla, cabizbaja que menciona palabra y presta poca atención en el devenir del servicio, pregunto a una de las enfermeras que le ocurre a esta paciente, me comenta que fue atendida con medicación por presentar mareos, y que es conocida en el servicio por presentar como es el caso de hoy síntomas de alcoholemia, es una paciente que trabaja en la Universidad, no se sabe bien si como profesora o administrativa. Después de un buen rato, se levanta de la silla, se tambalea (pierde el equilibrio), y comenta que quiere marcharse, la enfermera que le atiende le dice que, hasta que no venga una amiga o un familiar a buscarla no la puede dejarla marchar, <i>sepa, que usted no está en condiciones para caminar sola.</i> La paciente insiste algo enfada, la enfermera le vuelve a indicar los argumentos de porque no puede irse sola, la paciente se enfada y hace ademán de abandonar la sala, la enfermera le dice que si abandona el servicio por su voluntad <i>tiene que firmar el alta voluntaria</i> , acto seguido la paciente firma alta voluntaria y abandona el servicio	hay pacientes que ante las maniobras que le producen dolor, apelan a su libertad de elegir si quiere que le realicen la maniobra o no, en el sentido más puro de la ética, el paciente tiene el derecho de elegir que quiere, los profesionales de la salud en ese sentido nos convertimos en un elemento humano facilitador de conocimientos técnicos y humanos, sin embargo, la última decisión la tiene el paciente, el carácter paternalista de la atención sanitaria no es el que prima en las actuaciones sanitarias de hoy en día, es evidente el riesgo que afrontan algunos pacientes, unas veces por desconocimiento, y otras por conocimiento tácito de lo que quieren para con su cuerpo y por ende con su vida. Me llamó la atención cuando la enfermera que atendía a la paciente con síntomas de alcoholemia, no se exactamente si fue la manera (tono de voz) al comunicarme el alcoholismo de la paciente, o mi propia percepción como observador de estigmatizada del alcoholismo, lo cierto es que a pesar de la excelente atención a la paciente durante el tiempo que permaneció en el servicio, sus manifestaciones verbales un tanto distorsionadas, en voz alta, probablemente por su intoxicación alcohólica, de disconformidad con su situación, me hizo pensar en el estigma que lleva como carga pesada una persona por su adicción

Reflexión teórica

Referido a estos pacientes con características particulares, contempladas en unas ocasiones como reacciones humanas, o adicciones a sustancias tóxicas Nos recuerda Madeleine Leininger (1999), que La presencia en los hospitales y centros de salud de personas con *características diversas* o procedentes de otros países o etnias presentan una serie de cuestiones que los profesionales sanitarios deben resolver en el día al día. Se tiende a ver las situaciones de contacto cultural como conflictivas, en tanto que la proximidad al “otro”, el desconocimiento que sobre los otros grupos culturales se tiene, provoca diversas reacciones. Reacciones que van desde las posturas más paternalistas, como son las posiciones de superioridad implícita al considerar al “otro”, al culturalmente distinto, como alguien que *no sabe*, un menor de edad al que hay que guiar y dirigir, al que se debe educar, hasta las posturas más racistas y xenófobas en las que el “otro” constituye un buen blanco sobre el que se proyectan nuestras fobias colectivas y el horror a lo diferente. (Leininger, M. 1999). Por su parte Erving Goffman (2006) en su obra *la identidad deteriorada*, nos indica que, cuando el estigma se instala en el individuo durante su permanencia en una institución, y cuando esta conserva una influencia desacreditadora sobre él durante un cierto periodo posterior a su egreso, se puede esperar la aparición de un ciclo especial de encubrimiento. Por otra parte, las actitudes que adoptamos los “normales” hacia una persona que posee un estigma, y las medidas que adoptamos respecto de ellas son bien conocidas. Valiéndonos de ese supuesto practicamos diversos tipos de discriminación, mediante lo cual reducimos, sin esa nuestra intención sus posibilidades de vida. Construimos una ideología para explicar su inferioridad y dar cuenta del peligro que representa, racionalizando a veces una animosidad que se basa en otras diferencias, como por ejemplo, la clase social. (Goffman, E. 2006: 113). Por otra parte, señalar la importancia que representa la observación participante en la investigación etnográfica, por tanto, y en esta investigación lo estamos poniendo de manifiesto, es algo más que una técnica, es la base de la investigación etnográfica, que se ocupa del estudio de los diferentes componentes culturales de las personas en su medio: las relaciones con el grupo, sus creencias, sus símbolos y rituales, los objetos que utilizan, sus costumbres, sus valores, etc. Como tal enfoque admite la posibilidad de incorporar una pluralidad de técnicas a la investigación, de hecho podría considerarse como un ejercicio de alternancia y complementariedad entre observación y entrevista, aunque ambas se utilizan desde la óptica de que el investigador forma parte de la situación estudiada. La fuente de las que obtenemos los datos son las situaciones naturales, siendo el investigador el principal **instrumento de** recogida de datos. Buscando la interrelación entre investigador y sujeto de investigación. (Amezcuza M. 2000; 9 (30): 30-35).

ANEXO VI.IV.IV. OP4. OBSERVACIÓN PARTICIPANTE 4
CS. TRIANA. ÁREA DE SALUD DE GRANCANARIA. 12/03/2012. TURNO: MAÑANA. HORA: 800h: a 14:00h

ACTORES	ACTIVIDADES	COMUNICACIÓN	ESCENARIO	COMENTARIOS OBSERVADOR
Un médico de familia Dos enfermeras, cuatro a partir de las 10:30h. Enfermero sustituto Señora de la limpieza Pacientes Familiares El observante	igual que en los días precedentes	un paciente joven de unos 28 años, presenta una intoxicación sin determinar, que le produce una urticaria en brazos, tórax y espalda, le pregunto si tiene dolor, responde que no es dolor exactamente, pero si, un picor intenso que no le ha dejado dormir, había acudido a urgencias la noche anterior y continuaba con el picor, el enfermero le pone la medicación, IM. está tranquilo, se indica que en caso de persistir la picazón vuelva al servicio. La médico de la UAG no para de recibir pacientes, llega una enfermera de consulta a relevar a la compañera, para que esta pueda salir a desayunar señora mayor acompañada de su hija en el box de reconocimiento, me acerco <i>¿Cómo se encuentra?</i> Respuesta: <i>Bien, esperando que llegue la ambulancia.</i> La hija pregunta <i>¿a que hospital la trasladan?</i> Respuesta: <i>al hospital de la zona sur,</i> hija: <i>es que, mi hermano trabaja en ese hospital y nos gustaría que fuera allí, esto nos da más tranquilidad.</i> Llega la ambulancia, el sanitario de ambulancia me pregunta si la Sra. A trasladar puede caminar, respuesta: No, llevaré entonces la camilla, en tono muy cordial, invitan a subir a la ambulancia a la hija acompañante, ésta declina la invitación al tener su coche aparcado en el centro de salud. La señora presenta una cardiopatía, no presenta dolor, está muy sonriente, y con muchos deseos de colaborar con el personal. Entramos en fase de socialización con todo el personal señora mayor don fuerte dolor en brazo, para ser medicada, según refiere le duele todo el cuerpo, desde hace tiempo, tiene a su cargo a otro familiar mayor que ella, refiere que por su dolor no puede realizar bien todas las tareas de la casa, la enfermera le explica como debe realizar los movimientos del brazo a la hora de barrer o fregar los pisos. La señora asiente con resignación, abandona el servicio. paciente joven 42 años, lleva un rato esperando, está incómoda, le pregunto si viene a curarse (conocida de hace 4 días, para curarse un absceso inguinal), hemos de recordar que este tipo de curas son muy dolorosas, la señora porta una muleta, se tiende en la camilla, está nerviosa, porque a parte de la cura de hoy, será operada de una fístula perianal el próximo miércoles, respira profundamente, ante las maniobras que realiza la enfermera, dice estar acostumbrada al dolor.	se mantiene la estructura del escenario en el Centro de Salud de Triana,	La realidad en el trabajo diario es que la enfermera tendría que entrar cada día en el debate de poder dar sentido al sufrimiento, este debate no es nada sencillo, y menos para la familia mas directa del que sufre, no es sencillo porque se pone en juego las emociones, emociones por otra parte difíciles de controlar, al mismo tiempo que tendría que soportar todo un debate filosófico sobre el sentido de la vida, o la dignidad humana, tendría que comprender, que la dinámica entre aguante y sufrimiento está regida por el contexto cultural y las normas culturales de conducta, uno aguanta en público y sufre en privado; aceptar el pasado perdido por una enfermedad y por supuesto, la alteración del futuro, la bibliografía existente trata de confirmar el sufrimiento, desde una perspectiva esencialmente subjetiva.

Apunte bibliográfico Pedro Laín Entralgo en su ensayo “La enfermedad como experiencia” (1966), lo que dice sobre la enfermedad bien puede aplicarse también a la experiencia del sufrimiento. Laín considera que la experiencia psicológica de la enfermedad puede reducirse a cuatro sentimientos: de *aflicción* (molestias como el dolor e impedimentos como la invalidez), de *amenaza* biográfica (a los proyectos de vida) y biológica (a la vida misma), de *soledad* por el aislamiento provocado por la enfermedad, “no sólo porque impide al paciente de un modo más o menos absoluto el trato normal con los otros hombres, sino porque fija su atención sobre sentimientos que él y sólo él puede padecer”, y finalmente puede vivirse la enfermedad como *recurso*, pues permite cierta evasión o refugio respecto de la vida ordinaria. (Lain, P. 1966:67) **Reflexión teórica** A las preguntas *¿Por qué estoy enfermo? ¿Por qué he de morir? ¿Qué sentido tiene mi sufrimiento?* La medicina, como tal, no tiene respuestas, no pertenecen a su esfera de trabajo. Sin embargo, los pacientes recurren a médicos y enfermeros, en su calidad de seres humanos, en busca de algún tipo de respuesta. En estos casos, sugerimos que el profesional de la salud recurra a su propia experiencia y visión del mundo, haciendo uso no sólo de sus conocimientos médicos/enfermeros, sino también de los sentimientos de compasión y confraternidad entre seres humanos. No obstante, habrá ocasiones en que incluso la atención más humanitaria y los cuidados paliativos más avanzados alcanzarán un límite. En este punto, la medicina, la enfermería, habrá de reconocer sus propias limitaciones; no todo en la vida puede quedar bajo el control de una medicina/enfermería tan constreñida en sus posibilidades como aquellos seres humanos a los que sirve.” *Los fines de la medicina* (Hastings Center, 2004)

(PARTE VI)
ANEXOS

ANEXO VI. V. INFORMES OBSERVACIÓN PARTICIPANTE DETALLADA

- | | |
|------------|---|
| VI.V. I. | 1º INFORME OBSERVACIÓN PARTICIPANTE CENTRO DE SALUD |
| VI.V. II. | 2º INFORME OBSERVACIÓN PARTICIPANTE CENTRO DE SALUD |
| VI.V. III. | 3º INFORME OBSERVACIÓN PARTICIPANTE CENTRO DE SALUD |
| VI.V. IV. | 4º INFORME OBSERVACIÓN PARTICIPANTE CENTRO DE SALUD |

ANEXO VI.V. I.

INFORME OBSERVACIÓN PARTICIPANTE CENTRO DE SALUD.

ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA. SCS

Observación nº1

Escenario: Centro de Salud de Triana. Las Palmas de Gran Canaria.

Grupo: Profesionales Enfermeros en la UAG

Palabras clave: Dolor y sufrimiento

Día: 12 Marzo 2012

Turno: Mañana

Hora: de 800h: a 14:00h

Hechos observados: (Mirar mientras se convive)

A las 8:00 la sala espera de la UAG del Centro de salud no está masificada hay alrededor de 5 personas mayores de 65 años esperando para ser atendidos. La médico de triaje está en ese momento atendiendo una paciente. Una enfermera está registrando una actividad que acaba de realizar, es una enfermera sustituta, me presento y pregunto que hay pendiente, el resto de la enfermeras de las UAG están realizando domicilios. El teléfono suena en tres o cuatro ocasiones, son llamadas interior para preguntar por algún compañero de la UAG. (Unidad de Atención General)

Profesionales en escena

Una médico de familia

Dos enfermeras, cuatro a partir de las 10:30h.

El observante

Actividades

Durante el tiempo de observación las actividades de enfermería están referidas en un alto porcentaje en aliviar el dolor, curas y afecciones de tipo respiratorio, en adultos por tanto, reciben medicación intramuscular, atención enfermera de las curas, aerosolterapia y registro informático de las actividades llevadas a cabo. En los niños todas las atenciones fueron por problemas respiratorios, por tanto con tratamiento de aerosol terapia. Excepto un niño de 12 años, que fue atendido por esguince de rodilla derecha que se produjo jugando futbol.

Conversaciones

Las propias entre los compañeros en cuanto al fin de semana. En cuanto a los pacientes, notas cierta prisa en ser atendidos a pesar de tener número para entrar a la UAG. Como indiqué anteriormente suele ser gente mayor de 65 años preferentemente mujer. Las conversaciones se llevan acabo según el tratamiento que se le vaya a realizar, si es un pinchazo de medicación y es de repetición la conversación es corta, ¿Cómo sigue?, ¿está mejor?, mientras la enfermera va preparando la medicación, con un hasta mañana queda solucionado, no suele haber quejas por parte las pacientes en cuanto a dolor, lo aceptan de buen grado. Una de las pacientes de 52 años le pregunta la enfermera:

¿Le duele el medicamento que le pongo?,

Respuesta: *“después de 15 operaciones esto no es nada, lo que quiero es que me quite el dolor que tengo”*.

Respuesta de la enfermera: *“Con lo que le estoy poniendo saldrá de aquí volando”*.

Respuesta paciente: "(sonrisa) "Si no puedo ni caminar como voy a volar". *De todas maneras gracias.*

Respuesta de la enfermera: "*Verá como se le alivia el dolor, hasta mañana*".

En los adultos que repiten curas, es norma del Centros de Salud, que le atienda la propia enfermera de la UAF (Unidad de Atención Familiar), los pacientes lo prefieren por ya la conocen y tienen confianza, si por cualquier circunstancia no está su enfermera, "se deja atender" por otro profesional, sin embargo, le suele hacer en recorrido rápido de lo que le hace su enfermera, de tal forma, que la intervención sea lo menos dolorosa posible.

Los acompañantes suelen ser los esposos/as o hijas, cuando es el esposo, en el caso de matrimonios de edad avanzada, adoptan dos tipos de posturas:

a) Se quedad fuera de la sala esperando que terminen de actuar con su señora.

La situación a), observé en el día de hoy, que se da en pacientes que repiten con frecuencia para ser atendidas.

b) Esposos entran y mantienen el bolso de la señora, mientras le aplican cuidados de enfermería a la señora.

En esta situación b), es donde el marido hace algún comentario con la enfermera en cuanto a la evolución de la cura, cuando el esposo entra, y son muchos los días de repetición de la cura, habla de otras "cosas" con la enfermera.

Hoy, la acompañante de una señora mayor fue su hija de unos 54 a 55 años, entró con la madre, no paró de llamar la atención a su madre por no acudir al médico desde el día que se dio el golpe en la pierna, la expresión de la madre en la camilla era algo así como "*Soy así desde siempre*". La hija mantenía el bolso de la madre, cunado finalizó la enfermera con la cura dela madre, aprovecho para solicitar diagnóstico y tratamiento de unas quemaduras en piel producidas en el fin de semana al realizar una caminata con unos amigos, la enfermera le miró los hombros y pecho, y le dio una pomada para que se pusiera durante unos días.

La situación en tratamientos de niños es diferente, siempre entran acompañados de su madre, la figura del padre es escasa, en el día de hoy fueron todas madres, la intervención enfermera mientras prepara la mascarilla de aerosol es de conversación, preguntas a las niñas, hoy fueron niñas,

Pregunta enfermera: *¿Cómo te llamas?*

Respuesta niña: *Mercedes*

Pregunta Enfermera: *¿Cuántos años tienes?*

Respuesta niña: *4 años.(señala con su mano)*

Pregunta Enfermera: *Te han puesto esto alguna vez?*

Respuesta niña: *No*

Pregunta Enfermera: *Pues, esto no te va a molestar nada, ya verás*

Suelen responder con cierto miedo y agarradas a su madre, la tos o los roncus se pone de manifiesto en esos momentos, una vez puesta la mascarilla y el oxígeno se pone en marcha, la niña se tranquiliza, a veces como es el caso se adormecen y comienza a respirar tranquila, cuando finaliza la medicación, se alaba la colaboración de la niña, y se le entrega un chupa- chups.

Durante la observación pude ver como unas enfermeras una vez finalizan cada actuación registran en el ordenador lo realizado, otras, acumulan las peticiones realizadas por los médicos y cunado tienen un hueco libre registran.

El empleado de seguridad, hizo una aparición a las 12:30h. buscando no se que papel, no me pude enterar, en ese momento había mucho movimiento de pacientes y

personal en la UAG, entró con su uniforme, porra en ristre y esposas. Como observador, no vi procedente en ese momento su presencia en la unidad.

Estructura del escenario

El Centro de Salud de Triana, está situado en la capital de la ciudad de Las Palmas de Gran Canaria, casco de la ciudad, es un centro de nueva construcción, moderno y limpio, la UAG, consta de un despacho de triaje, una sala de curas, un apartado de aerosol terapia, tres box independientes con camilla. Un box aparte para paradas cardio respiratorias, y un espacio para realización de electrocardiogramas con camilla. Consta de tres entradas diferentes, una, a la consulta de triaje, otra a la unidad de atención general, otra a los boxes y a electrocardiogramas.

Comentarios del observador

La experiencia vivida, en principio es muy gratificante, la atención que lleva a cabo el personal de enfermería es muy cercana, profesional y cariñoso con todos los pacientes y acompañantes. Noté una gran complicidad con los pacientes, sobre todo con aquellos que eran clientes de la enfermera desde hacía tiempo, se dejan hacer de todo, algunas curas son dolorosas, la enfermera advierte “le va a doler un poquito”, existe sobre todo una relación de agradecimiento por parte los pacientes, a veces de mayor magnitud por parte de los familiares, los sentimientos están encontrados cuando la paciente como fue el caso de hoy, de unos 45 años casada con hijos, venía derivada del hospital Negrín, le habían abierto un absceso en la ingle, estaba muy incómoda, porque desde el sábado no se había curado, tenía problemas para realizar sus actividades diarias y le molestaba el apósito para defecar, estaba nerviosa, conforme se le fue atendiendo durante la cura y explicándole como había evolucionado desde el sábado a hoy lunes se fue calmando y al final dio las gracias. Mi impresión como observador, es que hay que ponerse en el lugar del otro (empatía), par poder comprender cada situación, de cada persona cuando pierde la salud, en el periodo de observación de hoy, he visto que en todas las ocasiones fue así, excepto una señora que fue atendida a las 11.30h. y se le puso medicación I.M. por fuerte dolor de espalda, y a la hora volvió para que le tomaran la T.A., la enfermera, en baja voz comentó, “le encanta que le hagan cosas”, sin embargo, esta segunda atención fue muy correcta.

Tengo la certeza de que la aparición en escena del señor de seguridad no fue prudente, tiene órdenes del centro de no pasar cuando haya pacientes en la UAG., rompe la intimidad de los pacientes, hace sentir mal a los profesionales, y ningún momento se le solicitó su presencia por parte de los profesionales.

En cuanto al dolor/sufrimiento sufrido por los pacientes, noto, que cuanto más se les haga partícipes de la intervención, soportan mucho mejor la intervención dolorosa. Cuando el profesional tiene prisa, por la razón que sea, el paciente lo nota y se queja con mayor intensidad.

Con los niños es bastante más complicado, el papel de la madre es fundamental para calmar al niño, en ocasiones se tiene que calmar primero a la madre para poder continuar con el tratamiento doloroso, no se dio el caso en la observación de hoy.

ANEXO VI.V. II.

INFORME OBSERVACIÓN PARTICIPANTE CENTRO DE SALUD.

ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA. SCS

Observación nº2

Escenario: Centro de Salud de Triana. Las Palmas de Gran Canaria.

Grupo: Profesionales Enfermeros en la UAG

Palabras clave: Dolor y sufrimiento

Día: 13 Marzo 2012

Turno: Mañana

Hora: de 800h: a 14:00h

Hechos observados: (Mirar mientras se convive)

A las 8:00 la sala espera de la UAG del Centro de salud está casi vacía, dos pacientes esperando para ser atendidos, la señora de la limpieza aprovecha para limpiar y recoger bolsas de basura, la auxiliar de enfermería repone medicamentos y material para utilizar durante la mañana, en el espacio de aerosol terapia un paciente joven de unos 40 años sentado con su mascarilla de oxígeno, está muy tranquilo.

Hoy se ha producido un cambio importante en la gestión del triaje, los pacientes una vez valorado por enfermería no van directamente a la sala de espera del médico, pasan a esperar en la sala de espera de la unidad administrativa, el médico llamará por teléfono a la administrativa para decir cunado puede pasar a consulta, en caso de gravedad el médico baja a la >U>AG, llamado por la enfermera, este cambio crea una cierta inquietud en el personal del la UAG, de tal forma, que una de las enfermeras comienza a tomar nota de las quejas de los pacientes que tardana mucho tiempo en ser llamados por la administrativa para que pasen a consulta médica, sólo se registra una queja, durante el turno de la mañana. Uno de los pacientes atendido por enfermería en la UAG con problemas de alcoholismo, una vez valorado y dada su situación se avisa al médico, el paciente decide no esperar en la sala de espera y abandona por su cuenta el Centro.

A las 10:30h. Han pasado por la UAG un total de 14 pacientes por diferentes motivos.

A las 10:35. llega el enfermero de refuerzo, sale a desayunar una de las enfermeras.

A las 11:00h. La señora de la limpieza aparece en escena haciendo comentarios de la cantidad de gente que espera para entrar a la UAG.

A las 12:00h. Se complica la UAG. Con un paciente joven de unos 40 años, de profesión según manifiesta patrón de barco, recibe tto. De aerosolterapia, esta tranquilo. Empieza con una fuertes, casi asfixiante, se avisa a su médico, el paciente muy colaborador, le pregunto como se encuentra, respuesta “*bien, aguantando*”, se le deriva al hospital, llegan los sanitarios de la ambulancia, dos hombres jóvenes, tienen prisa, lo meten en la ambulancia, la médico que atiende al paciente se da cuenta que no se le ha cogido una vía intravenosa y solicita rápidamente coger esa vía, el paciente ya está en la ambulancia, el sanitario de la ambulancia pide por favor le cojan la vía en la ambulancia para no volver a trasladar al paciente, así se hace, el paciente sonrío, y comenta que no se asusta , porque es el colaborador de Cruz Roja y bueno, es un compañero de la profesión sanitaria, cuando se la coge la vía el enfermero le pide colaboración para mantener el fiador de la aguja, el paciente lo hace con sumo gusto, pienso como observador que se olvida hasta de su propio problema. Sonrisas y agradable despedida.

Profesionales en escena

Hoy no hay médico de familia

Dos enfermeras, una de ellas sustituta, cuatro a partir de las 10:30h.

Señora de la limpieza

Personal de ambulancia (SUC)

El observante

Actividades

Durante el tiempo de observación las actividades de enfermería están referidas en un alto porcentaje aplicar tratamientos para aliviar el dolor, curas y afecciones de tipo respiratorio, en adultos por tanto, reciben medicación intramuscular, atención enfermera de las curas, aerosolterapia y registro informático de las actividades llevadas a cabo. En los niños todas las atenciones fueron por problemas respiratorios, por tanto con tratamiento de aerosol terapia. Hoy hemos tenido gran movimiento con los trabajadores de ambulancia en el traslado de pacientes al hospital.

Conversaciones

9:00h. La enfermera de urgencias llama a un nuevo paciente se trata de un hombre joven de 36 años, lleva una solicitud en su mano para que se le administre medicación intramuscular por lumbalgia, le pregunto que le ocurre, me contesta *“Un fuerte dolor de espalda”*. Pregunto: *le duele mucho*. respuesta : *“Bueno si, hice un esfuerzo y me sentí un tirón en la espalda”* Pregunto: trabaja respuesta: Si, pregunto: Tiene tanto dolor como para no trabajar. Respuesta: Es que trabajo en un gimnasio, siente un poco de rubor por la pregunta, me contesta que pronto se incorporará a su trabajo.

En el día de hoy, la presión asistencial ha disminuido con respecto al día de ayer, en cuanto a número de pacientes en espera para ser atendidos, por tanto, la prisa por parte de los pacientes, para ser atendidos también disminuye. Como indiqué anteriormente suele ser gente mayor de 65 años preferentemente mujer. Se mantiene el mismo ritmo de ayer en las conversaciones con los pacientes, según el tratamiento que se le vaya a realizar, si es un pinchazo de medicación y es de repetición la conversación es corta, ¿Cómo sigue?, ¿está mejor?, mientras la enfermera va preparando la medicación, con un hasta mañana queda solucionado, no suele haber quejas por parte las pacientes en cuanto a dolor, lo aceptan de buen grado.

El triaje de paciente lo lleva acabo el personal de enfermería, por tanto, se realiza una labor de entrevista clínica muy interesante, donde la clásica pregunta sale en el primer encuentro. ¿qué le pasa?, quedan registradas, las manifestaciones de dolencias, en el día de hoy, las registradas en su gran mayoría son dolores de espalda y cuerpo, dolores propios de afección gripal, torceduras de tobillos, afecciones espiratorias

Paciente joven que tiene un próximo viaje a Somalia para trabajar

Pregunta enfermera: ¿Por qué se pone este medicamento , le duele algo?

Respuesta paciente: *Algo de dolor en la espalda, pero como voy a un país africano de poca infraestructura sanitaria, quiero ir en buena forma.*

Pregunta enfermera:: ¿Le duele el medicamento que le pongo?,

Respuesta paciente : *“Estoy acostumbrado, y además mucho mejor del dolor”*.

Despedida.

Como en la observación participante en el día de ayer, en los adultos que repiten curas, es norma del Centros de Salud, que le atienda la propia enfermera de la UAF (Unidad de Atención Familiar), los pacientes lo prefieren porque ya la conocen y tienen confianza, si por cualquier circunstancia no está su enfermera, “se deja atender” por otro profesional, sin embargo, le suele hacer en recorrido rápido de lo

que le hace su enfermera, de tal forma, que la intervención sea lo menos dolorosa posible.

La siguiente intervención observada, se refiere a un paciente varón, jubilado de la banca (director de banca), que ha sido operado de un lipoma en la espalda, además se le ha presentado un herpes que le provoca dolores musculares en el hombro que le llega hasta la palma de la mano, la conversación con la enfermera que le atiende transcurre de la siguiente manera:

Enfermera: Como se encuentra hoy?

Paciente: *Bien, como en familia. Sin embargo tengo fuertes dolores en el hombro que no me dejan dormir. Lo que más me incomoda, es no saber cuando se va a terminar este padecimiento,*

Enfermera: (Se solidariza con el enfermo) *Le entiendo, hace años padecí de un herpes y entiendo lo que dice.*

Observador: *¿Le atienden bien en sus dolencias en este servicio?*

Paciente: *Recibo una atención inmejorable, es un trato muy familiar y cariñoso, no sólo en este centro, también en el hospital donde me han operado mi problema de la espalda.*

Paciente: *Nunca me habían hecho estas preguntas,*

Observador: *Estamos llevando a cabo una investigación sobre sufrimiento y dolor en los espacios sanitarios, quiero agradecerle su colaboración.*

Paciente: *Ponga, que me atienden muy satisfactoriamente.*

Observador: *Gracias y hasta la próxima cura.*

Hemos observado la intervención enfermera y un paciente de procedencia Uruguay, de profesión periodista, que sufre quemadura en mano derecha al sacar un producto hirviendo del microondas, en este caso es atendido por un enfermero veterano con muchas habilidades técnicas y humanas, sobre todo comunicacionales. Una vez descubierta la herida comienza la intervención de ambos actores en el escenario de la UAG.

Paciente: *¿Como encuentra me herida?*

Enfermero: No vi su herida ayer, pero, parece que que la cicatrización va por buen camino. *¿Le duele?.* (El enfermero le toca suavemente con la punta del bisturí en las partes circundantes de la quemadura, para control de sensibilidad a la cicatrización)

Paciente: *Pues no, siento el toque pero no dolor.*

Observador: *cuénteme como ocurrió, y que hizo al quemarse*

Paciente: *Mucho dolor, me puse agua y acudí a una farmacia a pedir ayuda, me dieron una pomada (esto ocurre en Uruguay).*

Observador: *¿recibió ayuda familiar?*

El paciente mi mira con mucha educación y me pregunta si soy cura. Mi respuesta en tono jocoso fue: *“Soy el capellán de este centro”*. Sonrisas del paciente, del enfermero y del observador. Le explico brevemente la investigación que estamos llevando a cabo.

Paciente: *Si, recibí ayuda de mi esposa que me acompañó en cada momento, gracias a ella superé mejor el trauma sufrido.*

Observador: *gracias y hasta la próxima cura*

Paciente: *Son ustedes muy amables, así da gusto ser atendido.*

La enfermera llama a una nueva paciente, se trata de una mujer de 28 años, trabajadora en un servicio de seguridad, acude uniformada al servicio de la UAG. A la pregunta *¿Qué le pasa?* Comienza a llorar.

Paciente: *Ayer murió mi abuelo, no duermo, solo recuerdo su entierro, no puedo trabajar, pero no quiero coger la baja, las cosas de trabajo están muy mal, me duele el pecho.*

Enfermera: *Pase a la camilla le vamos a hacer un EKG, avisa a su médico.*

La paciente no para de sollozar.

Observador: *¿Quería mucho a su abuelo?, ¿cuánta relación tenía con él?*

La paciente se relaja y comienza a relatar la relación con su abuelo, hasta que toda la representación simbólica en nuestra sociedad se le hace presente y vuelve a llorar, la muerte no es tema tocado con frecuencia.

Observador: Le intento contar la naturalización de la muerte en el ser humano, hasta que llega la médico que le atiende.

Médico: *lee el (EKG), normal, muy amablemente le indica que lo que tiene es un ataque de angustia, si tiene que llorar hágalo. La medicación no te va a evitar el duelo. Le pone tratamiento y se despide.*

La paciente queda acostada en la camilla, a la espera del alta, no para de llorar.

Observador: *Verá que con la medicación se le bajará la angustia, vuelvo a insistir en la aceptación y duelo por la pérdida de un ser querido.*

La paciente da las gracias por la atención y se despide.

Llega la enfermera de relevo, recibe a una señora de 62 años argentina, realiza el triaje, la paciente refiere mareos y pérdida de visión, le cuesta articular palabras, su esposo, cabizbajo, sereno, callado, sostiene el bolso de la señora, la enfermera muy profesional, continua con el interrogatorio según protocolo establecido, registrando en el ordenador, se interrumpe la entrevista por la entrada de otra paciente que solicita información, se le indica a esta señora que por favor espere que será atendida, continua el interrogatorio y la pruebas clínicas pertinentes (Glucosa, T/A, temperatura, EKG. Concentración de O₂ en sangre. etc.), cuida a un señor mayor, y esta preocupada por faltar a su trabajo, comenta la paciente: *“La cosa del trabajo está muy mal, no puedo perder el que tengo ahora”.*

En este caso la paciente no refiere dolor. Se le deriva a su médico para el tratamiento oportuno.

12:00h. Se complica la atención en el servicio, tengo que dejar de tomar notas y ayudar a los compañeros en las labores de enfermería, entran varias urgencias seguidas el personal de ambulancias llena el servicio de la UAG, este personal suele tener prisa por ser atendidos, enfermería es quien gestiona la prioridad de los pacientes para ser atendidos o derivados al hospital, noto cierta tensión en el personal de ambulancias, no saben donde colocarse mientras el personal de la UAG circula de un box a otro, atendiendo a los pacientes que ya estaban antes de llegar la ambulancia.

Observador: *¿Tienen localizados y documentación de los pacientes a trasladar?*

Trabajador Ambulancia: *estamos a la espera de orden de traslado.*

Observador: *Adelante*

La médico que atiende a uno de la pacientes para traslado al hospital pregunta: *¿Sele cogió una vis IV: al paciente:*

Observador: *No*

Médico: *Por favor cógele una vía, lo más rápido posible.*

Observador: *Por favor traiga al señor de la ambulancia para coger una vía*

Trabajador Ambulancia: *No le importa ir a la ambulancia para coger la vía, para no mover al paciente.*

Observador: *Por supuesto, déjelo en la ambulancia*

En la ambulancia el paciente continúa con su dificultad respiratoria.

Paciente: *¿Qué tal lleva el día en coger venas?*

Observador: (Sonrisa). *Sinceramente no muy bueno, intentaré que sea al primer intento.*

Paciente: *No se preocupe soy colaborador de Cruz Roja, conozco el tema*

Observador: *Muy bien somos compañeros de trabajo sanitario, por ello le pido colaboración, sostenga el fiador del agujero cuando le pinche.*

Tengo la impresión de que el paciente olvidó todas sus dolencias y centró su labor en la colaboración sanitaria en su propio cuerpo.

Observador: *Fantástico a la primera, gracias por ayuda*

Paciente: (Sonrisa), *gracias a usted.*

Durante la observación pude comprobar una vez más, como las enfermeras una vez finalizan cada actuación registran en el ordenador lo realizado, otras, acumulan las peticiones realizadas por los médicos y cuando tienen un hueco libre registran.

La continua entrada de pacientes hasta la 14:00h. es importante, los enfermeros se van turnando para llevar a cabo los domicilios que cada uno tiene a su cargo, al regreso a UAG, surgen comentarios de estos domicilios, sobre todo cuando acontece algún acontecimiento que se sale de lo cotidiano.

Estructura del escenario

El Centro de Salud de Triana, está situado en la capital de la ciudad de Las Palmas de Gran Canaria, casco de la ciudad, es un centro de nueva construcción, moderno y limpio, la UAG, consta de un despacho de triaje, una sala de curas, un apartado de aerosol terapia, tres boxes independientes con camilla. Un box aparte para paradas cardio respiratorias, y un espacio para realización de electrocardiogramas con camilla. Consta de tres entradas diferentes, una, a la consulta de triaje, otra a la unidad de atención general, otra a los boxes y a electrocardiogramas.

Comentarios del observador

La observación en el día de hoy ha tenido momentos muy interesantes desde la perspectiva sanitaria, de gestión de los recursos humanos y desde la intervención en dolor y sufrimiento del hombre.

Cada día de la observación participante me confirma que la palabra cura, que las técnicas de aproximación para llegar a un diagnóstico son necesarias, pero la comprensión cultural en la que se desenvuelve el paciente y sus acompañantes juegan un papel fundamental a la hora de conseguir un alivio desde la perspectiva psicológica de los actores mencionados.

Reflexión teórica

Si entendemos la puesta en acción de los conocimientos enfermeros en desarrollo de una actividad humana, tiene que ver directamente con la realidad frágil y vulnerable del ser humano, aportando una visión del ser humano que se desprende de la acción de cuidar. Según (Torralva, I. 1998) podemos afirmar que nadie conoce mejor que el profesional de enfermería al ser humano enfermo, la persona doliente, porque precisamente su acción se desarrolla en el epicentro de este mundo.

La observación participante de hoy me hace reflexionar sobre el poder de la palabra en la entrevista clínica, en la intervención en situaciones de dolor y sufrimiento, en como cada individuo la vive de forma diferente, como reaccionan de forma diferente tanto paciente como familia, como se estimula la colaboración del paciente en el propio acto enfermero cuando se le infringe dolor.

(Lain. P. 2005) catedrático de Historia de la Medicina define la curación por la palabra partiendo de textos clásicos, como el conocimiento y aprovechamiento

“técnico” de la *physis* propia de la palabra humana o fisiología del logos. Por ello no llegó a tener existencia en la medicina científica tradicional; es el S. XX el que recupera la palabra como técnica terapéutica bajo el epígrafe de “psicoterapia verbal”.

ANEXO VI.V. III.

INFORME OBSERVACIÓN PARTICIPANTE CENTRO DE SALUD.

ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA. SCS

Observación nº3

Escenario: Centro de Salud de Triana. Las Palmas de Gran Canaria.

Grupo: Profesionales Enfermeros en la UAG

Palabras clave: Dolor y sufrimiento

Día: 14 Marzo 2012

Turno: Mañana

Hora: de 800h: a 14:00h

Hechos observados: (Mirar mientras se convive)

A las 8:00 la sala espera de la UAG del Centro de salud ya tiene nueve pacientes esperando para ser atendidos, en la observación no se destaca nada significativo en cuanto al motivo de la investigación. A las 9:00h. la sala de espera queda despejada, el observador entra en un periodo importante para la continuidad de la investigación en fase de socialización con los trabajadores de la UAG. Interrumpe nuestra conversación un paciente que cojeando entra en la consulta, se ha torcido un tobillo, se la pasa a una camilla de observación, el enfermero le atiende, se le realiza un vendaje compresivo, la expresión de dolor del joven paciente es manifiesta, una vez realizada la inmovilización, disminuye el dolor y agradece el tratamiento.

Pasa otro paciente, es atendido por una enfermera, en esta ocasión se trata de un paciente mayor de 75 años, conocido del servicio, con problemas respiratorios, no refiere dolor, está acostumbrado a asistir con frecuencia a la UAG por sus problemas respiratorios, se conduce en el servicio con mucha desenvoltura, sabe donde tiene que sentarse, como colocar su mascarilla, habla muy poco con el personal que le atiende, termina su medicación da los buenos días y abandona el servicio.

El día de trabajo transcurre bastante tranquilo, es el comentario general de los trabajadores. Las llamadas telefónica interiores se suceden desde la Unidad Administrativa o bien desde las consultas médicas, ambas son realizadas para solicitar información de algún paciente que ha pasado por la UAG o indicaciones de confirmación de registro de algún paciente.

La aparición de los niños procedentes de pediatría, si que no para, en esta ocasión 10:35h. llega una madre joven con un bebe en los brazos y una niña de aproximadamente 2 años, ambas necesitan tratamiento por dificultad respiratoria, la situación es peculiar, el bebe con la mascarilla no para de llorar en brazos de su madre, la pequeña de dos años permanece de pie al lado de su madre con la mascarilla de oxígeno puesta, la madre atiende a uno y a otro, la enfermera trata de aliviar la situación en os momentos de paso por donde se encuentra esta familia, dirigiendo unas palabras de refuerzo a la pequeña y de compresión a la madre, los llantos del bebe inundan la UAG, los demás pacientes adultos que estás siendo atendidos por sus dolencias no hacen ningún comentario, creo que como adultos son capaces de entender la situación, en esos momentos la enfermera llega con una paciente mayor para llevar a cabo un lavado de oídos, el espacio de atención es reducido, el bebe continua con llanto aún con la “chupa” (chupete) puesta en la boca, la enfermera tiene que atender a la señora mayor de su oído, traslada un biombo entre la madre con los niños y otra señora que reciben aerosolterapia, y ahí comienza a desarrollar su trabajo, una vez finalizado el tratamiento de los niños, vuelve la “calma” al menos en cuanto al sonoro y estresante sentir del llanto de un bebe.

11:00h observo una madre con un niño de cuatro años que precisa tratamiento con aerosolterapia, esta madre fue alumna de la UFP Canarias, expresa gran alegría al verme, está tranquila con su hijo, hace algunas referencias de comportamiento del niño, sale a relucir su trabajo y lo contenta que está con su profesión de enfermera, le comento al enfermero de la UAG. La situación de esta madre ex alumna, se interesa por ella, observa el tratamiento del niño, le ofrece un chupa-chups si sigue portándose tan bien como hasta ahora, la madre agradece el detalle.

Aparece en escena un enfermero joven sustituto, da una vuelta por el servicio, observa la tranquilidad existente, se presenta la resto de compañeros, se dirige a uno de los niños en aerosolterapia y comienza un diálogo corto, pero bien aceptado por parte de la madre del niño, como por el propio paciente. Pasa una hora 12:00h. el enfermero sustituto, tiene que acudir a realizar sus domicilios, llega otra enfermera que estaba realizando los suyos.

Entra en acción un trabajador del servicio de mantenimiento, con su uniforme y maleta plástica de herramientas, ajeno a lo que ocurre con los pacientes realiza su labor, una vez finalizada le pregunto (trabajador compañero conocido) si quedó todo arreglado, me contesta que sí, que el prefiere salir a los centros de salud a arreglar desperfectos, que esperar en la oficina donde se encuentra esperando la llamada de alguna avería.

Profesionales en escena

Hoy no hay médico de familia

Dos enfermeras, cuatro a partir de las 10:30h.

Enfermero sustituto

Señora de la limpieza

Señor de mantenimiento. SCS

Pacientes

Familiares

El observante

Actividades

Se mantiene prácticamente igual que en los días precedentes, por tanto, durante el tiempo de observación las actividades de enfermería están referidas en un alto porcentaje aplicar tratamientos para aliviar el dolor, curas y afecciones de tipo respiratorio, en adultos por tanto, reciben medicación intramuscular, atención enfermera de las curas, aerosolterapia y registro informático de las actividades llevadas a cabo. En los niños todas las atenciones fueron por problemas respiratorios, por tanto con tratamiento de aerosol terapia. Hoy hemos tenido gran movimiento con los trabajadores de ambulancia en el traslado de pacientes al hospital.

Conversaciones

Paciente joven con torcedura de tobillo, a pesar del dolor, cuando el enfermero le va a realizar el vendaje pregunta.

Paciente: *¿Me va a poner tensoplast?*

Enfermero: *Si*

Paciente: *Eso duele mucho, porque la goma que pega a la piel me tirará de los pelos al quitarlo.*

Enfermero: *Esto te aliviará mucho más el dolor, al tener el pie mejor sujeto.*

Paciente: *No, No prefiero que me ponga un vendaje sencillo.*

Enfermero: *No te hará el mismo efecto, pero dado que la torcedura no es de gran importancia, te pongo un vendaje elástico, si ves que no mejoras acudes de nuevo y te ponemos un vendaje funcional.*

Paciente: *De acuerdo.*

12:30h. Llevo un buen rato observando a una paciente adulta de una 54 o 55 años sentada en una silla, cabizbaja que menciona palabra y presta poca atención en el devenir del servicio, pregunto a una de las enfermeras que le ocurre a esta paciente, me comenta que fue atendida con medicación por presentar mareos, y que es conocida en el servicio por presentar como es el caso de hoy síntomas de alcoholemia, es una paciente que trabaja en la Universidad, no se sabe bien si como profesora o administrativa. Después de un buen rato, se levanta de la silla, se tambalea (pierde el equilibrio), y comenta que quiere marcharse, la enfermera que le atiende le dice que, hasta que no venga una amiga o un familiar a buscarla no la puede dejarla marchar, *sepa, que usted no está en condiciones para caminar sola.* La paciente insiste algo enfada, la enfermera le vuelve a indicar los argumentos de porque no puede irse sola, la paciente se enfada y hace ademán de abandonar la sala, la enfermera le dice que si abandona el servicio por su voluntad *tiene que firmar el alta voluntaria*, acto seguido la paciente firma alta voluntaria y abandona el servicio.

Estructura del escenario

En este tercer día de observación participante, se mantiene la estructura del escenario en el Centro de Salud de Triana, situado en la capital de la ciudad de Las Palmas de Gran Canaria, casco de la ciudad, centro de nueva construcción, moderno y limpio, la UAG, consta de un despacho de triaje, una sala de curas, un apartado de aerosol terapia, tres box independientes con camilla. Un box aparte para paradas cardio respiratorias, y un espacio para realización de electrocardiogramas con camilla. Consta de tres entradas diferentes, una, a la consulta de triaje, otra a la unidad de atención general, otra a los boxs y a electrocardiogramas.

Comentarios del observador

La observación en el día de hoy ha tenido momentos poco interesantes dada la cierta tranquilidad en el servicio. Quizás advertir como hay pacientes que ante las maniobras que le producen dolor, apelan a su libertad de elegir si quiere que le realicen la maniobra o no, en el sentido más puro de la ética, el paciente tiene el derecho de elegir que quiere, los profesiones de la salud en ese sentido nos convertimos en un elemento humano facilitador de conocimientos técnicos y humanos, sin embargo, la última decisión la tiene el paciente, el carácter paternalista de la atención sanitaria no es el que prima en las actuaciones sanitarias de hoy en día, es evidente el riesgo que afrontan algunos pacientes, unas veces por desconocimiento, y otras por conocimiento tácito de lo que quieren para con su cuerpo y por ende con su vida. Me llamó la atención cuando la enfermera que atendía a la paciente con síntomas de alcoholemia, no se exactamente si fue la manera (tono de voz) al comunicarme el alcoholismo de la paciente, o mi propia percepción como observador de estigmatizada del alcoholismo, lo cierto es que a pesar de la excelente atención a la paciente durante el tiempo que permaneció en el servicio, sus manifestaciones verbales un tanto distorsionadas, en voz alta, probablemente por su intoxicación alcohólica, de disconformidad con su situación, me hizo pensar en el estigma que lleva como carga pesada una persona por su adicción. Situación que como observador pude comprobar la gran profesionalidad con la que fue atendida la paciente. Tengo la impresión como observador, que la paciente intentaba decirnos a

todo el personal, que ella era una señora, educada, trabajadora de la Universidad, y que si se encontraba en el Centro de Salud, no era más que por un problema disfuncional totalmente orgánico, es decir nada que ver con su problema con el alcohol

Reflexión teórica

Referido a estos pacientes con características particulares, contempladas en unas ocasiones como reacciones humanas, o adicciones a sustancias tóxicas Nos recuerda Madeleine Leininger (1999), que La presencia en los hospitales y centros de salud de personas con *características diversas* o procedentes de otros países o etnias presentan una serie de cuestiones que los profesionales sanitarios deben resolver en el día al día. Se tiende a ver las situaciones de contacto cultural como conflictivas, en tanto que la proximidad al “otro”, el desconocimiento que sobre los otros grupos culturales se tiene, provoca diversas reacciones. Reacciones que van desde las posturas más paternalistas, como son las posiciones de superioridad implícita al considerar al “otro”, al culturalmente distinto, como alguien que *no sabe*, un menor de edad al que hay que guiar y dirigir, al que se debe educar, hasta las posturas más racistas y xenófobas en las que el “otro” constituye un buen blanco sobre el que se proyectan nuestras fobias colectivas y el horror a lo diferente. (Leininger, M. 1999). Por su parte Erving Goffman (2006) en su obra *la identidad deteriorada*, nos indica que, cuando el estigma se instala en el individuo durante su permanencia en una institución, y cuando esta conserva una influencia desacreditadora sobre él durante un cierto periodo posterior a su egreso, se puede esperar la aparición de un ciclo especial de encubrimiento. Por otra parte, las actitudes que adoptamos los “normales” hacia una persona que posee un estigma, y las medidas que adoptamos respecto de ellas son bien conocidas. Valiéndonos de ese supuesto practicamos diversos tipos de discriminación, , mediante lo cual reducimos, sin esa nuestra intención sus posibilidades de vida. Construimos una ideología para explicar su inferioridad y dar cuenta del peligro que representa, racionalizando a veces una animosidad que se basa en otras diferencias, como por ejemplo, la clase social. (Goffman, E. 2006: 113). Por otra parte, señalar la importancia que representa la observación participante en la investigación etnográfica, por tanto, y en esta investigación lo estamos poniendo de manifiesto, es algo más que una técnica, es la base de la investigación etnográfica, que se ocupa del estudio de los diferentes componentes culturales de las personas en su medio: las relaciones con el grupo, sus creencias, sus símbolos y rituales, los objetos que utilizan, sus costumbres, sus valores, etc. Como tal enfoque admite la posibilidad de incorporar una pluralidad de técnicas a la investigación, de hecho podría considerarse como un ejercicio de alternancia y complementariedad entre observación y entrevista, aunque ambas se utilizan desde la óptica de que el investigador forma parte de la situación estudiada. La fuente de las que obtenemos los datos son las situaciones naturales, siendo el investigador el principal instrumento de recogida de datos. Buscando la interrelación entre investigador y sujeto de investigación. (Amezcu M. 2000; 9 (30): 30-35).

ANEXO VI.V. IV.

INFORME OBSERVACIÓN PARTICIPANTE CENTRO DE SALUD.

ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA. SCS

Observación nº4

Escenario: Centro de Salud de Triana. Las Palmas de Gran Canaria.

Grupo: Profesionales Enfermeros en la UAG

Palabras clave: Dolor y sufrimiento

Día: 19 Marzo 2012

Turno: Mañana

Hora: de 800h: a 14:00h

Hechos observados: (Mirar mientras se convive)

De 8:00 a 9:00h. la sala espera de la UAG del Centro de salud tiene dos o tres personas para ser atendidos por el médico que esta los lunes nueve pacientes esperando para ser atendidos, en la observación no se destaca nada significativo en cuanto al motivo de la investigación.

A las 9:00 El enfermero sustituto un hombre de procedencia cubana, joven está muy enfadado, le pregunto que le ocurre, me cuenta que ha tenido un problema de entendimiento con un señor mayor que viene a ponerse una vacuna y no ha pedido hora, que ambos se han levantado la voz, me pide que le atienda yo (Observador), el paciente pasa a control, no siente dolor, sin embargo está algo nervioso, después de una pequeña charla el paciente se tranquiliza y me cuenta que no tiene dolor y que la vacuna se la pone es una vez al mes, el paciente está en lista de espera para trasplante de riñón, sigue conectándose a la máquina de diálisis, no siente dolor, su mayor sufrimiento es saber cuando le podrán poner su nuevo riñón, reconoce que se altera con suma facilidad, tuve dudas al cargar la vacuna por que la traía duplicada, *“no se preocupe, llamo a mi mujer que es la que conoce todo lo mío”*, Cuando leí la petición de tratamiento lo entendí, cada dosis era de 40mgr., y el paciente necesitaba 80 mgr. por tanto, dos cajas de medicamentos. Después de un saludo abandonó el servicio.

Entra en acción el paciente que cada día se hace su cura por lipoma en la espada, me cuenta que lleva tres meses cada día curándose, *“ya casi soy de esta familia”*, entra en acción otra enfermera, los tres contertulios (paciente y dos enfermeras) comparten en que va a consistir la operación que mañana le van a realizar, comentan con horror las curas que tenían que realizar a este paciente en las primeras ocasiones, el paciente sonríe y asiente con suma comprensión, acto seguido, comenta el buen trato que ha recibido siempre, aún siendo dolorosas las mencionadas curas.

Dos señoras mayores permanecen sentadas sin decir palabra en la zona de aerosolterapia, según me comenta la enfermera son veteranas, es decir están acostumbradas a ponerse la mascarilla*⁷, la UAG del resto está tranquila.

En la observación con una médico del Centro me comenta su preocupación por el embarazo detectado a una joven de 17 años, que hasta día de hoy no había confesado, (24 semanas de embarazo), el problema es que está tomando una medicación muy

⁷ Este año en las Islas Canarias y durante este invierno de 2012, ha llovido muy poco, la calima (polvo en suspensión) que viene de África y la polinización por entrada de la primavera, están afectando sobremanera a niños y personas mayores con antecedentes de broncopatías, de ahí la gran cantidad de población infantil y adulta, + que en estas fechas acuden al Centro de Salud para tratamiento con aerosolterapia.

fuerte y ha podido afectar al feto, la médico ha puesto todos los mecanismos de derivación a tocólogo y ecografía, para determinar la gravedad del problema.

10:00h. la UAG está “tranquila”, enfermería atiende a varios pacientes por vacunas y aerosolterapia.

11:00h. se anima la UAG, entra un paciente joven de unos 28 años, presenta una intoxicación sin determinar, que le produce una urticaria en brazos, tórax y espalda, le pregunto si tiene dolor, responde que no es dolor exactamente, pero si, un picor intenso que no le ha dejado dormir, había acudido a urgencias la noche anterior y continuaba con el picor, el enfermero le pone la medicación, IM. está tranquilo, se indica que en caso de persistir la picazón vuelva al servicio. La médico de la UAG no para de recibir pacientes, llega una enfermera de consulta a relevar a la compañera, para que esta pueda salir a desayunar.

12:00h. tenemos una señora mayor acompañada de su hija en el box de reconocimiento, me acerco *¿Cómo se encuentra?* Respuesta: *Bien, esperando que llegue la ambulancia.* La hija pregunta *¿a que hospital la trasladan?* Respuesta: *al hospital de la zona sur,* hija: *es que, mi hermano trabaja en ese hospital y nos gustaría que fuera allí, esto nos da más tranquilidad.* Llega la ambulancia, el sanitario de ambulancia me pregunta si la Sra. A trasladar puede caminar, respuesta: No, llevaré entonces la camilla, en tono muy cordial, invitan a subir a la ambulancia a la hija acompañante, ésta declina la invitación al tener su coche aparcado en el centro de salud. La señora presenta una cardiopatía, no presenta dolor, está muy sonriente, y con muchos deseos de colaborar con el personal.

Entramos en fase de socialización con todo el personal, me preguntan si he apuntado hoy muchas cosas interesantes, respuesta: Si, todo lo que está ocurriendo.

12:30h. entra en escena una señora mayor don fuerte dolor en brazo, para ser medicada, según refiere le duele todo el cuerpo, desde hace tiempo, tiene a su cargo a otro familiar mayor que ella, refiere que por su dolor no puede realizar bien todas las tareas de la casa, la enfermera le explica como debe realizar los movimientos del brazo a la hora de barrer o fregar los pisos. La señora asiente con resignación, abandona el servicio.

Pasa un señor mayor cojeando, con abertura en el zapato, donde se vislumbra un dedo gordo del pie vendado, su enfermera le quita el vendaje, el paciente no se queja, le pregunto si tiene dolor, comenta que después que le quitaron la uña, siente algún “latigazo”, pero lo lleva estupendamente, sobretodo porque su señora trabajó muchos en un hospital y entiende de estos asuntos, él su justifica también diciendo que cuando ella esta enferma también la atiende en todo lo que puede.

13:00h. entra una paciente joven 42 años, lleva un rato esperando, está incómoda, le pregunto si viene a curarse (conocida de hace 4 días, para curarse un absceso inguinal), hemos de recordar que este tipo de curas son muy dolorosas, la señora porta una muleta, se tiende en la camilla, está nerviosa, porque a parte de la cura de hoy, será operada de una fístula perianal el próximo miércoles, respira profundamente, ante las maniobras que realiza la enfermera, dice estar acostumbrada al dolor.

Profesionales en escena

Un médico de familia

Dos enfermeras, cuatro a partir de las 10:30h.

Enfermero sustituto

Señora de la limpieza

Pacientes

Familiares
El observante

Actividades

Se mantiene prácticamente igual que en los días precedentes, por tanto, durante el tiempo de observación las actividades de enfermería están referidas en un alto porcentaje a aplicar tratamientos para aliviar el dolor, curas y afecciones de tipo respiratorio, en adultos por tanto, reciben medicación intramuscular, atención enfermera de las curas, aerosolterapia y registro informático de las actividades llevadas a cabo. En los niños todas las atenciones fueron por problemas respiratorios, por tanto con tratamiento de aerosol terapia. Hoy hemos tenido gran movimiento con los trabajadores de ambulancia en el traslado de pacientes al hospital.

Conversaciones

Paciente joven 42 años con un absceso inguinal

Observador: ¿Cómo se encuentra hoy?

Paciente: Hoy estoy nerviosa mi suegra está cuidando de mis hijos (tres hijos de 20, 13 y 9 años)

Enfermera: *Este absceso está mucho mejor.*

Observador: *¿cómo puede llevar esto con sus tres hijos y su marido?*

Paciente: No es sencillo, pero, estoy acostumbrada, con mi edad no se puede imaginar cuantas intervenciones quirúrgicas me han hecho.

Observador: Cuénteme. (Aprovecho que la enfermera atiende a otra persona y tengo un momento para entrevistar a la paciente).

Paciente: Llevo 24 operaciones, he conocido hospitales, aquí y en Barcelona.

Observador: ¿Le han comprendido en general su sufrimiento?

Paciente: *Mi familia siempre, son mis hijos los que lo pasan peor con mis enfermedades, mi hijo el mayor llorando me dijo un día, “mamá porque te tiene que tocar a ti todas las enfermedades?, le traté de explicar que yo, no lo había elegido, la vida es así. Mi hijo de 13 años lo que me repite es “mamá no te preocupes yo te cuido”; mi marido en más de una ocasión llora conmigo, sufre conmigo, y es muy bueno conmigo.*

En cuanto al trato de mi sufrimiento con el personal sanitario, en general he de decir que muy bueno, excepto en el año 2007 en un hospital del SCS, un cirujano (me da el nombre), que me humilló en mi sufrimiento, me sentí maltratada, por hacerle ver su negligencia profesional en mi tratamiento (se le saltan las lágrimas en el relato), me gasté dinero para conseguir un abogado que lo llevara a los tribunales de justicia, al final no lo conseguí. Ahora, sólo deseo que esta sea la última operación, la del próximo miércoles, que acabe bien y pueda regresar a casa como una madre “normal”, de las que conozco muchas.

Enfermera: *Hemos terminado con su cura, mañana la veo de nuevo, pasado mañana no, porque la operan.*

Paciente: *Me pregunta porque el interés por mi parte, por su dolor y sufrimiento.*

Observador: *Estamos realizando un estudio sobre dolor y sufrimiento en los espacios sanitarios.*

Paciente: *Me parece bien, ponga que soy una persona muy consciente con lo que tengo y procuro siempre colabora con el personal sanitario. Incluso cuando tengo dolor y sufro.*

Observador: *Muchas gracias por su colaboración, la veré después de la que la operen aquí en este Centro de Salud. Le deseo mucha suerte.*

Estructura del escenario

En este tercer día de observación participante, se mantiene la estructura del escenario en el Centro de Salud de Triana, situado en la capital de la ciudad de Las Palmas de Gran Canaria, casco de la ciudad, centro de nueva construcción, moderno y limpio, la UAG, consta de un despacho de triaje, una sala de curas, un apartado de aerosol terapia, tres box independientes con camilla. Un box aparte para paradas cardio respiratorias, y un espacio para realización de electrocardiogramas con camilla. Consta de tres entradas diferentes, una, a la consulta de triaje, otra a la unidad de atención general, otra a los boxs y a electrocardiogramas.

Comentarios del observador

La observación en el día de hoy ha tenido momentos muy interesantes a pesar de la cierta tranquilidad en el servicio. Elegiría de todos los momentos observados y de cara al objetivo del trabajo, la entrevista mantenida con la señora con 24 intervenciones quirúrgicas en sus 42 años de vida. Sigo sin entender como alguien puede llegar a convivir con el sufrimiento durante largos años, y al mismo tiempo, mantener una relación familiar más o menos estable; evidentemente, la persona que sufre en carne propia estos avatares de la vida, es la paciente, la que lo cuenta, sin embargo, es significativo como su hijo mayor tampoco entiende porque a su madre le “caen todos los males”, porque no se reparten las enfermedades en un número mayor de madres, porque le tiene que tocar siempre a la suya.

La realidad en el trabajo diario es que la enfermera tendría que entrar cada día en el debate de poder dar sentido al sufrimiento, este debate no es nada sencillo, y menos para la familia mas directa del que sufre, no es sencillo porque se pone en juego las emociones, emociones por otra parte difíciles de controlar, al mismo tiempo que tendría que soportar todo un debate filosófico sobre el sentido de la vida, o la dignidad humana, tendría que comprender, que la dinámica entre aguantar y sufrimiento está regida por el contexto cultural y las normas culturales de conducta, uno aguanta en público y sufre en privado; aceptar el pasado perdido por una enfermedad y por supuesto, la alteración del futuro, la bibliografía existente trata de confirmar el sufrimiento, desde una perspectiva esencialmente subjetiva.

Apunte bibliográfico

Pedro Laín Entralgo en su ensayo “La enfermedad como experiencia” (1966), lo que dice sobre la enfermedad bien puede aplicarse también a la experiencia del sufrimiento. Laín considera que la experiencia psicológica de la enfermedad puede reducirse a cuatro sentimientos: de *aflicción* (molestias como el dolor e impedimentos como la invalidez), de *amenaza* biográfica (a los proyectos de vida) y biológica (a la vida misma), de *soledad* por el aislamiento provocado por la enfermedad, “no sólo porque impide al paciente de un modo más o menos absoluto el trato normal con los otros hombres, sino porque fija su atención sobre sentimientos que él y sólo él puede padecer”, y finalmente puede vivirse la enfermedad como *recurso*, pues permite cierta evasión o refugio respecto de la vida ordinaria. (Lain, P. 1966:67)

Reflexión teórica

A las preguntas ¿Por qué estoy enfermo? ¿Por qué he de morir? ¿Qué sentido tiene mi sufrimiento? La medicina como tal, no tiene respuestas, no pertenecen a su esfera

de trabajo. Sin embargo, los pacientes recurren a médicos y enfermeros, en su calidad de seres humanos, en busca de algún tipo de respuesta. En estos casos, sugerimos que el profesional de la salud recurra a su propia experiencia y visión del mundo, haciendo uso no sólo de sus conocimientos médicos/enfermeros, sino también de los sentimientos de compasión y confraternidad entre seres humanos. No obstante, habrá ocasiones en que incluso la atención más humanitaria y los cuidados paliativos más avanzados alcanzarán un límite. En este punto, la medicina, la enfermería, habrá de reconocer sus propias limitaciones; no todo en la vida puede quedar bajo el control de una medicina/enfermería tan constreñida en sus posibilidades como aquellos seres humanos a los que sirve.” *Los fines de la medicina* (Hastings Center, 2004).

(PARTE VI)
ANEXOS

ANEXO VI. VI. ENTREVISTAS DETALLADAS A ALUMNOS

VI.VI.I EA1.	1ª ENTREVISTA A ALUMNOS
VI.VI.II EA2.	2ª ENTREVISTA A ALUMNOS
VI.VI.III EA3.	3ª ENTREVISTA A ALUMNOS
VI.VI.IV EA4.	4ª ENTREVISTA A ALUMNOS
VI.VI.V EA5.	5ª ENTREVISTA A ALUMNOS
VI.VI.VI EA6.	6ª ENTREVISTA A ALUMNOS
VI.VI.VII EA7.	7ª ENTREVISTA A ALUMNOS
VI.VI.VIII EA8.	8ª ENTREVISTA A ALUMNOS
VI.VI.IX EA9.	9ª ENTREVISTA A ALUMNOS
VI.VI.X EA10.	10ª ENTREVISTA A ALUMNOS

ANEXO VI.VI.I

INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN EMPÍRICA. ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD SEMI-ESTRUCTURADA. **ALUMNOS 1º CURSO ENFERMERÍA.** HISTORIA DE VIDA REFERIDA AL DOLOR Y SUFRIMIENTO

Entrevista nº: EA1

Fecha entrevista: 13 abril 2012

Contacto entrevistado:

14. Sexo V ☐ H ☒
15. Lugar de residencia: LPGC ☒ Otro: Fuerteventura
16. Curso: 1º Enfermería ☒
17. Edad: 18 años
18. Formación pregrado: PAU ☒
19. Estado civil So ☒ Ca ☐ V ☐ Se ☐
20. Vive solo/a SI ☒ NO ☐
21. Vive en familia SI ☐ NO ☐
22. Experiencia sanitaria SI ☐ NO ☒

PRIMER CAMPO

Entrevistador: ¿Porque estudiaste enfermería?.

Estudiante: Fue algo que tuve claro desde siempre, en su momento no pude entrar en la Universidad Pública y entré en la UFP. Una tía mía intentó estudiar enfermería pero lo dejó, mis padres no tienen relación con el mundo sanitario. Creo que hay que tener vocación para dedicarse a esto de la enfermería, entiendo por vocación sentir el que puedes ayudar a la gente. Las situaciones dolor y sufrimiento y con mi experiencia familiar (familiar esquizofrénico), no se enseña en la carrera tienes que vivirlo.

SEGUNDO CAMPO

Entrevistador: ¿Qué opinas sobre sufrimiento y dolor en general?

Estudiante: Para mi el sufrimiento es algo muy íntimo más psíquico, y el dolor es algo más físico que tu observas como un síntoma, creo que si hay que sufrir en la vida, es parte de nosotros.

Entrevistador: Como lo vives o no en situaciones particulares o de familia. Cuéntame tu primera experiencia de dolor en el “otro” y familiar.

Estudiante: Creo que el sufrimiento que más estoy pasando es desde que me separé de mis padres al tener que cambiar de isla para estudiar, me siento muy sola, mis compañeros de clase ya tienen sus amigos de toda la vida y yo tengo que ingeniármelas para integrarme, lo estoy pasando mal, cada noche llamo a mi casa en Fuerteventura para hablar con mi familia. Por otra parte he convivido con un tío mío que padece una enfermedad mental esquizofrenia, mis padres lo afrontan mal por la duda de que ocurrirá cuando falten mis abuelos que son los que en la actualidad le cuidan, he vivido la lucha diaria con este tipo de paciente, no es fácil

Entrevistador: Como lo integra en su vida personal. ¿Afrontas igual el dolor en adultos que en niños?

Estudiante: Pensé que la vida universitaria era diferente, esto es una Universidad privada y hay mucha gente mayor de edad. Espero que con el paso del tiempo lo supere, poco a poco.

Entrevistador: Que piensas desde la perspectiva como futura enfermera referido a las actuaciones de dolor y sufrimiento

Estudiante: Creo que se nos puede enseñar lo que es el sufrimiento el dolor en nuestra carrera, pero va a depender de cómo es cada uno, creo que es muy difícil entenderlo si no lo has vivido.

Entrevistador: Algún caso de dolor y sufrimiento vivido

Estudiante: El que he contado de mi tío, quiero hacer mi trabajo final de carrera sobre el cuidado al enfermos con problemas mentales.

TERCER CAMPO

Entrevistador: Cómo ves el papel del enfermero en la relación con los pacientes.

Estudiante: No he tenido experiencia personal del trato enfermero, pero si creo que la profesión enfermera te da la posibilidad de estar muy cerca del paciente, pienso hay que estar muy preparado para dar soluciones, y esto es difícil.

CUARTO CAMPO

Entrevistador: ¿Qué elementos crees importantes en la formación de un enfermero para dar calidad en los servicios de enfermería?

Estudiante: Me gustaría que me contaran en la carrera de casos reales de sufrimiento y dolor como aprendizaje. Me gustaría que se pudiera llevar a un paciente al aula y poder compartir con él, se que esto es casi imposible, pero me gustaría. La formación que he recibo hasta ahora me parece buena, casi todos los profesores insisten en el buen trato al paciente.

ANEXO VI.VI.II

**INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN EMPÍRICA.
ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD SEMI-ESTRUCTURADA.
ALUMNOS 1º CURSO ENFERMERÍA.
HISTORIA DE VIDA REFERIDA AL DOLOR Y SUFRIMIENTO**

Entrevista nº: EA2

Fecha entrevista: 13 abril 2012

Contacto entrevistado:

23. Sexo V☒X H☐
24. Lugar de residencia: LPGC ☐X Otro:
25. Curso: 1º Enfermería ☐
26. Edad: 19 años
27. Formación pregrado: PAU ☐X
28. Estado civil So☐X Ca☐ V☐ Se☐ Pareja☐
29. Vive solo/a SI☐ NO☐
30. Vive en familia SI☐X NO☐
31. Experiencia sanitaria SI☐ NO☐X

PRIMER CAMPO

Entrevistador: ¿Porque estudiaste enfermería?.

Estudiante: Porque desde siempre he tenido facilidad para comprender a las personas, creo que se escuchar, desde niño me encantaba ver las series de TV que tuvieran que ver con hospitales, etc, me tuve que adaptar a las condiciones económicas de mi familia para no estudiar una carrera fuera de mi isla, enfermería en la UFP fue mi gran oportunidad. Tengo dos primos que son enfermeros y me ayudaron contándome sobre la carrera de enfermería,

SEGUNDO CAMPO

Entrevistador:¿Qué opinas sobre sufrimiento y dolor en general?

Estudiante: Creo que es algo muy relacionado con el miedo, algo que te cohibe y además ser la primera excusa para rendirte, el dolor es algo que debe darte fuerza para seguir adelante yo soy muy positivo, si te pasa “algo” hay que superarlo, los obstáculos en vida tienes que saltarlos, no puedes quedarte parado. Siento que cuando ayudo al “otro” te ayudas a ti mismo, te fortaleces como persona y ayudas a comprender al otro a cambiar su punto de vista de su situación de sufrimiento o dolor. Insisto en que siempre que sufres es para mejorar, mi experiencia me servirá para cuando sea enfermero comprender mejor a los que sufren. No creo que todos mis compañeros sientan la actuación enfermera como yo, tengo compañeros que por tener una situación económica holgada en su familia, sus padres lo han matriculado en enfermería, aunque a ellos no les gusta, a estos es difícil hacerles entender el sufrimiento y dolor de los demás, emplean la ley del mínimo esfuerzo.

Entrevistador: Como lo vives o no en situaciones particulares o de familia. Cuéntame tu primera experiencia de dolor en el otro y familiar.

Estudiante: Uno de los primos enfermero, actualmente padece un cáncer óseo y lo está pasando muy mal. Personalmente con 18 años me operaron de corazón en el hospital Negrín, y yo no me rendí, a partir de mi experiencia tuve más claro el dedicarme a la

enfermería, el cuerpo (la mente) huye del dolor, quiero decir que lo pasaría peor si me dijeran que me tiene que volver a intervenir, a pesar de lo beneficioso que ha sido para mí el ser intervenido quirúrgicamente, ahora puedo hacer deporte, y sobre todo mi padre con el que me llevo muy bien no sufre,

Entrevistador: Como lo integra en su vida personal. ¿Afrontas igual el dolor en adultos que en niños?

Estudiante: Sufrí mucho al ver sufrir a mi padre, mi padre y yo nos entendemos muy bien. Con mi hermano mayor, que es profesor de Universidad en Barcelona (ESADE), no me entiendo, he hablado poco a lo largo de mi vida con él, es muy diferente a mí, la noche y el día. Mis amigos me dicen que con todo lo que he pasado y siempre tengo una sonrisa, es que de muy pequeño padecí también una enfermedad rara de huesos, me enviaron a la península me dieron una medicación que mejoré y me dijeron que si no se repetía sería estupendo para mi vida, pero que si volvía (la enfermedad) tendría que padecerla toda la vida, hasta ahora no ha llegado, y estoy bien.

Entrevistador: Que piensas desde la perspectiva como futuro enfermero referido a las actuaciones de dolor y sufrimiento

Estudiante: Espero aprender mucho para afrontar dolor y sufrimiento con mi futuros pacientes.

Entrevistador: Algún caso de dolor y sufrimiento vivido

Estudiante: El comentado de mi operación de corazón

TERCER CAMPO

Entrevistador: Cómo ves el papel del enfermero en la relación con los pacientes.

Estudiante: Creo que en mi experiencia personal con las enfermeras que me atendieron les faltó mucho tacto a la hora de tratarme de contarme las cosas, es más yo vuelvo al cabo de un año de mi estancia al hospital y creo, que ni se acuerdan de mí, el personal de enfermería, observé y viví que van a lo suyo, es decir a sacar trabajo y cuanto antes mejor. La enfermería debería dedicar más tiempo a hablar con los pacientes, creo que en 8 horas de trabajo siempre hay tiempo.

CUARTO CAMPO

Entrevistador: ¿Qué elementos crees importantes en la formación de un enfermero para dar calidad en los servicios de enfermería?

Estudiante: Enseñar en un aula sufrimiento y dolor es muy complicado tienes que experimentarlo. A mí nunca me han explicado como debo tratar a alguien que está sufriendo, que consejos debo dar, o no dar, que consejos dar cuando preguntan si moriré, de todas formas estoy en primero de enfermería, me quedan años para terminar.

ANEXO VI.VI.III

**INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN EMPÍRICA.
ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD SEMI-ESTRUCTURADA.
ALUMNOS 1º CURSO ENFERMERÍA.
HISTORIA DE VIDA REFERIDA AL DOLOR Y SUFRIMIENTO**

Entrevista nº: EA3

Fecha entrevista: 13 abril 2012

Contacto entrevistado:

32. Sexo V☒X H☐
33. Lugar de residencia: LPGC ☐X Otro:
34. Curso: 1º Enfermería ☐X
35. Edad: 25 años
36. Formación pregrado: PAU ☐X
37. Estado civil So☐X Ca☐ V☐ Se☐ Pa☐
38. Vive solo/a SI☐ NO☐
39. Vive en familia SI☐X NO☐
40. Experiencia sanitaria SI☐X NO☐

PRIMER CAMPO

Entrevistador: ¿Porque estudiaste enfermería?.

Estudiante: En primer lugar porque trabajo en Rx de la Clínica San Roque, cuando hacía la PAU, pensé hacer veterinaria, pero me sentí más atraído por enfermería

SEGUNDO CAMPO

Entrevistador: ¿Qué opinas sobre sufrimiento y dolor en general?

Estudiante: Opino que la gente se encuentra en los dos polos del sufrimiento y dolor, unos están en el polo de aguantar todo el sufrimiento y dolor, o en el otro que sería el quejarse por nada, depende de la educación que ha recibido en casa, hay gente que ha vivido situaciones importantes en casa y dan el valor que tiene ese dolor y gente que se preocupa demasiado por pequeños dolores o sufrimientos, por lo que pueda pasar. Creo que el dolor se puede interiorizar, compartir incluso con el paciente, pero debe ser lo mínimo porque si no, estarás fatal en toda tu trayectoria profesional.

Entrevistador: Como lo vives o no en situaciones particulares o de familia. Cuéntame tu primera experiencia de dolor en el otro y familiar.

Estudiante: Muerte de algún familiar, aunque ha sido en edades que comprendes la muerte. Reconozco a veces afronto de manera demasiado natural el dolor el sufrimiento, aunque no lo parezca lo interiorizo bastante, incluso viendo la película de clase, Filadelfia, me sentí “tocado”, estudiar enfermería implica conocer el dolor y sufrimiento de los que atiendes, con pacientes con fibromialgia, aparentemente están bien, pero en cuanto empiezas a hablar con alguno de ellos te cuentan como viven y sufren la enfermedad. Mi abuela está ahora mismo está ingresada en la unidad de ictus, le pusieron una compañera de habitación que venía de otra planta, esta paciente se quejaba precisamente del trato frío de las enfermeras de la planta de donde venía

Entrevistador: Como lo integra en su vida personal. ¿Afrontas igual el dolor en adultos que en niños?

Estudiante: Reconozco que al principio de mi trabajo, y hasta que empecé a estudiar enfermería no tenía vocación, me gustaba veterinaria, creo que poco a poco me siento más cerca de la vocación de ayuda al otro, vocación enfermera, siempre me gustó el contacto tanto con los animales, como ahora con las personas. Ahora que soy técnico de rayos siento que debo implicarme mucho más en el mundo de la ayuda y por eso empecé enfermería. En radiología la gente lo pasa mal, el médico no trata prácticamente con el enfermo nosotros los técnicos tenemos que explicar en que consiste la prueba que se va a hacer, muy resumida, a groso modo, no puedes estar mucho tiempo, si el médico de rayos se detuviera un momento a explicar al paciente lo que le van a hacer, el paciente lo agradecería mucho desde su tranquilidad y el miedo, miedo a tanto aparataje, miedo a lo que le van a hacer. Con los niños la cosa cambia, porque, el niño tiene menos defensas a la hora de afrontar el dolor, por su desconocimiento, a no ser que venga con una enfermedad crónica y haya aprendido a sufrir. A los niños no les puedes explicar el dolor,

Entrevistador: Que piensas desde la perspectiva como futuro enfermero referido a las actuaciones de dolor y sufrimiento

Estudiante: Tengo que aprender mucho, me quedan tres años de carrera.

Entrevistador: Algún caso de dolor y sufrimiento vivido

Estudiante: Recuerdo la muerte de mi abuela, yo tenía diez años, nunca supe que estaba enferma, un día llegué a casa y de sopetón me dijeron que había muerto, hoy en día con 25 años, sigo sintiendo el no haber podido despedirme de ella, siento, una gran angustia y tristeza, estoy “marcado”.

TERCER CAMPO

Entrevistador: Cómo ves el papel del enfermero en la relación con los pacientes.

Estudiante: Desde mi punto de vista, veo que unos lo llevan super bien sin son enfermeros vacacionales, se preocupan por todo, sin embargo lo que están por ganar el sueldo sólo cumplen con el trabajo. Entiendo profesión como buscar un sueldo a final de mes y vocación es no esperararlo.

CUARTO CAMPO

Entrevistador: ¿Qué elementos crees importantes en la formación de un enfermero para dar calidad en los servicios de enfermería?

Estudiante: Hasta el día de hoy, solo con la asignatura de Anroposociología ya nos van marcando con estos temas de sufrimiento, dolor, muerte. Se que en los Centros de Salud, los enfermeros docentes tocan estos temas con cierta frecuencia. Los enfermeros están preparados para cuidar y ayudar a los paciente, intentando minimizar el sufrimiento, de momento no sé lo que falta, nos dan una base bastante sólida en primer curso, veremos en segundo. A mi particularmente me gustaría que nos hablaran de atención materno infantil y emergencias sanitarias.

ANEXO VI.VI.IV

**INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN EMPÍRICA.
ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD SEMI-ESTRUCTURADA.
ALUMNOS 1º CURSO ENFERMERÍA.
HISTORIA DE VIDA REFERIDA AL DOLOR Y SUFRIMIENTO**

Entrevista nº: EA4

Fecha entrevista: 13 abril 2012

Contacto entrevistado:

41. Sexo V ☐ H ☒
42. Lugar de residencia: LPGC ☐ Otro: ☒
43. Curso: 1º Enfermería ☒
44. Edad: 28 años
45. Formación pregrado: PAU ☐ + **TURISMO**
46. Estado civil So ☒ Ca ☐ V ☐ Se ☐ Pa ☐
47. Vive solo/a SI ☐ NO ☐
48. Vive en familia SI ☒ NO ☐
49. Experiencia sanitaria SI ☒ 112 NO ☐

PRIMER CAMPO

Entrevistador: ¿Porque estudiaste enfermería?.

Estudiante: Sinceramente no fue vocacional, para nada, empecé a trabajar en el 112, después de un tiempo he comprendido que debo avanzar en la ayuda a las personas y como telefonista del 112 me falta más formación, por ello decidí entrar en enfermería, previamente había estudiado turismo, tengo primos metidos en la profesión médica,

SEGUNDO CAMPO

Entrevistador: ¿Qué opinas sobre sufrimiento y dolor en general?

Estudiante: Lo veo como una experiencia desagradable, a nadie le gusta sufrir, hay que sufrir en la vida en su justa medida, para diferenciar que algo es bueno tienes que haber probado lo malo.

Entrevistador: Como lo vives o no en situaciones particulares o de familia. Cuéntame tu primera experiencia de dolor en el otro y familiar.

Estudiante: Recuerdo la muerte de mi abuela como algo muy doloroso, era una persona muy allegada, (lágrimas) conviví y me crié con ella mucho tiempo, yo tenía 16 años, me dejó marcada sobre todo cuando la recuerde, es justo porque las personas mayores sabes que se tienen que ir, pero hasta que no te llega el momento..., no acepté nunca que tenía que morir, me pasa lo mismo que con mis padres, no quiero pensar que algún día se me vayan.

Entrevistador: Como lo integra en su vida personal. ¿Afrontas igual el dolor en adultos que en niños?

Estudiante: No estoy preparada para aceptar la pérdida de un ser querido, si sufriera una enfermedad a lo mejor lo podría aceptar un poco más. En cuanto a ayudar a los demás creo que la familia juega un papel fundamental en enseñar a sus hijos a empatizar, hablo en general. A mi me gustaría que me afectara menos el dolor de los demás, porque lo paso muy mal, en el 112 mi trabajo como la comunicación al ser telefónica lo afrontas

como un cuento que te están contando, desgraciadamente es así, porque realmente son historias muy duras, quiero aprender a no implicarme personalmente en cada historia, pero soy así. Con los niños es diferente, aunque como profesional tendré que actuar.

Entrevistador: Que piensas desde la perspectiva como futura enfermera referido a las actuaciones de dolor y sufrimiento.

Estudiante: Creo que hay que tener mucha empatía con el otro, no sé si puede enseñar, pienso que la empatía la tiene todo hombre o mujer, es decir la lleva dentro, habría que enseñar a sacarla al exterior concretamente en la ayuda, cuidado de los demás.

Entrevistador: Algún caso de dolor y sufrimiento vivido.

Estudiante: El referido de mi abuela.

TERCER CAMPO

Entrevistador: Cómo ves el papel del enfermero en la relación con los pacientes.

Estudiante: No he tenido mucha relación con el mundo sanitaria, pero creo que habría que tener más acercamiento a los pacientes y no ser tan fríos, tan mecánicos, Yo pienso que una buena enfermera debe ser una buena profesional, eso si con mucha paciencia no sólo con los pacientes sino con los familiares, eso no nos lo enseñan en la carrera, creo que eso va con uno misma.

No veo a todos mis compañeros como futuros buenos profesionales, porque, se ve y convivimos día a día, ves detalles que los identificas como que están por otros motivos estudiando enfermería y no precisamente por tener claro la ayuda a los demás.

CUARTO CAMPO

Entrevistador: ¿Qué elementos crees importantes en la formación de un enfermero para dar calidad en los servicios de enfermería?

Estudiante: Creo que el dolor y el sufrimiento no se puede enseñar, no se puede aprender, hasta que no lo vives, te lo pueden explicar y orientar porque al fin y al cabo vas a tratar con personas, reconozco que al principio me será duro con el tiempo se aprende.

Es pronto para mi decir si falta algo en la formación para entender sufrimiento y dolor, estoy en primero de carrera, pero todos, todos los profesores hacen especial hincapié en el tema de la empatía, y si lo hacen es porque saben que hay déficit de empatía en la población en general y de la enfermería en particular.

ANEXO VI.VI.V

**INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN EMPÍRICA.
ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD SEMI-ESTRUCTURADA.
ALUMNOS 1º CURSO ENFERMERÍA.
HISTORIA DE VIDA REFERIDA AL DOLOR Y SUFRIMIENTO**

Entrevista nº: EA5

Fecha entrevista: 13 abril 2012

Contacto entrevistado:

50. Sexo V ☐ H ☒
51. Lugar de residencia: LPGC ☒ Otro:
52. Curso: 1º Enfermería ☒
53. Edad: 41 años
54. Formación pregrado: PAU ☐ Otros: Formación Profesional
55. Estado civil So ☐ Ca ☐ V ☐ Se ☐ Pareja de hecho ☒
56. Vive solo/a SI ☐ NO ☐
57. Vive en familia SI ☐ NO ☐
58. Experiencia sanitaria SI ☐ NO ☒

PRIMER CAMPO

Entrevistador: ¿Porque estudiaste enfermería?.

Estudiante: A mi siempre me llamó la atención el área de la salud, de hecho estudié un ciclo superior de educadora social, entré en enfermería porque lo podía hacer aquí, en Cran Canaria, fuera de la isla no me podían ayudar mis padres, con los años las cosas han cambiado, en estos momentos regento un negocio y puedo estudiar enfermería

SEGUNDO CAMPO

Entrevistador: ¿Qué opinas sobre sufrimiento y dolor en general?

Estudiante: El dolor existe, que hemos avanzado mucho para evitar el dolor, el dolor por el dolor lo evitaría, el hombre nace para ser feliz, pero sufre, físicamente se puede evitar con medicamentos, yo puedo evitar provocar sufrimiento a los demás, por tanto, se puede evitar. El sufrimiento psicológico entiendo que no es necesario para nada ¿?. Y el sufrimiento prolongado que yo también lo evitaría con fármacos.

Hay que tener mucha vocación para ser enfermera, hay que volcarse mucho con los pacientes, esto no es la ayuda de un día o una semana, es tu profesión, por eso hay que estar física y mentalmente muy fuerte.

Entrevistador: Como lo vives o no en situaciones particulares o de familia. Cuéntame tu primera experiencia de dolor en el otro y familiar.

Estudiante: He tenido un fuerte dolor de muelas me he tomado un analgésico y se me ha quitado, recuerdo una amiga joven de 27 años con un cáncer de colon, me quedé muchas noches acompañándola cuando estaba hospitalizada, sentí que le ayudaba, pude comprobar como le ayudaron a no sufrir a base de medicamentos, estoy segura que ella se fue antes por lo que le ayudaron, porque su cuerpo realmente no aguantaba más. Me comentó una noche que hablaría con los médicos, lo hizo y al día siguiente falleció. Yo me alegré mucho.

Entrevistador: Como lo integra en su vida personal. ¿Afrontas igual el dolor en adultos que en niños?

Estudiante: Los niños son especiales, no he tratado niños, el niño no debería sufrir nunca, se supone que deben nacer sanos son máquinas perfectas casi, podría trabajar con niños en oncología, pero tengo que prepararme bien para ello, porque es muy duro, de todas maneras a mi donde me gustaría trabajar como enfermera es con la gente mayor, porque creo que son personas a las que puedes ayudar a “marcharse” de manera más fácil, si están lúcidos me enseñan mucho, la gente mayor aunque no hayan ido a la Universidad saben mucho.

Entrevistador: Que piensas desde la perspectiva como futura enfermera referido a las actuaciones de dolor y sufrimiento

Estudiante:

Entrevistador: Algún caso de dolor y sufrimiento vivido

Estudiante: En mis prácticas de educadora social en un centro geriátrico, me encantó, se me iba el tiempo oyendo historias de su vida (acompañando).

TERCER CAMPO

Entrevistador: Cómo ves el papel del enfermero en la relación con los pacientes.

Estudiante: La enfermera tiene que empatizar, ponerse en la piel del otro, pero como profesional sufrir lo menos posible, esto se puede aprender, pero a mí me nace, en mi entorno familiar aprendí aunque parezca un pensamiento machista, el tener que cuidar de los hombres de la casa en todos sus aspectos desde vestimenta a comidas, de su comportamiento con respecto a la familia, si llega tarde, si bebe, etc. En mi familia siempre ha habido cierta vocación de contemplarnos, cuidarnos unos a otros, por tanto, el aprendizaje en la familia es fundamental, sin embargo, no quiero tener hijos, quiero dedicarme a los demás. Creo que en pacientes que están llegando al final de sus vidas deberíamos ser más profesionales evitando el dolor en todo momento, mi experiencia es que los profesionales en ese aspecto están un poco “dormidos”. Creo que todavía queda mucho prejuicio, mucha diversidad de opiniones médicas.

CUARTO CAMPO

Entrevistador: ¿Qué elementos crees importantes en la formación de un enfermero para dar calidad en los servicios de enfermería?

Estudiante: Enfermería tiene que tener una buena base de conocimiento para afrontar las situaciones de dolor y sufrimiento, conocimiento no sólo sanitarios, sino saber que maneja y como puede aliviar. Creo que si, si se le puede enseñar a un alumno como aliviar el dolor, no solo con medicamentos. Todo es mejorable por parte del personal sanitario. Pienso que la labor de enfermería no es del todo reconocida por la sociedad, la profesión enfermera es mucho más amplia de lo que la gente cree. Tienes que tener cien ojos.

ANEXO VI.VI.VI

**INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN EMPÍRICA.
ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD SEMI-ESTRUCTURADA.
ALUMNOS 1º CURSO ENFERMERÍA.
HISTORIA DE VIDA REFERIDA AL DOLOR Y SUFRIMIENTO**

Entrevista nº: EA6

Fecha entrevista: 19 abril 2012

Contacto entrevistado:

59. Sexo V ☒ X H ☐
60. Lugar de residencia: LPGC ☐ X Otro:
61. Curso: 1º Enfermería ☒ X
62. Edad: 34 años
63. Formación pregrado: PAU ☐ mayores 23 ☒ X
64. Estado civil So ☐ X Ca ☐ V ☐ Se ☐ Pa ☒ X
65. Vive solo/a SI ☐ NO ☐
66. Vive en familia SI ☐ NO ☐
67. Experiencia sanitaria SI ☒ X NO ☐

PRIMER CAMPO

Entrevistador: ¿Porque estudiaste enfermería?

Estudiante: Es una “espinita que tenía clavada”, y al fin he podido hacerlo, para mi es una manera de ampliar conocimientos y de mejora laboral, me encanta la carrera de enfermería, a pesar que es difícil.

SEGUNDO CAMPO

Entrevistador: ¿Qué opinas sobre sufrimiento y dolor en general?

Estudiante: Creo que es una característica inherente al ser humano y que no se trata en el mundo sanitario como debiera hacerse, no se tiene en cuenta excepto cuando te sufres tu mismo o un familiar cercano, Yo tengo dos experiencias distintas estuve 11 años trabajando como técnico en ambulancias medicalizadas, y ahora estoy de coordinador de mesa en el 112. En ambulancias la experiencia era “muy jodida” al ver no sólo el sufrimiento del que sufre el accidente, sino el de los familiares, lo pasé bastante mal, lo que pasa es que terminas acostumbrándote con el tiempo trabajado. El puesto donde estoy ahora de coordinación el impacto del dolor es diferente, lo que siento es impotencia de no poder actuar cuando recibo la llamada telefónica, es decir, gestionas el accidente, envías recursos, pero no estoy en el lugar del accidente, por decirlo de alguna manera soy un sanitario de “trincheras”.

Entrevistador: Como lo vives o no en situaciones particulares o de familia. Cuéntame tu primera experiencia de dolor en el otro y familiar.

Estudiante:

Entrevistador: Como lo integra en su vida personal. ¿Afrontas igual el dolor en adultos que en niños?

Estudiante: Trabajar con adultos casi me he acostumbrado, cuando me toca trabajar con niños lo sigo pasando fatal. A los niños los asocio con indefensión con él tienes que tomar todas las medidas sin casi comunicar con él, está indefenso.

Entrevistador: Que piensas desde la perspectiva como futura enfermera referido a las actuaciones de dolor y sufrimiento

Estudiante: Lo que he vivido como técnico de ambulancia ha sido por decirlo de alguna manera de observador, pero, si sé lo que quiero cuando sea enfermero, quiero no sólo ayudarles en su enfermedad desde la perspectiva de poner un fármaco, tratándolo, etc, sino, cuidándolo razón de ser de la enfermería, por eso no estudié medicina, entiendo que lo que te lleva a hacer son cuidados, la medicina es diagnosticar y prescribir.

Entrevistador: Algún caso de dolor y sufrimiento vivido

Estudiante: Hace un año y medio la muerte de una tía mía hermana de mi madre, con un cáncer de pulmón, me tocó a mi toda la enfermedad y afrontar con la familia toda su evolución, al vivir en la isla de Lanzarote había que trasladarla para su tratamiento de quimioterapia, precisamente en la última dosis puesta volví a Lanzarote en el helicóptero de mi empresa, pude ayudarla hablando en los momentos de lucidez, a pesar de la cantidad de morfina que tenía prescrita para soportar el dolor, recuerdo un momento muy traumático para mi, cuando llegamos al aeropuerto de Lanzarote, una vez mi tía en la ambulancia, toda la familia fue a recibirla al aeropuerto, una a una entraron en la ambulancia a darle un beso de bienvenida, en ese momento mi tía me preguntó, *“todo el mundo viene a despedirse de mí, es que parece que me voy a morir”*, en ese momento las lágrimas me saltaron; nadie del sector sanitario que le atendió le había explicado a mi tía el problema que tenía. Tenga en cuenta que el único sanitario de la familia soy yo, por tanto todo el proceso me tocó a mi, tuve que callarme muchas situaciones vividas con mi tía, porque todas las preguntas me las hacían a mi. Mi tía estuvo seis meses acudiendo al hospital y la enviaban a su casa con un calmante, hasta que la familia reclamó y le hicieron las pruebas pertinentes y descubrieron el cáncer.

TERCER CAMPO

Entrevistador: Cómo ves el papel del enfermero en la relación con los pacientes.

Estudiante: Resumido en una frase lo veo como “La mano amiga”, es una labor muy, muy importante, aunque quizás no es la más reconocida desde el punto de vista social, ni la mejor pagada, pero es la profesión que está realmente en contacto con el enfermo. Pienso que no todo el que ejerce de enfermero sirve para esto, hay que tener vocación, y no todo el personal de enfermería la tiene, incluido los compañeros de curso que han empezado a estudiar enfermería. Es decir, todos alcanzarán el título de enfermero, pero buen enfermero, para mí, es aquel que tiene vocación de cuidado y ayuda. Yo soy vocacional de la enfermería.

CUARTO CAMPO

Entrevistador: ¿Qué elementos crees importantes en la formación de un enfermero para dar calidad en los servicios de enfermería?

Estudiante: Es muy difícil enseñar en un aula lo que es dolor y sufrimiento, le puedes explicar la teoría, pero, no lo va experimentar hasta que no lo pasa, sin embargo, creo necesario que se nos hable en clase del sufrimiento del dolor de la muerte, pero no tecnificar la carrera, falta la aplicación de lo humano, creo que es difícil meterle a un alumno el sentimiento humano. Sería bueno si se consiguiera, yo sinceramente no sabría como hacerlo.

Entrevistador: Los profesores lo intentamos en las aulas, gracias por tu colaboración.

ANEXO VI.VI.VII

**INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN EMPÍRICA.
ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD SEMI-ESTRUCTURADA.
ALUMNOS 1º CURSO ENFERMERÍA.
HISTORIA DE VIDA REFERIDA AL DOLOR Y SUFRIMIENTO**

Entrevista nº: EA7

Fecha entrevista: 20 abril 2012

Contacto entrevistado:

68. Sexo V ☐ H ☒
69. Lugar de residencia: LPGC ☐ Otro: Arucas
70. Curso: 1º Enfermería ☒
71. Edad: 19 años
72. Formación pregrado: PAU ☒
73. Estado civil So ☒ Ca ☐ V ☐ Se ☐ Pa ☐
74. Vive solo/a SI ☐ NO ☐
75. Vive en familia SI ☒ NO ☐
76. Experiencia sanitaria SI ☐ NO ☒

PRIMER CAMPO

Entrevistador: ¿Porque estudiaste enfermería?.

Estudiante: (rotunda), por vocación, con 8 años murió mi abuela, fue la persona que me cuidó, la persona más importante en mi vida, la vi morir, en ese momento decidí que estudiaría enfermería, mis padres por temas de trabajo no podían cuidarme,

SEGUNDO CAMPO

Entrevistador:¿Qué opinas sobre sufrimiento y dolor en general?

Estudiante: Creo el hombre tiene que sufrir, tiene sus partes buenas y sus muchas partes de sufrimiento, en una balanza el sufrimiento para mi es mayor

Entrevistador: Como lo vives o no en situaciones particulares o de familia. Cuéntame tu primera experiencia de dolor en el otro y familiar.

Estudiante: Yo solo recuerdo que llamé a la ambulancia , lo único que le decía era “*por favor no te me mueras*”. A mi particularmente el sufrimiento me da fuerza, me ha enseñado a vivir con más fortaleza. No he tenido una experiencia de dolo y sufrimiento superior a la muerte de mi abuela.

Entrevistador: Como lo integra en su vida personal. ¿Afrontas igual el dolor en adultos que en niños?

Estudiante: Los niños me encantan, yo quiero estudiar para matrona cunado termine enfermería, afrontar el dolor en niños es complicado, sobretodo por su inocencia, los niños, son personas por supuesto, pero su vida es toda de color de rosas, yo era una niña con 8 años cuando muere mi abuela, la única persona que me ayudó fue una prima mía, hablaba mucho conmigo, los niños y los ancianos los veo más débiles, Yo creo en Dios, pero, no estoy con la iglesia, todas las noches rezo por mi abuela, porque sé que ella me ayuda, está ahí conmigo.

Entrevistador: Que piensas desde la perspectiva como futura enfermera referido a las actuaciones de dolor y sufrimiento

Estudiante: Yo me veo como una buena enfermera, creo que la capacidad de afrontar el dolor con el tiempo se va aprendiendo, te vas haciendo como una coraza, es decir, tienes los mismos sentimientos hacia el paciente, pero, has de reconocer que ese es tu trabajo, que lo que tratas son personas con dolor y sufrimiento y tienes que tratarlas en los hospitales o donde se des de la mejor manera posible, porque ya sabemos que a un hospital no se va a pasarlo bien, lo que no sé es hasta donde puedo ponerme la coraza, no es cambiar el “Chip” e inmediatamente no sufro el el tratamiento de un paciente. Pienso que tienes que endurecerte en esta profesión, sin tratar a las personas como objeto, que te da igual todo, entre profesión y vocación me quedo con la vocación.

Entrevistador: Algún caso de dolor y sufrimiento vivido

Estudiante: La experiencia de la muerte de mi abuela, esta y otras experiencias menos fuertes, me han puesto en el camino para decidir sin ninguna duda la elección de mi carrera de enfermería. Esto es lo mío, recuerdo una vecina hace unos meses padeció un ictus, y me di cuenta que reaccioné inmediatamente, poniéndola de lado esperando a que llegara la ambulancia, mi prima al lado mío quedó paralizada, ella estudia hoy en día turismo.

TERCER CAMPO

Entrevistador: Cómo ves el papel del enfermero en la relación con los pacientes.

Estudiante: No he terminado la carrera de hecho estoy empezando, pero, veo una profesión “superimportante” de ayuda a los demás, y muy difícil que sin vocación se te pueda llevar a conseguir atender y cuidar bien a los pacientes.

CUARTO CAMPO

Entrevistador: ¿Qué elementos crees importantes en la formación de un enfermero para dar calidad en los servicios de enfermería?

Estudiante: Estoy encantada con la formación que estoy llevando en 1º de enfermería. Creo que en clase se tiene que hablar, explicar de que va el sufrimiento y dolor en el hombre, soy capaz de llorar con una buena película, por tanto. Creo que si se pusieran en clase películas relacionadas con el dolor y el sufrimiento a muchos de nosotros nos llegaría a impactar. Mi película favorita es la “Vida es bella”, y lloro, lloro mucho, pero, me gusta. Creo que los profesores debería explicar más sobre el sufrimiento y dolor, sobre todo porque el próximo año nos vamos a enfrentar en las prácticas con personas, se que no es fácil hasta que lo ves.

ANEXO VI.VI.VIII

**INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN EMPÍRICA.
ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD SEMI-ESTRUCTURADA.
ALUMNOS 1º CURSO ENFERMERÍA.
HISTORIA DE VIDA REFERIDA AL DOLOR Y SUFRIMIENTO**

Entrevista nº: EA8

Fecha entrevista: 19 abril 2012

Contacto entrevistado:

77. Sexo V ☐ H ☒
78. Lugar de residencia: LPGC ☐ Otro: ☒
79. Curso: 1º Enfermería ☒
80. Edad: 26 años
81. Formación pregrado: PAU ☐ Psicóloga ☒
82. Estado civil So ☒ Ca ☐ V ☐ Se ☐ Pa ☐
83. Vive solo/a SI ☐ NO ☐
84. Vive en familia SI ☒ NO ☐
85. Experiencia sanitaria SI ☐ NO ☒

PRIMER CAMPO

Entrevistador: ¿Porque estudiaste enfermería?.

Estudiante: Soy licenciada en psicología por la Universidad de La Laguna. La carrera una vez finalizada se me quedó corta para poder ayudar a los demás de la forma que yo había pensado, la atención psicológica la veo como puramente psicológica, ya en tercero de psicología tuve contactos con compañeros de otras carreras de medicina, de enfermería fisioterapia, lo que me contaban de sus estudios y prácticas me entusiasmaba, de tal forma, que cuando terminé psicología entré en enfermería.

SEGUNDO CAMPO

Entrevistador: ¿Qué opinas sobre sufrimiento y dolor en general?

Estudiante:

Entrevistador: Como lo vives o no en situaciones particulares o de familia. Cuéntame tu primera experiencia de dolor en el otro y familiar.

Estudiante: Fui operada de un problema ginecológico precisamente en tercero de psicología, por un error médico, me vi en la UVI del hospital, lo pasé muy mal, pude comprobar en mí, el tratamiento médico y de enfermería durante mi estancia hospitalaria. Con 19 años, mi diagnóstico médico era quiste ovárico, me llevaron a quirófano, se produjo una hemorragia interna al cortar el médico una arteria (por error). Mi primer sentimiento en la UVI fue haber perdido el control sobre mi vida, al preguntar que había ocurrido, lo único que me contaban los médicos era que esto ocurría en pocas ocasiones, pero, que a mí me había tocado. Yo esperaba que me dijeran si había sido un error, y que tipo de error, no lo conseguí. Me acuerdo de la enfermera de UVI que me ayudó mucho (Julia), sin embargo cuando regresé a planta todo era muy mecánico, bien pero, mecánico.

Entrevistador: Como lo integra en su vida personal. ¿Afrontas igual el dolor en adultos que en niños?

Estudiante: Trabajé durante un tiempo con una ONG de niños maltratados, es una labor muy dura, toca mucho en lo personal. Los niños, tienen una capacidad cognitiva muy diferente a la de un adulto, tiene mucho que ver la edad del niño, si hablamos de niños entre 3 y 8 años, sinceramente no sé como se trabaja con niño de esas edades y padezca por ejemplo una enfermedad oncológica, , no sé si estaré preparada para trabajar con niños.

Cuando tuve mi operación, uno de mis primeros pensamientos fue por que me pasó a mi, por eso digo que hay pasarlo, hoy en día mantengo una buena relación con el médico que tuvo el error conmigo, pro yo estaba muy “dolida” por lo que me había sucedido, esperaba una disculpa por su parte, él intentó limar asperezas, mis padres decían gracias a Dios que estas viva, sin embargo yo insistía en el porque tenía yo que “pagar” el error de un médico, la buena relación que mantengo hoy con el médico creo que está en función de que tiene que pagar su “culpa”, aunque él nunca me lo ha verbalizado, me dice que lo que me ocurrió es normal que ocurre en una de mil intervenciones, y que esta ocasión me tocó a mi. Como comprenderás esta respuesta a mi no me satisface, mis padres sin embargo están eternamente agradecidos al médico.

Entrevistador: Que piensas desde la perspectiva como futura enfermera referido a las actuaciones de dolor y sufrimiento

Estudiante: No puedes cada día hacerte cargo de manera personal con el sufrimiento y dolor de todos tus pacientes, pero, hay que conseguir que los paciente no perciban que a la enfermera le da igual un sufrimiento que otro, se tiene que personalizar la atención, se tiene que tener vocación con aprendizaje profesional.

Entrevistador: Algún caso de dolor y sufrimiento vivido

Estudiante: El que he contado de mi operación

TERCER CAMPO

Entrevistador: Cómo ves el papel del enfermero en la relación con los pacientes.

Estudiante: Aún siendo psicóloga, tengo dudas cuando pienso que al finalizar la carrera de enfermería se capaz de afrontar sufrimiento y dolor de mis pacientes, sobre todo cuando personalizo el dolor y sufrimiento mi pareja, mi hijo, etc. sobre todo porque de estas personas allegadas conoces sus vidas, de un paciente, en situación por ejemplo de emergencia no conoces nada de sus antecedentes, creo que es bastante complicado, en estos casos la ayuda. Establecer los límites de dureza ante el sufrimiento del otro es complejo, sin embargo hay profesionales y gente en general que lo consiguen.

CUARTO CAMPO

Entrevistador: ¿Qué elementos crees importantes en la formación de un enfermero para dar calidad en los servicios de enfermería?

Estudiante: Creo que no todos los compañeros de mi curso no valen para esta profesión enfermera, yo “juego” con ventaja por mi edad y por haber estudiado otra carrera, con visión de psicóloga tengo contacto diario con ellos, y noto como en algunos de ellos no saben ni lo que están estudiando ni a lo que se van a enfrentar cuando terminen. No han entrado se universo madurativo de saber lo que hay que decir o no decir p.e. en situaciones de sufrimiento y dolor de un paciente.

No creo que a un alumno se le pueda enseñar lo que significa sufrimiento y dolor, es como cuando alguien padece una depresión, el paciente puede explicar sus signos y síntomas, pero, te dicen estos pacientes. Solo lo entiende el que lo haya padecido, por tanto, hay que vivirlo.

ANEXO VI.VI.IX

**INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN EMPÍRICA.
ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD SEMI-ESTRUCTURADA.
ALUMNOS 1º CURSO ENFERMERÍA.
HISTORIA DE VIDA REFERIDA AL DOLOR Y SUFRIMIENTO**

Entrevista nº: EA9

Fecha entrevista: 19 abril 2012

Contacto entrevistado:

- | | | |
|-------------------------------|-------------------------------------|--|
| 86. Sexo | V ☐ | H ☒ |
| 87. Lugar de residencia: LPGC | ☐ | Otro: ☒ |
| 88. Curso: 1º Enfermería | ☒ | |
| 89. Edad: 18 años | | |
| 90. Formación pregrado: PAU | ☐ | |
| 91. Estado civil | So ☐ x | Ca ☐ V ☐ Se ☐ Pa ☐ |
| 92. Vive solo/a | SI ☐ | NO ☐ |
| 93. Vive en familia | SI ☐ x | NO ☐ |
| 94. Experiencia sanitaria | SI ☐ | NO ☒ |

PRIMER CAMPO

Entrevistador: ¿Porque estudiaste enfermería?

Estudiante: Aún no tengo claro porque estudio enfermería, pero, me está gustando. Me ví en su momento que había que elegir alguna carrera y elegí enfermería, sin más.

SEGUNDO CAMPO

Entrevistador: ¿Qué opinas sobre sufrimiento y dolor en general?

Estudiante: No lo tengo muy claro, en principio lo veo como algo físico, a lo mejor no es así, yo lo que creo es que el hombre, la mujer no tiene que sufrir, yo creo que el sufrimiento de un hombre o una mujer está en función de sus aspiraciones en la vida, si las consiguen o no. Hay gente que es conformista, yo soy conformista con estilo de vida que llevo ahora. Me va bien.

Entrevistador: Como lo vives o no en situaciones particulares o de familia. Cuéntame tu primera experiencia de dolor en el otro y familiar.

Estudiante: No he experiencia fuerte de dolor y sufrimiento

Entrevistador: Como lo integras en su vida personal. ¿Afrontas igual el dolor en adultos que en niños?

Estudiante: Nunca me he planteado el cuidar físicamente a alguien, a lo mejor mentalmente si. Un niño creo que es más fácil de tratar por su inconsciencia, hoy le gusta un helado de fresa y mañana uno de chocolate, no tiene una consciencia clara, sin embargo, un adulto si lo tiene claro, por eso creo que es más difícil tratar a un adulto.

Entrevistador: Que piensas desde la perspectiva como futura enfermera referido a las actuaciones de dolor y sufrimiento

Estudiante: Creo que la enfermera tiene que endurecerse a lo largo de su trayectoria profesional, supongo que la primera vez que entre en un hospital como alumna me asustará, conforme pase el tiempo todo se irá normalizando, aunque parezca muy frio, creo, que no hay que dramatizar.

Entrevistador: Algún caso de dolor y sufrimiento vivido

Estudiante: la muerte de mi abuela, soy la más pequeña de mi familia y todos me arroparon.

TERCER CAMPO

Entrevistador: Cómo ves el papel del enfermero en la relación con los pacientes.

Estudiante: No he tenido experiencia de contacto con enfermeras o médicos para valorarlo. Yo no creo que todos mis compañeros o yo misma sirvamos para afrontar dolor y sufrimiento una vez acabada la carrera.

CUARTO CAMPO

Entrevistador: ¿Qué elementos crees importantes en la formación de un enfermero para dar calidad en los servicios de enfermería?

Estudiante: (Silencio prolongado). No se juzgar si se puede enseñar dolor y sufrimiento en un aula

ANEXO VI.VI.X

**INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN EMPÍRICA.
ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD SEMI-ESTRUCTURADA.
ALUMNOS 1º CURSO ENFERMERÍA.
HISTORIA DE VIDA REFERIDA AL DOLOR Y SUFRIMIENTO**

Entrevista nº: EA10

Fecha entrevista: 19 abril 2012

Contacto entrevistado:

95. Sexo V☒ H☐
96. Lugar de residencia: LPGC ☐ Otro: ☒
97. Curso: 1º Enfermería ☒
98. Edad: 24 años
99. Formación pregrado: PAU ☒
100. Estado civil So☐ x Ca☐ V☐ Se☐ Pa☒
101. Vive solo/a SI☐ NO☐
102. Vive en familia SI☐ NO☐
103. Experiencia sanitaria SI☒ NO☐

PRIMER CAMPO

Entrevistador: ¿Porque estudiaste enfermería?.

Estudiante: Por la estabilidad que me puede proporcionar emocionalmente, y mi futura estabilidad económica, además porque me gusta el servicio de atención a las demás personas, no nací con vocación enfermera, pero, siempre he estado rodeado de personal sanitario en casa mi padre es médico, y madre dentista, siempre me llamó la atención el tratar con la gente, pero en el sentido de las ventas. Sin embargo, trabajo hoy en día en una ambulancia como técnico.

SEGUNDO CAMPO

Entrevistador: ¿Qué opinas sobre sufrimiento y dolor en general?

Estudiante: Creo que el sufrimiento es innato en el hombre, y en cierta forma fortalece al hombre le ayuda a prender y a madurar, yo lo asocio a una ayuda, la gente que sufre busca en el personal sanitario de forma directa o indirecta, a veces saben expresarlo y otras debemos leer entre líneas.

Entrevistador: Como lo vives o no en situaciones particulares o de familia. Cuéntame tu primera experiencia de dolor en el otro y familiar.

Estudiante: Personalmente he vivido alguna situación dolorosa y de sufrimiento, creo que lo he sabido encauzar de forma madura, muertes familiares o separación de parejas (mis padres), si he notado que en algunas situaciones no he sabido emplear la inteligencia emocional para conducir correctamente una situación determinada, creo que en situaciones de dolor y sufrimiento de los demás uno no debe hacerse “duro”, sin embargo en mi medio profesional, yo veo a la gente como máquinas, no los veo como humanos, es decir, cuando termino mi trabajo “desconecto”, yo traslado a un paciente para que otros profesionales lo atiendan y punto. Esto no quiere decir que no sea humano con los pacientes, me gusta acercarme a la gente, pero como si fuera una obra de teatro, en alguna ocasión me he implicado incluso fuera de mis horas de trabajo, porque he entendido que la persona lo necesita, pero en situaciones muy puntuales.

Entrevistador: Como lo integra en su vida personal. ¿Afrontas igual el dolor en adultos que en niños?

Estudiante: Algo que viví con auténtico sufrimiento fue la separación de mis padres, tenía 16 años cuando ocurrió, hasta que comprendí al tiempo del porque de la separación, otra situación desesperante, traumática para mi fue cuando terminaba los estudios de la ESO, y, yo no daba lo que se esperaba de mi, una semana sin comer, muy mal, en mi familia se espera que todos estudiemos algo, y yo no lo hacía.

Entrevistador: Que piensas desde la perspectiva como futura enfermera referido a las actuaciones de dolor y sufrimiento

Estudiante: Terminaré enfermería aunque sea en seis años, creo todos los compañeros que están en clase serán buenos enfermeros, pero todos no estarán preparados para todo, va tener un 50% de realización personal y un 50% de solidez económica

Entrevistador: Algún caso de dolor y sufrimiento vivido

Estudiante: Recuerdo una señora que le habían dado el alta en el servicio de urgencias y deambulaba en los alrededores del hospital,, no tenía dinero para volver a casa, el médico se negaba a dar la orden de traslado en ambulancia, hablé con él y me puse como víctima, “yo le tendré que pagar el taxi de mi poco sueldo como ambulanciero”, el médico rectificó y firmó la orden de traslado.

TERCER CAMPO

Entrevistador: Cómo ves el papel del enfermero en la relación con los pacientes.

Estudiante: Lo veo como un profesional que tiene que manejar sufrimiento y dolor tanto en lo personal como en lo profesional, mantener una línea para saber cuando debe y cuando no debo involucrarse, para que no le afecte en su desarrollo personal.

CUARTO CAMPO

Entrevistador: ¿Qué elementos crees importantes en la formación de un enfermero para dar calidad en los servicios de enfermería?

Estudiante: Creo que se debe enseñar a los alumnos a conocer el sufrimiento y dolor, exponer a los alumnos ante el sufrimiento y dolor creo que es muy importante, habrá que adaptar la enseñanza a cada alumno según sus circunstancias personales vividas.

(PARTE VI)
ANEXOS

ANEXO VI. VII.	CUADROS DE TRABAJO PARA ENTREVISTAS A PROFESIONALES
VI.VII.I.	CUADRO ENTREVISTA PROFESIONALES N° 1
VI.VII.II.	CUADRO ENTREVISTA PROFESIONALES N° 2
VI.VII.III.	CUADRO ENTREVISTA PROFESIONALES N° 3
VI.VII.IV.	CUADRO ENTREVISTA PROFESIONALES N° 4
VI.VII.V.	CUADRO ENTREVISTA PROFESIONALES N° 5
VI.VII.VI.	CUADRO ENTREVISTA PROFESIONALES N° 6
VI.VII.VII.	CUADRO ENTREVISTA PROFESIONALES N° 7
VI.VII.VIII.	CUADRO ENTREVISTA PROFESIONALES N° 8
VI.VII.IX.	CUADRO ENTREVISTA PROFESIONALES N° 9
VI.VII.X.	CUADRO ENTREVISTA PROFESIONALES N° 10

ANEXO VI.VIII. ENTREVISTA N° EP1. ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD SEMI ESTRUCTURADA A PROFESIONALES DE ENFERMERÍA. GRAN ACANARÍA MARZO 2012		
1º CAMPO Elección de estudios. Justific	2º CAMPO 1ª experiencia dolor y su	3º CAMPO Sufrimiento y dolor en general
Si algo tuve claro en mi vida desde joven fue mi raza sanitaria. Lo primero que yo vi fue dolor ajeno en casa, sufrimiento, en casa, soy hija de una mujer añosa, Yo vi sufrir a mi madre los cólicos nefríticos de “antes”, los que no se trataban, saltar en la cama de dolor, viví <i>estando en 5º de E.G.B. su intervención de mioma, aquello era... tu madre al hospital, tu quedarte con la familia con tus primas.</i>	Toma esta la pones tu”. Mi respuesta fue: “Al pobrecito le va a doler” monitora: “Por alguno habrá que empezar” Si haces esto, debe ser que no importa tanto el Dolor ajeno. ¿Atravimiento,? es arte del aprendizaje: No, me imagino que lo que pretendía la enfermera docente es que no fuera nada salvaje, era quitar hierro a la situación de ¡¡AHHH!! la primera IM. De esto hace 22 años. Siendo alumna, un chico joven con amputación de un brazo, brazo izquierdo, porque me acuerdo hacerme toda la película mental, de cómo tendría que aprender a manejar el brazo izquierdo etc., cuando le quitaron el vendaje que cubría la herida en la primera cura, quedé impresionada, y no por la herida en si, sino, ya que la herida era limpia y el muñón estaba “precioso”, perfectamente cosido, fue la película que yo me monté en ese momento con respecto al paciente, como se va montar su vida, como va a sufrir, porque además era un “chicarrón” joven, enorme. mis prácticas más sufridas fueron en cirugía de hospital infantil, yo recuerdo aquellas curas de quemados, tener que estregar con un estropajo las heridas en carne viva de un niño, a mi me parecía desgarrador ¿Endurecerse?: Rotundamente NO. Yo sigo sabiendo que no puedo trabajar en un servicio donde haya niños que sufren. yo aprendí algo en unos cursos de cuidados paliativos, después de terminar la carrera, porque en la carrera te cuentan muy por encima que es el dolor, los analgésicos que tienes que poner, etc. Pero no te enseñan a tener un cara a cara con el paciente y la familia.	El sufrimiento es parte de la vida, En cada caso tienes que saber para lo que vales, en mi caso yo sabía perfectamente queque no valía para trabajar en un servicio especial. Creo que socialmente la vida está para disfrutarla, no estamos para sufrimientos, evidentemente hay momentos que hay que sufrir, en el caso sanitario porque lo indica la técnica a realizar, duele, y tu se lo explicas al paciente. Habría que asumir el dolor como parte de la enfermedad. Hay que conseguir normalizar el dolor. Un niño tiene que estar acompañado. El dolor nos da miedo. Parte “chunga” de la profesión. Solicito enseñanza obligatoria en comunicación y dolor. En enfermería no todo el mundo vale aunque tengan el título. El sufrimiento infantil es el peor que hay. En un adulto es otra cosa. el umbral del dolor en general ha bajado, hoy, nadie quiere sufrir absolutamente por nada. Para esto de la enfermería no todo el mundo vale aunque tengan el título. Mi experiencia de la muerte en mi familia la exploto profesionalmente

ANEXO VI.VII.II. ENTREVISTA N° CP2. ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD SEMI ESTRUCTURADA A PROFESIONALES DE ENFERMERÍA. GRAN ACANARIA MARZO 2012		
1° CAMPO Elección de estudios. Justificación.	2° CAMPO 1ª experiencia dolor y sufrimiento	3° CAMPO Sufrimiento y dolor en general.
Sabía que quería estudiar algo que ayudara a la gente, a los 18 años un familiar de mi novio estuvo ingresado en un hospital, vi el ambiente y decidí matricularme en enfermería. Mi experiencia en la escuela de ENF. Fue muy buena. Me tocó mucho tiempo en medicina interna en lo que llamaban una UVE (Unidad de vigilancia especial), donde se veían barbaridades, me acuerdo de mi primer pinchazo, pero no recuerdo que me causara ninguna impresión. Nosotras no tuvimos prácticas con muertos. Bueno, Se les puede enseñar... (duda) Ahora mismo, creo que si no pasan por la experiencia es difícil que lo entiendan con profundidad. Nunca, en toda la carrera. A nosotras nos pusieron a trabajar de 8:00h. a 13:00h. y por la tarde a clase, pero del tema de sufrimiento, dolor, muerte no se hablaba nada. A trabajar en vacaciones, semana santa y navidad, pero ese tema nada.	33 años de profesión, Lo que más recuerdo que me impactó fue el primer muerto que tuve en mi turno en una clínica geriátrica en la Garita. Hacía poco un familiar mío había muerto en un accidente de moto, con la muerte de la viejita en mi trabajo, me volvió a recordar todo aquello, para mí fue terrible. Mi padre que muere de un cáncer de pulmón, mi abuela que me crió y murió en medicina interna en el materno cuando había medicina interna en el materno. Fue doloroso, porque mis abuelos me criaron, ya que mis padres se fueron a Brasil siendo yo muy niña, la muerte de mi padre por el cáncer de pulmón fue muy doloroso cuando me lo dijeron, fue aún más doloroso, cuando el médico me dijo que tenía una metástasis cerebral, yo ya era enfermera, pero me vi sola con el diagnóstico en la mano, llorando a mares, sin saber como se lo decía a mi padre, (se me vino el mundo encima). Me fui a hablar con la médico de familia que atendía a mi padre, siempre me había dicho que si padecía una enfermedad incurable, él se tiraría de un puente, yo le decía a la médico que no podía decir la verdad a mi padre, cuando me enfrenté a mi padre, le conté, que había tenido un infarto cerebral y que esa zona ya no se recuperaba, pero con el tratamiento irás mejorando, a partir de ahí, tubo una parálisis lateral, de tal forma que había que bañarlo, afeitarlo, etc, mejoró con el tratamiento de corticoides y fue tranquilizándose, Te identificas más con esos temas, pero, de todas maneras, yo siempre he sido la misma, a mí me gusta mi profesión, algunas personas me decían en los primeros años de profesión: “Que buena eres con los pacientes, ya veras cuando pasen los años como cambias tu forma de ser”, yo eso no lo he vivido nunca, no me siento menos sensible ante el dolor o el sufrimiento del otro, yo, me veo igual que cuando empecé la carrera. Se puede aprender algo, pero, te tiene que gustar, aprendes con la experiencia a ponerte en la piel del otro. Yo trabajé con monjas ... sin comentarios La única monja buena de la comunidad que trabajaba con nosotras, desde la comunidad religiosa se dio la orden de echarla a la calle, sin que nos enteráramos el resto del personal, las otras eran unas “cabronas...”, maltrataban a los viejos. Recuerdo dos hermanas muy mayores ingresadas en la misma habitación, una de ellas no hablaba, la otra hermana era la que se comunicaba con ella y nos cantaba al personal sanitario, me fui de vacaciones y cuando volví pensé que estaría muerta, no fue así; me impactó porque esta señora tenía un hijo con retraso mental, logramos llevar a este hijo para que la viera, a pesar que su mirada era de inquietud, de desesperación, una vez que vio a su hijo, murió a las 48 horas muy tranquila.	Donde más lo viví fue en el hospital materno infantil con el problema de los recién nacidos muertos, dar la noticia a los padres, lo pasábamos muy mal, de todas formas, he de decir que normalmente lo hacía la matrona o el médico. No me gusta dar malas noticias pero tienes que hacerlo. En aquel momento era una monja, superiora de la comunidad la encargada, nosotras llamábamos a la familia diciendo que el paciente estaba muy mal, nos decía con frecuencia, que cuando les llamaban del hospital se imaginaban lo peor. Todo el tema sanitario lo llevo yo en casa, mi marido no, no le puse ni las vacunas a mis hijos, se las ponía el pediatra. reconozco que hay mucho abuso del sistema, por parte del paciente y de la familia. No se pone en práctica los conocimientos domésticos en curas sencillas, a veces no damos abasto, hay abuso del sistema. Intento que colaboren, pero con algunos no hay manera, aquí , no queda otra que aguantar. Frustración profesional: Cuando interesan más las estadística que nuestra actuación enfermera

ANEXO VI.VII.III. ENTREVISTA Nº CP3. ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD SEMI ESTRUCTURADA A PROFESIONALES DE ENFERMERÍA. GRAN ACANARIA MARZO 201		
1º CAMPO Elección de estudios.	2º CAMPO 1ª experiencia dolor y sufrimiento	3º CAMPO Sufrimiento y dolor en general.
Por la nota que me pedían para ser biólogo, no me llegaba. Decidí entrar en enfermería	Tuve suerte en participar en la tesis del profesor que nos daba psicología y aprendí mucho de él. Creo que era más la curiosidad que lo que me impactaba, me di cuenta que con el tiempo te vas haciendo más duro en la profesión Al principio como todo el mundo con mucho miedo, cuando no sabes que hacer, a lo largo del tiempo y con mucha, y una asignatura que me ayudó mucho que fue la psicosocial, me fui haciendo mi propio protocolo de cómo actuar en cada situación, de cómo afrontar cada situación, no todas las personas tienen la misma empatía, tengo compañeros que desde niño quisieron ser enfermeros o médicos, no lo entiendo, yo quería ser de mayor piloto, creo que hay gente que confunde profesión con vocación, yo no tengo vocación de enfermero, soy un profesional de la enfermería, lo mismo a la hora de afrontar dolor y sufrimiento, es decir, lo afronto como un profesional que soy, no por vocación. Tu estas ahí para cumplir una función, no te tiene que gustar o no gustar, cumples tu función, y dentro de esas funciones, la humanidad a la hora de afrontar dolor y sufrimiento no depende de tu profesionalidad sino, de cómo eres tu como persona. La humanización en el trato no es genética es ambiental, va a depender del contexto histórico cultural del individuo, aquí somos del modelo de pura actuación médica, diagnosticar y poner medicamentos, en otros países como china trabajan mucho la acupuntura, te vas al Tibet y te ponen a meditar, son formas de afrontar tanto la medicina como el sufrimiento y el dolor.	Lo que más recuerdo que me impactó fue ver la aplicación del protocolo pre-exitus, en un servicio de urgencias por parte de un médico. Vi, como acompañé al paciente hasta la hora de su muerte. He estado en infecciosos, pediatría, urgencias y A.P. en todas sus vertientes. No he tenido experiencias significativas en mi familia, entiendo el sufrimiento y el dolor como parte natural de la vida, todo el mundo quiere vivir una vida idílica, ésta no existe, lo que existe es tu vida, con tu sufrimiento, tu llanto tu dolor. Los sentimientos no se pueden aprender, ¿se puede enseñar a un alumno a amar?, puedes enseñar cánones de buen comportamiento pero si no lo experimentas no sirve de nada. Puedes enseñar los tipos de comportamientos que son aceptados y después cada uno como profesional elige. A un alumno le puedes dar los bloques, pero de cómo se construye el edificio cada uno lo hará según su experiencia. Yo no creo en la vocación, creo en la profesión, no tiene nada que ver que te guste o no te guste la enfermería. Ninguno en particular. Todos sufren a su manera, el impacto en mi, va a depender del tiempo de intervención enfermero, es decir, si mantengo relación de tiempo con ese paciente le cojo más cariño, el paciente que va a urgencias el tiempo de intervención es corto, por tanto, no me da tiempo a tenerle afecto. Se les puede enseñar, pero la experiencia es ineludible. Para mi la muerte no es más que parte de la vida, en el afrontamiento ni voy a llorar ni voy a ser un témpano de hielo, es una parte de la vida, profesionalmente tienes que solucionar lo que tienes delante, si los familiares no asumen la muerte del familiar tienes que ayudar a comprender la muerte, creo que hay que educar a la sociedad para afrontar la muerte con naturalidad, nuestra sociedad no asume la muerte, porque quiere todo un “mundo de rosa”, tienen que educar a la sociedad para saber afrontar la muerte. Es más difícil de afrontar en niños, porque el llanto del niño está genéticamente diseñado para llamar la atención, nadie lo puede omitir ni ordenar, cuando un niño llora todo el mundo mira, es como la evolución genética, cuando el niño puede razonar intentas contarle la finalidad que tiene cuando le haces daño, le das metas que vas cumpliendo, un niño es muy dinámico. Los padres con recién nacidos que fue mi caso como profesional, creo que están muy saturados de información, al ser muchas las experiencias nuevas que está viviendo, por tanto, es difícil en los primeros momentos del nacimiento del niño que asimilen el tema de dolor y sufrimiento, tenemos que dejarles pasar tiempo, no es lo mismo que un niño tenga cualquier padecimiento con dos tres o cuatro años, que has convivido con él, a la experiencia en los RN. Que te lo ingresan en una planta de hospital o una Unidad especial. Tenemos que tratar en estos casos el miedo de los padres, y no es fácil. Los enfermeros en estos casos somos ejecutores, pienso que todo el sistema sanitario es un gran motor, donde cada pieza es necesaria e imprescindible para que funcione, desde que falla alguna pieza se va todo al traste, nuestro día a día es más amplio que el del médico y hemos ido asumiendo este papel de las funciones que se nos asignan de tranquilizar, de informar, etc. Creo en la motivación, si eres capaz de motivar a una persona, logras una liberación de endorfinas y estas te hacen sentir más pleno, creo que se puede aprender a motivar, pero a niveles “superiores, extraordinarios”, tienes que ser una persona que estés dotada para ello, que instintivamente domines, p.e., tipo Gandhi por el lado bueno, tipo Hitler por el lado malo. Estos personajes los veo como motivadores natos.

ANEXO VI.VII.III. ENTREVISTA Nº CP3. ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD SEMI ESTRUCTURADA A PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.

GRAN ACANARIA MARZO 201

Nota: El enfermero entrevistado mostró en todo la entrevista unas respuestas muy técnicas, en ninguna de sus manifestaciones sobre dolor o sufrimiento tuvo en recuerdo que le conmoviera, ni siquiera su propia recuperación de la fractura de una pierna o su operación de apendicitis, no recordaba ningún caso que le impactara, el sufrimiento dolor y muerte es parte de la vida, me llamó la atención que su actuación enfermera no tiene nada que ver con que te guste o no la enfermería, sólo tiene que cumplir profesionalmente con las funciones que le son asignadas. Su última contestación (Gandi y Hitler), me dio pie a preguntar si el entrevistado pertenecía algún movimiento ecologista o político, su respuesta fue rotunda no, yo soy muy práctico.

ANEXO VI.VII.IV. ENTREVISTA N° CP4. ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD SEMI ESTRUCTURADA A PROFESIONALES DE ENFERMERÍA. GRAN ACANARIA MARZO 2012		
1° CAMPO Elección de Justificación.	2° CAMPO 1ª experiencia dolor y sufrimiento	3° CAMPO Sufrimiento y dolor en general.
Sinceramente, no me gustó en un principio la carrera porque era una salida fácil que se me presentó en aquel momento. Nadie, en mi familia todos son profesores. Yo necesito hablar con la gente, relacionarme, etc. De hecho empecé a estudiar derecho, no me gustó.	Me impactó mucho asistir a una autopsia de un niño, yo estaba en primero de carrera, en el resto de los años no recuerdo nada realmente impactante. Creo que el sufrimiento sería algo en lo que se debería trabajar, porque es lo que a las personas más temor les causa. Hace poco con el fallecimiento de mi madre. Una mujer que tuvo muchos "achaques" y deterioro progresivo. Como hijo naturalmente sabría tratar a mi madre, no sabría tratarla como enfermero. Yo conozco las técnicas enfermeras, pero nunca trataría a mi madre como si por ejemplo te tratara a ti. Aquella señora era mi madre, o tratar a mi hermana, hay que separar eso. Se puede separar el sentimiento de parentesco, pero es difícil, solo cuando es necesario. Muchas situaciones de sufrimiento; para escribir un libro, sobre todo reanimación cardiopulmonar en niños de urgencias. Hubo un momentos de mi vida en que probablemente no sabía poner un límite a las cosas, es decir entre lo profesional y lo personal, hubo momentos que lo pasé muy mal; tuve que aprender a poner un límite, a todo, ese aprendizaje me ha hecho conseguir ser mejor como profesional. Es como una manera de aislarme de las emociones en ese momento profesional. es que si no es así no funciona. Por supuesto, si lo aprendí yo, como no lo van a hacer los demás. también necesité enseñanza externa. Jamás, los niños para mi son ángeles, será que como soy padre de pequeños. (2 hijos, niño y niña 6 años). hay compañeros que tienen habilidad y otros no. Yo siempre digo que los ángeles los buscamos en el cielo y con los niños los tenemos delante de nosotros, en nuestras narices. Mi misión es atender al niño y tranquilizar al padre, a veces las cosas de una manera y otras veces de otra. Va a depender la relación que establezca durante el proceso con los padres.	Muchas situaciones de sufrimiento; para escribir un libro, sobre todo reanimación cardiopulmonar en niños de urgencias. Eso es muy difícil transmitir el sufrimiento, que una persona se lo pueda transmitir a otra, porque hay una parte muy subjetiva importante, no se cuanto margen se puede poner, pero... Creo, que tienes que servir para esto de enfermería, personalmente empecé a estudiar derecho, al poco tiempo me di cuenta que no era par mi, tuve la oportunidad de hacer medicina, tampoco me gustaba, el tema de curar y cuidar fue lo que me entusiasmó de la enfermería, y como comentaba antes, la experiencia en el trato con los pacientes te van dando una visión cada vez más profesional, sabiendo poner el límite entre lo personal y lo profesional.

ANEXO VI.VII.V. ENTREVISTA Nº CP5. ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD SEMI ESTRUCTURADA A PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.

GRAN ACANARIA MARZO 2012

1º CAMPO Elección de estudios	2º CAMPO 1ª experiencia dolor y sufrimiento	3º CAMPO Sufrimiento y dolor en general.
No lo se, mi ilusión era ser peluquera, pero hablando con una amiga que le gustaba la enfermería, decidimos matricularnos en enfermería.	No recuerdo nada realmente impactante. Bueno si, finalizando la carrera en el servicio de urgencias, me pusieron a cargo de un paciente joven toxicómano que estaba contensionado (amarrado a la camilla), con medicación intravenosa, después de una larga espera por el médico, cuando fuimos al box, el enfermo se había escapado, me hicieron responsable y lo pasé muy mal, recuerdo que le pedí ayuda a una compañera del turno de noche, su contestación fue que no tenía tiempo, que cada una tenía que resolver sus problemas, a todas estas había abandonado al resto de pacientes y su medicación, cuando llegó el turno de mañana volví a pedir ayuda a las compañeras entrantes, par poder dejar todo en orden me quede en el servicio hasta las 12 :00h o 13:00h. del día siguiente. mi trabajo se desarrolló en su mayor tiempo en el servicio de urgencias del Hospital de Gran Canaria Dr. Negrin, particularmente creo ser muy profesional, en mi experiencia llega un momento que trabajas y trabajas, es tal la velocidad que se imprime en un servicio de urgencias que no te da prácticamente tiempo a pensar en si sufre o no sufre o no, de todas formas, tengo fama de ser muy fría en mis relaciones. Dicen que sí, que soy muy fría, pero yo mantuve una buena relación de 10 años con mi pareja y fue bien, he de reconocer que en situaciones de acercamiento a los demás me cuesta, pero, es que me siento impotente, no se que hacer, recuerdo que, una amiga de mi madre estaba muy enferma en su casa, mi madre me llamó para que la atendiera como enfermera, cuando llegué a la casa, la paciente estaba prácticamente muerta, yo conocía a los hijos de la paciente, bueno pues, en esta situación no supe reaccionar, no sabía que decir, prácticamente les dije que su madre había fallecido, saludé y me marché , después me sentí muy mal, pero no supe reaccionar. Mi experiencia como te comenté fue en el servicio de urgencias, no teníamos tiempo para pensar en el sufrimiento y dolor, hombre, cuando estas poniendo en práctica técnicas dolorosas, le cuenta al paciente lo normal, nosotras no teníamos mucho contacto con familiares, los tiempos de intervención en un servicio de urgencias suelen ser cortos, les atiendes y son derivados a planta a quirófano u otro hospital. Me cuesta expresar, a veces me faltan palabras.	<i>Personalmente soy capaz de explicar una técnica, es decir, explicar lo que estoy haciendo, pero no me implica emocionalmente, me gustaría hacerlo de otra manera pero no se.</i> Pienso que hay que estar bien preparada para resolver los casos que se te presentan, en ese sentido soy muy práctica. Los niños son algo especial, de todas formas en el servicio de urgencia donde trabajé casi todo mi tiempo como enfermera, no entraban niños, estos van al hospital Materno Infantil, y en Atención Primaria donde estoy ahora, la urgencia que atiendes que produzca dolor es reducida, lo más que hacemos es coger una vía intravenosa. Estudié todo lo que había que estudiar durante la carrera pero no leo, es que, no me gusta leer.

ANEXO VI.VII.VI ENTREVISTA Nº CP6. ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD SEMI ESTRUCTURADA A PROFESIONALES DE ENFERMERÍA. GRAN ACANARIA MARZO 2012		
1º CAMPO Elección de estudios.	2º CAMPO 1ª experiencia dolor y sufrimiento	3º CAMPO Sufrimiento y dolor en general.
Un gran componente fue vocacional, la quise estudiar esta carrera porque me atraía todo lo concerniente de la ayuda a otras personas, tal es así, que al terminar (COU) Curso de orientación universitaria, hice un módulo de 3º grado de educación infantil, por que no entré en la primera convocatoria para enfermería. En el día a día, siempre me llevo una alegría a casa, porque cuando veo que atienden bien a la gente, se queda satisfecha con la atención es muy gratificante. Mi abuelo se que fue un enfermero frustrado, quiso estudiar enfermería y no lo consiguió.	Como alumna no recuerdo nada especial que me impactara, creo que estaba más pendiente de una misma, de hacer las cosas bien, de la técnicas que tenía que aprender, más que fijarme en el dolor de los demás. Recuerdo perfectamente la situación de una chica que tenía mi edad 30 años, en esos momentos tanto ella como yo, estábamos embarazadas, por tanto, nos implicamos las dos, ella como paciente al ingresar en oncología, y yo como enfermera de la planta. Al sexto mes de embarazo tuvieron que provocarle el parto, nació el niño con menos tiempo, porque había que ponerle quimioterapia, no pudo disfrutar de su hijo, estuvo durante un año entrando y saliendo a la unidad de onco, hasta que quedó ingresada con nosotros y murió a los seis o siete meses. Por las vivencias que he tenido, la familia ante problemas acuden todos a ti y te conviertes en un punto de anclaje de todos. Soy casada y madre, cuando actuó con ellos con mis hijos por ejemplo, suelo mantener la calma, es decir, actuó mucho como madre, pero también con la experiencia enfermera, domino la situación con calma. Mi marido que no es de profesión me deja actuar. Hace poco a mi hijo le dio una crisis de ansiedad que no entiendo porque, y tuve la suficiente tranquilidad por otras actuaciones en mi trabajo como para controlar la situación. Me llega más un niño, no asimilo que los niños tengan que pasar por sufrir, ellos son como más “limpios”, cuando tratas a un adulto puedes entender el carácter, sus juicios, afinidades, sin embargo, con un niño, lo vive de otra forma, un niño es, debe ser, “inmortal por naturaleza” Prefiero no trabajar con niños. Experiencia con la muerte? Varias, mi padre murió cuando tenía 12 años, profesional puedo decirte que soy atea, pero cada vez pienso más que, debe haber algo..., personas que están clínicamente muertas, pasadísimas de morfina, invadidas por el cáncer, y no te explicas como aguantan sin morir hasta que no llega el hijo de la península que viene a despedirse. Un bedel de mi instituto, lo tuve toda la noche conmigo, por la mañana cuando fui a verlo en una de las visitas con la mirada se despidió, todo esto me hace pensar aunque vaya en contra de mis ideas de que pueda haber algo más allá. En nuestra unidad rogábamos para que en las guardias no se nos muriera tal o cual paciente,	<i>Aunque el carácter de la persona (enfermera), sea más o menos compasivo siempre enfermería lleva un patrón que le marca, no se si a través de los estudios, o porque lo llevas dentro y es por eso que eliges esta carrera. Creo que no tiene que experimentarlo para saber lo que es dolor y sufrimiento, hay que hablar mucho sobre el tema, dar materia sobre el dolor, de cómo manejar y gestionar el dolor ajeno, la formación es muy, muy importante. A mi me dieron esta información. Medicina esta a años luz de cómo acercarse al sufrimiento, por supuesto que me he encontrado con compañeros que tiene cero preparación y cero predisposición a mejorar, vocación.</i> <i>Vocación es, amar y disfrutar con lo que haces, valorar todas esas pequeñas cosas que cada día te dan una satisfacción, incluso en la consulta de enfermería donde ayudas o aclaras situaciones a un paciente, todo eso me llena, yo tengo una hermana que es enfermera y que no es nada vocacional, en la familia me lo derivan todo a mí, se palpa por el interés que tomas por las situaciones. Yo creo que deben ir juntas, son distintas pero deben ir juntas, yo siempre he dicho que no soy monja, me gusta mi carrera mi profesión y dentro de ella hay que seguir unos protocolos, unas técnicas. ¿Aislarse de las emociones ¿ No, una cosa es ser más frío, y otra saber controlar tus impulsos, consiste en saber más autocontrol, no es ser más duro. ¿Sufrir?.</i> <i>Tienes que disponer de armas, porque si no puedes trabajar, es como poner una distancia terapéutica emocional, pero quieras o no siempre te llevas algo a casa, y aunque no quieras hablarlo con la familia siempre sale algo en la conversación para que te sirva de válvula de escape. En paliativos la gente está preparada o la preparan para morir, sin embargo en oncología el paciente está luchando por vivir, por vencer a la enfermedad.</i> <i>Lo que si me gustaría decir es que hay que dar más formación en cuanto a afrontamiento y gestión del dolor con los pacientes y familia</i>

ANEXO VI.VII VII. ENTREVISTA Nº CP7. ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD SEMI ESTRUCTURADA A PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.

GRAN ACANARIA MARZO 2012

1º CAMPO Elección de estudios.	2º CAMPO 1ª experiencia dolor y sufrimiento	3º CAMPO Sufrimiento y dolor en general.
Me atraía atender a pacientes, desde muy niña me gustaba curar a los animales a mis hermanos. Al principio me pusieron en oncología donde vi lo peor que se puede ver, del cáncer, tenía 18 años estudié en Granada me impactó mucho, sobre todo cuando volví a casa, mi directora era Sor Josefina Castro una gran mujer. No sabía que estudiar enfermería implicaba atender dolor y sufrimiento, yo era muy joven, no sabía ni como nacían los niños, de hecho nos colábamos en los paritorios para ver partos, fue muy impactante. Sobre todo ver en alguna ocasión los efectos del cáncer.	Cuando hice un domicilio en esta ZBS. Un paciente que era de profesión abogado, encamado con escaras horribles, y que su familia deseaba que se muriera, él lo sabía y me lo llegó a comentar, lo trataban mal, me decía “<i>Que habré hecho yo para sufrir tanto</i>” para que me hagan esto, puse en conocimiento de la trabajadora social el caso para que hablara con la familia, al poco tiempo murió el paciente, es decir no se experimentaron cambios en el trato. Tengo una hermana mayor que yo, y un hermano que también son enfermeras, tengo una hermana menor que padece una esquizofrenia, pero quien se hace de cargo de ella es mi hermana la mayor que es enfermera. Yo he trabajado muchos años en quirófano, sólo tenemos contacto con el paciente cuando llega en la camilla, gestionamos sobre todo el miedo, hablamos e intentamos tranquilizar en el ante quirófano. Hace 6 años que me vine a primaria, nunca me habían contado lo que se pasa en un domicilio, no la había hecho nunca, no lo había experimentado. Experiencia con la muerte?. Mis padres, mi padre muere con 42 años, estudiaba 1º de enfermería y tuve que ir a buscar la biopsia, sufrí mucho, mi madre hace 12 años que murió, cuando le daban quimioterapia, lo pasaba muy mal, me la llevé a Barcelona, muere ahí y me tuve que traer el cadáver en un avión a casa. Lo pasé muy mal.	Creo es parte de lo que vivimos en la profesión, por eso tiene que gustarte lo que haces, creo que enfermería puede y debe ayudar mucho en este terreno. Más dura?. Creo que no, va a depender de la forma de ser de cada uno, yo por ejemplo siempre he sido capaz de ver o realizar cualquier tipo de cura, por muy cruenta que sea, reconozco que hay que ser dura en ciertos aspectos, pero de antemano ya sabes de que va. Yo creo que el alumno tiene que vivirlo, si no lo ve no se le puede enseñar, se debe dar formación, pero insisto hay que vivirlo, yo como alumna pasé por todos los servicios del hospital para vivirlo. Creo que es vocacional, pero reconozco que hoy con el problema laboral que tenemos muchos alumnos que se meten a estudiar enfermería por tener una carrera, no por tener vocación. Yo vi hace unos años en una planta de neurología como una enfermera castigaba físicamente a una señora mayor por haberse orinado en la cama. En paliativos un familiar mío lloraba porque hacía sus necesidades en un pañal que le ponían por normas del servicio, tuve que hablar con la supervisora para que le quitaran el pañal, me contestó que las normas en ese servicio eran para todos los pacientes igual. En A.P. tienen poco sufrimiento o dolor, trabajé como supervisora de pediatría y prematuros, el tratamiento con los padres en estos servicios a la hora de dejar los niños en el servicio (sentimiento de abandono), no lo llevé directamente, no era cosa nuestra. Recuerdo el caso de un niño abandonado, lo quiso adoptar una auxiliar de enfermería de nuestro hospital, la justicia no se lo permitió, y se lo entregaron a la familia, al poco tiempo nos enteramos que el niño fue arrastrado por una acequia que conducía a una máquina y lo mató, murió destrozado.

ANEXO VI.VII VIII. ENTREVISTA Nº CP8. ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD SEMI ESTRUCTURADA A PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.

GRAN ACANARIA MARZO 2012

1º CAMPO Elección de estudios.	2º CAMPO 1ª experiencia dolor y sufrimiento	3º CAMPO Sufrimiento y dolor en general.
<i>No fue por vocación fue como salida profesional. El contacto con los pacientes. ver un carcinoma de garganta, nunca había visto uno.</i>	Muchos, los tumores cerebrales, (gliomas) sobre todo en niños. Con el tiempo aprendes a separar, a no llevarte a tu casa el sufrimiento del paciente, aunque lo pienses, con el tiempo aprendes que el trabajo es trabajo y la familia y amigos es otra cosa no mezclas. mi padre con un carcinoma operado por tres veces, mi mujer con una cesárea, mi hijo tiene 29 años, en estos casos la farmacología para controlar el dolor físico a avanzado mucho, lo mismo que en cuidados paliativos, sin embargo, en maniobras de técnicas médicas como por ejemplo una colonoscopia actualmente no se seda al paciente para que no sienta dolor, ten en cuenta que los anestesiólogos son muy reacios a dormir o sedar a los pacientes, entre otras razones por los tiempos que “pierden” (ahorrar tiempo) en reanimar, despertar al paciente, sobre todo cuando son intervenciones de poco tiempo de duración, pero, que pueden, son muy dolorosas. Los anestesiólogos por poner un calificativo tienen mucha precaución a la hora de utilizar anestésicos fuera de los quirófanos, supongo que por los riesgos que corren. Hoy tenemos fármacos que se pueden utilizar en pruebas dolorosas por ejemplo en la mujer para hacer pruebas ginecológicas (histeroscopias, histrosalpingografías), que deben utilizarse para evitar el dolor, y a veces nos e ponen, no sé si por economía del sistema o por ganar tiempo de intervención con otros pacientes, es decir fármacos que estas consciente pero al finalizar la prueba no te acuerdas de nada, por tanto, eliminas el dolor. En principio lo vi sólo como profesional y el tiempo me ha convertido en un enfermero vocacional. Experiencia con la muerte? Sobre todo en quirófano y muerte de niños, recuerdo intervenir un niño con un cáncer a nivel cerebral, donde después de estar horas en quirófano con varios especialistas, no se consiguió salvar al niño, me pareció que todo estaba orientado al final de la operación en una experimentación, más que en una intervención para salvar una vida.	<i>Pienso que a determinada edad, como fue el caso de mi padre hay que conseguir que el paciente sufra lo menos posible, evitar maniobras de salvación a determinadas edades, me refiero avanzadas hay que evitar el dolor el sufrimiento y no aplicar pruebas o inventos terapéuticos para alargar la vida, incluyendo en estas pruebas e inventos el sufrimiento que llevan implícitas.</i> <i>Se puede y debe explicar, hemos de recordar que el dolor no es igual para todos, unos expresan de una forma y otros de otra su dolor, cada persona es un mundo.</i> <i>Tengo una sobrina que estudia 1º de enfermería, toda su ilusión es aprender técnicas llevarlas a cabo, con el paso del tiempo y superada esta etapa, te das cuenta que la atención integral del paciente es lo que resulta importante, lo que si entiendo es que esto no es nada sencillo, lo que se aprende relativamente rápido es la técnica, pero no el tratamiento integral, esto es mucho más complejo de hacer entender y de poder llevar a la práctica.</i> <i>Sobre todo repito, hay que conseguir empatizar con cada paciente; lo que si he notado con los pacientes de AP. Sobre todo mayores, que tiene un sentimiento muy arraigado de inmortalidad, tengo la impresión que cuanto mayor se siente, más se agarra a querer vivir más.</i> <i>No es que pierdas la sensibilidad, pero, aprendes a ser realista y a saber hasta que punto puedes llegar como profesional, y hasta que punto puedes ayudar al paciente. Lo que tienes que conseguir es la empatía con cada paciente para conocer sus necesidades, pero no aislarle. Con los niños eres más participe de su dolor, los niños son seres que están empezando a vivir, es como si tuvieran y creo que tienen más derecho a la vida.</i>

ANEXO VI.VII IX. ENTREVISTA Nº CP9. ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD SEMI ESTRUCTURADA A PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.

GRAN ACANARIA MARZO 2012

1º CAMPO Elección de estudios.	2º CAMPO 1ª experiencia dolor y sufrimiento	3º CAMPO Sufrimiento y dolor en general.
<i>Desde niña quise ser enfermera, es más empecé a estudiar medicina terminé el 1º curso y me di cuenta que no era lo que yo quería., entré en enfermería, todo el tema de ayuda, la satisfacción de los pacientes cuando se sienten bien atendidos. No impactó nada en especial, quizás lo que se veía en especialidades.</i>	Mi abuelo fue médico, tíos y primos dedicados al mundo sanitario. La enfermería me ha enseñado a darle valor a la vida desde otra perspectiva, la experiencia enfermera me ha ayudado mucho a afrontar los problemas familiares. Me impactó mucho al pedir ayuda porque ves que se te va, y tener que recurrir a un familiar dentro del hospital para que fuera atendida, el final fue de muerte de esta paciente joven familiar mío, hay facultativos que no tienen en cuenta la experiencia enfermera. Yo no cuento temas de dolor y sufrimiento en mi casa. no me olvido que cada día es nuevo y aprendo de los pacientes. Mi primer muerto fue un paciente al que le puse mi primera inyección IM, y al día siguiente falleció, me sentí mal pensando si yo había hecho algún mal con mi primera inyección. Me impresionó mucho la muerte de niños en cardiología.	Creo que está de nuestra mano compartir empatizar para amortiguar el dolor. Que se sufre en la vida, pero si se lo hago comprender y lo comparto con el paciente entre los dos podemos superarlo. Empatizar, aunque pudiera parecer puro teatro. Es decir en cirugía donde estoy ahora, mientras estamos haciendo una maniobra cruenta, le voy explicando todo al paciente, de esa manera creo que estoy compartiendo con el la situación. A veces creo que se meten en campos de los que no tienen conocimiento, no han aprendido y se meten a dar consejos. En gine creo que las madres están muy desprotegidas, porque los ginecólogos y personal están tan acostumbrados a ver nacimientos, que se olvidan que para muchas madres es su primer nacimiento, y sienten miedos, angustias, etc. que no son atendidas. Sufro mucho cuando por un error se pone en peligro una vida o muere el paciente. yo lo he padecido en carne propia, en quirófano por error al equivocarse el cirujano de historia clínica, en mi caso se pudo solucionar a tiempo. exactamente si se puede enseñar expresamente el dolor, pero sí a que lo valoren, no sé si es cuantificable, pero si hacerle ver que se puede compartir con la enfermera, probablemente de esta manera se podría minimizar el dolor. Con las malas noticias a familiares, creo que se les debe enseñar hasta donde podemos decir. Pienso que es el día a día lo que más va a influir en comprender las situaciones de dolor, sinceramente creo que es muy difícil enseñar esto en un aula. Aunque el conocimiento tanto teórico como práctico, te da seguridad. Para mi fue vocacional, si tuviera que empezar no volvería a estudiar enfermería, la gente joven que veo en las prácticas tiene otra orientación, busca más protagonismo, tomar decisiones individuales no busca el trabajo en equipo, le dan mucha más importancia a las estadísticas, alcanzar objetivos, etc. que a la atención al persona. El umbral de dolor y sufrimiento de un niño es muchísimo mayor que el de un adulto, no sé si es por su inocencia, pero si es importante conocer el trato que sus padres le han dado, como los han educado, esto hace variar el umbral, al menos de expresión del dolor del niño, estoy hablando de niños ingresados en las unidades de tratamiento, sin presencia de los padres, hoy con la filosofía de hospitales abiertos los padres pueden casi vivir con sus hijos en el hospital. Algo también que ha cambiado es la juventud de los padres a la hora de tener hijos. Ahora sufro como están saliendo las nuevas enfermeras, porque creo que quieren trabajar más cómoda y menos tiempo, y sobre que no escuchan a la gente, creo que por desconocimiento de la utilización de la palabra como elemento terapéutico, no hay que ser ni psicólogo ni monja, evidentemente si el paciente quiere tocar el tema religioso, lo respeto y comparto con ella.

ANEXO VI.VII X. ENTREVISTA Nº CP10 ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD SEMI ESTRUCTURADA A PROFESIONALES DE ENFERMERÍA. GRAN ACANARIA MARZO 2012

1º CAMPO Elección de estudios.	2º CAMPO 1ª experiencia dolor y sufrimiento	3º CAMPO Sufrimiento y dolor en general.
<i>Desde niña me gustó curar a los animales, la ayuda a los demás. Antes de entrar en enfermería trabajé como administrativa en la consulta de un cirujano en João Pessoa, me apuntaba los sábados para ver las intervenciones la enfermera que trabajaba en el consultorio (una señora mayor) me dijo porque no estudiaba enfermería y hice. Siempre me gustó la biología, las ciencias.</i>	Sobre todo la satisfacción del paciente cuando le solucionas su problema Después de mi experiencia en la consulta del cirujano, pocas cosas me impactaron desde el dolor y el sufrimiento en la carrera de enfermería. La primera intervención que vi fue una mastectomía total. Las curas en los cánceres, la clínica médica, no tenía conciencia del dolor que tenían que pasar los pacientes. Estuve mucho tiempo en quirófano, los pacientes sufren mucho de miedo a lo que les va a ocurrir, yo les doy la mano, les tranquilizo, sobre todo les digo que voy a estar a su lado ahora y cuando despierte. Yo me doy a los pacientes cuando estoy en el trabajo, cuando llego a casa comento cosas con mi marido aunque él no es del área de salud, procuro no relacionar los temas de trabajo con mi vida familiar y de amigos. Con mi marido en una operación hace unos años, la experiencia enfermera me ha ayudado mucho a afrontar el dolor en mi entorno familiar. En mi misma, a pesar de la experiencia de muchos años como enfermera me deprime, me desespera, cuando necesito la ayuda de mi marido p.e. en una lumbalgia que me duró 40 días, y lloraba de dolor, este es el mismo camino que recorre un paciente. Muerte? Lo llevo fatal, es el tema más difícil para mí, porque no me gusta estar al lado de los muertos, entonces, yo los atiendo muy cuando están vivos, pero cuando se van a morir y mueren nunca me gustó, las noticias de muerte las suele dar el médico. Yo sufro más cuando el dolor es en niños, porque desde que fui estudiante, no me gusta aplicar tratamientos a los niños, al niño le cuesta entender porque le hacemos daño, ellos no saben porque le haces todas esas cosas que le hacen daño, los padres influyen mucho, cuando los padres son débiles el niño también es débil, es decir, si los padres están asustados por hacerle una analítica o un corte a su hijo, cuando el niño llega al servicio está más asustado de ver la cara de sus padres que la propia técnica que vayas a emplear como enfermera; el niño que sus padres logran tranquilizar rebaja mucho su miedo, y aunque lo tenga él está preparado y calladito	<i>Enseñar el dolor?. Siempre y cuando lográramos hacer que el alumno se ponga en el lugar del enfermo, porque yo siempre me pongo en el lugar de la persona enferma, siempre pienso: Si yo estuviera así como me gustaría que me cuidaran, nos puede pasar algún día, de aquí a estar enfermo hay muy poca distancia. Creo que en la profesión existe un nivel muy bajo de sensibilidad, porque los profesionales no quieren implicarse mucho porque desgasta tu energía, esta forma de tratar como un todo te cansa más, no es solo poner una medicación, es escuchar, es hacer de psicólogo, de terapeuta, etc., te conviertes en multiprofesional para dar respuesta a tus pacientes, pienso que con los alumnos hay que enseñar psicología, antropología, sociología, porque en el trabajo tienes que dar respuestas a muchas cuestiones relacionadas con estas disciplinas. El paciente quiere fundamentalmente que tu le escuches. Cuando hablo de dolor quiero decir que el físico se puede solucionar con fármacos estos los receta el médico, pero el dolor u sufrimiento emocional es la enfermera la que puede solucionarlo. Me acuerdo de un paciente con cáncer de estómago, el sufrimiento y dolor del paciente y de la familia era inmenso, hablaba todo el tiempo que podía con la paciente y sus familiares, dando mucho consuelo, en nuestro trabajo lo que tenemos todos los días es dolor y sufrimiento de las personas y tenemos que aprender a afrontarlo, gestionamos dolor sufrimiento y miedo. Algunos nos preparamos conforme avanza la experiencia, y otros no se preparan nunca. Por tanto, lo mismo que te preparan para hacer una cura, tiene que prepararnos para afrontar dolor sufrimiento y miedo, sobre todo en el dolor crónico diálisis por ejemplo. La sola dependencia de los demás crea angustia al paciente. Pienso que debe ser vocacional, hay que nacer para dedicarse a esta profesión, cuando es por ganar un dinero al poco tiempo te sientes frustrado, no necesariamente tienes que tener una vocación a través de la religión, yo soy creyente, creo en Dios, pienso que los pacientes creyentes tienen ventaja a la hora de sufrir o padecer una enfermedad. Si en mi intervención el paciente cree en Dios le ayudo incluso en recordar sus oraciones, es mi forma de ser, si el sanitario o el paciente es ateo no sé como lo hará. Con los años una se vuelve más fría, uno no es que quiera hacerse frío, se va haciendo con los años de experiencia, pero no pierdes la sensibilidad de los pacientes y familiares, sobre todo cuando en los domicilio ves a los pacientes encamados, con dolor sufriendo.. Por otra parte, Creo que hay gente muy sufrida, que soportan mucho más el dolor porque están acostumbradas a sufrir, culturalmente puedo comparar por mi experiencia que la gente en Madrid se queja bastante más que aquí en Canarias, aquí son más acomodados, de Brasil no tengo tanta experiencia porque al acabar la carrera me vine a España. Como profesional tienes que adaptarte a las costumbres de cada región o país. La enfermería en España está mejor considerada que en Brasil, las auxiliares hacen mucho intrusismo, esto no ocurre en España, esto me gustó mucho aquí. Que te sirva nuestra entrevista. Decir que la cultura de la gente influye mucho en el afrontamiento y expresión del dolor, yo estuve 8 años trabajando en un hospital para extranjeros en el sur de la isla, sobre todo con pacientes del norte de Europa, es otro mundo, los niños extranjeros, se comportan tranquilos, lo mismo que los padres, estos les van explicando todos los pasos, esto tranquiliza mucho al profesional, al niño y a los padres; esto no ocurre con un niño canario, niño y padres son muy impacientes, piden justificación de cualquier movimiento profesional que hagas, preguntan: cuanto vas a tardar, cuando va a venir el médico, tengo prisa, llevo aquí todo el día etc. Por tanto, la cultura, el desarrollo cultural influye en el comportamiento de niños y adultos en el afrontamiento y expresión del dolor.</i>

(PARTE VI)
ANEXOS

ANEXO VI. VIII. ENTREVISTAS DETALLADAS A PROFESIONALES

- VI.VIII.I. 1ª ENTREVISTA A PROFESIONALES
- VI.VIII.II. 2ª ENTREVISTA A PROFESIONALES
- VI.VIII.III. 3ª ENTREVISTA A PROFESIONALES
- VI.VIII.IV. 4ª ENTREVISTA A PROFESIONALES
- VI.VIII.V. 5ª ENTREVISTA A PROFESIONALES
- VI.VIII.VI. 6ª ENTREVISTA A PROFESIONALES
- VI.VIII.VII. 7ª ENTREVISTA A PROFESIONALES
- VI.VIII.VIII. 8ª ENTREVISTA A PROFESIONALES
- VI.VIII.IX. 9ª ENTREVISTA A PROFESIONALES
- VI.VIII.X. 10ª ENTREVISTA A PROFESIONALES

ANEXO VI.VIII.I

INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN EMPÍRICA.

ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD SEMI-ESTRUCTURADA. **PROFESIONALES.** HISTORIA DE VIDA PROFESIONAL REFERIDA AL DOLOR Y SUFRIMIENTO

Entrevista nº: 1 (EP1)
2012

Fecha entrevista: 21 marzo

Contacto entrevistado:

104.	Lugar de trabajo	APS	☒	HOSPITAL	☐
105.	Sexo	H	☐	M	☒
106.	Lugar de residencia:	LPGC	☐	OTRO: Fargas	
107.	Años trabajado: >	15 :	☒		

PRIMER CAMPO

Entrevistador: ¿Porque estudiaste enfermería?.

Enfermera: Sonrisas, si algo tuve claro en mi vida desde joven fue mi raza sanitaria

Entrevistador:¿por qué?

Enfermera: Lo primero que yo vi fue dolor ajeno en casa, sufrimiento, en casa, soy hija de una mujer añosa, a mi me trajeron cuando mi madre tenía 41 años; Yo vi sufrir a mi madre los cólicos nefríticos de “antes”, los que no se trataban, saltar en la cama de dolor, viví estando en 5º de E.G.B. su intervención de mioma, aquello era... tu madre al hospital, tu quedarte con la familia con tus primas.

Entrevistador:¿por qué quedarte con familiares en esos momentos?

Enfermera: Yo era la mas pequeña de mis hermanos, tengo dos hermanos mayores. Todo aquello me impactó, quise estudiar alguna rama sanitaria, sin embargo, empecé a estudiar magisterio por circunstancias académicas, en segundo de magisterio me admitieron en enfermería y me trasladé. Bueno, a decir verdad preferí terminar magisterio ya que lo había empezado y luego empecé enfermería.

Entrevistador: Cuéntame tu primera experiencia de dolor en el otro y no familiar.

Enfermera: A mi particularmente me pareció curioso, era en prácticas en la planta de traumatología, en el año 1989, no había puesto nunca una inyección IM. , el paciente estaba sólo en su habitación, tres alumnos compañeros en la puerta de la habitación, la monitora enfermera docente se dirige a mi y me ofrece la jeringa con el medicamento: “Toma esta la pones tu”. Mi respuesta fue: “Al pobrecito le va a doler” monitora: “Por alguno habrá que empezar”.

Reflexión de la enfermera: Si haces esto, debe ser que no importa tanto el dolor ajeno.

Entrevistador: Esto como lo ves, como atrevimiento, es parte del aprendizaje.

Enfermera: No, me imagino que lo que pretendía la enfermera docente es que no fuera nada salvaje, era quitar hierro a la situación de ¡¡AHHH!! la primera IM. De esto hace 22 años.

Entrevistador:¿Qué opinas sobre sufrimiento y dolor en general como enfermera?

Enfermera: Yo creo que el sufrimiento es parte de la vida, ya elegir una opción u otra es de cada uno.

Entrevistador: ¿Afrontas igual el dolor en adultos que en niños?

Enfermera: En cada caso tienes que saber para lo que vales, en mi caso yo sabía perfectamente que no valía para trabajar en un servicio especial, en mi caso cuando terminé la carrera no presenté papeles para solicitar trabajo en el hospital Materno Infantil. De hecho mis prácticas más sufridas fueron en cirugía de hospital infantil, yo recuerdo aquellas curas de quemados, tener que estregar con un estropajo las heridas en carne viva de un niño, a mi me parecía desgarrador. El sufrimiento infantil es el peor que hay. En un adulto es otra cosa, pienso de todas formas que, el umbral del dolor en general ha bajado, hoy, nadie quiere sufrir por absolutamente por nada, ni un dolor de muela, ni una vía intravenosa que se salga, etc.

Entrevistador: ¿Por qué crees que esto está ocurriendo?

Enfermera: Creo que socialmente la vida está para disfrutarla, no estamos para sufrimientos, evidentemente hay momentos que hay que sufrir, en el caso sanitario porque lo indica la técnica a realizar, duele, y tu se lo explicas al paciente, y...

Entrevistador: Tu trayectoria profesional en el mundo del dolor como ha influenciado en ti como mujer y en tu familia. Como lo vives.

Enfermera: Si la teoría de la vida implica como te dije antes sufrir, tenemos que normalizar el sufrimiento, de hecho, yo tengo una niña de 4 años y la pobre se hizo su primer análisis de sangre con dos años, y cuando la pincharon no dijo ni “mu”, ayer nos vino un niño de tres años para coger una vía IV. Y a penas se quejó, quiero decir, que eso es enseñanza.

Entrevistador: Entonces tu crees que hay que enseñar a sufrir?

Enfermera: No, sufrir no, pero, que el dolor es parte de la vida si, y que hay que llevarlo con dignidad. No hay que hacerse el “harakiri”, por que toque sufrir, porque te toque una enfermedad, habrá que asumir el dolor como parte de la enfermedad.

Entrevistador: ¿Cómo se encaja todo esto en seno familiar, como lo has hecho con tu hija por ejemplo?

Enfermera: Pues insisto en lo mismo, conseguir normalizar, por ejemplo, si se cae al suelo, el niño, normalizar es ya está, esto se supera, tu eres fuerte y valiente y a seguir, pero si tu dramatizas (eres ñanga) cada vez que el niño se cae el niño no normaliza.

Entrevistador: ¿Cómo profesional que opinas del abandono del niño en una unidad especializada o de hospitalización?

Enfermera: Un niño tiene que estar acompañado. Vamos a ver, ¿no hay una ley que dice que las personas mayores tiene que tener un acompañante en el hospital? Por el simple hecho de ser mayor de edad. Con mayor razón tiene que tener acompañamiento un niño.

Entrevistador: ¿Y si es en un servicio especial tipo UVI?

Enfermera: Tiene que estar el familiar, cuidando las medidas de seguridad higiénico sanitarias del servicio.

Entrevistador: ¿Qué opinas del afrontamiento del dolor tanto en adultos como en niños?

Enfermera: (Contundente) Que nos da miedo. Es la parte mas “chungu” de la profesión, explicar como le va doler, explicar a un familiar la muerte, , “Lo hago con cariño, pero te va doler”, para mi es lo más difícil de la profesión enfermera.

Entrevistador: Cuéntame una experiencia profesional vivida de dolor sufrimiento.

Enfermera: Siendo alumna, un chico joven con amputación de un brazo, brazo izquierdo, porque me acuerdo hacerme toda la película mental, de cómo tendría que aprender a manejar el brazo izquierdo etc, cuando le quitaron el vendaje que cubría la herida en la primera cura, quedé impresionada, y no por la herida en sí, sino, ya que la herida era limpia y el muñón estaba “precioso”, perfectamente cosido, fue la película que yo me monté en ese momento con respecto al paciente, como se va montar su vida, como va a sufrir, porque además era un “chicarrón” joven, enorme.

Entrevistador: ¿Hay que endurecerse en la profesión pasado un tiempo?

Enfermera: Rotundamente No, tuve otra experiencia en el Centro de Salud de Canalejas, donde el médico no podía bajar a urgencias por tener la consulta llena, para atender a una señora que en mi trabajo como enfermera entendí que la señora estaba a punto de fallecer y todos los familiares esperando respuesta, el médico me dice que vaya gestionando la situación hasta su llegada, yo conocía a la familia, pero me di cuenta que la que le agarraba la mano a la moribunda era yo, los hijos detrás, cuando me di cuenta, no era tanto asumir el dolor, como “Aquí no hay nada más que hacer”, hay que asumirlo. Le pedí al hijo que se acercara a su madre. (“pase uno de ustedes yo me quedo en la cocina”)

Entrevistador: Crees importante aprender a afrontar sobre sufrimiento, dolor y muerte?

Enfermera: Por supuesto, yo aprendí algo en unos cursos de cuidados paliativos, después de terminar la carrera, porque en la carrera te cuentan muy por encima que es el dolor, los analgésicos que tienes que poner, etc. Pero no te enseñan a tener un cara a cara con el paciente y la familia.

Entrevistador: Entonces, tu crees que es fundamental que se enseñe habilidades de comunicación, tener en cuenta la cultura del que padece, acompañar en el dolor.

Enfermera: Por supuesto, lo que pasa es que es muy fácil cuando pides que tu familiar mayor muera en casa, pero ante de morir entra en una fase disneica, las fases disneicas son muy impactantes desde la perspectiva del paciente y del familiar que lo vive; que en casa no puedes hacer nada, y que el recuerdo que te queda de tu familiar es la angustia por respirar y ver que no puede, esto es muy “jodido”. La sedación hay que usarla.

Recuerdo en el hospital Insular una paciente moribunda, los hijos en la puerta de la habitación, viene el médico de oncología, y me dice prepara un coctel para sedar a esta señora, yo era alumna, aquello me impacto, evidentemente yo como alumna no era la que iba a preparar la medicación, pero me quedé con la “movida”, no entendía en ese momento la sedación, el médico se dio cuenta y me comentó: “Te parece mas sano que los hijos estén en la puerta y no puedan acercarse a la madre por el dolor que retuerce y padece su madre”, la señora me dijo: “Se está corrompiendo por dentro”, en ese tiempo circulaba la teoría de no usar altas dosis de morfina por la dependencia que pudiera dejar al paciente y la consiguiente dependencia de la droga. En aquel momento aprendí la lección.

Entrevistador: ¿Te has endurecido en tu trayectoria profesional?

Enfermera: Yo sigo sabiendo que no puedo trabajar en un servicio donde haya niños que sufren.

Entrevistador: Con tu hija cuando actúas ante situaciones de dolor, como lo haces como madre o como enfermera.

Enfermera: como las do situaciones, yo creo que lo ha mamado en casa, y hay que tomar determinaciones para solucionar problemas de salud, el otro día le di un jarabe que de

sabor era horrible, (yo probé un poco), mi hija me miró diciendo esto no me lo tomo, le dije esto es lo que hay que tomar y... amén.

Entrevistador: ¿Como ves la relación enfermero paciente en cuanto a dolor y sufrimiento, tus compañeros actúan como tu?

Para esto de la enfermería no todo el mundo vale aunque tengan el título, he visto actuaciones enfermeras de sólo cumplir, no es la mayoría, todo lo contrario, sin embargo me acuerdo cuando empecé a estudiar ciencias del mar intentando hacer una carrera sanitaria, hasta que me admitieran en enfermería, un día nos llevaron a ver los cadáveres en formol, cuerpos horribles, amarillos, me decían que si no soportaba ver aquello, no valdría para ser sanitaria, cuando entramos en la sala de disección, algunos de mis compañeros se reían, hacían bromas, etc. , yo al ver el panorama de los muertos, miré y salí de la sala, al finalizar me dijeron que yo no valía para enfermera, respondí que no tenía nada que ver una cosa con la otra, aquello era un cuerpo en formol horrible y mal oliente (por el formol) y no tiene nada que ver con ser sanitario, como si ver un cuerpo destrozado y amarillento fuera la condición para ser sanitario.

Encuestador: Dime tu visión de la muerte como profesional

Enfermera: Como profesional y como persona, mi madre murió cuando tenía 16 años, mi padre 20 años después, es decir, la he vivido profesional y personalmente. Esta experiencia la exploto en mi actuación como enfermera, los familiares tienen que estar en el lecho de muerte “eso de las películas americanas” coger la mano y adiós, no lo comparto. Mi padre, cuando vivió sus últimos momentos mi mayor preocupación era que no se me asfixiara, él me decía que la peor muerte era morir asfixiado, esto se lo hice ver a su cardiólogo y me comprendió, me dijo “No va a sufrir”.

Entrevistador: Quieres añadir algo mas sobre el tema que estamos tratando.

Enfermera: No

Entrevistador: Muchas gracias por tu colaboración.

ANEXO VI.VIII.II

INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN EMPÍRICA.

ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD SEMI-ESTRUCTURADA. **PROFESIONALES.** HISTORIA DE VIDA PROFESIONAL REFERIDA AL DOLOR Y SUFRIMIENTO

Entrevista nº: 2 (EP2)

Fecha entrevista: 22 marzo 2012

Contacto entrevistado:

108.	Lugar de trabajo	APS	☒	HOSPITAL	☒
109.	Sexo	H	☐	M	☒
110.	Lugar de residencia:	LPGC	☒	OTRO:	
111.	Años trabajado:	> 15 :	☒		

PRIMER CAMPO

Entrevistador: ¿Porque estudiaste enfermería?.

Enfermera: Sabía que quería estudiar algo que ayudara a la gente, a los 18 años un familiar de mi novio estuvo ingresado en un hospital, vi el ambiente y decidí matricularme en enfermería.

Entrevistador: Como fue tu experiencia en la Escuela de Enfermería

Enfermera: Buena, muy buena.

Entrevistador: Cuéntame tu experiencia como alumna en cuanto a dolor y sufrimiento.

Enfermera: Me tocó mucho tiempo en medicina interna en lo que llamaban una UVE (Unidad de vigilancia especial), donde se veían barbaridades, me acuerdo de mi primer pinchazo, pero no recuerdo que me causara ninguna impresión.

Entrevistador: Y, ¿en las prácticas de anatomía con el muerto?.

Enfermera: Nosotras no tuvimos prácticas con muertos.

Entrevistador: Experiencia profesional a lo largo de tu experiencia profesional.

Enfermera: Silencio.

Entrevistador: Cuantos años tienes de profesión

Enfermera: 33 años, Lo que más recuerdo que me impactó fue el primer muerto que tuve en mi turno en una clínica geriátrica en la Garita. Hacía poco un familiar mío había muerto en un accidente de moto, con la muerte de la viejita en mi trabajo, me volvió a recordar todo aquello, para mí fue terrible.

Entrevistador:¿Qué opinas sobre sufrimiento y dolor en referido a tu familia?

Enfermera: Mi padre que muere de un cáncer de pulmón, mi abuela que me crió y murió en medicina interna en el materno cuando había medicina interna en el materno. Fue doloroso, porque mis abuelos me criaron, ya que mis padres se fueron a Brasil siendo yo muy niña, la muerte de mi padre por el cáncer de pulmón fue muy doloroso cuando me lo dijeron, fue aún más doloroso, cuando el médico me dijo que tenía una metástasis cerebral, yo ya era enfermera, pero me vi sola con el diagnóstico en la mano, llorando a mares, sin saber como se lo decía a mi padre, (se me vino el mundo encima).

Entrevistador: Quien se lo comunicó

Enfermera: Me fui al Centro de Salud a hablar con la médico de familia que atendía a mi padre, siempre me había dicho que si padecía una enfermedad incurable, él se tiraría de un puente, yo le decía a la médico que no podía decir la verdad a mi padre, cuando me enfrenté a mi padre, le conté, que había tenido un infarto cerebral y que esa zona ya no se recuperaba, pero con el tratamiento irás mejorando, a partir de ahí, tubo una parálisis lateral, de tal forma que había que bañarlo, afeitarlo, etc, mejoró con el tratamiento de corticoides y fue tranquilizándose,

Entrevistador: Tuvo una muerte digna

Enfermera: Creo que sí, estuvo durante dos días con convulsiones, lo sedaron y murió tranquilo.

Entrevistador: Ha influido en tu vida personal ver de cerca el sufrimiento, dolor y muerte?

Enfermera: Te identificas más con esos temas, pero, de todas maneras, yo siempre he sido la misma, a mi me gusta mi profesión, algunas personas me decían en los primeros años de profesión: “Que buena eres con los pacientes, ya veras cuando pasen los años como cambias tu forma de ser”, yo eso no lo he vivido nunca, no me siento menos sensible ante el dolor o el sufrimiento del otro, yo, me veo igual que cuando empecé la carrera,

Entrevistador: Crees que se puede aprender a afrontar dolor y sufrimiento?

Enfermera: Se puede aprender algo, pero, te tiene que gustar, aprendes con la experiencia a ponerte en la piel del otro.

Entrevistador: Tu crees que hay que ser monja para dedicarse a esto de la enfermería.

Enfermera: Yo trabajé con monjas ... sin comentarios

Entrevistador: Cuéntame

Enfermera: La única monja buena de la comunidad que trabajaba con nosotras, desde la comunidad religiosa se dio la orden de echarla a la calle, sin que nos enteráramos el resto del personal, las otras eran unas c....., maltrataban a los viejos.

Entrevistador: Me puede citar algún caso específico que te haya marcado desde la perspectiva del dolor y sufrimiento.

Enfermera: Recuerdo dos hermanas muy mayores ingresadas en la misma habitación, una de ellas no hablaba, la otra hermana era la que se comunicaba con ella y nos cantaba al personal sanitario, me fui de vacaciones y cuando volví pensé que estaría muerta, no fue así; me impactó porque esta señora tenía un hijo con retraso mental, logramos llevar a este hijo para que la viera, a pesar que su mirada era de inquietud, de desesperación, una vez que vio a su hijo, murió a las 48 horas muy tranquila.

Entrevistador: este proceso de transición está contemplado en la literatura de la muerte.

Entrevistador:¿Crees que a los alumnos de enfermería se les puede enseñar, sin experiencia, para que puedan afrontar este tema de la muerte, o esto slo lo da la experiencia?

Enfermera: Bueno, Se les puede enseñar... (duda)

Entrevistador: a un joven de 19, 20, 21 años se le puede hacer entender esto de la muerte?

Enfermera: Ahora mismo, creo que si no pasan por la experiencia es difícil que lo entiendan con profundidad.

Entrevistador: Te contaron en tus estudios de enfermería el proceso del dolor

Enfermera: Nunca, en toda la carrera. A nosotras nos pusieron a trabajar de 8:00h. a 13:00h. y por la tarde a clase, pero del tema de sufrimiento, dolor, muerte no se hablaba nada. A trabajar en vacaciones, semana santa y navidad, pero ese tema nada.

Entrevistador: Como contemplas el papel de la enfermería actual, en general del trato que se le da al sufrimiento del dolor, está orientado, es adecuado o no.

Enfermera: Pienso que hay de todo, como en otras profesiones.

Entrevistador: Tus compañeras de profesión

Enfermera: Donde más lo viví fue en el materno con el problema de los recién nacidos muertos, dar la noticia a los padres, lo pasábamos muy mal, de todas formas, he de decir que normalmente lo hacía la matrona o el médico.

Entrevistador: ¿Crees que hay que aprender a dar una mala noticia, o este es espontaneo, es decir si te toca a ti, tienes que afrontarlo y punto ?

Enfermera: duda, no lo sé, lo que si puedo decir es que a mi no me gusta dar una mala noticia,

Entrevistador: Te sientes preparada, lo entiendes como parte de tu profesión

Enfermera: no me gusta, pero tienes que hacerlo.

Entrevistador: en el hospital de crónicos, quien solía dar la noticia del desenlace fatal.

Enfermera: En aquel momento era una monja, superiora de la comunidad la encargada, nosotras llamábamos a la familia diciendo que el paciente estaba muy mal, nos decía con frecuencia, que cuando les llamaban del hospital se imaginaban lo peor.

Entrevistador: Como afrontas dolor y sufrimiento en niños, lo encajas igual que un adulto.

Enfermera: No tengo experiencia con niños.

Entrevistador: Con tus hijos como actúas en temas de dolor, como madre o como enfermera experimentada.

Enfermera: Todo el tema sanitario lo llevo yo en casa, mi marido no, no le puse ni las vacunas a mis hijos, se las ponía el pediatra.

Entrevistador: Que te gusta de la profesión enfermera

Enfermera: Todo

Entrevistador: ¿Todo?, ¿cuando haces un domicilio?

Enfermera: No me importa, lo que pasa es que a veces, reconozco que hay mucho abuso del sistema, por parte del paciente y de la familia. No se pone en práctica los conocimientos domésticos en curas sencillas, a veces no damos abasto, hay abuso del sistema.

Entrevistador: Que haces con este tipo de familias.

Enfermera: Intento que colaboren, pero con algunos no hay manera, aquí , no queda otra que aguantar.

Entrevistador: Alguna vez has tenido que dar el pésame a la familia de un paciente tuyo de atención domiciliaria

Enfermera: Eso no se enseña, si nos enteramos por cualquier medio, llamamos por teléfono para dar el pésame.

Entrevistador: Frustraciones en tu experiencia profesional

Enfermera: Cuando interesan más las estadística que nuestra actuación.

Entrevistador: Quieres añadir algo sobre sufrimiento y dolor con tu experiencia profesional.

Enfermera: No se que más puedo contarte.

Entrevistador: Gracias por tu colaboración

ANEXO VI.VIII.III

INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN EMPÍRICA.

ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD SEMI-ESTRUCTURADA. **PROFESIONALES.**
HISTORIA DE VIDA PROFESIONAL REFERIDA AL DOLOR Y SUFRIMIENTO

Entrevista nº: 3 (EP3)

Fecha entrevista: 22 marzo 2012

Contacto entrevistado:

112.	Lugar de trabajo	APS	☒	HOSPITAL	☒
113.	Sexo	H	☒	M	☐
114.	Lugar de residencia:	LPGC	☒	OTRO:	
115.	Años trabajado:	> 15 años :	☒		

PRIMER CAMPO

Entrevistador: ¿Porque estudiaste enfermería?.

Enfermero: Por la nota que me pedían para ser biólogo no me llegaba, decidí meterme en enfermería.

Entrevistador: Como fue tu experiencia en la Escuela de Enfermería

Enfermero: Muy buena. Tuve suerte en participar en la tesis del profesor que nos daba psicología y aprendí mucho de él.

Entrevistador: Cuéntame tu experiencia como alumno en cuanto a dolor y sufrimiento.

Enfermero: Creo que era más la curiosidad que lo que me impactaba, me di cuenta que con el tiempo te vas haciendo más duro en la profesión.

Familiares relacionados con la profesión sanitaria.

No

Entrevistador: Experiencia profesional a lo largo de tu experiencia profesional.

Enfermero: (Silencio). Al principio como todo el mundo con mucho miedo, cuando no sabes que hacer, a lo largo del tiempo y con mucha suerte, y una asignatura que me ayudó mucho que fue la psicosocial, me fui haciendo mi propio protocolo de cómo actuar en cada situación, de cómo afrontar cada situación, no todas las personas tienen la misma empatía, tengo compañeros que desde niño quisieron ser enfermeros o médicos, no lo entiendo, yo quería ser de mayor piloto, creo que hay gente que confunde profesión con vocación, yo no tengo vocación de enfermero, soy un profesional de la enfermería, lo mismo a la hora de afrontar dolor y sufrimiento, es decir, lo afronto como un profesional que soy, no por vocación. Tu estas ahí para cumplir una función, no te tiene que gustar o no gustar, cumples tu función, y dentro de esas funciones, la humanidad a la hora de afrontar dolor y sufrimiento no depende de tu profesionalidad sino, de cómo eres tu como persona. La humanización en el trato no es genética es ambiental, va a depender del contexto histórico cultural del individuo, aquí somos del modelo de pura actuación médica, diagnosticar y poner medicamentos, en otros países como china trabajan mucho la acupuntura, te vas al Tibet y te ponen a meditar, son formas de afrontar tanto la medicina como el sufrimiento y el dolor.

Entrevistador: Cuantos años tienes de profesión

Enfermero: 11 años, Lo que más recuerdo que me impactó fue ver la aplicación del protocolo pre- exitus, en un servicio de urgencias por parte de un médico. Vi, como

acompañó al paciente hasta la hora de su muerte. He estado en infecciosos, pediatría, urgencias y A.P. en todas sus vertientes.

Entrevistador: ¿Qué opinas sobre sufrimiento y dolor?

Enfermero: No he tenido experiencias significativas en mi familia, entiendo el sufrimiento y el dolor como parte natural de la vida, todo el mundo quiere vivir una vida idílica, ésta no existe, lo que existe es tu vida, con tu sufrimiento, tu llanto tu dolor.

Entrevistador: Crees que se puede aprender a afrontar dolor y sufrimiento en un aula?

Enfermero: Los sentimientos no se pueden aprender, ¿se puede enseñar a un alumno a amar?, puedes enseñar cánones de buen comportamiento pero si no lo experimentas no sirve de nada. Puedes enseñar los tipos de comportamientos que son aceptados y después cada uno como profesional elige. A un alumno le puedes dar los bloques, pero de cómo se construye el edificio cada uno lo hará según su experiencia. Yo no creo en la vocación, creo en la profesión, no tiene nada que ver que te guste o no te guste la enfermería.

Entrevistador: Me puede citar algún caso específico que te haya marcado desde la perspectiva del dolor y sufrimiento.

Enfermero: Ninguno en particular. Todos sufren a su manera, el impacto en mi, va a depender del tiempo de intervención enfermero, es decir, si mantengo relación de tiempo con ese paciente le cojo más cariño, el paciente que va a urgencias el tiempo de intervención es corto, por tanto, no me da tiempo a tenerle afecto.

Entrevistador: ¿Crees que a los alumnos de enfermería se les puede enseñar, sin experiencia, para que puedan afrontar este tema de la muerte, o esto sólo lo da la experiencia?

Enfermero: Bueno, Se les puede enseñar, pero la experiencia es ineludible. Para mi la muerte no es más que parte de la vida, en el afrontamiento ni voy a llorar ni voy a ser un témpano de hielo, es una parte de la vida, profesionalmente tienes que solucionar lo que tienes delante, si los familiares no asumen la muerte del familiar tienes que ayudar a comprender la muerte, creo que hay que educar a la sociedad para afrontar la muerte con naturalidad, nuestra sociedad no asume la muerte, porque quiere todo un “mundo de rosa”, tienen que educar a la sociedad para saber afrontar la muerte.

Entrevistador: Te contaron en tus estudios de enfermería el proceso del dolor

Enfermero: desde la teoría algunas cosas, como dije aprendí con la tesis del profesor mío de psicología.

Entrevistador: Como afrontas dolor y sufrimiento en niños, lo afrontas igual que un adulto.

Enfermero: Es más difícil de afrontar en niños, porque el llanto del niño está genéticamente diseñado para llamar la atención, nadie lo puede omitir ni ordenar, cuando un niño llora todo el mundo mira, es como la evolución genética, cuando el niño puede razonar intentas contarle la finalidad que tiene cuando le haces daño, le das metas que vas cumpliendo, un niño es muy dinámico. Los padres con recién nacidos que fue mi caso como profesional, creo que están muy saturados de información, al ser muchas las experiencias nuevas que está viviendo, por tanto, es difícil en los primeros momentos del nacimiento del niño que asimilen el tema de dolor y sufrimiento, tenemos que dejarles pasar tiempo, no es lo mismo que un niño tenga cualquier padecimiento con dos tres o cuatro años, que has convivido con él, a la experiencia en los RN. Que te lo ingresan en

una planta de hospital o una Unidad especial. Tenemos que tratar en estos casos el miedo de los padres, y no es fácil. Los enfermeros en estos casos somos ejecutores, pienso que todo el sistema sanitario es un gran motor, donde cada pieza es necesaria e imprescindible para que funcione, desde que falla alguna pieza se va todo al traste, nuestro día a día es más amplio que el del médico y hemos ido asumiendo este papel de ejecutar las funciones que se nos asignan de tranquilizar, de informar, etc.

Entrevistador: Crees en la curación por medio de la palabra

Enfermero: Creo en la motivación, si eres capaz de motivar a una persona, logras una liberación de endorfinas y estas te hacen sentir más pleno, creo que se puede aprender a motivar, pero a niveles “superiores, extraordinarios”, tienes que ser una persona que estés dotada para ello, que instintivamente domines, p.e. tipo Gandi por el lado bueno, tipo Hitler por el lado malo. Estos personajes los veo como motivadores natos.

Entrevistador: Quieres añadir algo sobre sufrimiento y dolor con tu experiencia profesional.

Enfermero: No

Entrevistador: Gracias por tu colaboración.

Nota: El enfermero entrevistado mostró en todo la entrevista unas respuestas muy técnicas, en ninguna de sus manifestaciones sobre dolor o sufrimiento tuvo en recuerdo que le conmoviera, ni siquiera su propia recuperación de la fractura de una pierna o su operación de apendicitis, no recordaba ningún caso que le impactara, el sufrimiento dolor y muerte es parte de la vida, me llamó la atención que su actuación enfermera no tiene nada que ver con que te guste o no la enfermería, sólo tiene que cumplir profesionalmente con las funciones que le son asignadas. Su última contestación (Gandi y Hitler), me dio pie a preguntar si el entrevistado pertenecía algún movimiento ecologista o político, su respuesta fue rotunda no, yo soy muy práctico.

ANEXO VI.VIII.IV

INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN EMPÍRICA.

ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD SEMI-ESTRUCTURADA. **PROFESIONALES.** HISTORIA DE VIDA PROFESIONAL REFERIDA AL DOLOR Y SUFRIMIENTO

Entrevista nº: 4 (EP4)

Fecha entrevista: 22 marzo 2012

Contacto entrevistado:

116.	Lugar de trabajo	APS	☒	HOSPITAL	☒
117.	Sexo	H	☐	M	☒
118.	Lugar de residencia:	LPGC	☐	OTRO: Arucas	
119.	Años trabajado:	> 15 años :	☒		

PRIMER CAMPO

Entrevistador: ¿Porque estudiaste enfermería?.

Enfermero: Sinceramente, no me gustó en un principio la carrera porque era una salida fácil que se me presentó en aquel momento.

Entrevistador: Con Sor Negrin, como directora de la escuela.

Enfermero: Risas con sorpresa, si, si señor, una mujer muy seca, pero muy buena gente.

Entrevistador: Como fue tu experiencia en la Escuela de Enfermería desde el dolor y sufrimiento.

Enfermero: Me impactó mucho asistir a una autopsia de un niño, yo estaba en primero de carrera, en el resto de los años no recuerdo nada realmente impactante.

Entrevistador: En tu familia tienes parientes que se hayan dedicado a la enfermería o medicina o similares.

Enfermero: Nadie, en mi familia todos son profesores. Yo necesito hablar con la gente, relacionarme, etc. De hecho empecé a estudiar derecho, no me gustó.

Entrevistador: Enfermería te ofrecía esto?

Enfermero: Lo descubrí con el tiempo

Entrevistador: Que opinas como enfermero profesional del sufrimiento y dolor en el hombre

Enfermera: Creo que sería algo en lo que se debería trabajar, porque es lo que a las personas más temor les causa.

Entrevistador: Crees que un enfermero tiene capacidad, preparación para hacer entender al paciente el dolor que sufre.

Enfermero: Eso es muy difícil que una persona se lo pueda transmitir a otra, porque hay una parte muy subjetiva importante, no se cuanto margen se puede poner, pero...

Entrevistador: Experiencia profesional en dolor y sufrimiento con la familia

Enfermero: Pues si, hace poco con el fallecimiento de mi madre. Una mujer que tuvo muchos "achagues" y deterioro progresivo.

Entrevistador: El tratamiento que diste a tu madre en el periodo de su enfermedad fue como enfermero o como hijo.

Enfermero: (Sonrisa). Como hijo naturalmente. No sabría tratarla como enfermero.

Entrevistador: No hay ninguna aplicación de práctica enfermera que le sirviera a tu madre.

Enfermero: (Silencio...) Claro claro, yo conozco las técnicas enfermeras, pero nunca trataría a mi madre como si por ejemplo te tratara a ti. Aquella señora era mi madre, o tratar a mi hermana, hay que separar eso.

Entrevistador: Se puede separar en la actuación enfermera, desde los sentimientos de parentesco.

Enfermero: Se puede separar pero es difícil, solo cuando es necesario.

Entrevistador: Alguna situación en tu carrera profesional que te haya puesto “los pelos de punta”.

Enfermero: (Sonrisas), ¡BUFFFFF!, muchas; para escribir un libro, sobre todo reanimación cardiopulmonar en niños de urgencias,

Entrevistador: Como te afectan estas situaciones en tu vida particular.

Enfermero: Hubo un momento de mi vida en que probablemente no sabía poner un límite a las cosas, es decir entre lo profesional y lo personal, hubo momentos que lo pasé muy mal; tuve que aprender a poner un límite, a todo, ese aprendizaje me ha hecho conseguir ser mejor como profesional. Es como una manera de aislarme de las emociones en ese momento profesional.

Entrevistador: Crees que hay que aislarse de las emociones para ser un buen profesional.

Enfermero: Si sí, es que si no es así no funciona

Entrevistador: Esto que me dices se puede aprender

Enfermero: Por supuesto si lo aprendí yo como no lo van a hacer los demás.

Entrevistador: Pero, eso fue auto aprendido o con enseñanza externa.

Enfermero: también necesité enseñanza externa

Entrevistador: Desde el punto de vista profesional tratas igual a un niño que a un adulto

Enfermero: Jamás, los niños para mi son ángeles, será que como soy padre de niños pequeños. (2 hijos niño y niña 6 años)

Entrevistador: Crees que los profesionales de la enfermería que has conocido en tu trayectoria profesional están capacitados par tratar a los niños como ángeles.

Enfermero: No lo sé, hay compañeros que tienen esa habilidad y otros no,

Entrevistador: Me gustaría comprender lo de los ángeles.

Enfermero: Yo siempre digo que los ángeles los buscamos en el cielo y con los niños los tenemos delante de nosotros, en nuestras mismas narices.

Entrevistador: Cuando un niño sufre por intervención dolorosa de un enfermero, curas de quemados por ejemplo, ¿Qué le cuentas a los padres?

Enfermero: Mi misión es atender al niño y tranquilizar al padre, a veces hago las cosas de una manera y otras veces de otra.

Entrevistador: De que depende

Enfermero: De la relación que establezca durante el proceso con los padres.

Entrevistador: Como ves la relación del enfermero en relación con los pacientes en general, en situaciones de dolor y sufrimiento.

Enfermero: Creo, que tienes que servir para esto de enfermería, personalmente empecé a estudiar derecho, al poco tiempo me di cuenta que no era par mí, tuve la oportunidad de hacer medicina, tampoco me gustaba, el tema de curar y cuidar fue lo que me entusiasmó de la enfermería, y como comentaba antes, la experiencia en el trato con los pacientes te van dando una visión cada vez más profesional, sabiendo poner el límite entre lo personal y lo profesional,

Entrevistador: Alguna cosa que quieras añadir

Enfermero: Que me he sentido muy cómodo, espero que te sirva para tu tesis.

Entrevistador: Muchas gracias por tu colaboración.

ANEXO VI.VIII.V

INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN EMPÍRICA.

ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD SEMI-ESTRUCTURADA. **PROFESIONALES.**

HISTORIA DE VIDA PROFESIONAL REFERIDA AL DOLOR Y SUFRIMIENTO

Entrevista nº: 5 (EP5)

Fecha entrevista: 22 marzo 2012

Contacto entrevistado:

120.	Lugar de trabajo	APS	☒	HOSPITAL	☒
121.	Sexo	H	☐	M	☒
122.	Lugar de residencia:	LPGC	☒	OTRO: Arucas	
123.	Años trabajado:	> 15 años :	☒		

PRIMER CAMPO

Entrevistador: ¿Porque estudiaste enfermería?.

Enfermera: No lo se, mi ilusión era ser peluquera, pero hablando con una amiga que le gustaba la enfermería, decidimos matricularnos en enfermería.

Entrevistador: Una gran diferencia entre manejar pelos y atender a personas en situación de enferma.

Enfermera: (Sonrisas), por supuesto, pero vas aprendiendo.

Entrevistador: Como fue tu experiencia en la Escuela de Enfermería desde el dolor y sufrimiento.

Enfermera: No recuerdo nada realmente impactante. Bueno si, finalizando la carrera en el servicio de urgencias, me pusieron a cargo de un paciente joven toxicómano que estaba contensionado (amarrado a la camilla), con medicación intravenosa, después de una larga espera por el médico, cuando fuimos al box, el enfermo se había escapado, me hicieron responsable y lo pasé muy mal, recuerdo que le pedí ayuda a una compañera del turno de noche, su contestación fue que no tenía tiempo, que cada una tenía que resolver sus problemas, a todas estas había abandonado al resto de pacientes y su medicación, cuando llegó el turno de mañana volví a pedir ayuda a las compañeras entrantes, par poder dejar todo en orden me quede en el servicio hasta las 12 :00h o 13:00h. del día siguiente.

Entrevistador: En tu familia tienes parientes que se hayan dedicado a la enfermería o medicina o similares.

Enfermera: No

Entrevistador: Que opinas como enfermera profesional del sufrimiento y dolor en el hombre

Enfermera: Bueno, mi trabajo se desarrolló en su mayor tiempo en el servicio de urgencias del Hospital de Gran Canaria Dr. Negrin, particularmente creo ser muy profesional, en mi experiencia llega un momento que trabajas y trabajas, es tal la velocidad que se imprime en un servicio de urgencias que no te da prácticamente tiempo a pensar en si sufre o no sufre o no, de todas formas, tengo fama de ser muy fría en mis relaciones.

Entrevistador. En tu vida personal te ocurre lo mismo.

Enfermera: Dicen que sí, que soy muy fría, pero yo mantuve una buena relación de 10 años con mi pareja y fue bien, he de reconocer que en situaciones de acercamiento a los demás me cuesta, pero, es que me siento impotente, no se que hacer, recuerdo que, una amiga de mi madre estaba muy enferma en su casa, mi madre me llamó para que la atendiera como enfermera, cuando llegué a la casa, la paciente estaba prácticamente muerta, yo conocía a los hijos de la paciente, bueno pues, en esta situación no supe reaccionar, no sabía que decir, prácticamente les dije que su madre había fallecido, saludé y me marché, después me sentí muy mal, pero no supe reaccionar.

Entrevistador: Crees que una enfermero tiene capacidad, preparación para hacer entender al paciente el dolor que sufre.

Enfermera: Personalmente soy capaz de explicar una técnica, es decir, explicar lo que estoy haciendo, pero no me implico emocionalmente, me gustaría hacerlo de otra manera pero no se.

Entrevistador: Experiencia profesional en dolor y sufrimiento con la familia

Enfermera: Mi abuela cuando murió, pero no recuerdo nada especial, del resto nada.

Entrevistador: Alguna situación en tu carrera profesional que te haya puesto “los pelos de punta”.

Enfermera: La que te comenté del servicio de urgencias, no recuerdo nada mas.

Entrevistador: Crees que hay que aislarse de las emociones para ser una buena profesional.

Enfermera: Pienso que hay que estar bien preparada para resolver los casos que se te presentan, en ese sentido soy muy práctica.

Entrevistador: Desde el punto de vista profesional tratas igual a un niño que a un adulto

Enfermera: Los niños son algo especial, de todas formas en el servicio de urgencia donde trabajé casi todo mi tiempo como enfermera, no entraban niños, estos van al hospital Materno Infantil, y en Atención Primaria donde estoy ahora, la urgencia que atiendes que produzca dolor es reducida, lo más que hacemos es coger una vía intravenosa.

Entrevistador: Crees que los profesionales de la enfermería que has conocido en tu trayectoria profesional están capacitados par tratar a los niños.

Enfermera: No lo sé, hay de todo.

Entrevistador: Como ves la relación de la enfermera en relación con los pacientes en general, en situaciones de dolor y sufrimiento.

Enfermera: Mi experiencia como te comenté fue en el servicio de urgencias, no teníamos tiempo para pensar en el sufrimiento y dolor, hombre, cuando estas poniendo en práctica técnicas dolorosas, le cuenta al paciente lo normal, nosotras no teníamos mucho contacto con familiares, los tiempos de intervención en un servicio de urgencias suelen ser cortos, les atiendes y son derivados a planta a quirófano u otro hospital.

Entrevistador: Alguna cosa que quieras añadir

Enfermera: Me cuesta expresar, a veces me faltan palabras.

Entrevistador: Lees con frecuencia algún tipo de literatura.

Enfermera: Estudié todo lo que había que estudiar durante la carrera pero no leo, es que, no me gusta leer.

Entrevistador: Muchas gracias por tu colaboración.

Nota: Después de la entrevista hablamos un buen rato (sin grabar), de la utilización de la inteligencia emocional aplicada al trabajo, y de la necesidad de leer al menos para poder adquirir vocabulario, en toda la entrevista noté a la enfermera muy tensa.

ANEXO VI.VIII.VI

INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN EMPÍRICA.

ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD SEMI-ESTRUCTURADA. **PROFESIONALES.**
HISTORIA DE VIDA PROFESIONAL REFERIDA AL DOLOR Y SUFRIMIENTO

Entrevista n°: 6 (EP6)

Fecha entrevista: 27 marzo 2012

Contacto entrevistado:

124.	Lugar de trabajo	APS	☒	HOSPITAL	☒
125.	Sexo	H	☐	M	☒
126.	Lugar de residencia:	LPGC	☒	OTRO:	
127.	Años trabajado:	> 15 años :	☒		

PRIMER CAMPO

Entrevistador: ¿Porque estudias enfermería?.

Enfermera: Un gran componente fue vocacional, la quise estudiar esta carrera porque me atraía todo lo concerniente de la ayuda a otras personas, tal es así, que al terminar (COU) Curso de orientación universitaria, hice un módulo de 3º grado de educación infantil, por que no entré en la primera convocatoria para enfermería.

Entrevistador: Alicientes, satisfacciones en el desarrollo de la carrera

Enfermera: En el día a día, siempre me llevo una alegría a casa, porque cuando veo que atiendo bien a la gente, se queda satisfecha con la atención es muy gratificante.

Entrevistador: Como fue tu experiencia en la Escuela de Enfermería desde el dolor y sufrimiento.

Enfermera: Como alumna no recuerdo nada especial que me impactara, creo que estaba más pendiente de una misma, de hacer las cosas bien, de la técnicas que tenía que aprender, más que fijarme en el dolor de los demás.

Entrevistador: En tu familia tienes parientes que se hayan dedicado a la enfermería o medicina o similares.

Enfermera: No, mi abuelo se que fue un enfermero frustrado, quiso estudiar enfermería y no lo consiguió.

Entrevistador: Que opinas como enfermera profesional del sufrimiento y dolor en el hombre/mujer

Enfermera: Recuerdo perfectamente la situación de una chica que tenía mi edad 30 años, en esos momentos tanto ella como yo, estábamos embarazadas, por tanto, nos implicamos las dos, ella como paciente al ingresar en oncología, y yo como enfermera de la planta. Al sexto mes de embarazo tuvieron que provocarle el parto, nació el niño con menos tiempo, porque había que ponerle quimioterapia, no pudo disfrutar de su hijo, estuvo durante un año entrando y saliendo a la unidad de onco, hasta que quedó ingresada con nosotros y murió a los seis o siete meses.

Entrevistador: En tu vida personal ha influido todo esto del sufrimiento y dolor

Enfermera: Sí, por las vivencias que he tenido, la familia ante problemas acuden todos a ti y te conviertes en un punto de anclaje de todos.

Entrevistador: Crees que el tema del dolor y sufrimiento lo tiene aprendido, asimilado, o es un don.

Enfermera: Aunque el carácter de la persona (enfermera), sea más o menos compasivo siempre enfermería lleva un patrón que le marca, no se si a través de los estudios, o porque lo llevas dentro y es por eso que eliges esta carrera.

Entrevistador: Un alumno de enfermería puede aprender en un aula lo que es dolor y sufrimiento, o tiene que experimentarlo

Enfermera: Creo que no tiene que experimentarlo para saber lo que es dolor y sufrimiento, hay que hablar mucho sobre el tema, dar materia sobre el dolor, de cómo manejar y gestionar el dolor ajeno, la formación es muy, muy importante. A mi me dieron esta información. Medina esta a años luz de cómo acercarse al sufrimiento, por supuesto que me he encontrado con compañeros que tiene cero preparación y cero predisposición a mejorar, vocación.

Entrevistador: Que entiendes por vocación

Enfermera: Es, amar y disfrutar con lo que haces, valorar todas esas pequeñas cosas que cada día te dan una satisfacción, incluso en la consulta de enfermería donde ayudas o aclaras situaciones a un paciente, todo eso me llena, yo tengo una hermana que es enfermera y que no es nada vocacional, en la familia me lo derivan todo a mí, se palpa por el interés que tomas por las situaciones.

Entrevistador: Tu crees que la vocación debe estar incluida en la profesión.

Enfermera: Yo creo que deben ir juntas, son distintas pero deben ir juntas, yo siempre he dicho que no soy monja, me gusta mi carrera mi profesión y dentro de ella hay que seguir unos protocolos, unas técnicas.

Entrevistador: Experiencia profesional en dolor y sufrimiento con la familia

Soy casada y madre, cuando actuó con ellos con mis hijos por ejemplo, suelo mantener la calma, es decir, actúo mucho como madre, pero también con la experiencia enfermera, domino la situación con calma. Mi marido que no es de profesión me deja actuar. Hace poco a mi hijo le dio una crisis de ansiedad que no entiendo porque, y tuve la suficiente tranquilidad por otras actuaciones en mi trabajo como para controlar la situación

Entrevistador: Crees que hay que aislarse de las emociones para ser una buena profesional. Ser más dura.

Enfermera: No, una cosa es ser más frío, y otra saber controlar tus impulsos, consiste en saber más autocontrol, no es ser más duro.

Entrevistador: Crees que es condición sine cuanum en una enfermera sufrir.

Enfermera: Tienes que disponer de armas, porque si no puedes trabajar, es como poner una distancia terapéutica emocional, pero quieras o no siempre te llevas algo a casa, y aunque no quieras hablarlo con la familia siempre sale algo en la conversación para que te sirva de válvula de escape.

Entrevistador: Crees que hay servicio en un hospital donde se sufre más y en otros menos.

Enfermera: En paliativos la gente está preparada o la preparan para morir, sin embargo en oncología el paciente está luchando por vivir, por vencer a la enfermedad.

Entrevistador: Desde el punto de vista profesional tratas igual a un niño que a un adulto.

Enfermera: He trabajado con niños, no, me “llega” más un niño, no asimilo que los niños tengan que pasar por sufrir, ellos son como más “limpios”, cuando tratas a un adulto puedes entender el carácter, sus juicios, afinidades, sin embargo, con un niño, lo vive de otra forma, un niño es, debe ser, “inmortal por naturaleza” Prefiero no trabajar con niños.

Entrevistador: Experiencia con la muerte

Enfermera: Varias, mi padre murió cuando tenía 12 años, profesional puedo decirte que soy atea, pero cada vez pienso más que, debe haber algo..., personas que están clínicamente muertas, pasadísimas de morfina, invadidas por el cáncer, y no te explicas como aguantan sin morir hasta que no llega el hijo de la península que viene a despedirse. Un bedel de mi instituto, lo tuve toda la noche conmigo, por la mañana cuando fui a verlo en una de las visitas con la mirada se despidió, todo esto me hace pensar aunque vaya en contra de mis ideas de que pueda haber algo más allá.

Entrevistador: El dar las malas noticias como lo ves

Enfermera: En nuestra unidad rogábamos para que en las guardias no se nos muriera tal o cual paciente,

Entrevistador: Alguna cosa que quieras añadir

Enfermera: No, lo que si me gustaría decir es que hay que dar más formación en cuanto a afrontamiento y gestión del dolor con los pacientes y familia

Entrevistador: Mucha gracias por tu colaboración.

ANEXO VI.VIII.VII

INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN EMPÍRICA.

ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD SEMI-ESTRUCTURADA. **PROFESIONALES.**

HISTORIA DE VIDA PROFESIONAL REFERIDA AL DOLOR Y SUFRIMIENTO

Entrevista nº: 7 (EP7)

Fecha entrevista: 27 marzo 2012

Contacto entrevistado:

128.	Lugar de trabajo	APS	☒	HOSPITAL	☒
129.	Sexo	H	☐	M	☒
130.	Lugar de residencia:	LPGC	☒	OTRO:	
131.	Años trabajado:	> 15 años :	☒		

PRIMER CAMPO

Entrevistador: ¿Porque estudias enfermería?.

Enfermera:

Me atraía atender a pacientes, desde muy niña me gustaba curar a los animales a mis hermanos.

Entrevistador: Alicientes, satisfacciones en el desarrollo de la carrera

Enfermera: Pues sí, al principio me pusieron en oncología donde vi lo peor que se puede ver, del cáncer, tenía 18 años estudié en Granada me impactó mucho, sobre todo cuando volvía a casa, mi directora era Sor Josefina Castro una gran mujer. No sabía que estudiar enfermería implicaba atender dolor y sufrimiento, yo era muy joven, no sabía ni como nacían los niños, de hecho nos colábamos en los paritorios para ver partos, fue muy impactante.

Entrevistador: Como fue tu experiencia en la Escuela de Enfermería desde el dolor y sufrimiento.

Enfermera: Sobre todo ver en alguna ocasión los efectos del cáncer.

Entrevistador: Experiencia profesional del dolor. Algún caso impactante

Enfermera: Cuando hice un domicilio en esta ZBS. Un paciente que era de profesión abogado, encamado con escaras horribles, y que su familia deseaba que se muriera, él lo sabía y me lo llegó a comentar, lo trataban mal, me decía "*Que habré hecho yo para sufrir tanto*" para que me hagan esto, puse en conocimiento de la trabajadora social el caso para que hablara con la familia, al poco tiempo murió el paciente, es decir no se experimentaron cambios en el trato.

Entrevistador: En tu familia tienes parientes que se hayan dedicado a la enfermería o medicina o similares.

Enfermera: Tengo una hermana mayor que yo, y un hermano que también son enfermeras

Entrevistador: Que opinas como enfermera profesional del sufrimiento y dolor en el hombre/mujer

Enfermera: creo es parte de lo que vivimos en la profesión, por eso tiene que gustarte lo que haces, creo que enfermería puede y debe ayudar mucho en este terreno.

Entrevistador. En tu vida personal ha influido todo esto del sufrimiento y dolor

Enfermera: No, bueno, tengo una hermana menor que padece una esquizofrenia, pero quien se hace de cargo de ella es mi hermana la mayor que es enfermera

Entrevistador: Crees que en el tema del dolor y sufrimiento la enfermera se hace más dura con el tiempo

Enfermera: Creo que no, va a depender de la forma de ser de cada uno, yo por ejemplo siempre he sido capaz de ver o realizar cualquier tipo de cura , por muy cruenta que sea, reconozco que hay que ser dura en ciertos aspectos, pero de antemano ya sabes de que va.

Entrevistador: Un alumno de enfermería puede aprender en un aula lo que es dolor y sufrimiento, o tiene que experimentarlo

Enfermera: Yo creo que el alumno tiene que vivirlo, , si no lo ve no se le puede enseñar, se debe dar formación, pero insisto hay que vivirlo, yo como alumna pasé por todos los servicios del hospital para vivirlo.

Entrevistador: Pero como se gestiona dolor y sufrimiento en pacientes y familia.

Enfermera: Yo he trabajado muchos años en quirófano, sólo tenemos contacto con el paciente cuando llega en la camilla, gestionamos sobre todo el miedo, hablamos e intentamos tranquilizar en el ante quirófano. Hace 6 años que me vine a primaria, nunca me habían contado lo que se pasa en un domicilio, no la había hecho nunca, no lo había experimentado.

Entrevistador: Esto de enfermería es vocacional o profesional

Enfermera: Creo que es vocacional, pero reconozco que hoy con el problema laboral que tenemos muchos alumnos que se meten a estudiar enfermería por tener una carrera, no por tener vocación. Yo vi hace unos años en una planta de neurología como una enfermera castigaba físicamente a una señora mayor por haberse orinado en la cama. En paliativos un familiar mío lloraba porque hacía sus necesidades en un pañal que le ponían por normas del servicio, tuve que hablar con la supervisora para que le quitaran el pañal, me contestó que las normas en ese servicio eran para todos los pacientes igual

Entrevistador: Desde el punto de vista profesional tratas igual a un niño que a un adulto.

Enfermera: En A.P. tienen poco sufrimiento o dolor, trabajé como supervisora de pediatría y prematuros, el tratamiento con los padres en estos servicios a la hora de dejar los niños en el servicio (sentimiento de abandono), no lo llevé directamente, no era cosa nuestra.

Recuerdo el caso de un niño abandonado, lo quiso adoptar una auxiliar de enfermería de nuestro hospital, la justicia no se lo permitió, y se lo entregaron a la familia, al poco tiempo nos enteramos que el niño fue arrastrado por una acequia que conducía a una máquina y lo mató, murió destrozado.

Entrevistador: Experiencia con la muerte

Enfermera: Mis padres, mi padre muere con 42 años, estudiaba 1º de enfermería y tuve que ir a buscar la biopsia, sufrí mucho, mi madre hace 12 años que murió, cuando le daban quimioterapia, lo pasaba muy mal, me la llevé a Barcelona, muere ahí y me tuve que traer el cadáver en un avión a casa. Lo pasé muy mal.

Entrevistador: Alguna cosa que quieras añadir

Enfermera: No

Entrevistador: Mucha gracias por tu colaboración.

ANEXO VI.VIII.VIII

INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN EMPÍRICA.

ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD SEMI-ESTRUCTURADA. **PROFESIONALES.**
HISTORIA DE VIDA PROFESIONAL REFERIDA AL DOLOR Y SUFRIMIENTO

Entrevista nº: 8 (EP8)

Fecha entrevista: 28 marzo 2012

Contacto entrevistado:

132.	Lugar de trabajo	APS	☐ X	HOSPITAL	☐ X
133.	Sexo	H	☐ X	M	☐ X
134.	Lugar de residencia:	LPGC	☐ X	OTRO:	
135.	Años trabajado:	> 15 años :	☐ X		

PRIMER CAMPO

Entrevistador: ¿Porque estudias enfermería?.

Enfermero: No fue por vocación fue como salida profesional.

Entrevistador: Alicientes, satisfacciones en el desarrollo de la carrera

Enfermero: El contacto con los pacientes. ver un carcinoma de garganta, nunca había visto uno.

Entrevistador: Como fue tu experiencia en la Escuela de Enfermería desde el dolor y sufrimiento.

Enfermero: ver un carcinoma de garganta, nunca había visto uno y me marcó en mi trayectoria profesional.

Entrevistador: Experiencia profesional del dolor. Algún caso impactante

Enfermero: Muchos, los tumores cerebrales, (gliomas)sobre todo en niños

Entrevistador: En tu familia tienes parientes que se hayan dedicado a la enfermería o medicina o similares.

Enfermero: No

Entrevistador: Que opinas como enfermero profesional del sufrimiento y dolor en el hombre/mujer

Enfermero: Pienso que a determinada edad, como fue el caso de mi padre hay que conseguir que el paciente sufra lo menos posible, evitar maniobras de salvación a determinadas edades, me refiero avanzadas hay que evitar el dolor el sufrimiento y no aplicar pruebas o inventos terapéuticos para alargar la vida, incluyendo en estas pruebas e inventos el sufrimiento que llevan implícitas.

Entrevistador: En tu vida personal ha influido todo esto del sufrimiento y dolor

Enfermero: Con el tiempo aprendes a separar, a no llevarte a tu casa el sufrimiento del paciente, aunque lo pienses, con el tiempo aprendes que el trabajo es trabajo y la familia y amigos es otra cosa no mezclas.

Entrevistador: Un alumno de enfermería puede aprender en un aula lo que es dolor y sufrimiento, o tiene que experimentarlo

Enfermero: Se puede y debe explicar, hemos de recordar que el dolor no es igual para todos, unos expresan de una forma y otros de otra su dolor, cada persona es un mundo. Tengo una sobrina que estudia 1º de enfermería, toda su ilusión es aprender técnicas llevarlas a cabo, con el paso del tiempo y superada esta etapa, te das cuenta que la atención integral del paciente es lo que resulta importante, lo que si entiendo es que esto no es nada sencillo, lo que se aprende relativamente rápido es la técnica, pero no el tratamiento integral, esto es mucho más complejo de hacer entender y de poder llevar a la práctica. Sobre todo repito, hay que conseguir empatizar con cada paciente; lo que si he notado con los pacientes de AP. Sobre todo mayores, que tiene un sentimiento muy arraigado de inmortalidad, tengo la impresión que cuanto mayor se siente, más se agarra a querer vivir más.

Entrevistador: En tu familia experiencia de dolor

Enfermero: Bueno, mi padre con un carcinoma operado por tres veces, mi mujer con una cesárea, mi hijo tiene 29 años, en estos casos la farmacología para controlar el dolor físico a avanzado mucho, lo mismo que en cuidados paliativos, sin embargo, en maniobras de técnicas médicas como por ejemplo una colonoscopia actualmente no se seda al paciente para que no sienta dolor, ten en cuenta que los anestesiistas son muy reacios a dormir o sedar a los pacientes, entre otras razones por los tiempos que “pierden” (ahorrar tiempo) en reanimar, despertar al paciente, sobre todo cuando son intervenciones de poco tiempo de duración, pero, que pueden, son muy dolorosas. Los anestesiistas por poner un calificativo tienen mucha precaución a la hora de utilizar anestésicos fuera de los quirófanos, supongo que por los riesgos que corren. Hoy tenemos fármacos que se pueden utilizar en pruebas dolorosa por ejemplo en la mujer para hacer pruebas ginecológicas (histeroscopias, histrosalpingografías), que deben utilizarse para evitar el dolor, y a veces nos e ponen, no sé si por economía del sistema o por ganar tiempo de intervención con otros pacientes, es decir fármacos que ests consciente pero al finalizar la prueba no te acuerdas de nada, por tanto, eliminas el dolor.

Entrevistador: Esto de enfermería es vocacional o profesional

Enfermero: En principio lo vi sólo como profesional y el tiempo me ha convertido en un enfermero vocacional.

Entrevistador: El tiempo de trabajo de hecho más duro en la gestión del dolor

Enfermero: No es que pierdas la sensibilidad, pero, aprendes a ser realista y a saber hasta que punto puedes llegar como profesional, y hasta que punto puedes ayudar al paciente.

Entrevistador: Tienes que olvidarte de las emociones para atender al paciente

Enfermero: No, Lo que tienes que conseguir es la empatía con cada paciente para conocer sus necesidades, pero no aislarte.

Entrevistador: Desde el punto de vista profesional tratas igual a un niño que a un adulto.

Enfermero: Con los niños eres más participe de su dolor, los niños son seres que están empezando a vivir, es como si tuvieran y creo que tienen más derecho a la vida.

Entrevistador: Experiencia con la muerte

Enfermero: Sobre todo en quirófano y muerte de niños, recuerdo intervenir un niño con un cáncer a nivel cerebral, donde después de estar horas en quirófano con varios especialistas, no se consiguió salvar al niño, me pareció que todo estaba orientado al final de la operación en una experimentación, más que en una intervención para salvar una vida.

Entrevistador: Alguna cosa que quieras añadir

Enfermero: No

Entrevistador: Mucha gracias por tu colaboración

ANEXO VI.VIII.IX

INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN EMPÍRICA.

ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD SEMI-ESTRUCTURADA. **PROFESIONALES.** HISTORIA DE VIDA PROFESIONAL REFERIDA AL DOLOR Y SUFRIMIENTO

Entrevista nº: 9 (EP9)

Fecha entrevista: 29 marzo 2012

Contacto entrevistado:

136.	Lugar de trabajo	APS	☒	HOSPITAL	☒
137.	Sexo	H	☐	H	☒
138.	Lugar de residencia:	LPGC	☒	OTRO:	
139.	Años trabajado:	> 15 años :	☒		

PRIMER CAMPO

Entrevistador: ¿Porque estudias enfermería?.

Enfermera: Desde niña quise ser enfermera, es más empecé a estudiar medicina terminé el 1º curso y me di cuenta que no era lo que yo quería., entré en enfermería

Entrevistador: Alicientes, satisfacciones en el desarrollo de la carrera

Enfermera: Muchas, todo el tema de ayuda, la satisfacción de los pacientes cuando se sienten bien atendidos.

Entrevistador: Como fue tu experiencia en la Escuela de Enfermería desde el dolor y sufrimiento.

Enfermera: No impactó nada en especial, quizás lo que se veía en especialidades.

Entrevistador: Experiencia profesional del dolor. Algún caso impactante

Enfermera: Creo que está de nuestra mano compartir empatizar para amortiguar el dolor

Entrevistador: En tu familia tienes parientes que se hayan dedicado a la enfermería o medicina o similares.

Enfermera: Mi abuelo fue médico, tíos y primos dedicados al mundo sanitario.

Entrevistador: Que opinas como enfermera profesional del sufrimiento y dolor en el hombre/mujer

Enfermera: Que se sufre en la vida, pero si se lo hago comprender y lo comparto con el paciente entre los dos podemos superarlo. Empatizar, aunque pudiera parecer puro teatro. Es decir en cirugía donde estoy ahora, mientras estamos haciendo una maniobra cruenta, le voy explicando todo al paciente, de esa manera creo que estoy compartiendo con el la situación. A veces creo que se meten en campos de los que no tienen conocimiento, no han aprendido y se meten a dar consejos. En gine creo que las madres está muy desprotegidas, porque los ginecólogos y personal están tan acostumbrados a ver nacimientos, que se olvidan que para muchas madres es su primer nacimiento, y sienten

miedos, angustias, etc. que no son atendidas. Sufro mucho cuando por un error se pone en peligro una vida o muere el paciente. yo lo he padecido en carne propia, en quirófano por error al equivocarse el cirujano de historia clínica, en mi caso se pudo solucionar a tiempo.

Entrevistador: En tu vida personal ha influido todo esto del sufrimiento y dolor

Enfermera: La enfermería me ha enseñado a darle valor a la vida desde otra perspectiva

Entrevistador: Un alumno de enfermería puede aprender en un aula lo que es dolor y sufrimiento, o tiene que experimentarlo

Enfermera: No se, exactamente si se puede enseñar expresamente el dolor, pero sí a que lo valoren, no sé si es cuantificable, pero si hacerle ver que se puede compartir con la enfermera, probablemente de esta manera se podría minimizar el dolor. Con las malas noticias a familiares, creo que se les debe enseñar hasta donde podemos decir. Pienso que es el día a día lo que más va a influir en comprender las situaciones de dolor, sinceramente creo que es muy difícil enseñar esto en un aula. Aunque el conocimiento tanto teórico como práctico, te da seguridad.

Entrevistador: En tu familia experiencia de dolor

Enfermera: la experiencia enfermera me ha ayudado mucho a afrontar los problemas familiares. Me impactó mucho al pedir ayuda porque ves que se te va, y tener que recurrir a un familiar dentro del hospital para que fuera atendida, el final fue de muerte de esta paciente joven familiar mío, hay facultativos que no tienen en cuenta la experiencia enfermera. Yo no cuento temas de dolor y sufrimiento en mi casa

Entrevistador: El tiempo de trabajo de hecho más duro en la gestión del dolor

Enfermera: Yo no, no me olvido que cada día es nuevo y aprendo de los pacientes.

Entrevistador: La enfermería es vocacional o profesional.

Enfermero: Para mi fue vocacional, si tuviera que empezar no volvería a estudiar enfermería, la gente joven que veo en las prácticas tiene otra orientación, busca más protagonismo, tomar decisiones individuales no busca el trabajo en equipo, le dan mucha más importancia a las estadísticas, alcanzar objetivos, etc. que a la atención al persona.

Entrevistador: Desde el punto de vista profesional tratas igual a un niño que a un adulto.

Enfermera: El umbral de dolor y sufrimiento de un niño es muchísimo mayor que el de un adulto, no sé si es por su inocencia, pero si es importante conocer el trato que sus padres le han dado, como los han educado, esto hace variar el umbral, al menos de expresión del dolor del niño, estoy hablando de niños ingresados en la unidades de tratamiento, sin presencia de los padres, hoy con la filosofía de hospitales abiertos los padres pueden casi vivir con sus hijos en el hospital. Algo también que ha cambiado es la juventud de los padres a la hora de tener hijos.

Entrevistador: Experiencia con la muerte

Enfermera: Mi primer muerto fue un paciente al que le puse mi primera inyección IM, y al día siguiente falleció, me sentí mal pensando si yo había hecho algún mal con mi primera inyección. Me impresionó mucho la muerte de niños en cardiología.

Entrevistador: Alguna cosa que quieras añadir

Enfermera: Ahora sufro como están saliendo las nuevas enfermeras, porque creo que quieren trabajar más cómoda y menos tiempo, y sobre que no escuchan a la gente, creo que por desconocimiento de la utilización de la palabra como elemento terapéutico, no hay que ser ni psicólogo ni monja, evidentemente si el paciente quiere tocar el tema religioso, lo respeto y comparto con ella.

Entrevistador: Mucha gracias por tu colaboración

ANEXO VI.VIII.X

INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN EMPÍRICA.

ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD SEMI-ESTRUCTURADA. **PROFESIONALES.**
HISTORIA DE VIDA PROFESIONAL REFERIDA AL DOLOR Y SUFRIMIENTO

Entrevista nº: 10 (EP10)

Fecha entrevista: 30 marzo 2012

Contacto entrevistado:

140.	Lugar de trabajo	APS	☒	HOSPITAL	☒
141.	Sexo	H	☐	M	☒
142.	Lugar de residencia:	LPGC	☒	OTRO:	
143.	Años trabajado:	> 15 años :	☒		

PRIMER CAMPO

Entrevistador: ¿Porque estudias enfermería?

Enfermera: Desde niña me gustó curar a los animales, la ayuda a los demás. Antes de entrar en enfermería trabajé como administrativa en la consulta de un cirujano en João Pessoa, me apuntaba los sábados para ver las intervenciones la enfermera que trabajaba en el consultorio (una señora mayor) me dijo porque no estudiaba enfermería y hice. Siempre me gustó la biología, las ciencias.

Entrevistador: Alicientes, satisfacciones en el desarrollo de la carrera

Enfermera: Sobre todo la satisfacción del paciente cuando le solucionas su problema

Entrevistador: Como fue tu experiencia en la Escuela de Enfermería desde el dolor y sufrimiento.

Enfermera: Después de mi experiencia en la consulta del cirujano, pocas cosas me impactaron desde el dolor y el sufrimiento en la carrera de enfermería. La primera intervención que vi fue una mastectomía total.

Entrevistador: Experiencia profesional del dolor. Algún caso impactante

Enfermera: Las curas en los cánceres, la clínica médica, no tenía conciencia del dolor que tenían que pasar los pacientes. Estuve mucho tiempo en quirófano, los pacientes sufren mucho de miedo a lo que les va a ocurrir, yo les doy la mano, les tranquilizo, sobre todo les digo que voy a estar a su lado ahora y cuando despierte.

Entrevistador: Se puede enseñar a los alumnos a afrontar el dolor y el sufrimiento, desde las aulas.

Enfermera: Siempre y cuando lográramos hacer que el alumno se ponga en el lugar del enfermo, porque yo siempre me pongo en el lugar de la persona enferma, siempre pienso: Si yo estuviera así como me gustaría que me cuidaran, nos puede pasar algún día, de aquí a estar enfermo hay muy poca distancia

Entrevistador: En tu familia tienes parientes que se hayan dedicado a la enfermería o medicina o similares.

Enfermera: No

Entrevistador: Que opinas como enfermero profesional del sufrimiento y dolor en el hombre/mujer

Enfermera: Creo que en la profesión existe un nivel muy bajo de sensibilidad, porque los profesionales no quieren implicarse mucho porque desgasta tu energía, esta forma de tratar como un todo te cansa más, no es solo poner una medicación, es escuchar, es hacer de psicólogo, de terapeuta, etc, te conviertes en multiprofesional para dar respuesta a tus pacientes, pienso que con los alumnos hay que enseñar psicología, antropología, sociología, porque en el trabajo tienes que dar respuestas a muchas cuestiones relacionadas con estas disciplinas. El paciente quiere fundamentalmente que tu le escuches. Cuando hablo de dolor quiero decir que el físico se puede solucionar con fármacos estos los receta el médico, pero el dolor u sufrimiento emocional es la enfermera la que puede solucionarlo.

Entrevistador. En tu vida personal ha influido todo esto del sufrimiento y dolor

Enfermera: Yo me doy a los pacientes cuando estoy en el trabajo, cuando llego a casa comento cosas con mi marido aunque él no es del área de salud, procuro no relacionar los temas de trabajo con mi vida familiar y de amigos.

Entrevistador: Un alumno de enfermería puede aprender en un aula lo que es dolor y sufrimiento, o tiene que experimentarlo.

Enfermera: Me acuerdo de un paciente con cáncer de estómago, el sufrimiento y dolor del paciente y de la familia era inmenso, hablaba todo el tiempo que podía con la paciente y sus familiares, dando mucho consuelo, en nuestro trabajo lo que tenemos todos los días es dolor y sufrimiento de las personas y tenemos que aprender a afrontarlo, gestionamos dolor sufrimiento y miedo. Algunos nos preparamos conforme avanza la experiencia, y otros no se preparan nunca. Por tanto, lo mismo que te preparan para hacer una cura, tiene que prepararnos para afrontar dolor sufrimiento y miedo, sobre todo en el dolor crónico diálisis por ejemplo. La sola dependencia de los demás crea angustia al paciente.

Entrevistador: En tu familia experiencia de dolor

Enfermera: Con mi marido en una operación hace unos años, la experiencia enfermera me ha ayudado mucho a afrontar el dolor en mi entorno familiar. En mi misma, a pesar de la experiencia de muchos años como enfermera me deprime, me desespera, cuando necesito la ayuda de mi marido p.e. en una lumbalgia que me duró 40 días, y lloraba de dolor, este es el mismo camino que recorre un paciente.

Entrevistador: Esto de enfermería es vocacional o profesional

Enfermera: Pienso que debe ser vocacional, hay que nacer para dedicarse a esta profesión, cuando es por ganar un dinero al poco tiempo te sientes frustrado, no necesariamente tienes que tener una vocación a través de la religión, yo soy creyente, creo en Dios, pienso que los pacientes creyentes tienen ventaja a la hora de sufrir o padecer una enfermedad. Si en mi intervención el paciente cree en Dios le ayudo incluso

en recordar sus oraciones, es mi forma de ser, si el sanitario o el paciente es ateo no sé como lo hará.

Entrevistador: El tiempo de trabajo te ha hecho más dura en la gestión del dolor

Enfermera: Con los años una se vuelve más frío, uno no es que quiera hacerse frío, se va haciendo con los años de experiencia, pero no pierdes la sensibilidad de los pacientes y familiares, sobre todo cuando en los domicilio ves a los pacientes encamados, con dolor sufriendo.

Entrevistador: Desde el punto de vista profesional tratas igual a un niño que a un adulto.

Enfermera: Yo sufro más cuando el dolor es en niños, porque desde que fui estudiante, no me gusta aplicar tratamientos a los niños, al niño le cuesta entender porque le hacemos daño, ellos no saben porque le haces todas esas cosas que le hacen daño, los padres influyen mucho, cuando los padres son débiles el niño también es débil, es decir, si los padres está asustados por hacerle una analítica o un corte a su hijo, cuando el niño llega al servicio está más asustado de ver la cara de sus padres que la propia técnica que vayas a emplear como enfermera; el niño que sus padres logran tranquilizar rebaja mucho su miedo, y aunque lo tenga él está preparado y calladito. Por otra parte, Creo que hay gente muy sufrida, que soportan mucho más el dolor porque están acostumbradas a sufrir, culturalmente puedo comparar por mi experiencia que la gente en Madrid se queja bastante más que aquí en Canarias, aquí son más acomodados, de Brasil no tengo tanta experiencia porque al acabar la carrera me vine a España. Como profesional tienes que adaptarte a las costumbres de cada región o país. La enfermería en España está mejor considerada que en Brasil, las auxiliares hacen mucho intrusismo, esto no ocurre en España, esto me gustó mucho aquí.

Entrevistador: Experiencia con la muerte

Enfermera: Lo llevo fatal, es el tema más difícil para mí, porque no me gusta estar al lado de los muertos, entonces, yo los atiende muy bien cuando están vivos, pero cuando se van a morir y mueren nunca me gustó, las noticias de muerte las suele dar el médico.

Entrevistador: Alguna cosa que quieras añadir

Enfermera: Que te sirva nuestra entrevista. Decir que la cultura de la gente influye mucho en el afrontamiento y expresión del dolor, yo estuve 8 años trabajando en un hospital para extranjeros en el sur de la isla, sobre todo con pacientes del norte de Europa, es otro mundo, los niños extranjeros, se comportan tranquilos, lo mismo que los padres, estos les van explicando todos los pasos, esto tranquiliza mucho al profesional, al niño y a los padres; esto no ocurre con un niño canario, niño y padres son muy impacientes, piden justificación de cualquier movimiento profesional que hagas, preguntan: *cuanto vas a tardar, cuando va a venir el médico, tengo prisa, llevo aquí todo el día etc.* Por tanto, la cultura, el desarrollo cultural influye en el comportamiento de niños y adultos en el afrontamiento y expresión del dolor.

Entrevistador: Mucha gracias por tu colaboración.

(PARTE VI)
ANEXOS

ANEXO VI. IX. CUADROS DE TRABAJO ENTREVISTAS ALUMNOS

VI.IX.I. CA1.	CUADRO ENTREVISTA ALUMNO Nº 1
VI.IX.II. CA2.	CUADRO ENTREVISTA ALUMNO Nº 2
VI.IX.III. CA3.	CUADRO ENTREVISTA ALUMNO Nº 3
VI.IX.IV. CA4.	CUADRO ENTREVISTA ALUMNO Nº 4
VI.IX.V. CA5.	CUADRO ENTREVISTA ALUMNO Nº 5
VI.IX.VI. CA6.	CUADRO ENTREVISTA ALUMNO Nº 6
VI.IX.VII. CA7.	CUADRO ENTREVISTA ALUMNO Nº 7
VI.IX.VIII. CA8.	CUADRO ENTREVISTA ALUMNO Nº 8
VI.IX.IX. CA9.	CUADRO ENTREVISTA ALUMNO Nº 9
VI.IX.X. CA10.	CUADRO ENTREVISTA ALUMNO Nº 10

ANEXO VI.IX.I.

ENTREVISTA N°1 CA1 ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD SEMI ESTRUCTURADA A ALUMNOS DE ENFERMERÍA DE 1º CURSO UFP CANARIAS.

GRAN ACANARIA MARZO 2012.

1º CAMPO Elección de estudios.	2º CAMPO Expresión del sufrimiento y dolor en general.	3º CAMPO Paciente - Enfermero	4º CAMPO Elementos importantes en la formación enfermera
Fue algo que tuve claro desde siempre, en su momento no pude entrar en la Universidad Pública y entré en la UFP. Una tía mía intentó estudiar enfermería pero lo dejó, mis padres no tiene relación con el mundo sanitario. Creo que hay que tener vocación para dedicarse a esto de la enfermería, entiendo por vocación sentir el que puedes ayudar a la gente.	Para mi el sufrimiento es algo muy íntimo más psíquico, y el dolor es algo más físico que tu observas como un síntoma, creo que si hay que sufrir en la vida es parte de nosotros. Creo que el sufrimiento que más estoy pasando es desde que me separé de mis padres al tener que cambiar de isla para estudiar, me siento muy sola, mis compañeros de clase ya tienen sus amigos de toda la vida y yo tengo que ingeniármelas para integrarme, lo estoy pasando mal, cada noche llamo a mi casa en Fuerteventura para hablar con mi familia. Por otra parte he convivido con un tío mío que padece una enfermedad mental esquizofrenia, mis padres lo afrontan mal por la duda de que ocurrirá cuando falten mis abuelos que son los que en la actualidad le cuidan, he vivido la lucha diaria con este tipo de paciente, no es fácil. Pensé que la vida universitaria era diferente, esto es una Universidad privada y hay mucha gente mayor de edad. Espero que con el paso del tiempo lo supere, poco a poco. Creo que se nos puede enseñar lo que es el sufrimiento el dolor en nuestra carrera, pero va a depender de cómo es cada uno, creo que es muy difícil entenderlo si no lo has vivido. El que he contado de mi tío, quiero hacer mi trabajo final de carrera sobre el cuidado al enfermos con problemas mentales. Las situaciones dolor y sufrimiento y con mi experiencia familiar (familiar esquizofrénico), no se enseña en la carrera tienes que vivirlo.	No he tenido experiencia personal del trato enfermero, pero si creo que la profesión enfermera te da la posibilidad de estar muy cerca del paciente, pienso hay que estar muy preparado para dar soluciones, y esto es difícil.	Me gustaría que me contaran en la carrera de casos reales de sufrimiento y dolor como aprendizaje. Me gustaría que se pudiera llevar a un paciente al aula y poder compartir con él, se que esto es casi imposible, pero me gustaría. La formación que he recibo hasta ahora me parece buena, casi todos los profesores insisten en el buen trato al paciente.

ANEXO VI.IX.II.

ENTREVISTA Nº 2 CA2 ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD SEMI ESTRUCTURADA A ALUMNOS DE ENFERMERÍA DE 1º CURSO UFP CANARIAS.

GRAN ACANARIA MARZO 2012.

1º CAMPO Elección de estudios.	2º CAMPO Sufrimiento y dolor en general.	3º CAMPO Paciente - Enfermero	4º CAMPO Elementos importantes en la formación enfermera
<i>Porque desde siempre he tenido facilidad para comprender a las personas, creo que se escuchar, desde niño me encantaba ver las series de TV que tuvieran que ver con hospitales, etc., me tuve que adaptar a las condiciones económicas de mi familia para no estudiar una carrera fuera de mi isla, enfermería en la UFP fue mi gran oportunidad. Tengo dos primos que son enfermeros y me ayudaron contándome sobre la carrera de enfermería,</i>	Creo que es algo muy relacionado con el miedo, algo que te cohibe y además ser la primera excusa para rendirte, el dolor es algo que debe darte fuerza para seguir adelante yo soy muy positivo, si te pasa "algo" hay que superarlo, los obstáculos en vida tienes que saltarlos, no puedes quedarte parado. Siento que cuando ayudo al "otro" te ayudas a ti mismo, te fortaleces como persona y ayudas a comprender al otro a cambiar su punto de vista de su situación de sufrimiento o dolor. Insisto en que siempre que sufres es para mejorar, mi experiencia me servirá para cuando sea enfermero comprender mejor a los que sufren. No creo que todos mis compañeros sientan la actuación enfermera como yo, tengo compañeros que por tener una situación económica holgada en su familia, sus padres lo han matriculado en enfermería, aunque a ellos no les gusta, a estos es difícil hacerles entender el sufrimiento y dolor de los demás, emplean la ley del mínimo esfuerzo. Uno de los primos enfermero, actualmente padece un cáncer óseo y lo está pasando muy mal. Personalmente con 18 años me operaron de corazón en el hospital Negrín, y yo no me rendí, a partir de mi experiencia tuve más claro el dedicarme a la enfermería, el cuerpo (la mente) huye del dolor, quiero decir que lo pasaría peor si me dijeran que me tiene que volver a intervenir, a pesar de lo beneficioso que ha sido para mí el ser intervenido quirúrgicamente, ahora puedo hacer deporte, y sobre todo mi padre con el que me llevo muy bien no sufre. Sufrí mucho al ver sufrir a mi padre, mi padre y yo nos entendemos muy bien. Con mi hermano mayor, que es profesor de Universidad en Barcelona (ESADE), no me entiendo, he hablado poco a lo largo de mi vida con él, es muy diferente a mí, la noche y el día. Mis amigos me dicen que con todo lo que he pasado y siempre tengo una sonrisa, es que de muy pequeño padecí también una enfermedad rara de huesos, me enviaron a la península me dieron una medicación que mejoré y me dijeron que si no se repetía sería estupendo para mi vida, pero que si volvía (la enfermedad) tendría que padecerla toda la vida, hasta ahora no ha llegado, y estoy bien. Espero aprender mucho para afrontar dolor y sufrimiento con mi futuros pacientes.	<i>Creo que en mi experiencia personal con las enfermeras que me atendieron les faltó mucho tacto a la hora de tratarme de contarme las cosas, es más yo vuelvo al cabo de un año de mi estancia al hospital y creo, que ni se acuerdan de mí, el personal de enfermería, observé y viví que van a lo suyo, es decir a sacar trabajo y cuanto antes mejor. La enfermería debería dedicar más tiempo a hablar con los pacientes, creo que en 8 horas de trabajo siempre hay tiempo.</i>	Enseñar en un aula sufrimiento y dolor es muy complicado tienes que experimentarlo. A mi nuca me han explicado como debo tratar a alguien que está sufriendo, que consejos debo dar, o no dar, que consejos dar cunado preguntan si moriré, de todas formas estoy en primero de enfermería, me quedan años para terminar.

ANEXO VI.IX.III.

ENTREVISTA N° 3 CA3. ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD SEMI ESTRUCTURADA A ALUMNOS DE ENFERMERÍA DE 1º CURSO UFP CANARIAS. GRAN ACANARIA MARZO 2012.

1º CAMPO Elección de estudios.	2º CAMPO Sufrimiento y dolor en general.	3º CAMPO Paciente - Enfermero	4º CAMPO Elementos importantes en la formación enfermera
<i>En primer lugar porque trabajo en Rx de la Clínica San Roque, cuando hacía la PAU, pensé hacer veterinaria, pero me sentí más atraído por enfermería</i>	Opino que la gente se encuentra en los dos polos del sufrimiento y dolor, unos están en el polo de aguantar todo el sufrimiento y dolor, o en el otro que sería el quejarse por nada, depende de la educación que ha recibido en casa, hay gente que ha vivido situaciones importantes en casa y dan el valor que tiene ese dolor y gente que se preocupa demasiado por pequeños dolores o sufrimientos, por lo que pueda pasar. Creo que el dolor se puede interiorizar, compartir incluso con el paciente, pero debe ser lo mínimo porque si no, estarás fatal en toda tu trayectoria profesional. Muerte de algún familiar, aunque ha sido en edades que comprendes la muerte. Reconozco a veces afronto de manera demasiado natural el dolor el sufrimiento, aunque no lo parezca lo interiorizo bastante, incluso viendo la película de clase, Filadelfia, me sentí "tocado", estudiar enfermería implica conocer el dolor y sufrimiento de los que atiendes, con pacientes con fibromialgia, aparentemente están bien, pero en cuanto empiezas a hablar con alguno de ellos te cuentan como viven y sufren la enfermedad. Mi abuela está ahora mismo está ingresada en la unidad de ictus, le pusieron una compañera de habitación que venía de otra planta, esta paciente se quejaba precisamente del trato frío de las enfermeras de la planta de donde venía. Reconozco que al principio de mi trabajo, y hasta que empecé a estudiar enfermería no tenía vocación, me gustaba veterinaria, creo que poco a poco me siento más cerca de la vocación de ayuda al otro, vocación enfermera, siempre me gustó el contacto tanto con los animales, como ahora con las personas. Ahora que soy técnico de rayos siento que debo implicarme mucho más en el mundo de la ayuda y por eso empecé enfermería. En radiología la gente lo pasa mal, el médico no trata prácticamente con el enfermo nosotros los técnicos tenemos que explicar en que consiste la prueba que se va a hacer, muy resumida, a groso modo, no puedes estar mucho tiempo, si el médico de rayos se detuviera un momento a explicar al paciente lo que le van a hacer, el paciente lo agradecería mucho desde su tranquilidad y el miedo, miedo a tanto aparataje, miedo a lo que le van a hacer. Con los niños la cosa cambia, porque, el niño tiene menos defensas a la hora de afrontar el dolor, por su desconocimiento, a no ser que venga con una enfermedad crónica y haya aprendido a sufrir. A los niños no les puedes explicar el dolor. Tengo que aprender mucho, me quedan tres años de carrera. Recuerdo la muerte de mi abuela, yo tenía diez años, nunca supe que estaba enferma, un día llegué a casa y de sopetón me dijeron que había muerto, hoy en día con 25 años, sigo sintiendo el no haber podido despedirme de ella, siento, una gran angustia y tristeza, estoy "marcado".	<i>Desde mi punto de vista, veo que unos lo llevan súper bien sin son enfermeros vacacionales, se preocupan por todo, sin embargo lo que están por ganar el sueldo sólo cumplen con el trabajo. Entiendo profesión como buscar un sueldo a final de mes y vocación es no esperar.</i>	Hasta el día de hoy, solo con la asignatura de Antroposociología ya nos van marcando con estos temas de sufrimiento, dolor, muerte. Se que en los Centros de Salud, los enfermeros docentes tocan estos temas con cierta frecuencia. Los enfermeros están preparados para cuidar y ayudar a los paciente, intentando minimizar el sufrimiento, de momento no sé lo que falta, nos dan una base bastante sólida en primer curso, veremos en segundo. A mi particularmente me gustaría que nos hablaran de atención materno infantil y emergencias sanitarias.

ANEXO VI.IX.IV.

ENTREVISTA Nº 4 CA4 ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD SEMI ESTRUCTURADA A ALUMNOS DE ENFERMERÍA DE 1º CURSO UFP CANARIAS.

GRAN ACANARIA MARZO 2012.

1º CAMPO Elección de estudios.	2º CAMPO Sufrimiento y dolor en general.	3º CAMPO Paciente - Enfermero	4º CAMPO Elementos importantes en la formación enfermera
<i>Sinceramente no fue vocacional, para nada, empecé a trabajar en el 112, después de un tiempo he comprendido que debo avanzar en la ayuda a las personas y como telefonista del 112 me falta más formación, por ello decidí entrar en enfermería, previamente había estudiado turismo, tengo primos metidos en la profesión médica,</i>	Lo veo como una experiencia desagradable, a nadie le gusta sufrir, hay que sufrir en la vida en su justa medida, para diferenciar que algo es bueno tienes que haber probado lo malo. Recuerdo la muerte de mi abuela como algo muy doloroso, era una persona muy allegada, (lágrimas) conviví y me crié con ella mucho tiempo, yo tenía 16 años, me dejó marcada sobre todo cuando la recuerde, es justo porque las personas mayores sabes que se tienen que ir, pero hasta que no te llega el momento..., no acepté nunca que tenía que morir, me pasa lo mismo que con mis padres, no quiero pensar que algún día se me vayan. No estoy preparada para aceptar la pérdida de un ser querido, si sufriera una enfermedad a lo mejor lo podría aceptar un poco más. En cuanto a ayudar a los demás creo que la familia juega un papel fundamental en enseñar a sus hijos a empatizar, hablo en general. A mi me gustaría que me afectara menos el dolor de los demás, porque lo paso muy mal, en el 112 mi trabajo como la comunicación al ser telefónica lo afrontas como un cuento que te están contando, desgraciadamente es así, porque realmente son historias muy duras, quiero aprender a no implicarme personalmente en cada historia, pero soy así. Con los niños es diferente, aunque como profesional tendré que actuar. Creo que hay que tener mucha empatía con el otro, no sé si puede enseñar, pienso que la empatía la tiene todo hombre o mujer, es decir la lleva dentro, habría que enseñar a sacarla al exterior concretamente en la ayuda, cuidado de los demás.	No he tenido mucha relación con el mundo sanitaria, pero creo que habría que tener más acercamiento a los pacientes y no ser tan fríos, tan mecánicos, Yo pienso que una buena enfermera debe ser una buena profesional, eso si con mucha paciencia no sólo con los pacientes sino con los familiares, eso no nos lo enseñan en la carrera, creo que eso va con uno misma. <i>No veo a todos mis compañeros como futuros buenos profesionales, porque, se ve y convivimos día a día, ves detalles que los identificas como que están por otros motivos estudiando enfermería y no precisamente por tener claro la ayuda a los demás.</i>	Creo que el dolor y el sufrimiento no se puede enseñar, no se puede aprender, hasta que no lo vives, te lo pueden explicar y orientar porque al fin y al cabo vas a tratar con personas, reconozco que al principio me será duro con el tiempo se aprende. Es pronto para mi decir si falta algo en la formación para entender sufrimiento y dolor, estoy en primero de carrera, pero todos, todos los profesores hacen espacial hincapié en el tema de la empatía, y si lo hacen es porque saben que hay déficit de empatía en la población en general y de la enfermería en particular.

ANEXO VI.IX.V.

ENTREVISTA Nº5 CA5 ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD SEMI ESTRUCTURADA A ALUMNOS DE ENFERMERÍA DE 1º CURSO UFP CANARIAS.

GRAN ACANARIA MARZO 2012.

1º CAMPO Elección de estudios.	2º CAMPO Sufrimiento y dolor en general.	3º CAMPO Paciente - Enfermero	4º CAMPO Elementos importantes en la formación enfermera
<i>A mi siempre me llamó la atención el área de la salud, de hecho estudié un ciclo superior de educadora social, entré en enfermería porque lo podía hacer aquí, en Gran Canaria, fuera de la isla no me podían ayudar mis padres, con los años las cosas han cambiado, en estos momentos regento un negocio y puedo estudiar enfermería</i>	El dolor existe, que hemos avanzado mucho para evitar el dolor, el dolor por el dolor lo evitaría, el hombre nace para ser feliz, pero sufre, físicamente se puede evitar con medicamentos, yo puedo evitar provocar sufrimiento a los demás, por tanto, se puede evitar. El sufrimiento psicológico entiendo que no es necesario para nada ¿?. Y el sufrimiento prolongado que yo también lo evitaría con fármacos. Hay que tener mucha vocación para ser enfermera, hay que volcarse mucho con los pacientes, esto no es la ayuda de un día o una semana, es tu profesión, por eso hay que estar física y mentalmente muy fuerte. He tenido un fuerte dolor de muelas me he tomado un analgésico y se me ha quitado, recuerdo una amiga joven de 27 años con un cáncer de colon, me quedé muchas noches acompañándola cuando estaba hospitalizada, sentí que le ayudaba, pude comprobar como le ayudaron a no sufrir a base de medicamentos, estoy segura que ella se fue antes por lo que le ayudaron, porque su cuerpo realmente no aguantaba más. Me comentó una noche que hablaría con los médicos, lo hizo y al día siguiente falleció. Yo me alegré mucho. Los niños son especiales, no he tratado niños, el niño no debería sufrir nunca, se supone que deben nacer sanos son máquinas perfectas casi, podría trabajar con niños en oncología, pero tengo que prepararme bien para ello, porque es muy duro, de todas maneras a mi donde me gustaría trabajar como enfermera es con la gente mayor, porque creo que son personas a las que puedes ayudar a "marcharse" de manera más fácil, si están lúcidos me enseñan mucho, la gente mayor aunque no hayan ido a la Universidad saben mucho. En mis prácticas de educadora social en un centro geriátrico, me encantó, se me iba el tiempo oyendo historias de su vida (acompañando).	<i>La enfermera tiene que empatizar, ponerse en la piel del otro, pero como profesional sufrir lo menos posible, esto se puede aprender, pero a mí me nace, en mi entorno familiar aprendí aunque parezca un pensamiento machista, el tener que cuidar de los hombres de la casa en todos sus aspectos desde vestimenta a comidas, de su comportamiento con respecto a la familia, si llega tarde, si bebe, etc. En mi familia siempre ha habido cierta vocación de contemplarnos, cuidarnos unos a otros, por tanto, el aprendizaje en la familia es fundamental, sin embargo, no quiero tener hijos, quiero dedicarme a los demás. Creo que en pacientes que están llegando al final de sus vidas deberíamos ser más profesionales evitando el dolor en todo momento, mi experiencia es que los profesionales en ese aspecto están un poco "dormidos". Creo que todavía queda mucho prejuicio, mucha diversidad de opiniones médicas.</i>	<i>Enfermería tiene que tener una buena base de conocimiento para afrontar las situaciones de dolor y sufrimiento, conocimiento no sólo sanitarios, sino saber que maneja y como puede aliviar. Creo que sí, si se le puede enseñar a un alumno como aliviar el dolor, no solo con medicamentos. Todo es mejorable por parte del personal sanitario. Pienso que la labor de enfermería no es del todo reconocida por la sociedad, la profesión enfermera es mucho más amplia de lo que la gente cree. Tienes que tener cien ojos.</i>

ANEXO VI.IX.VI.

ENTREVISTA N°6 CA6 ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD SEMI ESTRUCTURADA A ALUMNOS DE ENFERMERÍA DE 1º CURSO UFP CANARIAS.

GRAN ACANARIA MARZO 2012.

1º CAMPO Elección de estudios.	2º CAMPO <i>Sufrimiento y dolor en general.</i>	3º CAMPO <i>Paciente - Enfermero</i>	4º CAMPO Elementos importantes en la formación enfermera
<i>Es una "espinita que tenía clavada", y al fin he podido hacerlo, para mi es una manera de ampliar conocimientos y de mejora laboral, me encanta la carrera de enfermería, a pesar que es difícil.</i>	Creo que es una característica inherente al ser humano y que no se trata en el mundo sanitario como debiera hacerse, no se tiene en cuenta excepto cuando te sufres tu mismo o un familiar cercano, Yo tengo dos experiencias distintas estuve 11 años trabajando como técnico en ambulancias medicalizadas, y ahora estoy de coordinador de mesa en el 112. En ambulancias la experiencia era "muy jodida" al ver no sólo el sufrimiento del que sufre el accidente, sino el de los familiares, lo pasé bastante mal, lo que pasa es que terminas acostumbrándote con el tiempo trabajado. El puesto donde estoy ahora de coordinación el impacto del dolor es diferente, lo que siento es impotencia de no poder actuar cunado recibo la llamada telefónica, es decir, gestionas el accidente, envías recursos, pero no estoy en el lugar dl accidente, por decirlo de alguna manera soy un sanitario de "trincheras". Trabajar con adultos casi me he acostumbrado, cunado me toca trabajar con niños lo sigo pasando fatal. A los niños los asocio con indefensión con él tienes que tomar todas las medidas sin casi comunicar con él, está indefenso. Lo que he vivido como técnico de ambulancia ha sido por decirlo de alguna manera de observador, pero, si sé lo que quiero cunado cuando sea enfermero, quiero no sólo ayudarles en su enfermedad desde la perspectiva de poner un fármaco, tratándolo, etc, sino, cuidándolo razón de ser de la enfermería, por eso no estudié medicina, entiendo que lo que te lleva a hacer son cuidados, la medicina es diagnosticar y prescribir. Hace un año y medio la muerte de una tía mía hermana de mi madre, con un cáncer de pulmón, me tocó a mi toda la enfermedad y afrontar con la familia toda su evolución, al vivir en la isla de Lanzarote había que trasladarla para su tratamiento de quimioterapia, precisamente en la última dosis puesta volví a Lanzarote en el helicóptero de mi empresa, pude ayudarla hablando en los momentos de lucidez, a pesar de la cantidad de morfina que tenía prescrita para soportar el dolor, recuerdo un momento muy traumático para mi, cuando llegamos al aeropuerto de Lanzarote, una vez mi tía en la ambulancia, toda la familia fue a recibirla al aeropuerto, una a una entraron en la ambulancia a darle un beso de bienvenida, en ese momento mi tía me preguntó, "todo el mundo viene a despedirse de mí, es que parece que me voy a morir", en ese momento las lágrimas me saltaron; nadie del sector sanitario que le atendió le había explicado a mi tía el problema que tenía. Tenga en cuenta que el único sanitario de la familia soy yo, por tanto todo el proceso me tocó a mi, tuve que callarme muchas situaciones vividas con mi tía, porque todas las preguntas me las hacían a mi. Mi tía estuvo seis meses acudiendo al hospital y la enviaban a su casa con un calmante, hasta que la familia reclamó y le hicieron las pruebas pertinentes y descubrieron el cáncer.	<i>Resumido en una frase lo veo como "La mano amiga", es una labor muy, muy importante, aunque quizás no es la más reconocida desde el punto de vista social, ni la mejor pagada, pero es la profesión que está realmente en contacto con el enfermo. Pienso que no todo el que ejerce de enfermero sirve para esto, hay que tener vocación, y no todo el personal de enfermería la tiene, incluido los compañeros de curso que han empezado a estudiar enfermería. Es decir, todos alcanzarán el título de enfermero, pero buen enfermero, para mí, es aquel que tiene vocación de cuidado y ayuda. Yo soy vocacional de la enfermería.</i>	<i>Es muy difícil enseñar en un aula lo que es dolor y sufrimiento, le puedes explicar la teoría, pero, no lo va experimentar hasta que no lo pasa, sin embargo, creo necesario que se nos hable en clase del sufrimiento del dolor de la muerte, pero no tecnificar la carrera, falta la aplicación de lo humano, creo que es difícil meterle a un alumno el sentimiento humano. Sería bueno si se consigue, yo sinceramente no sabría como hacerlo.</i>

ANEXO VI.IX.VII.

ENTREVISTA N°7 CAE 7 ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD SEMI ESTRUCTURADA A ALUMNOS DE ENFERMERÍA DE 1º CURSO UFP CANARIAS.

GRAN ACANARIA MARZO 2012.

1º CAMPO Elección de estudios.	2º CAMPO Sufrimiento y dolor en general.	3º CAMPO Paciente - Enfermero	4º CAMPO Elementos importantes en la formación enfermera
(rotunda), por vocación, con 8 años murió mi abuela, fue la persona que me cuidó, la persona más importante en mi vida, la vi morir, en ese momento decidí que estudiaría enfermería, mis padres por temas de trabajo no podían cuidarme,	Creo el hombre tiene que sufrir, tiene sus partes buenas y sus muchas partes de sufrimiento, en una balanza el sufrimiento para mi es mayor Yo solo recuerdo que llamé a la ambulancia , lo único que le decía era “por favor no te me mueras”. A mi particularmente el sufrimiento me da fuerza, me ha enseñado a vivir con más fortaleza. No he tenido una experiencia de dolo y sufrimiento superior a la muerte de mi abuela. Los niños me encantan, yo quiero estudiar para matrona cunado termine enfermería, afrontar el dolor en niños es complicado, sobretodo por su inocencia, los niños, son personas por supuesto, pero su vida es toda de color de rosas, yo era una niña con 8 años cuando muere mi abuela, la única persona que me ayudó fue una prima mía, hablaba mucho conmigo, los niños y los ancianos los veo más débiles, Yo creo en Dios, pero, no estoy con la iglesia, todas las noches rezo por mi abuela, porque sé que ella me ayuda, está ahí conmigo. Yo me veo como una buena enfermera, creo que la capacidad de afrontar el dolor con el tiempo se va aprendiendo, te vas haciendo como una coraza, es decir, tienes los mismos sentimientos hacia el paciente, pero, has de reconocer que ese es tu trabajo, que lo que tratas son personas con dolor y sufrimiento y tienes que tratarlas en los hospitales o donde seates de la mejor manera posible, porque ya sabemos que a un hospital no se va a pasarlo bien, lo que no sé es hasta donde puedo ponerme la coraza, no es cambiar el “Chip” e inmediatamente no sufro el el tratamiento de un paciente. Pienso que tienes que endurecerte en esta profesión, sin tratar a las personas como objeto, que te da igual todo, entre profesión y vocación me quedo con la vocación. La experiencia de la muerte de mi abuela, esta y otras experiencias menos fuertes, me han puesto en el camino para decidir sin ninguna duda la elección de mi carrera de enfermería. Esto es lo mío, recuerdo una vecina hace unos meses padeció un ictus, y me di cuenta que reaccioné inmediatamente, poniéndola de lado esperando a que llegara la ambulancia, mi prima al lado mío quedó paralizada, ella estudia hoy en día turismo.	No he terminado la carrera de hecho estoy empezando, pero, veo una profesión “super importante” de ayuda a los demás, y muy difícil que sin vocación se te pueda llevar a conseguir atender y cuidar bien a los pacientes.	Estoy encantada con la formación que estoy llevando en 1º de enfermería. Creo que en clase se tiene que hablar, explicar de que va el sufrimiento y dolor en el hombre, soy capaz de llorar con una buena película, por tanto. Creo que si se pusieran en clase películas relacionadas con el dolor y el sufrimiento a muchos de nosotros nos llegaría a impactar. Mi película favorita es la “Vida es bella”, y lloro, lloro mucho, pero, me gusta. Creo que los profesores debería explicar más sobre el sufrimiento y dolor, sobre todo porque el próximo año nos vamos a enfrentar en las prácticas con personas, se que no es fácil hasta que lo ves.

ANEXO VI.IX.VIII.

ENTREVISTA Nº 8 CA8 ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD SEMI ESTRUCTURADA A ALUMNOS DE ENFERMERÍA DE 1º CURSO UFP CANARIAS

GRAN ACANARIA MARZO 2012.

1º CAMPO Elección de estudios.	2º CAMPO <i>Sufrimiento y dolor en general.</i>	3º CAMPO <i>Paciente - Enfermero</i>	4º CAMPO <i>Elementos importantes en la formación enfermera</i>
Soy licenciada en psicología por la Universidad de La Laguna. La carrera una vez finalizada se me quedó corta para poder ayudar a los demás de la forma que yo había pensado, la atención psicológica la veo como puramente psicológica, ya en tercero de psicología tuve contactos con compañeros de otras carreras de medicina, de enfermería fisioterapia, lo que me contaban de sus estudios y prácticas me entusiasmaba, de tal forma, que cuando terminé psicología entre en enfermería.	Fui operada de un problema ginecológico precisamente en tercero de psicología, por un error médico, me vi en la UVI del hospital, lo pasé muy mal, pude comprobar en mí, el tratamiento médico y de enfermería durante mi estancia hospitalaria. Con 19 años, mi diagnóstico médico era quiste ovárico, me llevaron a quirófano, se produjo una hemorragia interna al cortar el útero una arteria (por error). Mi primer sentimiento en la UVI fue haber perdido el control sobre mi vida, al preguntar que había ocurrido, lo único que me contaban los médicos era que esto ocurría en pocas ocasiones, pero, que a mí me había tocado. Yo esperaba que me dijeran si había sido un error, y que tipo de error, no lo conseguí. Me acuerdo de la enfermera de UVI que me ayudó mucho (Julia), sin embargo cuando regresé a planta todo era muy mecánico, bien pero, mecánico. Trabajé durante un tiempo con una ONG de niños maltratados, es una labor muy dura, toca mucho en lo personal. Los niños, tienen una capacidad cognitiva muy diferente a la de un adulto, tiene mucho que ver la edad del niño, si hablamos de niños entre 3 y 8 años, sinceramente no sé como se trabaja con niño de esas edades y padezca por ejemplo una enfermedad oncológica, , no sé si estaré preparada para trabajar con niños. Cuando tuve mi operación, uno de mis primeros pensamientos fue por que me pasó a mí, por eso digo que hay pasarlo, hoy en día mantengo una buena relación con el médico que tuvo el error conmigo, pero yo estaba muy “dolido” por lo que me había sucedido, esperaba una disculpa por su parte, él intentó limar asperezas, mis padres decían gracias a Dios que estas viva, sin embargo yo insistía en el porque tenía yo que “pagar” el error de un médico, la buena relación que mantengo hoy con el médico creo que está en función de que tiene que pagar su “culpa”, aunque él nunca me lo ha verbalizado, me dice que lo que me ocurrió es normal que ocurre en una de mil intervenciones, y que esta ocasión me tocó a mí. Como comprenderás esta respuesta a mí no me satisface, mis padres sin embargo están eternamente agradecidos al médico. No puedes cada día hacerte cargo de manera personal con el sufrimiento y dolor de todos tus pacientes, pero, hay que conseguir que los pacientes no perciban que a la enfermera le da igual un sufrimiento que otro, se tiene que personalizar la atención, se tiene que tener vocación con aprendizaje profesional.	Aún siendo psicóloga, tengo dudas cuando pienso que al finalizar la carrera de enfermería se capaz de afrontar sufrimiento y dolor de mis pacientes, sobre todo cuando personalizo el dolor y sufrimiento mi pareja, mi hijo, etc. sobre todo porque de estas personas allegadas conoces sus vidas, de un paciente, en situación por ejemplo de emergencia no conoces nada de sus antecedentes, creo que es bastante complicado, en estos casos la ayuda. Establecer los límites de dureza ante el sufrimiento del otro es complejo, sin embargo hay profesionales y gente en general que lo consiguen.	CREO QUE NO TODOS LOS COMPAÑEROS DE MI CURSO NO VALEN PARA ESTA PROFESIÓN ENFERMERA, YO “JUEGO” CON VENTAJA POR MI EDAD Y POR HABER ESTUDIADO OTRA CARRERA, CON VISIÓN DE PSICÓLOGA TENGO CONTACTO DIARIO CON ELLOS, Y NOTO COMO EN ALGUNOS DE ELLOS NO SABEN NI LO QUE ESTÁN ESTUDIANDO NI A LO QUE SE VAN A ENFRENTAR CUANDO TERMINEN. NO HAN ENTRADO SE UNIVERSO MADURATIVO DE SABER LO QUE HAY QUE DECIR O NO DECIR P.E. EN SITUACIONES DE SUFRIMIENTO Y DOLOR DE UN PACIENTE. NO CREO QUE A UN ALUMNO SE LE PUEDA ENSEÑAR LO QUE SIGNIFICA SUFRIMIENTO Y DOLOR, ES COMO CUANDO ALGUIEN PADECE UNA DEPRESIÓN, EL PACIENTE PUEDE EXPLICAR SUS SIGNOS Y SÍNTOMAS, PERO, TE DICEN ESTOS PACIENTES. SOLO LO ENTIENDE EL QUE LO HAYA PADECIDO, POR TANTO, HAY QUE VIVIRLO.

ANEXO VI.IX.IX.

ENTREVISTA Nº 9. CA9 ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD SEMI ESTRUCTURADA A ALUMNOS DE ENFERMERÍA DE 1º CURSO UFP CANARIAS.

GRAN ACANARIA MARZO 2012.

1º CAMPO Elección de estudios.	2º CAMPO Sufrimiento y dolor en general.	3º CAMPO Paciente - Enfermero	4º CAMPO Elementos importantes en la formación enfermera
<i>Aún no tengo claro porque estudio enfermería, pero, me está gustando. Me vi en su momento que había que elegir alguna carrera y elegí enfermería, sin más,</i>	No lo tengo muy claro, en principio lo veo como algo físico, a lo mejor no es así, yo lo que creo es que el hombre, la mujer no tiene que sufrir, yo creo que el sufrimiento de un hombre o una mujer está en función de sus aspiraciones en la vida, si las consiguen o no. Hay gente que es conformista, yo soy conformista con estilo de vida que llevo ahora. Me va bien. No he experiencia fuerte de dolor y sufrimiento Nunca me he planteado el cuidar físicamente a alguien, a lo mejor mentalmente si. Un niño creo que es más fácil de tratar por su inconsciencia, hoy le gusta un helado de fresa y mañana uno de chocolate, no tiene una consciencia clara, sin embargo, un adulto si lo tiene claro, por eso creo que es más difícil tratar a un adulto. Creo que la enfermera tiene que endurecerse a lo largo de su trayectoria profesional, supongo que la primera vez que entre en un hospital como alumna me asustará, conforme pase el tiempo todo se irá normalizando, aunque parezca muy frio, creo, que no hay que dramatizar. la muerte de mi abuela, soy la más pequeña de mi familia y todos me arroparon.	<i>No he tenido experiencia de contacto con enfermeras o médicos para valorarlo. Yo no creo que todos mis compañeros o yo misma sirvamos para afrontar dolor y sufrimiento una vez acabada la carrera.</i>	<i>(Silencio prolongado). No se juzgar si se puede enseñar dolor y sufrimiento en un aula.</i>

ANEXO VI.IX.X.

ENTREVISTA Nº 10. CA10 ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD SEMI ESTRUCTURADA A ALUMNOS DE ENFERMERÍA DE 1º CURSO UFP CANARIAS.

GRAN ACANARIA MARZO 2012.

1º CAMPO Elección de estudios.	2º CAMPO <i>Sufrimiento y dolor en general.</i>	3º CAMPO <i>Paciente - Enfermero</i>	4º CAMPO <i>Elementos importantes en la formación enfermera</i>
<i>Por la estabilidad que me puede proporcionar emocionalmente, y mi futura estabilidad económica, además porque me gusta el servicio de atención a las demás personas, no nací con vocación enfermera, pero, siempre he estado rodeado de personal sanitario en casa mi padre es médico, y madre dentista, siempre me llamó la atención el tratar con la gente, pero en el sentido de las ventas. Sin embargo, trabajo hoy en día en una ambulancia como técnico</i>	Creo que el sufrimiento es innato en el hombre, y en cierta forma fortalece al hombre le ayuda a prender y a madurar, yo lo asocio a una ayuda, la gente que sufre busca en el personal sanitario de forma directa o indirecta, a veces saben expresarlo y otras debemos leer entre líneas. Personalmente he vivido alguna situación dolorosa y de sufrimiento, creo que lo he sabido encauzar de forma madura, muertes familiares o separación de parejas (mis padres), si he notado que en algunas situaciones no he sabido emplear la inteligencia emocional para conducir correctamente una situación determinada, creo que en situaciones de dolor y sufrimiento de los demás uno no debe hacerse “duro”, sin embargo en mi medio profesional, yo veo a la gente como máquinas, no los veo como humanos, es decir, cuando termino mi trabajo “desconecto”, yo traslado a un paciente para que otros profesionales lo atiendan y punto. Esto no quiere decir que no sea humano con los pacientes, me gusta acercarme a la gente, pero como si fuera una obra de teatro, en alguna ocasión me he implicado incluso fuera de mis horas de trabajo, porque he entendido que la persona lo necesita, pero en situaciones muy puntuales. Algo que viví con auténtico sufrimiento fue la separación de mis padres, tenía 16 años cuando ocurrió, hasta que comprendí al tiempo del porque de la separación, otra situación desesperante, traumática para mi fue cuando terminaba los estudios de la ESO, y, yo no daba lo que se esperaba de mi, una semana sin comer, muy mal, en mi familia se espera que todos estudiemos algo, y yo no lo hacía. Terminaré enfermería aunque sea en seis años, creo todos los compañeros que están en clase serán buenos enfermeros, pero todos no estarán preparados para todo, va tener un 50% de realización personal y un 50% de solidez económica Recuerdo una señora que le habían dado el alta en el servicio de urgencias y deambulaba en los alrededores del hospital,, no tenía dinero para volver a casa, el médico se negaba a dar la orden de traslado en ambulancia, hablé con él y me puse como víctima, “yo le tendré que pagar el taxi de mi poco sueldo como ambulanciero”, el médico rectificó y firmó la orden de traslado.	Lo veo como un profesional que tiene que manejar sufrimiento y dolor tanto en lo personal como en lo profesional, mantener una línea para saber cuando debe y cuando no debo involucrarse, para que no le afecte en su desarrollo personal.	<i>Creo que se debe enseñar a los alumnos a conocer el sufrimiento y dolor, exponer a los alumnos ante el sufrimiento y dolor creo que es muy importante, habrá que adaptar la enseñanza a cada alumno según sus circunstancias personales vividas.</i>

(PARTE VI)
ANEXOS

ANEXO VI. X.	TABLAS CONJUNTAS DE ANÁLISIS ALUMNOS Y PROFESIONALES
VI.X.I.	TABLA N° 1 CONJUNTO ALUMNOS
VI.X.II.	TABLA N° 2 CONJUNTO PROFESIONALES

ANEXO VI. X.I. Tabla nº1 DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA REALIZADA EN ALUMNOS GRAN CANARIA 2013.												
Nº ENTREVISTA	H	M	EDAD	F. PRE	E. CIVIL	VIVE SO/PA	VIVE FAMILIA	EX P. SANI	VOCACIÓN	OPORTUNIDAD PROFESIONAL	TRABAJADOR	N/S
EA1		X	18	PAU	SOL	SOLA		NO	SI		SI	
EA2	X		19	PAU	SOL		SI	NO	SI			
EA3	X		25	PAU	SOL		SI	SI		SI	SI	
EA4		X	28	TUR	SOL		SI	SI	SI			
EA5		X	41	FP	SOL	PA		NO	SI		SI	
EA6	X		34	>23	SOL	PA		NO		SI	SI	
EA7		X	19	PAU	SOL		SI	NO	SI			
EA8		X	26	PSIC	SOL		SI	NO		SI		
EA9		X	18	PAU	SOL		SI	NO				X
EA10	X		24	PAU	SOL	PA		SI		SI	SI	

Fuente: Elaboración propia

ANEXO VI. X. Tabla nº2 DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA REALIZADA EN PROFESIONALES GRAN CANARIA 2013.										
Nº ENTREVIST A	H	M	Años de Trabajo	A.E .	A.P .	DOLOR IMPACT O	SE PUEDE ENSEÑAR DOLOR ESCALA 1 A 5	PARIENTES SANITARIOS	ESTUDIASTE POR VOCACIÓN	HAS TRABAJADO CON NIÑOS
EP1	X		> 15	X	X	SI	5	NO	SI	SI
EP2		X	>15	X	X	NO	2	SI	NO	SI
EP3	X		>15	X	X	NO	2	NO	NO	SI
EP4	X		>15	X	X	SI	3	NO	NO	SI
EP5		X	>15	X	X	NO	-	NO	NO	SI
EP6		X	>15	X	X	SI	5	NO	SI	SI
EP7		X	>15	X	X	NO	5	NO	SI	SI
EP8	X		>15	X	X	SI	5	NO	NO	SI
EP9		X	>15	X	X	SI	5	NO	NO	SI
EP10		X	>15	X	X	NO	5	NO	SI	SI

Fuente: Elaboración propia

(PARTE VI)
ANEXOS

ANEXO VI. XI. LEY DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y A LAS FAMILIAS. LEY DE DEPENDENCIA EN ESPAÑA

Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y a las familias.

El 30 de noviembre 2006 fue aprobada de forma definitiva en el Pleno del Congreso de los Diputados con una amplia mayoría. La Ley de Dependencia en España, establece tres tipos de dependencia:

Grado I. Dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.

Grado II. Dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.

Grado III. Gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal. Serán atendidos con carácter preferente al resto de grados. El Estado aportará más de 12.638 millones de euros desde 2007 hasta el 2015. El primer año serán 400 millones, ascendiendo anualmente esta cifra hasta sumar 2.212 millones en 2015. Las comunidades autónomas deberán aportar las mismas cantidades. Los usuarios sufragarán el 35% del total en función de su renta. Si una familia puede pagar el 90% del coste de una residencia, así deberá hacerlo durante todo el tiempo posible. La Ley pretende ser universal y dar prioridad a la teleasistencia ayuda a domicilio y los centros de día, siendo «excepcional» el pago de un sueldo al cuidador familiar, una vez se haya dado de alta en la Seguridad Social.