

Enfermería en Costa Rica

Desde 1978, Decana en Centro América

Modelo de Gestión, del
Hospital Nacional
Psiquiátrico.

Factores
sociodemográficos
del uso de sustancias
psicoactivas.

El derecho a la
salud en las
Inmigrantes
Nicaragüenses

Revisión crítica de los
metaparadigmas de
enfermería.



Enfermería en Costa Rica

Desde 1978, Decana en Centro América

Enfermería en Costa Rica es una revista de carácter científico que se publica semestralmente (ISSN 10409 – 1992). Desde 1978, la revista se distribuye gratuitamente entre las/os colegiadas/os del Colegio de Enfermeras de Costa Rica. Sin ánimo de lucro, la revista representa los esfuerzos de las y los profesionales de enfermería por contribuir al desarrollo de la ciencia.

Enfermería en Costa Rica es producida por el Colegio de Enfermeras y Enfermeros de Costa Rica y gracias al comité editorial de la revista. La línea editorial, prioriza artículos de investigaciones fenomenológicas, críticas y posestructuralistas.

Los lineamientos de la revista, la información para los/as autores/as y la plantilla para el envío de los manuscritos están disponibles en la versión online de la revista, accesible desde www.enfermeria.cr/revista

Los derechos relativos a la autoría y divulgación de esta obra están protegidos por una licencia de Creative Commons Costa Rica. El comité editorial de la revista permite y alienta la reproducción, distribución y comunicación pública de la obra solo para fines no comerciales y citando la fuente. Del mismo modo, permite distribuir obras derivadas solo bajo una licencia idéntica a la que regula esta obra. Si tiene alguna duda en relación a los derechos y la licencia que los protege, puede comunicarse con el Comité Editorial de la revista o bien visitar la página Creative Commons.

El Comité Editorial informa que la revista ha sido producida total o parcialmente con software libre y que los artículos publicados no discriminan las diferentes diversidades socio culturales, bien sean por cuestiones de género, raza, identidades sexuales o de cualquier otro ámbito o naturaleza.

Tiraje: 1.500 unidades.

Colegio de Enfermeras y Enfermeros de Costa Rica.

Teléfono: 22579522. Fax: 2257 9854.

Apartado postal: 5085 – 1000 San José. Costa Rica.

Correo electrónico: revista.enfermeria.cr@gmail.com

Más información y acceso a otras ediciones en:

www.enfermeria.cr/revista

Esta publicación ha sido posible gracias a las traducción de Christopher Fallas Ureña y al diseño gráfico de Marco Bonilla www.mbonilla.net

COMITÉ >> Director: EDITORIAL

Allan Rodríguez Artavia. M.Sc. Enfermería Ginecológica, obstétrica y perinatal. Hospital San Vicente de Paul. Heredia. Costa Rica.

Editor:

Xabier Irigibel – Uriz.
M. Sc. Ciencias de Enfermería.
Consultor externo. UNFPA - ONU.

COMITÉ DE REDACCIÓN:

Zeidy Vargas Bermúdez. M.Sc. Administración de servicios de salud. Subdirectora. Hospital Calderón Guardia. San José – Costa Rica.

Otto Calvo Quirós. M.Sc. en Salud mental y psiquiatría. M.Sc. en epidemiología de campo y laboratorio diagnóstico. Director de enfermería. Área de salud Catedral Noreste. San José – Costa Rica.

Esmeralda Azofeifa Ugalde. Lic. en Enfermería. Clínica Bíblica. San José - Costa Rica.

COMITÉ >> CIENTÍFICO

PhD. Marcia Galan Perroca. Departamento de Enfermagem Especializada. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (Brasil).

M.Sc. Mary Meza Benavides.
Universidad de Costa Rica.

Lic. Nidia Lobo. Investigadora independiente.

Dra. Ana María Cabrera.
Ministerio de salud de Argentina.

PhD. Teresita Cordero Cordero.
Universidad de Costa Rica.

Lic. Cesar González Meses. Hospital Vivo. Ciudad Azteca / Universidad Tecnológica de México.

Lic. Guiselle Orosco Valverde.
Coordinadora Servicios de Cirugía.
Hospital R. A. Calderón Guardia

ENTIDAD >> EDITORIA

Presidenta: Odette Chaves Morales.

Fiscal: Pablo Valverde Hernández.

Tesorero: Allan Rodríguez Artavia.

Vocal I: Teresita Flores Jimenez.

Vocal II: María Griselda Ugalde Salazar.

Vocal III: Olga Marta Castro Vargas.

Vocal IV: Preston Matheu Brayan.

Secretaria: Ernestina Aguirre Vidaurre.

Editorial



| 4
La enfermería, garante de los derechos humanos
Por: M.Sc. Odette Chaves Morales.

Reflexiones



| 38
El derecho a la salud en las inmigrantes nicaragüenses: una realidad a medias desde el trato de igualdad al otro.
Right to Health in Nicaraguan Immigrants: an Unaccomplished Reality from the Perspective of an Egalitarian Treatment
Por: Allan Rodríguez Artavia

Historia y vida



Artículos Originales



| 6
Impresiones y percepciones del personal de Enfermería del Hospital Nacional Psiquiátrico con respecto a su Modelo de Gestión, año 2012.
Impressions & Perceptions of the staff from the National Psychiatric Hospital with respect to their Management Model, 2012.
Por: Julieta Rodríguez Ramírez



| 22
Experiencia del abordaje de Enfermería en Salud Mental con un sistema familiar.
Addressing Mental Health Nursing with a Family System.
Por: Daniel Martínez Esquivel y Henry Mora Miranda



| 15
Factores sociodemográficos y familiares relacionados con el uso de sustancias psicoactivas en adolescentes.
Socio-demographic and Family Factors Related to Psychoactive Substance use in Adolescents
Por: Noé Ramírez Elizondo.



| 30
Revisión crítica de los metaparadigmas subyacentes en los artículos vinculados a la salud mental de la revista de enfermería del Instituto Mexicano de Seguridad Social. 2008 – 2011.
Critique of Meta-paradigms in Mental Health Related Articles Featured in the Nursing Magazine of the Mexican Social Institute from 2008 to 2011
Por: Arelys Godínez Brenes y David Rodríguez Vargas.

| 45
La relaciones de género desde la perspectiva de Enfermería de Salud Mental: experiencia del sistema de las mujeres en la familia.
Gender Relations from a Mental Health Perspective: Women and their Family Systems
Por: Daniel Martínez Esquivel.

| 50
La enfermería en Costa Rica Una trayectoria histórica: de oficio a profesión de 1850 al 2013.
Nursing in Costa Rica A Historical Trajectory: from Craft to Profession from 1850 to 2013
Por: Blanca Rosa Vega Camacho

M.Sc. Odette Chaves Morales.

Presidenta del Colegio de Enfermeras de Costa Rica.

La enfermería, garante de los derechos humanos

*“El mundo necesita un guardián de la salud mundial,
un custodio de valores, un protector y defensor de la
salud, incluido el derecho a la salud”*

Dra. Margaret Chan, Directora General de la OMS

En Costa Rica y en la mayor parte de los países del mundo han surgido cambios en la demanda de los servicios de salud que propician la necesidad de replantear su organización y funcionamiento. Esos cambios contemplan desde el aumento en la expectativa de vida, el envejecimiento de la población, el incremento en las enfermedades crónicas, la coexistencia de problemas de salud asociados a la pobreza y a la exclusión social, hasta la transformación de las expectativas de la población usuaria progresivamente más informada y demandante de servicios integrales.

La emergencia cada vez más fuerte de estos elementos en el contexto de la salud plantea la necesidad de dar un abordaje distinto tanto a la organización y prestación de los servicios como a la formación y capacitación del personal de las diversas disciplinas involucradas en ellos dentro de un sistema de servicios centrados en la identificación y priorización de las necesidades de la población usuaria.

En medio de estas transformaciones la Enfermería se visualiza como la entidad responsable de mantener y vigilar el derecho a la salud

no solo por medio del cuidado sino también mediante su incidencia en la responsabilidad social, ambiental y política que le compete.

La Enfermería costarricense debe retomar los principios que la han caracterizado, basados en la defensa de los derechos humanos de las personas y en la atención a las necesidades culturales sociales y epidemiológicas de la población. El logro de esta meta requiere de formación eficaz y de dedicación constante al aprendizaje para que las(os) enfermeras(os) puedan llevar a cabo un trabajo que fomente la equidad, la accesibilidad y la satisfacción de quienes reciben los servicios. Estas herramientas básicas permitirán a la profesión continuar liderando la batalla en defensa de la población como lo hicieron nuestras antecesoras durante el siglo veinte.

Resulta por ello de vital importancia la puesta en vigencia de una nueva filosofía y estrategia de la salud pública fundamentada en marcos legales más eficientes que promuevan la ética y la equidad. Es perentorio garantizar la igualdad de los derechos para todos(as) buscando mecanismos participativos de modo que to-

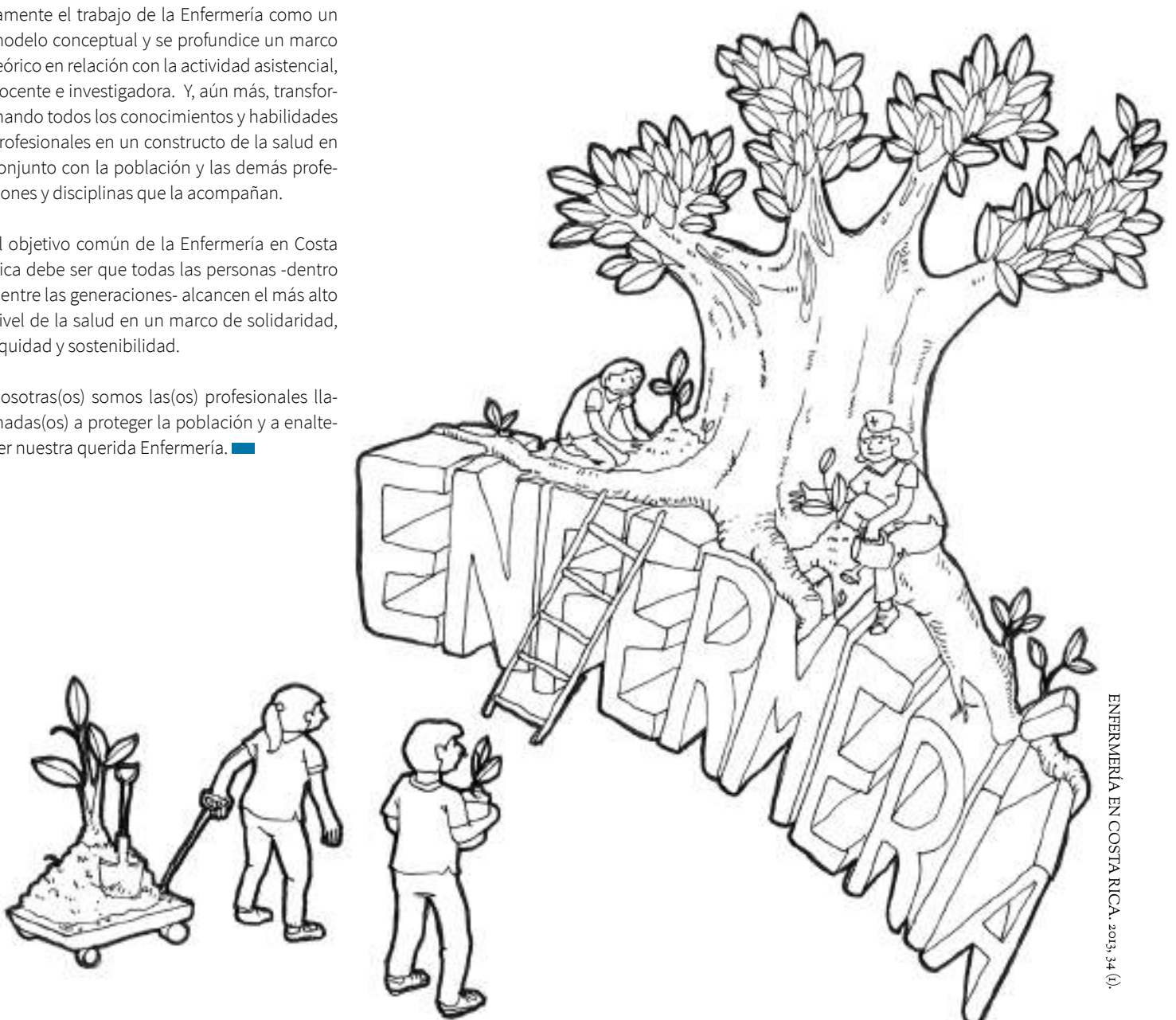
dos los ciudadanos y las ciudadanas tengan acceso a la salud, a sus dinámicas y políticas y se evite con ello una distribución injusta del derecho a la salud, como lo han hecho las políticas y servicios de salud tradicionales.

De ahí la importancia de que nuestra profesión siga avanzando de un modo continuo y permanente hacia una consolidación como disciplina científica, de modo que se reconozca claramente el trabajo de la Enfermería como un modelo conceptual y se profundice un marco teórico en relación con la actividad asistencial, docente e investigadora. Y, aún más, transformando todos los conocimientos y habilidades profesionales en un constructo de la salud en conjunto con la población y las demás profesiones y disciplinas que la acompañan.

El objetivo común de la Enfermería en Costa Rica debe ser que todas las personas -dentro y entre las generaciones- alcancen el más alto nivel de la salud en un marco de solidaridad, equidad y sostenibilidad.

Nosotras(os) somos las(os) profesionales llamadas(os) a proteger la población y a enaltecer nuestra querida Enfermería. ■

“El objetivo común de la Enfermería en Costa Rica debe ser que todas las personas -dentro y entre las generaciones- alcancen el más alto nivel de la salud en un marco de solidaridad, equidad y sostenibilidad.”



Julietta Rodríguez Ramírez

Master Psicología organizacional.
Hospital Nacional Psiquiátrico. Investigadora y
consultora independiente. Docente UNIBE.

Impresiones y percepciones del personal de Enfermería del Hospital Nacional Psiquiátrico con respecto a su Modelo de Gestión, año 2012.

✉ julietarr76@hotmail.com

Recibido el 28 de agosto del 2013
Aceptado el 15 de enero del 2014

*Impressions & Perceptions of the staff from the National Psychiatric
Hospital with respect to their Management Model, 2012.*

RESUMEN:

La Gestión en Salud y por ende la Gestión en Enfermería, es un proceso dinámico que trata de construir un nuevo paradigma en la cultura y gestión de las organizaciones del área de la salud. Es objetivo de esta investigación conocer las impresiones y percepciones del Personal de Enfermería del Hospital Nacional Psiquiátrico con respecto a su actual Modelo de Gestión. La investigación realizada fue de tipo mixta, con enfoque cualitativa, descriptiva y transversal donde se utilizaron dos técnicas para la recolección de la información: La Entrevista Escrita y Grupos Focales. Según los resultados obtenidos de las percepciones del personal, el grado de aceptación del Modelo de Gestión del Departamento de Enfermería, estaría entre moderado y alto pero con señalamientos y factores muy precisos que requieren cambios por parte de todo el Personal de Enfermería del Hospital Nacional Psiquiátrico.

ABSTRACT:

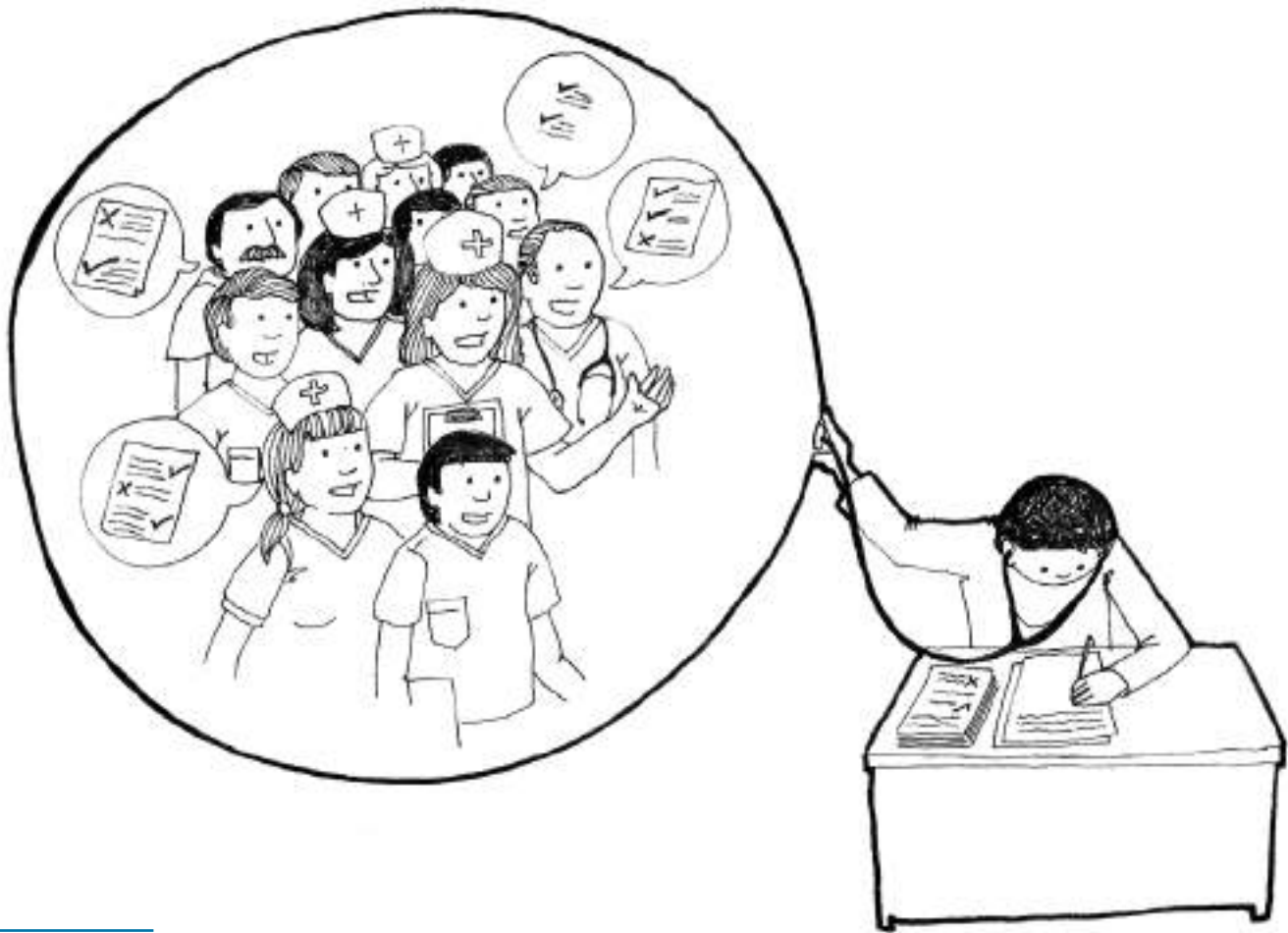
Health Management and therefore Nursing Management, is a dynamic process that involves building a new paradigm in the culture and management of organizations in the health service area. The object of this paper is to learn about the perceptions and impressions of the Psychiatric National Hospital nursing staff regarding their current management model. Joint research with qualitative, descriptive and transversal approach and two techniques for data collection: Written Interview (Rank P.M.G) and Focus Groups. According to the results obtained, the degree of acceptance of the Management Model of the Nursing Department can be ranked as moderate to high but with signs and factors that require very precise changes by all the nursing staff of the National Psychiatric Hospital.

PALABRAS CLAVE:

Modelo de Gestión.
Personal de Enfermería.
Impresiones.
Percepciones. Clima
Organizacional.

KEY WORDS:

Model Management,
Nursing Staff,
Impressions, Perceptions,
Organizational Climate.



INTRODUCCIÓN.

En las últimas décadas, tanto a nivel nacional como internacional, en el seno de las diferentes disciplinas, las organizaciones dedicadas a la salud han pasado de hablar del concepto de Administración a utilizar el concepto de Gestión.

“Cuando se habla de administración, gestión y gerencia en Enfermería, se observa que estos conceptos se utilizan indistintamente como sinónimos por algunos autores. Las enfermeras y enfermeros en su práctica diaria utilizan uno y otro sin que se identifique claramente la diferencia entre ellos y sin que se conozca realmente qué tienen implícito para poder determinar hasta qué punto se les puede considerar sinónimos. Cuando se pregunta a las enfermeras en su trabajo diario, sin importar el área en la que se desempeñen, manifiestan en su gran mayoría que es lo mismo administración, gestión y gerencia y que optan por tomar uno de los tres conceptos porque así se nombran en la organización donde laboran”. (Garzón, 2011, p.16)

Sin embargo, al revisar el concepto de conocidos teóricos de la administración como Taylor (1967) encontramos que *“gestión, es el arte de saber lo que se quiere hacer y a continuación, hacerlo de la mejor manera y por el camino más eficiente”*. Igualmente, Fayol (1987) decía que *“en relación a la gestión, se deben tener en cuenta seis acciones: prever, planificar, organizar, mandar, coordinar y controlar”*. Y por último, Chiavenato (2007) con

un enfoque desde el punto de vista humano definió, *“la gestión como el arte de hacer las cosas bien a través de y con la gente”*. (Chiavenato, 2007 citado por Garzón, 2011, p.33-34)

La Gestión en Salud y por ende la Gestión en Enfermería, es un proceso dinámico que trata de construir un nuevo paradigma en la cultura y gestión de las organizaciones del área de la salud; el mismo requiere una efectiva y eficiente toma de decisiones con relación al bienestar de los usuarios y satisfacción del personal que implique una óptima utilización de los recursos materiales y humanos, garantizando la calidad y ampliando los criterios técnico/científicos que den respuestas satisfactorias a múltiples necesidades.

Dentro del Clima Organizacional, al analizar la Gestión en Enfermería, se debe tener claro que esta se desarrolla en un entorno organizacional, empresarial y administrativo que merece estudio y necesariamente la obtención de datos que reflejen aspectos de satisfacción, comunicación, liderazgo, eficiencia, eficacia, trabajo en equipo, responsabilidad, entre otros. La cultura organizacional deseada implica una constante revisión en términos de valores sociales y pautas del comportamiento, que faciliten no solo crear una identidad, sino la cohesión grupal y el desarrollo de una generación de compromiso en toda la organización.

“La Gestión en Salud y por ende la Gestión en Enfermería, es un proceso dinámico que trata de construir un nuevo paradigma en la cultura y gestión de las organizaciones del área de la salud...”

A partir de ese punto, nace la iniciativa por parte de la Dirección de Enfermería del Hospital Nacional Psiquiátrico durante el año 2012, de realizar un diagnóstico de clima organizacional cuyo objetivo general fue conocer las impresiones y percepciones que tiene el Personal de Enfermería, sobre su actual Modelo de Gestión con el fin de orientar la toma de decisiones y que sirviera de insumo para los procesos de cambio en los que se encuentra inmerso el Departamento de Enfermería y la organización a nivel general. Cabe señalar que a nivel internacional existen muy pocos estudios que se relacionen de manera directa con los objetivos de la presente investigación y a nivel nacional son prácticamente nulos los trabajos destinados a conocer cómo percibe el Personal de Enfermería, el Modelo de Gestión en el cual se encuentran laborando. Ello, entre otros aspectos, representa un salto cualitativo en cuanto a la visión e innovación en el campo de la Enfermería en Costa Rica.

MATERIALES Y MÉTODOS.

Esta investigación fue de tipo mixta, con un componente cualitativo y una exploración descriptiva. En principio se llevó a cabo un muestreo no probabilístico de tipo intencional o basado en criterios, pues la representatividad estadística no era de interés, sino las características y los criterios de inclusión y exclusión de los participantes, por sus experiencias, subjetividades, conocimientos y familiaridades con el objeto de estudio.

El marco poblacional abarcó a las diferentes instancias del Departamento de Enfermería, a saber: Dirección, Subdirección, Jefaturas de Área y Supervisores de Enfermería, Enfermeros(as), Auxiliares de Enfermería, Asistentes de Pacientes y Secretarías.

La muestra se dividió en dos grupos: El Grupo N°1, compuesto por la Gerencia de Enfermería (Directora, Subdirectoras, Jefes de Área y Supervisores) conformado en ese momento por 21 personas, de las cuales 19 personas sí participaron en el estudio, entre el 3 de Agosto y el 20 de septiembre del año 2012 (del Grupo N°1 hubo una persona que estuvo incapacitada al momento del estudio y otra no deseo participar). Estas 19 personas respondieron la “Escala para medir la percepción de un modelo de Gestión en Enfermería” de ahora en adelante “Escala P.M.G”. Y el Grupo N° 2, el cual estuvo conformado por 58 personas entre Profesionales de Enfermería, Auxiliares de Enfermería, Asistentes de Pacientes y Secretarios (as) de todas las Áreas del Hospital Nacional Psiquiátrico, quienes participaron en los 7 Grupos Focales que se realizaron entre 17 y 30 de agosto del año 2012.

Se utilizaron dos técnicas de investigación con sus respectivos instrumentos: 1) La técnica de Grupo Focal, donde se confeccionó como instrumento una guía basada en las tres categorías fundamentales de la investigación según los objetivos específicos de la misma. 2) La técnica de entrevista escrita para la cual se diseñó un cuestionario tipo escala de Likert (Escala P.M.G en adelante), con 37 ítems y cinco opciones de respuesta en el sentido de menor a mayor aceptación y cuya “definición de constructo” se basó en las tres categorías principales de la investigación.

La utilización de la Escala P.M.G permitió una valoración global, como en forma separada, para cada subcategoría de clima laboral. En cuanto al pre-test cognitivo, se llevó a cabo una valoración de la Escala P.M.G, por parte de algunos participantes de la muestra, así como la revisión de un experto en investigaciones sociales y cognición sobre la comprensión de la misma.

La Escala P.M.G, obtuvo un Alfa de Cronbach Global de 0.94, lo cual demuestra una muy buena consistencia interna para toda la escala a nivel global; igualmente para cada una de las tres subescalas también se obtuvieron puntuaciones altas en su Alfa de Cronbach, lo cual demuestra la fiabilidad de cada una de estas con respecto a los resultados obtenidos.

También se elaboraron dos cuestionarios que iban incluidos al final de la Escala P.M.G. El primero con 17 enunciados-de marcar con “x”-cuyos contenidos estaban relacionado con “Factores de Mejora” del Departamento de Enfermería y un segundo cuestionario -también demarcar con “x”- con 12 enunciados cuyo contenido estaba relacionado con acciones que forman parte de un día cotidiano de trabajo; en él se solicitó al Grupo N° 1 de la Gerencia de Enfermería, que escogieran las 5 acciones, que según su consideración eran las más importantes de atender en su día a día.

Al culminar la fase de recolección de la información, los datos obtenidos de la Escala P.M.G y de los Grupos Focales, fueron sometidos a un proceso de elaboración técnica, que permite ordenarlos y resumirlos, antes de introducir el análisis y posibilitar la interpretación, comparación y conclusiones de los resultados. Con respecto a la Escala P.M.G y los dos cuestionarios, se utilizó el Programa Informático y Estadístico SPSS versión 19 para montar la base de datos y generar los cruces, frecuencias y comparaciones entre las categorías según la estadística descriptiva. Por otra parte, en relación con los Grupos Focales, se realizó la transcripción literal del audio de los mismos, un etiquetado y por último, la categorización de la información fue facilitada a través del Programa Informativo para análisis cualitativo, ATLAS ti, donde la información fue ordenada en Categorías y Subcategorías -previamente establecidas-, para su respectivo análisis e interpretación.

Como en la investigación cualitativa, ciertos criterios como la objetividad, la confiabilidad, la validez interna, la validez externa y la aplicabilidad son cuestionados, se utilizó la triangulación como una alternativa para aumentar la fortaleza y calidad del presente estudio: 1) La triangulación de datos, que consiste en la verificación y comparación de la información obtenida en diferentes momentos mediante los dife-

rentes métodos, en este caso, se contó con siete grupos focales, donde se trianguló la información recolectada que permitió un balance de la información obtenida. 2) La triangulación metodológica que busca analizar un mismo fenómeno a través de diversos acercamientos o métodos; en este caso se triangularon los resultados obtenidos en los grupos focales y los resultados obtenidos de las Escalas P.M.G.

Por último, la conformidad y aceptación verbal de participar voluntariamente en el estudio se tomó como el consentimiento informado, tanto para el Grupo N°1 compuesto por la Gerencia de Enfermería quienes realizaron la Escala P.M.G; como para el Grupo N°2, que fueron los 58 participantes de los Grupos Focales. A ambos grupos se les solicitó su aprobación y se les explicó claramente los objetivos de la investigación, que era 100% voluntaria, anónima y a solicitud de la Dirección de Enfermería, en procura de conocer sus impresiones, y con el fin de mejorar el modelo de gestión actual del departamento.

RESULTADOS.

Con respecto a los resultados obtenidos de la Escala P.M.G realizada por la Gerencia de Enfermería (Grupo N° 1 de la muestra), la distribución por género, remite a los aspectos sociales e históricos de la Enfermería, donde más del 70% del personal que conforma la Gerencia pertenecen al género femenino, con una distribución de 5 hombres (26.3%) y 14 mujeres (73.3%).

Con respecto a la variable edad, el promedio en años fue de 50.3 años para la Gerencia de Enfermería y las variables Antigüedad en la Caja Costarricense de Seguro Social (C.C.S.S) obtuvo un promedio 28 años y la Antigüedad en el Departamento de Enfermería, con un rango de 20 a 25 años. El rango promedio de la Antigüedad en el Puesto Actual, estuvo entre los 5 y 10 años en promedio y mucho más distribuido que las variables anteriores.

La aceptación global por género del Modelo de Gestión, fue alta para ambos sexos, en la Gerencia de Enfermería. Los hombres, a pesar de ser minoría, fueron los de mayor puntaje (137 puntos), en comparación con las mujeres (129.7 puntos). A nivel general la Percepción Global del Modelo de Gestión del Departamento de Enfermería fue Alto en la Gerencia de Enfermería con 131,6 puntos, y los resultados para cada categoría fueron: -Categoría 1 "Percepción de la Identificación con la Organización", aceptación Alta con 46 puntos; -Categoría 2 "Percepción de la Gestión de la Gerencia de Enfermería, aceptación Moderada con 34,2 puntos; -Categoría 3 "Percepción del Funcionamiento del Modelo de Desconcentración de las Áreas de Atención de Enfermería" aceptación Alta con 51,4 puntos.

Entre los ítems con mayores puntajes de respuesta de la Escala P.M.G para la Gerencia de Enfermería, se destacaron el ítem 9: "Siempre se involucra en las actividades que se relacionan directamente con su área de trabajo" con 85 puntos; el ítem 3: "Su trabajo le representa, tanto crecimiento personal, como profesional" con 82 puntos.

Entre los ítems con menores puntajes de respuesta de la Escala P.M.G para la Gerencia de Enfermería, se destacaron el ítem 15: "La informa-

ción desde la Dirección de Enfermería fluye eficientemente hacia todo el Personal de Enfermería de las Áreas" con 53 puntos, (el más bajo de todos); el ítem 24: "Los mecanismos para la resolución de conflictos entre la Dirección y Supervisión de Enfermería tienden a ser asertivos y eficaces", con 56 puntos; y el ítem 5: "En la mayoría de los casos, priva el consenso para la toma de decisiones que afectan al Departamento de Enfermería", con 57 puntos.

Con respecto a los resultados de los cuestionarios incluidos al final de la Escala P.M.G, entre las acciones cotidianas más importantes que la Gerencia de Enfermería destacó están: -1. Atender a un colaborador (19 personas), -2. Realizar una supervisión detallada y de acompañamiento (17 personas), -3. Atender a un paciente y/o un familiar (12 personas)

Entre los factores de mejora más importantes que la Gerencia de Enfermería escogió están: 1. Mejorar la Comunicación (14 personas) 2. Unificar los criterios entre las áreas (13 personas) 3. Dar seguimiento y cumplimiento a los acuerdos (11 personas).

En relación con las percepciones del Personal de Enfermería que participó en los Grupos Focales (Grupo N° 2 de la muestra), en la Categoría 1 "Identificación con la Organización", Subcategoría "Satisfacción General con el Hospital Nacional Psiquiátrico" existe una identificación favorable y fuerte sentido de pertenencia con respecto al hospital. Por ejemplo, alguien dijo,

"(...) el hospital para mí ha sido una oportunidad a nivel personal, y a nivel profesional también, las cosas que he logrado, las he logrado aquí trabajando, siempre trato de venir motivada, siempre vengo motivada, yo entro acá y digo Señor gracias por permitirme tener trabajo...". (Rodríguez, 2012, s.p)

No obstante, en los Grupos Focales hubo un sector del Personal de Enfermería que manifestó que le "resiente" a la organización una mayor motivación y seguimiento en lo que respecta al auto cuidado del empleado. Uno de los comentarios fue,

"Cuando su salud mental está deteriorada o se está deteriorando a raíz de las funciones que usted desempeña aquí, porque trabajamos en un lugar difícil, porque trabajamos con enfermedades mentales, y nosotros adicional, traemos nuestros problemas de afuera, y tenemos que venir aquí adentro y lidiar con montones de cosas, ¿qué se hace?, ¿qué hace la institución para velar por la salud mental de los funcionarios? Yo creo que aquí se hace muy poco...". (Rodríguez, 2012, s.p)

En la su categoría "Visualización de la Atención al Paciente Psiquiátrico" el Personal de Enfermería está muy consciente de que si no se está bien informado del "tipo" de paciente, esto se verá reflejado en una inadecuada y deficiente atención,

"(...) el resto del equipo (auxiliares y asistentes) tienen que saber cómo es cada paciente, cuál es su enfermedad y lo que tiene y cómo atenderlo, asumen que el enfermero da las pautas a seguir, pero muchas veces los asistentes y uno como auxiliar no tiene la más mínima idea de cómo tratar a una persona...". (Rodríguez, 2012, s.p)

En la *Categoría 2 “Percepción de la Gestión de la Gerencia de Enfermería”*, la subcategoría *“Perspectivas y Señalamientos de la Supervisión de Enfermería”* reflejó insatisfacción por parte del personal, sobre todo en la forma en que la Supervisión es “vista” en el cumplimiento de su rutina diaria y de sus funciones como Supervisor(a). El Personal de Enfermería a nivel general critica enérgicamente la forma en que se sienten supervisados en el día a día, por ejemplo tenemos,

“...no sé cuáles son las funciones de cada una (Supervisores y Jefes de Área), ni sé lo que tienen que hacer, porque en realidad eso no está claro, el Personal no lo sabe, el Personal lo único que sabe es que la Supervisora que llega, llega simplemente a apuntar lo que es especial del reporte y se va (...)”. (Rodríguez, 2012, s.p)

El Personal de Enfermería refirió una imagen de que el Supervisor(a) algunas veces no les brinda el apoyo y/o la confianza por ellos deseadas o que no les colaboran con el recurso humano mínimo necesario para cubrir las necesidades de los servicios. Alguien cita

“Cuando hemos necesitado personal, no nos prestan de ningún lado, las respuestas que me dan a mí como jefatura son: “Es lo único que hay”, “Juéguesela”, “¿De dónde saco recursos?” “es que usted es capaz...” y a veces he pasado así semanas enteras (...)”. (Rodríguez, 2012, s.p)

En la *Categoría 2, “Percepción de la Gestión de la Gerencia de Enfermería”*, también se trató de explorar la valoración que tiene el Personal de Enfermería acerca de la efectividad de los canales de “comunicación” dentro del Departamento de Enfermería; los señalamientos en los grupos focales se centraron en dos puntos medulares: 1) Sobre la percepción que tiene el Personal de Enfermería de cómo perciben ellos que se comunica el “Staff” de Supervisión entre sí. 2) Sobre la percepción que tiene el Personal de Enfermería de cómo perciben ellos que la comunicación viaja desde la Dirección de Enfermería hasta los servicios. En el primero, hay un sentir general de que el grupo de supervisores(as) no maneja un discurso uniforme, lo que da pie a malos entendidos entre las partes. Alguien cita, *“Yo lo que creo es que supervisión debe de comunicarse, si la Supervisión no habla entre ellos y no se comunican, no importa cómo trabajen...”.* (Rodríguez, 2012, s.p)

En el segundo, hay un sector del Personal de Enfermería que atribuye o percibe, que los principales problemas de comunicación surgen en el eslabón que contacta a la Dirección de Enfermería con la Supervisión. Esto en su mayoría les genera confusión, desgaste, frustración y/o enojo. Un comentario fue

“(...) en la parte de la Dirección yo siento que estamos muy bien, usted va y opina y están las puertas abiertas y recibe respuesta... donde si yo considero que se está fallando es la comunicación desde la Dirección hacia nosotros, cuando tiene que pasar por la Supervisión,...en Supervisión siento yo que es donde está la mayor falla, no es posible que haya tantas diferencias de criterio de un Supervisor a otro, eso no es posible”. (Rodríguez, 2012, s.p)

El Personal de Enfermería manifestó un sentir casi generalizado de exclusión por parte de la Dirección y Supervisión de Enfermería en la

subcategoría “toma de decisiones”, señalando que la mayoría de las veces, las decisiones son tomadas sin participarlos, y que les llegan tardíamente, ya sea en forma verbal o escrita. Un comentario fue,

“... yo no siento que todas las decisiones de Gerencia deben ser conocidas por el Personal, estamos de acuerdo en eso, hay decisiones que deben tomarse en las jerarquías y punto, pero hay otras cosas que se ven influenciados todos los funcionarios que sí deberían enterarse...”. (Rodríguez, 2012, s.p)

Hay una solicitud abierta por parte del Personal de Enfermería, hacia la Supervisión a que se implemente una retroalimentación “más positiva” sobre el desempeño y las metas del departamento. Alguien dijo

“Yo le voy a decir algo, la gente se ha enfocado en otras cosas que no es ayudar al paciente en ver qué está haciendo usted o que no está haciendo, para ver como lo hacen sentir mal, yo digo que no hay nada mejor que la eficiencia y un funcionario es eficiente si está contento en su trabajo. Si usted como jefatura no motiva entonces a veces la gente le responde como no debe ser”. (Rodríguez, 2012, s.p)

En la *Categoría 3, sobre la “Percepción del funcionamiento de las áreas de atención desconcentradas”* se trató de conocer las percepciones con respecto a la eficiencia y eficacia del Modelo de Áreas de Atención Desconcentradas, en este sentido, se encontraron las percepciones totalmente divididas y polarizadas, mostrando que un sector del Personal de Enfermería que participó en los Grupos Focales, lo percibe y avala positivamente, sintiéndolo ordenado, práctico y funcional, mientras que otro sector lo considera ineficiente y no está de acuerdo con su implementación. Entre algunas citas del Personal de Enfermería que apoya el Modelo Desconcentrado de las Áreas de Atención de Enfermería, tenemos,

“Yo siento un respaldo, ya uno cualquier cosa que se presente, ya usted sabe a quién dirigirse más rápido. Cualquier situación que se presente, cualquier eventualidad, ya uno las tiene cerca para que ellas (las Supervisoras) asuman su compromiso, como nosotros asumimos el de nosotros...”. (Rodríguez, 2012, s.p)

Entre las limitaciones que el Personal de Enfermería señala del actual Modelo de Desconcentración de las Áreas están,

“(...) antes se tenía una visión global del hospital, ahora la visión es reducida y no voy a pedir ayuda porque hay rencillas personales entre los Supervisores y no se hablan, no se ven y no se toleran, porque hay cosas que entre ellos no se hablan porque un día uno dice una cosa y el otro dice otra, y por sus problemas personales el que sale perjudicado es el equipo... antes el que estaba de jefe manejaba todo el hospital y sabía cómo distribuir sus recursos (...)”. (Rodríguez, 2012, s.p)

Dentro de los Grupos Focales y como dato emergente de la investigación, llamó mucho la atención lo que el Personal de Enfermería considera como “cacicazgo” o “cacique” pues fue un tema que emergió dentro de sus percepciones, cuya conceptualización a título personal podría entenderse, con base en sus aportes, como:

“un liderazgo autoritario, nocivo e informal dentro de la estructura y dinámica grupal de los equipos de trabajo de Enfermería, ejercido por una o más personas consideradas como privilegiadas e intocables, y que no necesariamente corresponden a la figura del Jefe de Enfermería dentro de la dinámica del grupo”.

Sin embargo, lo más significativo de sus apreciaciones, es que el Personal de Enfermería siente que con el transcurso de los años este “modelo de cacicazgo” ha ido desapareciendo dentro de los grupos de trabajo del Hospital Nacional Psiquiátrico. También, la “puntualidad y responsabilidad” fueron datos que emergieron y que están relacionados directamente con el desempeño de los funcionarios, la atención de los pacientes, las rutinas de los servicios y hasta con el recargo de funciones cuando alguien llega tarde o se ausenta.

Por último, y cómo parte del estudio, se trató de conocer “la percepción a futuro del Personal de Enfermería con respecto al Hospital Nacional Psiquiátrico”. En definitiva hubo dos líneas que marcaron sus posiciones. Una de ellas estuvo relacionada con sentimientos de incertidumbre y desconcierto con respecto al futuro de la Caja Costarricense de Seguro Social y el Hospital Nacional Psiquiátrico, la otra sostiene una posición más esperanzadora, con ideas de cambio y manifestando un gran apego y cariño hacia toda la organización a nivel general. Entre los comentarios tenemos,

“Con la incertidumbre que se vive a nivel de la Caja, y que eso no lo podemos tapar con un dedo, no sabemos dónde podremos estar... Es impredecible, ojala, me veo luchando por el paciente, luchando por la institución y por los compañeros... y hacia la Salud mental que es lo principal...”. (Rodríguez, 2012, s.p)

DISCUSIÓN.

A la hora de analizar los resultados obtenidos para la Gerencia del Departamento de Enfermería (Grupo N° 1) como para el Personal de Enfermería que participó en los Grupos Focales (Grupo N° 2), de su actual Modelo de Gestión, se pudo visualizar que en la *Categoría 1 “Identificación con la Organización”* el grado de aceptación y sentido de pertenencia es favorable para ambos grupos. Entre los comentarios tenemos,

“Yo a la institución le vivo eternamente agradecido, hasta el día de hoy, yo no me arrepiento para nada (de haberse quedado aquí), mi trabajo lo cuido y lo amo sobre todas las cosas, estabilidad laboral, familiar y conocer compañeros, a pesar de que a veces hay problemitas, pero eso es secundario, el hospital en sí me ha dado mucho, yo quiero mucho este hospital...”. (Rodríguez, 2012, s.p)

En el estudio se evidenció, una fuerte empatía en el Personal de Enfermería, a la hora de brindar una cálida y adecuada atención al paciente psiquiátrico, a diferencia de otros estudios que han demostrado estigma y actitudes negativas hacia las personas con enfermedades mentales por parte del personal de salud, como por ejemplo en Vezoli, Archiati, Buizza, Pasqualetti, Rossi y Pioli (2002) en Italia o Adali, Primi, Evagelou, Mougia, Ifanti, y Alevizopoulos, (2003) en Grecia. Por el contrario, en el Personal de Enfermería del Hospital Nacional Psiquiá-

“En el estudio se evidenció, una fuerte empatía en el Personal de Enfermería, a la hora de brindar una cálida y adecuada atención al paciente psiquiátrico, a diferencia de otros estudios que han demostrado estigma y actitudes negativas hacia las personas con enfermedades mentales por parte del personal de salud”

trico, las actitudes fueron muy positivas en relación con este tipo de población. Entre las citas hay una que dice que

“... en un hospital general, no es que no existan los sentimientos hacia los pacientes, pero es como más automático, tiene una enfermedad, corramos, hagámonos esto, aquí se agudizan más los sentimientos hacia el paciente, que es lo más importante del ser humano. Entonces, eso es lo que usted utiliza para darle toda clase de ayuda... a través de los años se siente usted muy orgulloso cuando saca a un paciente adelante y cuando le puede ayudar en lo que usted pueda, para mí eso me ha mantenido todos estos años, me llena bastante...”. (Rodríguez, 2012, s.p)

El Personal de Enfermería que participó en los Grupos Focales tiene claridad acerca de que se requiere de formación técnica, destrezas, habilidades y características muy especiales para brindar una atención cálida, humanizada y eficiente a los pacientes con enfermedades mentales, en este sentido Llauro señala,

“Los clientes son el eje central de todos los procesos de la organización sanitaria; sin ellos, el sistema de salud no tendría razón de ser. Es necesario detectar sus necesidades y darles respuesta adaptando los procesos a sus demandas. Aparte de resolver sus problemas de salud, son muy importantes los aspectos de amabilidad, trato adecuado, respeto, puntualidad, etc.”. (2009, p.60)

La percepción de la subcategoría “proyección laboral” en los Grupos Focales y en la Gerencia de Enfermería se aprecia muy vinculada a lograr mejor trabajo en equipo y a “Establecer metas precisas al planificar el recurso humano y generar una filosofía de trabajo en equipo” como uno de los factores mejor valorados por la Gerencia. Tales resultados son coincidentes con la investigación de Marriner. (2009)

“El comportamiento humano está guiado por planes que conducen a metas, en la enfermería no puede ser diferente, sobre todo en las instituciones de salud, de tal manera que la planeación, como plataforma de las demás funciones, requiere de ideas creadoras y compromiso. Las instituciones no trabajan con base en la improvisación, sino con el establecimiento de un modelo teórico de acción futura” (Gómez, D., Ángeles, G.A y Martínez, M.D, 2011, p. 321).

Por otra parte, en la *Categoría 2 “Percepción de la Gestión de la Gerencia de Enfermería”*, se trató de seleccionar todas aquellas impresiones que el Personal de Enfermería tiene sobre la Gerencia del Departamento de Enfermería y se pudo encontrar una posición muy crítica tanto por parte de la Gerencia como por los participantes de los Grupos Focales; por ejemplo, en la *“subcategoría comunicación”* el Personal de Enfermería de los Grupos Focales siente y expresa que se le hace complicado muchas veces interpretar, clarificar o entender los mensajes o directrices que vienen de la Dirección de Enfermería y que pasan a través de su Supervisión.

En este sentido González e Izquierdo (2010) señalan con respecto al Supervisor y su papel en la comunicación de la Organización que

“La figura del supervisor (mando intermedio), es la de un trabajador con puesto de mando y a consecuencia del lugar que ocupa en el organigrama de la empresa, dentro de la línea jerárquica, es el nexo de unión más inmediato entre la Dirección y los trabajadores, lo que le permite transmitir de manera directa la comunicación en los dos sentidos”. (s.p)

La percepción de los Grupos Focales es que la Supervisión de Enfermería, algunas veces no maneja un discurso uniforme en su comunicación, lo cual se asemeja al sentir de la misma Gerencia de Enfermería. Los factores de mejora que consideraron más importantes de intervención fueron *“Mejorar la comunicación, efectiva, congruente y asertiva entre la Supervisión y Dirección de Enfermería”* y *“Unificar criterios en la forma de gestionar las áreas de atención”*, de los Grupos Focales. Por ejemplo, alguien mencionó que

“Siento que deben unificar criterios y la falta es de arriba, si las Jefaturas de Áreas y las Supervisiones están fallando ¿cómo creen que estamos en pabellón? Creo que hay que revisar qué es realmente lo que se quiere, que si yo me comunico con usted que hablemos el mismo idioma...”. (Rodríguez, 2012, s.p)

Para la Gerencia de Enfermería, la acción cotidiana que en uno de los cuestionarios señalaron como la más importante fue *“atender a un colaborador que ese día me solicitó un espacio para hablar”*. Sin embargo, el Personal de Enfermería en los Grupos Focales manifestó escaso apoyo y confianza por parte de estos en la resolución de problemas de la rutina diaria; existen estudios que ya han señalado las consecuencias emocionales que pueden darse entre subalternos y Jefaturas de Enfermería, por ejemplo Lapidot, Kark y Boas (2007) citado en Yáñez, Valenzuela, Dagnino y Cuadra (2012) dicen que

“... las jefaturas se deben esforzar por evitar que los trabajadores desarrollen emociones negativas hacia ellos y, en su defecto, regularlas, dado que es central prevenir que se generen desconfianzas, ya que es bastante más difícil recuperar la confianza que construirla”. (Yáñez y otros, 2012, s.p)

Por otra parte, el Personal de Enfermería de los Grupos Focales manifestó que desearía una mayor claridad y unificación de criterios en las disposiciones que se comunican y se toman en la Gerencia de Enfer-

mería, lo cual coincidió con otro de los factores mejor valorados por la Gerencia, a saber: *“unificar criterios en la forma de gestionar las Áreas de Atención.”* Por ejemplo, alguien en los Grupos Focales dijo,

“Son cosas que tienen que cambiar del manejo. No manejar las cosas muchas veces como se manejan en el hogar, manejarlo con criterios, si vamos a manejar personal, valoren qué tiene esa persona y por qué no quiere ir a ciertos lugares”. (Rodríguez, 2012, s.p)

En este sentido se debe tomar en cuenta que la unificación de criterios y la comunicación de las Jefaturas de Enfermería, está íntimamente relacionado y como señala Keyton, J. (2009) puede traer consecuencias negativas dentro de la organización ya que

“Se crea un círculo vicioso en el que los trabajadores al no creer en su jefe, levantan una barrera para la comunicación, dificultándose significativamente resolver los problemas existente”. (Yáñez y otros, 2012, s.p)

El *“Estilo de Dirección”* es una subcategoría que tiende a estar polarizada en la percepción tanto por los Grupos Focales como por la Gerencia de Enfermería. Por una parte, hay una visión muy favorable de dicho “estilo”, lo cual coincide con el ítem 4 de la *Escala P.M.G.*, donde *“la Dirección de Enfermería se destaca por su liderazgo en los procesos de cambio dentro del hospital”* -entre los ítems de más alta puntuación-; por otra parte, hay una percepción menos favorable con respecto a dicho estilo, relacionado con los mecanismos de cómo se ejerce la autoridad y el liderazgo. Todo lo anterior es de suma importancia si lo comparamos con otras investigaciones donde se ha demostrado el papel fundamental que tiene la Dirección de Enfermería ante su personal con respecto a su “estilo de dirigir”.

“... para conseguir cambios en una organización es necesario redefinir su misión, visión, objetivos y formas de identificar y seleccionar alternativas de acción, la dirigente (directora de Enfermería) es responsable de facilitar la adaptación en el camino, atender diversas áreas para transformar, identificar tendencias, dar significados y proyectar los cambios necesarios aceptando incertidumbres y riesgos. Una Directora tiene como objetivo, dentro de sus atribuciones, guiar el desarrollo de la institución, por lo que debe valorar aspectos filosóficos, valores, estructura, entre otros, estimulando al personal en la consecución de objetivos y metas, comparando los resultados conseguidos a fin de evaluar los logros”. (Gómez D. y otros, 2011, p. 321)

Además, hay una solicitud abierta por parte del Personal de Enfermería hacia la Supervisión de Enfermería para que se implemente una retroalimentación más positiva sobre el desempeño y hacia donde se puede enrumbar su trabajo, las metas del Departamento y su mejora continua. En este sentido, otras investigaciones señalan el rol protagónico que debe tener el Supervisor de Enfermería dentro de la Organización.

“En el ámbito hospitalario ya se está empezando a cambiar la visión y se dirige más hacia la de gestor. El supervisor moderno ha dejado de ser operario para convertirse en un especialista del comportamiento humano, en lo que concierne a la práctica de la habilidad adminis-

trativa y de los aspectos técnicos de su cargo. No hay labor más importante y exigente que la supervisión del trabajo ajeno. Una buena supervisión reclama enseñanza y formación permanente, habilidad y sentido común. El éxito del supervisor en el desempeño de sus deberes determina el éxito o el fracaso de los programas y objetivos del departamento". (González e Izquierdo, 2010, s.p)

Igualmente la Gerencia de Enfermería consideró "crear una cultura de reconocimiento y retroalimentación positiva" como uno de los factores de mejora más urgentes de priorizar, y que según Kramer y Schmalenberg (1992) en EE.UU., también han sido observadas en otros Departamentos de Enfermería como prácticas que influyen directa y positivamente con el desempeño laboral, dado que

"... la autonomía, el estilo de gestión y el reconocimiento por parte de la institución donde trabajaba influían de forma importante en la satisfacción laboral de las enfermeras". (Kramer y Schmalenberg citado por Fernández, B. y Paravic, T., 2003, p.60)

En la *Categoría 3 "Percepción del Funcionamiento de las Áreas Desconcentradas"* cuando se trató de conocer las posiciones y percepciones que tiene el Personal de Enfermería de los Grupos Focales como por la Gerencia de Enfermería, con respecto al Modelo de Desconcentración de las Áreas de Atención, tanto en los Grupos Focales como en el grupo de la Gerencia, se puede decir que las posiciones se encuentran divididas: por un lado, hay un sector que avala positivamente el modelo desconcentrado, considerándolo ordenado, práctico y funcional.

"Yo siento que a mí me favoreció, al estar así por áreas como ser humano, hasta la Supervisión son seres humanos y pretender como abarcar las necesidades de todo el hospital es como más difícil, más complicado y la parte de comunicación era peor antes, yo agarré la colita de ese sistema de antes (...) yo por mi parte no tengo queja (...) por lo menos yo me quedo con este modelo...". (Rodríguez, 2012, s.p)

Lo anterior se puede comparar con los resultados obtenidos en Gómez, Ángeles y Martínez (2011) sobre los Modelos de Dirección y Gestión en Hospitales Públicos dirigidos por Enfermeras.

"El estudio permitió asimismo comprender los aspectos más significativos del paradigma de la administración, debido a que las directoras realizaron cambios en la gestión general del hospital con base en concepciones teóricas y metodológicas socializadas de administración descentralizada, con características de flexibilidad y consenso, al romper conductas individuales y de resistencia para asegurar el cumplimiento de metas y objetivos comunes. Las enfermeras reconocieron que la gestión de la dirección general llevada a cabo fue innovadora, con cambios relacionados con la participación de los involucrados y de la comunidad". (p.323)

Un sector del Personal de Enfermería percibe desfavorablemente dicha desconcentración y no está de acuerdo con su implementación. Igualmente hubo una pequeña parte del Personal de los Grupos Focales que se manifestó neutral ante el actual Modelo Desconcentrado. Según señala Font, Piqué, Guerra y Rodés (2008) citado en Llaurado

(2009) al tratar de analizar los nuevos diseños organizativos de los servicios de enfermería en el marco de los nuevos modelos de gestión hospitalaria hay que tener en cuenta que

"no existen modelos válidos y únicos para todas las empresas ni fórmulas universales para su implantación. Cada empresa debe encontrar su modelo, el más apropiado a sus características, partiendo del conocimiento exhaustivo de la realidad de la organización". (Llaurado, 2009, p.60)

CONCLUSIONES.

Con respecto a la *Categoría 1 "Identificación con su Organización"*, se concluye que existe un valioso sentido de pertenencia y filiación hacia el Hospital Nacional Psiquiátrico, tanto en el Personal de Enfermería de los Grupos Focales, como en la Gerencia del Departamento, sobre todo en aquellos aspectos relacionados con la estabilidad laboral, la atención y la empatía hacia el paciente psiquiátrico.

En relación con la *Categoría 2 "Percepción de la Gestión de la Gerencia de Enfermería"*, en ambos grupos se pudo encontrar una percepción dividida entre aspectos favorables y los desfavorables que deben ser mejorados, tales como claridad de funciones, comunicación entre las partes, unificación de criterios, trabajo en equipo, retroalimentación positiva, estilo de dirección, toma de decisiones, etc.

En la *Categoría 3 sobre la "Percepción del Modelo de Desconcentración de las Áreas de Atención de Enfermería"*, en la Gerencia de Enfermería, se muestra una tendencia más favorable hacia la desconcentración de las áreas mientras que en los Grupos Focales sus impresiones se encuentran polarizadas entre los que apoyan y los que no apoyan dicha desconcentración.

Según la lectura que se puede hacer tanto de las impresiones obtenidas del Personal de Enfermería en los Grupos Focales como de los resultados obtenidos de la Gerencia de Enfermería, el grado de aceptación a nivel general del actual Modelo de Gestión del Departamento de Enfermería, estaría entre Moderado y Alto, con señalamientos muy precisos por parte de todo el Personal de Enfermería del Hospital Nacional Psiquiátrico sobre los cambios e intervenciones que se requieren a corto, mediano y largo plazo que propicien el mejoramiento continuo de su Modelo de Gestión, como parte de la intervención del Clima Organizacional. ■

"no existen modelos válidos y únicos para todas las empresas ni fórmulas universales para su implantación. Cada empresa debe encontrar su modelo, el más apropiado a sus características..."

Bibliografía.

- Adali, E., Primi, M., Evagelou, H., Mougia, V., Ifanti, M., y Alevizopoulos, G. (2003). Síndrome del quemado en el personal de enfermería psiquiátrica de los hospitales griegos. [Versión electrónica], *European Journal Psychiatry*, (17), pág. 161-170. Recuperado el 05-11-2006 desde: <http://scielo.isciii.es/pdf/ejp/v17n3/original4.pdf>
- Fayol, H., Taylor, F. W. y Hitz L.H. (1987). *Principios de la Administración Científica: administración industrial y general*. Editorial El Ateneo, Buenos Aires. Páginas 39-50
- Fernández, B. y Paravic, T. (2003). Nivel de satisfacción laboral en enfermeras de hospitales públicos y Privados de la Provincia de Concepción, Chile. *Revista Ciencia y Enfermería*, 9 (2), pág. 57-66.
- Garzón, C.M. (2011). *Análisis de los conceptos de administración, gestión y gerencia en enfermería, desde la producción científica de enfermería, en América Latina*. Tesis de maestría en Enfermería con Énfasis en Gerencia de Servicios de Salud, Universidad Nacional de Colombia.
- Gómez, D., Ángeles, G., y Martínez, M.D. (2011). Modelo de dirección de hospitales por enfermeras. *Revista Aquichan*, 3(11) pág. 316-326.
- González, M. e Izquierdo, N. (2010). Formación en Gestión de la Prevención: El Supervisor de Enfermería figura clave en el Hospital. Trabajo presentado en la *VIII International Conference on Occupation Risk Prevention*, Alicante, España. Recuperado el 23-02-2013. Accesible en: http://www.prevencionintegral.com/Articulos/@Datos/_ORP2010/1563.pdf
- Llauradó, C. (2009). Nuevos modelos de gestión en la organización. *Nursing, edición española*, 5 (27), pag. 58-66.
- Rodríguez, J. (2012). Entrevistas a Grupos Focales del n°1 al n°7. En Atlas Ti. Hospital Nacional Psiquiátrico. San José, Costa Rica.
- Taylor, F. W. (1967). *The Principles of Scientific Management*. Norton Library New York. First Edition. By Arrangement With Harper & Row, Publishers, Incorporated.
- Vezzoli, R., Archiati, L., Buizza, C., Pasqualetti, P., Rossi, G. y Pioli, R. (2002). Actitud hacia los pacientes psiquiátricos: un estudio piloto en una ciudad del norte de Italia. *European Psychiatry Edición Español*, (9), pág. 108-116.
- Yáñez, R., Valenzuela, S., Dagnino, P. y Cuadra, R. (2012). Las consecuencias emocionales de desconfiar en las jefaturas de enfermería. *Revista Index de Enfermería*, 1-2 (21), sin pág. Recuperado 16-02-2013. Accesible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132129620120001000007&script=sci_arttext

Enfermería en Costa Rica

Desde 1978, Decana en Centro América

Se complace en anunciar que a finales del 2014,
estaremos celebrando nuestro

35 ANIVERSARIO

con diferentes eventos e iniciativas.



Noé Ramírez Elizondo.

Master en Enfermería Ginecológica, Obstétrica y Perinatal.

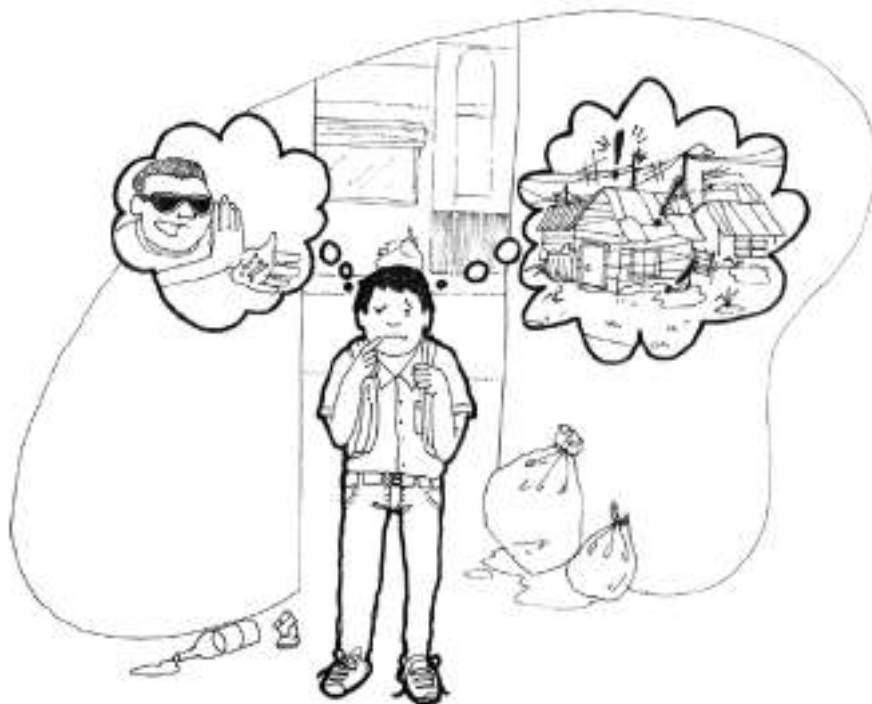
Docente de la Escuela de Enfermería UCR.
Candidato a Doctor en Enfermería, Universidad de Concepción, Chile.

✉ noe.ramirez81@gmail.com

Recibido el 15 de octubre del 2013

Aceptado el 25 de enero del 2014.

Socio-demographic and Family Factors Related to Psychoactive Substance use in Adolescents



Factores sociodemográficos y familiares relacionados con el uso de sustancias psicoactivas en adolescentes.

RESUMEN:

El presente artículo presenta un análisis de los factores sociodemográficos y familiares relacionados con el uso de sustancias psicoactivas en adolescentes de décimo año de un Colegio público del Cantón de Montes de Oca. El abordaje fue cuantitativo, descriptivo, y la variable dependiente estuvo conformada por uso de sustancias psicoactivas y las variables independientes por características sociodemográficas y familiares. La muestra se conformó con 154 estudiantes de una población de 210. Se aplicó un cuestionario auto administrado. Los principales resultados se orientan a que el riesgo se encuentra aumentado en adolescentes a quienes se les ofrece drogas, hay presencia y venta de las mismas en el barrio donde residen, relaciones familiares inadecuadas y consumo en la familia. El entorno y la familia se convierten en los principales condicionantes para que el grupo poblacional estudiado aumente sus posibilidades de consumir alguna sustancia psicoactiva.

ABSTRACT:

The objective that guided the research was the analysis of the socio-demographic factors related to the use of psychoactive substances among adolescents in the tenth year of a public high school in Montes de Oca County. The approach was quantitative and descriptive. The dependent variable was set as psychoactive substance use and the independent variables described family and socio-demographic characteristics. A self-administered test was handed out. The main results highlighted that there is an increased risk for those adolescents who are offered drugs, those who live in neighborhoods where drugs are sold, or whose history includes inadequate family relationships and family consumption. Based on such observations it is concluded that environment and family become main factors for an increased chance of consuming psychoactive substances.

PALABRAS CLAVE:

conducta del adolescente, trastornos relacionados con sustancias, relaciones familiares, condiciones sociales

KEY WORDS:

Adolescent Behavior, Substance-related Disorders, Family Relationships, Social Conditions

INTRODUCCIÓN.

Durante los siglos IV y V A.C. en la antigua Grecia, la adolescencia era vista como la tercera fase diferenciada de la vida, y se consideraba la etapa en la que el ser humano empezaba a desarrollar la capacidad de razonar. (Jensen, 2008) En la actualidad existen distintas definiciones de la adolescencia según se considere edad, desarrollo físico, condición psico social u otros factores.

Dulanto, (2000) por ejemplo, desde una visión biopsicosocial, define la adolescencia como el periodo donde la persona establece un sentido a su identidad, comprende la modificación corporal, se adapta a las exigencias de la sociedad e internaliza un sistema de valores personales que le llevan a prepararse para ejercer un rol de adulto.

Sin embargo, como todo proceso de cambio y transformación de índole externa e interna, en ella se conjuga un grupo de factores que pueden generar toma de decisiones orientadas hacia la mejora o deterioro en la calidad de vida. En este sentido, la construcción de la identidad se ha visualizado como el logro básico de la adolescencia. (Dulanto, 2000) En un estudio realizado en México se identificó que los principales factores de riesgo que podían contribuir con mayores daños eran: las adicciones (tabaquismo, alcohol y drogadicción), ambientes comprometidos y violentos, relaciones sexuales sin protección, todos los cuales potencializan la probabilidad de accidentes, homicidios y suicidios. (Santos, Villa, García, León, Quesada, Tapia, 2003)

En lo referente a las drogas como factor de riesgo, solo en Costa Rica el consumo de alguna sustancia ilícita pasó en el 2012 del 21% al 21,6% en estudiantes de décimo año, según la Encuesta Nacional sobre el consumo de drogas en población de educación superior en Costa Rica en el 2012. (IAFA, 2012)

Esta misma encuesta estableció algunas variables determinantes en el consumo de drogas en adolescentes. Se concluyó que de los datos obtenidos la probabilidad de que un joven mencione la utilización de sustancias por parte de sus padres (tabaco, marihuana o alcohol de manera excesiva) es significativamente mayor ($p < 0,05$) entre aquellos que indicaron haber consumido alguna sustancia en el último año. Por otra parte, llama la atención los bajos niveles de seguridad que los adolescentes experimentan en el colegio y comunidad, ya que en el estudio se identificó que el 20% de los estudiantes reportaron haber tenido algún ofrecimiento de alcohol, 10% de marihuana y 8,6% de tabaco durante los últimos 30 días. (IAFA, 2012)

"En lo referente a las drogas como factor de riesgo solo en Costa Rica el consumo de alguna sustancia ilícita pasó en el 2012 del 21% al 21,6% en estudiantes de décimo año..."

Por tanto, se puede considerar que existen múltiples factores de riesgo asociados al consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes, y que podrían ser de índole individual, familiar, social o institucionales, como por ejemplo sentimientos de curiosidad, búsqueda de placer, aceptación de los pares o incluso evadir la realidad. De igual manera la influencia de las relaciones inadecuadas entre padres e hijos, la ausencia de comunicación familiar, desavenencias conyugales y la indiferencia para marcar las pautas claras de comportamiento, es significativa. La disponibilidad de las drogas en la calle facilita la adquisición de sustancias por parte de los jóvenes, incluyendo espacios como el colegio. (Rossi, 2008)

A la luz de esta panorámica se determinó como objetivo central de la investigación "Analizar los factores sociodemográficos y familiares relacionados con el uso de sustancias psicoactivas en adolescentes de décimo año de un Colegio público del Cantón de Montes de Oca".

METODOLOGÍA

La investigación correspondió a un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, realizada en un colegio público del cantón de Montes de Oca. La población estaba compuesta por 210 estudiantes pertenecientes a décimo año, distribuidos en 7 grupos de 30 estudiantes cada uno, para lo que se tomó una muestra de 154 estudiantes, cuyas edades oscilaron entre los 16 y los 18 años. La escogencia se realizó por muestreo aleatorio simple. La variable dependiente estuvo constituida por el uso de sustancias psicoactivas, mientras que las variables independientes fueron las características sociodemográficas y familiares.

La información se obtuvo por medio de un cuestionario de preguntas cerradas y agrupadas en tres categorías: Características Personales, Características Sociodemográficas y Uso de Sustancias. El instrumento se administró a cada estudiante y constó de un total de 16 preguntas. Posteriormente los datos se analizaron haciendo uso de métodos estadísticos apoyado en el programa Excel 2007 y Epi-Info 6.04.

Desde el punto de vista ético se llevó a cabo una coordinación apropiada con las orientadoras del nivel académico para la recolección de datos en la institución y la obtención de permisos. Cada estudiante consintió su participación y se mantuvo el anonimato tanto de la institución, como de los participantes en el estudio.

RESULTADOS.

Desde el punto de vista sociodemográfico, 112 (72,73%) adolescentes oscilaban en edades entre 15 a 16 años, 40 (25,97%) entre los 17 a 18 años y 2 estudiantes no respondieron. Con respecto al sexo, de los(as) 154 adolescentes, 73 (47,49%) eran hombres y 80 (51,95%) mujeres, además 1 (0,65%) no respondió al ítem. De estos adolescentes, 49 (31,82%) provenían del cantón de Goicoechea, 40 (25%) de Montes de Oca, 12 (7,79%) de la Unión y 47 (30,52%) de otras áreas como: San José, Desamparados y Curridabat, entre otros.

"...existen múltiples factores de riesgo asociados al consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes, y que podrían ser de índole individual, familiar, social o institucionales, como por ejemplo sentimientos de curiosidad, búsqueda de placer, aceptación de los pares o incluso evadir la realidad ..."

La percepción social de los(as) encuestados(as) sobre la zona de procedencia, fue de 84 (54,55%) como insegura, con delincuencia y robos 82 (53,25%), 58 (37,66%) refirió que su comunidad presentaba riñas y 91 (59,09%) con venta de drogas en espacios aledaños. Desde el punto de vista familiar, la convivencia del o la adolescente con algún miembro de su familia, se reflejó en que 50 (32,47%) viven sólo con su madre, 5 (3,25%) sólo con su padre, 93 (60,39%) con ambos padres y 6 (3,90%) con algún otro miembro de la familia.

De acuerdo con la condición económica 124 (80,52%) consideraron que poseían recursos económicos suficientes, 20 (12,99%) se consideró de escasos recursos y 10 (6,49%) no respondió. Estos eran aportados por ambos padres en 64 (41,56%) hogares de adolescentes, 51 (33,12%) sólo por el padre, 29 (18,83%) sólo por la madre y 10 (6,49%) no respondió. La relación de los(as) adolescentes con su familia fue percibida como buena en 112 (72,73%), regular en 39 (25,32%) y mala en 3 (1,95%).

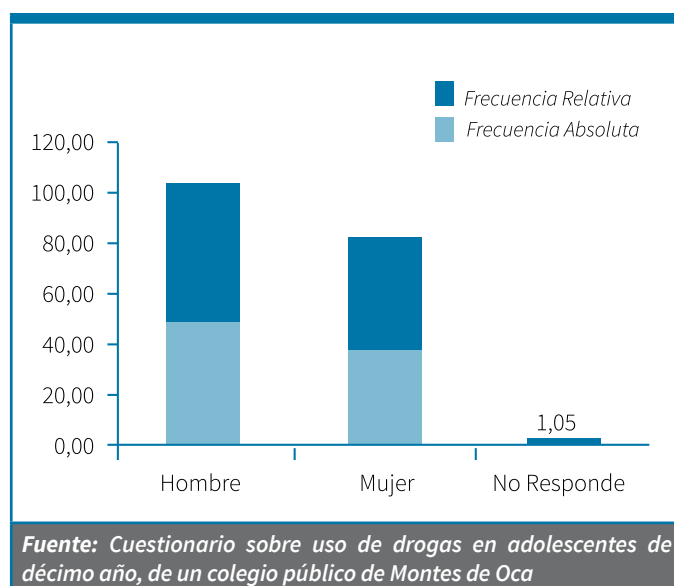
En lo referente a uso de sustancias psicoactivas: a 99 (64,29%) alguna vez le habían ofrecido algún tipo de sustancia. De estos, a 57 (57,57%) se le ofreció en el colegio, 36 (36,36%) en el Barrio y 6 (6,06%) no responden. Con respecto al uso de sustancias en el Cuadro N° 1 se describen los hallazgos identificados en el estudio.

Cuadro N° 1 Distribución de la población de adolescentes de décimo año, según uso de sustancias psicoactivas		
Uso de sustancias	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Sí	87,00	56,49%
No	63,00	40,91%
No Responde	4,00	2,60%
Total	154,00	100,00%

Fuente: Cuestionario sobre uso de drogas en adolescentes de décimo año, de un colegio público de Montes de Oca

De 87 (56,49%) adolescentes que han usado algún tipo de droga, 76 (49,35%) ha usado alcohol, 61 (39,61%) tabaco, 32 (20,78%) marihuana, 1 (0,65%) cocaína y 4 (2,60%) otro tipo como pastillas.

La distribución por sexo según consumo de sustancias psicoactivas se evidencia en el siguiente gráfico.



De esos(as) adolescentes que han consumido algún tipo de sustancia psicoactiva, 35 (40,23%) ha repetido alguna vez mínimo un año de secundaria.

En lo referente al inicio de consumo, 10 (11,49%) hizo uso por primera vez de algún tipo de sustancia entre los 10 a 12 años, 60 (68,97%) en edades que oscilan entre los 13 y 15 años, solo 9 (10,34%) con más de 15 años y 8 (9,19%) no respondió. De estos, 54 (62,07%) asociaron su uso a diversión, 34 (39,08%) a la influencia de los(as) amigos(as) y 19 (21,84%) a factores estresantes. La frecuencia de consumo fue: diaria en 12 (13,79%) adolescentes, 8 (9,20%) una vez por semana, 15 (17,24%) de manera mensual y 7 (8,05%) una vez al año; otro grupo importante de 45 (51,72%) no respondió a la interrogante planteada.

En relación con el consumo actual, 47 (54,02%) refirieron que no se mantenían usando algún tipo de droga, y 37 (42,53%) que sí hacían uso actual de alguna droga, por otra parte, 3 (3,45%) no respondieron. Los principales lugares de adquisición de las sustancias fueron el Colegio y el Barrio ya que 25 (28,74%) las obtuvo en el barrio y 18 (20,69%) en el Colegio. Además, más de la mitad no respondió este ítem (50,57%).

Dentro de las principales características sociales de las áreas de residencia de los(as) adolescentes que usaron sustancias psicoactivas se encontró que 39 (44,83%) la consideraba insegura, con presencia de delincuencia 46 (52,87%), presencia de drogas en su comunidad 60 (68,97%), y venta de las mismas 53 (60,92%). En lo referente al (los) pariente(s) con los que conviven los(as) adolescentes que refirieron utilizar o haber utilizado alguna sustancia psicoactiva presentan los siguientes datos.

Cuadro N° 2 Persona(s) con la(s) que convive(n) los(as) adolescentes que usan sustancias psicoactivas

Convive	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Madre	28,00	32,18%
Padre	1,00	1,15%
Ambos	53,00	60,92%
Otros	5,00	5,75%
Total	87,00	100,00%

Fuente: Cuestionario sobre uso de drogas en adolescentes de décimo año, de un colegio público de Montes de Oca

De estos adolescentes consumidores, 59 (67,82%) consideraron que las relaciones con sus familiares eran buenas, regulares 26 (29,89%) y malas 2 (2,30%).

En el siguiente cuadro se muestran los factores probabilísticos relacionados con las variables descritas en el estudio. Por medio de una tabla de 2x2 se rescataron características personales, sociales y familiares; se atribuyen riesgos de uso de sustancias psicoactivas en aquellos(as) adolescentes expuestos a las variables que rigieron el estudio.

Cuadro N° 3 Factores socio demográficos y familiares, relacionados con el uso de sustancias psicoactivas en adolescentes

Factor	Riesgo Relativo (RR)	Intervalo de Confianza
Ofrecimiento de droga	2.67	1.70 – 4.17
Uso por parte de algún familiar	1.66	1.26 – 2.21
Relación familiar	1.27	0.96 – 1.67
Años repetidos	1.25	0.95 – 1.64
Presencia de drogas en comunidad	1.23	0.90 – 1.69
Venta de drogas en comunidad	1.08	0.81 – 1.44

Según el cuadro anterior el ofrecimiento de sustancias psicoactivas coloca a los(as) adolescentes en 2.67 veces mayor riesgo de aquellos(as) que no recibieron ofertas; si algún miembro en su familia las utilizó aumenta el riesgo en 1.66 veces; el tipo de relación familiar inadecuada representó 1.27 veces mayor riesgo; si ha repetido algún año en el colegio propicia el riesgo en 1.25 veces más, presencia de sustancias psicoactivas en la comunidad representa 1.23 veces mayor riesgo; la venta de las mismas en el barrio 1.08 veces mayor de riesgo.

DISCUSIÓN.

De acuerdo con los resultados obtenidos, más de la mitad de la muestra refirió haber utilizado algún tipo de sustancia adictiva, ubicándose mayoritariamente el inicio de consumo en edades entre los 13 y 15 años. En estudios realizados en otros países se ha visto que las edades promedio de consumo de tabaco ha sido a los 11,7 años, mientras que el uso de las otras sustancias a una edad media de 13,0 años. (Cozatti, Ganzo de Castro, Freddo, Bittencourt, Monteiro, 2008) Este dato permite establecer que, en este sentido, la población adolescente costarricense no se aleja de las realidades sociales de otros países.

Con respecto al tipo de sustancia utilizado, estudios hechos en otras regiones de Latinoamérica arrojaron características similares a las presentes en los resultados obtenidos. (Graña, Muñoz, 2000) Un estudio hecho en el sur de Brasil con 1.092 adolescentes demostró que del total de encuestados (as) el 60,7% había hecho uso del alcohol, 16,9% tabaco y el 2,4% había usado otro tipo de droga, (Cozatti, Ganzo de Castro, Freddo, Bittencourt, Monteiro, 2008) tal y como se da en la presente investigación, donde el alcohol ocupó el primer lugar y el tabaco el segundo.

Otro estudio brasileño evidenció que el alcohol era la sustancia de tipo lícita más usada por los(as) adolescentes y la marihuana dentro de las ilícitas, (Tavares, Béria, Silva de Lima, 2001) ya que generalmente se da duplicidad de consumo. Por ejemplo en un estudio en España se afirma que aquellos (as) adolescentes que beben alcohol poseen mayor riesgo de llegar a consumir marihuana, y los que consumen tabaco aumentan el riesgo de llegar al consumo de alcohol. (Alcalá, Azañas, Moreno, Gálvez, 2001)

Costa Rica ha poseído históricamente una tendencia al consumo de alcohol, ya que a nivel nacional se determinó que la ingesta del mismo en el grupo objeto de estudio adquirió características muy importantes. (Bejarano, Ugalde, Fonseca, 2006) De una u otra manera esto constituye un problema de salud pública que no solamente acarrea consecuencias de índole física en el(la) consumidor(a) sino que se extrapola a la dinámica familiar y social. Por esta razón es común que en algunas sociedades la utilización de sustancias lícitas o ilícitas se ve impregnada por la cultura, puesto que desde edades de la niñez los sujetos se encuentran en contacto con algún tipo de éstas, aunque no las use o experimente. (Filho, Ferreira, Barbosa, Celestino da Silva, Franco, 2007)

Como se observa en los resultados, el hecho de que un (a) adolescente se encuentre expuesto (a) a que se le ofrezca algún tipo de sustancia psicoactiva representa un factor de riesgo que aumenta las probabilidades en 2.67 veces en relación con los (as) que no se les ofrece, tal y como se evidenció en una investigación brasileña con 702 adolescentes se concluyó que el 6% estuvo expuesta a algún contacto con drogas lícitas o ilícitas. Aunque el dato en primera instancia pareciera irrelevante a nivel cuantitativo, al analizar el contexto se observa que hay una preocupación por la necesidad de acciones de manera preventiva e informativa en esta población. (Filho, Ferreira, Barbosa, Celestino da Silva, Franco, 2007) Otros datos develan que en el caso de ofrecimiento

"Hay evidencias que demuestran un alto riesgo de que los(as) adolescentes consuman sustancias psicoactivas si hay problemas en la familia o la salud mental del(la) joven,"

"De acuerdo con los resultados obtenidos, más de la mitad de la muestra refirió haber utilizado algún tipo de sustancia adictiva, ubicándose mayoritariamente el inicio de consumo en edades entre los 13 y 15 años. "

de sustancias es mayor la intención de aceptar alcohol y tabaco que la marihuana. (Martínez, Villar, 2004)

Sin embargo, mucha de esta exposición al ofrecimiento de sustancias psicoactivas se encuentra asociada al ambiente físico donde el(la) adolescente se desenvuelve y con el cual interacciona, especialmente si hay presencia de drogas y venta de las mismas en la comunidad donde reside, tal y como se describe en los resultados obtenidos en la presente investigación, donde la presencia de drogas en la comunidad aumenta el riesgo en 1.23 veces y si hay venta de las mismas lo eleva a 1.08 veces para que el(la) adolescente las ingiera.

Así lo demuestran varias investigaciones en las cuales se hace referencia a que si en el entorno hay bares y facilidad de acceso al alcohol, éste ofrece la oportunidad a los (as) jóvenes y adolescentes de observar consumo (Ramírez, De Andrade, 2005). Por tanto, si en la comunidad hay disponibilidad de drogas, mayor es la tendencia a consumir. (López, Rodríguez, 2010)

Junto a los factores asociados al entorno, la condición académica de los (as) estudiantes representa un factor de riesgo, ya que los resultados revelan que el hecho de que se haya repetido año (s) escolar (es) aumenta el riesgo de consumo en 1.25 veces en relación con los que no han reprobado algún año.

Es determinante que adolescentes que se encuentran en tratamiento por adicción han presentado altos porcentajes de interrupción de estudios o repitencia (Kandel, Wu, 1995). También en un estudio efectuado en Brasil en estudiantes usuarios de drogas ilícitas se reportó que presentaban mayor desfase escolar que los que no usaban drogas. (De Micheli, Formigoni, 2000)

De igual manera las actitudes por parte de los padres tales como presencia de autoridad, monitoreo, supervisión, comunicación, soporte, interés y participación de actividades comunitarias minimizan el riesgo en el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. Por el contrario, condiciones familiares como negligencia y uso de drogas en los (as) hermanos (as) del (la) adolescente aumenta el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias. (Santana de Paiva, Ronzani, 2009) (Arellanez, Diaz, Wagner, Pérez, 2004)

El uso de drogas por parte de los familiares podría constituir un factor de modelaje, en el cual los (as) adolescentes comparten conductas riesgosas con los miembros con los que convive, condición que podría conducir al uso o abuso de sustancias psicoactivas (Osorio, Ortega, Pillon, 2004). Este dato muestra el aumento del riesgo en 1.66 veces más en estos(as) adolescentes que en aquellos cuyas familias no se utilizaba alguna sustancia.

En Brasil se determinó que, del grupo de adolescentes encuestados, un 30,7% había consumido alcohol en con algún familiar y un 3,5% con sus amigos(as). (Cozatti, Ganzo de Castro, Freddo, Bittencourt, Monteiro, 2008) El impacto de estas actitudes es relevante en la conformación de identidad del(la) adolescente y por tanto en el establecimiento de estilos de vida en un futuro. (Dulanto, 2000)

El tipo de dinámica familiar es tan importante que hay persistencia en la asociación de las características familiares y el uso de sustancias psicoactivas en adolescentes. Por ejemplo, la situación conyugal de los padres muestra que los(as) hijos(as) de padres separados refieren un uso mayor de drogas que de aquellos padres que viven juntos. Y aunque no se puede afirmar que el mayor uso de drogas es propiamente por la separación, es posible establecer que el efecto que genera a nivel social y emocional es el que se encuentra relacionado. (Tavares, Béria, Silva de Lima, 2004) En el caso específico de la investigación realizada se determinó que según el tipo de relación familiar había 1.27 veces más riesgo de consumir.

Hay evidencias que demuestran un alto riesgo de que los(as) adolescentes consuman sustancias psicoactivas si hay problemas en la familia o la salud mental del(la) joven, (Osorio, Ortega, Pillon, 2004) así como una mala comunicación entre el padre y los(as) hijos(as), (Cid, Pedrão, 2011) condiciones conductuales donde prima la capacidad de autorregulación (Cáceres, Salazar, Varela, Tovar, 2006) y el distrés psicológico severo. (Salazar, Ugarte, Vásquez, Loaiza, 2004)

Por ejemplo en Guayaquil, en un estudio aplicado a 139 familias se demostró que sí existen factores de riesgo familiares para inducir al inicio del consumo de alcohol y tabaco, pues se encontró que los padres beben fin de semana y fuman tabaco. El 52% del total de las familias encuestadas acepta el consumo de alcohol y tabaco, lo que permite determinar que el consumo del alcohol en la familia es un factor de riesgo elevado, pues el(la) niño(a) aprende por lo que ve y asimila. (Ramírez, De Andrade, 2005)

“En así que la familia, el colegio y el grupo de amigos son los tres ámbitos que conforman el contexto más cercano al sujeto y que, sin duda guardan relaciones muy estrechas (interdependencias) entre ellos y el consumo de drogas”. (Carballo, García, Secades, Fernández, García, Errasti, Al-Halabi, 2004)

CONCLUSIONES.

- Los diversos cambios corporales, sociales y emocionales por los que atraviesan los(as) adolescentes y que afectan su participación saludables dentro del entramado social y familiar ameritan acciones enfocadas a minimizar los riesgos a los que estos(as) se ven expuestos(as). Dado que la ingesta de sustancias, incluyendo las psicoactivas en alguna medida modifican la salud, los(as) profesionales de Enfermería no solo deben comprender de manera profunda las características particulares de la población adolescente sino también las formas adecuadas de abordaje de la problemática para generar impacto y obtener éxito. Es indiscutible que desde Enfermería el modelo preventivo constituye una herramienta que

garantiza éxito y a su vez contribuye con la mejora en la calidad de vida de los individuos en esta etapa de vida.

- El entorno en el cual se desarrolla el ser humano se transforma en eje fundamental en la adquisición de determinadas conductas que pueden impactar de manera negativa en la población adolescente. Los principales riesgos sociodemográficos a los que se ven expuestos los participantes en el estudio se encuentran asociados al ofrecimiento de droga, así como la presencia y venta de drogas en el barrio donde residen; condiciones que aumentan las posibilidades que se consuman sustancias psicoactivas. .
- La familia posee un patrón de modelaje en el comportamiento de los individuos. . El núcleo parental y de familia extendida se convierte en el pilar fundamental de los (as) adolescentes en lo que a riesgo de consumo se refiere. De acuerdo con el tipo de relaciones familiares y el consumo de drogas por parte de un familiar, la probabilidad de que esta población acceda al consumo de sustancias psicoactivas aumenta. ■

Bibliografía.

- Alcalá M., Azañas S., Moreno C., Gálvez L. (2001). Consumo del alcohol y otras drogas en adolescentes, estudio de dos cortes. *Medicina de familia*, 2. Pp. 81-87.
- Arellanez J.L., Diaz D.B., Wagner F., Pérez V. (2004). Factores psicosociales asociados con el abuso de drogas entre adolescentes. Análisis bivariados de un estudio de casos y controles. *Salud Mental*, 27 (3). Pp. 54-64.
- Bejarano J, Ugalde F, Fonseca S. (2006). El consumo de drogas en hombres y mujeres costarricenses. Análisis de una década en personas de 25 a 59 años de la población general. *Rev. costarric. salud pública*, 15 (28). Pp. 29-43.
- Cáceres D., Salazar I., Varela M., Tovar J. (2006). Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales. *Univ. Psychol. Bogotá*, 5 (3). Pp. 521-534.
- Carballo J.L., García O., Secades R., Fernández J.R., García E., Errasti J.M., Al-Halabi S. (2004). Construcción y validación de un cuestionario de factores de riesgo interpersonales para el consumo de drogas en la adolescencia. *Psicothema*, 16 (4). Pp. 674-679.
- Cid P., Pedraño L.J. (2011). Factores familiares protectores y de riesgo relacionados al consumo de drogas en adolescentes. *Rev Latino-am de Enfermagem*, 19 (número especial). Pp. 738-745.
- Cozatti P., Ganzo de Castro D.R., Freddo S.L., Bittencourt A., Monteiro L. (2008). Uso de alcohol, tabaco u otras drogas por adolescentes escolares en municipio do Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 24 (11). Pp. 2487-2498.
- De Micheli D., Formigoni M.L.O.S., Screening of drug use in teenage Brazilian sample using the drug. Use Screening Inventory (DUSI). *Addictive Behaviors*, 25. Pp. 683-691.
- Dulanto E. (2000). *El adolescente*. México: McGraw-Hill Interamericana. Pp.155
- Filho A.J., Ferreira M.A, Gomes M.L.B, Celestino da Silva R., Franco T.C. (2007). *Esc Anna Nery Rev. Enferm*, 11 (4). Pp. 605-610.
- Graña J.L., Muñoz M.J. (2000). Factores de riesgo relacionados con la influencia del grupo de iguales para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicología conductual*, 8 (1). Pp. 19-32.
- IAFA. (2012). *Encuesta Nacional sobre consumo de drogas en población de educación secundaria Costa Rica 2012*. Recuperado de: http://www.iafa.go.cr/investigaciones/epidemiologica/Consumo_drogas_%20juventud_escolarizada_2012.pdf
- Jensen F. (2008). *Adolescencia y adultez emergente: un enfoque cultural*. México: Pearson. Pp. 5
- Kandel D., Wu P. (1995). The contributions of mothers and fathers to the inter-generational transmission of cigarette smoking in adolescence. *J Res Adolescence*, 52. Pp. 225-252.
- López S., Rodríguez J.L. (2010). Factores de riesgo y protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema*, 222 (4). Pp. 568-573.
- Martínez g., Villar M. A. (2004). Estudio descriptivo del uso de drogas en adolescentes de educación media superior de la ciudad de Monterrey, Nuevo León, México. *Rev Latino-am de Enfermagem*, 12 (número especial). Pp. 391-397
- Orosio E.A., Ortega N.M., Pillon S.C. (2004). Factores de riesgo asociados al uso de drogas en estudiantes adolescentes. *Rev Latino-am Enfermagem*, 12 (número especial). Pp. 369-375.
- Ramírez M., De Andrade D. (2005). La familia y los factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en los niños y adolescentes (Gayaquil-Ecuador). *Rev Latino-am de Enfermagem*, 13 (número especial). Pp. 813-818.
- Rossi P. (2008). *Las Drogas y los adolescentes: los que los padres deben saber sobre las adicciones*. [Versión de Digitalia]. Recuperado de: http://books.google.co.cr/books?id=QhebSRvtqMC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Salazar E., Ugarte m., Vásquez L., Loaiza J. (2004). Consumo de alcohol y drogas y factores psicosociales asociados en adolescentes de Lima. *AnFacMed Lima*, 65 (3). Pp. 179-187
- Santana de Paiva F, Ronzani TM. (2009). Estilos parentais e consumo de drogas entre adolescentes: revisão sistemática. *Psicologia em estudo*, 14 (1). Pp.177-183
- Santos J.I., Villa J.P., García M.A., León G., Quezada S., Tapia R. (2003). La transición epidemiológica de los y las adolescentes en México. *Salud Pública Mex*, 45 (1). Pp. 140-152.
- Tavares B.F., Béria J.U., Silva de Lima M. (2001). Prevalencia do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes. *Ver. Saúde Pública*, 35 (2). Pp. 150-158.
- Tavares B.F., Béria J.U., Silva de Lima M. (2004). Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares. *Rev Saú de Pública*, 38 (6). Pp. 787-796.

Enfermería *en Costa Rica*

Desde 1978, Decana en Centro América

TAMBIÉN EN FORMATO ELECTRÓNICO:

WWW.ENFERMERIA.CR/REVISTA



Daniel Martínez Esquivel

Licenciado en Enfermería. Estudiante de la
Maestría de Enfermería en Salud Mental.
Docente Escuela de Enfermería. UCR.

Henry Mora Miranda

Licenciado en Enfermería. Estudiante de la
Maestría de Enfermería en Salud Mental.
Enfermero en el Hospital Psiquiátrico Roberto
Chacón Paut. CCSS.

✉ dtinez@gmail.com

Recibido el 27 de febrero del 2014

Aceptado el 25 de abril del 2014

Experiencia del abordaje de Enfermería en Salud Mental con un sistema familiar.

Addressing Mental Health Nursing with a Family System.

RESUMEN:

El sistema familiar constituye un elemento clave en la construcción de la salud mental de las personas; gracias a los procesos de socialización se puede tener un determinado control de los factores de la salud que influyen directamente en la calidad de vida de sus miembros. El presente artículo tiene como objetivo analizar el abordaje de Enfermería en Salud Mental con un sistema familiar. La investigación fue de enfoque cualitativo y diseño de estudio de caso; la familia fue elegida a conveniencia de los investigadores. El abordaje fue guiado por el Proceso de Atención de Enfermería, la información fue recolectada por medio de la observación cualitativa, la bitácora de campo y la entrevista. El análisis se hizo tomando en cuenta la propuesta teórica de la terapia breve centrada en soluciones y en algunas técnicas de la terapia estructural de familia. La valoración del sistema familiar identificó su estructura y la queja, esto permitió construir el diagnóstico de Enfermería en Salud Mental; a partir del ella se implementaron acciones propias de la terapia breve centrada en soluciones. La evaluación indicó un cambio en la estructura inicial que favorece el manejo de la queja.

ABSTRACT:

Family systems are a key element in the construction of the mental health of every person. Through socialization processes it is possible to attain a certain control of health factors that directly influence quality life. This article aims to analyze the approach of Mental Health Nursing with a family system. The research approach was that of a qualitative case study design; a family was chosen to the convenience of researchers. The approach was guided by the Nursing Care Process; the information was collected through qualitative observation, field logbooks and interviews. The analysis was made taking into account the theoretical proposal of solution-focused short therapy and some techniques of structural family therapy. The family system assessment identified its structure and the complaint, this allowed the creation of a diagnosis of Mental Health Nursing; afterwards, actions proper of short solution based therapy were implemented. The evaluation indicated a change in the initial structure that favors complaint handling.

PALABRAS CLAVE:

Enfermería, Salud Mental,
Familia, Terapia breve

KEY WORDS:

Nursing, Mental Health,
Family, Short Therapy

INTRODUCCIÓN.

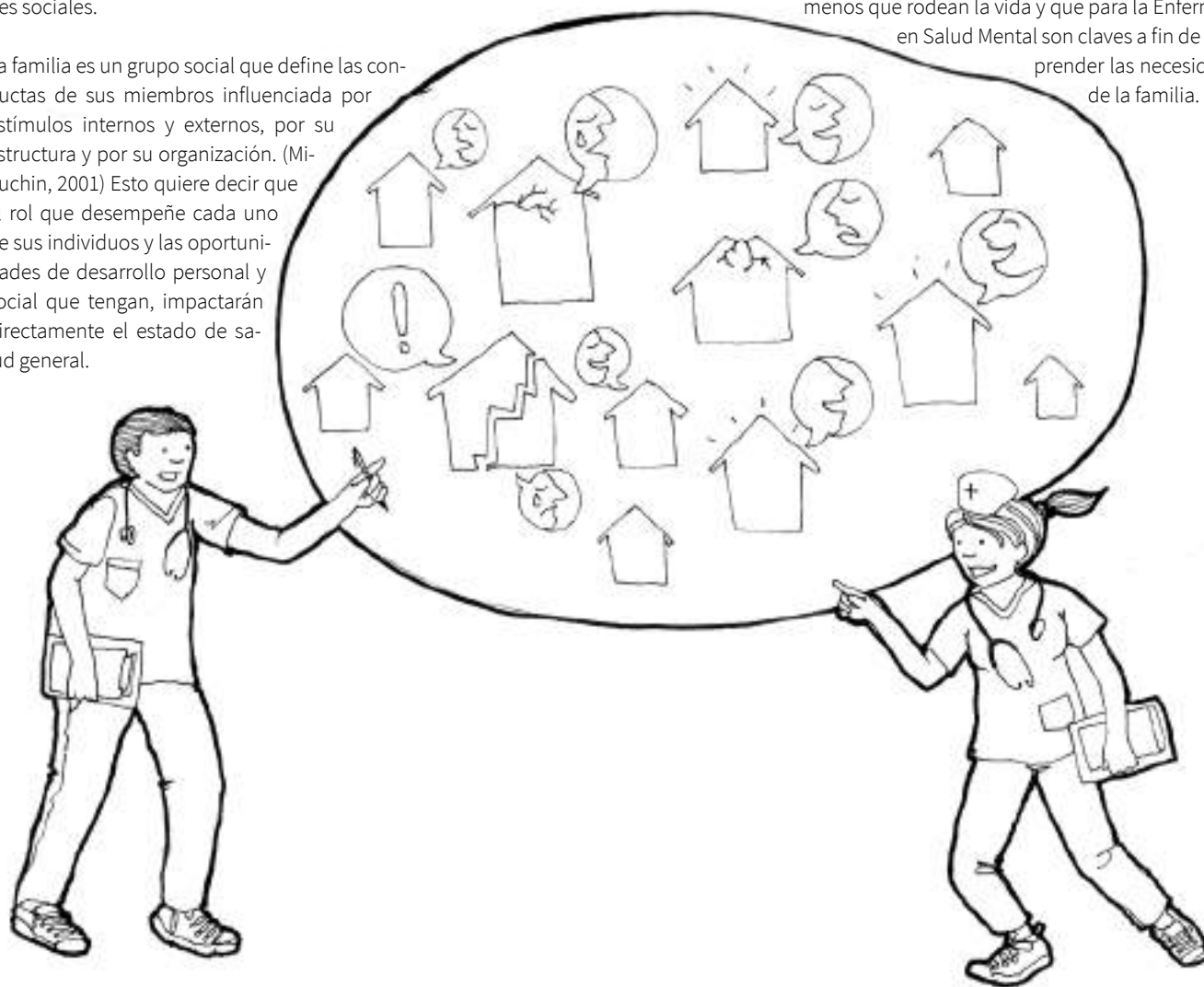
De acuerdo con Malvárez, *“la salud mental es la base del bienestar y el funcionamiento efectivo del individuo y de la comunidad”*. (2009, p.168) Su desarrollo óptimo en la sociedad garantiza la plenitud de las personas para que puedan cumplir con su proyecto de vida el cual inicia, en todos los casos, precisamente allí, en el núcleo familiar. Por esta razón, la familia se ha constituido como uno de los elementos esenciales de atención en el que se debe invertir para favorecer el desarrollo de la sociedad.

Para Saucedo-García y Maldonado-Durán (2003), el sistema familiar es el núcleo base de la sociedad; el tipo de relaciones y experiencias que allí se generen definirán la salud de cada uno de sus miembros. Además, para entender su funcionamiento, la familia debe ser vista como un sistema abierto, dinámico y holístico que está en constante intercambio con los factores del ambiente, por lo que es importante conocer, entre otras cosas, las relaciones interpersonales de género, sus oportunidades de desarrollo social, los factores estresantes y el entorno que la rodea con el fin de identificar cuáles son sus necesidades reales de salud. Debido a lo anterior, la familia se constituye como un determinante de la salud ya que, al estudiar su funcionamiento, se pueden comprender las causas de muchos sufrimientos y enfermedades sociales.

La familia es un grupo social que define las conductas de sus miembros influenciada por estímulos internos y externos, por su estructura y por su organización. (Minuchin, 2001) Esto quiere decir que el rol que desempeñe cada uno de sus individuos y las oportunidades de desarrollo personal y social que tengan, impactarán directamente el estado de salud general.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2008) enfatiza en la necesidad de orientar la atención hacia la familia y la comunidad en todos los niveles del sistema de salud de un país para mejorar la calidad de vida de las personas. La Atención Primaria de la Salud (APS) considera a la familia uno de los ejes principales de planificación y abordaje del sistema de salud por lo que motiva a los profesionales que trabajan en este campo a desarrollar una serie de conocimientos y competencias necesarios para satisfacer sus necesidades; por ejemplo realizar entrevistas familiares para definir sus problemas de salud y establecer prioridades de atención, ver al individuo como parte de un contexto familiar, y emplear una visión integral para promover el autocuidado en la familia.

En este sentido, la Enfermería tiene como propósito el cuidado de la salud mental a partir de la implementación de estrategias que busquen promover, proteger, restablecer y rehabilitar la salud de las personas y la familia. (Malvárez, 2009) Esto lo hace concibiendo al individuo y a la familia de una forma integral que Capra (1996) ha caracterizado como la *“comprensión de las relaciones y dependencias recíprocas y esenciales de todos los fenómenos: físicos, biológicos, psicológicos, sociales y culturales”* (p.307). Con esto se quiere decir que en la salud influyen todos los fenómenos que rodean la vida y que para la Enfermería en Salud Mental son claves a fin de comprender las necesidades de la familia.



El presente artículo tiene como objetivo analizar el abordaje de Enfermería en Salud Mental con un sistema familiar, realizado como parte del curso Salud Mental y Familia de la Maestría de Enfermería en Salud Mental del Posgrado de Ciencia de la Enfermería de la Universidad de Costa Rica durante los meses de enero y febrero del año 2014.

METODOLOGÍA.

La presente investigación se enmarcó dentro de un enfoque cualitativo que, según Hernández, Fernández y Baptista (2010), es aquel en el que *“se recolectan datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación”* (p.7). Este enfoque se concentra en los significados que le dan las personas al universo, ya que busca profundizar en un tema específico para comprenderlo. Se utilizó como diseño el estudio de caso que según do Horto, de Souza, Schmidt y Alonso (2008), es un camino para la construcción del conocimiento basado en el análisis de una unidad para comprender sus características en profundidad. Esta unidad se refiere al sistema familiar que fue elegido a conveniencia de los investigadores.

El grupo familiar con el que se trabajó se compone de una mujer “María” y un hombre “Juan” quienes mantienen una relación desde hace 11 años (Los nombres de “María” y “Juan” serán utilizados de manera ficticia a lo largo de todo el artículo). María tiene 45 años, es diseñadora gráfica y fotógrafa, y trabaja. Juan tiene 53 años, en este momento no trabaja. Ambos comparten una profunda pasión por las motocicletas. No tienen hijos o hijas en común. Viven en una zona urbana de la Gran Área Metropolitana aunque su niñez y adolescencia la vivieron en una zona rural.

La intervención de Enfermería en Salud Mental con la familia se estructuró con base en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE en adelante) con enfoque en la terapia breve centrada en soluciones y algunas técnicas de la terapia estructural de familia. El PAE se divide en cinco fases: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. (Stuart y Laraia, 2006)

Por un lado, la terapia breve centrada en soluciones no se centra en el problema sino que busca soluciones que funcionen para la familia resaltando sus recursos, fortalezas y posibilidades para producir cambios. Se debe señalar que la incursión de la Enfermería en Salud Mental en la terapia ha favorecido la tendencia a buscar cambios y soluciones para las necesidades reales en lugar de buscar comprensión y explicación a los problemas que sufren. (Hudson-O’Hanlon y Weiner-Davis, 1997) Por otro lado, la terapia estructural busca modificar el presente a partir de la asociación del terapeuta con el sistema familiar para transformar su estructura, con el propósito de modificar su funcionamiento para que pueda tener una dinámica eficaz y eficiente mediante la satisfacción de todas sus necesidades. (Minuchin, 2001)

El abordaje de Enfermería en Salud Mental se realizó en el Posgrado de Enfermería de la Universidad de Costa Rica, en una de las salas pequeñas hasta completar cinco sesiones de trabajo con una duración aproximada de 1 hora. La primera fue una sesión diagnóstica y las cuatro siguientes de implementación de estrategias. La información

“...el sistema familiar es el núcleo base de la sociedad; el tipo de relaciones y experiencias que allí se generen definirán la salud de cada uno de sus miembros.”

fue recolectada por medio de la observación cualitativa, la bitácora de campo y la entrevista, y analizada tomando en cuenta la propuesta de Hudson-O’Hanlon y Weiner-Davis, Minuchin y la posición de los investigadores.

Para la presente investigación se adoptaron algunas consideraciones éticas propuestas en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (2005) como el respeto por la dignidad de los investigadores y la familia participante validando sus derechos humanos en todo momento. Además, con esta investigación se buscó el bienestar del estado de la salud mental de las personas a partir del abordaje de Enfermería en Salud Mental. Se respetó las decisiones que tomaron las personas para participar en el estudio, así como para abandonarlo en el momento en que consideraran oportuno y se hizo uso de una fórmula de consentimiento informado. Toda la información que se obtuvo se manejó con la confidencialidad necesaria; además se mantuvo la privacidad de la familia que participó en el abordaje de Enfermería en Salud Mental. Los resultados obtenidos se utilizaron de acuerdo con lo determinado en la fórmula de consentimiento informado.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

La caracterización del sistema familiar con el que se trabajó en cada una de las sesiones para establecer una relación con la teoría de manera clara es de vital importancia en este tipo de investigación. Para comenzar se realizó una primera sesión para establecer un primer contacto y entregar el consentimiento informado. La respuesta fue positiva y se coordinó el inicio de las cuatro sesiones siguientes.

A partir de la valoración inicial, los investigadores, desde este momento denominados terapeutas, entraron en coparticipación con dicho sistema al experimentar la realidad diaria tal como sus miembros la vivenciaban. Según Minuchin y Fishman:

“Coparticipar con una familia es más una actitud que una técnica y constituye la cobertura bajo la cual se producen todas las interacciones terapéuticas, es hacer saber a sus miembros que el terapeuta los comprende y trabaja con ellos y para ellos”. (2001, p.45)

Acorde con esta premisa, se asumió una posición de liderazgo para poder focalizar los puntos que estaban creando desequilibrio en el orden del sistema y otra posición de apoyo para entender y validar esas experiencias subjetivas que ambos nos exponían en las sesiones. De este modo se llegó a constituir una sociedad compartida entre terapeutas y familia. El sistema familiar, como mencionamos antes, está compuesto por María y Juan, quienes tienen una relación desde hace once años y no tienen hijos o hijas en común.

"...la familia es un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción, las cuales constituyen la estructura familiar y a su vez rigen el funcionamiento de sus miembros..."

Al iniciar un proceso con este tipo de familia se debe tener especial cuidado a la hora de abordar y observar la resonancia entre la díada que componen este sistema familiar tomando en cuenta que, como lo señala Minuchin et, *"la estructura de dos personas es proclive a una formación de liquen, en que los individuos contraen una recíproca dependencia casi simbiótica"*. (2001, p.64) En este caso la relación entre María y Juan presentó, a lo largo de las sesiones, características de flexibilidad, compañerismo, buenas relaciones sentimentales, buen proceso de comunicación y no una unión excesiva y de corte dependiente por lo que no fue necesario determinar límites o reglas ante el sistema.

Así fue como se logró la geografía del territorio familiar, que expone Minuchin et al. (2001) al decir que la familia es un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción, las cuales constituyen la estructura familiar y a su vez rigen el funcionamiento de sus miembros.

De acuerdo con el ciclo vital de la familia, este sistema se encuentra en la etapa de formación que se caracteriza por el mantenimiento de la independencia de pareja sin que esto signifique que corten los lazos afectivos que los unen con sus respectivas familias. (Sauceda-García et al., 2003) A pesar de los años de convivencia, se han mantenido en esta etapa debido a que no han tenido ningún hijo o hija en común.

A partir de la valoración inicial se identificó el genograma del sistema familiar. En este se observó que el sistema familiar de María y Juan mantiene una relación cercana. Al ser un sistema abierto, se ha visto influenciado por factores externos, en este caso la familia de María, debido a la relación cercana/hostil que mantiene María con su hermano y la relación de Juan con este. Estos problemas se manifestaron en conductas sintomáticas de tipo afectiva, conductual y hasta emocional en ambos, generando problemas en la relación de pareja.

La queja: durante la valoración de Enfermería en Salud Mental y mediante el uso de la técnica de proximidad expuesta por Minuchin et al., (2001) según la cual en una posición de proximidad el terapeuta puede entrar en convivencia con los miembros de la familia, se logró explorar la queja al plantear la pregunta *¿qué les trae por aquí?* Inicialmente, María tomó la palabra para comentar la situación que vive con su familia. El hermano de María, tiene conductas agresivas con ella y Juan es hermético ante esta situación. Esta situación ocurre cada fin de semana, cuando Juan acompaña a María a la casa de su papá y mamá. Juan refirió que prefiere no involucrarse en esta situación porque es un asunto de la familia nuclear de María.

El síntoma: María manifestó que se siente desprotegida porque Juan no la defiende de las agresiones de su hermano. Además, considera que Juan se alía con su hermano, dejándola de lado, lo que aumenta las agresiones hacia ella. Aquí es necesario aclarar que el concepto de "síntoma" que se utilizó se apoya en las afirmaciones de Hudson-O'Hanlon et al. (1997) acerca del síntoma como aquello de lo que se quejan las personas al inicio de una terapia pero que no representa el problema real sino que es una manifestación de algo más profundo. Esto fue tomado en consideración para definir la meta final.

Las excepciones: Hudson-O'Hanlon et al. (1997) se refieren a las excepciones como una forma de comprender cómo se puede resolver el problema a partir de la pregunta *¿en cuáles momentos María considera que Juan está más comprometido con la relación?* Juan tomó la palabra y dijo que amaba mucho a María, se describió como un "caballero" en todo momento, que la respetaba y era fiel. Por su parte, María asentó con la cabeza, sin embargo refirió que el compromiso que ella buscaba era en otro sentido y que ella notaba el compromiso de Juan en la relación cuando la "sorprendía" sacando la basura de la casa o lavando los platos. María le recriminó a Juan que cuando su hermano le pide algo, él sale "corriendo" a buscárselo sin pensarlo. Esta es la actitud de compromiso que María busca en Juan.

Meta final: Para identificar la meta de la terapia breve centrada en soluciones se realizó la pregunta milagro que tiene como propósito que el sistema familiar reflexione acerca de un futuro sin el problema. (Hudson-O'Hanlon et al., 1997) Al plantear *piensen que una noche ocurre un milagro y el problema se resuelve ¿qué sería diferente?* María respondió que le gustaría que Juan la defiende de las agresiones de su hermano. Sin embargo, se consideró que esta meta respondía al síntoma y no se estaba tratando el problema real por lo que el diagnóstico de Enfermería en Salud Mental tomó en cuenta todo los demás factores, internos y externos de este sistema familiar para definir como meta: lograr un mayor compromiso de Juan en la relación que mantiene con María.

ACCIONES QUE DEMOSTRARON CAMBIOS EN LA ESTRUCTURA DEL SISTEMA FAMILIAR.

En la valoración de Enfermería en Salud Mental se identificó como estructura del sistema familiar un subsistema conyugal caracterizado por la unión de dos adultos que tienen como propósito constituir una familia (Minuchin, 2001). En este caso, María y Juan se han mantenido durante los once años de convivencia como sistema familiar sin hijos o hijas. De acuerdo con la relación que mantienen y el entorno que les rodea, el mapa de relaciones familiares que se valoró permitió comprender la estructura de este sistema familiar al inicio de las sesiones, que como bien señala Minuchin (2001) se refiere a las formas en las que interactúan los miembros de una familia a partir de pautas transaccionales, lo que significa que la forma, el cuándo y con quién relacionarse está establecido regulando la conducta.

En el caso de María y Juan ambos tienen una relación de asociación estrecha; sin embargo, no existe claridad entre los límites conyugales. Por el contrario, se consideró que los límites entre María y Juan están en un continuum de respuestas que se ajustan a los cambios que se

producen en el sistema familiar. Por ejemplo, por un lado, María y Juan se consideran como una pareja en la que el amor, el respeto y la fidelidad son los valores centrales que sostienen la relación. Se apoyan en cada uno de los intereses individuales, Juan apoya a María en su trabajo y María apoya a Juan en sus pasatiempos. En este punto, pareciera que existe claridad en los límites de pareja. Pero, por otro lado, María se queja de la falta de compromiso de Juan en el hogar para realizar tareas como lavar los platos, tender la cama, sacar la basura, entre otras. Es en este punto donde los límites se vuelven rígidos ya que, a pesar del reclamo de María, Juan no responde cuando tiene que hacerlo.

Según Minuchin, (2001) estas pautas transaccionales se mantienen por dos sistemas de coacción: genérico e idiosincrásico. En la relación de María y Juan se podría decir que el sistema genérico se manifiesta en la construcción social de género que ubica a la mujer como encargada del cuidado del hogar y al hombre como individuo ajeno a estas tareas. En cuanto al sistema idiosincrásico, María tiene expectativas sobre Juan que, hasta el inicio de la terapia, no se habían logrado concretar.

Se debe señalar que el subsistema conyugal se caracteriza por un proceso de acomodación mutua en el que se pueden actualizar pautas transaccionales para mejorar los rasgos de cada uno y mejorar la relación de pareja. (Minuchin, 2001) Por lo tanto, a partir de la terapia breve centrada en soluciones y algunas técnicas de la terapia estructural de familia, se buscó resaltar las fortalezas de María y Juan para lograr el compromiso mutuo entre ambos en cada uno de los aspectos familiares.

Las acciones de Enfermería en Salud Mental se centraron en acompañar el proceso de compromiso de Juan en la relación con María. Un aspecto por resaltar fue la anuencia de Juan para ayudar en el proceso, al mencionar *“estoy a disposición de cooperar en lo que sea necesario”*. La actitud de María y Juan fue un punto alto para provocar los cambios en la estructura familiar. Unido a esto, al final de cada sesión se plantearon tareas que tuvieron como propósito provocar y mantener los cambios en la pareja.

Tarea de la primera sesión: Esta tarea enfoca la atención del sistema familiar en buscar cosas positivas de cada uno sin modificar nada de su vida cotidiana. (O’Hanlon et al. 1997) Al consultar sobre los resultados, María mencionó que le gusta mucho cuando Juan le dice “te amo” y que, durante la semana, hubo tres días en que Juan tendió la cama. En cuanto a Juan, mencionó que le gusta que María sea una mujer transparente y feliz. Si bien el propósito de esta tarea no era generar cambios en el sistema familiar sino observar las fortalezas de la relación, la tarea provocó logros importantes ante la queja de que Juan tendiera la cama, cuando no era su costumbre hacerlo.

Tarea sorpresa: Esta tarea se asignó en la segunda sesión. O’Hanlon et al. (1997) señalan que uno de los efectos más importantes de esta tarea es que las sorpresas suelen convertirse en soluciones, y así fue. Por un lado, María mencionó que Juan empezó a hacerse cargo de tender la cama todos los días y eso la sorprendió muchísimo; además, cuando se lo pide, saca la basura casi de inmediato sin que tenga que insistirle. Por lo tanto, esta tarea permitió mantener el cambio que se había pro-

ducido desde la primera sesión y que se convirtió en la solución de la queja. Por otro lado, Juan refirió que María lo sorprendió invitándolo a almorzar para su cumpleaños. Juan dice que nunca ha dejado que María le pague algo pero que ese día tuvo que ceder ante la insistencia de María. Esta forma de compartir con su pareja lo hizo sentirse muy bien.

Tarea genérica: La tarea de la tercera sesión presupone que, debido a la terapia, se dan conductas deseables entre los miembros del sistema familiar que facilitan la concreción de los cambios necesarios para cumplir con el objetivo. (Hudson-O’Hanlon et al., 1997) En esta tarea se planteó la siguiente sugerencia: *“Observe durante la semana cuáles conductas le permiten disminuir el estrés”*. María dijo que ya no tenía que insistirle a Juan para que cooperara con algunas tareas del hogar y que eso le permitía disminuir el estrés. Juan refirió que la paciencia y tranquilidad que tiene María ahora, le permite disminuir el estrés.

Al finalizar el abordaje de Enfermería en Salud Mental con este sistema familiar, la estructura familiar se modificó y el problema pudo solucionarse. El nuevo mapa de relaciones familiares reflejó los logros alcanzados en las sesiones de terapia breve centrada en soluciones, aunque, no se debe descartar la necesidad de brindarle seguimiento a este sistema familiar para mantener los cambios y recomendarle nuevas estrategias que fortalezcan el subsistema conyugal. El cambio que se dio entre María y Juan fue la claridad en los límites dentro de su relación representado en la actitud que tomó Juan durante el abordaje de Enfermería en Salud Mental para cooperar con las tareas del hogar.

ASPECTOS ESENCIALES QUE FACILITARON LOS CAMBIOS EN LA ESTRUCTURA.

También se realizó una evaluación de la estructura familiar para identificar las áreas problemáticas por considerar en la terapia e identificar aquellos aspectos que facilitarían los cambios en el sistema familiar.

Estructura: En el sistema familiar constituido por María y Juan se exploraron en conjunto, a lo largo de las sesiones diferentes pautas transaccionales en relación con las formas de interactuar, de vincularse, a la distribución de poder, las reglas, las creencias, los gustos e intereses que tienen. Se inició con la temática del significado de un sistema familiar, el cual fue enfocado hacia el intercambio de sentimientos y acciones en pareja, dando mayor énfasis a valores como la fidelidad y al no tener vicios. Entre los gustos e intereses, surgieron comentarios de sus pasatiempos y cómo los comparten juntos.

La jerarquía y la distribución indicaron que la mayoría del tiempo se mantiene de forma equitativa, formulan alianzas entre ambos para las diferentes actividades en conjunto; sin embargo, en temas de comunicación, se observa una mayor expresión de ideas y experiencias de Juan, incluso a lo largo de las sesiones existieron formas de interrupción abruptas cuando María comentaba alguna vivencia. A pesar de este patrón, cabe mencionar que existe una muy buena relación a nivel no verbal, donde se observa que María pide la palabra, usa gestos de afirmación, expresiones afectivas y reelaboración del mensaje cuando existió confusión por parte de Juan.

Flexibilidad del sistema: El sistema familiar presenta buena capacidad para reestructurar sus dinámicas ante eventos adversos; sin embargo, han tenido ciertas dificultades para generar alianzas en conjunto en relación con la “queja” que expresó María, debido a que cada fin de semana vive mucha tensión. Por lo tanto, la dinámica vivida de manera semanal, altera la flexibilidad del sistema, ya que no se ha llegado a una reelaboración de estrategias en pareja para hacerle frente a dicha situación.

La resonancia: En relación con la sensibilidad de la pareja, se expresaron frases como:

“me gusta ver a María feliz, por eso intento realizar diferentes acciones para lograr esa felicidad, voy a poner más de mi parte, la idea es amarla cada día más, hacerla feliz a ella para ser feliz yo, me gusta mucho como es ella”. (Terapia familiar, 2014)

El sistema familiar de la pareja consta de una resonancia alta, con algunos comportamientos y expresiones de corte indicativo de aglutinamiento; por ende, las acciones que conllevan ocupan una posición clara en relación con el establecimiento y permeabilidad de límites.

Contexto de vida: Según Erickson, citado por Saucedo-García et al., (2003) el arte del matrimonio consiste en que la pareja mantenga su independencia sin que esto implique cortar los lazos emocionales que los une a sus respectivas familias de origen. En el sistema familiar compuesto por María y Juan, existe una importante interacción continua de sentimientos, acciones y conductas que ejercen una tensión inestable al sistema. Esto se puede ejemplificar en frases como:

“Cada fin de semana es una indisposición el saber que mi hermano está en mi casa, sin embargo yo voy por mi querida abuela y madre, lo que he intentado es no dirigirle la palabra, me hago la indiferente ante sus burlas y expresiones”. (Terapia familiar, 2014)

Dichos datos exponen y dan evidencia cómo dicha fuente de tensión genera desequilibrios en el funcionamiento del sistema familiar, por lo cual, se elaboraron en conjunto las metas que se desean alcanzar por el sistema y así mejorar al funcionamiento en esta área.

En relación con el sistema de amistades, ambos expresan tener amistades cercanas, interactúan en algunas ocasiones, aunque se consideran muy “caseros”. A nivel laboral María experimenta ciertas tensiones por los horarios establecidos, la gran carga laboral sin su debida remuneración y las malas relaciones interpersonales que existen en su trabajo. Todo lo contrario experimenta Juan, quien a sus 53 años se encuentra retirado debido a que se dedicó, a lo largo de su vida, a sus negocios propios y en la actualidad participa en algunas actividades. No manifiesta tensiones negativas.

El nivel de desarrollo: El funcionamiento de este tipo de familia reconstruida es de carácter satisfactorio. Según Saucedo-García et al. (2003) en una familia con funcionamiento satisfactorio existe acuerdo en las rutinas diarias y flexibilidad para implementar los cambios necesarios. Los conflictos se resuelven mediante la comunicación y nego-

ciación. En relación con el ciclo vital de desarrollo, se podría establecer una fase adulta, etapa natural por la que viven ambos integrantes de este sistema familiar, donde existe un clima emocional empático con abundantes expresiones de afecto por parte de ambos, apoyo y una sensación de sentirse amado por el otro.

El papel que los síntomas del paciente identificado juega en la familia: En el sistema familiar, Juan es el portador del síntoma debido a su falta de compromiso en las tareas del hogar. Sin embargo, no presenta ninguna de las actitudes que indican su afición por mantener el síntoma, por el contrario, manifiesta estar dispuesto a cooperar en el cambio. Es necesario un replanteamiento de los límites en el sistema familiar para que el compromiso sea equitativo entre ambos.

Los patrones para la resolución de los conflictos: La forma en que se ha enfrentado el conflicto ha sido la evasión, se ha fallado en la forma de transmitir el mensaje para comprender el problema, por lo que tanto María como Juan han pospuesto la resolución del mismo disminuyendo su efecto adverso.

Por último, otro aspecto que facilitó un cambio en la estructura fue que el sistema familiar se comportó como un grupo milagro. Hudson-O’Hanlon et al. (1997) se refieren a este grupo como aquel en el que al final de la primera sesión se tiene una imagen clara de cuáles son los cambios que tienen que ocurrir para solucionar el problema. Esto se ejemplifica con la actitud tomada por Juan para adquirir mayor compromiso en su relación con María participando de las tareas del hogar como tender la cama, lavar los platos y sacar la basura. Esta conducta se mantuvo a lo largo de todas las sesiones y se espera que se mantenga para bien del sistema.

TÉCNICAS UTILIZADAS Y LA RESPUESTA DE LOS MIEMBROS DEL SISTEMA AL APLICARLA.

Según Hudson-O’Hanlon et al., (1997) a través del proceso de la entrevista, mediante el uso de diversas técnicas centradas en soluciones, los clientes pueden experimentar, en el transcurso de las sesiones, cambios importantes en la forma de ver su situación. Por esta razón, al iniciar las sesiones, se consideró fundamental utilizar esta técnica como medio de unión. Se realizó una presentación del proceso que se iba a construir en equipo, las reglas, las cuatro sesiones establecidas, los horarios y se generaron espacios de preguntas abiertas para la libre expresión de sentimientos, acciones, formas de interactuar, laborar y ayudarse dentro y fuera del sistema familiar. Así se aumentó la cantidad de información recolectada para tener más herramientas con el objetivo de definir la realidad de este sistema y terminar en el encuadre terapéutico.

Para Minuchin et al., *“El encuadre terapéutico atiende al objetivo de hacer que la familia avance hacia un manejo más diferenciado y eficiente de su realidad disfuncional”.* (2001, p.86) Durante esta entrevista se efectuaron una serie de connotaciones positivas para traer a la terapia otros puntos de vista y analizar esa “realidad disfuncional” que la familia argumentaba. Percepciones como: *“no me defiende”, “no ha llegado ningún hombre que pueda parar a mi hermano”,* (Terapia familiar, 2014) se reen-

focaron en diferentes afirmaciones como: *“como pareja deberían buscar estrategias en conjunto para defenderse mutuamente ante estos momentos”*, (Terapia familiar, 2014) lo que les generó otra visión del problema, ya que se les dejó un espacio para formular nuevos planes en familia y en otros ambientes diferentes a los vividos en la familia de María. Ambos consideraron esta nueva percepción como una nueva herramienta. Ante esto, podemos decir que la respuesta de los miembros del sistema fue positiva.

La respuesta de María y Juan ante el uso de preguntas presuposicionales fue de gran aceptación, ya que al preguntar: *¿Qué será distinto en su sistema familiar, cuando esta terapia tenga éxito?*, ambos expresaron de forma abrupta: *“Podremos apoyarnos más como familia”*. (Terapia familiar, 2014)

Conforme aumentaba la empatía creada por el equipo terapéutico y el sistema familiar, se utilizaron otras estrategias de acercamiento y reflejo de los cambios positivos alcanzados durante la terapia, como fue el uso de metáforas. Para Hudson-O’ Hanlon et al., lo anterior se describe como: *“saber algo acerca del trabajo o las aficiones de la gente también puede resultar muy útil a la hora de desarrollar metáforas a las que respondan favorablemente”*. (1997, p. 75)

En una ocasión se les solicitó la comparación entre su relación de familia y uno de sus pasatiempos, las motocicletas. Juan tomó la palabra y comentó:

“Para mí, la relación de María y mía es como andar en una Arlet-Davidson son ya que andamos juntos como por los aires y desde arriba saludamos a las demás personas, o sea, nuestra relación es superior a las demás”. (Terapia familiar, 2014)

María expresó: *Mi vida y la de Juan es como montar en motocicleta, vamos juntos hacia el destino que nos proponemos alcanzar*. (Terapia familiar, 2014) Ante tales comparaciones creadas por ambos miembros se observaron las similitudes afectivas y creadoras que como sistema pueden alcanzar, de ahí que se les recaló que, como equipo, pueden cocrear diversas estrategias de cambio y así lograr traer soluciones a las novedades y desequilibrios que la vida les presente.

Cabe mencionar que ante dicha estrategia se realizó un especial enfoque para crear nuevas perspectivas que pudiesen recordar como sistema y utilizar en los momentos necesarios. Minuchin et al. (2001) ejemplifican esta estrategia del enfoque, como un montaje fotográfico, donde entran múltiples vistas del mismo objeto, para así llegar a nuevas visiones, y posteriormente darle sentido a las mismas.

Otras técnicas utilizadas para fomentar la empatía con este sistema familiar, fue el de adaptarnos a las modalidades sensoriales que ellos expresaban de forma visual, María comentaba: *“En ocasiones veo que esta situación es difícil de superar”*, (Terapia familiar, 2014) a lo que se le realimentaba que se podría enfocar más minuciosamente su problemática, o incluso ponerse las “gafas de cambio” para traer nuevas visiones. Esta técnica dio muy buenos resultados, ya que accedió a utilizar dichas “gafas” e intentar nuevas técnicas.

A lo largo de las intervenciones, y como ya se ha mencionado anteriormente, se utilizaron técnicas de unión en la primera sesión, con muy buena aceptación, debido a que ambos, fueron brindando información de manera empática, dieron una amplia explicación del problema, se exploraron las excepciones del mismo como forma de resolución utilizadas por el sistema, y aquí se ampliaron más excepciones en conjunto en escenarios distintos a los expuestos como queja principal. Se estudiaron formas de apoyarse en el trabajo, las tareas del hogar, las salidas a lugares de recreación, eventos sociales entre otros. Con tal estrategia fueron modelándose los objetivos y metas en conjunto gracias a las vivencias que ellos expresaban y deseaban alcanzar.

En relación con la pausa, fue la única técnica con una mala respuesta por parte del sistema familiar, a pesar de que se les explicó que se les iba a brindar un espacio para que el equipo terapéutico se reuniera por cinco minutos y analizaran pautas y compararan anotaciones acerca de la dirección del caso, alistaron sus cosas y dejaron la sala, expresando: *“Ahí dejamos los consentimientos ya firmados y estamos de acuerdo con todo lo que ahí dice”*. (Terapia familiar, 2014)

En la fase de cierre, se dio un espacio tipo pausa inicial para que la familia en un cartel, y en recortes de periódicos, buscaran frases que los identificaran como sistema, equipo, apoyo y relación. Cabe mencionar, que dicha actividad logró mostrar las habilidades y fortalezas del sistema familiar mediante palabras y oraciones como: *“Unión, fidelidad, pasión por los motores, amo verla feliz, pondremos más de nuestra parte”*. (Terapia familiar, 2014)

Posteriormente, se dio un espacio para destacar las acciones, cambios, tiempo, disposición, puntualidad, dinamismo, libertad de expresión y los espacios brindados a lo largo de las sesiones, todo esto a manera de elogios positivos. Entre estos se pueden mencionar: elogios por el compromiso que ha mostrado Juan en funciones del hogar, como: tender la cama, sacar la basura, ayudar en la limpieza. En cuanto a María, su disposición y puntualidad a cada una de las sesiones y a manera de sistema, se elogió el gran amor que ambos demuestran para con cada uno, sus fortalezas evaluadas a lo largo de la sesión, el compañerismo entre ambos, el sentimiento de fidelidad como punto básico para sus sistema y el apoyo para cada actividad propuesta entre ambos.

Además, se les recaló la importancia de todo lo alcanzado a lo largo de este proceso en equipo y que cada avance que sienten haber conseguido ya pesa y tiene significado de cambio, ante la queja inicial. Todo lo realizado en conjunto, como la expresión de su problemática, la colaboración, el interés mostrado, el esfuerzo, la creatividad a la hora de la devolución de sus tareas y el compromiso desde el primer día, más el uso de reestructuraciones de corte positivo llegó a proporcionar las herramientas para el feedback terapéutico, y así llegar al mensaje de experto.

Ante dicha vivencia, durante estas sesiones con el sistema familiar de María y Juan, se les planteó observaciones como el haber conseguido las metas establecidas ante una queja que expresaba María de sentimiento de falta de protección. Ante dicha queja se fue dando más enfoque a la misma y compenetrando más en el significado de “esa falta

de protección”, para así llegar a la conclusión de que esa falta, también se podría ejemplificar no solo en la casa de los padres de María, sino dentro de algunas actividades que realizan a diario. Por esta razón otro significado de la queja inicial podría ser: mayor apoyo y compromiso por parte de Juan.

Ante tal observación, María expresó de manera facial una sensación de asombro, ya que verbalizó:

“No lo había pensado así, pero, es muy cierto, ya que cuando veo a Juan ayudando más en la casa, me siento más feliz, contenta de ver que ya no tengo que estar encima de él para esas labores, Juan: Pues qué maravilla que seas más feliz, pondré más de mi parte” (Terapia de familia, 2014).

Por parte del equipo se les brindó información y recomendaciones sobre cómo construir planes, estrategias y actos en conjunto, no solo para cuando lleguen los fines de semana y tengan que interactuar ante la amenaza del hermano de María, sino para cada acción que disfruten como sistema familiar, en diferentes ambientes como el laboral, recreativo, social y académico. Además, se les explicó sobre estar preparados para, no solo interpretar todo lo vivido a lo largo de este proceso, sino más bien, para ejecutar herramientas y acciones que las hagan eficaces.

Como lo expone Minuchin et al (2001), el terapeuta necesita hacer que la familia “oiga” y esto exige que su mensaje supere el umbral de sordera de la familia. Se consideró, dentro de este proceso terapéutico, haber logrado con ese objetivo, al igual que como expone Erickson citado por Hudson-O’Hanlon et al., (1997) evidenciar que los clientes tenían en ellos mismos o dentro de sus sistemas sociales los recursos necesarios para realizar los cambios que necesitaban hacer.

REFLEXIONES FINALES.

Después del abordaje de Enfermería en Salud Mental, el sistema familiar, constituido por María y Juan, logró modificar su estructura inicial favoreciendo su dinámica familiar y permitiéndoles reforzar algunas de sus fortalezas, como el compromiso, la unión y la comunicación. Además, se podría decir que el sistema familiar avanzó hacia el rompimiento de la “sordera familiar”, mediante planes y acciones de corte preventivo, para la interacción en los diferentes sistemas y ambientes donde lleguen a interactuar como familia. También, establecieron límites claros en la relación, lo que facilitó la solución de la queja.

Se debe señalar que el sistema familiar pudo adaptarse positivamente a los recursos expuestos por la pareja, y hacia las modificaciones de cambio y oportunidades de crecimiento en la salud familiar propuestas en equipo. Se podría mencionar que esto les permitió establecer pautas de complementariedad, que tanto María como Juan cumplieron durante la atención recibida. Por un lado, uno de los hechos que refleja el cambio es la actitud tomada por Juan la cual permitió que el proceso se desarrollara de forma positiva y se cumpliera con la meta trazada, adquiriendo un compromiso con María al ejecutar tareas del hogar como tender la cama, lavar los platos y sacar la basura, acciones que nunca antes había hecho.

Por otro lado, otro hecho que reflejó el cambio fue que María logró disminuir los conflictos con su hermano al distanciarse de la relación que mantenía con él experimentando menos sensaciones de estrés. En última instancia, la incursión del abordaje de Enfermería en Salud Mental puede ser de gran utilidad para favorecer la atención desde la promoción de la salud a la población en general. Enfermería debería tener mayor participación social para liderar los servicios de salud en favor de la calidad de vida de las personas, las familias, los grupos y las comunidades. ■

Bibliografía.

- Capra, F. (1996). *El punto crucial*. Primera reimpresión. Buenos Aires: Editorial Troquel.
- DoHorto, M., de Souza, M., Schmidt, K., Alonso, M. En do Prado, M., de Souza, M., Carraro, T. (2008). *Investigación cualitativa en enfermería: contexto y bases conceptuales*. (Serie PALTEX Salud y Sociedad 2000 No. 9). Washington D.C.: OPS.
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2010). *Metodología de investigación*. Quinta edición. México D.F.: McGraw-Hill Educación.
- Hudson-O’Hanlon y Weiner-Davis. (1997). *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia*. Segunda Reimpresión. Editorial Paidós: Barcelona.
- Malvárez, S. (2009). Promoción de la salud mental. Por Rodríguez, J. (Ed.). *Salud Mental en la Comunidad*. Segunda Edición. (133-134). Washington D.C.: OPS.

- Minuchin, S. (2001). *Familias y terapia familiar*. Séptima reimpresión. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Minuchin, S. y Fisher, C. (2001) *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Editorial Paidós Ibérica, S.A.
- OPS. (2008). *Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud. Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS*. (Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas). Washington D.C.: OPS.
- Sauceda-García, J., Maldonado-Durán, M. (2003). *La familia, su dinámica y tratamiento*. Washington D.C.: OPS.
- Stuart, G., Laraia, M. (2006). *Enfermería psiquiátrica. Principios y práctica*. Octava edición. Madrid: Elsevier Mosby.
- UNESCO. (2005). *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*. París: UNESCO.

Arelys Godínez Brenes.

Hospital Nacional Psiquiátrico.
Licenciada en Enfermería. Estudiante maestría
en Salud Mental.

David Rodríguez Vargas.

Programa Nuevos Horizontes, Hospital Nacional
Psiquiátrico.
Licenciado en Enfermería. Estudiante maestría
en Salud Mental.

Revisión crítica de los metaparadigmas subyacentes en los artículos vinculados a la salud mental de la revista de enfermería del Instituto Mexicano de Seguridad Social. 2008 – 2011.

✉ arelysgbucre@gmail.com

Recibido el 4 de octubre del 2013.
Aceptado el 10 de febrero del 2014

Critique of Meta-paradigms in Mental Health Related Articles Featured in the Nursing Magazine of the Mexican Social Institute from 2008 to 2011



RESUMEN:

El presente estudio examina la concepción de los metaparadigmas de enfermería en artículos referidos a la salud mental del Instituto Mexicano de Seguridad Social. Tales artículos centran el interés particular de la disciplina enfermera en los individuos y no en las realidades sociales que los afecta. Con sustento en los aportes de Suzanne Kerouac en ellos se clarifican la concepción de cuidado, entorno, salud, persona, y posteriormente, con ayuda de los razonamientos de Annette Browne, se argumenta la importancia de redirigir la misión de la disciplina enfermera hacia la intervención y crítica de los factores socioeconómicos-políticos que afectan la salud de los individuos, las comunidades y las sociedades.

ABSTRACT:

This research develops a critique of nursing meta-paradigms articles linked to mental health of the Mexican Institute of Social Security, by identifying the particular interests of the nursing discipline i.e. those focusing on individuals and not on the social realities that affect them. The contributions of Suzanne Kerouac are used to clarify the articles, the concept of care, environment, health, and person. Subsequently the reasoning provided by Annette Browne is used to interpret the importance of refocusing the mission of the nursing discipline towards an intervention and review of the socio-political factors that affect individuals, communities and societal health.

PALABRAS CLAVE:

cuidado, salud, persona, entorno, enfermería.

KEY WORDS:

Care. Health. Person. Environment. Nursing.

INTRODUCCIÓN

Con el fin de precisar las características y los fenómenos particulares de interés para la disciplina enfermera, Fawcett (1984, citada por Kerouac, 1996) reconoció cuatro metaparadigmas: cuidado, persona, salud y entorno. La concepción de ellos se ve influenciada por las grandes corrientes del pensamiento dominantes en los contextos de categorización, integración y transformación.

Algunos autores han analizado estas concepciones bajo la interpretación de los diferentes paradigmas, entre ellos podemos mencionar a Suzanne Kerouac et als. en su texto *“El Pensamiento Enfermero”*, (1996) en el que afirma que estos paradigmas han favorecido el resurgir de los actuales conceptos de la disciplina enfermera. En su artículo menciona que el paradigma de la categorización ha sido el dominante; sin embargo destaca que se ha ido dando importancia a la persona en su globalidad (integración y transformación). Así mismo, reconoce que los paradigmas se superponen; esto es importante para el desarrollo del conocimiento en enfermería.

El punto de análisis específico aquí es cómo se concibe la persona, el entorno, el cuidado y la salud en los artículos vinculados a la salud mental de la revista de enfermería del Instituto Mexicano de Seguridad Social, del año 2008 hasta el 2011. En primera instancia se hace una descripción de dichas concepciones a la luz de Kerouac;(1996). Posteriormente se analizan estas concepciones desde los razonamientos de Annette Browne, (2001) principalmente el referido a la importancia de redirigir la misión de la disciplina enfermera hacia la intervención y crítica de los factores socioeconómicos-políticos que afectan la salud de los individuos, las comunidades y las sociedades.

METODOLOGÍA

La Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social es el órgano por el cual se divulga el conocimiento y las experiencias de la práctica clínica, de la gestión administrativa y educativa y los resultados de investigación en el campo de la enfermería en la República Mexicana. Como primer paso se realizó una clasificación de los artículos vinculados a la salud mental de publicados en dicha revista durante el periodo comprendido entre el 2008 y el 2011, según los determinantes que establece la Organización Mundial de la Salud. Se identificaron trece artículos con los cuales se desarrolló la investigación. Las variables objeto de estudio fueron los metaparadigmas de enfermería: persona, entorno, cuidado y salud. Las cuatro variables fueron descritas en función de los paradigmas definidos por Kerouac (1996) y de la crítica esbozada por Annette Browne. (2001)

RESULTADOS

- **Percepción de Enfermería en torno a la muerte de paciente en etapa terminal** por Vargas, Pacheco, Arellano, Martínez y Galicia (2008). En este artículo, el entorno está compuesto por el ambiente hospitalario en el cual la enfermera interacciona de forma cotidiana con usuarios en proceso de muerte, percibe estímulos

negativos como la pérdida, fracaso y el dolor a través de lo que significa el paciente. Las autoras sugieren que se debe crear un clima que favorezca y consolide la relación enfermera paciente; lo cual permitiría conocer al enfermero como un *“ser integral”*; estos sentimientos son manifestados como problemas de salud, la cual se ve afectada cuando el cuerpo no logra adaptarse a las emociones perturbadoras, favoreciendo la aparición de síntomas como estrés, cansancio, agotamiento físico y emocional producto del contexto. La enfermera como persona comparte temores y angustias, manifiesta dolor, impotencia y tristeza, lo que permite identificarla como un ser humano que vive el proceso de muerte de acuerdo con sus componentes biológicos, psicológicos, sociológicos, culturales y espirituales. Esto a su vez dificulta el proceso de atención en el cual debe facilitar apoyo moral e informativo a la familia del paciente, aportar alivio y establecer comunicación a través del sentido del tacto, brindando estímulos de bienestar físico; es decir, su intervención consiste en eliminar los problemas, cubrir los déficit y ayudar a los incapacitados, evidenciando que no se invita a la persona a cuidar de sí misma.

- **Tipo de violencia familiar que percibe el adulto mayor** por Vargas, Velázquez, Galicia, Villareal, Martínez (2011). El entorno, en esta publicación, está constituido por un contexto social y cultural en el cual el adulto mayor experimenta estímulos negativos como violencia y abandono dentro del grupo familiar, además condiciones de baja clase social y escasos recursos. Todos estos componentes repercuten negativamente en su salud pues se ve afectada por la presencia de enfermedades crónicas, degenerativas y complicaciones que surgen del aparente descuido. El adulto mayor es concebido como un ser vulnerable, con disminución de las capacidades, con bajo poder adquisitivo, es decir se considera según sus componentes físico, intelectual, emocional y espiritual, *“se vuelve más vulnerable a las agresiones por: disminución de las capacidades, bajo poder adquisitivo, baja escolaridad, o cuando enviuda o queda solo”*. (Vargas y otros, 2011, p.66) La atención de enfermería consiste en establecer contacto constante con los usuarios para poder indagar sobre situaciones que se manifiestan en su salud física, mental y social; la enfermera se vuelve una consejera experta, que ayuda a la persona y a sus cuidadores a distinguir los comportamientos de salud mejor adaptados a un funcionamiento personal e interpersonal más armonioso; esto debido a que, como mencionan las autoras, la violencia se agrava porque los cuidadores terminan cansados y sin recursos.
- **Percepción del adulto mayor acerca del proceso de muerte** por Martínez, Villareal y Camacho (2008). En este artículo, el entorno es concebido dependiendo de la interpretación personal, es así como el encontrarse en un ambiente hospitalario puede asociarse de forma negativa con el proceso de muerte, pues la persona adulta mayor se encuentra lejos de su familia y de quienes le son importantes. Por el contrario, el hogar puede llegar a representar un ambiente agradable y seguro durante esta etapa. Así mismo la

salud se ve afectada por el proceso de envejecimiento lo que lleva, según su percepción, a un estado de enfermedad asociado directamente con la muerte; ambas se deben combatir a cualquier precio. Esa situación es aún más notable en el occidente, donde *“la muerte es considerada como negativa, tabú, considerándosele como el máximo mal que le puede ocurrir”* (Martínez y otros, 2010, p.33). El ser viejo es sinónimo de inutilidad y de carga para la familia y la sociedad, esto se traduce en abandono o negligencia por lo que el adulto mayor experimenta angustia y con mayor frecuencia la aproximación de la inevitable muerte; sucede lo contrario para aquellos quienes cuentan con soporte emocional convirtiéndose así, en un hecho importante para un ser bio-psico-socio-cultural-espiritual. Al brindar atención a estas personas, la enfermera debe integrar la experiencia a través del contacto directo con ellos/ellas, lo cual le permitirá madurar, crear y ser cada día más sensitiva. Menciona Nightingale que *“el papel fundamental de la enfermera es situar al paciente en el mejor estado posible para que la naturaleza actúe en él”* (citado por Martínez y otros, 2010, p.35).

- **Respuesta adaptativa de mujeres en climaterio y menopausia** por Pérez, Medina y Espericueta (2011). El entorno, en este artículo, está relacionado con el apoyo o ausencia del mismo dentro del grupo familiar. Esto durante las diferentes formas de reaccionar a la falta de síntesis de estrógenos, pues el medio influye de forma positiva o negativa según el apoyo o estímulo que genere sobre la persona. Por ejemplo, si el compañero o esposo de una mujer sabe comprenderla y entiende cuando ella pasa por esta etapa, el entorno se vuelve un factor que influye favorablemente para enfrentar este periodo. Así mismo la salud está determinada por el contexto el cual llega a ser perjudicial o dañino cuando hay enfermedad o faltan los elementos que constituyen la buena salud. Muestra de ello es que la menopausia como problema, puede llegar a perdurar hasta por ocho o nueve años, al mismo tiempo la salud de la mujer en etapa reproductiva se ve disminuida debido al proceso fisiológico normal que se da con la presencia del climaterio y la menopausia, y esta se puede manifestar al mismo tiempo por crisis repentina de llanto, irritabilidad, incomprensión, nerviosismo, angustia, insomnio, depresión, inestabilidad emocional y ansiedad. La forma en que la situación sea enfrentada está estrechamente ligada a la respuesta fisiológica y de la misma forma a la dependencia del rol de la mujer en su ambiente, ella busca las condiciones de salud óptima según la respuesta que pueda dar por sí misma y en relación total de su reacción biológica, cultural y psicológica. Bajo la luz de Pérez et als, el cuidado está basado en la atención directa del problema, atacar la causa mediante medicación, tomar jugos y muchos líquidos o fibra para el estreñimiento, utilizar tratamiento para la caída del cabello y bañarse en el caso de los bochornos.
- **Intervención educativa sobre sexualidad y autocuidado en adolescentes de secundaria en Tijuana.** Castañeda y Moreno (2010). En esta publicación se plantea que, para los jóvenes, el entorno puede llegar a ser bastante beneficioso como mencionan las investigadoras pues,

“Una educación sexual adecuada y fundamentada en las necesidades físicas, fisiológicas y socioculturales del adolescente dentro del ámbito de la educación pública, puede generar repercusiones positivas en las expectativas y calidad de vida de los adolescentes”. (Castañeda y Moreno, 2010.)

Sin embargo si no hay una adecuada guía de los padres los conflictos pueden acrecentarse y los resultados pueden tener consecuencias no deseadas hasta un punto de caos, Castañeda y Moreno mencionan: *“Los adultos suponen que con decir no y promover el terrorismo sexual sería suficiente para lograr una sexualidad responsable, sin embargo, la prohibición ha sido insuficiente”.* Todo esto demuestra el estímulo beneficioso o perjudicial del que habla Kerouac (1996) en el entorno desde el paradigma de la integración cuando menciona que el contexto tiene interacciones circulares y que dependiendo de la educación de los padres esté influencia en el joven a ser tener un comportamiento y estilo de vida determinado, en este caso sexualmente responsable o no.

“La salud se evidencia cuando se es sexualmente activo como se caracteriza la población juvenil, por lo cual en ocasiones puede experimentar conductas de riesgo”, y este... “coloca a sus miembros en una situación susceptible de contraer diversos tipos de infecciones de transmisión sexual”. (Castañeda y Moreno, 2010)

Es aquí un bien por el que se debe luchar de manera que si hay factores que intervienen generando resultados perniciosos como enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados y temores de iniciar una vida coital sin información suficiente, verdadera y temprana por lo que se debe transformar este pensamiento. Como es natural en los padres estos procuran una educación superior y una preparación adecuada ante la necesidad del adolescente de formar parte de un mundo ahora independiente, alejados de la necesidad de tener que supervisarlos constantemente como pocos años antes cuando eran niños, sin embargo, ahora los ya no tan pequeños, son personas que presentan cambios físicos acelerados a tal ritmo, que no son conscientes de ello. Según las autoras de esta investigación, por lo general los jóvenes no reconocen la necesidad de protegerse por no tener integrada la noción del riesgo. El cuidado en forma de educación y acompañamiento no represivo es el mejor abordaje que se puede desarrollar con los adolescentes. Este resulta ser una herramienta ideal, pues se puede orientar a los jóvenes acerca de los cambios y procesos del desarrollo físico, emocional y madurez sexual conduciéndolos al ejercicio responsable de su sexualidad. Agregan Castañeda y Moreno que el personal de salud debe estar debidamente capacitado y actualizado en temas de salud sexual, comunicación y psicología en el adolescente para poder llevar a cabo una adecuada educación que modifique el conocimiento de los jóvenes.

- **Conducta sexual de riesgo para VIH/SIDA en jóvenes universitarios.** Valle, Benavides, Álvarez, Peña (2011). El entorno de los jóvenes, según este artículo, es altamente influenciado por el alcohol. Esto genera en ellos conductas de alto riesgo al igual que el consumo de sustancias tóxicas especialmente por la exposición en ambientes donde estas abundan. De acuerdo con las autoras, las enfermedades de transmisión sexual van en aumento de mane-

ra muy preocupante; indican que en cuestión de tres años los casos de VIH/SIDA se incrementaron de 110 a 1098 en el estado de Nueva León, México, casi diez veces, conectado con comportamientos de riesgo como iniciar relaciones sexuales a edades muy tempranas lo que incrementa el número de parejas sexuales. Todo esto nos habla de la relación directa entre un ambiente nocivo y lo perjudicial que puede ser sobre la salud del ser humano a esta edad. El hecho de que los jóvenes se encuentren en edad adolescente es suficiente razón de riesgo. Valle, Benavides y Álvarez describen a la persona en esta edad: *“Los jóvenes adolescentes son uno de los grupos particularmente vulnerable al VIH y a otras infecciones de transmisión sexual”*; además recalcan la etapa por la que pasan, *“Se encuentran en un periodo de la vida donde existen múltiples cambios biopsicosociales que los llevan a la experimentación sexual en busca de una identidad”*. Es claro que hay una importante y fuerte influencia de la cultura, la sociedad, la educación en el hogar y en escuelas y la presión que ejerce el grupo de iguales sobre el comportamiento y forma de pensar de los jóvenes lo que define a la personas como un ser de múltiples dimensiones. Al igual que en los artículos de Castañeda y Moreno, (2008) el cuidado se percibe de una forma holística, pues a esta edad se necesita de información temprana, real y ajustada a sus necesidades reales, sin tabúes. El profesional de enfermería debe estar muy bien preparado para lograr el acercamiento tanto a los jóvenes a edades tempranas, como universitarios y al mismo tiempo a sus familias.

- ***Síndrome de Burnout en enfermeras de un centro médico*** por Ballinas, Alarcón y Balseiro (2009). Según este artículo, el entorno se percibe como negativo, un lugar en donde se atienden a usuarios que atraviesan situaciones de dolor o aflicción, además representa el uso de tecnologías de difícil manejo lo cual puede provocar estrés. Así mismo, el contacto continuo con el sufrimiento y la muerte, y la presencia de conflictivas con el equipo de trabajo evidencia un lugar crítico que puede influir claramente en la salud de la persona, la cual se ve afectada por la aparición de condiciones patológicas que influyen en su desempeño laboral. Se presenta bajo reconocimiento, falta de autonomía, presión, procesos de duelo, falta de estrategias de afrontamiento, baja realización personal, agotamiento emocional, despersonalización; las demandas cualitativas y cuantitativas exceden los recursos tanto personales como organizacionales de los que dispone para afrontarlas; sin embargo, esto se puede evitar mediante actividades específicas de prevención. De lo contrario se observa deterioro en la atención y cuidado al paciente, el cual debería ser eficiente, inmediato, específico y un acto de satisfacción.
- ***Síndrome de Burnout en enfermeras de un hospital regional*** por Tapia, Ávalos, Vargas, Alcántar, Gómez y Rodríguez (2009). En esta publicación el entorno se percibe como un lugar con estímulos negativos en el cual se realiza contacto directo con personas o pacientes y se evidencia exceso de trabajo y sobrecarga. Esto lo hace inadecuado; sin embargo, los efectos de este entorno en la persona pueden variar si esta posee soporte social o familiar. La salud se ve claramente opacada por la presencia de la enfermedad producida por los daños patológicos del trabajador, causados o

potenciados por los esfuerzos repetitivos o continuos físicos o mentales realizados en el ejercicio del trabajo. También se ve afectada por síntomas negativos como pérdida de energía, agotamiento, ansiedad y depresión, desmotivación, agresividad con los pacientes y el personal; es decir, dañada por el estrés. Lo anterior causa que la persona sufra cierta despersonalización, pérdida de la autoestima y amenazas al propio yo, construya murallas como mecanismos de defensa, experimente cambios en el carácter, insatisfacción laboral, disfunción familiar, y hostilidad. Sin embargo, se visualiza a la persona como un ser que es capaz de manejar situaciones críticas con desempeño eficiente y efectivo mediante estrategias de afrontamiento; de esta forma logrará proporcionar cuidados al individuo, familia y comunidad bajo conocimientos científicos, técnicos y humanísticos, mediada por el contacto y establecimiento de una relación afectiva y humanizada con la persona a la que ayuda.

- ***Modelo de intervención de AFASINCA para familiares de niños con cáncer*** por Chacón y Cisneros (2011). En este artículo, el entorno se percibe cargado emocionalmente y marcado por cambios importantes, por lo que en él se debe desarrollar colaboración entre los familiares de estos niños y el personal de enfermería, ya que debido al proceso mórbido, se presentan cambios en los roles, se deben reorganizar funciones e inclusive hacer ajustes materiales, lo cual indica que se ve modificado. Por su parte, la salud se ve condicionada por la adhesión al tratamiento, la aceptación de los cambios estructurales y conceptuales y formas de percibir las distintas situaciones, y está determinada por la compañía familiar, quienes buscan la protección y la promoción de la salud, aun con la enfermedad. La persona presenta valores, expectativas, creencias, a pesar de los cambios emocionales que experimenta es capaz de empoderarse de sus propios recursos psicológicos, para lograr su autoayuda; posee la capacidad de encontrar soluciones adaptativas de manera independiente ante situaciones conflictivas o de crisis, y puede cambiar su conducta, para mejorar su afrontamiento. El cuidado se basa en brindar una atención humanista, en la puesta en práctica de conocimientos y habilidades aprendidos para proporcionar los cuidados con profesionalismo. Se encuentra influenciado por nuevos modelos de cuidado, busca el acercamiento a la familia para entender sus cambios contextuales y reasegurar el ejercicio de la enfermería, lo cual incluye usar un lenguaje unificado, fundamentado en teorías. El principal objetivo es la valoración de afrontamiento de la familia, posteriormente orientar, apoyar, facilitar recursos, desarrollar planes de intervención con enfoque biopsicosocial capaz de considerar la singularidad de la situación familiar en el modo de vivenciar sus experiencias y los impactos psíquicos y sociales que les provoca el cáncer en el niño.
- ***Efecto del reiki como cuidado de enfermería en el control metabólico de la diabetes tipo 2*** por Ávila, Gómez y Tuz (2010). El entorno, según esta publicación, se puede modificar mediante técnicas como: música de fondo, posición supina, incienso de canela en sesiones de 30 minutos, tres veces a la semana y los resultados se verán en la salud. La salud de la persona con diabetes se ve afectada por alteraciones en la presión arterial, los niveles de glucosa, colesterol y triglicéridos. Sin embargo, puede verse be-

neficiada por la práctica de terapias alternativas que promueven la elevación del espíritu -salud mental-, proporcionan bienestar energético, lo cual conlleva al beneficio físico manifestado por la normo-glicemia y por consecuencia, una elevación en la calidad de vida de estas personas, las cuales son seres capaces de poner en práctica terapias para el apoyo en su autocuidado, poseen centros internos de energía que se pueden identificar como chakras en cara, sienes, occipital, cuello, pecho, tanden, abdomen, hombros, omoplatos, lumbares y sacros. Cada persona se visualiza como un ser humano unitario con potencial para modificar su salud, que siente los efectos del reiki en sus dimensiones: física, psicológica y espiritual. El cuidado está representado por la inclusión de nuevas alternativas y el uso de terapias complementarias integrales, que para la disciplina son creativas e innovadoras.

- **Bienestar espiritual en pacientes con cáncer de mama identificado a través de la relación enfermera – paciente** por Gallegos y Hernández (2010). El entorno es caracterizado por problemas sociales, en muchos de los casos, modificado por el personal de enfermería en el servicio de quimioterapia ambulatorio. La persona lo vivencia dependiendo de su historia espiritual. La salud se ve opacada por la enfermedad, con el cáncer de mama, que afecta la calidad de vida, se presentan alteraciones como depresión, ansiedad, sufrimiento espiritual y físico, miedo. De esta forma la persona presenta problemas y necesidades psicológicas, fisiológicas y espirituales; vive una experiencia devastadora, evoca sentimientos de temor y pesar, incertidumbre, acepta o no la enfermedad; a pesar de lo anterior se visualiza una persona que posee valores, actitudes, creencias, y conocimiento, capaz de afrontar mejor la situación, tiene como componente innato la espiritualidad que lo motiva y le permite buscar un sentido a la vida, preguntarse sobre el origen, su identidad y bienestar, fortalecer su capacidad de adaptación, así mismo descubre su habilidad para reorientar su sentir a fin de conducirlo a la salud, es decir es responsable de su autocuidado. Por su parte el cuidado se brinda con objetivos hacia la comunicación efectiva, busca ayudar a la persona a manejar sus emociones, y permitirle expresar dudas, favorece la expresión de sentimientos; busca influir en la calidad de vida de los pacientes y establecer programas de intervención específicos que intervengan de forma positiva en el bienestar espiritual de las pacientes.
- **Actitud clínica de estudiantes de enfermería en la atención psiquiátrica: comparación de dos estrategias educativas** por Angulo y Valencia (2010). En el entorno incorpora prácticas educativas participativas que promueven la motivación y una forma de aprendizaje diferente a lo tradicional en los Centros de trabajo y el aula. La salud se muestra alterada por la presencia de patología mental en los pacientes psiquiátricos; incluye aspectos relacionados con la conducta, los sentimientos, los valores, las creencias, la forma de ser, la manera de relacionarse con las personas y el resto del mundo. Los estudiantes son personas que reconstruyen el conocimiento, tiene actitudes y modos de actuación, aprenden y asimilan las teorías, disposiciones y conductas, no solo como consecuencia de la transmisión e intercambio de ideas y conocimientos explícitos en el currículum oficial, sino también como consecuen-

cia de las interacciones sociales. Así mismo, experimentan la aptitud clínica: capacidad para identificar situaciones problemáticas a través del reconocimiento de datos clínicos y para clínicos, que permiten establecer un diagnóstico, realizar intervenciones individualizadas con fundamentación teórica, actitud reflexiva, crítica y enjuiciadora para aprender de la salud mental en los distintos escenarios. Para lograrlo deben tener la capacidad de detectar, apreciar e interpretar situaciones clínicas relevantes, actuar de forma precisa e individualizada con medidas apropiadas e identificar riesgos y actuar oportunamente con diferentes grados de profundidad. El cuidado tiene como objetivo el educar, que implica transmitir información, orientar a provocar la organización racional de la información fragmentaria recibida y la reconstrucción de las percepciones acríicas. En esta tarea se identifican dos tensiones educativas: tendencia a lo tradicional: enfoque pasivo, prácticas educativas cuyo efecto es acallar la iniciativa, propiciar el conformismo y la sumisión de los estudiantes, hacerlos dependientes de un saber heterónomo. Y la tendencia participativa que incluye aquellas acciones que apelan a la motivación del educando, promueve el desarrollo de una experiencia mediada por la crítica, cuyo ámbito de acción es rescatar la diversidad de experiencias que influyen decisivamente en el alumno.

- **Nivel de adaptación: rol e interdependencia de pacientes en diálisis peritoneal continua ambulatoria** por Ramírez, García y Alarcón (2008). El entorno representa un ambiente cambiante, influenciado por el grado de adaptación, mediado por las condiciones, circunstancias, e influencias que rodean y que afectan el desarrollo y el comportamiento de las personas, produce estímulos externos. En este entorno, la familia es fundamental para promover la adaptación, actúa como estímulo positivo. La salud se ve afectada por la enfermedad y el tratamiento: insuficiencia renal crónica y diálisis peritoneal continua ambulatoria. Esto representa un proceso continuo de deterioro funcional físico (nefrosas). En este artículo, la persona presenta modos de desempeño del rol y modo de interdependencia en nivel de adaptación compensatorio e integrado respectivamente; ve afectada su autoestima y sus roles. A pesar de lo anterior presenta respuestas humanas para hacer frente a los cambios ambientales, ya que es un ser humano que tiene la capacidad de adaptarse e interactuar con el medio ambiente. Está influenciada por las experiencias a través de la vida que contribuye a las respuestas a los estímulos particulares y su nivel de adaptación. El cuidado está dirigido a fortalecer los estímulos positivos y evitar, controlar o eliminar los negativos, para garantizar un óptimo estado de salud de estas personas, educar al paciente para evitar complicaciones, reconocer problemas psicológicos: afectividad, cognición, conducta, asistencia al tratamiento, relaciones interpersonales: hostilidad a las demandas. Tiene como meta la promoción de la adaptación del sistema humano e implica la evaluación del comportamiento y de los factores que afectan la adaptación, y la intervención para promover sus capacidades adaptativas.

REFLEXIONES FINALES

En la evaluación de los artículos en estudio se ha detectado diversas concepciones sobre el “Entorno”. Este representa un contexto social o cultural cargado de estímulos que influyen en el individuo dependiendo de la interpretación y el apoyo con que cuenta -recursos internos y externos-. La ausencia de estos puede llegar a ser vista como un problema, un riesgo o causante de estrés y dolor. El entorno, puede llegar a ser modificable bajo el interés del individuo y la guía brindada por el profesional de enfermería, buscando mantenerse adaptable a las circunstancias; lo cual evidencia esta percepción bajo la luz del paradigma de la integración que reconoce que: *“Las interacciones entre el entorno y la persona se hacen bajo la forma de estímulos positivos o negativos y de reacciones de adaptación”* (Kerouac, 1996).

Por otra parte, se menciona que el entorno incorpora prácticas y formas innovadoras; en este sentido es percibido desde el paradigma de la transformación, ya que *“evoluciona a un ritmo cuya orientación, amplitud y velocidad están estrechamente unidas a las interacciones pasadas, presentes y futuras entre dicho entorno y el ser humano”*. (Kerouac, 1996).

Desde este punto de vista la concepción del entorno estaría dirigida a las condiciones, contextos o circunstancias, que, como mencionan Santos-Ruiz y otros, *“afectan el desarrollo y comportamiento y vida de la persona”*. Esto dejaría excluida la importancia del escenario físico (casa, hospital, trabajo, oficina, etc.) en el cual se incluye aspectos como la iluminación, la calidad de aire y ventilación, tamaño y forma del espacio, la temperatura ambiental, la higiene, el acceso y ubicación del lugar. Este hecho ha sido demostrado – desde tiempos de Florence Nightingale– en múltiples estudios que recalcan la influencia del entorno físico en la salud de las personas y comunidades en general. Así mismo, en esta concepción, si bien se habla de un contexto como influyente en el individuo, no se hace mención de las grandes fuerzas sociales, económicas y políticas que determinan ese contexto, como bien lo menciona Browne (2001) en su artículo. Desde este punto de vista el entorno se concibe incompleto.

La salud es percibida como un estado de bienestar que se ve afectada por la aparición de síntomas físicos, procesos paliativos, tratamientos y crisis emocionales que conllevan a la enfermedad, vista como una condición de deterioro. Esta se encuentra influenciada por el contexto, el nivel educativo, los sentimientos, los valores, las creencias, las relaciones interpersonales y las conductas de riesgo que caracterizan un individuo. Cuando se encuentra afectada puede llegar a restablecerse mediante la utilización de recursos internos (estrategias de afrontamiento) y externos, en conjunto con la intervención de la enfermera, para así desarrollar la capacidad de adaptación a las situaciones. Desde este punto de vista la salud se concibe bajo el paradigma de la integración que como menciona Kerouac (1996) es un ideal que se ha de conseguir y está influenciado por el contexto en el que la persona vive. Por el contrario, observamos que en algunos de los artículos la salud se ve afectada exclusivamente por la presencia de la enfermedad unicausal, sin que medie el contexto como en el paradigma de la categorización. Por otro lado se menciona que se puede mejorar la experiencia individual de la salud mediante el uso de terapias alternati-

vas, transformando la calidad de vida, lo cual representa un cambio de mentalidad: Paradigma de la Transformación. Se puede apreciar que la concepción de la salud en los artículos no toma en cuenta los factores socioeconómicos y políticos que de alguna u otra forma son determinantes de los procesos de construcción de esta en los individuos, como lo menciona Browne. (2001)

En relación a la concepción de persona en los artículos, esta representa un ser humano integrado por aspectos biológicos, psicológicos, sociológicos, culturales y espirituales que tiene la capacidad de buscar las condiciones óptimas según la respuesta que pueda dar por sí mismo. Además, influye la etapa del desarrollo en que se encuentre, lo mismo que por la cultura, la sociedad y la educación, lo cual nos demuestra que es vista integralmente con recursos de afrontamiento, con carácter cambiante, capaz de mejorar situaciones críticas, de adaptarse e interactuar con el medio ambiente. Es influenciada por las experiencias a través de la vida y la presión del grupo de iguales, lo cual determina la respuesta a los estímulos particulares. Desde este punto de vista, la persona está bajo la concepción de la integración ya que *“...puede influenciar los factores preponderantes de su salud, teniendo en cuenta el contexto en que se encuentra. Busca las mejores condiciones posibles para obtener una salud y un bienestar óptimo”*. (Kerouac, 1996)

Además, se visualizan como seres en relación directa e indisoluble de su universo, capaces de empoderarse de sus propios recursos psicológicos para lograr su autoayuda, encuentran soluciones adaptativas de manera independiente ante situaciones conflictivas o de crisis, logra cambiar su conducta mejorando su afrontamiento. Se visualiza como un ser humano unitario, con muchas dimensiones tal y como es conceptualizado el paradigma de la transformación. Se debe mencionar que en algunos artículos, en oposición a lo anterior, la persona continúa siendo vista vulnerable y sigue siendo considerada según sus aspectos físicos: paradigma de la categorización

Según esta concepción, la persona es responsable de construir su propia salud y asistencia, desde este marco, se dejan de lado las desigualdades sociales y los factores que se entrecruzan y dan forma a las experiencias de los individuos, de tal forma, que, como lo menciona Browne (2001) estos supuestos refuerzan la visión de que las personas eligen libremente su bienestar.

En lo referente a la percepción del cuidado, este se concibe en los artículos analizados, como el acto de establecer contacto e indagar sobre las necesidades de las personas para guiarlas en la búsqueda de un funcionamiento personal e interpersonal más armonioso, mediante conocimientos científicos, técnicos y humanísticos. Se encuentra dirigido a fortalecer los estímulos positivos y evitar, controlar o eliminar los negativos, por medios como la evaluación y la educación, lo cual refleja la influencia del paradigma de la integración en el que:

“la enfermera evalúa las necesidades de ayuda de la persona teniendo en cuenta sus percepciones y su globalidad. Centra su atención en la situación presente, utiliza los principios de la relación de ayuda, intervenir significa actuar con la persona, a fin de responder a sus necesidades”. (Kerouac, 1996)

Así mismo, los autores consideran que la enfermera debe integrar la experiencia en su desempeño laboral, para brindar un abordaje más holístico y sensibilizado, ajustado a las necesidades reales mediante nuevos modelos fundamentados lo cual las posiciona en el paradigma de la transformación ya que:

“...la enfermera acompaña a la persona en sus experiencias de salud siguiendo su ritmo y su camino. Utiliza todo su ser, incluida una sensibilidad que comprende elementos más allá de lo visible y palpable”. (Kerouac, 1996)

En contraposición, al menos en uno de los artículos se concibe el cuidado como un acto dirigido a eliminar los problemas, cubrir el déficit y ayudar a los incapacitados mediante una atención directa, proporcionando la medicación y los tratamientos indicados, lo cual lo evidencia la presencia de la corriente categorista.

Pese a que se habla de un cuidado holístico, este se dirige únicamente a actuar con la persona; no se evidencia la intervención de enfermería con las estructuras y fuerzas sociales que influyen en las experiencias individuales y colectivas para el mejoramiento de estas condiciones, como menciona Browne (2001). Por lo tanto, el cuidado de la enfermería para trascender debe ampliar el enfoque e involucrarse con las realidades sociales.

A la luz de lo analizado, la concepción de los metaparadigmas en enfermería puede variar según el contexto. A pesar de las diversas interpretaciones que se den al final, se hace evidente –si es que realmente se quiere generar una transformación– la necesidad de que nuestra disciplina incorpore nuevos enfoques con el fin de redirigir nuestro quehacer no solo hacia mejorar la salud en los individuos sino también en las comunidades y las sociedades en general, tomando en cuenta en el cuidado las realidades del entorno que la afectan. ■

Bibliografía.

- Angulo, L. Valencia, L. (2010). Actitud clínica de estudiantes de enfermería en la atención psiquiátrica: Comparación de dos estrategias educativas. *Revista de enfermería del Instituto Mexicano de Seguridad Social*, 16 (3) 135-144
- Ávila, G. Gómez, P. Tuz, F. (2010). Efecto del reiki como cuidado de enfermería en el control metabólico de la diabetes tipo 2. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano de Seguridad Social*, 18 (2) 75-80
- Ballinas, A. Alarcón, C. y Balseiro, C. (2009). Síndrome de Burnout en enfermeras de un centro médico. *Revista de Enfermería Del Instituto Mexicano de Seguridad Social*, 17 (1) 23-29.
- Browne, Annette J. (2004). Response to critique of 'The influence of liberal political ideology on nursing science'. *Nursing inquiry*. Vol. 11 Issue 2, p122-123. 2p.
- Browne, Annette J. (2001). The influence of liberal political ideology on nursing science. *Nursing Inquir*. Vol. 8 Issue 2, p118-129. 12p.
- Castañeda, L. y Moreno, M. (2010). Intervención educativa sobre sexualidad y autocuidado en adolescentes de secundaria en Tijuana. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano de Seguridad Social*, 18 (2) 93-98.
- Chacón, M. Cisneros, M (2011). Modelo de intervención de AFASINCA para familiares de niños con cáncer. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano de Seguridad Social*, 19 (3) 155-161.
- Gallegos, M. Hernández, D. (2010). Bienestar espiritual en pacientes con cáncer de mama identificado a través de la relación enfermera – paciente. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano de Seguridad Social*, 16 (2) 99-104.
- Kerouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masso.
- Martínez, L. Villareal, E. y Camacho, N. (2008). Percepción del adulto mayor acerca del proceso de muerte. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano de Seguridad Social*, 16 (1) 31-36.
- McCutcheon T. Statement on nursing: a personal perspective gastroenterology. 2004; 27(5):226-229.
- Pérez, R. Medina, R. y Espericueta, R. (2011). Respuesta adaptativa de mujeres en climaterio y menopausia. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano de Seguridad Social*, 19 (3) 123-126.
- Ramírez, M. García, M. y Alarcón, M. (2008). Nivel de adaptación: rol e interdependencia de pacientes en diálisis peritoneal continua ambulatoria. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano de Seguridad Social*, 16 (3) 145-153.
- Santos-Ruiz, Susana; López-Parra, M; Varez-Pelaez, S; Abril-Sabater, Visión del profesional de enfermería sobre el entorno como parte integrante del metaparadigma. *Enferm. glob. n.18 Murcia feb. 2010*.
- Tapia, T. Ávalos, M. Vargas, R. y Alcántar, R. Gómez, C. Rodríguez, A. (2009). Síndrome de Burnout en enfermeras de un hospital regional. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano de Seguridad Social*, 17 (1) 31-38.
- Valle, M. Benavides, R. Álvarez, A. Peña, J. (2011). Conducta sexual de riesgo para VIH/SIDA en jóvenes universitarios. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano de Seguridad Social*, 19 (3) 133-136.
- Vargas, E. Velázquez, C. Galicia, L. Villareal, E. Martínez, L. (2011). Tipo de violencia familiar que percibe el adulto mayor. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano de Seguridad Social*, 19 (2) 63-69.
- Vargas, R. Pacheco, A. Arellano, M. Martínez, L. y Galicia, I. (2008). Percepción de Enfermería en torno a la muerte de paciente en etapa terminal. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano de Seguridad Social*, 16 (1) 31-36.

El Colegio de Enfermeras de Costa Rica

felicita a:

JULIETA RODRÍGUEZ RAMÍREZ



autora del artículo:

“Impresiones y percepciones del personal de Enfermería del Hospital Nacional Psiquiátrico con respecto a su Modelo de Gestión, año 2012.”

Ganadora del

IV CERTAMEN NACIONAL DE ARTÍCULOS CIENTÍFICOS EN ENFERMERÍA.

Agradecemos a todos y todas quienes con sus artículos, contribuyeron al desarrollo de la ciencia de enfermería.



Allan Rodríguez Artavia

Enfermero ginecoobstetra y perinatal, Estudiante del Doctorado en Estudios de la Sociedad y la Cultura, UCR. Hospital San Vicente de Paúl.

El derecho a la salud en las inmigrantes nicaragüenses: una realidad a medias desde el trato de igualdad al otro.

✉ allanrodriguez.a@gmail.com

Recibido el 3 de marzo del 2013
Aceptado el 8 de junio del 2013

Right to Health in Nicaraguan Immigrants: an Unaccomplished Reality from the Perspective of an Egalitarian Treatment

RESUMEN:

El presente trabajo pretende, a través de la reflexión teórica, demostrar que las inmigrantes nicaragüenses reciben un trato desigual con respecto a lo que dicta el derecho de igualdad en la atención de los servicios de salud y en general dentro de un contexto social que les es adverso. Utiliza para su análisis la percepción que estas mujeres tienen de la realidad vivida, y el planteamiento que, desde las relaciones de poder, posibilita tales conductas. Se concluye que a pesar de que existen en el país algunas normativas que deberían solventar el trato inhumano e impersonal que reciben, a nivel social el discurso de una supuesta "superioridad" ejercida en parte por las relaciones de poder continúa estando presente en el común de las personas, y motiva a que se repitan conductas alejadas de la consciencia del humanismo y del valor del ser humano.

ABSTRACT:

This paper aims to, through theoretical reflection; demonstrate that Nicaraguan immigrants receive an unequal treatment with respect to the dictates of the right to equality in the care of health services, generally amidst an adverse social context. It analyzes the perception that these women have of the reality they experience and the approach that, from power relations, allows for an excluding behavior. It is concluded that, although there are some regulations in the country that should solve the impersonal and inhuman treatment they receive, at a social level a supposed "superiority" exerted by power relations, is still present among people in general, which encourages conducts removed from the consciousness of both humanity and the value of human-beingness.

PALABRAS CLAVE:

Inmigrante, Mujer, Nicaragüenses, Salud, Relaciones de poder

KEY WORDS:

Immigrant Women, Nicaraguans, Health, Power Relations.



"Aunque esta población (la Nicaragüense) representa un número muy inferior de lo que muchos consideran, constantemente es señalada como la culpable de la inseguridad ciudadana, de la problemática social e incluso hasta de la crisis de la Caja Costarricense del Seguro Social. Esta percepción propicia una serie de conductas despectivas las cuales no han sido posible eliminar..."

INTRODUCCIÓN

Costa Rica y Nicaragua como naciones vecinas separadas por una simple frontera inventada por los hombres, comparten un sin número de características que los asemejan y los diferencian. Sin embargo, al enfrentar realidades como la de la migración, no importa el lado en que se esté, debe prevalecer la consideración al punto de vista del individuo, del sujeto, o de la persona que se encuentra detrás del evento, no solo en el nivel macro, o de la estadística económica, sino en el de la realidad concreta de los sujetos reales.

Según los datos del Informe de Resultados del X Censo Nacional de Población y VI de Vivienda 2011, en el país, de un total de 385 899 personas que residen y que nacieron fuera de las fronteras costarricenses, un 74,6% provienen de Nicaragua, cantidad de individuos que representa tan solo un 6,69% de la población total que vive en Costa Rica (INEC, 2012).

Aunque esta población representa un número muy inferior de lo que muchos consideran, constantemente es señalada como la culpable de la inseguridad ciudadana, de la problemática social e incluso hasta de la crisis de la Caja Costarricense del Seguro Social. Esta percepción propicia una serie de conductas despectivas las cuales no ha sido posible eliminar, como lo señala Mojica- Mendieta (2006):

"...aquellas significaciones simbólicas, culturales y prácticas sociales asociadas con las políticas racializadas, la discriminación, la xenofobia y la segregación étnica. Más bien prevalecen los sentimientos de amenaza a mitos que refuerzan la supuesta homogeneidad y "blanquitud" del "ser costarricense", a la supuesta estabilidad "democrática", la "paz" y el "bienestar" social, al "equilibrio" económico, presente en el imaginario colectivo...". (p. 107-108)

Este tipo de conductas que sin duda representan una especie de nacionalismo victimizador, arremete contra los migrantes y en especial en contra de las mujeres, por el fenómeno de la "feminización de las migraciones", y conduce a un constructo de idealizaciones que las lleva a considerar al inmigrante como "invasor" o "parásito" que llevan caos donde quiera que llegan. (Loría, 2007)

Este tipo de abstracciones hacen pensar a algunos que su propio derecho a la atención en salud es o puede ser amenazado y perjudicado por los inmigrantes nicaragüenses, quienes al requerir atención por situaciones como la gestación limitan al nacional en cuanto a la calidad y beneficios que el sistema de salud les debe de dar.

"Este tipo de conductas que sin duda representan una especie de nacionalismo victimizador, arremete contra los migrantes y en especial en contra de las mujeres, por el fenómeno de la "feminización de las migraciones", y conduce a un constructo de idealizaciones que las lleva a considerar al inmigrante como "invasor" o "parásito" que llevan caos donde quiera que llegan"

(Loría, 2007)

Este tipo de manifestaciones son inclusive expresadas en diversas circunstancias por el propio personal de salud, en frases como "... *cruzó solo para que naciera en Costa Rica...*", o "*estamos como estamos por tanta nica que viene al hospital...*", haciendo en la mayoría de los casos juicios a priori, casi siempre peyorativos, sin ahondar en las verdaderas situaciones que han provocado que esta realidad se esté experimentando.

Dicha situación ha conllevado que se pierda esa consideración por el otro, sin importar quien sea, y se experimente una realidad tergiversada que pone dos contextos muy diferentes, por un lado la víctima, las migrantes nicaragüenses que consultan a los servicios de salud. Y por otro lado a los victimarios que corresponden a alguna parte del personal de salud y en general a otra parte de la sociedad costarricense.

Esta inclusión de roles, que manifiesta relaciones de poder e identifica una cierta identidad "superior", se ejercita en el (mal) trato y predominantemente en el lenguaje hacia migrante (nicaragüense). Se trata de un portento como lo indica Foucault en donde se da "*... un lenguaje que preexiste silenciosamente al discurso por medio del cual se intenta hacerlo hablar...*". (Foucault, 2002, p.96) Agregado a ello en el caso del sector salud, como ya se ha mencionado, esta realidad no es indiferente, dado que el migrante nicaragüense, en especial la mujer, debe desde los constructos de la salubridad de Costa Rica, ser atendida en su proceso de gestación en los centros de salud públicos.

Esta atención siempre ha estado mediada en parte por ese mismo lenguaje oculto y discurso del poder sobre el cuerpo, obligando a que desde la mirada del otro, desde el punto de vista de la migrante se perciba su presencia como una "*extraña siendo persona entre las personas*". (Relato de "Adela", en Rodríguez, 2013.)

El presente trabajo abordará algunas de las principales consideraciones en torno al derecho de la inmigrante nicaragüense a la atención en salud, enfocando este escenario no en consideraciones del fenómeno macro o del grupo como población con interés económico o social, sino abordando la percepción de dicha realidad desde el sujeto individual, desde su experiencia en cuanto es sujeto de derecho.

Para ello se utilizará y se tomará en consideración las expresiones de las propias personas nicaragüenses, las cuales por medio de las respuestas de una breve entrevista guiada darán a conocer su sentir en relación con el trato que como sujetos reciben en el suelo costarricense. Al mismo tiempo, con la revisión bibliográfica tanto en literatura como prensa digital se analizarán esas apreciaciones para plantear que detrás de las comunes situaciones que se experimentan a diario, son las relaciones de sociedad, política, saber, discurso..., (relaciones de poder), (Foucault, 2000) las que aún continúan, manejando muchas de las formas del actuar en la convivencia entre los seres humanos, y siguen proveyendo las diferentes estrategias, para que dichas estructuras y paradigmas se mantengan a flote.

INMIGRACIÓN, SALUD Y RELACIONES DE PODER

En el contexto de la salud, como ya era señalado por Foucault, la medicina establece una estructura que funciona como aparato disciplinario, dado que pone a andar en su accionar mecanismos de normalización que pretenden, entre muchas cosas, mantener un control sobre los individuos. (Foucault, 2001, p.26)

Foucault señala este fenómeno afirmando que:

"... el aparato carcelario ha recurrido a tres grandes esquemas: el esquema político-moral del aislamiento individual y de la jerarquía; el modelo económico de la fuerza aplicada a un trabajo obligatorio; y el modelo técnico médico de la curación y de la normalización. La celda, el taller, el hospital..." (Foucault, 2008, p.286)

Este tipo de mecanismos es lo que ha contribuido desde su invención, a que desde este escenario se ejerzan, con mayor fuerza, las relaciones de dominación sobre el otro, desvirtuando y convirtiendo al individuo en un mero cuerpo que sin autonomía se ve inmerso en un mundo en donde no tiene la oportunidad de elegir sobre los otros y menos sobre sí.

Este proceso de relaciones que llega a descomponer al sujeto y lo ubica en el juego del saber-poder, desde una posición inferior y minimizada, no es indiferente al nacional o al extranjero. No obstante ataca con mayor fuerza al que considera extraño, al no invitado, al inmigrante, y lo victimiza hasta el límite a fin de poder sacar de él todo lo necesario para controlarle y vigilarle tanto dentro como fuera del aparato medicalizador.

Es en este contexto que la usuaria inmigrante encuentra en muchas ocasiones una obstinación del sistema de salud, pues esta extranjera, que en ocasiones representa resistencia, no es grata a un aparato que ostenta una estructura definida y que teme abruptamente al "no transformado", por ser un elemento que de cierta manera pone en peligro a dicho método disciplinario.

Como parte de ese poder que no solo se queda en el recinto de salud sino que se extiende hacia toda la sociedad y se ve representado en los diferentes aparatos (educación, trabajo, gobierno, religión, entre otros), al desconocido, al inmigrante se le trata de “normalizar” y de colocarlo en una posición de ente contenido y dominado desde esos aparatos disciplinarios, con el fin particular de convertirle en un objeto de producción para determinados intereses. Como indica Foucault:

“... el sistema “disciplina-normalización”, me parece que es un poder que, de hecho, no es represivo sino productivo; la represión no figura en él más que en el concepto de efecto lateral y secundario...”
(Foucault, 2001, p.56)

Esta realidad, común a muchos extranjeros, es lo que sustenta el establecimiento de un trato que olvida el derecho a la salud en la población migrante la cual claramente establece que para el caso de las gestantes extranjeras (nicaragüenses), que las mismas tienen

“...derecho a los servicios de información materno infantil, al control médico durante su embarazo; a la atención del parto y a recibir alimentos para completar su dieta, o la del niño, durante el periodo de lactancia. Y su condición migratoria irregular no limita este derecho...”
(Art. 12 de la Ley General de Salud, citado por López, 2011, p.57)

Aún así, se sigue inculcando a estas personas como las responsables de las desgracias del sistema de salud y se les somete y despersonaliza, a pesar de que muchas de ellas son aseguradas y tienen las mismas posibilidades en la atención que los nacionales.

Este fenómeno de la culpabilización no es extraño de encontrar en los comentarios de los costarricenses, especialmente en relación con las noticias de la crisis en la seguridad social y de la CCSS. Un ejemplo de ello se nota en este comentario

“Abel Pacheco le abrió las fronteras de par en par a los indocumentados nicaragüenses, (atención gratuita, dictaminado por sala IV, además piden medicamentos para ser vendidos en Nicaragua), (...) Esas son las causas de la crisis, las soluciones están en las mismas causas”.
(Soto, 2011, Comentario en línea ante la noticia Gobierno se endeudará para poder adelantar pago a la CCSS, Periódico la Nación)

Es claro que desde esta perspectiva los inmigrantes son directamente responsables de la situación de la crisis del sector salud del país y que la solución consistiría en eliminar la atención de estos sujetos. Por otra parte se agrega que

“El gobierno de este país desde hace mucho tiempo ha venido perdiendo el control en los servicios de salud y esto tiene una causa principal, se llama inmigración, el servicio de salud apenas podría dar la talla con los ticos que vivimos en nuestro país...” (Rivera Monge, 2011, Comentario en línea ante la noticia Gobierno se endeudará para poder adelantar pago a la CCSS, Periódico la Nación).

O bien observaciones en las que de manera común se expresa que las medidas y pautas “benefician” a los inmigrantes, “desmejorando” la calidad en la atención que debe de recibir el nacional y que insta a salir de tal estado de adormecimiento

“Increíble lo sumisos que somos los costarricenses que nos dejemos aumentar el seguro para que sigan atendiendo gratis a los indocumentados. Y nosotros que somos los que aportamos no contemos con servicio de calidad ni disponibilidad de camas y medicamentos cuando lo requerimos. Dejemos la alcahuetería. Esto solo pasa en este país (Núñez, 2011, Comentario en línea ante la noticia Gobierno se endeudará para poder adelantar pago a la CCSS, Periódico la Nación).

Estos entrelazamientos de palabras, como lo dijo Foucault, develan “la multiplicidad de las relaciones de fuerza inmanentes y propias del dominio en que se ejercen y que son constitutivas de la organización” (Foucault, 1991 p.112). Lenguaje que contiene un discurso oculto que veta al inmigrante y lo culpabiliza de acciones en las cuales no tiene responsabilidad. Con ello se sigue conservando un constructo de situaciones que los posiciona, especialmente a las mujeres, sobre una balanza no equilibrada en posición de desigualdad en relación con el trato y el derecho a la salud, y que las obliga a mantenerse y verse como “el mendigo que debe de recibir la caridad”.

Dentro de este marco discursivo se proyecta un esquema de relaciones en la que la microfísica del poder, que se ocupa de una cierta forma de control sobre el migrante, le obliga y mantiene en un perfil de inferioridad, de la cual no puede salir pues repetidamente se le devuelve al lugar de (no) persona, para continuar manejando su vida y su expresión social.

No obstante se debe tener presente que mientras esta realidad se continúe practicando, la posibilidad de una atención de derecho igualitaria es imaginaria. Al imponerse el argumento de poder se continuará socavando a los individuos, haciéndolos perder su condición de seres humanos.

“...la usuaria inmigrante encuentra en muchas ocasiones una obstinación del sistema de salud, pues esta extranjera, que en ocasiones representa resistencia, no es grata a un aparato que ostenta una estructura definida y que teme abruptamente al “no transformado”, por ser un elemento que de cierta manera pone en peligro a dicho método disciplinario...”

EL INMIGRANTE COMO SUJETO, SU SENTIR, SU EXPERIENCIA.

Para el caso de las inmigrantes nicaragüenses, su vivencia en un territorio extranjero no solo está marcada por la adaptación a nuevas formas de vida sino que deben adecuarse a la vez a distintas ideologías y aristas de alguna represión que vienen a representar en ellas una transformación técnica de su vivir (Ávila, 2007). Al sumar las expresiones de género situadas en el centro de una cultura patriarcal se marca y plantea una serie de diferencias abismales a nivel del trato social y económico que sellan aún con mayor fuerza las diferencias entre los grupos sociales.

Las experiencias de estas mujeres se desarrollan en una constante discriminación social, reflejando *"...un intercambio recíproco, pero desigual, de reconocimientos evaluativos entre actores sociales que ocupan posiciones dominantes y dominadas en el espacio social..."*, (Sandoval, Brenes y Paniagua, 2012, p.p.134-135) lo que provoca en las inmigrantes que su estilo de convivencia y de vida se convierta en una tarea que se empina cuesta arriba, en su afán por mejorar las condiciones de vida que motivaron su desplazamiento.

Esta realidad se experimenta no solo en el trato que les da la sociedad sino que muy especialmente en el nivel de la atención en salud, donde constantemente se marca el repudio por el foráneo. Dicha condición despierta en las afectadas una serie de evocaciones nostálgicas y dolorosas por causa de un trato que sin motivo les coloca en una posición de sumisión hacia el sistema de salud y en general hacia la sociedad.

Es muy impactante escuchar expresiones como *"...me sentí como una carga, como un estorbo, como si yo no tuviera derecho también a la atención..."*. (Relato de "María", en Rodríguez, 2013.) *"Lo ven a uno como si fuera un bicho raro, como si me dieran limosna, y la cólera es que cotizamos al seguro igual que el tico..."*. (Relato de "Josefa", en Rodríguez, 2013.) *"...Me dijeron que si no pagaba no me atendían, y que en este país era prohibido tener los hijos en la casa..."*. (Relato de "Adela", en Rodríguez, 2013.) *"...Cuando tuve que volver a la clínica, fue porque me sentía muy mal, ya que por el trato que me dieron la primera vez era como para nunca volver..."*. (Relato de "María", en Rodríguez, 2013.)

"se evidencia que de parte del sistema de salud y de los trabajadores como agentes de un cambio para "bien", que no se respeta el derecho sino que se practica la xenofobia y el abuso".

"Lo que finalmente conduce a que el o la inmigrante nunca se pueda colocar en una posición de igualdad de derecho y trato con respecto a los pobladores nacionales."

En dichas expresiones se evidencia que de parte del sistema de salud y de los trabajadores como agentes de un cambio para "bien", que no se respeta el derecho sino que se practica la xenofobia y el abuso. Como cita Sandoval y otros se practican

"acciones de violencia hacia la población migrante que tienen importantes consecuencias para el ejercicio de sus derechos humanos. Por ejemplo la discriminación inhibe el establecimiento de vínculos de amistad y participación social de las mujeres migrantes" (2012, p. 143).

Lo que finalmente conduce a que el o la inmigrante nunca se pueda colocar en una posición de igualdad de derecho y trato con respecto a los pobladores nacionales. Dicha vivencia manifiesta que estas personas, se vean a sí mismas como un (no)individuo, dado a que en todo momento se les ve y considera como una "clase inferior" a la cual se le exige mucho, pero en materia de derecho se les ofrece poco.

Tanta violencia a nivel de trato, lenguaje y discurso termina por mantenerles en una condición de completa desventaja, de "inferioridad", de decadencia étnica, moral, psicológica que les lleva a ser personas extrañas en el entramado social.

Como lo menciona Fonseca (2010) en el periódico La Nación, ejemplos de esta violencia son constantes en redes sociales en donde se dan la presencia de "burlas de todo tipo, generalizaciones ofensivas e imágenes modificadas por medio de programas de cómputo con el fin de agredir a la contraparte", (sp) todo ello aprovechando en muchas ocasiones el anonimato que ofrece el Internet.

Otra forma de agresión lo constituye el trato a los trabajadores, tal como lo indica Delgado (2013) en un reportaje en el periódico la Nación, en donde señala que 115 neosegovianos fueron llevados hasta fincas costarricenses donde supuestamente trabajarían en el corte de naranjas pero en realidad se trataba de un plan para explotarlos con ingresos que no les darían ni para los tres tiempos de comida.

Así mismo resalta dicho autor la expresión de una nicaragüense afectada:

"Cuando nos buscaron para hacernos la propuesta de trabajo, nos dijeron que ganaríamos 50 dólares al día, que viajaríamos a Costa Rica legalmente y que se nos respetarían nuestros derechos laborales". (Emelina Mercedes Laguna, periódico la Nación, 2013)

Sin embargo, la realidad fue diferente; cita la publicación:

"Una vez en los plantíos de naranja, los nicas supieron que todo era una farsa. Primero les aclararon que no ganarían 50 dólares, sino 1.800 colones. El pésimo trato laboral motivó a los obreros a ponerse en huelga, y como no llegaron a acuerdos, no tuvieron más salida que retornar por veredas a suelo nicaragüense". (La Nación, 2013)

Pero como ya se ha dicho, la violencia manifiesta en las redes sociales no es la única; en el campo de la salud se tienen otras experiencias que demuestran conductas de este tipo, reflejadas en expresiones como:

“...Yo le explique a la muchacha de trabajo social ahí, de que yo tenía ese problema (una displasia), y que me urgía que me atendieran. Y ella me dijo que no, porque mi cédula estaba vencida, entonces no me han seguido tratando, aunque mi compañero paga el seguro...”. (Relato de Lucy, en Sandoval y otros, 2012, p.182)

“...yo quería operarme con esta chiquita, por el montón (de hijas e hijos) que tengo aquí, pero al ver que no tenía seguro (social), me dijeron que si no tenía seguro, no podía, solo los que tienen seguro. Me dijeron eso y entonces no pude operarme, pero diay, esas son las cosas que uno siente como mal...”. (Relato de Edith, en Sandoval y otros, 2012, p.188)

Esta otra narración muestra la contrariedad en los actores del personal de salud ya que evidencia por un lado una crítica a la consulta frecuente de las inmigrantes a los servicios de maternidad, no obstante por otro lugar, no facilita los medios de planificación permanentes para no continuar en dichos servicios.

“... el asunto era que yo no comía ni nada, entonces me recetó (el médico) unos medicamentos, pero por no estar asegurada, porque a él (el compañero) no le pagaban (ni) el seguro, entonces sucede que no pudieron darme nada de los medicamentos, y sabiendo que yo estaba necesitando los medicamentos y no me los dieron...”. (Relato de María, en Sandoval y otros, 2012, p.187)

Estos comentarios ponen en evidencia que en los diferentes niveles de la sociedad y de la atención en salud se mantienen conductas de dominio sobre el otro, las cuales están provocando reacciones en esas personas que se manifiestan no solo con el descontento, sino con la una pérdida de confianza en sí mismos(as) y se extienden hasta cierta comprensión y aceptación de ellos en una condición de inferioridad. “...No hija -me dice-, hay muchas personas que hacen que a uno la autoestima se le baje demasiado, porque ellos pueden; nosotros no podemos...”. (Relato de Maura, en Sandoval y otros, 2012, p.143)

Estas y otras manifestaciones no solo expresan en general el maltrato que la inmigrante recibe sino que les mantiene lejos de experimentar la vida como sujetos con acceso a los diferentes niveles de atención en salud, sociedad, y cultura. Las variables para hacer valer la condición del derecho humano podrían ser amplias si las mismas tuviesen un verdadero valor pragmático y real, pero lamentablemente todo queda en muchas ocasiones como lo menciona Jiménez en

“...un conjunto de respuestas sujetas a criterios policiales, una total indefinición de respuestas en materia laboral y una recurrente preocupación fiscal por el costo de la atención de indocumentados en los servicios públicos, en especial salud, sin restar el cálculo de la contribución macroeconómica de esa población y sin señalar adecuadamente a los evasores reales de las obligaciones obrero patronales...” (2004, p.111).

Hace falta reestructurar y realmente hacer consciencia sobre dicha realidad para, como lo dicta Borge:

“...emprender acciones diferenciando las acciones ideales de las reales y de las posibles, sin perder de vista que la migración internacional es un desafío humano y no un fenómeno de mercado, que desde esta dimensión su tratamiento debe ser dirigido a las personas y no a las estructuras, desde una visión multidisciplinaria e interinstitucional, que incluya la participación de las administraciones públicas implicadas en el tema...” (2006, p. 15).

Para el abordaje del tema de las migraciones y de las inmigrantes nicaragüenses es preciso apartarse de esa concepción de problemática social que deja de mirar al sujeto y muestra indiferencia por su sentir, y su percepción.

Es necesario proponer una estructura normativa que vaya más allá del discurso puesto que se puede decir y escribir mucho, pero la realidad deja deuda con los principios. Ejemplo de ello, es que en Costa Rica la Constitución Política en su articulado 33 menciona: “*Toda persona es igual ante la ley y no podrá practicarse discriminación alguna contraria a la dignidad humana*” (López, 2011, p.51) pero el principio aquí contenido en términos de trato al inmigrante no se respeta. Lo mismo sucede con lo que reza en la Constitución Política, el artículo 68 dice que: “*No podrá hacerse discriminación respecto al salario, ventajas o condiciones de trabajo entre costarricenses y extranjeros, o respecto de algún grupo de trabajadores*” (López, 2011, 52) y que no se respeta.

En materia de salud, el artículo 73 de la Carta Magna, estipula la obligatoriedad de los seguros sociales en beneficio de los “trabajadores manuales e intelectuales” con el fin de protegerlos contra riesgos de enfermedad, invalidez, maternidad, vejez, muerte y demás contingencias que determine la ley. A la vez la Sala Constitucional en la resolución 2007-000795 con fecha 23 de enero del 2007 declaró que todas las personas tienen derecho a recibir atención en salud si padecen de enfermedades crónicas o requieren atención médica constante. (López, 2011)

Sin embargo, lo referido a lo largo de las expresiones testimoniales reflejan que estas expresiones de la norma por mucho no son conocidas o incluso son olvidadas, debido a que por lo general casi todo inmigrante realiza un trabajo por es que no recibe seguro.

Con base en todo lo anterior se puede afirmar que al mantenerse en los diferentes servicios de atención y sociedad en general las condiciones que desvalorizan al inmigrante, las leyes que obligan a practicar ese respeto pasan desapercibidas en la mayoría de las ocasiones.

Hasta hoy la y el inmigrante nicaragüense han sido víctimas de una maraña tejida por la discriminación, la xenofobia, y las relaciones de poder. Hace falta concienciar que cualquier extranjero(a), merecen respeto y un trato real de igualdad y derecho. Tal vez solo cuando se logre comprender realmente esto se haga la diferencia.

REFLEXIONES FINALES.

Al trabajar el tema de las migraciones, tomando para su análisis a la inmigrante nicaragüense que requiere de los servicios de salud por una condición de gestación u otras razones, se detecta que las mismas reciben, al igual que gran parte de dicha población, un trato alejado de lo que estipula la normativa y el derecho.

Ese tipo de conductas que se alejan de un trato digno a la persona humana y que denigran al individuo como ser humano con un valor real son en gran parte influenciadas en primera instancia por los mecanismos que se encuentran emparejados a los aparatos disciplinarios y a las relaciones de poder y que se pueden detectar en principio en los centros de salud y posteriormente en el resto de la sociedad.

Aunque las relaciones de dominación se manifiestan en diferentes escenarios, el sector salud es un ejemplo más que notorio de cómo esto opera en la realidad evidente en estrategias en el lenguaje y en los discursos que colocan a los inmigrantes en una escala de inferioridad con respecto al nacional.

Ese tipo de actitudes rayan en la ignorancia y el oscurantismo, dado que desde el derecho todo individuo es persona, y bajo esa argumentación, tan digno es el uno como el otro de recibir las mismas condiciones de trato. Pero como bien lo manifiestan las referencias de las mismas nicaragüenses, a pesar de que existen leyes que en teoría protegen a estos grupos de poblaciones, en una buena parte de los casos, estas son ignoradas por los trabajadores de la salud, y resto de la sociedad.

Hasta tanto no se entienda que existe un valor superior a las nacionalidades que se llama dignidad y hasta tanto esta forma de entender la realidad no se lleve a la conciencia de la sociedad en general y de los individuos en particular, será muy difícil revertir el trato actual que reciben los y las inmigrantes a nivel de la atención en salud, y en los demás niveles de toda la sociedad. ■

Bibliografía.

- Ávila-Fuenmayor, F. (2007) El concepto de Poder en Michel Foucault. *Revista A Parte Rei*. N° 53, Setiembre. Disponible en: <http://serbal.pntic.mec.es/~cmunoz11/avila53.pdf>
- Borge, D.. (2006) Migración y políticas públicas: elementos a considerar para la administración de las migraciones entre Nicaragua y Costa Rica. *Revista Población y Salud en Mesoamérica*. Vol. 3, N°2, Art. 4. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2480149>
- Delgado, D.. (2013) Migración indaga ingreso de nicas para ser explotados. *Periódico la Nación*, (16-03-13). Material disponible en línea desde: <http://www.nacion.com/2013-03-16/Sucesos/migracion-indaga-ingreso-de-nicas-para-ser-explotados.aspx>
- Fonseca, J.. (2010) Xenofobia entre ticos y nicas sale a relucir en redes sociales. *Periódico la Nación, Sección Aldea Global (13-11-10)*. Material disponible en línea desde: <http://www.nacion.com/2010-11-13/AldeaGlobal/NotaPrincipal/AldeaGlobal2588257.aspx>
- Foucault, M.. (2008) *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Argentina. Siglo XXI Editores.
- Foucault, M.. (2002) *Las palabras y las cosas, una arqueología de las ciencias humanas*. Argentina. Siglo XXI Editores.
- Foucault, M.. (2001) *Los anormales*. Madrid. Akal Editores
- Foucault, M.. (2000) *Defender la sociedad*. México. Siglo XXI Editores.
- Foucault, M.. (1991) *Historia de la sexualidad: la voluntad de saber*. México. Siglo XXI Editores.
- Instituto Nacional de Estadística y Censo. (2012) *X Censo Nacional de Población y VI de Vivienda 2011, Resultados Generales Censo 2011*. Disponible en: <http://www.cipacdh.org/pdf/Resultados%20Generales%20Censo%202011.pdf>
- Jiménez, A. (editor) (2004) *Sociedades Hospitalarias. Costa Rica y la acogida de inmigrantes*. San José, CR. Editorial Arlekin/Ediciones Perro Azul.
- López, N.. (2011). *Manual de derechos humanos para migrantes. Guía práctica para la regularización migratoria*. San José, CR: Voces Nuestras.
- Loría, R.. (2007). *El mito roto. Inmigración y emigración en Costa Rica. Cuarta Sección: Inmigración y género*. San José, CR. Editorial de la Universidad de Costa Rica.
- Núñez, D.. (2011) Comentario en línea ante la noticia Gobierno se endeudará para poder adelantar pago a la CCSS, *Periódico la Nación, Sección el País (15-07-2011)*. Disponible en: <http://www.nacion.com/2011-07-15/ElPaís/gobierno-se-endeudara-para-poder-adelantar-pago-a-la-ccss.aspx?Page=2#comentarios>
- Mojica- Mendieta, F. (2006) Identidades, poder e incidencia política de organizaciones vinculadas a inmigrantes nicaragüenses en Costa Rica: Aportes teóricos y metodológicos. *Revista ABRA (Facultad de Ciencias Sociales, UNA)*, Vol. 26, N° 35. Disponible en: <http://www.revistas.una.ac.cr/index.php/abra/article/view/1992>
- Organización Panamericana de la Salud. (1978) *El pensamiento de Michael Foucault/ Conferencia: La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina*. Conferencia dictada en el curso de medicina social que tuvo lugar en octubre de 1974 en el Instituto de Medicina Social, Centro Biomédico, de la Universidad Estatal de Río de Janeiro, Brasil. Serie desarrollo del Recurso Humano N° 23.
- Rodríguez, A. (2013). *Entrevista con mujeres migrantes*, Heredia, Costa Rica.
- Rivera, T. (2011) Comentario en línea ante la noticia Gobierno se endeudará para poder adelantar pago a la CCSS, *Periódico la Nación, Sección el País (15-07-2011)* Accesible en: <http://www.nacion.com/2011-07-15/ElPaís/gobierno-se-endeudara-para-poder-adelantar-pago-a-la-ccss.aspx?Page=3#comentarios>
- Sandoval, C., Brenes, M., Paniagua, L. (2012) *La dignidad vale mucho. Mujeres nicaragüenses forjan derechos en Costa Rica*. San José, CR. Editorial UCR.
- Soto, A. (2011) Comentario en línea ante la noticia Gobierno se endeudará para poder adelantar pago a la CCSS, *Periódico la Nación, Sección el País (15-07-2011)* Accesible en: <http://www.nacion.com/2011-07-15/ElPaís/gobierno-se-endeudara-para-poder-adelantar-pago-a-la-ccss.aspx?Page=3#comentarios>

Daniel Martínez Esquivel.

Licenciado en Enfermería. Estudiante de la Maestría en Salud Mental. Escuela de enfermería. Universidad de Costa Rica.

✉ dtinez@gmail.com

Recibido el 8 de agosto del 2013
Aceptado el 2 de febrero del 2014



Gender Relations from a Mental Health Perspective: Women and their Family Systems

La relaciones de género desde la perspectiva de Enfermería de Salud Mental: experiencia del sistema de las mujeres en la familia.

RESUMEN:

El estudio de las relaciones de género desde la Enfermería de Salud Mental, permite comprender los engranajes de poder en la construcción social de la salud, facilitando la identificación de los factores que afectan el bienestar de la población. Las enfermeras y los enfermeros deben dirigir su intervención hacia la comunidad, porque es en la vida diaria de las personas donde se logra identificar los principales determinantes de la salud mental. Este artículo, se desarrolló a partir de una investigación cualitativa de diseño fenomenológico; se utilizó la técnica de grupo focal para la recolección de datos. En él se presentan tres relatos sobre las experiencias de vida de igual número de mujeres, con el propósito de debelar sus necesidades de salud a partir de sus vivencias dentro de la familia a la que pertenecen.

ABSTRACT:

The study of gender relations from a Mental Health Nursing perspective provides insight into the workings of power in the social construction of health, facilitating the identification of factors that affect the well-being of the general population. Nurses should direct their intervention to communities, because it is in the daily lives of people where the main determinants of mental health can be determined. This article was developed as a phenomenological qualitative research; Data collection was done through focus group sessions. Three accounts on the life experiences of women are presented with the purpose of revealing their health needs from their experiences within the family they each belong to.

PALABRAS CLAVE:

Enfermería, Salud Mental, Género, Mujeres, Familia.

KEY WORDS:

Nursing, Mental Health, Gender, Women, Family

INTRODUCCIÓN.

Menciona Foucault (1991) que mientras el sujeto mantenga relaciones con otras personas y con la sociedad, inevitablemente se desarrollarán relaciones de poder. Si no existen relaciones, el poder tampoco existe. (p.52) Esto implica que el poder está inmerso en cada relación interpersonal, independientemente de si el resultado es positivo o negativo y por tanto en las relaciones de género, aquel también está claramente definido.

El acercamiento a esta temática conduce a la identificación de las necesidades de los hombres y las mujeres a partir de su construcción identitaria. Estas necesidades pueden ser económicas, sociales o biológicas y todas están relacionadas directamente entre sí ya que definen que la persona tenga salud o no. Gómez y Ortiz mencionan que el *“abordar la teoría de género permite comprender de un modo más amplio la vinculación de la socialización de género y las relaciones de poder con la construcción social de la salud”*. (2005, p.52)

Este análisis es importante para la Enfermería y particularmente para la enfermería de Salud Mental porque le permite conocer y comprender cuál es el impacto del género en la salud de las personas. De acuerdo con Neuman y Fawcett, (2002) la Enfermería es la única profesión de la salud capaz de atender todas las variables que afectan a las personas en su entorno. Su objetivo es valorar a la persona en relación con el ambiente para mantener el nivel más óptimo de salud del individuo. (p.25) Para las y los enfermeros, se hace esencial conocer la vida cotidiana de los hombres y las mujeres con el fin de identificar sus necesidades y satisfacerlas a partir de la prevención.

La salud mental entendida como *“la base para el bienestar y el funcionamiento efectivo del individuo y de la comunidad”* (Malvárez, 2009, p.168) requiere la intervención de una Enfermería enfocada en crear las condiciones necesarias para mantener el bienestar de las personas a partir de un conjunto de medidas políticas, éticas, económicas, sanitarias, que, entre otras, favorezcan un modelo que la promocióne.

Menciona Malvárez que la Enfermería debe posicionarse en la comunidad porque desde allí puede impedir, cuidar y resolver los problemas a través de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad para contribuir con el desarrollo social. (2007, p.529) Por esta razón, escribir sobre la cotidianeidad de las mujeres, y en específico transcribir sus propios relatos dota a la Enfermería de Salud Mental de la sensibilidad necesaria para comprenderla, convirtiéndose en una ciencia social.

El presente artículo intenta un acercamiento a las relaciones interpersonales en la familia para lo cual se desarrolló un grupo focal en una institución pública de educación preescolar durante el primer semestre de 2013. Se contó con la participación de tres mujeres-mamás, las cuales actuaron bajo su consentimiento informado y bajo el respeto a su dignidad como lo contemplan los derechos humanos y las libertades fundamentales enfocadas siempre en el bienestar de todos y todas.

Los relatos permitieron comprender la complejidad en la que se desarrolla el ser humano y cómo, dentro de su cotidianeidad, se manifiestan las necesidades de salud más importantes que la Enfermería debe atender de manera apropiada, integral e integrada. A continuación se presenta el relato biográfico.

RELATO BIOGRÁFICO.

MUJER-MAMÁ EN UNA FAMILIA

Ser hombre o ser mujer está socialmente estructurado de acuerdo a los roles que se les asignan según lo que producen, intercambian y las relaciones que establece.

(Lagarde, 1995, p.18)

Participante azul.

Yo tengo que lavar, aplanchar, cocinar... bueno, no lavo todos los días pero cocinar y aplanchar sí. Con mis esposo nos turnamos, digamos, si yo cocino entonces él acomoda la cocina y yo seco los platos o yo aplancho mientras él está acomodando la cocina. Los dos trabajamos, entonces nos repartimos las cosas, prácticamente vamos mita y mita.

Y... ¿qué más? Los viernes yo llego a descansar, yo no cocino, compramos algo o lo que sea. Los fines de semana le dedicamos tiempo a la familia. Los sábados hago todo en la mañana para en la tarde dedicarle tiempo a mi hijo, o si quiero dormir, si quiero salir. En mi casa, los gastos son a medias. Él paga la casa, entonces yo compro comida y pago recibos.

Participante verde.

Yo intento dejar los uniformes y la merienda lista el día anterior porque soy muy lerda. Yo el día antes siempre dejo el uniforme aplanchado y la merienda lista. Igual, tengo que madrugar para meterlo al baño, para que se bañe, desayune porque es muy lerdo y la buseta pasa temprano por él.

Después de que se va, ya yo me voy para el trabajo. Yo paso todo el día en el trabajo y entre semana también estudio, voy a la universidad, entonces es agotador. Por ejemplo, en el trabajo tengo supervisión con gente a cargo. A veces tengo que quedarme más, tengo un horario flexible de 8:00a.m. a 5:30p.m., pero igual yo sé que tengo que tener la disposición, que si tengo que quedarme o irme para algún lado, tengo que hacerlo.

Si todo está tranquilo, salgo a las 5:30 p.m. o 6:00p.m., llego a mi casa a alistar la merienda del día siguiente, a aplanchar, si tengo que lavar los uniformes de mi hijo los lavo. Si salgo del trabajo y voy a la U, llego a mi casa como a las 8:00p.m. – 8:30p.m. Este es mi rol, más que todo entre semana. A mi hijo lo cuida mi papá, aunque la mayor parte del tiempo lo cuida mi tío. Él lo cuida junto con el primito. Mi papá me ayuda mucho a, lo que es cocinar, él cocina entre semana y a veces lava la ropa de mi hijo cuando llego muy tarde.

"Yo tengo que lavar, aplanchar, cocinar... bueno, no lavo todos los días pero cocinar y aplanchar sí. Con mi esposo nos turnamos, digamos, si yo cocino entonces él acomoda la cocina y yo seco los platos o yo aplancho mientras él está acomodando la cocina. Los dos trabajamos, entonces nos repartimos las cosas, prácticamente vamos mita y mita."

Mi hijo sabe que tiene que recoger sus zapatos, sus juguetes, las cosas de él. A él le gusta mucho ayudar, le gusta tender la cama, a él le encanta. Digamos con mi papá, él se pone a barrer el patio, a él le gusta mucho ayudar. La parte de gastos, yo la divido con mi papá. Nos ayudamos entre los dos siempre. Los dos aportamos. Lo que son gastos de mi hijo, sí son solo míos. Los gastos de ropa, tenis, el kínder, la buseta, todo lo pongo yo.

Participante amarillo.

Bueno lo primero, alistar a mis hijos porque van a la escuela desde muy temprano. Esto significa madrugar, aplancharles la ropa, meterlos al baño, alistarles el desayuno, guardarles la merienda. También me toca hacer los oficios de la casa, soy la que cocina, limpia, dobla la ropa, lava, aplancha, o sea todo. El papá de mi hija menor (viven en la misma casa pero están separados) algunas veces ayuda, cuando tiene tiempo.

Lo de los gastos, esos ya son míos, porque como el papá de mis hijos y yo, ya no convivimos como pareja, entonces él está con pensión. Él de hecho vive en la casa porque es de Guanacaste. Nosotros nos habíamos separado pero como la chiquitita es tan apegada a él, le dije que volviera a la casa.

EL PESO DE LAS DECISIONES EN LA FAMILIA, ¿SOBRE QUIÉN RECAE?

Las mujeres que logran ejercer poder sobre los demás, lo logran porque lo hacen con personas inferiores o que le son próximos, por ejemplo el esposo o un hijo.

(Lagarde, 1995, p.36).

Participante azul.

Nosotros somos los dos (esposa y esposo). Todo nos lo consultamos, nos decimos si nos parece, si es bueno o no. Siempre compartimos las decisiones.

"Bueno lo primero, alistar a mis hijos porque van a la escuela desde muy temprano. Esto significa madrugar, aplancharles la ropa, meterlos al baño, alistarles el desayuno, guardarles la merienda. También me toca hacer los oficios de la casa, soy la que cocina, limpia, dobla la ropa, lava, aplancha, o sea todo."

Participante verde.

En mi caso, las decisiones las tomo yo, nada más. Algunas sí las consulto con mi papá porque somos bastante unidos, tenemos buena comunicación entonces yo le digo que pienso hacer, entonces él me da su opinión, me da un consejo.

Participante amarillo.

Bueno, cuando es una decisión de la casa, la que la toma soy yo. Él (ex esposo) completamente nada, él no se mete.

MUJER-MAMÁ EN LA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Las mujeres están culturalmente ideologadas para ser amorosas, dulces, débiles.

(Lagarde, 1995, p.23).

Participante azul.

Yo exploto rapidísimo, soy muy estresada. Yo todo lo tomo como más a pecho de lo normal. Le doy más importancia a las cosas de lo que debería. Cuando peleo, mi esposo no es de pelear, entonces me da más cólera porque él se queda callado. Mi hijo, es mis ojos. Más bien yo soy muy apegada a él, él es como más independiente pero yo como que soy muy dependiente de él. Sin embargo, yo soy muy gritona y a veces lo que me dan ganas es de darle una nalgada porque desde que nos levantamos es un pleito porque no se mete al baño o porque desayuna muy despacio.

Mi esposo casi nunca lo regaña pero cuando lo hace, sí es como muy estricto. Cuando nos pasamos con la regañada, hemos aprendido a negociarlo pero no delante de mi hijo. He aprendido que cuando tengo que disculparme, lo hago.

Participante verde.

Con mi papá yo tengo una buena relación; cuando me enoja lo que hace es que me ignora y al ratito se me pasa, quedamos en que íbamos

a discutir las cosas, si a él no le parecía algo me lo iba a decir o si cree que tengo que mejorar algo, yo intentaré mejorarlo. Siempre le recuerdo que mi hijo no tiene la figura paterna, la figura de autoridad, entonces yo le digo a él que si yo le digo algo a mi hijo tiene que hacerlo para que me respete como la autoridad, y que si él, mi papá, me contradice, mi hijo nunca me va a respetar.

Con mi hijo, intento trabajar más porque sé que tengo que tener paciencia, él es un chiquito y es desesperante. Tal vez estoy estresada, y yo lo veo gritando por aquí, por allá, botándome todo, él no se queda quieto entonces sé que tengo que manejar mi paciencia.

Participante amarillo.

Yo tengo el temperamento muy alto. Yo cambio de ánimo muy rápido, por ejemplo yo estoy bien pero pasa algo que no me gusta y explota completamente. Tengo que irme y apartarme para enfriarme. Tal vez lo que me da es cólera pero depende de lo que sea.

Con mis hijos, es muy difícil porque van entrando a la adolescencia. Es algo terrible. Sin embargo, yo pegarle a mis hijos, no puedo. Llegar a golpearlos, por más que alguien me lo diga, no puedo. Aunque explote, sienta mucha presión o cualquier momento aparezca como loca gritando, no puedo agarrarlos y golpearlos.

DESCRIPCIÓN DE LA MUJER-MAMÁ SOBRE LAS RELACIONES INTERPERSONALES EN SU FAMILIA

"El apoyo social ayuda a darle a las personas los recursos emocionales y prácticos que necesitan"
(Marmot y Wilkinson, 2003, p.21).

Participante azul.

Bueno, yo voy a contar a mi papá, a mi mamá y a mi hermano porque vivimos cerca, además a mi esposo y a mi hijo. Mi mamá tiene un temperamento terrible, ella pelea todos los días, y mi papá es un amor de hombre, por eso mi mamá siempre me reclama que yo nunca peleo con él y con ella sí. Mi hermano es muy problemático, también, es como muy agresivo, pero nos llevamos mucho, yo antes no me llevaba con él porque quiso agarrar el rol de papá. No le gustaba que yo saliera, no le gustaba nada. Entonces, chocamos demasiado. Hubo muchos problemas graves, por lo mismo, él me decía que yo lo tenía que respetar y yo no le hacía caso. Mi papá me dejaba salir y él no,

entonces hubo muchos problemas. Pero cuando quedé embarazada todo cambió, él me pidió perdón, hicimos las paces. Siempre hay problemas porque, como le digo, mi mamá y él son problemáticos pero yo los quiero mucho.

Con mi esposo, nos llevamos muy bien porque somos como amigos, porque nos vacilamos, nos molestamos, y cuando tenemos que pelear, peleamos. Yo digo que ese ha sido el secreto. Somos como hermanos. Yo siempre le cuento todo, llego a decirle lo que me pasó como si fuera un amigo. Y con mi hijo, es la luz de mis ojos. Siempre pude disfrutarlo, empecé a trabajar hasta que cumplió los 3 añitos.

Participante verde.

Yo siempre me he llevado bien con mi papá, mi mamá se murió cuando yo tenía 4 años Siempre viví con mi papá y con mi abuelita, que fue la que me crió. Yo soy hija única, entonces siempre soy como más aparte. Crecí siempre con mi prima, entonces es con la que tengo más confianza, para todo, es ella.

Con mi papá, siempre me he llevado muy bien. Con el embarazo le tengo más confianza, como que nos hicimos más amigos. Igual ahora yo le cuento más cosas, antes era como esa distancia de edad, como él es hombre, era como un poco más cerrado. Entonces habían muchas cosas que yo no hablaba con él, pero después del embarazo sí, como que nos hicimos más amigos, yo tengo más apertura con él para hablarle de muchas cosas. En realidad, nos llevamos bastante bien.

Con mi hijo, él es un rico, es súper cariñoso y tierno, es de lo más lindo. Sin embargo cuando estaba más pequeño no lo disfruté por el trabajo, sólo los primeros tres meses, después todos los días iba llorando para el trabajo. Dejar a mi bebé era feísimo, pero bueno ya aprendí que en ese momento tenía que trabajar.

Participante amarillo.

Mi mamá tiene el carácter muy fuerte, ella trabaja y adora a los nietos, pero cuando se le acumulan todos en la casa, es otra que explota y empieza a sacar a todos los nietos del cuarto. Mi hermana menor, que hace poco se separó, tiene un chiquito qué es de la edad de mi hija. Ellos son muy aparte, mi hermana es muy tranquila. Mis hijos adoran como cocina, entonces a veces se me escapan de la casa para ir a comer donde ella.

Mi otra hermana es tremenda, nosotras somos cinco pero ahí donde vivimos, solo vivimos tres. Esta es muy fiestera, le gusta tomar mucho,

"Yo exploto rapidísimo, soy muy estresada. Yo todo lo tomo como más a pecho de lo normal. Le doy más importancia a las cosas de lo que debería. Cuando peleo, mi esposo no es de pelear, entonces me da más cólera porque él se queda callado."

"Con mi papá yo tengo una buena relación; cuando me enoja lo que hace es que me ignora y al ratito se me pasa, quedamos en que íbamos a discutir las cosas, si a él no le parecía algo me lo iba a decir o si cree que tengo que mejorar algo, yo intentaré mejorarlo."

"Nosotros somos los dos (esposa y esposo). Todo nos lo consultamos, nos decimos si nos parece, si es bueno o no. Siempre compartimos las decisiones."

"En mi caso, las decisiones las tomo yo, nada más. Algunas sí las consulto con mi papá porque somos bastante unidos, tenemos buena comunicación entonces yo le digo que pienso hacer, entonces él me da su opinión, me da un consejo."

"Bueno, cuando es una decisión de la casa, la que la toma soy yo. Él (ex esposo) completamente nada, él no se mete."

tiene un chiquito y el esposo de ella hace tres años tuvo un accidente en moto y quedó en cama. Con el papá de los chiquitos, casi no nos vemos. Es muy poco por el trabajo de él. Y con mis niños me llevo normal.

REFLEXIONES FINALES.

La Enfermería de Salud Mental se plantea recuperar y mantener la salud de la población en general, a partir de diferentes estrategias que favorezcan la calidad de vida. De acuerdo con el Modelo de Sistemas de Neuman, (2002) la intervención de Enfermería debe enfocarse en la prevención de aquellos estresores, internos y externos, que puedan producir una pérdida de la estabilidad de la salud. Cualquier sistema está propenso a verse afectado por estos estresores, incluido el de las mujeres. Por lo tanto, la Enfermería, como ciencia social, debe profundizar en conocer cada caso específico para identificar aquellos factores en los cuales intervenir.

Transcribir las experiencias de salud de estas mujeres en su cotidiano, permite recordar que es en la comunidad donde se encuentran los verdaderos problemas de salud que deben ser resueltos para garantizar el bienestar. La Enfermería de Salud Mental debe dirigir su mirada hacia la prevención primaria debido a que es un campo olvidado, por el auge que tiene el paradigma curativo en el sistema de salud.

El proceso salud-enfermedad lo viven estas mujeres que dedican la mayor parte de su tiempo a cuidar a su familia pero que también debe ir a trabajar y a estudiar, asumir los gastos de la casa, y en ocasiones ejercer un rol de mamá y papá. Mujeres en las que su salud está determinada por su condición de género y por las oportunidades que la sociedad le brinda. La Enfermería de Salud Mental es sensible a estas necesidades y desde un enfoque social de la salud, busca crear las condiciones necesarias que favorezcan la participación social de las mujeres y su empoderamiento.

Mostrar estas realidades es de suma importancia porque acerca a las enfermeras y los enfermeros a la vivencia del cuidado que tienen que tener como benefactores del sistema de las mujeres mediante un vínculo solidario y fraterno con cada una de ellas. ■

Agradecimiento

A la Licda. Marilyn Quesada Morera.

Bibliografía.

Foucault, M. (1991). *El sujeto y el poder*. Bogotá: Carpe Diem Ediciones.

Gómez, R., Ortiz, J. (2005). *Salud de las mujeres, implicaciones de Enfermería. Colección de textos de Enfermería, salud integral de la mujer*. San Salvador: JICA.

Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2010). *Metodología de investigación*. Quinta edición. México D.F.: McGraw-Hill Educación.

Lagarde, M. (1995). *Género y poderes*. San José: IEM-UNA.

Malvárez, S. Promoción de la salud mental. En Rodríguez, J. (2009). *Salud Mental en la Comunidad*. Segunda Edición. Washington D.C.: OPS.

Malvárez, S. (julio, 2007). El reto de cuidar en un mundo globalizado. *Texto & Contexto Enfermagem*, año/vol. 16, número 003. ISSN (versión impresa) 0104-0707.

Neuman, B., Fawcett, J. (2002). *The Neuman Systems Model*. Fourth Edition. New Jersey: Prentice Hall.

UNESCO. (2005). *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*. París: UNESCO.

Wilkinson, R., Marmot, M. (2003). *Determinantes sociales de la salud: los hechos irrefutables*. Ginebra: OMS.

Blanca Rosa Vega Camacho

Estudiante de Licenciatura en Enfermería de la
Universidad Latina de Costa Rica.

✉ dannabv@yahoo.com

Recibido el 14 de octubre del 2013
Aceptado el 13 de febrero del 2014

La enfermería en Costa Rica

Una trayectoria histórica: de oficio a profesión de 1850 al 2013.

Nursing in Costa Rica
A Historical Trajectory: from Craft to Profession from 1850 to 2013

RESUMEN:

El artículo analiza la trayectoria histórica de la enfermería y cómo coexistió ocupando el estatus de oficio; para muchos años después y gracias a las antecesoras representantes del quehacer de la enfermería, se progresó paulatinamente a instituir la enfermería como una profesión al servicio de la comunidad Costarricense. Para ello se utiliza la evolución de las normas jurídicas que fueron regulando los distintos periodos de evolución de esta práctica facultativa. Asimismo, el artículo valora las representaciones implícitas en cada uno de los distintos periodos, destacando el papel de los enfermeros y enfermeras en la profesionalización de su práctica laboral.

ABSTRACT:

The article analyzes the historical development of nursing and how it reached the status of a profession. Many years later and thanks to the work of predecessors and representatives of nursing, we gradually progressed to the establishment of nursing as a profession in the service of the Costa Rican community. This wouldn't have been possible without the evolution of legal rules that regulated the various periods of development of this academic practice. The paper also evaluates the implicit representations in each of the different periods, highlighting the role of nurses in the professionalization of their labor practice.

INTRODUCCIÓN.

El 12 de febrero del 2011 Marlen Calvo, en ese entonces Presidenta del Colegio de Enfermeras y Enfermeros de Costa Rica, escribía en el periódico La Nación:

"Recurso infravalorado. Las pruebas demuestran que la Enfermería es un recurso de salud valioso; sin embargo, a menudo infravalorado e infrautilizado. Con el fin de contribuir al análisis en la formación y las contrataciones de este profesional en la salud, quiero referirme a algunos grandes desafíos que en la actualidad enfrentan las enfermeras y los enfermeros de Costa Rica, derivados de la inminente incorporación a los procesos de homologación tanto de criterios de formación como del ejercicio profesional". (Calvo, 2011)

Las aseveraciones de Calvo eran compartidas en diferentes discusiones en las aulas universitarias. Como parte de ese debate surgió la inquietud de escribir este artículo, producto de las intensas discusiones dadas en el curso de la carrera de Bachillerato en Enfermería, impartido por la profesora, Msc. enfermera Ginecológica, Obstétrica y Perinatal Fredda Wilhelm Aguilar, en la Universidad de Santa Lucía. En este curso se valoraba la trascendencia de la enfermería más allá de un simple oficio complementario a la labor del médico.

PALABRAS CLAVE:

Enfermería, Historia,
Historia cultural, Ciencias
médicas. Enfermeras.

KEY WORDS:

History; Historia cultural,
Medical sciences, Nurses,
Nursing.



De modo que revisar la historia de la enfermería en Costa Rica y ver cuándo y cómo la sociedad costarricense se ha concienciado de la labor profesional que se ejerce en la enfermería se convirtió en un imperativo.

Dado la trascendencia y rapidez que ofrecen las denominadas fuentes digitales se recurrió a dos depósitos documentales digitales. El primero de ellos fue el Sistema Costarricense de Información Jurídica – SCIJ el cual se puede localizar en la plataforma web de la Procuraduría General de la República, 2004. Esta plataforma nos brindó toda la legislación referente a la enfermería desde 1859 al 2009. La segunda fue el depósito digital recientemente inaugurado por el periódico La Nación entre 1946 y 1995 (La Nación, 2010). Ambos depósitos pretenden complementar la escasa bibliografía sobre la historia de la enfermería en Costa Rica y apoyar algunas de las reflexiones surgidas en el curso mencionado.

Un primer acercamiento al tema consistió en establecer la diferencia entre los conceptos de oficio y profesión. Según el Diccionario de la Real Academia un oficio es una ocupación habitual, un cargo o ministerio, el ejercicio de algún arte, mecánica o la función propia de alguna cosa; (Real Academia Española, 2002) mientras que una profesión es el empleo, facultad u oficio que alguien ejerce y por el que percibe una retribución. La diferencia esencial sería que el oficio es un arte y la profesión una facultad; mientras el oficio se concibe como algo manual

la profesión se conceptúa como algo que requiere retribución. Finalmente, el oficio se ve como inferior a la profesión, siendo esta última considerada como superior.

La distinción es sencilla, en ella median distintos elementos como son la constitución de las comunidades científicas que forman distintos procesos de validación profesional, estatus y relevancia social, tema que forma parte de toda una agenda de investigación. (Marín, 2001) Asimismo, la problemática de la profesionalización de la enfermería ha sido abordado por distintos trabajos, entre ellos (Golden, 1996); (Solís, 2000); (Malavassi P., 2002); (Jeffreys, 2006); (Aguirre, 2006); (Palacios, 2007); (Vega, 2008); y (Malavassi P., 2009). El común denominador de los distintos trabajos es el de establecer una evolución histórico profesional de la enfermería y su paulatina transformación en una profesión que en la actualidad tiende a acrecentarse con el desarrollo de investigaciones y cambios curriculares en la propia formación de enfermeras y enfermeros. De todos los trabajos el que mayor cantidad de datos y detalles generó fue el de Solís, 2000; lamentable ha sido poco divulgado en los cursos universitarios. La pregunta que guía este artículo es ¿cuándo la enfermería adquiere un carácter superior al oficio en Costa Rica?

En primer lugar, debe considerarse que las comunidades sociales son construcciones sociales que varían en tiempos y lugares así como en el discurso sobre su propia relevancia social la cual, usualmente, es

colocada en primer orden. Bajo esta perspectiva, la temática de las profesiones y oficios ha sido estudiada por González Leandri quien en su libro *Historia social de las corporaciones* realiza un acercamiento al estudio de las profesiones en relación con el Estado. (González, Las profesiones. Entre la vocación y el interés corporativo. Fundamentos para su estudio histórico, 1999) Este autor estudia tanto las corporaciones desde los orígenes sociales de quienes ejercen dominio en el conocimiento como quienes han ejercido dicha función. De acuerdo con él, algunas profesiones crean una necesidad social y se ubican en forma superior a otras profesiones consideradas tan solo como oficios. Originalmente, los cirujanos tenían un oficio mientras que los médicos eran profesionales; posteriormente esa relación cambió y muchos cirujanos fueron ubicados en una posición más profesional (superior) que los médicos generales. Ese aspecto, se ha repetido en diferentes comunidades médicas creando diferentes escalas profesionales según las reglas que la misma comunidad establece. (González, 2006)

En el artículo de Enrique Normando Cruz titulado *“De la ocupación a la profesión. Algunas consideraciones sobre la profesión médica en el Antiguo Régimen Hispánico colonial”* el autor fortalece la visión de González Leandri.

“La profesión médica en la modernidad del occidente europeo es una actividad configurada a partir de la autorregulación de la actividad, y junto a ella, al establecimiento de la relación cliente/vendedor a partir del pago de honorarios que logra construir, al status social asignado en el juego de poder que establece con el resto de la sociedad, a la relación que en torno al conocimiento científico la actividad establece (esto todavía más en la modernidad) en cuanto a la formación principalmente y también en torno al ejercicio (lo que hoy se llama en docencia “formación continua”), a un código ético socialmente reconocido, y por último, a una clara manifestación de servicio al bien común.

Atributos constitutivos de la actividad profesional médica que son comunes a otras actividades como la abogacía, la docencia, la ingeniería, la economía, etc., pero será su correspondencia histórica con los tiempos de desarrollo del Estado Moderno Capitalista lo que constituirá a la medicina y a la abogacía como las más características “profesiones”. En este sentido es que hay que considerar el rol del Estado en el reconocimiento social y en otros aspectos como en que la profesión se constituye como legitimadora y ordenadora del conflicto social, como fundante y principio determinante en la configuración del campo profesional”. (Normando, 2007, p.2)

En esencia, Normando deja constancia son que en la comunidades médicas la diferencia de oficio y profesión ha sido construida por intelectuales asociados a la profesión médica, quienes han decidido las formas de esa comunidad, sus integrantes, estatus y jerarquías. Esa comunidad ha definido diversos criterios que hay que tener en cuenta para jerarquizar los oficios y profesiones. Usualmente, los médicos se han presentado como profesionales asociados a una actividad de servicio y utilidad pública superior a otros profesionales como farmacéutas, oftalmólogos o dentistas y estos con un grado superior a los oficios de colaboración representados por las enfermeras y enfermeros; asistentes, ayudantes y trabajadores sociales. Asimismo, los médicos

se han presentado con un alto nivel de cultura muy superior a los ayudantes y colaboradores. Amén de que los médicos se presentan con gran vocación de servicio y orientación que exige mayor cantidad de estudios con respecto a otros servidores de salud. (De los Cobos, 1998)

Además de lo anterior los médicos se constituyen como el centro de la “comunidad de salud” creando sus propios códigos, lenguajes, vestimentas que procuran diferenciar la jerarquía y las diferencias. Aunque es indudable que tales diferencias existen, las mismas se maximizan para establecer un conjunto de símbolos de reconocimiento, que es un fin en sí mismo y no un medio para alcanzar la colaboración que ya de por sí existe en el mundo médico, (Foucault, 1979) (Porter, 2004) y (Erving, 1972).

Para Enrique Normando todo lo anterior se explica por tres razones:

- “Para definir el carácter cerrado de la profesión médica se deja de lado el viejo modelo corporativo y el control sobre los actos médicos, para avanzar en el control establecido sobre la noción de competencia, conjunto de virtualidades compuestas por el saber, experiencia y la probidad reconocida. El acto médico valdrá lo que vale el que lo ha realizado; su valor intrínseco es función de la calidad socialmente reconocida del productor. En el interior de un liberalismo económico inspirado de modo manifiesto en Adam Smith, se define una profesión a la vez liberal y formada.
- En este nuevo mundo de aptitudes se establece una nueva diferencia entre los doctores y los oficiales de salud. que supera la vieja diferencia entre médicos y cirujanos basada en la diferenciación entre lo interno y lo externo, entre lo que se sabía y lo que se veía, que ahora con esta nueva distinción se encuentra cubierta y relegada a lo secundario. La nueva distinción entre médicos y oficiales de salud tiene en cuenta lo social En el nuevo orden liberal económico la pirámide de las cualidades corresponde a la superposición de las capas sociales.
- La distinción entre los que practican el arte de curar se funda en la formación. Para los oficiales de salud, los años de práctica en una especie de empirismo controlado. Se abre la práctica a los oficiales pero se reserva a los médicos la iniciación a la clínica (Normando, 2007, p.10).

En resumen, la diferencia entre oficio y profesión en la comunidad médica obedece a patrones de poder y dinámica de dicha comunidad antes que una realidad que por sí misma justifique las diferencias entre profesionales y ofiantes. Por su parte, los cambios en la ubicación de las enfermeras obedecen y ocurren cuando esa comunidad valora el trabajo de ellas o de cualquier otro profesional como un colaborador más, tal y como se verá en este artículo

ENFERMERAS COMO PARTE DE UN OFICIO

Como se ha señalado, la consolidación de una comunidad médica es la que procura institucionalizar sus saberes y prácticas para ubicarse en un lugar privilegiado en la formulación de las políticas sociales. En

"En resumen, la diferencia entre oficio y profesión en la comunidad médica obedece a patrones de poder y dinámica de dicha comunidad antes que una realidad que por sí misma justifique las diferencias entre profesionales y oficianes."

el caso de Costa Rica Juan José Marín ha señalado que en todo el periodo colonial no hubo casi médicos dentro de un panorama de salud dominado por curanderos, herbolarios, ayas, parteras, entre otros. (Marín, 1995)

El trabajo de Malavassi (p. 2002) tiende a concordar con el trabajo de Marín al señalarse una particular persecución de las prácticas tradicionales de las mujeres como curanderas. Para Malavassi no fue sino hasta la existencia de una Escuela de Obstetricia, subordinada a la Facultad de Medicina, que en Costa Rica las parteras y luego las enfermeras adquirieron el carácter de oficio, debido en parte a la gran mortandad, a la toma de una conciencia por una mejor cobertura social y geográfica real de la medicina y a la necesidad de contar con más mujeres que colaboraran con las nuevas instituciones médicas, que se diferenciaban de las damas religiosas y de beneficencia que dominaban el sistema médico.

Para Malavassi, a pesar que la partera era una especialista, una mujer que había adquirido de sus antepasados femeninos sus conocimientos o de su práctica cotidiana; que era capaz no solo de atender el parto, sino que controlaba todo el proceso de gestación mediante la prescripción de dietas, masajes y consejos no era considerado un oficio sino hasta que fue certificada por la comunidad médica. Aspecto que se logró hasta 1900.

Desde la misma enfermería se ha periodizado su historia. En efecto, Dulcerina Salazar ha indicado cinco periodos, a los que habría que agregar un sexto. Las etapas señaladas por ella son:

- 1836 – 1917 Etapa caracterizada por la formación de voluntarios para asistencia de enfermos graves. Creación de la Escuela de Obstetricia dependiente de la Facultad de Medicina.
- 1917- 1945: Periodo dominado por creación de la Escuela de Enfermería dirigida por la Facultad de Medicina.
- 1946 - 1959: Fase en la que la Escuela de Enfermería se independiza de la Facultad de Medicina y se nombra como directora a una enfermera laica.
- 1960 - 1974: Etapa en que se afilia la Escuela de Enfermería a la Universidad de Costa Rica. Por primera vez se aceptan estudiantes varones.
- 1975 - 1987: Periodo en que la enfermería se integra como Escuela de la Facultad de Medicina y se inicia el programa de Licenciatura (Salazar, 1989).

Y el sexto, que se puede denominar la fase de la aceptación de la profesionalización de la enfermería. El estudio de cada uno de estos periodos puede ayudar a comprender la diferencia que aquí se plantea.

DE CURANDERAS A OFICIANES

De acuerdo con lo expuesto, un interés permanente por el ejercicio de la enfermería fue lo que permitió la evolución de las enfermeras como oficio y luego como profesión. En los primeros años consignados en el gráfico 1 y en el anexo 1 se puede observar cómo se consolida la creación de una comunidad de médicos, en especial en 1879 cuando se restablece la carrera de medicina en Universidad y en 1895 y con la “Ley Orgánica de la Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia”. Ello provocó que desde finales del siglo XIX ya los médicos se vieran como profesión, entre tanto las enfermeras y parteras seguían siendo vistas como un oficio de servicio dentro de la comunidad médica.

Según la periodización de Dulcerina se puede sistematizar toda la legislación referente a la enfermería, tal y como se observa en el *cuadro No.1*.

Cuadro No 1 Periodos de la enfermería según Dulcerina Salazar y número de leyes por periodo según el sistema SINALEVI

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Periodos	1836 – 1917	4	6,6	6,6	6,6
	1918- 1945	12	19,7	19,7	26,2
	1946 - 1959	9	14,8	14,8	41,0
	1960 - 1974	8	13,1	13,1	54,1
	1975 – 1987	5	8,2	8,2	62,3
	1988 - 2010	23	37,7	37,7	100
	Total	61	100	100	

Fuente: Elaboración propia a partir de (Procuraduría General de la República, 2004) y (Salazar, 1989).

Según Salazar, la primera etapa se caracterizó porque la enfermería era ejercida por personas sin ninguna preparación académica y lo único que se les pedía era su carácter humanitario y buena voluntad. Ello hizo necesario que se contara con personal capacitado, especialmente como consecuencia de la epidemia del cólera que se originó en Nicaragua.

Las pocas enfermeras que había laboraban en el Hospital San Juan de Dios, creado en 1845 por decreto del Poder Ejecutivo, bajo la presidencia de don José Rafael Gallegos. Pero no es sino hasta 1852 que el hospital empieza a funcionar y hasta 1863 que se inicia una primera sistematización de los servicios de salud con la creación de la Primera Junta de Caridad. Por ello fue que hasta este momento se inició el oficio de la enfermería el cual comenzaría a consolidarse en 1889 cuando el Dr. Durán pidió en sesión de la Facultad de Medicina la creación de la Escuela de Obstetricia para preparar obstétricas de modo que las parturientas no fueran atendidas por personas sin preparación formal. Este aspecto se reforzó con la creación de la Maternidad Carit en 1900. Tanto para Dulcerina Salazar como para Elvia Solís no fue sino hasta 1917 cuando se creó la Escuela de Enfermería dependiente de la Facultad de Medicina ue se puede hablar de un oficio reconocido de la enfermería. (Salazar, 1989) y(Solís, 2000)

Entre 1889 cuando se creó la Escuela de Obstetricia y 1917 cuando se creó la Escuela de Enfermería, las clases eran impartidas por médicos y algunas enfermeras (la mayoría hermanas de la Caridad) que participaban en las largas prácticas de las estudiantes (las cuales eran de 12 horas) y que se ejercían en el hospital (Solís, 2000, p. 42). Tanto por la dependencia de las enfermeras hacia los médicos, los cuales las tutelaban, como por el hecho que no se pedía ningún grado de escolaridad para el ingreso a la Escuela de Enfermería se reforzó el carácter de la profesión médica y las dificultades de lograr en esos años el estatus de profesión.

La larga etapa de formación inicial o génesis detallada por tanto por Salazar como por Solís no detalla el gran conflicto que significó la pugna entre la medicina oficial y la cultura popular ni la imposición de nuevos roles y jerarquías a la mujer y una reconstrucción del papel de la mujer en el sistema de salud. Así, lo que plantean Solís y Salazar en su periodización es una reinscripción de la mujer en la salud pero bajo nuevos parámetros científicas, misóginos y regentados por la cultura médica, tema que ha sido abordado por estudios de género. (Hidalgo, 1-73)

"la primera etapa se caracterizó porque la enfermería era ejercida por personas sin ninguna preparación académica y lo único que se les pedía era su carácter humanitario y buena voluntad. "

Según la base de datos SINALEVI de leyes y decretos, fue entre 1920 y 1937 que la enfermería adquirió el carácter de oficio; antes de eso se imponía un carácter de subalternabilidad ante el médico. En especial el paso de empirismo a oficio en la práctica médica se dio gracias a las leyes y reglamentos gestados en este período, de las cuales se pueden destacar el Reglamento Escuela Enfermería y Obstetricia Facultad de Medicina (1920) y la Reforma Reglamento de las Escuelas de Obstetricia y Enfermería (1930) y sus posteriores reformas en 1933, 1937, 1941 y 1946. Todas esas disposiciones le dieron a la práctica de la enfermería un carácter más formal al imponer requisitos y obligaciones.

La apreciación del cambio gestado entre 1920 y 1937 fue reforzada por Salazar. Para ella fue a partir del 9 de diciembre de 1918 que se otorgó por primera vez el grado de enfermera y fue hasta el primero de abril de 1919 que se entregaron los primeros diplomas a enfermeras costarricenses. En esta fase, para la obtención del diploma, las enfermeras debían someterse a pruebas o exámenes tanto orales como escritos.

Para Solís y Salazar un hecho trascendental en el mundo del reconocimiento profesional fue la unión de la Escuela de Obstetricia y Enfermería en una sola institución en 1920. A partir de esta fecha, se gradúan con el título de Enfermera y Obstétrica, aspecto que no se consolidó sino hasta 1945.

En 1940, según Salazar, se exigió como requisito para ingresar a la Escuela de Enfermería el segundo año de secundaria. Y en 1945, la Oficina Sanitaria Panamericana y la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S) después de un estudio meticoloso, recomendaron que la dirección de la Escuela estuviera en manos de una enfermera lo que vino a realzar el carácter científico y profesional de la enfermería.

A pesar de los avances de la década de 1940, el salto de oficio a profesión todavía estaba lejano, pero sin duda el proceso estaba en marcha. En 1951, nuevamente la O.M.S. envió una consultora y a raíz de la evaluación hecha en 1945, la escuela se independizó del Colegio de Médicos, se pidió como requisito de ingreso el Bachillerato en Educación Secundaria, se nombró un Patronato para su funcionamiento y se le dio independencia administrativa bajo control del Ministerio de Salud Pública. En 1954 se creó el primer curso post-básico de obstetricia. En 1959 se nombró la primera enfermera laica como directora de la Escuela de Enfermería.

Talvez el elemento que mejor ejemplo de esta transformación se evidenció en un reportaje del periódico La Nación de 1952 titulado *"La Escuela de Enfermería de Costa Rica será modelo en la América Latina"*, fue la reorganización del servicio de enfermería del Hospital San Juan de Dios, llevado con éxito por Sor Ángela Lazo, todo ello en un nuevo marco profesionalizante que se destacaba por implementar.

- Una alianza entre Junta de Protección Social de San José, la Universidad de Costa Rica, Caja Costarricense de Seguridad Social, el Ministerio de Salubridad Pública, y el Hospital San Juan de Dios.
- Sistemas de becas para las estudiantes para pagar los costos de su educación

- La ayuda técnica a la Escuela de Enfermería de Costa Rica, que en ese momento estaba constituida por personal extranjero de enseñanza mantenido por la Organización Mundial de la Salud, quienes organizan los cursos teóricos y prácticos en las distintas ramas del arte y de la ciencia de la enfermería.
- Nuevos liderazgos con alta formación internacional como los que desarrollaba la Srta. Fernanda Alvas Diniz.
- Nuevos perfiles profesionales, aunque siempre equiparando la enfermería a la condición femenina (La Nación, 1952).

Todo ello daría como resultado una nueva profesional de enfermería caracterizada como una enfermera

“...egresada de esta Escuela que irá preparada para una doble función: primero, en enfermería hospitalaria; y segundo, en enfermería de salud pública. Esta característica resulta de que los cursos de estudio están planeados para profundizar en ambas actividades. La dualidad de preparación permite a la nueva profesional ejercer sus servicios en cualquiera de esos aspectos de su humanitaria labor. Tanto a los estudios teóricos como a los prácticos que les dará la profundidad y tiempo necesarios que permitan responder de la seriedad de la preparación y de la formación de la ética profesional de sus graduadas.

Costa Rica, como el resto del mundo, necesita más enfermeras con preparación más avanzada en los campos antes mencionados. Crecen las necesidades de enfermeras hospitalarias e igualmente de salubridad pública, pues nuevos hospitales de toda clase y clínicas y unidades sanitarias, etc. demandarán sus servicios, que deberán ser mejor estimados y remunerados a medida que la ciencia y arte de la enfermera, así como su elevada moral profesional, se hagan presentes en los campos de su trabajo.

Es indudable que la profesión de enfermera da a las jóvenes magníficas oportunidades para desarrollar sus capacidades de inteligencia, bondad y dinamismo, profesión que consideramos como una de las más adecuadas a la expresión de los más elevados atributos femeninos”. (La Nación, 1952).

La alocución evidenciaba importantes cambios. Por una parte, un desarrollo del personal ajustado a los estándares internacionales de la ciencia. Por otro lado, incentivos salariales, nuevos reconocimientos experticia y principalmente el cumplimiento de perfiles curriculares.

El paso a la profesionalización se iba concretando, solo faltaba el reconocimiento social y el reforzamiento jurídico. Ya en 1963 por primera vez se abren las puertas a estudiantes de sexo masculino ya que hasta ese momento había sido una profesión eminentemente femenina. Los prejuicios de género que concebían a las mujeres solo eran aptas para ayudar a los hombres, la mayoría de ellos médicos, iban quedando atrás. En 1966, el Consejo Universitario de la Universidad de Costa Rica acuerdo incorporar a la Escuela de Enfermería en calidad de Escuela afiliada a la Facultad de Medicina. Para 1973, ese mismo Consejo Universitario en su sesión 1926 CU aceptó la Escuela de Enfermería como anexa a la Facultad de Medicina.

Aún a esta fecha el título que obtenían las enfermeras era el de Diplomado en Enfermería. No fue sino hasta 1975 que el Consejo Universitario aprobó la incorporación definitiva de la Escuela de Enfermería a la Universidad de Costa Rica.

Un elemento por destacar en ese proceso fueron las iniciativas del Colegio de Enfermeras el cual tuvo un papel neurálgico en la profesionalización de la enfermería. El diario La Nación del 5 de junio de 1967 destacaba las “Jornadas de Clínicas de Enfermería” de la siguiente forma:

“... una modalidad empleada por el Colegio Nacional de Enfermeras para dar mayor realce a la celebración anual con que se honra y festeja a las enfermeras profesionales que sirven en los numerosos centros hospitalarios del país.

El 10 de junio es la fecha con ese propósito. La tradicional fiesta incluye en el programa general de celebraciones, agasajos para premiar actividades personales, estímulo a los esfuerzos de estudio y trabajo, reconocimiento de virtudes y cualidades que sobresalen en las servidoras y otras condiciones que las hacen acreedoras a una mejor consideración de sus superiores.

La iniciativa de las Jornadas Clínicas en Enfermería fue acogida desde el primer momento con simpatía en todos los medios de asistencia hospitalaria que requieren la presencia de una enfermera graduada. El interés por participar en ellas se ha extendido, sin excepción, a instituciones del Estado y clínicas particulares que puedan ofrecer el aporte de su propia experiencia en forma de trabajos de investigación o casos de estudio especial para ser discutidos en la mesa redonda que va a celebrarse en el Auditorio de la Escuela Nacional de Enfermería, en presencia de todas las profesionales del ramo”. (La Nación , 1967)

El conjunto de acciones llevadas a cabo entre 1955 y 1975 tanto por las instituciones estatales como por la Universidad de Costa Rica y el Colegio de Enfermeras o inclusive empresas privadas como la firma de consultores hospitalarios Gordon A. Friesen Asociados como ocurrió en 1957 (La Nación, 1957) fueron esenciales para consolidar una profesionalización de la enfermería. En términos generales se fueron dando nuevas pautas en términos de la inserción de las comunidades de salud. La pugna entre esta nueva comunidad y la médica aún no ha sido analizada pero sin duda hubo un choque entre los médicos y las enfermeras por reconstruir las jerarquías profesionales. Lo anterior implica toda una agenda de investigación como se evidencia en diferentes conflictos dados en la enfermería. En 1955 las auxiliares de enfermería lucharon para que el Ministerio de Trabajo no equiparara su labor con el servicio doméstico (La Nación, 1955); desarrollaron luchas salariales ante el Servicio Nacional Hospitalario y el Consejo Nacional de Salarios en 1967 (La Nación , 1967); participaron en el conflicto entre la Junta Directiva del Colegio de Enfermeras y la Junta Directiva de la Asociación Nacional de Enfermeras y Obstétricas contra el Proyecto de Ley Orgánica del Ministerio de Salud promovida por el Doctor Oscar Tristán (1965) que ignoraba las tareas y el papel de la enfermería en el Sistema Nacional de Salud, incluso cuando esto era una tarea establecida por la Organización Mundial de la Salud. (La Nación, 1965)

No se puede dejar de lado sin embargo que en esta conflictividad hubo alianzas estratégicas como la intervención de Marta Castegnaró quien señaló al Doctor Luciano Beeche como uno de los principales reorganizadores del Hospital San Juan de Dios y como un gran gestor de la dignificación y profesionalización tanto la práctica de la enfermería como de paramédicos entre 1920 y 1940. (Castegnaró, 1982)

Un elemento fundamental que vale la pena destacar es el papel de los reconocimientos de la Universidad de Costa Rica, que hizo irreversible el reconocimiento profesional de la enfermería. Desde luego, esto se debió también a los procesos de universalización del seguro social. En efecto, ya en 1975, en un nuevo contexto de desarrollo del sistema de seguridad social y de la salud, las enfermeras eran consideradas como una profesión deseable y necesaria para el país. Guido Miranda Subgerente Médico de la Caja Costarricense de Seguridad Social señalaba que la Caja precisaba de: *"formar en los próximos cuatro años a más de 300 enfermeras, más de 600 auxiliares de enfermería y más de 400 técnicos en diferentes ramas de la salud"* (La Nación, 1975).

Por tanto, para que esta nueva visión se asentara fue esencial no sólo el Ministerio de Salud sino también la Universidad de Costa Rica. En efecto, sólo un año más tarde la Universidad de Costa Rica graduó el primer grupo de profesionales en enfermería con el grado de bachiller y en 1977 la Asamblea Colegiada Representativa de la Universidad de Costa Rica aprobó la división de la Facultad de Medicina en Escuela de Enfermería y Escuela de Medicina.

En 1981 se inicia el programa de Licenciatura en Enfermería y ya para esta fecha se contaba en el país con cuatro licenciadas en enfermería, dos de las cuales laboraban para la Escuela. Hasta noviembre de 1985, la Escuela de Enfermería estuvo ubicada físicamente en el antiguo Colegio de Médicos y a partir de esta fecha se ubica en el campus universitario lo que ha contribuido a una mayor integración del estudiantado y profesorado dentro del mismo. (Salazar, 1989)

A finales del siglo XX y principios del XXI se consolida este nuevo paradigma, en especial con el Reglamento General Programas de Formación Auxiliares de Enfermería (1985); el Estatuto de Servicios de Enfermería (1987); el Reglamento del Estatuto de Servicios de Enfermería (1988) y sus reformas de 1990, 1991 y 1994 y con el incremento salarial de 1995, con la disposición del denominado Salario Base de las Clases de Enfermería. Hoy más que nunca la enfermería es considerada una profesión que un oficio.

En 1982 el colegio de enfermeras tenía claro los grandes cambios que debían darse en la práctica de la enseñanza de la enfermería tales como:

- La educación de los servicios de salud a nivel nacional.
- La apertura de los nuevos servicios básicos de salud en todo el país.
- El aumento de unidades para la atención especializada en salud en las provincias.

- La mejor preparación académica del personal de enfermería.
- El incremento, expansión y mejoramiento de los programas de educación en servicio.
- Los avances científicos y tecnológicos en el campo de la salud.
- La Universalización del Seguro Social.

Como consecuencia de los hechos citados, en el transcurso de la década se produjeron cambios en las medidas gerenciales de la administración de enfermería, que hicieron posible:

- Incrementar las horas de enfermería.
- Introducir nuevos elementos humanos en los servicios de salud.
- Introducir cambios en la estructura administrativa de los servicios de enfermería.
- Establecer coordinación con los organismos formadores de personal de enfermería.
- Incrementar el interés por la investigación en enfermería.
- Desarrollar nuevos roles para la atención integral de enfermería o grupos de alto riesgo en áreas prioritarias. (La Nación, 1982)

Como bien se constata en los trabajos de (Aguirre, 2006) y (Vega, 2008) lo anterior posibilita un conjunto de reformas curriculares que en la actualidad contemplan la investigación como un eje esencial en la formación de los y las futuras profesionales en enfermería.

REFLEXIONES FINALES.

La historia de la enfermería y su transición de oficio a profesión refleja no sólo la creación de una gran comunidad abocada a la salud sino también su trascendencia en el desarrollo de la medicina a nivel nacional.

La Enfermería como tal está registrada en documentos de Costa Rica y se evidencia con las primeras normativas que hacen alusión a la formación de las enfermeras en nuestro país. Aunque resulte difícil de creer no fue sino hasta 1917-1920 que se dan las medidas necesarias para regular el título de Enfermería y dar paso a su profesionalización. A partir de esos años se empezaron a crear y fortalecer las bases científicas y profesionales de la enfermería en Costa Rica. La incursión de las mujeres en la educación y el mercado laboral empieza a fortalecer esta profesión.

En la actualidad es fundamental divulgar la importancia de los servicios de Enfermería en Costa Rica con la finalidad de derogar estereotipos y erradas ideas preconcebidas que visualizan a la profesión como un oficio y conciben a los enfermeros y las enfermeras únicamente como ejecutores de las indicaciones médicas y solo llevando a cabo un cuidado directo básico al usuario sin instrumentos de carácter científico.

Por estas razones consideramos relevante el estudio de la profesionalización del quehacer de la enfermería y fundamental conocer el cómo, cuándo, dónde y por qué de nuestro acervo cultural. Si esto se logra, inevitablemente se fortalecen las bases de la profesión, se enriquece el conocimiento de la historia, se fomentan nuevos cambios de expansión de los horizontes laborales. Los enfermeros y enfermeras de Costa Rica son actores esenciales para la reconstrucción de un nuevo y mejorado sistema de salud nacional y es así como deben ser concebidos por la comunidad de la salud y la comunidad nacional. ■

"La historia de la enfermería y su transición de oficio a profesión refleja no sólo la creación de una gran comunidad abocada a la salud sino también su trascendencia en el desarrollo de la medicina a nivel nacional."

Bibliografía.

- Aguirre, E. (2006). El Profesional de Enfermería Docente de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica y su Actividad en Investigación. *Revista Enfermería Actual en Costa Rica*(11), 1-5.
- Calvo, M. (2 de Febrero de 2011). *La Enfermería en Costa Rica no se comercia*. Recuperado el 20 de Mayo de 2013, de Opinión - La Nación: <http://www.nacion.com/2011-02-12/Opinion/Foro/Opinion2681340.aspx>
- Castegnaro, M. (22 de setiembre de 1982). El día histórico: Doctor Luciano Beeche. *La Nación*, pág. 2b.
- De los Cobos, F. (1998). *Carácter social y enfermedad, la metáfora médica y las ciencias sociales*. Cuenca: Universidad de Castilla-La Mancha.
- Erving, G. (1972). *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Foucault, M. (1979). *El Nacimiento de la Clínica* (Sexta edición ed.). México D.F: Siglo XXI.
- Golden, J. (1996). *A social history of wet nursing in America. From breast to bottle*. Nueva York: Cambridge University Press.
- González, R. (1999). *Las profesiones. Entre la vocación y el interés corporativo. Fundamentos para su estudio histórico*. Madrid: Catriel.
- González, R. (Febrero - agosto de 2006). La consolidación de una inteligentzia médico profesional en Argentina: 1880-1900 *Diálogos Revista Electrónica de Historia*, 7(1), 36-79.
- Hidalgo, R. (1-73). Historias de las Mujeres en el Espacio Público en Costa Rica ante el Cambio del Siglo XIX al XX. *Cuaderno De Ciencias Sociales* (132), 2004.
- Jeffreys, M. (2006). *Teaching Cultural Competence in Nursing and Health Care: Inquiry, Action, and Innovation*. Nueva York: Springer Publishing Company .
- La Nación. (9 de Mayo de 1982). VII Congreso de Enfermería. 10 al 14 de mayo de 1982 ante el reto de Salud para todos en el año 200. *La Nación*.
- La Nación. (23 de Setiembre de 1967). Salarios de enfermeras: que sea Servicio Civil quien los determina. *La Nación*.
- La Nación. (31 de Agosto de 1975). Nuevo concepto de la justicia social con seguro para todos los costarricenses. *La Nación*.
- La Nación. (24 de Mayo de 1955). Protesta de las auxiliares de enfermería del Hospital San Juan de Dios. *La Nación*.
- La Nación. 5 de Junio de 1967). Jornadas de Clínicas de Enfermería se inicia hoy. *La Nación*, pág. 6.
- La Nación. 10 de Febrero de 1952). a Escuela de Enfermería de Costa Rica será modelo en la América Latina. *La Nación*.
- La Nación. 29 de Enero de 1957). Iniciado ayer el Segundo Seminario Nacional de Enfermería. *La Nación*.
- La Nación. 28 de Marzo de 1965). E Colegio de enfermeras de Costa Rica se dirige al Doctor Oscar Tristán Castro. *La Nación*, pág. 77.
- La Nación. (2010). *Google News Archive*. Recuperado el 14 de Abril de 2012, de <http://www.nacion.com/Generales/BusquedaGoogle.aspx>
- Malavassi, A. P. (2009). *Ponencia Discurso médico y prácticas higiénicas: esbozando un modelo para analizar la medicalización de la infancia en Costa Rica durante el siglo XX*. Jornadas de Investigación del CIHAC.
- Malavassi, P. (2002). De parteras a obstétricas. La profesionalización de una práctica femenina tradicional en Costa Rica (1930-1940). En E. Rodríguez, *Mujeres, género e historia en América Central durante los siglos XVIII, XIX y XX* (págs. 91-114). San José: UNIFEM - Plumssock Mesoamerican Studies.
- Malavassi, P. (2009). *Ponencia: La medicalización de la infancia en Costa Rica durante la primera mitad del siglo XX*. San José: Jornadas de Investigación del CIHAC.
- Malavassi, P. (2011). Prevenir es mejor que curar. Análisis sobre el trabajo cooperativo en Salud Pública de la Fundación Rockefeller en Costa Rica y Panamá. Décadas 1910-1930. *Tesis para optar por el grado de Doctorado en Historia*. San Pedro: Posgrado Centroamericano de Historia - Universidad de Costa Rica.
- Marín, J. J. (Julio - diciembre de 1995). De curanderos a médicos. Una aproximación a la historia social de la medicina en Costa Rica, 1830 - 1890. *Revista de Historia*(32), 65-108.
- Marín, J. J. (2001). Balances y Perspectivas para una Historia Social de la Medicina en Costa Rica. *Revista Reflexiones*, 80(2), 53-65.
- Marín, J. J. (2002). Biblias de la higiene. Las Cartillas Terapéuticas en Costa Rica, 1864-1949. En F. Enriquez, & I. Molina, *Culturas Populares y Políticas Públicas en México y Centroamérica (siglos XIX y XX)* (págs. 1-46). Alajuela: Museo Histórico Cultural Juan Santamaría.
- Normando, E. (Julio de 2007). De la ocupación a la profesión. Algunas consideraciones sobre la profesión médica en el Antiguo Régimen Hispánico. *Revista de Historia & Humanidades Médicas*, 3(1), 1-18.
- Palacios, D. (2007). La construcción moderna de la enfermería. *Cultura de los Cuidados*, 11(22), 26-32.
- Porter, R. (2004). *Breve historia de la medicina*. Madrid: Taurus.
- Procuraduría General de la República. (2004). *Sistema Costarricense de Información Jurídica* . Recuperado el 14 de Abril de 2012, de <http://www.pgr.go.cr/Scij/>
- Real Academia Española. (2002). *Diccionario de la lengua española - Vigésima segunda edición* . Recuperado el 25 de abril de 2012, de <http://www.rae.es/rae.html>
- Salazar, D. (1989). *Apuntes sobre la historia de la enfermería en Costa Rica. En Historia de la Ciencia y la tecnología: el avance de una disciplina*. Cartago, Costa Rica: Editorial Tecnológica de Costa Rica.
- Solís, E. (2000). *Rescate Histórico de la Enfermería en Costa Rica*. San José: CCSS - CENDEIS - EDNASSS.
- Vega, N. A. (2008). Desarrollo de la Investigación en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica. *Revista Enfermería Actual en Costa Rica*(14), 1-13.

Enfermería en Costa Rica

Desde 1978, Decana en Centro América



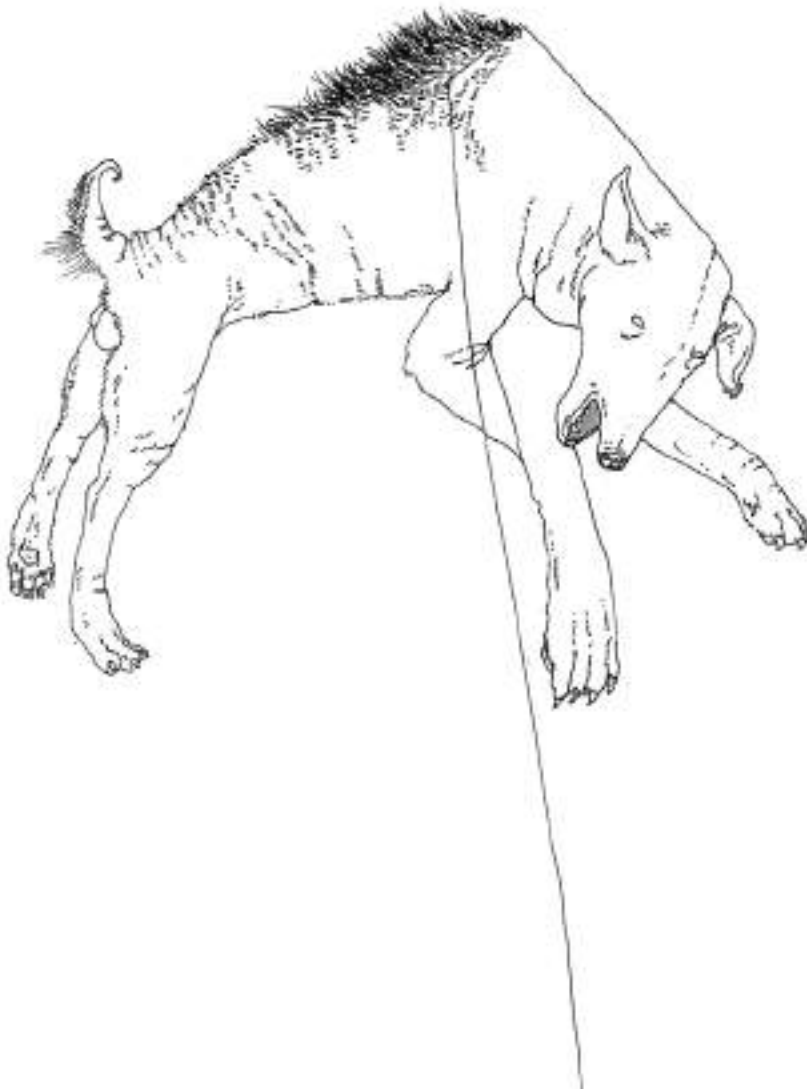
Enfermería en Costa Rica se complace en anunciar que nuestra revista forma parte de uno de los mayores portales bibliográficos de acceso libre: Dialnet



0903
04507
Laura Astorga

.....

La Revista Enfermería en Costa Rica se complace en presentar a Laura Astorga, artista que ilustra la presente edición. Con sus ilustraciones, abrimos a la comunidad de enfermeras y enfermeros las reflexiones, inquietudes y tensiones que expresan su trabajo creativo.



El Colegio de Enfermeras de Costa Rica

anuncia la próxima apertura del:

V CERTAMEN NACIONAL DE ARTÍCULOS CIENTÍFICOS EN ENFERMERÍA.



PREMIO

1 MILLÓN DE COLONES
al mejor artículo científico.

Consulta las bases del certamen en www.enfermeria.cr/revista

