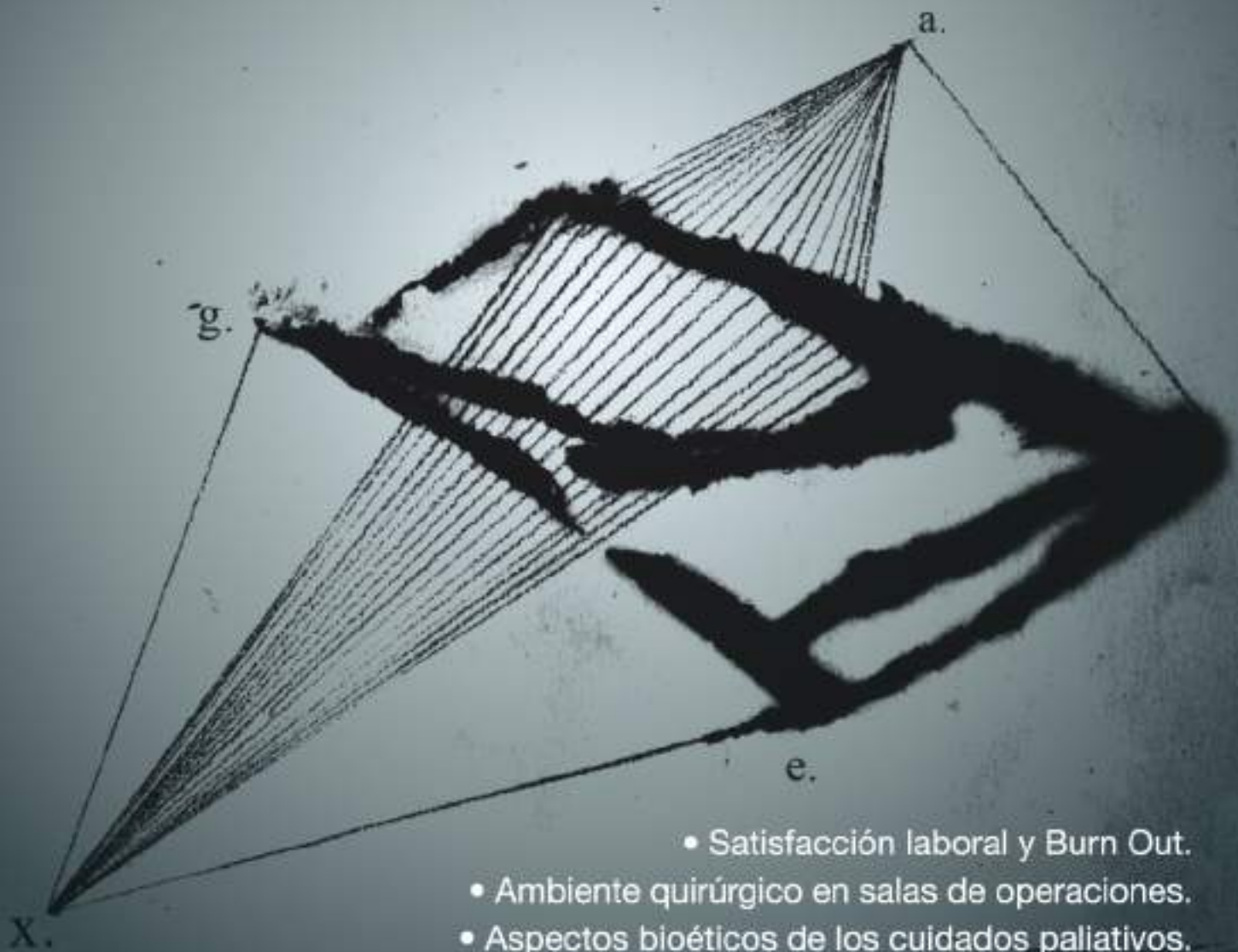




Enfermería en Costa Rica

Desde 1978, Decana en Centro América

VOLUMEN 33 (1); 2012



- Satisfacción laboral y Burn Out.
- Ambiente quirúrgico en salas de operaciones.
- Aspectos bioéticos de los cuidados paliativos.
- La enfermería en la filatelia costarricense.



ISSN 1409 - 1992

ENFERMERÍA EN COSTA RICA, es una revista de carácter científico que se publica semestralmente (ISSN 1409 - 1992). Desde 1978, la revista se distribuye gratuitamente entre los/as colegiados/as 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 con el trabajo del comité editorial de la revista. La línea editorial, en la medida de lo posible, prioriza artículos de investigaciones fenomenológicas, críticas y posestructuralistas.

COMITÉ EDITORIAL

- Director: 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. Área Desarrollo Estratégico. INFOCOOP.

COMITÉ DE REDACCIÓN:

- 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.
- Zeidy Vargas Bermúdez. M.Sc. Administración de servicios de salud. Supervisora. Hospital Calderon Guardia.

COMITÉ CIENTÍFICO

- M.Sc. Mary Meza Benavides. Universidad de Costa Rica.
- PhD. Marcia Galan Perroca. Departamento de Enfermagem Especializada Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (Brasil).
- PhD. Ligia Rojas Valenciano. Universidad de Costa Rica.
- M.Sc. Ana Guzman Aguilar. Universidad de Costa Rica.
- Lic. 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.

ENTIDAD EDITORA

COLEGIO DE ENFERMERAS Y ENFERMEROS DE COSTA RICA.

- Presidenta: Olga Marta Solano Soto.
- Fiscal: Pablo Valverde Hernández.
- Tesorero: Allan Rodríguez Artavia.
- Vocal I: Shirley Ramírez Moya.
- Vocal II: José Eduardo Carvajal Obando.
- Vocal III: Olga Marta Castro Vargas.
- Vocal IV: María De Los Ángeles Meza Benavides.
- Secretaria: Ernestina Aguirre Vidaurre.

Los lineamientos de la revista, la información para las/los autoras/es 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. Del mismo modo, permite distribuir obras derivadas solo bajo una licencia idéntica a la que regula su 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.



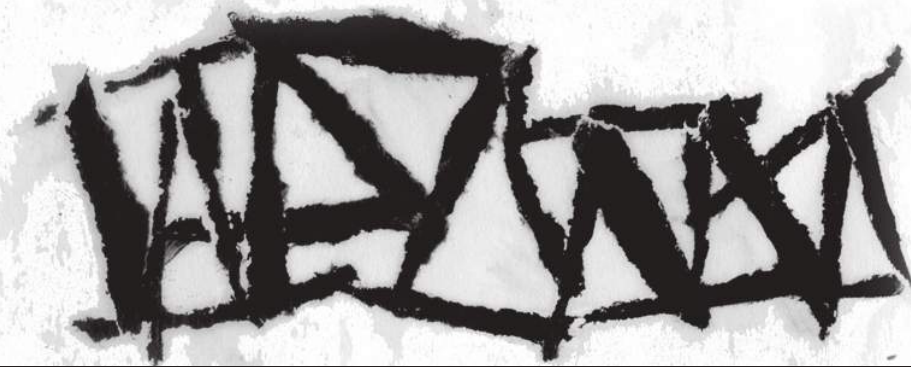
El Comité Editorial informa que la revista ha sido producida total o parcialmente con software libre y que los artículos publicados no discriminan las diferentes diversidades socio culturales, bien sean por cuestiones de género, raza, identidades sexuales o de cualquier otro ámbito o naturaleza.

Tiraje: 5.000 ejemplares.

Colegio de Enfermeros y Enfermeras de Costa Rica:
Teléfono: 2257-9522. Fax: 2257-9854.

Apartado postal: 5085 – 1000 San José. Costa Rica.
Correo electrónico: revista.enfermeria.cr@gmail.com.
Más información y el acceso a otras ediciones en:
www.enfermeria.cr/revista

Esta publicación ha sido posible gracias a las traducciones de Gustavo Calvo Cortés y al diseño gráfico de:



EDITORIAL

- Ejercicio de la disciplina de enfermería para enfrentar los nuevos retos en salud.** 2
The Costa Rican Nursing: A Strategic Look
Vivian Vilchez Barboza.

ARTÍCULOS ORIGINALES

- Satisfacción laboral y síndrome de Burn Out en el personal de enfermería Hospital Nacional Psiquiátrico.** 4
Job satisfaction and the Burn Out syndrome in the nursing staff of the National Psychiatric Hospital.
Julieta Rodríguez Ramírez.
- Percepción de docentes y estudiantes sobre el cambio curricular en enfermería. Universidad de Costa Rica.** 11
Perception of teachers and students about the curricular change in nursing.
Alba Irene Carranza Ramírez.
- Ambiente quirúrgico y tránsito en salas de operaciones. Costa Rica, segundo semestre, 2011.** 18
Surgical environment and traffic in the operations rooms. Costa Rica. Second Quarter. 2011.
Silvia Cordero Castro y Mariela Vargas Bolaños.
- Análisis de vigilancia de neumonías en la Región Central Sur, Costa Rica, periodo 2006 – 2010.** 23
Analysis of the nursing intervention to post-abortion patients.
Paula Marcela Coto Zamora y Guiselle Guzmán Saborío.

REFLEXIONES

- Relaciones de poder entre hombres y mujeres: su influencia en desarrollo de enfermería.** 26
Power relations between men and women: It's influence on nursing development.
Noé Ramírez Elizondo y Michael Alfonso Posso.
- Aspectos bioéticos de los cuidados paliativos.** 32
Bioethical Aspects of Palliative Care.
Allan Rodríguez Artavia.

HISTORIA Y VIDA

- Demencia con cuerpos de Lewy: la perspectiva de la persona cuidadora** 41
Dementia with Lewy Bodies: the perspective of the care-giver.
Ana Esmeralda Azofeifa Ugalde, Daniel Martínez Esquivel y Eddier Vargas Montoya.
- La enfermería en la filatelia costarricense. Un recurso para pensar nuestras historias.** 46
Nursing in Costa Rican Philately. A resource for considering our history.
Xabier Irigibel – Uriz.

CARTAS AL COMITÉ EDITORIAL

- “En memoria de Flory Knudsen.”** Abel Pacheco. 52
- “Flory Knudsen. Huellas en la enfermería costarricense”.** Gabriela Murillo Knudsen.
-

Ejercicio de la disciplina de Enfermería para enfrentar los nuevos retos en salud.

Vivian Vilchez Barboza

MSc. Ciencias de la Enfermería, Universidad de Costa Rica.

Candidata a Doctora en Enfermería, Universidad de Concepción. Chile.

Dirección para correspondencia: vivian.vilchez@ucr.ac.cr

Conforme se modifican las condiciones de vida y de desarrollo de las sociedades, las necesidades humanas también se van transformando. Con la entrada en el siglo XXI, los cambios en el área de la salud se han ido haciendo más evidentes. Estos cambios se manifiestan en múltiples aspectos que van desde las modificaciones en la morbi-mortalidad por la aparición de nuevos procesos, el incremento de enfermedades no transmisibles, el cambio en la configuración poblacional, la transición demográfica, hasta el desarrollo tecnológico, la globalización de las comunidades y el comercio, el consumismo, la mayor migración de las personas y los cambios en los estilos de vida. Paralelamente y como consecuencia lógica de tales transformaciones, las personas formulan mayores expectativas con respecto a los servicios de atención con la consecuente demanda de orientación y gestión sobre sus problemas de salud. Esta realidad plantea enormes desafíos para el sector salud, de los que la Enfermería, desde luego, no está exenta. Los retos por enfrentar exigen respuestas oportunas y eficientes a las necesidades de salud y a la calidad de vida de la población.

En el contexto de estas nuevas condiciones, es forzoso que la disciplina se plantee interrogantes tales como ¿de qué forma está construyendo Enfermería el conocimiento?, ¿qué respuesta brinda Enfermería a la sociedad ante los fenómenos contemporáneos?, ¿cuál es el rol que desempeña la Enfermería con respecto a otras disciplinas científicas?, ¿cómo se proyecta la Enfermería en el futuro?

Reestructurar el pensamiento para dar respuesta a las preguntas planteadas implica la consideración de múltiples factores. Sin embargo, dentro de la diversidad de respuestas posibles, se debe rescatar como principio fundamental para todas aquellas, que la Enfermería es una disciplina compuesta de ciencia y profesión (Maya, 2003; Hernández & Guardado, 2004; Durán de Villalobos, 2007; Litchfield & Jónsdóttir, 2008; Newman, Smith, Dexheimer & Jones, 2008). Es decir, tiene un dominio de conocimiento que define su importancia en la sociedad (disciplina), formado por un cuerpo creciente de ideas que surge de la aplicación de variados métodos para obtener conocimiento (ciencia) más el campo especializado de la práctica, donde se expresa el conocimiento por medio de las diversas habilidades y se entrega un servicio apegado al cumplimiento de los requisitos éticos universales, que otorgan autonomía y prestigio a la profesión. Se puede ejemplificar simbólicamente lo anterior, con una ecuación: $\text{Disciplina} = \text{Ciencia} + \text{Profesión}$.

Desde esta plataforma, se hace un llamado a los y las profesionales de Enfermería, tanto del ámbito hospitalario como del ámbito extra-hospitalario, a dar un salto cualitativo e implementar el Sistema de Conocimiento en Enfermería Conceptual-Teórico-Empírico (sistema C-T-E), establecido por Fawcett (2005), el cual se define como el servicio que se brinda a la sociedad guiado por el conocimiento específico de la disciplina de Enfermería, al articularse con las teorías de la misma. Esto implica otorgar una relevancia social, profesional y científica a todo ejercicio de la Enfermería. Es imperativo demostrar la importancia que tiene para la sociedad la ejecución de la Disciplina de Enfermería a través de la contribución al sistema de salud con alternativas para la resolución de necesidades impuestas por los fenómenos contemporáneos. Ella debe propiciar la innovación en la atención en los diferentes escenarios laborales y la construcción permanente de conocimiento haciendo uso de las teorías y filosofía de su campo específico. Se debe acercar de este modo la teoría a la práctica, dándole un sustento al “hacer” al proveerlo de un marco propio para interpretar los hallazgos y guiar la práctica, la investigación y la educación de la Enfermería evidenciando a la vez una apropiación clara en el “ser” y el “saber”. Estas acciones posibilitarían no solo la implementación de las teorías sino también el esclarecimiento del quehacer y rol de la disciplina de Enfermería. El respaldo a estas acciones permite una interacción fluida y competitiva con las demás disciplinas y el surgimiento de un sinnúmero de acciones de Enfermería para ofrecer a la sociedad en el presente y el futuro.

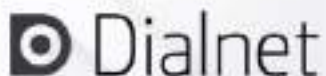
Bibliografía

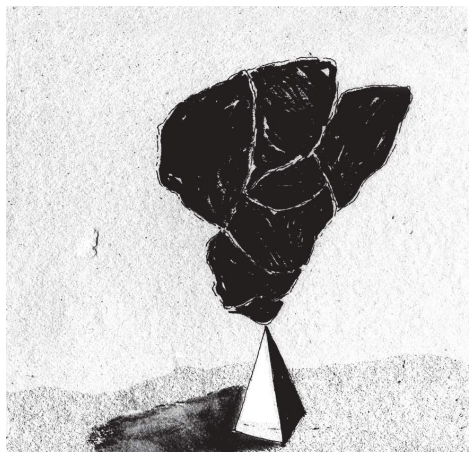
- Maya, María Cecilia. (2003). Identidad Profesional. Invest. Educ. Enferm. Vol. 21 (1), pp. 98-104.
- Hernández, Abdul; Guardado, Caridad. (2004). La Enfermería como disciplina profesional holística. Rev. Cubana Enfermer. Vol. 20(2), pp. 1-11.
- Durán de Villalobos, María Mercedes. (2007). Teoría de Enfermería ¿un camino de herradura? Aquichán. Vol. 7(2), pp. 161-173. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería.
- Merian C. Litchfield & Helga Jónsdóttir. (2008). A practice Discipline That's Here and Now. Advances in Nursing Science. Vol. 31(1), pp 79-91.
- Newman, Smith, Dexheimer & Jones. (2008). The focus of the Discipline Revisited. Advances in Nursing Science, Vol. 31(1), pp. E16-E27.
- Fawcett, Jaqueline. (2005). Contemporary Nursing Knowledge. Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories. 2ed. Philadelphia: F.A. Davis Company.



**Informa que ya formamos parte del catálogo de Latindex,
la Hemeroteca Dialnet y el buscador de artículos de
revistas científicas Google Académico.**

Un nuevo esfuerzo de la revista por contribuir a aumentar
la visibilidad e impacto de los artículos.





► Satisfacción laboral y síndrome de Burn Out en el personal de enfermería Hospital Nacional Psiquiátrico.

Julieta Rodríguez Ramírez*

RESUMEN

La Insatisfacción Laboral y el Síndrome del Burn-Out son riesgos profesionales muy extendidos en el Personal de Enfermería. Es objetivo de esta investigación determinar, mediante un diagnóstico, las condiciones del Clima Laboral en el personal del Área de Mujeres del Hospital Nacional Psiquiátrico durante noviembre del 2011. La investigación fue cuantitativa, descriptiva y transversal y la información se recolectó a través de dos instrumentos: 1) La Escala de Satisfacción Laboral FONT ROJA y 2) El Maslach Burn out Inventory-Human Services Survey. El estudio fue realizado con 91 personas (87.5 %). La Satisfacción Media Global fue de 3.68 (moderada) y los factores mejor valorados fueron la relación interpersonal con los compañeros y la satisfacción por el trabajo. De la Escala de Maslach, el 4.39% de la muestra obtuvo al mismo tiempo un alto cansancio emocional y despersonalización y baja realización personal lo que permite afirmar que sufren del Síndrome de Burn-Out.

Palabras Clave: Satisfacción/Insatisfacción laboral. Síndrome de Burn-Out. FONT-ROJA. Maslach. Enfermería. Enfermería.

ABSTRACT

Job Satisfaction and the burn out syndrome in the nursing staff of the national psychiatric hospital.

job dissatisfaction and burn out syndrome are widespread professional risks in the nursing staff. The main objective of this research is to determine, through diagnosis, these work environment conditions for nursing in the women's area in the National Psychiatric Hospital during November 2011. The research was quantitative, descriptive and transversal, and the information was collected using two instruments: 1) Font-Roja job satisfaction scale, 2) The Maslach Burn-Out Inventory-Human Services Survey. The study was carried out with 91 people (87.5%). The average overall satisfaction was 3.68 (moderate). The highest scores were rated in the area of interpersonal relationships among colleagues and job satisfaction, and the lowest rating was Job-Related Stress. Using the Maslach scale, 4.39% of the sample group had both high emotional exhaustion, depersonalization and low personal accomplishment, confirming the suffer burn out syndrome.

Key Words: Job satisfactions/dissatisfaction. Burn-Out. Syndrome. FONT-ROJA. Maslach Burn-Out. Inventory-Human Services. Nursery.

*MSc. Psicología Laboral, Licenciada en Salud Mental y Psiquiatría. Departamento de Enfermería, Hospital Nacional Psiquiátrico, San José, Costa Rica. Investigadora y Consultora Independiente, Consultoría Humana. S.A.

Recibido: 29/05/2012

Aceptado: 15/8/2012.

Dirección para Correspondencia:

julietarr76@hotmail.com

Enfermería en Costa Rica 2012; 33 (1): 4-10.

Introducción

En el área sanitaria son muchos los estudios que se han realizado para evaluar la satisfacción y motivación laboral de las personas dedicadas a los servicios de salud. La satisfacción laboral en el trabajo es una variable que condiciona la calidad asistencial por parte de los trabajadores en sus centros hospitalarios. Según Gil-Monte y Peiró (1997) citados por (Ríos y Godoy, 2008).

“La satisfacción laboral constituye uno de los indicadores más clásicos a los que se recurre cuando se persigue conocer la actitud general de las personas hacia su vida laboral, ya que es un aspecto que puede influir tanto sobre la cantidad y calidad del trabajo que los individuos desarrollan, como sobre otras variables laborales tales como el absentismo, la propensión a abandonar la organización, las altas tasas de rotación...”. (Ríos y Godoy, 2008, p.6)

Así mismo, Fernández (1998) concluye en su estudio que:

“la satisfacción laboral de los profesionales sanitarios se asocia con una mejor salud mental y ausencia de síntomas de Burn-Out. En concreto, esta autora especifica que la satisfacción con los aspectos intrínsecos del trabajo disminuye el Burn Out y que la satisfacción con los compañeros y los superiores protege del agotamiento emocional”. (En Ríos y Godoy, 2008, p.6)

Por lo tanto, la satisfacción laboral se concibe como una variable básica y clásica, a la hora de estudiar y analizar la calidad de vida de las personas en las organizaciones. En este sentido, Sáez (1999) citado por (Ríos y Godoy, 2008) afirma que,

“...existe bastante consenso en considerar la satisfacción laboral como una actitud compuesta por elementos afectivos, cognitivos y conductuales, que tiene una persona hacia su trabajo... la satisfacción laboral, como constructo, se relaciona con multitud de variables, de índole tanto personal como organizacional”. (Ríos y Godoy, 2008, p.6)

Becerra (2003) y Fernández (1995 en estudios realizados en el personal de salud coinciden en que:

“...en el ámbito laboral el Burn-Out provoca insatisfacción y deterioro del ambiente laboral, disminución de la calidad del trabajo, absentismo, reconversión o abandono de la profesión y adopción de posturas pasivo-agresivas con los pacientes” (citados por Lomeña, Campaña, Nuevo, Rosas, Berrocal

Gámez y García, 2004, p.148)

A su vez, Aránaz, Mira y Rodríguez (1994), Sobrequés, Cebriá, Segura, Rodríguez, García y Juncosa, (2003) también en Lomeña y otros, concuerdan en que, *“... la satisfacción laboral en la atención sanitaria se iguala en importancia a la preparación científico-técnica del profesional o a la disposición de una determinada tecnología”*. (Lomeña y otros, 2004, p.148)

La presente investigación se realizó a solicitud de la Dirección de Enfermería del Hospital Nacional Psiquiátrico, por la preocupación y necesidad de obtener datos reales sobre la situación laboral del personal de Enfermería. Consistió en realizar un diagnóstico de Clima Laboral en el Personal de Enfermería del Área de Mujeres del Hospital Nacional Psiquiátrico, midiendo no sólo el grado de Satisfacción y Motivación Laboral del personal, sino también realizando un diagnóstico sobre las tres áreas de afectación del Síndrome de Burn-Out, (cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal) que permitiera identificar los factores de mayor y/o menor criticidad en los diferentes servicios y que permita a corto, mediano y largo plazo, implementar aquellas medidas necesarias para mejorar las condiciones laborales de su personal, ya que es sabido el alto nivel de estrés que enfrenta el personal de enfermería que trabaja en ambientes donde los pacientes requieren vigilancia constante. En este sentido (Adali, Primi, Evagelou, Mougia, Ifanti y Alevizopoulos, 2003) rescatan que,

“El personal de enfermería psiquiátrica a menudo establece una estrecha relación con sus pacientes puesto que están obligados a hacer frente a su actitud provocadora. Las características de los pacientes que padecen enfermedades mentales tales como son la indisciplina, la actitud provocadora y el comportamiento agresivo hacia el personal de enfermería juegan un papel muy importante en el desarrollo de este Síndrome del Quemado”. (Adali y otros, 2003, p.163)

Materiales y Métodos

La investigación es de tipo cuantitativa, descriptiva y transversal. En principio se realizó un muestreo por conveniencia y voluntario, en cada uno de los Pabellones y la Supervisión de Enfermería que conforman el Área de Mujeres del Hospital Nacional Psiquiátrico; la oportunidad de la conveniencia se estableció no sólo por el sistema de turnos, si se encontraban libres, incapacitados (as), en vacaciones o en días feriados, sino también por la disponibilidad del personal, tomando en cuenta los movimientos entre los diferentes pabellones de acuerdo a las necesidades diarias de los servicios.

La población fue de 104 personas que conformaron

el rol del personal de enfermería entre el 8 y 25 de noviembre del 2011, de las cuales durante el periodo de recolección de la información 3 personas estaban incapacitadas, 3 no fueron localizadas, 3 no desearon participar y 4 se encontraban en vacaciones, para un total de 91 personas encuestadas que correspondería al 87.5 % del personal de Enfermería del Área de Mujeres según el rol del mes de Noviembre del 2011. Para la recolección de la información se utilizaron 2 instrumentos:

La Escala FONT ROJA que incluía además algunas variables sociodemográficas de elaboración propia y otras relacionadas con la motivación -adaptación (Juárez, 2007)-, los cuales serían los últimos 5 ítems de la escala. La Escala de Satisfacción Laboral FONT ROJA -en su versión original-, consta de 24 ítems con cinco opciones de respuesta para cada uno de ellos y permite explorar nueve factores de Clima Laboral que determinan la satisfacción de los profesionales de salud en sus centros hospitalarios, según Aranáz, Mira y Benavides (citado en López, Bernal y Cánovas, 2001),

“El cuestionario Font Roja tiene a su favor su consistencia interna, sencillez y facilidad de administración, y está desarrollado pensando exclusivamente para el medio hospitalario... particularmente para el sector público”. (López, Bernal y Cánovas, 2001, p.245)

Según Ignacio, Córdoba, Serrano, Figueroa, Moreno e Ignacio, J.M. (1997), el cuestionario FONT-ROJA zz (López y otros, 2001, p.245). No obstante, a diferencia de otros instrumentos comúnmente utilizados en psicología laboral y/o ingeniería industrial la Escala FONT-ROJA no valora aspectos del entorno físico, condiciones higiénicas, incentivos económicos o del desgaste profesional.

Cada ítem es valorado mediante una escala de Likert de 1 a 5, en el sentido de menor a mayor satisfacción, que puntúa desde el valor 1 (mínima satisfacción) al valor 5 (satisfacción máxima), el punto 3 se toma como un grado intermedio de satisfacción. Para el análisis e interpretación de los datos se requiere la recodificación de los ítems 5, 6, 7, 12, 13, 14, 15, 16,17, 19, 24 correspondientes a la Escala FONT - ROJA, y a los ítems 25, 26, 27, 28 y 29 correspondientes a la motivación de la adaptación de (Juárez, 2007), los cuales por su contexto gramatical, -la escala tipo Likert-, puntúan de forma inversa, es decir el valor 1 (máxima satisfacción) y valor 5 (mínima satisfacción), con el fin de disminuir el sesgo y aumentar la confiabilidad de la escala. La puntuación obtenida en cada factor de clima laboral

equivale a la suma simple de las puntuaciones de los ítems que lo componen, dividida por el número de ítems.

Según las investigaciones revisadas, no existe un punto de corte para clasificar los ítems, por lo que se utilizó la propuesta del equipo investigador de Lomeña y otros (2004) quienes plantearon una división de los factores de clima laboral en Alta, Moderada y Baja Satisfacción laboral, la cual permite una ordenada, práctica y sencilla interpretación de los resultados. La Satisfacción Media Global (SMG) de cada participante y de la muestra total -para efectos de este trabajo- se calculó a partir de la sumatoria de las puntuaciones medias de los 9 factores de clima laboral divididas entre 9 y utilizando el mismo recorrido teórico de 1 a 5, siendo de 1 a 2.1 bajo grado de satisfacción, de 2.2 a 3.7 moderado grado de satisfacción, y de 3.8 a 5 alto grado de satisfacción laboral. Igualmente, para esta investigación el grado de motivación se describe en función de los 5 últimos ítems de la escala (25, 26, 27, 28 y 29) que son los que están relacionados con la motivación laboral de los trabajadores, tomados de la adaptación de Juárez (2007).

El Maslach Burn out Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS), instrumento que se le conoce indistintamente como Maslach Burn Out Inventory (MBI) versión al español, y que permite detectar si una persona del área de la salud, sufre del Síndrome de Burn out. Según Pera y Serra-Prat (2002) citado por Rodríguez: (2010)

“...esta escala ha demostrado tener una buena validez de constructo, ya que tiene los valores del Coeficiente Alfa de Cronbach superiores a 0.70 para las tres sub-escalas, lo que indica que su consistencia interna es buena”. (Rodríguez, 2010, p.4)

El MBI consta de veintidós ítems con siete opciones de respuesta (Escala de Likert de 0 a 6). Su interpretación se basa en que si un participante obtiene puntuaciones ALTAS en Agotamiento Emocional y Despersonalización, y puntuaciones BAJAS en Realización Personal, entonces sufre el Síndrome de Burn out.

Por último, la conformidad y aceptación verbal de participar en el estudio así como el de completar ambos instrumentos, se tomó como el consentimiento informado, por parte de todo el Personal de Enfermería del Área de Mujeres que realizó las encuestas, a quienes se les explicó claramente que la investigación era 100% voluntaria, anónima y a solicitud de la Dirección de Enfermería.

Resultados

El total de personas que completaron las encuestadas fue de 91, con una edad media de 40.7 años, su antigüedad media fue de 17.5 años, para una distribución por género de 11 hombres y 80 mujeres, por categoría de puesto la mayoría de la muestra fue de Auxiliares de Enfermería con 41 personas (45%), seguido por el de Asistentes de Pacientes con 30 personas (33%) y por último el conformado por los Profesionales de Enfermería con 20 personas (22%). Dentro del Área de Mujeres 37 personas reportaron que sí estudian actualmente y 52 personas que no. El Personal de Enfermería respondió que 28 de ellos sí participan en actividades de investigación, contra 63 personas que no; el grupo que reportó menos cantidad de personas en actividades de investigación fue el de Profesionales de Enfermería, con 5 personas, si lo comparamos con el grupo de Auxiliares de Enfermería que reportaron 12 personas y el de Asistentes de Pacientes con 11 personas. Se obtuvo una tasa de respuesta del 100% pues ninguno de los instrumentos fue dejado en blanco, lo que aumenta la confiabilidad de los resultados obtenidos.

A nivel de toda el Área de Mujeres los resultados de la Escala FONT-ROJA nos indica que el Personal de Enfermería presenta una Satisfacción media global

(SMG) Moderada con un puntaje de 3.68, en un recorrido teórico de 1 a 5 puntos; los dos Factores de Clima Laboral que mayor satisfacción les generan al personal fueron el Factor n°1 “Satisfacción por el trabajo” con 4.17 puntos que corresponde al grado de satisfacción que experimenta el individuo condicionado por su puesto de trabajo y por la realización de sus funciones como personal de salud y el Factor n°7 “Relación Interpersonal con los compañeros” también con 4.17 puntos, que es el grado de satisfacción que provocan las relaciones interpersonales con los compañeros(as) de trabajo. El Factor de clima laboral menos valorado por el personal de enfermería, a pesar de que su puntaje marca como Moderado, fue el Factor n°2 “Tensión relacionada con el trabajo” con 3.23 puntos, que se entiende como el grado de tensión que el ejercicio de su profesión le acarrea al individuo y que se refleja sobre todo en el cansancio que experimenta, la responsabilidad percibida y el estrés laboral. Ningún Pabellón del Área de Mujeres obtuvo puntajes bajos en los 9 Factores de Clima Laboral, en la SMG o en la Motivación, la tendencia se mantuvo hacia parámetros moderados.

En el Cuadro N°1 se pueden apreciar todos los puntajes obtenidos para cada factor de satisfacción laboral en la Escala FONT-ROJA,

Cuadro N°1

Resultados de factores de satisfacción laboral en el personal de Enfermería del Área de Mujeres, según puntaje medio y grado de satisfacción, Hospital Nacional Psiquiátrico, noviembre del 2011.

Factor	Puntaje Medio	Grado de Satisfacción
Factor n°1: Satisfacción por el	4.17	ALTA
Factor n°2: Tensión relación	3.23	MODERADA
Factor n°3: Competencia	3.23	ALTA
Factor n°4: Presión del trabajo	3.39	MODERADA
Factor n°5: Percepción por	3.39	MODERADA
Factor n°6: Rel. inter. con sus	3.39	ALTA
Factor n°7: Rel. inter. con los	4.17	ALTA
Factor n°8: Caract. extrínsecas	3.38	MODERADA
Factor n°9: Monotonía laboral	3.57	MODERADA
Satisfacción Media Global (Smg)	3.68	MODERADA

Así mismo, en la variable Género, los hombres obtuvieron una SMG Alta (3.85), con una Motivación Moderada (3.32), en cambio para las mujeres, tanto la SMG (3.69) como la Motivación (3.54) puntuaron en grados moderados. Por otra parte, con respecto a la Escala de Maslach para detectar el Síndrome de Burn-Out hubo 4 personas que obtuvieron al mismo tiempo un Alto Cansancio Emocional, una Alta Despersonalización y una Baja Realización Personal, por lo que 4.39% de la muestra sí sufre del Síndrome de Burn-Out.

Por Dimensión, la tendencia de afectación del Síndrome de Burn-Out en el Personal de Enfermería del Área de Mujeres, fue de 23 personas (25.2%) con un Alto Cansancio Emocional, 18 personas (19.7%) con una Alta Despersonalización y 19 personas (20.8%) con una Baja Realización Personal. Igualmente, por Categoría de Puesto el grupo con mayor cantidad de individuos con niveles Altos de Cansancio Emocional fueron los Auxiliares de Enfermería con 12 personas; el grupo que presentó la mayor cantidad de personas con niveles Altos de Despersonalización fue el de Asistente de Pacientes con 8 personas y el grupo con la mayor cantidad de personas con Realización Personal Baja fue el de Auxiliares de Enfermería con 13 personas. Con respecto a los Pabellones, el pabellón con la mayor cantidad de personas con Cansancio Emocional Alto fue el Pabellón 2 de Mujeres con 6 personas, los resultados de Despersonalización Alta estuvieron distribuidos con 5 personas tanto en el Pabellón 1, como en el Pabellón 2 de Mujeres y el Pabellón con la mayor cantidad de personas con una Baja Realización Personal fue el Pabellón 1 de Mujeres con 8 personas, seguido por el Pabellón 2 de Mujeres con 6 personas.

Discusión

Con respecto a las variables sociodemográficas, la edad media del total de la muestra fue de 40.7 años, siendo sus valores mínimos 22 años y máximos 64 años, la media de la edad es muy similar a la de (Juárez, 2007, p.10) con 36.2 años. La antigüedad media fue de 17.5 años, para una antigüedad mínima de 1 año y una máxima de 40 años, lo cual demuestra un rango de antigüedad muy amplio para toda la población. Con respecto a la antigüedad, algunos autores encuentran una relación con el Síndrome de Burn-Out manifestada en dos periodos, uno correspondiente a los primeros años de carrera profesional como en el trabajo, de los cuales (Grau, Suñer y García, 2005) encontraron que,

“Entre los trabajadores situados en el nivel alto de despersonalización, predominaron los trabajadores con menos años de ejercicio de la profesión, que valoraron

menos su nivel de optimismo y tenían con mayor frecuencia la percepción de no ser adecuadamente valorados laboralmente (por sus compañeros, jefes, pacientes o familiares de los paciente”. (p.467)

Por su parte, diferentes autores como Hillhouse y Adler (1997) rescatados por (Albaladejo, Villanueva, Astacio, Calle, y Domínguez, 2004) señalan que,

“Después de 10 años puede existir un periodo de sensibilización a partir del cual el profesional sería especialmente vulnerable. Así, tras este tiempo de ejercicio profesional se ha producido ya la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, viéndose que tanto las recompensas personales como profesionales y las económicas no son ni las prometidas ni las esperadas”. (p.513)

La distribución por género fue de 11 hombres (12.1%) y de 80 mujeres (87.9%), los datos nos demuestran *“claramente el predominio de las mujeres en el ejercicio de la profesión”* como en (Juárez 2007, p.10) y que al tratarse de un área de hospitalización femenina, la tendencia ha sido también ubicar personal femenino a trabajar en dichos servicios. La variable investigación obtuvo un 30.7% de respuesta positiva, la cual supera por mucho la obtenida en otros trabajos (Juárez, 2007, p.10). Esto podría ser consecuencia de que 37 personas de la muestra (40.6%) respondieron a la variable estudio, que actualmente sí están estudiando o han terminado otras carreras y que dentro de su formación académica deben realizar investigación.

Con respecto a la Escala FONT-ROJA, al analizar otros estudios realizados en el medio hospitalario al Personal de Enfermería, -con la utilización del mismo instrumento-, se observan resultados muy similares tanto en la Satisfacción Media Global (SMG), como en la satisfacción laboral para los 9 Factores de Clima Laboral y en la Motivación; el Personal de Enfermería del Área de Mujeres obtuvo una Satisfacción Media Global (SMG) Moderada con un puntaje de 3.68, la cual dentro del ámbito hospitalario es similar a los resultados obtenidos por medio de la Escala FONT ROJA en otros estudios como los de Ríos y Godoy (2008), Juárez (2007), López, Bernal y Cánovas (2001), Fuentes (2010), Molina, Ávalos, Valderrama y Uribe (2009), Garrido, Sesmero, Pórtoles, Velayos y Martínez (2006), Hernández, Rondón, Ariza y Manrique (2010). En este sentido y de acuerdo con la literatura revisada, una Satisfacción Laboral y Motivación Moderadas son resultados muy aceptables, dadas las múltiples demandas físicas, emocionales y cognitivas que implica trabajar en un hospital psiquiátrico con enfermos(as) mentales. Los dos factores de clima

laboral mejor valorados por el Personal de Enfermería fueron el Factor nº1 “Satisfacción por el trabajo” al igual que en Ríos y Godoy, (2008) y Garrido y otros (2006), así como el Factor nº7 “Relación Interpersonal con los compañeros” como en Juárez (2007), Ríos y Godoy (2008), Garrido y otros, (2006) y Hernández y otros (2010); además Molina y Avalos (2007) (citados en Molina y otros, 2009) concluyeron que,

“Este factor es muy importante porque contribuye a aumentar la puntuación de la satisfacción media global, además una buena relación interpersonal aumenta el grado de satisfacción e ilusión por el trabajo y, a su vez, puede considerarse como un factor protector del desgaste profesional”. (p. 223)

El Factor de Clima Laboral menos valorado por el Personal de Enfermería, -a pesar de que su puntaje fue Moderado- fue el Factor nº2 “Tensión relacionada con el trabajo”. Este factor permite:

“establecer el estado de tensión que le genera el ejercicio laboral al trabajador, valorando aspectos como la responsabilidad del trabajador, el cansancio, la posible alteración del estado de ánimo, salud y sueño que le produce al personal de Enfermería las actividades desarrolladas durante la jornada laboral”. (Hernández y otros, 2010, p. 16)

Al analizar la Satisfacción Media Global por géneros, se observa que los hombres se encuentran más satisfechos laboralmente que las mujeres, representado por una SMG Alta con 3.85 puntos para los hombres, y una SMG moderada con 3.69 puntos para las mujeres, aunque la diferencia no es altamente significativa,

“Este fenómeno de insatisfacción percibido por el género femenino ha sido evidenciado desde los estudios realizados por Hulin y Smith en 1964 los cuales investigaron el modo en el que la satisfacción en el trabajo se ve afectado por variables de grupo, explorando de esta manera la existencia o no de diferencias entre los hombres y mujeres de la misma institución, los análisis indicaron que históricamente las mujeres se encontraban considerablemente menos satisfechas en el trabajo que sus compañeros varones, lo cual puede deberse a la diferencia de motivantes o condiciones importantes para cada género”. (Hernández y otros, 2010, p. 17)

Con respecto a la SMG, solo el grupo etario más joven (de 20 a 29 años) obtuvo un puntaje Alto de Satisfacción Laboral (3.88), el resto de los grupos etarios obtuvieron puntuaciones con grados Moderados de Satisfacción.

Así mismo la Motivación a nivel general muestra puntuaciones dentro de parámetros moderados.

Por otra parte, entre las causas más reconocidas del desarrollo del Síndrome de Burn- Out en el Personal de Enfermería Psiquiátrica, (citado en Adali, Primi, Evagelou, Mougia, Ifanti y Alevizopoulos, 2003) están,

“el tiempo que los trabajadores pasan cuidando a sus pacientes (Cronin- Stubbs, Brophy 1985), su relación con aquellos pacientes que poseen un mal pronóstico (Hare, Pratt, Andrews 1988), los pacientes con carencias emocionales (Lewenson, Conley, y Blessing-Moore 1981), el exceso de trabajo (Landsbergis, 1988), los conflictos en cuanto al papel profesional a desarrollar debido a la ambigüedad del mismo (Pines, Kanner, 1982), poca colaboración entre compañeros o falta de apoyo por parte del supervisor (Firth et al. 1986a), la insatisfacción en el trabajo (Dolan 1987), y el contacto frecuente con la muerte”. (Mallet et al. 1991, Dewe 1989) (Adali y otros, 2003, p.162)

De estas causas, muchas coinciden con la población estudiada en este estudio, pues de 91 personas encuestadas, las 4 diagnosticadas con el Síndrome de Burn-Out, fueron del género femenino y las investigaciones de Bernard y Meade (1993), Itzin, Newman y Gender (1995) y Tyler y Abbott (1996) citados en (Aranda, Pando y Pérez, 2004), así como en Albaladejo, Villanueva, Astacio, Calle, y Domínguez (2004) señalan principalmente a las mujeres como el grupo más vulnerable para padecer el Síndrome de Burn out, entre algunas razones para que esto suceda está la multiplicidad de roles y como dice Atance (1997), *“...según la variable sexo, serían las mujeres sanitarias las más afectadas, quizás por el mantenimiento de la doble carga de trabajo familiar y profesional”* (Albaladejo, 2004, 507). Además, a lo largo de la historia, las mujeres aparecen en desventaja laboralmente debido a un campo predominantemente masculino, donde el machismo puede sumarse a otra causa más que incide en la aparición de Síndrome de Burn out, ya que *“...se ha encontrado que las mujeres de todas las edades padecen de discriminación en el empleo a causa de su sexo y edad, y de que esta última se combina con el género en su prejuicio”.* (Aranda y otros, 2004, p.84)

El grupo etario con la mayor cantidad de personas con Cansancio Emocional Alto fue el grupo más joven, -de 20 a 29 años- con 9 personas, lo cual coincide con otras investigaciones realizadas (Grau, Suñer y García, 2005); la edad parece no influir del todo en la aparición del Síndrome de Burn-Out; se considera que puede

existir un periodo de sensibilización, debido a que en los primeros años de carrera profesional se produce una transición entre las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana así como enfrentarse a lo duro del mercado laboral, en este sentido Maslach, Schaufeli y Leiter (2001) y Chopra, Sotile, y Sotile (2004), agregan que:

“La edad también se ha relacionado con este síndrome, aunque se aconseja considerar el sesgo de supervivencia, ya que los trabajadores más «quemados» son los que mayoritariamente abandonan el trabajo”. (Grau y otros, 2005, p.468)

El grupo etario que presentó la mayor cantidad de personas con valores altos de despersonalización fue el de 50 a 59 años y la distribución de los casos con baja realización personal estuvo muy similar en todos los grupos etarios del personal de enfermería.

Recomendaciones

Con el propósito de generar una cultura organizacional de mejora continua, dentro de la Institución y específicamente en el Departamento de Enfermería, se deben fomentar, de manera periódica, estudios de Clima Laboral que permitan detectar las áreas de mayor y menor criticidad dentro del personal. Así mismo, se deben diseñar e implementar planes de intervención en Salud Mental y Psicología Laboral personalizados, de acuerdo con las necesidades y características de la población investigada y en los que participen todas las partes interesadas desde la Dirección de Enfermería, las Jefaturas de Área, la Supervisión, el Personal de Enfermería de los servicios y los profesionales de los programas especiales. Por último, el Personal de Enfermería necesita fortalecer sus conocimientos en metodologías y métodos de investigación como parte de su desarrollo y quehacer profesional. Es prioritario que se brinde el espacio, tiempo y recursos tanto físicos, como humanos, para llevar a cabo más estudios de este tipo.

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. *European Journal Psychology*, 3 (17), 505-516. Recuperado el 15-01-2012 desde: <http://scielo.isciii.es/pdf/ejp/v17n3/original4.pdf>

Albaladejo, R., Villanueva, P., Astacio, P., Calle, M. y Domínguez, V. (2004). Síndrome de Burn out en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 4 (78), 505-516.

Aranda, C., Pando, M. y Pérez, M. (2004). Apoyo social y síndrome de quemarse en el trabajo o burn out: una revisión. *Revista Psicología y Salud*, 001 (14), 79-84.

Fuentes, M. (2010). Encuesta de opinión y de satisfacción laboral del personal de enfermería adscrito al equipo volante del Hospital General Universitario de Alicante. Recuperado el 05-11-2011. Accesible en: donacion.organos.ua.es/unidad/ESTUDIO_ENFERMERAS.pdf

Garrido, M., Sesmero, C., Pórtoles, J., Velayos, M. y Martínez, S. (2006). Valoración del grado de satisfacción laboral en equipos de diálisis. *Revista Seden*, 3 (9), 51-59. Recuperado el 05-01-2012. Accesible en: www.revistaseden.org/files/51.pdf

Grau A, Suñer R y García M. (2005). Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales ambientales. *Gaceta Sanitaria*, 6 (19), 463-470.

Hernández, J., Rondón, R., Ariza, N. y Manrique, F. (2010). Satisfacción laboral en el personal de enfermería de la E.S.E, Hospital San Antonio de Soatá. *Salud, Historia y Sanidad*, 2 (5), 1-22. Recuperado el 13-12-2011 desde: www.virtual.upte.edu.co/revistas/index.php/shs/article/view/833/767

Juárez, J.L. (2007). Estudio de la motivación y satisfacción en los profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería, en el Hospital Comarcal de Úbeda “San Juan de la Cruz”. *Biblioteca Las casas*, 3(1), 1-45. Recuperado el 13-12-2011. Accesible en: www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0216.php

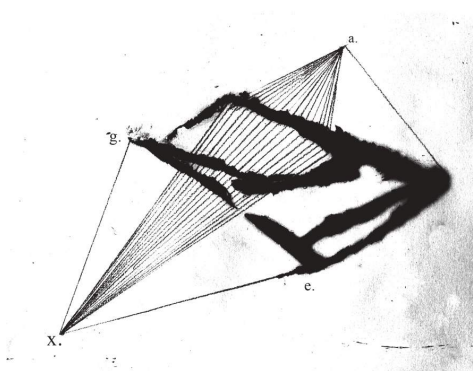
Lomeña, JA, Campaña FM, Nuevo G, Rosas D, Berrocal A y García F. (2004). Burn out y satisfacción laboral en atención primaria. *Medicina de Familia*, 3 (5), 147-155. Recuperado el 02-12-2011. Accesible en: <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v5n3/07.pdf>

López, F., Bernal, L., y Cánovas, A. (2001). Satisfacción laboral de los profesionales en un Hospital Comarcal de Murcia. *Revista Calidad Asistencial*, 16, 243-246.

Molina, J., Avalos, F., Valderrama, L., y Uribe, A. (2009). Factores relacionados con la satisfacción laboral de la enfermería de un hospital médico-quirúrgico. *Revista Investigación y Educación en Enfermería*. 2 (27), 218-225.

Ríos, M.I. y Godoy, C. (2008). Relación entre satisfacción laboral y salud general percibida en profesionales de enfermería de urgencias. *Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias*, 0, p.6. Recuperado el 15-01-2012. Accesible en: www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/julio/pagina6.html

Rodríguez, J. (2010). Propuesta: Programa Integral de Autocuidado dirigido a personal de Enfermería. *Revista Enfermería en Costa Rica*, 1(31), 2-7. Recuperado el 18-08-2012. Accesible en: www.binass.sa.cr/revistas/enfermeria/v31n1/art2.pdf



► Percepción de docentes y estudiantes sobre el cambio curricular en enfermería. Universidad de Costa Rica.

Alba Irene Carranza Ramírez*

RESUMEN

La idea de forjar una Enfermería líder en el equipo de salud, con capacidades para desarrollar investigación que genere el cambio paradigmático, surge en el año 2000 en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica. Con este interés, nace el proceso de modificación del plan de estudios. Después de 12 años de haberse implantado el actual plan de estudios, se analiza la percepción de docentes y estudiantes respecto al cambio curricular, desde el enfoque cualitativo propuesto por Taylor y Bogdan, (1996) y el diseño fenomenológico, planteado por Hernández, Fernández y Baptista (2010), para explorar las experiencias subjetivas e individuales de las y los participantes. Los resultados, rescatan las principales fortalezas y debilidades del nuevo currículo, evidenciando diferencias, tanto en los estudiantes como en los docentes, respecto de la concepción e implementación de un modelo curricular fundamentado en el constructivismo.

Palabras Clave: Currículo. Enfermería. Liderazgo. Investigación.

ABSTRACT

Perception of teachers and students about the curricular change in nursing.

The idea of appointing a nursing leader in the health team to develop a research capability to generate a paradigm shift arises in the year 2000, in the School of Nursing at The University of Costa Rica. This objective comes with the process of changing the curriculum. After 12 years of implementing the current curriculum, this research analyzes the perceptions of teachers and students regarding curricular change, from the qualitative approach proposed by Taylor and Bogdan (1996) and from the phenomenological design implemented by Hernandez, Fernandez and Baptista to explore the subjective and individual experiences of the participants. The results illustrate the main strengths and weaknesses of the new curriculum, showing differences, in both students and in teachers, regarding the design and implementation of a curriculum model based on constructivism.

Key Words: Curriculum. Nursing. Leadership. Research.

*MSc. en Ciencias de Enfermería. Docente, Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica.

Recibido: 23/08/2012

Aceptado: 01/10/2012

Dirección para Correspondencia.
ircara@hotmail.com

Enfermería en Costa Rica 2012; 33 (1): 11-16..

Introducción

A partir del surgimiento de la Enfermería como ciencia; y la instauración de la primera escuela de Enfermería; tarea llevada a cabo por Florense Nanthingale en Inglaterra, se han propuesto cambios en contenidos, enfoques y estrategias de su proceso enseñanza-aprendizaje. Con respecto a contenidos, el enfoque dominante ha sido hacia la práctica hospitalaria y en relación con las estrategias educativas, ha prevalecido la enseñanza tradicional en la que; el o la estudiante recibe el conocimiento, generalmente, sin llegar a la reflexión.

En Costa Rica, a pesar que se han implementado diferentes planes de estudios en Enfermería, la historia ha sido la misma. Sin embargo en el año 2000, ante los desafíos del siglo XXI, respecto al reto de desarrollar una Enfermería crítica, creativa y enmarcada en nuevos paradigmas, se implementa una nueva estrategia educativa con orientación constructivista con la cual, el estudiantado llega a la reflexión y la creatividad y mediante contenidos basados en conocimientos científicos y técnicos que incluyen, entre otros aspectos, el liderazgo y la investigación. Entonces, el desafío es modelar, un profesional con formación integral de la ciencia, con fundamentación epistemológica teórico-práctica con conocimientos, habilidades y destrezas acordes con el desarrollo científico y paradigmático de la Enfermería actual.

Conforme a los aspectos mencionados, en este estudio se analiza la percepción de docentes y estudiantes respecto al cambio curricular, desde el enfoque cualitativo propuesto por Taylor y Bogdan, (1996) y el diseño fenomenológico, planteado por Hernández, Fernández y Baptista (2010), para explorar las experiencias subjetivas e individuales de las y los participantes. El análisis de los datos se hizo a la luz de las teorías propuestas por los diferentes autores: Enfermería, Marriner, (2007), educación, Coll (2001), curriculares, De Alba (1995), liderazgo, Lussier y Achua (2007). y Lussier, (2005), percepción Neisser (1993).

Materiales y método

El estudio es cualitativo, ya que busca, como lo menciona (Taylor y Bogdan, 1996, p.21), conocer, desde la perspectiva holística y natural de las y los participantes, la realidad, tal como la experimentan. También se seleccionó el diseño fenomenológico, citado por Hernández, Fernández y Baptista (2010), para conocer desde las experiencias subjetivas e individuales sobre cambio curricular del programa de Licenciatura en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica.

Para la recolección de datos se eligió la entrevista en

profundidad, pues como lo señala, Rodríguez, Gil y García (1996), permite recolectar datos en el propio lenguaje de las personas y desde su propia experiencia. También se utilizó el grupo focal, para formar una perspectiva conjunta del fenómeno en estudio, pues su comprensión es a partir de la visión subjetiva, la intersubjetiva y transubjetiva. Para obtener el grupo de participantes se utilizó la modalidad de muestreo teórico mencionado por Glaser y Straus (1967) citado por Taylor y Bogdan, (1996), en la cual la muestra aumenta a medida que el estudio culados y activos que han participado en diferentes planes de estudios de la carrera de Licenciatura de Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica.

Posterior a la recolección de los datos se hizo una transcripción cuidadosa y se procedió a sistematizar y organizar según temas en unidades de análisis. Para lograrlo, se inició con una lectura cuidadosa, analizando la información, palabra por palabra y línea por línea, para buscar el punto de saturación, lo que se logró cuando los datos se repetían, identificándose los conceptos más importantes o categorías de análisis.

En total se realizaron siete entrevistas en profundidad, cuatro a docentes, todas mujeres de entre 38 y 52 años de edad. Y tres a estudiantes que se encuentran activos en el presente plan de estudios pero que estaban en el anterior: 2 mujeres y un varón. Este proceso terminó cuando las entrevistas con las personas ya no producían información nueva. El grupo focal se realizó con 10 estudiantes matriculados en el nuevo plan de estudios, seis mujeres y cuatro varones.

Recolectada y transcrita la información se hizo una lectura rigurosa se integraron las ideas de los diferentes participantes que llevó a identificar los componentes temáticos englobados en las unidades de categorías según sus dimensiones: Programa curricular, con las dimensiones tipo de currículo, diseño curricular, educación y didáctica; Ser en enfermería, con las dimensiones ciencia y enfermería y las subcategorías Saber y Hacer en enfermería, con las dimensiones conocimiento teórico, formación clínica y conocimiento práctico respectivamente; liderazgo en enfermería, con las dimensiones liderazgo y trabajo en equipo; e Investigación en enfermería, con las dimensiones teoría y práctica.

Resultados

El análisis de la información se presenta de acuerdo a los datos de donde emergieron y a las características y significado de cada categoría, según sus dimensiones. En la categoría programa curricular, el término currículo se reviste de vital importancia al aclarar lo mencionado por Lundgren (1992), pues son contenidos previamente seleccionados para llevar

al conocimiento y el desarrollo de destrezas en el proceso educativo. Esto es congruente en lo referido por las docentes, respecto al cambio curricular e identificado en la categoría programa curricular.

“El cambio se hizo posiblemente, pensando en darle un cambio a la Enfermería, hacia el siglo XXI, para romper con paradigmas tradicionales con respecto a la forma tradicional de enseñar la enfermería como se venía dando.” (Entrevista docente 2, 2010)

De igual manera el modelo pedagógico, caracterizado por Coll (2001) como progresista (constructivista), muestra un cambio paradigmático de la educación, centrada en el estudiante y no en los contenidos. Este modelo pedagógico es el planteado en el nuevo plan de estudios de la licenciatura en Enfermería de la Universidad de Costa Rica. Mismo que es considerado por las docentes como positivo, pues, llevará a la formación de profesionales con capacidades investigativas, críticos y líderes, lo que redundará en una nueva forma de percibir la disciplina: *“En mi opinión el cambio curricular ha permitido que el estudiante tenga un papel protagónico en su proceso de enseñanza”*. (Entrevista docente 1, 2010)

Sin embargo a pesar de que las docentes consideran positivo el nuevo modelo educativo, el estudiantado no percibe con igual claridad la importancia de la metodología educativa: *“Respecto del constructivismo, en mi opinión, no es mejor, porque nosotros no debemos hacer las cosas, sino deben ser los profes los que den las clases.”* (Grupo focal, estudiante 3, 2010)

Es importante señalar que el programa curricular proporciona a la docencia una guía elemental para el proceso, enseñanza-aprendizaje, pues como lo menciona Coll, (2001), proporciona información conceptual relevante previa al aprendizaje. Para comprender estos aspectos, se analiza desde la dimensión tipo de currículo, presentado por Posner (1998), algunos de ellos como el currículum oficial, que es el descrito en un documento, y que rige a toda institución educativa, como es la de Enfermería.

Cabe señalar que la Enfermería como disciplina se caracteriza por ser humanística y marcada por principios, que Kerouac, Pepin, Ducharme, Duquette y Major (1996) describen como de compromiso personal y profesional en el acto del cuidado. Esta característica lleva a crear un currículum oculto que el autor, menciona, es representado por normas institucionales y valores no reconocidos abiertamente por profesores y funcionarios; su profundidad e impacto a veces

llegan a resultar mayores que los del currículum oficial: *“Esto es como un conocimiento silencioso en el que se va involucrando el estudiante pero que no se hace visible en los contenidos de los cursos.”* (Entrevista docente 4, 2010)

Aunado a lo anterior surgen en el estudio, otros tipos de currículos importantes de mencionar, como el nulo, planteado por Eisner (1994) y Posner (1998), y presentado según tipos. Entre los que destacan el de por omisión, caracterizado por excluir contenidos importantes para el ejercicio profesional o se dan en forma incompleta, aunque fueran contemplados en su programación. Los autores mencionan que esta situación puede ser motivada por la ausencia de vínculo entre el entorno profesional y social de la o el docente.

“La inexperiencia de algunas docentes puede causar angustia y decepción en los estudiantes al no llenar sus expectativas. Contratan profesoras que no poseen experiencia laboral ni en docencia, y menos en esta metodología.” (Entrevista docente 1, 2010)

Aunado a lo anterior se presenta otro tipo de currículo nulo, el de reducción cronológica, el cual, según los autores, se presenta cuando a los contenidos se les asigna menos tiempo del necesario, para su mayor y mejor alcance. Situación presentada en los relatos de las personas participantes.

“Las cortas estadías de los estudiantes en el campo clínico no permiten que el estudiante logre las experiencias necesarias y en ocasiones solo es un depositario de conocimientos sin reflexión.” (Entrevista docente2, 2010)

También el currículo nulo por fallas en la metodología educativa, dada la ausencia de bases pedagógicas en educación por parte de docentes.

“La capacitación que nos dieron sobre constructivismo, fue de algunas clases sobre sus características. Nos dieron textos, nos señalaron como llevarlo, pero con respecto a metodología educativa, evaluativa u otros no se dio nada, particularmente de cómo dar las clases.” (Entrevista docente 3, 2010)

Surge la necesidad de ahondar en el análisis con la dimensión Diseño Curricular, que según, Pérez (2006), implica seleccionar elementos, en este caso, para la formación profesional en enfermería, para luego planificar con minuciosidad para ser desarrollados en las aulas. El autor menciona que es un trabajo en equipo que involucra a toda la población, docentes, estudiantes y personal administrativo. Al respecto los y las estudiantes, refieren que no han estado presentes en el diseño curricular.

“Tomar en cuenta la opinión de las personas involucradas es importante porque es algo que se debe hacer en conjunto, porque el cambio curricular afecta a todos, debería ser un trabajo en conjunto; donde se escuchen opiniones y sugerencias.” (Estudiante 1 grupo focal, 2010)

Cabemencionar además, los elementos conceptuales del currículo: de participación, flexibilidad y practicidad, para propiciar discusiones participativas, que pueden llevar a su modificación. Esta característica es propia de la teoría (currículum planificado), y la práctica efectiva (currículum operacional).

“Me hubiera gustado que nos hubieran hecho más participes, de la estructuración del nuevo plan. Como algunos, no tuvimos la ventaja de iniciar con este plan, hubiera sido interesante, por lo menos un consenso de lo que se iba a hacer, por lo menos las razones del cambio.” (Entrevista a estudiante 2, 2010)

Lo expresado por las y los participantes es acorde con lo mencionada en su propuesta de la teoría curricular de Kemmis (1998), quien refiere que parte del contenido curricular es analizar la práctica educativa. Esta práctica en los relatos se nota que es poca la posibilidad de actividades académicas donde se propicie la discusión sobre contenidos del programa curricular.

“Hubo participación para la elaboración de contenidos en los módulos, solo participé en dos, no así en los demás cursos. Pero solo para elaborar contenidos, no en lo didáctico. Quiere decir que mi participación en otros cursos y módulos fue nula.” (Entrevista docente 1, 2010)

Estas expresiones se relacionan con la dimensión educación descrita por Coll (2001) como: conjunto de actividades insertas en el currículo, en las que un grupo social adquiere experiencia social y cultural organizada y acumulada históricamente. Las docentes tienen claro esta conceptualización, pues la asocian no solo con la forma en que se imparten las clases, sino con el tiempo para desarrollarlo y los lugares donde desarrollan las prácticas clínicas. (Entrevista docente 1, 2010)

Para complementar lo anteriormente expuesto, se considera la dimensión: didáctica que Fernández (1985), determina como las normativas o métodos de enseñanza que llevan al aprendizaje. También, Escudero (2003), la presenta como la ciencia que tiene por objeto la organización y orientación de situaciones de enseñanza-aprendizaje de carácter instructivo para la formación integral de la persona. Así la didáctica aporta estrategias educativas para facilitar el aprendizaje y de acuerdo a lo que se desea enseñar.

Sin embargo se presentan situaciones que podrían entorpecer el proceso, enseñanza - aprendizaje.

“Algunos módulos están muy fraccionados por el manejo didáctico que se les da, por ejemplo con subrogaciones, donde al estudiante le disminuyen las horas práctica”. (Entrevista docente 3, 2010).

Así, la forma en que se lleva a cabo el proceso enseñanza - aprendizaje, interviene de manera definitoria en la formación del futuro profesional de Enfermería. Situación reflejada en la siguiente categoría Ser de Enfermería, que se analizó desde la dimensión Ciencia Enfermería, que para su mayor comprensión, facilitar y profundizar en su análisis se dividió en dos sub categorías en saber de enfermería y hacer de enfermería, cada una con sus propias dimensiones, como luego se expondrá.

Para comprender la esencia o el ser de Enfermería, Carper (1976), lo presenta por medio de patrones de conocimiento: empírico, base de la disciplina y que se forma a través de los sentidos, parte de la experiencia y lo aprendido en la formación; el estético, como el arte de cuidar; el ético, se enfoca en lo obligatorio está mediado por el componente moral, el personal, dado por la experiencia interna de cada enfermera o enfermero.

Así los conocimientos ético y empírico forman el hacer, y los conocimientos ético y personal forman el saber de la enfermería. Así el saber y el hacer conforman el ser de Enfermería como ciencia. Ciencia humanística dedicada con compasión, a promover la salud, prevenir la enfermedad y asistir y rehabilitar al enfermo y al discapacitado. Los profesionales participan en de sus conocimientos y habilidades con las de los profesionales de otras disciplinas de la salud. (Rogers, 1996, p. 213).

El Saber en Enfermería, conformado por el conocimiento ético, visualizado como la responsabilidad de hacer; lo que se debe hacer y el personal al considerar las experiencias propias y del estudiantado se relaciona con lo que afirma Chinny Kramer, (1999), donde el conocimiento puede ser aprendido de acuerdo a los significados de las personas y a partir de su reflexión y sus experiencias particulares.

El hacer de Enfermería, es descrito por Florence Nightingale en 1859 en su definición de la disciplina como ciencia y como arte. Carper (1976) facilita su comprensión mediante la descripción del conocimiento estético al detallar la forma en que se proporciona el cuidado, mediante procedimientos de Enfermería; y también desde el conocimiento empírico con los conocimientos teóricos. De igual manera en

las dimensiones Formación clínica y conocimiento práctico. Con respecto a la primera se evidencia particularmente en los relatos.

“Integrar conocimientos teóricos y prácticos en cursos desde el principio de los módulos para que el estudiante desarrolle habilidades motoras y habilidades antes de ir a brindar el cuidado”. (Entrevista docente 1, 2010).

El Conocimiento práctico, siguiendo la definición dada por Faye Glenn Abdellah (1960), de Enfermería como arte y ciencia; que en la enseñanza, se hace a través del desarrollo de actitudes, conocimientos, habilidades y técnicas para el cuidado de las personas sanas o enfermas. Sin embargo, según lo expresado por las docentes, en ocasiones se les hace difícil moldear estas actitudes por situaciones que no pueden controlar.

“La estadía de estudiantes en el campo clínico es corta, el estudiante no tiene tiempo de obtener experiencias clínicas para desarrollar conocimiento práctico. Eso es lo que yo llamo experiencias poco efectivas.” (Entrevista docente 2, 2010)

“En este plan de estudios, hace falta práctica clínica; se sale con mucha teoría y poca práctica y la universidad debe graduar profesionales más capacitados”. (Entrevista estudiante 2, 2010)

La práctica clínica que lleva al futuro o futura profesional a desarrollar destrezas en los diferentes ámbitos de su cotidianidad, es señalada como insuficiente para el fortalecer el desarrollo profesional. Cabe destacar sin embargo que ellos y ellas rápidamente se insertan en esta labor fortalecida por sus características creativas, tal como se presenta en la siguiente categoría, designada como Liderazgo, que se reviste de particular importancia en el nuevo profesional; por lo que se analiza desde los datos, en las dimensiones Liderazgo y Trabajo en Equipo.

Para asociar la dimensión liderazgo al desarrollo de Enfermería, se consideró lo mencionado por Levine (1991), quien supone que el ejercicio profesional se lleva a cabo mediante la formulación de principios, que guían y organizan la atención de las personas. Chiavenato (1998), también, lo describe cuando en una situación particular, para alcanzar objetivos específicos, se ejerce influencia a través del proceso de la comunicación humana.

Esta definición es representada, parcialmente en las expresiones de docentes, quienes refieren que de acuerdo a su saber; desarrollan actividades académicas, que permitan al estudiante llevar a cabo actividades que potencien el liderazgo. Sin embargo, expresan que son varias las dificultades que deben

enfrentar diariamente, en los diferentes espacios clínicos.

“El estudiante desde los primeros cursos aprende a organizar su trabajo, con sus compañeros y su práctica clínica. Sin embargo las subrogaciones han debilitado el desarrollo del liderazgo porque el poco tiempo no le permite conocer ni la estructura organizacional”. (Entrevista docente 1, 2010)

Las expresiones anteriores de las docentes y la de las y los estudiantes muestran una respuesta positiva a los esfuerzos de docentes por fortalecer y desarrollar habilidades y destrezas para el liderazgo. Estos mensajes llevan a determinar la siguiente dimensión: Trabajo en Equipo, definida por Allport (1985) como el desarrollo de tareas en forma conjunta y basada en la comunicación, el liderazgo y la reflexión grupal. Esta definición se ve representada en lo expresado por docentes:

“En el curso de gerencia los estudiantes cuando rotan por el primer nivel, tienen la oportunidad de trabajar en equipo en comisiones nacionales, representadas por profesionales de todas las áreas, participando en la elaboración de planes estratégicos”. (Entrevista docente 3, 2010).

Los estudiantes expresan, que en sus labores académicas trabajan en equipo, porque llevan a la práctica, las opiniones expresadas por todo el conjunto de personas.

“Es un trabajo en conjunto, brindando aportes y también escuchando opiniones o sugerencias, para ver de qué manera se hace algo integral no solamente con una sola dirección”. (Grupo focal estudiante 3, 2010)

Estas expresiones muestran el desarrollo del liderazgo en Enfermería, eje transversal de la propuesta curricular, destacándose que se desarrolla y se fortalece en la mayoría de los cursos y desde el inicio de su formación.

Con respecto a la dimensión, investigación en Enfermería, Marriner (2007), manifiesta que el desarrollo en la disciplina, depende en gran medida de la investigación, misma que es evidenciada por teorías y modelos. También es importante considerar lo referido por Glaser y Strauss (1967) y Strauss y Corbin (1998) con respecto a que el conocimiento puede surgir desde la práctica al darle nombre desde su percepción. Esto es congruente con lo expresado por las y los participantes, tanto en el saber cómo en el hacer.

“En este plan se dan excelentes cursos para fortalecer la investigación En todos, se tiene la investigación, eso es un factor positivo; se investiga para fortalecer el

conocimiento.” (Entrevista a estudiante 4, 2010)

En cuanto a la dimensión teoría de la investigación las docentes manifiestan su particular interés en fomentar la investigación en las y los estudiantes.

“Considero que el cambio curricular ha fortalecido la investigación, creo que es el fuerte, se proporciona herramientas para que el estudiante desarrolle una investigación más ágil y fuerte lo que beneficia el desarrollo del saber y fomentar la publicación de los resultados.” (Entrevista a Docente 3, 2010)

“Sí, se motiva para desarrollar investigaciones, por ejemplo desde situaciones particulares, buscar conocer el porqué de ese fenómeno, eso antes no se hacía mucho.” (Entrevista estudiante 4, 2010)

Así la investigación es considerada como una herramienta para realizar una práctica de calidad en Enfermería, pues a través de ella la disciplina se alcanza el desarrollo profesional. La declaración de las y los participantes permite dilucidar la investigación como elemento presente desde el inicio de la formación, y es fortalecida durante todo el desarrollo del programa curricular.

Consideraciones finales

La Escuela de Enfermería de la Universidad, de Costa Rica es pionera en el enfoque pedagógico constructivista, contribuyendo a una formación integral, aprovechando las características cognitivas de la población estudiantil, lo que la convierte en precursora en el área y en el desarrollo de la disciplina en el siglo XXI. La formación de profesionales mediante este enfoque, aunados a las características filosóficas y humanísticas de la profesión, permitirán a mediano plazo un cambio significativo en la interpretación social y simbólica de la Enfermería.

Una de las actividades que desarrolla enfermería es la educación en salud, y en la actualidad se desarrollada mediante la estrategia de participación activa de las personas, esto permitirá una mayor participación en el autocuidado de las personas. Por su flexividad, este enfoque curricular, permite ir estableciendo pautas para su mejora, lo que facilita su desarrollo y con él, fortalecer la Enfermería como una ciencia, a través del mejoramiento y aumento de su saber y hacer.

Bibliografía

Abdellah, F., Beland, I., Martin, A. y Matheny, R. (1960). Patient-centered approaches to nursing. New York: Macmillan.

Allport, G. W. (1985). The historical background of social psychology. In G. Lindzey, and E. Aronson, (Eds.), Handbook of Social Psychology, Vol. I, (3rd Ed.), 1-46.

Carper, B. (1976). Advances in Nursing Science, 1, 13-23

Chiavenato, I. (1998). Introducción a la Teoría general de Administración. México: Editorial Limusa.

Chinn, P y Kramer, M (1999). Theory and Nursing. Integrated Knowledge Development. Fifth Edition. St. Louis New York: Mosby.

Coll, C. (2001). Psicología y Currículum. México: Paidós.

De Alba, A. (1995). Posmodernidad y Educación. Implicaciones epistemológicas y conceptuales en los discursos educativos. México: Porrúa / CESU- UNAM.

Eisner, E. (1994). The educational imagination Third Edition. New York: MacMillan. U.S.A.

Escudero, T. (2003). Desde los test hasta la investigación evaluativa actual. Un siglo, el XX, de intenso desarrollo de la evaluación en educación. Revista Electrónica de Investigación y Evaluación Educativa, 9, 1.

Fernández H. (1985). Transferencias heurísticas en el origen de la investigación didáctico-pedagógica en la UNED. Revista de Investigación Educativa (Barcelona) 1985, vol. 3, n., 5, p. 35

Glaser, B. y Strauss A (1967). Discovery of Grounded Theory. Chicago: Aldine

Hernández S, Fernández C. y Baptista, M. (2010). Metodología de la Investigación. Quinta Edición. México: Mc Graw Hill.

Hueber, H (1983), Cap.10 “El estado Moribundo del currículum”, en Gimeno Sacristán, José y Pérez Gómez, Ángel (comps): La enseñanza, su teoría y su práctica. Akal, Madrid, pp. 210-222.

Kemmis, S. 1998 El Currículo: más allá de la teoría de la reproducción Madrid: Ed. Morata.

Kerouac S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A. y Major, F. (1996). El pensamiento enfermero. España: Masson.

Levine, M. (1991). The conservation principles: A model for health. In K. Schaeffer. & J. Pond (Eds.)

Lundgren U. (1992) Teoría del Currículum y Escolarización. España: Ediciones Morata, S.A.

Lussier R. (2005). Liderazgo: Teoría, aplicación, desarrollo de habilidades. México: Tomson Learning

Lussier, R y Acchúa, C. (2007). Liderazgo: Teoría, Aplicación y Desarrollo de Habilidades. 2da edición. México: Internacional Thomson Learning Editores.

Marriner, A. y Raile, M. (2007). Modelos y teorías en enfermería. (6ª ed.). Madrid: Harcourt Brace de España S.A.

Neisser. (1993). The Perceived self: Ecological and interpersonal Sources of Self Knowledge. Cambridge, Universality Press New York.

Nightingale, F. (1990): Notas sobre Enfermería. ¿Qué es y qué no es?, Masson – Salvat Enfermería, Barcelona.

Pérez, A (2006). Guía Metodológica para proyectos de investigación. Venezuela: 2da Edición. Universidad Pedagógica Experimental Libertador.

Posner, G. (1998). Análisis de currículum. Segunda Edición. Santa Fe de Bogotá, Colombia: McGraw-Hill Interamericana, S.A.

Rodríguez, G., Gil J. y García E.. (1996). Metodología de la Investigación Cualitativa. Málaga: Ediciones Aljibe

Straus, A. y Corbin, J. (1998). Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. 1ª edición. Editorial Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería.

Taylor, S. y Bogdan, R. (1996). Introducción a los métodos Cualitativos de la Investigación: Búsqueda de significados.



El Colegio de Enfermeras y Enfermeros de Costa Rica

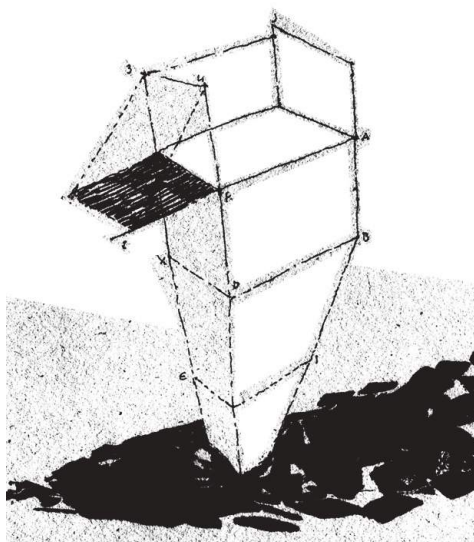
Anuncia la apertura del

III CERTÁMEN NACIONAL DE ARTÍCULOS CIENTÍFICOS EN ENFERMERÍA

Concurso que premiará
con **1 millón de colones,**
al mejor artículo
científico de enfermería

Recepción de los artículos del
5 de noviembre del 2012 al 23 de enero del 2013
Bases del certámen en www.revista.enfermeria.cr





► Ambiente quirúrgico y tránsito en salas de operaciones costa rica, segundo trimestre, 2011.

Silvia Cordero Castro* y Mariela Vargas Bolaños**

RESUMEN

La presente investigación analiza el flujo de movimiento en las salas de operaciones tomando en consideración el diseño de las mismas y el ambiente que priva en ellas. El trabajo se desarrolló en cinco Hospitales clase A, tres públicos y dos privados del Área metropolitana en el segundo trimestre del año 2011. Esta es una investigación cualitativa tipo descriptiva. El foco de estudio son los diseños de las salas de operaciones ubicadas en estos nosocomios. El análisis se fundamenta en el cumplimiento de la normativa relacionada con del flujo de usuarios(as) e insumos de estas salas. Los datos fueron recolectados mediante una entrevista semiestructurada y la observación. El estudio puso de manifiesto que en la totalidad de las instituciones consideradas existen aspectos que deben ser mejorados para alcanzar la bioseguridad de los(as) usuarios(as).

Palabras Clave: Flujo sala de operaciones. Material estéril. Material contaminado. Enfermería quirúrgica. Ambiente quirúrgico.

ABSTRACT

Surgical environment and traffic in the operations rooms. Costa rica. Second quarter, 2011.

this research analyzes the flow of movement in the operating room considering the design and atmosphere that prevails in them. The project was carried out in five class A hospitals, three of which were public and two were private in the Metropolitan Area during the second quarter of 2011. This is a descriptive, qualitative research. The focuses of study are the designs of operating rooms located in these health centers. The analysis is based on compliance with the normative related to the flow of users and inputs in these rooms. Data were collected through semi-structured interviews and observation. The study showed that all the institutions considered had aspects that should be improved to improve the bio-security's users.

Key Words: Operation room's. Traffic. Sterile material. Contaminated material. Surgical nursing. Surgical environment.

* Máster en Enfermería Quirúrgica.
Universidad de Costa Rica. Enfermera de
Cirugía General Hospital Nacional de Niños
"Dr. Carlos Sáenz Herrera". Costa Rica.

** Máster en Enfermería Quirúrgica.
Universidad de Costa Rica. Enfermera sala de
Operaciones Hospital la Católica. San José.
Costa Rica.

Recibido: 17/01/2012.
Aceptado: 16/08/2012.

Dirección para Correspondencia:
silviacorderocastro@yahoo.com

Enfermería en Costa Rica 2012; 33 (1): 18-22.

Introducción

En los albores de la cirugía, los hospitales no contaban con salas de operaciones sino que los usuarios eran intervenidos quirúrgicamente en cualquier área del hospital, en los consultorios de los médicos y hasta en los hogares. En el siglo XVII se construyeron los primeros quirófanos en parte porque se requerían para la demostración de las operaciones y para la enseñanza de la cirugía. La arquitectura de esas salas de operaciones seguía el modelo de los antiguos salones de anatomía, los cuales semejaban teatros pues, poseían sitios destinados para los espectadores. Con el surgimiento de la antisepsia con Hipócrates en 460-377 A.c. (Lerman, 1999.) y la promoción de la misma, surgen cambios profundos relacionados con el domicilio y la circulación de las salas quirúrgicas pero no fue sino hasta 1937 que el Ministro de Salud Inglés estableció los primeros lineamientos relacionados con la ubicación y diseño de las salas quirúrgicas (Domingo, 2000). A partir de 1948 se incluyó el diseño del área quirúrgica dentro del proceso de construcción de los hospitales: persistían las salas pares que compartían el área de lavado y de esterilización de material ubicada en el centro. (Domingo, 2000)

En la actualidad, las salas de operaciones se estructuran o remodelan basándose en una serie de normas universales de organización y funcionamiento generales. Dos de sus grandes fines son: 1) favorecer un adecuado funcionamiento de los quirófanos y 2) asegurar la bioseguridad de las personas. El bloque operatorio, por ejemplo, debe demarcarse en zonas que clarifiquen el grado de esterilidad permisible, el tráfico o circulación de personas por la zona operatoria y por los quirófanos, así como, las medidas de asepsia, de prevención de infecciones y de seguridad en los quirófanos.

En el ámbito nacional, las estructuras o diseño de los quirófanos de los nosocomios carecen de un patrón uniforme. Lo mismo ocurre con el flujo de movimientos por los mismos. Pero la mayoría se apega a los estándares universales, para mejorar el funcionamiento de los quirófanos y proporcionar seguridad a los(as) usuarios(as).

El presente estudio fue motivado por la diversidad de estructuras y flujos de movimiento de las salas quirúrgicas de los nosocomios nacionales. Las preguntas formuladas fueron: ¿cómo son los diseños de salas seleccionadas? y ¿cuál es el flujo de los(as), usuarios(as) e insumos tanto estériles como contaminados dentro de ellas? Se pretendió conocer, a partir de los resultados de esta búsqueda, el diseño y funcionamiento de algunas salas de operaciones

del país. El objetivo general fue: analizar el flujo de movimiento en la sala de operaciones de algunos hospitales públicos y privados clase A, ubicados en el Área Metropolitana, en segundo trimestre del 2011.

Materiales y métodos

En el proceso investigativo se aplicó metodología relacionada con la investigación cualitativa tipo descriptiva. La población está constituida por cinco hospitales nacionales de legendaria construcción, algunos con más de 166 años. (Carmona, 1994). Tres del sector público y dos del sector privado, a los que se les va a llamar por cuestiones de confidencialidad A, B, C, D y E respectivamente. El foco de estudio son los diseños de las salas de operaciones ubicadas en estos nosocomios. El análisis se fundamenta en el cumplimiento de la normativa establecida por la Joint Commission on accreditation of Healthcare Organizations y la American Institute of Architects Academy of Architecture for Health relacionada con del flujo de usuarios(as) e insumos de estas salas, que a lo largo del tiempo se han remodelado y ampliado múltiples veces y que deben de funcionar acorde con las demandas actuales y a la luz del avance investigativo específico de diseños de quirófanos y prevención de infecciones dentro de los mismos. Además, se incluyen dos instituciones privadas (D y E) por los servicios que brindan a las personas y por tanto, a la salud de la población costarricense y porque su aporte contribuye a descongestionar los servicios de salud pública.

Los datos fueron recolectados mediante una entrevista semiestructurada a las respectivas jefaturas de Enfermería de Sala de Operaciones y la observación. Dentro de las variables de estudio están: 1) el espacio físico que contempla infraestructura de las salas de operaciones, 2) el flujo de movimiento de personas por las salas y 3) el flujo de movimiento de insumos, instrumental y residuos dentro de las salas de operaciones.

Los datos se analizaron primeramente revisando los fundamentos teóricos y la triangulación, la cual consiste en el *“uso de múltiples métodos en el estudio de un mismo objeto”* (Arias, 2000, p.2) y para Denzi, citado por esta misma autora consiste en *“la combinación de dos o más teorías, fuentes de datos, métodos de investigación en el estudio de un fenómeno singular”* (Arias, 2000, p.3). La meta de la triangulación de la información consiste en controlar el sesgo personal de los investigadores y cubrir las deficiencias intrínsecas de un investigador singular e incrementar de esta forma la validez de los resultados. Arias (2000)

Resultados y discusión

Los diseños de las salas de operaciones de ABD y E cuentan con un puesto de control ubicado en la entrada de dichas salas, con lo cual, proporcionan seguridad al personal y al/la usuario(a), orden en el flujo de los mismos y restricción idónea para una de sala de este tipo. Únicamente la institución A carecía de espacios divisorios entre el área de transición y la no restringida debido a que las puertas estaban dañadas; por tanto, permanecían abiertas en un 100% del tiempo. Al respecto, Fuller (2007) afirma que el servicio de sala de operaciones debe permanecer aislado de los otros servicios del hospital por puertas que permanecen cerradas y con acceso restringido al personal.

La distribución de la infraestructura en las cinco instituciones estudiadas posee una distribución similar o cercana a lo mencionado por Philips (2005):

“La mayoría de las áreas quirúrgicas se construyen basándose en variaciones de uno o más de cuatro diseños básicos el pasillo central o plano tipo hotel, con el área limpia central con pasillos periféricos, la combinación de un área central y un pasillo periférico o plano tipo hipódromo y el plano tipo racimo con pasillos periféricos y centrales” (Philips, 2005, p.181).

A las instituciones B, D y E se les pueden atribuir que poseen una distribución tipo hipódromo y el resto de instituciones tipo pasillo único tipo hotel, con algunas modificaciones de fuerza mayor. El diseño del quirófano, de acuerdo con Fuller (2007), *“se basa en tres principios: Control de la infección, seguridad, empleo eficiente del personal, el tiempo y el espacio”*. (p. 67)

Basándose en Fuller (2007) en lo que atañe al control de infecciones dentro del quirófano las áreas limpias y contaminadas deben de estar separadas. Esta condición se incumple en dos de las salas de operaciones estudiadas debido a que el cuarto séptico no se encuentra ubicado en la entrada de sala de operaciones, carecen de puertas divisorias, están frente a los quirófanos, y, además, el acarreo de los desechos hacia el depósito de estos implica devolverse por todo el pasillo o bien atravesar el servicio de recuperación. En uno de los tres hospitales públicos dentro de los quirófanos no existe el depósito de desechos, entonces cada vez que se concluye una cirugía realizan las siguientes acciones: 1) el material contaminado debe empacarse en bolsas de color rojo, 2) el personal de aseo acarrea las bolsas rojas hacia unos contenedores que se encuentran en el área no restringida (es decir, fuera del área restringida), 3) las deposita en el contenedor que debe llenarse hasta

los $\frac{3}{4}$ de su capacidad; sin embargo, se observó que los desechos allí depositados sobrepasan el estándar que es $\frac{3}{4}$ de capacidad de recipiente; 4) de aquí, los desechos son enviados por un ducto al sótano donde serán tratados.

Todas las instituciones estudiadas a excepción de la E poseen un arsenal quirúrgico dentro de sala de operaciones. Esto ayuda al personal a economizar el tiempo. Sin embargo, la división del trabajo entre las áreas de recepción del equipo contaminado, su lavado, empaque, esterilización y almacenamiento del mismo, paradójicamente representan espacios virtuales divididos donde trabaja el mismo personal. El caso opuesto ocurre en E privado el cual no posee arsenal.

La ubicación de las salas de operaciones dentro de todas las instituciones es controversial: por un lado, poseen accesibilidad con todos los servicios de apoyo: rayos x, laboratorio, patología, cuidados intensivos y emergencias; por el otro, el traslado del/la usuario(a) y el personal, la adquisición de exámenes de importancia -entre otros- es dificultosa considerando que quedan en otro piso, a muy larga distancia e inclusive en otro edificio. Al respecto, los informantes clave de las instituciones privadas (D y E) refirieron que ellos son privilegiados con la posición de los quirófanos, porque al menos, están cerca de la mayoría de los servicios de apoyo.

Respecto a las áreas quirúrgicas y los requisitos de indumentaria que se tiene que usar en sala de operaciones, se acota que:

“Las áreas quirúrgicas y la regulación de tránsito están diseñadas para facilitar el movimiento de los pacientes y del personal dentro, a través y fuera de las distintas zonas definidas en el interior del área quirúrgica”. (Gruendemann y Stonehocker, 2002, p.52)

En la muestra se observó que la delimitación de las diferentes áreas en un 100% está debidamente demarcada ya sea con rótulos o con líneas de color amarillo y rojo, indicándose si la zona es semirestringida o restringida.

Los requisitos de indumentaria usada por el personal se ajustan a la norma en ambas áreas: la semirrestringida y la restringida porque usan la vestimenta quirúrgica completa que enlista Phillips (2005), uniforme verde para nuestro país, gorro y botas. Pero el incumplimiento de la norma observado en todas las instituciones estudiadas consiste en que el personal pasaba del área restringida hacia la de transición y viceversa con las mismas botas.

En la zona restringida, según lo referido por Gruendeman, B. Stonehocker (2002), el personal deberá portar el uniforme quirúrgico, gorro y cubre bocas. Además, quienes actúan en la cirugía deben usar bata quirúrgica y guantes estériles, el cabello cubierto totalmente por un gorro, mascarilla sin dejar áreas expuestas: nariz, cabeza, cara, regiones de la nuca y escote. Se enfatiza en que, es rigor el uso de mascarilla en dónde haya material estéril abierto o personal lavado quirúrgicamente. Sin embargo, en A, D y E se observó que los anestesiistas se cubrían únicamente la boca, pues, dejaban su nariz descubierta.

En lo concerniente al flujo de suministros dentro de la sala de operaciones estériles o contaminados se evaluó según lo acotado por AORN (2000) citado en Gruendemann y Stonehocker, (2002, p. 54): *“la separación de los suministros y el equipo estéril de los materiales sucios, mediante el espacio físico, el horario y la regulación de tránsito disminuye el riesgo de infección”*.

Mediante la observación y el relato de los entrevistados se determinó que en ninguna de las tres instituciones públicas (A, B y C) se mantiene dentro de la sala de operaciones un flujo unidireccional para el manejo del equipo estéril y contaminado, tampoco para el/la usuario(a). Por el contrario, ambas instituciones privadas sí poseen un flujo unidireccional del equipo y del/la usuario(a), con lo cual se minimizan los riesgos de infecciones intrahospitalarias (Gruendemann y Stonehocker, 2002, pp.: 54). También se observó que para el transporte del material estéril dentro de sala de operaciones se utilizan carritos de acero abiertos, lo cuales, se utilizan también para el transporte de material o equipo estéril. Pero, el transporte de material limpio o estéril fuera de sala de operaciones se hace por medio de carritos de acero cubiertos con una sábana.

Según Rhyne, Ulmer y Revell (2000) la contaminación se puede reducir mediante el transporte de la basura, ropa sucia equipos e instrumental en carros cerrados o contenedores impermeables; además, la recolección de los materiales contaminados y la basura debe realizarse fuera de las áreas de atención de los(as) usuarios(as).

Con respecto a la existencia o no de un horario de transporte de material estéril y contaminado todas los/las entrevistados(as) respondieron positivamente con diferencias desde tres veces al día hasta cada 30 minutos, sin embargo se pudo observar que los horarios no son los más adecuados debido a que, a excepción del turno de la noche, el tránsito de personal, usuarios(as) y familiares es bastante alto.

Reflexiones finales

Actualmente las investigaciones en sala de operaciones y sus actualizaciones van a pasos acelerados y la construcción legendaria de los hospitales nacionales trae como consecuencia que estos no cumplan con los requisitos y por tanto con un adecuado flujo de movimiento que favorezca y agilice los procesos dentro del quirófano, garantice su esterilidad en los procedimientos y contribuya además con el control y disminución en la propagación de infecciones.

En cuanto al diseño arquitectónico de las salas de operaciones estudiadas no existe una uniformidad, ya que las condiciones de cada hospital, recursos económicos, infraestructura, cantidad de cirugías y tipo de cirugías a realizar, tienen gran influencia en este tema. Existen diferentes diseños, entre ellos americano, inglés, sueco, alemán, francés y pasillo único, los que muestran una pauta para el diseño pero no el modelo ideal, el cual depende de la particularidad y necesidades propias de cada hospital. Además, a pesar de la lucha para satisfacer las demandas tanto en un centro hospitalario público como en otro privado enfrentan grandes dificultades para el mejoramiento continuo por ser infraestructuras declaradas de patrimonio cultural.

Continuando con la variable del manejo de la técnica quirúrgica por parte del personal de sala de operaciones se determinó la falta de concientización en general del cambio de botas una vez que se sale del área restringida, y sobre el respeto por las diferentes áreas quirúrgicas, ya que en muchas ocasiones, principalmente personal médico, pasa del área restringida a la no restringida con la indumentaria inadecuada y viceversa sin cambio alguno de ropa, gorro y botas. Por otro lado, el personal de anestesia debe hacer uso adecuado del cubrebocas en sala de operaciones donde hay material estéril abierto y exposición de cavidades dentro de la misma sala. Si bien es cierto el personal de enfermería es pionero de las técnicas quirúrgicas dentro de los quirófanos, es de vital importancia responsabilizar a los demás miembros del equipo quirúrgico.

En lo que respecta al flujo de material estéril y contaminado, si bien es cierto que la actualización y remodelación es importante en los hospitales nacionales, no se justifica que se ignore la importancia de mantener el flujo unidireccional de los suministros y usuarios(as). De acuerdo con lo indagado, en ningún centro de salud se tiene un horario de recolección de material contaminado de conformidad con lo que la literatura sugiere. Se debe establecer horarios de

recolección de material contaminado que permita la no acumulación de los mismos, la mínima diseminación de contaminantes y el contacto mínimo con personas y el ambiente.

Por otra parte, el transporte de los equipos estériles en un hospital público no se cumple con el uso de carro de acero inoxidable cerrado, de acuerdo con lo recomendado; esta deficiencia aumenta el riesgo de contaminación del equipo. Otra situación importante que se observó en un hospital público es la necesidad de transportar el material contaminado en carros diferentes a los que se transporta el equipo estéril. Para concluir, proponemos incrementar los conocimientos del personal de enfermería quirúrgico respecto de la creación o remodelación de sala de operaciones, así como la divulgación de más investigaciones sobre esta temática en los diferentes centros hospitalarios del país.

Bibliografía

Arias, M. (2000). La triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones. *Enfermera*. Vol XVIII, (1); 37 - 57. Recuperado el 01-11-2011. Accesible en: <http://www.uv.mx/mie/planestudios/documents/Triangulacionmetodologica.pdf>

Carmona, A.(1994). Reseña Histórica del Hospital San Juan de Dios. *Hospitales de Costa Rica*. Enero-Marzo (28) 12-20. Recuperado el 07-11-2011. Accesible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/hospitales/art72.pdf>

Domingo, J. (2000). Diseño de salas de cirugía. *Revista Colombiana de Anestesiología*, vol. XXVIII, núm. 2. Recuperado el 07-11-2011. Accesible en: http://www.revcolanest.com.co/pdf/esp/2000/vol_2/pdf/Diseno%20de%20salas.pdf


Fuller, J. (2007). Instrumentación quirúrgica. Teoría, Técnicas y Procedimientos. Cuarta edición México: D.F: editorial médica panamericana.

Grundeman, B. Stonehocker, S. (2002). *Prevención de la Infección en Áreas Quirúrgicas*. España: Editorial Harcourt.

Lerman, C. (1999). Asepsia: Historia y cultura. *Rev Colomb Cir*. 14(2): 73-75.

Philips, N.(2005). *Técnicas de Quirófano*. España: Editorial Elsevier.

Rhyne L, Ulmer BC, Revell L. Monitoring and controlling the environment. In: *Patient Care During Operative and Invasive Procedures*. Philadelphia, PA: WB Saunders Company; 2000:147-165.



Universidad de Costa Rica
La Escuela de Enfermería y la Revista Enfermería Actual


Anuncia la apertura del
II Curso de Publicación Científica


Fecha de Inicio:
18 de febrero 2013

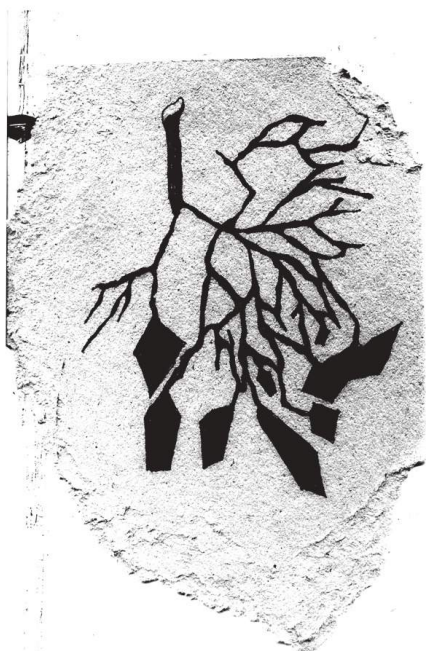
Fecha conclusión:
13 de mayo 2013

Horario de las clases presenciales:
 Martes de 3:00 pm a 7:00 pm

50 horas de aprovechamiento
 Para Información comunicarse con:
 Priscilla Castillo 2511-2092 o al 2511-4321



Colabora:  **Enfermería en Costa Rica**



► Análisis de vigilancia de neumonías en la Región Central Sur, Costa Rica, periodo 2006 - 2010.

Paula Marcela Coto Zamora* y Guiselle Guzman Saborio**

RESUMEN

En Costa Rica las neumonías y otros problemas respiratorios alcanzan porcentajes importantes de consultas en los establecimientos de salud. El objetivo del presente estudio es determinar el comportamiento de las neumonías en la Región Central Sur en el periodo del 2006-2010. La investigación realizada corresponde a un estudio descriptivo, se analizan frecuencias, porcentajes, tasas de incidencias y chi cuadrado de tendencia. Como definición de caso se utilizaron todos los eventos notificados al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SISVE) de la Caja Costarricense del Seguro Social (2006-2010). Entre los resultados destaca la evidencia de un comportamiento creciente de este evento a través del periodo de estudio; la mayor tasa de incidencia por sexo lo alcanzó el grupo femenino, la mayor tasa de incidencia por grupo de edad la presentaron los menores de un año; el nivel de atención que obtuvo mayor notificación fue el hospitalario.

Palabras Clave: Neumonía. Epidemiología. Unidad notificadora. Región Central Sur.

ABSTRACT

Surveillance analysis of pneumonia in the south central region, from 2006 to 2010.

In Costa Rica pneumonias and other respiratory problems reach significant percentages of consultations in health facilities. The objective of this research is to determine the behavior of pneumonias in the South Central Region between the years 2006 and 2010. The current investigation is a descriptive study analyzing frequencies, percentages, incidence rates and the chi-square test. It was used as a case definition, all the pneumonias events reported to the Surveillance Epidemiological System (SISVE) of the Caja Costarricense de Seguro Social (Costarrican Social Security Fund) between 2006 and 2010. The study finds evidence of that these events are increasing through the study period: the highest incidence rate by sex was observed in the female group, the incidence rate for an age group was children less than one year; the hospital level received most of the notifications.

Key Words: Pneumonia. Epidemiology. Reporting Unit South. Central Region.

* Departamento de Epidemiología, Área de Salud Oreamuno Pacayas y Tierra Blanca, Caja Costarricense del Seguro Social, Cartago, Costa Rica.

** Área de Salud Colectiva. Nivel Central de la Caja Costarricense del Seguro Social, San Jose, Costa Rica.

Recibido: 15/01/2012

Aceptado: 10/07/2012

Dirección para Correspondencia:
pmcotoz@ccss.sa.cr

Enfermería en Costa Rica 2012; 33 (1): 23-25.

Antecedentes

La neumonía es una infección del parénquima pulmonar que puede ser causada por diversos microorganismos (virus, bacterias u otros). Las neumonías de diferente etiología pueden presentar síntomas clínicos muy semejantes entre sí; las manifestaciones más frecuentes son: tos, expectoración, fiebre, decaimiento, malestar general y dificultad respiratoria. Si la neumonía no está acompañada por bacteriemia, se le clasifica a menudo como no invasiva. (Behrman, Kliegmen y Jonson, 2004)

A nivel mundial se reportan de dos a tres millones de casos de neumonía por año en los Estados Unidos, de los cuales cerca de un 20% requiere ingreso hospitalario. La mortalidad oscila desde un 2% a un 30% (14% promedio) en pacientes hospitalizados. En este mismo país se reporta como la sexta causa de muerte. (Behrman y otros, 2004)

En la región centroamericana la neumonía figura entre las primeras causas de hospitalización y muerte de menores de 5 años. (Behrman y otros, 2004) En Costa Rica las neumonías y otros problemas respiratorios alcanzan porcentajes importantes de consultas en los establecimientos de salud. De acuerdo con el sistema de información y notificación de Vigilancia Epidemiológica de la Caja Costarricense del Seguro Social, en el periodo 2006 al 2010 se notificó la aparición de 4985 neumonías, lo que representa 2.12% de los egresos del 2010. (CCSS. 2011)

La importancia de este evento en la salud pública se concentra en el control de la morbilidad que esta pueda causar, una de las estrategias para reducir la incidencia de la enfermedad es a través de la inmunizaciones, dirigidas a los grupos de edad entre 2 meses y 15 meses y la población adulta mayor. Entre las vacunas agregadas al Esquema Nacional tenemos la neumococo 7 Valente, neumococo 13 Valente y la vacuna Neumo 23. A la fecha se han alcanzado porcentajes de Coberturas no menores al 95 %, esta actividad inició en el 2008. (CCSS, s/f)

La Dirección Regional de Servicios de Salud Central Sur cuenta con 40 unidades adscritas, de las cuales tres son hospitales nacionales, cuatro hospitales especializados, un hospital periférico, ocho áreas de salud tipo 2 y 24 áreas de salud tipo 1 (CCSS. 2011). La Caja Costarricense del Seguro Social, siguiendo su normativa en la clasificación de los establecimientos de salud, creó Áreas de Salud 1, 2 y 3, esto de acuerdo con las especialidades médicas que se atienden y que se encuentran ubicadas estratégicamente según la demanda de la población adscrita y las necesidades de las mismas.

Las Áreas de Salud tipo 1 se encuentran conformadas por un número definido de EBAIS (Equipos básicos de Salud) y lo conforman un médico general, y un auxiliar de enfermería técnico en atención primaria (ATAP). Las Áreas de Salud tipo 2, aparte del equipo de conformación mencionado anteriormente, cuenta con el servicio de emergencias, las Áreas de Salud tipo 3, brindan servicios de emergencias y especialidades básicas como por ejemplo ginecología.

Esta región, que atiende el 40% de la poblacional a nivel nacional, presenta características muy diversas en cuanto a condición socioeconómica, ubicación geográfica y etnicidad (población indígena, e indígena altamente móvil, zonas de migración frecuente) con aéreas de alta concentración poblacional y otras de gran dispersión geográfica. De esta manera, el objetivo del estudio fue determinar el comportamiento de las Neumonías en la Región Central, durante los años 2006-2010 con el fin de mejorar la prevención y el control.

Materiales y métodos

La presente investigación corresponde a un estudio descriptivo de los eventos de neumonías registrados en la Región Central Sur en el Periodo de 2006- 2010, con una población a mitad de periodo (2008) 1.587.560 habitantes, al Sistema de Vigilancia Epidemiológica se notificaron un total de 4985 casos de Neumonías. Se tomaron en cuenta las 40 Unidades Programáticas adscritas a esta Región. Unidad programática se refiere a la organización de servicios y departamentos o establecimientos de salud que pertenecen a la Caja Costarricense del Seguro Social.

Se utilizó como definición de caso y criterio de inclusión, todos los eventos notificados al sistema de vigilancia con los códigos de la Clasificación Internacional de enfermedad CIE10 correspondientes a todas las clasificaciones de neumonías desde J12 a la J189, en todas las unidades adscritas a la Región Central Sur. Las variables que se tomaron en cuenta en el estudio fueron: edad, sexo, periodo de estudio y unidad notificadora.

Para determinar el comportamiento del evento se realizó el análisis de frecuencias, porcentajes y tasas de incidencias y chi cuadrado de tendencia. Para el análisis de la bases de datos se utilizaron los Software Excel 2007 y EpiInfo versión 3.3.2

Resultados

Para cada uno de los años de estudio se evidenció que el año con mayor número de casos fue el año 2010 con 2533 casos (Tasa de incidencia 137,67 por cada 100.000 habitantes), seguido del año 2009 con 1250

casos (Tasa de incidencia 71,71 por cada 100.000 habitantes), para el año 2006 con 527 casos (Tasa de incidencia 34,83 por cada 100.000 habitantes), 2008 con 431 casos (Tasa de incidencia 27,14 por cada 100.000 habitantes), 2007 con 244 casos (Tasa de incidencia 15,79 por cada 100.000 habitantes). Esta situación evidenció un comportamiento creciente ($R^2=0,698$) según la tasa de incidencia acumulada en el período de estudio.

Se evidenció que la mayor tasa de incidencia la presentó el sexo femenino en el año 2010 con 70,38 por cada 100.000 habitantes, seguido del sexo masculino en el mismo periodo con 67,28 por cada 100.000 habitantes

El grupo de edad más afectado son los menores de 5 años con una tasa de incidencia de 66,76 por cada 100.000 habitantes, seguido por el grupo de edad de 80 a 89 años con una tasa de incidencia de 44,59 por cada 100.000 habitantes, siendo estos los grupos de edad en condición extremas los más afectados por este evento.

En cuanto a la distribución según establecimiento notificador, la mayor frecuencia de los casos se presentó en los hospitales, representando el 68,16% de los casos ($n=3398$), seguido por las Áreas de Salud tipo 2 con un 29,70% ($n=1481$); las Áreas de Salud tipo 1 fueron las de menor frecuencia de notificación con un 2,12 % ($n=106$).

Discusión

En relación con la estadística mundial y Centroamérica, la literatura indica que la mayoría de hospitalizaciones y morbilidad se da en el grupo de niños menores de 5 años; esta situación también se da en la Región Central Sur de Costa Rica, siendo este grupo de edad el que presenta una mayor tasa de incidencia.

Por otra parte, a la hora de efectuar comparaciones entre áreas geográficas de las unidades en estudio, los notificadores principales son los centros hospitalarios, en especial los establecimientos de referencia nacional ya que poseen amplia cobertura y accesos en los servicios. Otro factor determinante es la severidad del evento; este mismo enunciado lo comparte la literatura, siendo el tercer nivel (Nivel Hospitalario) el notificador primordial a nivel mundial y centroamericano.

Dentro de las limitaciones del estudio, se puede mencionar que no se obtuvieron los factores etiológicos causales de los procesos neumónicos, así como el manejo de datos incompletos en el sistema de información de Vigilancia Epidemiológica.

Conclusiones y recomendaciones

El Sistema de información y notificación de Vigilancia Epidemiológica de la Caja Costarricense del Seguro Social, sin duda ha mejorado su notificación en los diferentes niveles de atención; este mismo dato se comprueba con el comportamiento creciente del evento en estudio.

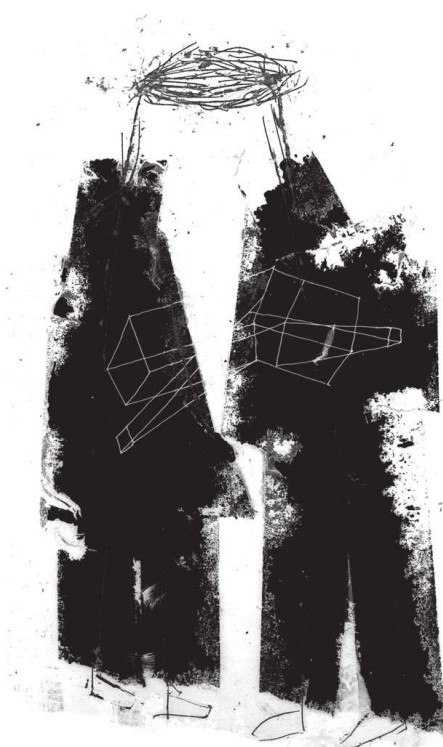
La poblaciones infantil y la adulta mayor son más propensas a complicaciones, debido a que su sistema inmunitario es más vulnerable por diversos factores de riesgo a los que se expone, lo anterior se demuestra con el número de hospitalizaciones que ameritó esta población.

Se recomienda enfatizar la educación en la población sobre las medidas básicas de prevención y promoción de la salud a través de campañas tales como el adecuado lavado de manos, limpieza de ambientes, así como la protección al estornudar y toser correctamente, como práctica de comportamiento social para reducir la posibilidad de diseminar el agente causal.

Así mismo se propone la realización de futuras investigaciones que permitan observar el impacto de los programas de educación supracitado y realizar un estudio analítico que permita obtener más resultados que sirvan de base para la toma de decisiones a las entidades de salud y sea aplicable a la población costarricense.

Bibliografía

- Agudelo CI, Moreno J, Sanabria OM, Ovalle MV, di Fabio JL, Castañeda E, y Grupo Colombiano de Trabajo. (2006). *Streptococcus pneumoniae*. *Streptococcus pneumoniae: evolución de los serotipos y los patrones de susceptibilidad antimicrobiana en aislamientos invasores en 11 años de vigilancia en Colombia (1994-2004)*. *Biomédica*; 26 (2): 234-249.
- Behrman E., Kliegmen R., Jonson H. (2004 o). *Nelson Textbook of Pediatrics*. 17th ed, Elsevier – Saunders.
- Benguigui Y., López F. y Schuminis G. (1997). *Infecciones Respiratorias en niños*. OPS – OMS. Washington DC, EUA.
- Hilton S. & Edward D. (1994). *Practical Pediatric Radiology*. 2da ed. EUA.
- Infectious Diseases and Immunization Committee, Canadian Pediatric Society. (2002). *Pneumococcal vaccine for children*. *Pediatrics and Child Health* 6:214.
- CCSS. (2011). *Unidad de Epidemiología: CCSS. 2006 al 2010. Sistema de Vigilancia Epidemiológica, Dirección de servicios de salud Central Sur. Costa Rica. CCSS*.
- CCSS. (S/F). *Lineamientos para la transición de la vacuna neumococo 7 valente a la neumococo, 13 valente, Área de Salud Colectiva. Costa Rica. CCSS*.



► Relaciones de poder entre hombres y mujeres: su influencia en el desarrollo de enfermería.

Noé Ramírez Elizondo*, Michael Alfonso Posso**

RESUMEN

El poder constituye un medio de interacción social en el que la mayoría de las veces se han generado desigualdades de diversas índoles. En tal sentido, ser hombre o mujer ha estado revestido de este matiz de relaciones de poder, dentro de las cuales las mujeres han sido el colectivo más afectado, y por ende, las profesiones conformadas en su mayoría por éstas también han sufrido el impacto del poder patriarcal. Por tal razón, es de interés analizar la influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres y cómo a lo largo de la historia, la inequidad ha afectado el desarrollo profesional de Enfermería. Para el presente estudio se hizo revisión de las principales fuentes que han abordado el tema, especialmente artículos que han hecho referencia a la problemática. En la mayoría de ellos se destaca que el poder ha constituido una manera de sometimiento entre los individuos, y que este ha perjudicado en gran manera a las mujeres y su desempeño social. Parte de esta afectación se ha extrapolado a la disciplina de Enfermería, en la que se replican los patrones sociales acerca de las funciones que se han atribuido “naturalmente” a las mujeres

Palabras Clave: Poder. Enfermería. Cuidado. Género.

ABSTRACT

Power relations between men and women: its influence on nursing development.

Power is a means of social interaction that most of the time generates inequalities of various kinds. Thus, being male or female is affected by these types of power relationships with women the group most affected. Therefore, most of the professionals in this group have also suffered the impact of patriarchal power. For this reason, it is interesting to analyze the influence of power relations between men and women, and, as throughout history, the inequality has affected the professional development of nursing. This research reviewed the main sources that addressed the issue, especially articles that referred to the problem. Most of the articles show that power has been a means of subjection between individuals, and this has greatly harmed women and their social performance. Part of this effect was confirmed in the discipline of nursing where social patterns are reflected in the functions that “naturally” attributed to women.

Key Words: Power. Nursing. Care. Genre.

* Master en Enfermería Ginecológica, obstétrica y perinatal. Docente de la Escuela de Enfermería, Universidad de Costa Rica. Candidato a Doctor en Enfermería, Universidad de Concepción, Chile.

** Estudiante de Enfermería, Universidad Latina de Costa Rica.

Recibido: 15/01/2012

Aceptado: 25/04/2012

Dirección para correspondencia:
noe.ramirez81@gmail.com

Enfermería en Costa Rica 2012; 33 (1):
26-31

Introducción.

El género representa una de las grandes temáticas que desde los últimos 50 años se ha venido incorporando como área de análisis en las diversas disciplinas de tipo sanitario y social. Dicho interés surge como mecanismo de estudio de las grandes diferencias e inequidades que se generan producto de una construcción social imaginaria sobre lo que ser mujer u hombre corresponde. Como consecuencias de lo que tradicionalmente se ha enseñado sobre lo masculino y femenino, se generan pre concepciones (estereotipos), donde es evidente la dominancia masculina sobre la femenina, lo cual produce un estado de desequilibrio para una participación ciudadana justa y equitativa, basada en principios de igualdad y respeto colectivo.

Esta lucha de poder entre géneros repercute en la labor de Enfermería como profesión en la cual predomina el sexo femenino. La desigualdad fomentada por una sociedad y cultura patriarcal conduce a menospreciar e infravalorar el trabajo de Enfermería dado que la mujer es percibida como no apta para ejecutar funciones de importancia social, sino labores de índole caritativo y de poco valor, lo que ha llevado a la conformación de desigualdades en todos los ámbitos del desempeño profesional.

Es fundamental analizar la influencia de las relaciones de poder entre hombres y mujeres, y la forma en que a lo largo de la historia la inequidad ha afectado el desarrollo profesional de Enfermería para tratar de comprender el porqué de ciertas debilidades presentes en la actualidad. Si bien es cierto no se intenta refutar lo construido históricamente, si se hace hincapié en lo que se debe cambiar. Esto brinda la posibilidad de valorar si lo que en la actualidad caracteriza a la profesión es un valor dado por otros o construido autónomamente como gremio profesional. Por tal razón, el presente artículo se centra en analizar las relaciones de poder entre hombres y mujeres y su influencia en el desarrollo de Enfermería.

Relaciones de poder entre hombres y mujeres.

Como forma de poder, el sometimiento es paradójico. Una de las formas familiares y agónicas en las que se manifiesta el poder consiste en ser dominado (a) por un poder externo a uno (a). Sin embargo, descubrir lo que uno(a) es, depende de algún modo de ese poder. *“Estamos acostumbrados(as) a concebir el poder como algo que ejerce presión sobre la persona desde fuera, algo que subordina, coloca por debajo y relega a un orden inferior”*, (Butler, 1997, p.12) no obstante, en ciertos casos este poder permite el desarrollo integral de las personas que son sometidas, ya que el poder,

más que la ley, incluye tanto las funciones jurídicas (prohibitivas reglamentadas) como las productivas (involuntariamente generativas) de las relaciones diferenciales. (Butler, 2007)

El ser humano ha llegado a ver el poder como una posibilidad de imponer el control sobre otros (as) y sobre nuestras indómitas emociones. Significa controlar los recursos materiales a nuestro alrededor. el poder se obtiene si se puede tomar ventaja de las diferencias existentes entre la gente y se siente que se logra acceder a mayores recursos que los demás. El poder es asumido como dominancia sobre algo o sobre alguien más. (Kaufman, 1995)

El poder puede materializarse de varias maneras, de las cuales destacan dos: una libre o constructivista que busca ejercer el poder como mecanismo de desarrollo colectivo, y otro que gira sobre el control y la dominación, siendo este último la creencia y concepción prevaleciente en la mayoría de las sociedades como la verdadera manera de tener poder. En la sociedad, las divisiones y la estratificación del poder ha sido necesaria para organizar la vida y la civilización; las personas tratan de controlar la naturaleza; determinadas clases sociales tienen el control sobre los recursos económicos y políticos; los (as) adultos(as) imponen el poder sobre los (as) niños (as), los hombres dominan a las mujeres, y en muchos países un grupo étnico, racial, religioso o de determinada orientación sexual tiene el control e imponen su creencia sobre los (as) demás.

“Existe sin embargo un factor común a estas sociedades: todas son dominadas por hombres. La equiparación de la masculinidad con el poder es un concepto que ha evolucionado a través de los siglos y ha conformado y ha justificado a su vez la dominación de los hombres sobre las mujeres en la vida real y su mayor valoración sobre éstas”. (Kaufman, 1995, p. 3)

Las relaciones entre sexos son relaciones de poder a través de las cuales los hombres y los valores masculinos han adquirido un estatus superior al de las mujeres y sus valores femeninos, y la socialización de los roles de cada género es parte integrante de la continuidad de la estructura de poder patriarcal, (Nicolson, 1997) *“poder, en efecto, es el término clave a la hora de referirse a masculinidad hegemónica”*. (Kaufman, 1995, p. 3)

La masculinidad es percibida como éxito, desarrollo y autorrealización y por ende valorada como equivalente de poder, contrario a la feminidad que es concebida por la mayoría de personas de una forma pasiva y dependiente del poder masculino, anticuada

y tradicional, lo cual no le permite brindar aportes al desarrollo o evolución esperada por la humanidad, sino que valora a la mujer como un individuo encargado de cuidar los bienes adquiridos y brindados por quien ejerce el poder. Esto tiene implicaciones en la autoestima y en las relaciones de género en el hogar, y es realmente crítico para las mujeres que desafían esas expectativas tradicionales de género. (Nicolson, 1997)

Como consecuencia de la dominación patriarcal y la defensa de estereotipos machistas, los mismos hombres convencidos del manejo de la masculinidad como mecanismo efectivo de triunfo, éxito y seguridad, se ven inmersos en limitaciones que afectan la integridad y aquejan en múltiples dimensiones el desarrollo de varios aspectos de la vida. Como nos indica Kaufman citado por Fernández (2004), los hombres hacen uso de los privilegios otorgados por el machismo para lograr un buen desempeño y conservar el control, manejando una actitud de “tener que vencer”, “estar encima de las cosas, y dar órdenes”. Estas actitudes conducen a la construcción de una coraza emocional, donde lo que vale y es significativo son los objetivos con los cuales se miden los éxitos, por lo general de carácter externo. Para lograrlo, el hombre aprende a aislar los sentimientos, a esconder las emociones y muchas veces a suprimir sus necesidades afectivas.

Este constante proceso de restricción emocional se ve compensado por un desmesurado desarrollo del mundo exterior, en particular del laboral y el profesional, configurando lo que se ha denominado como el yo en los logros. Este proceso ha implicado la creación de una armadura psíquica en los hombres y tiene como resultado una disminuida habilidad para la empatía y, a veces, incluso una nula capacidad para la misma. Por eso, tan crucial como el poder hacia el otro o la otra, es el autocontrol sobre sí mismo. Sin éste, la masculinidad estereotipada no sería tal, lo que no evita que muchas veces dicho autocontrol se pierda por la acumulación de tensión y mal manejo de las emociones que se convierte en frustraciones, lo cual a su vez conlleva al abuso del poder en desahogo violento hacia quienes son dominados (as). (Fernández, 2004)

El abuso del poder como consecuencia de la inequidad entre hombres y mujeres.

El abuso de poder o victimización consiste en el proceso por el cual una persona o varias que se consideran en una posición de poder, ejercen de modo intencional (y habitualmente reiterado) daño físico o psicológico a otra persona a quien se percibe en una situación de desventaja, o a quien se quiere situar en esa posición de desventaja mediante

acciones negativas. El concepto ha ido ampliándose al concebirse la diferencia de poder no sólo en términos físicos, sino también psicológicos y sociales; o al incluir nuevos ejemplos de conductas, como las relacionadas con la exclusión social u ostracismo, más allá de las interacciones explícitamente agresivas. Así, las características del fenómeno incluyen fundamentalmente: la intención de hacer daño (físico o psicológico) y el desequilibrio de poder que hace a la víctima impotente para salir de esa situación por sí sola, (Del barrio, Gutiérrez, Barrios, Van der Meulen y Granizo, 2005) por lo que la violencia de los hombres en sus múltiples variantes es entonces resultado de su poder, de la percepción de su derecho a los privilegios, del permiso para ejercerla y del temor (o certeza) de carecer del mismo. (Kaufman, 2000)

El abuso se visualiza como característica masculina: “ellos son así” y masculinizadora: “para sentirse muy macho”, “para hacerlo hombre”. Todo es posible porque se tiene esta forma social de poder en la que la masculinidad se liga a la fuerza, al dinero y a la autoridad; además, se constituye como una estrategia de mayor empoderamiento, (Villa Señor, 2003) metiendo la vida de las mujeres en las sociedades inequitativas en un proceso de distribución desigual del poder. No sólo del poder que controla la propiedad y el uso de las riquezas materiales, sino del poder que se requiere para definir y expandir la identidad, los proyectos y los sueños. (Breilh, 1999)

Como se mencionó con anterioridad, el poder representa una manera de cimentar conceptos de identidad, donde se refuerza una concepción a partir del uso de una imagen o grupo al que se pertenezca, lo que en determinada manera convierte a otros (as) en sujetos susceptibles ante el (la) que tiene el poder; sin embargo la verdadera problemática radica en el abuso de este como medio de violentar a otra persona. Por tanto, si desde el constructo social el hombre ha sido beneficiario de mayor poder sobre la mujer, esta última se encuentra ya per se en desventaja, y por ende expuesta con mayor facilidad a ser víctima del abuso (en todas sus manifestaciones) por parte del hombre, problemática actual de salud en América Latina.

Influencia del poder de género en el desarrollo de la enfermería.

La disciplina de Enfermería, al igual que la mayoría de áreas de la salud se mantiene en un continuo avance en el cuerpo de conocimientos que le permite orientar sus esfuerzos a desarrollar una profesión con bases sólidas y posturas críticas ante las transformaciones sociales. Es por medio de dichos cambios que la profesión ha avanzado de manera continua a la formulación

de interrogantes relacionadas con su papel (hacer) y esencia (ser) y postular así direccionamientos óptimos que le permitan una mejora de la posición social actual, enrumbando los esfuerzos a una autonomía que rescata un enfoque de mayor equidad e igualdad en el ámbito sanitario, ante el poder patriarcal de otras disciplinas que se imponen.

“En estos tiempos que vivenciamos un mundo globalizado, el debate pluralista desde donde la Enfermería va creciendo como disciplina, debe abordar dos aspectos: por una parte, el mundo complejo en que se encuentra inmersa la profesión de Enfermería y, por otro, el reconocimiento de las condiciones de inequidad que afectan a una parte importante de las mujeres. La Enfermería es aún una profesión en la que sus integrantes son mayoritariamente mujeres, que habitan en un sistema de inequidad y cuyas experiencias vivenciales las sitúan en un contexto particular cuando se enfrentan a problemáticas sociales y sanitarias, ya que el sistema patriarcal les encomienda el aspecto de cuidado, que en nuestro mundo está reconocidamente feminizado”. (Urrea y Jana, 2010, p.23)

Es preciso retomar la evolución histórica de Enfermería, entendida ésta no sólo en su proceso de conformación cognitiva, sino también en el grupo particularmente femenino que le conforma. Es necesario aclarar que no se responsabiliza totalmente a esta situación de la problemática actual de la profesión, pero sí se alude a una sociedad meramente patriarcal que por tradición ha arremetido en contra de la mujer.

Para Amezcua, (2009) una profesión compuesta mayoritariamente por mujeres y por tal razón adornada con los estereotipos en las profesiones consideradas femeninas, no puede escapar al interés de los estudios de género, los cuales huyen de las posiciones dicotómicas de médico dominante y enfermera dominada, a la que de una u otra forma se le ha asignado papeles de inferioridad y de carácter punitivo, donde el hombre “Dios” dador de vida, domina y mantiene el poder controlador sobre sus ángeles (véanse estos como enfermeras).

Por tanto, la continuidad de un paradigma de acceso al poder y al saber, centrado en el arquetipo viril de un modelo de hombre racional (toda una simbología del dominador) ha dado lugar al ocultamiento de formas de dominio que perviven al margen de la crítica y la acción liberadora, lo que da pie a una discriminación histórica sobre aquellos (as) menos favorecidos (as), como las mujeres y otras categorías socio-demográficas que padecen formas específicas de dominación.

Es importante tomar en cuenta el hecho de que la

historia ha sido escrita por los varones, y la escasa información de la actividad femenina debe ser evaluada con mentalidad crítica, ya que se puede encontrar sesgada por el punto de vista masculino, (Dubby, Perrot, 1993) como otra manera de deslegitimar la labor femenina en la humanidad. Y en el caso de Enfermería, no se aleja de esta realidad.

“El alejamiento de las mujeres de la producción social se debe precisamente al no ser su trabajo considerado dentro de la esfera público – social, de esta manera son relegadas a roles circunscritos a la esfera doméstica; es decir, rol de esposa, madre y por supuesto cuidadoras”. (García, Sainz y Botella, 2004, p. 47)

Esta afirmación evidencia cómo la inequidad en los géneros no se debe a una limitación natural de las mujeres como muchos lo han querido hacer ver, sino que una serie de prejuicios sobre lo femenino por parte del mundo patriarcal, que restringe el desarrollo de la mujer en múltiples ámbitos, por el hecho determinado de imponer el poder.

Si se considera que la profesión va en busca de un avance filosófico para sentar bases concretas de su quehacer, es necesario retomar la historia que acompaña la Enfermería, ya que como indican Carrasco, Márquez y Arenas (2005) la puesta en práctica de los cuidados eran llevada a cabo en un contexto doméstico, generalmente por esclavos y mujeres. Es de esta manera como hipotéticamente se arrastran vestigios de inferioridad impuestos por el poder social del patriarcado. Por ende, es oportuno reflexionar si para Enfermería girar en torno al cuidado posee todo un trasfondo de domesticidad y sumisión, y que en las realidades cognitivas de la mayoría en la sociedad, es de poco valor.

Según Donahue, citado por Celma y Acuña (2009) de los antecedentes históricos se intuye que los llamados cuidados de Enfermería siempre han estado presentes en la humanidad, sin embargo la Enfermería no ha existido como profesión sino es hasta que la mujer sale de la invisibilidad y la subordinación donde estuvo rigurosamente confinada en el hogar por imposiciones sociales.

La Enfermería como profesión se ha desarrollado apenas desde mediados del siglo XIX, cuando Nighthingale cambia la Enfermería de una actividad totalmente doméstica a un nivel profesional, que en su sustento ideológico fortalece la dependencia y subordinación de las enfermeras (mujeres) respecto a los médicos (varones). (Ledy citado por Ayala 2008) Estas condiciones arrastran consigo problemáticas sociales de discriminación hacia la mujer del momento y que aun son evidentes en la actualidad pues pasan

de un rol casero de “esposa, madres y empleada doméstica” a replicar este patrón en un papel de “esposa” del médico, como ayudante; “madre” de los pacientes en su curación, y cuidado; y de “servidora doméstica” de las instituciones de salud. (García y otros, 2004)

Al analizar el comportamiento de Enfermería como parte de un grupo oprimido (causa de una conformación meramente femenina), los valores y normas generadas por el grupo dominante (otras profesiones sanitarias de mayoría masculina) contribuyen a realzar la dificultad de rebelarse en contra del grupo que ejerce el poder, lo que conduce a una agresión sumisa, produce conflictos internos y temor al cambio. Consecuencia de estas dinámicas de poder es que los grupos oprimidos descargan la ira contra sus iguales a raíz de la frustración por la relación que existe con el opresor, que al fin se traduce en el deseo de querer ser como este. (Ayala, 2008) Es así que este sistema de detonantes socio culturales que engloban el desarrollo histórico de Enfermería han llevado a un cese de la continuidad en la forma de ver la profesión actualmente, fomentando posturas críticas y analíticas de equidad ante otras profesiones sanitarias.

La evolución demuestra que Enfermería ha dado saltos importantes en el posicionamiento filosófico sobre el cuerpo de conocimientos que le sustentan y el uso de los mismos en la práctica cotidiana, en los múltiples sectores en los que se interviene, por tanto, un camino a un dominio de igualdad y equidad debe facilitar la coparticipación en la toma de decisiones referentes a salud. (Díaz y Márquez, 2009)

El manejo equilibrado del poder es fundamental en un sistema de salud: no basta con imponer funciones específicas a cada gremio profesional si no existe un verdadero engranaje y un trabajo equitativo en todo el equipo sanitario, con un objetivo común de lograr la recuperación de las personas. De no ser así *“el dominio de la naturaleza se convierte en un dominio de los seres humanos sobre otros seres humanos, y en último lugar una pesadilla de autodomínio”*, (Habermas, 1999, p. 21) lo cual trae perjuicios principalmente a las personas que necesitan los servicios de salud, puesto que se desarrolla una lucha constante de poder y no un verdadero trabajo transdisciplinario.

Si bien es cierto la esencia de la profesión de Enfermería durante muchos años estuvo matizada por un doblegamiento y sumisión a modelos positivistas biomédicos, el discurso referente a la evolución no debe estancarse en el antecedente sino más bien ir a una postura crítica.

“La raíz de la desigualdad en las mujeres está en la

negación de ellas por sus derechos de igualdad y desde su aprendizaje reticente a ejercer esos derechos”, (Pohl y Boyd citado por Urra, 2007, p. 11) por lo que parte del crecimiento de Enfermería se debe volcar a eliminar los vestigios impuestos por el patriarcado y avanzar con seguridad, con verdadera conciencia en que las mujeres deben alcanzar autonomía y respeto, y por ende, adquirir valor social.

En este sentido la profesión de enfermera, que está ligada a los cuidados del individuo y familia, puede estar arrastrando condicionantes culturales de su rol de cuidadora, ligados a su condición de estar conformada por un personal mayoritariamente femenino. Este rol ha sido potenciado y transmitido asociando la imagen de enfermera a una imagen femenina maternal lo cual repercute en la distribución de los puestos de trabajo e interfiere en su desarrollo profesional y en la productividad laboral. Se ha visto cómo en algunas organizaciones prevalecen actitudes que muestran la forma en que se le confiere a los cuidados una categoría inferior y se los aleja de lo científico, para situarlos en lo doméstico. (Celma y Acuña, 2009)

La identidad de mujer como cuidadora y doméstica deviene del respeto a la tradición heredada de la división sexual ancestral del trabajo mediante la cual sus tareas quedan claramente marcadas en la vida cotidiana: embarazo, parto, lactancia, crianza. Se trata de una identidad dada que existe en sí misma (“ser en sí” cara opuesta a “ser para sí”). Es necesario superar esta fase del pensamiento, dado que la mujer, en este marco, no es un ser que pueda evolucionar históricamente, no es un ser en el tiempo en tanto que “ser para sí” sino solo un “ser en sí” condenada al estancamiento social, laboral y educativo, instalada en un mundo de expectativas obliteradas por una órbita de actividades crónicas y anquilosantes. (Siles, 2005)

La coexistencia de una Enfermería vocacional ligada al género con una Enfermería profesional y científica ha sido una fuente de conflictos, sin embargo ha llegado el momento de marcar los límites entre una y otra. Por el momento se debe reconocer que lo más delicado es la lucha dialéctica constituida en una lucha interna, la guerra civil de las mujeres contra mujeres y enfermeras contra enfermeras que continúan extendiendo el consenso de aspectos esenciales para sintetizar lo que debería ser la Enfermería y el papel de la mujer en la sociedad. (Siles, 2005)

Reflexiones finales.

- En la evolución del ser humano la condición masculina y femenina ha sido cargada, según la época y el contexto, de diversas significaciones. No obstante,

un denominador común ha sido la prevaencia de grandes inequidades sustentadas en la pertenencia a uno u otro sexo. Las diversas sociedades se han caracterizado por alimentar una desigualdad en la visión, desempeño y equidad social, en su mayoría definidas por la dominancia del poder de lo masculino sobre lo femenino y su hegemonía que hasta el día de hoy no ha sido erradicada.

- El poder ha producido un obstáculo importante en las posibilidades de las mujeres a desarrollarse de manera integral y a ascender a estratos personales y sociales de índole relevante, lo que les ha confinado a espacios de carácter privado y de poco valor, caracterizados por el desempeño de funciones consideradas como “naturales” y de responsabilidad culturalmente heredada. Producto de este rol asignado es que la crianza de los (as) hijos (as), funciones del hogar, e incluso el cuidado, han debido ser asumidas por el colectivo femenino como un condicionante que deben ejercer gracias a las relaciones desiguales en una sociedad patriarcal.

- En el caso de Enfermería, al estar conformada en su mayoría por mujeres, se le ha transferido a la profesión el carácter doméstico con el que la sociedad ha construido el mundo femenino. En ella se ha intentado sustentar el valor del cuidado como una manera de ejercer funciones de carácter punitivo y de orden inferior; los conceptos de entrega y sumisión se han interiorizado como valores en el contexto de las profesiones sanitarias donde se replica el concepto colectivo asignado a las funciones femeninas.

- La Enfermería debe adquirir una consciencia reflexiva en torno a las funciones que desempeña, no sólo practicando el análisis introspectivo y colectivo como disciplina, sino examinando las funciones y roles que el colectivo social atribuye a las tareas de cuidar como práctica intrínsecamente femenina. En este sentido, la profesión se ve inmersa en un círculo vicioso del cual sólo será posible salir si se logra establecer la diferencia entre lo que consideramos que rige nuestro ser y hacer, y lo que tradicionalmente se le asigna al ser cuidador (a) y la manera de ejecutar esta práctica social.

Bibliografía

- Amezcuca, M. (2009). Foucault y las enfermeras: pulsando el poder en lo cotidiano. *Índex Enferm.* 2 (18). 77-79.
- Asiles, J. (2005). La eterna guerra de la identidad enfermera: un enfoque dialéctico y deconstruccionista. *Índex. Enferm.* 50 (14). 07-09.
- Ayala, R. (2008). Biopoder: el poder y la violencia en la formación de profesionales de enfermería. *Educ. med.* 3 (11). 125-129.
- Breilh, J. (1999). La inequidad y la perspectiva de los sin poder:

construcción de lo social y del género. [Monografía en internet]*. Recuperado el 9 – 10 – 2011. Accesible en <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/50/1/INEQUIDAD.pdf>

Butler, J. (1997). *Mecanismos psíquicos del poder. Teorías sobre la sujeción.* Madrid: Ediciones Cátedra

Butler, J. (2007). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad.* Barcelona: Editorial Paidós.

Carrasco, M. Márquez, M. Arenas, J. (2005). *Antropología – Enfermería y perspectiva de género. Cultura de los cuidados.* 18 (18). 52-59.

Celma, M. Acuña, A. (2009). Influencia de la feminización de la Enfermería en su desarrollo profesional. *Revista de antropología experimental.* (9). 119-136.

Del Barrio, C. Gutiérrez, H. Barrios, A. Van der Meulen, K. Granizo, L. (2005). Maltrato por abuso de poder entre escolares, ¿de qué estamos hablando? *Rev. Pediatr Aten Primaria,* 7, 75-100

Díaz, Z. Márquez, A. (2009). Características emancipadoras de los nuevos roles de la política en América Latina. *Ágora Trujillo.* 24 (24). 163-178.

Duby, G. Perrot, M. (1993). *Historia de las mujeres en occidente.* (5). Madrid: Taurus.

Fernández, F. (2004). ¿Hombres de verdad? Estereotipo masculino, relaciones entre los géneros y ciudadanía. *Revista Foro Interno,* 4, 15-43

García, A. Sainz, A. Botella, M. (2004). La Enfermería vista desde el género. *Índex de Enfermería.* 46 (13). 45-48.

Habermas, J. (1999). *Habermas y la modernidad.* Cátedra. Colección Teorema. Cuarta edición. Madrid.

Kaufman, M. (2000). Los hombres, el feminismo y las experiencias contradictorias del poder entre los hombres. Recuperado el 8-10-2011. Accesible en http://www.berdingune.euskadi.net/u89congizon/es/contenidos/informacion/material/es_gizonduz/adjuntos/



► Aspectos bioéticos de los cuidados paliativos.

Allan Rodríguez Artavia*

RESUMEN

El presente ensayo busca dar a conocer los principales aspectos bioéticos relacionados con los cuidados paliativos. Con este fin, primeramente se hace un recorrido por la significancia de los conceptos, para luego analizar algunos aspectos relacionados con con la ética de los cuidados paliativos tales como el tratamiento apropiado, la nutrición e hidratación, y la posición frente a la eutanasia. Posteriormente discute algunos aspectos relacionados con la muerte digna y con el morir como acto humano junto con el concepto de la conservación de la dignidad humana hasta la muerte. Este es un tema de constante discusión en el que existen posiciones encontradas en relación con el principio de autonomía del “paciente”, los juicios en torno a la eutanasia, y aspectos en el soporte vital hacia el final de la vida.

Palabras Clave: Bioética. Ética. Cuidados paliativos. Muerte. Vida.

ABSTRACT

Bioethical Aspects of Palliative Care

The following essay seeks to publicize major bioethical issues related to palliative care. With this objective, the essay begins by looking into the meaning of various concepts and then analyzes some ethical aspects of palliative care such as: appropriate treatment, nutrition and hydration, and position on euthanasia. The essay then discusses some aspects of a dignified death and dying as a human act, as well as the concept of preservation of human dignity until die. This is a constant topic of discussion with opposing views in relation to the principle of “patient” autonomy, judgments about euthanasia, and aspects of life support to the end of life.

Key Words: Bioethics. Ethics. Palliative care. Death. Life.

* MSc. Enfermería Ginecológica, obstétrica y perinatal. estudiante del Doctorado en Estudios de la Sociedad y la Cultura. Universidad de Costa Rica. Hospital San Vicente de Paul. Heredia. Costa Rica.

Recibido: 10/06/2012.

Aceptado: 15/09/2012.

Dirección para Correspondencia:
allanrodriguez.a@gmail.com

Enfermería en Costa Rica 2012; 33 (1): 32-40.

“Después de los siglos de huir de la muerte, hace falta fomentar en nosotros el arte de morir.”

José Ortega y Gasset

Introducción

Actualmente es muy común escuchar en los centros de atención médica y hospitalaria en cualquier lugar del mundo, las referencias a la clínica de cuidados paliativos y manejo del dolor. Sin embargo, detrás la expresión “cuidados paliativos” subyacen algunos enigmas, pues la referencia a la muerte siempre conduce a interrogantes, y consultas para las cuales la bioética debe tener una respuesta. Para hablar de bioética de los cuidados paliativos, es necesario en primera instancia, aclarar cuáles son sus alcances. Para ello es fundamental partir de una adecuada comprensión de la terminología que hace referencia a esta práctica. De acuerdo con Twycross:

“La medicina paliativa es la atención activa y total a los pacientes y a sus familias, por parte de un equipo multiprofesional, cuando la enfermedad ya no responde a los tratamientos curativos y la expectativa de vida es relativamente corta”. (2000.p. 31)

El mismo autor aclara que la palabra “paliativa” deriva del vocablo latino pallium, que significa manta o cubierta. Así que cuando la causa no puede ser curada, los síntomas son “tapados” o “cubiertos” con tratamientos específicos. (2000) Por su lado Sánchez, en relación con el tema, indica que la:

“Medicina paliativa es el estudio y manejo de los pacientes con enfermedades activas, progresivas y avanzadas, para quienes el pronóstico es limitado, y el enfoque de atención reside en la calidad de vida”. (2005. p.59)

Para la OMS, los Cuidados Paliativos se definen como: “el cuidado activo total de los enfermos cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo”, más aún si está en fase avanzada y progresiva. (OMS, 1990 citado por Astudillo, Orbegozo, Latiegi y Urdaneta, 2003) De lo anterior se podría derivar que al hablar de medicina paliativa, la atención por brindar se encuentra orientada al amortiguamiento de un padecimiento cuya cura no es posible, y que dentro de las acciones por ejecutar en este tipo de cuidados, de alguna manera hay un encubrimiento de la realidad que se vive en torno al dolor o una patología, y aparece un afán por crear condiciones que generen una cotidianidad lo más cercana posible a la calidad de vida.

En este contexto, la medicina paliativa integra a una serie de individuos quienes por sus vivencias personales, presentan una experiencia que camina

hacia la muerte y que podrían, dada esta vivencia, convertirse en seres cuyo estilo de vida sea un proceso muy doloroso, del cual quieran en algún momento desprenderse y no enfrentar. Sin embargo, este proceso de alivio, de aligeramiento, de cubierta y sobrepeso de una realidad tortuosa, en la mayoría de los casos tiene -y asumirá como parte de sus objetivos- el fin ideal de aliviar el dolor y todos aquellos síntomas molestos que presentan los usuarios(as); atender psicológica y espiritualmente a los “pacientes”, para que puedan aceptar su propia muerte y prepararse para ella en forma más completa posible; además, ofrecer un sistema de apoyo que ayude a los mismos a llevar una vida lo más activa y creativa posible hasta que sobrevenga la muerte. Con esta terapéutica se trata de promover en las personas, su autonomía, su integridad personal, y su dignidad. (Twycross, 2000) Los cuidados paliativos buscan sobretodo brindar un sistema de apoyo que ayude a las familias a afrontar la enfermedad del paciente y a sobrellevar el período de duelo.

El objetivo primordial de la medicina paliativa es afirmar la vida y ayudar a reconocer que el morir es un proceso normal. Se podría decir que estos cuidados no buscan ni acelerar ni posponer la muerte, ni son un proceso que esté dominado por la “tiranía de la curación”; el cuidado paliativo es en sí una estrategia para enfrentar de una manera más adecuada todo aquel proceso patológico que se manifiesta previo el deceso. (Twycross, 2000)

Filosofía del cuidado paliativo

La medicina paliativa se ha desarrollado, en gran parte, como resultado de la visión e inspiración inicial de Dame Cicely Saunders, fundadora del Hospicio St. Christopher en Londres, en 1967. Hace siglos, “hospicio” significaba lugar de reposo para viajeros o peregrinos, pero con el paso del tiempo la palabra sobrevivió en conexión con hospitales conventuales o asilos. A Dame Cicely siempre le atrajo este nombre pues quería proveer un tipo de atención que combinara las habilidades de un hospital con la hospitalidad reposada y el calor de un hogar. (Twycross, 2000) En un hospicio, el centro de interés se desplaza, bajo el pensamiento de Cicely, desde la enfermedad hacia el paciente y su familia; y desde el proceso patológico, hacia la persona. Para Cicely los pacientes con enfermedades terminales frecuentemente necesitan más atención que aquellos cuya enfermedad es curable. Así, por tanto, la Medicina Paliativa ofrece un “cuidado terminal intensivo”, por lo que requiere de habilidades profesionales de alto nivel y de un cuidado experto, individualizado para cada usuario(a), atento a los detalles y sensible, aspectos que consumen mucho

tiempo. (Twycross, 2000)

La medicina paliativa, como cita la autora, es distinta de la geriatría y de la atención de pacientes crónicos, las dos especialidades con las que frecuentemente se le compara. Aunque las primeras contienen muchas de las gratificaciones de la cirugía,

“operan en el contexto de intervención de crisis; de la medicina interna, invitan a la fina titulación de los esquemas terapéuticos para síntomas molestos de la psiquiatría, pues trata con ansiosos, deprimidos y deudos”. (Twycross, 2000, p.31)

La medicina paliativa se desarrolla como una reacción frente a la medicina moderna altamente tecnificada. (Bortnowska, citada por Academia Nacional de Cuidados Paliativos Brasil, 2009) Halina Bortnowska una filósofa polaca, escritora y voluntaria en un hospicio, ha contrastado el ethos de la curación con el ethos de la atención. Esta escritora define ethos como “una constelación de valores sostenidos por la gente”. El ethos de la curación incluye las virtudes militares del combate: no darse por vencido y perseverancia; contiene necesariamente también algo de dureza. Por otra parte el ethos de la atención, tiene como valor central la dignidad humana, enfatizando la solidaridad entre el paciente y los profesionales de la salud, una actitud que resulta en una “compasión efectiva”. En el ethos de la curación “el médico es el general”, mientras que en el de la atención “el paciente es el soberano”. Es importante otorgar al paciente el poder de decidir lo más posible, mientras sea posible. (Twycross, 2000)

Bajo este modus operandi, la medicina paliativa busca evitar que los últimos días se conviertan en días perdidos, ofreciendo un tipo de atención apropiada a las necesidades del moribundo. A pesar de haber sido descrita como “de baja tecnología y alto contacto”, la medicina paliativa no se opone intrínsecamente a la tecnología de la medicina moderna, pero sí busca asegurar que sea el amor y no la ciencia la fuerza que oriente la atención al usuario. Las investigaciones y los tratamientos de alta tecnología sólo se utilizarían cuando sus beneficios superan claramente las posibles cargas. La ciencia debe de utilizarse al servicio del amor y no viceversa, la Medicina Paliativa, como lo menciona Twycross, (2000) es un intento por restablecer el rol tradicional de médicos y enfermeras: *“curar a veces, aliviar frecuentemente, y confortar siempre”.* (p.32)

Historia del cuidado paliativo

Los movimientos de hospice, espacios diseñados para dar el mejor confort, bienestar, soporte emocional y espiritual, tanto para el paciente como a toda la familia, cuando los enfermos llegan a la fase avanzada de su

enfermedad terminal, pueden ser comparados con los hospicios medievales de finales del siglo XIX. (Montes de Oca Lomely, 2006) Por esas épocas el desarrollo de la ciencia médica y los nuevos descubrimientos terapéuticos para poder curar las enfermedades, que hasta entonces eran letales, provocaron en los médicos un cambio profesional; hasta entonces el médico fungía como un gran cuidador, pero, con estos avances, cambia para asumir un papel autoritario y paternalista, pues los pacientes ya no estaban en “manos de Dios”, sino en las suyas. (Laín, 2000)

Al médico se le enseñó a curar, por lo que los enfermos moribundos perdieron importancia médica, ya que no se podía hacer nada por ellos. Los médicos anteriores atendían a sus enfermos con el único propósito de aliviar los síntomas propios de la enfermedad y proporcionarles bienestar, la mayoría de las personas morían en casa. Los vivos estaban familiarizados con los muertos y con la idea de su propia muerte. La muerte era un hecho de vida cotidiano y como tal, era vivido con naturalidad. (Montes de Oca Lomely, 2006)

En Europa, desde el siglo IV existieron instituciones cristianas y fue en el periodo de Constantino donde se les da el nombre de hospitales y hospicios. (Montes de Oca Lomely, 2006) En Roma, Fabiola, una discípula de San Jerónimo, funda el primer hospital en el año 400 con el fin de atender a todos los peregrinos que llegaban a Ostia, puerto de Roma, que recibía gente de África, Asia y el Este. En la Edad Media las personas llegaban a los hospicios por comida y alojamiento. Ahí los enfermos eran cuidados, pero como la ciencia no estaba tan adelantada muchos morían, y sólo quedaba proporcionarles ayuda espiritual. Estos hospicios estaban instalados en rutas transitadas; atendían a viajeros, huérfanos y peregrinos; se enfocaban más en lo caritativo que en lo curativo; no eran lugares enfocados sólo para los moribundos. (Montes de Oca Lomely, 2006)

Para el año de 1842, el término hospice fue utilizado por primera vez para referirse al cuidado de pacientes terminales en Lyon, Francia. Dicha palabra tiene sus raíces en el latín y proviene de hospes que significa huésped. Otra persona que continúa con este movimiento es Jeanne Garnier, quien con la ayuda de la Asociación de Mujeres del Calvario crea hospices o calvaries. En 1899, en la ciudad de Nueva York, Anne Blunt Storrs funda el Calvary Hospital. En la actualidad esta institución continúa atendiendo a pacientes terminales de cáncer, utilizando los cuidados paliativos.

Ya en 1961 nace la fundación St. Christopher's Hospice, instituida por Cycely Saunders, pero no es sino hasta el año de 1967, en el mes de julio,

cuando se abre el primer hospice en Sydenham, al sur de Londres, con el nombre de St. Christopher. Posteriormente se pone en marcha el “movimiento hospice” que daría lugar a lo que hoy se conoce como “cuidados paliativos” que proporciona: atención total, activa y continuada de los pacientes y sus familias por un equipo multidisciplinario, no con la finalidad de alargar a toda costa la supervivencia del paciente terminal, sino de mejorar su “calidad de vida” y cubrir todas sus necesidades. (Montes de Oca Lomely, 2006)

Ética del cuidado paliativo.

La ética del cuidado paliativa es, por supuesto, la misma ética que la de la medicina en general. (Twycross, 2000) Pero quizás el mayor desafío al que se enfrentan los médicos en relación con la medicina o cuidado paliativo es la cuestión acerca de la veracidad con los pacientes terminalmente enfermos. La reticencia a compartir con los usuarios(as) la verdad acerca de su condición se origina, en última instancia, en el miedo que tiene el propio médico a la muerte y en las presiones culturales asociadas. Aún se afirma con frecuencia que decirle al paciente que está terminalmente enfermo destruirá su esperanza y lo llevará irreversiblemente a la desesperación y a la depresión. Pero en realidad y con frecuencia es lo contrario, ya que la mentira y la evasión lo que hace es aislar a los pacientes tras un muro de palabras o de silencio, que les impide acceder al efecto terapéutico que tiene el compartir sus miedos, sus angustias y sus otras preocupaciones. Afirma el autor que no es posible practicar un cuidado paliativo cuando no existe un compromiso previo de apertura y honestidad. Por tanto, para muchos médicos el primer desafío ético es el equiparse a sí mismos de buenas habilidades de comunicación y de sensibilidad. (Twycross, 2000)

Pero para hablar de la ética del cuidado paliativo, es necesario además partir de otros puntos que rodean al tema; es ineludible enfocar situaciones en torno a la medicación y tratamientos administrados, a la alimentación y nutrición necesarias, a la oposición a la eutanasia, pues estos aspectos encierran en torno al “paciente” con necesidad de tales cuidados una serie de consideraciones que a la luz de la ética dejan entrever una serie de posibles circunstancias de interés para la reflexión.

Al analizar por ejemplo la medicación y tratamiento: se sabe que el fin propio de la medicina es conservar la vida y aliviar el sufrimiento, sin embargo, pensar en un alivio del sufrimiento al final de la vida junto con la conservación de la misma se convierten en tareas de difícil ejecución, más cuando de por medio se entrelazan males crónicos que dificultan, una o ambas tareas. Ante ello surge la inquietud de

¿hasta dónde conservar la vida si no es posible aliviar el sufrimiento? Esta pregunta podría en tela de juicio quizá el encarnizamiento terapéutico u otras situaciones cómo ¿hasta dónde sostener una vida, cuando biológicamente ya es insostenible? O, para el caso del médico o trabajadores en torno al cuidado paliativo en relación con el proceso de prolongación del morir, ¿estos tienen el derecho o la obligación de prescribir la prolongación de una muerte?, ¿se debe de conservar la vida a toda costa, cuando ya no es posible la misma?. Estas inquietudes sin duda develan detrás de este tópico una serie de realidades a las cuales aún hoy muchas personas temen, y frente a las cuales una gran mayoría no sabe cómo actuar.

Pensar en mantener un tratamiento o terapéutica nunca será igual en el usuario con una enfermedad aguda o crónica o al paciente moribundo, ya que las acontecimientos varían e implican diferentes objetivos en lo que se persigue; es necesario ante ello, replantearse en la atención puntos clave que podrían definir y ayudar a decidir que es lo más apropiado para no caer en errores lógicos de la atención. Tales circunstancias serían: ¿cuáles son las perspectivas biológicas del paciente?; ¿cuál el propósito terapéutico y los beneficios de cada tratamiento?; ¿cuáles son los efectos adversos del tratamiento; y ¿existe la necesidad de no prescribir una prolongación de la muerte?. (Twycross, 2000) Es claro que si todo mediador del cuidado paliativo se hiciera estos cuestionamientos muchas de las vivencias que ocurren hoy en día no serían lo mismo.

Aunque es difícil de entender, lo más natural a la vida es la muerte. Por eso a pesar de que existe la posibilidad de una mejoría inesperada o de una recuperación, estas perspectivas no deben de cegar el actuar, pues hay muchas ocasiones en las que lo más apropiado “es darle una oportunidad a la muerte”, para que realice el paso más seguro de la vida.

En el cuidado paliativo, no obstante además del aspecto del tratamiento, como ya se indicó, giran otros puntos de profunda reflexión. En algunos casos, para el personal asistencial la oposición absoluta a la eutanasia, se convierte en el litigio de un sin número de moribundos, a quienes se les pretende mantener con vida, cuando ya la misma no es posible bajo ninguna perspectiva médica y biológica. Esta visión encierra un punto de delicada observación ya que se debe tener clara noción que eutanasia no indica siempre un acto directo de muerte causada instantáneamente. En ocasiones implica un acto pasivo de muerte lenta, por lo que dependiendo de la perspectiva con la que se mire, se puede llegar al mismo resultado cambiando el método lo cual implica un asunto de autoengaño

moral, al negarse a algo, cuando de alguna u otra forma se está haciendo lo mismo.

Por otra parte, es importante indicar que dependiendo de la condición, por la extensión de un largo sufrimiento, es en parte común ver que muchos(as) de los usuarios(as) con patologías terminales puedan pretender un suicidio asistido, o eutanasia, como parte de la forma de acabar con su dolor, y cuando reciben un adecuado abordaje y terapéutica desde el cuidado paliativo, en muchos casos la opinión ha variado, y han continuado su vida, con un mejoramiento de la misma con calidad en sus últimos días. (Twycross, 2000)

Otros aspectos que deben ser considerados son aquellos ligados a la hidratación y la alimentación cuando se maneje un “paciente” en fase terminal. ¿Por qué esta consideración? Es común notar que cuando un usuario(a) deja de alimentarse y pierde interés en la comida, cuando llega a estados finales de su enfermedad, se hace inmediatamente intervenciones a su cuerpo a fin de lograr accesos venosos, para la administración de fluidos a nivel parenteral, con la creencia de que al evitar la deshidratación, podría eventualmente evitarse parte del sufrimiento. Al contrario de esta idea, como lo comenta Twycross, (2000) cuando se llega a los momentos finales en torno a la enfermedad, el aumento de fluidos a nivel corporal, administrados por vía endovenosa, va en contra de los beneficios que una deshidratación podría generar, entre ellos se cita que con la deshidratación el volumen urinario disminuye, existiendo menos necesidad de orinar o cateterizar la vía urinaria y menos episodios de “cama mojada”. Se dice que con un poco de deshidratación se haría una reducción de las secreciones pulmonares, con lo que disminuiría la tos, las sensaciones de asfixia y ahogo y la necesidad de aspiraciones de la vía aérea. Asimismo, la disminución de las secreciones gastrointestinales resulta en menos episodios de vómitos en pacientes con obstrucción intestinal. El dolor también puede disminuir a causa de una reducción del edema que rodea las masas tumorales. (Twycross, 2000. p.39)

Por otra parte, la hidratación endovenosa a nivel del usuario terminal también tiene efectos psicosociales negativos, pues la infusión actúa como una barrera entre el paciente y su familia. Es más difícil abrazar al cónyuge que está conectado a un tubo plástico. Además, los médicos y enfermeras tienden a distraerse de los aspectos más humanos de la atención por controlar el balance de fluidos y la química sanguínea. Con frecuencia, la familia se angustia cuando los pacientes próximos a la muerte disminuyen drásticamente su ingesta oral, pero hay que establecer, entonces, cuáles son sus sentimientos hacia la terapia

endovenosa y el significado que le atribuyen, para explicarles la racionalidad de discontinuar esa terapia.

La decisión acerca de la conveniencia de rehidratar o no debe centrarse más en el confort del paciente que en el objetivo de proveer una óptima nutrición e hidratación, se debe de considerar con cuidado cuales son los riesgos y beneficios de la utilización de fluidos a nivel endovenoso, pues se debe de recordar que cuidado paliativo no consiste en preservación de la vida, sino en calidad de vida hasta el día final.

Principios éticos del cuidado paliativo

Además de la ética ligada a los cuidados paliativos, existen otras consideraciones que son propicias de abordar bajo la óptica de la ética. Algunos principios particulares a los cuales se les debe de prestar cuidado dentro de la atención del paciente que recibe dicho cuidado son el principio de veracidad, el de proporcionalidad terapéutica, el de doble efecto (manejo del dolor y supresión de la consciencia), el principio de prevención, y el de no abandono.

Principio de veracidad: La veracidad es el fundamento de la confianza en las relaciones interpersonales. Se podría decir que, en general, comunicar la verdad al paciente y a sus familiares se constituye en un beneficio para ellos pues posibilita su participación activa en el proceso de toma de decisiones (principio de autonomía). Sin embargo, en la práctica real hay situaciones en las que el manejo de la información genera especial dificultad para los médicos y demás personal; ello ocurre particularmente cuando se trata de comunicar malas noticias, como son el diagnóstico de enfermedades progresivas e incurables o el pronóstico de una muerte próxima inevitable. En esas circunstancias, no es inusual —especialmente en los países latinoamericanos— caer en una actitud falsamente paternalista, que lleva a ocultar la verdad al paciente. Por lo que se entra así, con alguna frecuencia, en el círculo vicioso de la llamada “conspiración del silencio” que, además de representar nuevas fuentes de sufrimiento para el paciente, puede suponer una grave injusticia tanto para él como para su familia. (Taboada, 2000. p.97)

Ante esta realidad se debe comprender que si bien existen circunstancias en las que se debe de retrasar la comunicación de una situación por efectos de la terapéutica que se está utilizando, esto no significa que se deba dejar de dar dicha información a futuro, y que la atención bajo estas circunstancias se pueda considerar como moralmente aceptable. Es importante guiarse para dar la información en el quién, cuándo, y cuánto, ya que de estos aspectos se rige este principio, recordando que ante todo se debe de tener la prudencia concerniente al caso, sin caer en el

extremo de la desinformación.

Lo importante desde la perspectiva de este principio es no exponer todo lo concerniente a un evento determinado o situación dada de una sola vez, ya que podría ser demasiado impactante, o, por el contrario, callárselo. Se trata más bien de buscar el momento adecuado para informar, clarificar lo que sucede, qué se puede hacer, y buscar en conjunto (paciente-familia-médico) la mejor estrategia en la terapéutica por brindar.

Principio de proporcionalidad terapéutica: Como lo sigue comentando la misma autora, aceptar que nadie está obligado a utilizar todas las intervenciones médicas actualmente disponibles, sino sólo aquellas que le ofrecen una razonable probabilidad de beneficio, no resulta difícil. Mayor dificultad reviste la pregunta por la licitud moral de rechazar tratamientos potencialmente beneficiosos, pues ella nos confronta con el problema de los límites de nuestra obligación moral respecto de la salud. (Taboada, 2000)

El principio de proporcionalidad terapéutica sostiene que existe la obligación moral de implementar en todas aquellas medidas terapéuticas que guarden una relación de debida proporción entre los medios empleados y el resultado previsible. (Casas y Portes, 2010) Aquellas intervenciones en las que esta relación de proporción no se cumple se consideran desproporcionadas y no serían moralmente obligatorias. Por tanto, para determinar si una intervención médica es o no moralmente obligatoria en un determinado “paciente”, se debe realizar un juicio de proporcionalidad. La relevancia moral de este juicio estriba en que sería moralmente ilícito omitir aquellas intervenciones médicas que se juzguen como proporcionadas; ello representaría una forma de eutanasia por omisión, mal llamada “eutanasia pasiva”. (Taboada, 2000)

Para verificar si en una determinada situación se da o no esta relación de debida proporción, es necesario confrontar el tipo de terapia, su grado de dificultad, riesgos, costos y posibilidades de implementación, con los resultados esperables. En otras palabras, algunos de los elementos que siempre deberían ser tomados en cuenta a la hora de juzgar la proporcionalidad de una intervención médica, son: a) la utilidad o inutilidad de la medida; b) las alternativas de acción, con sus respectivos riesgos y beneficios; c) el pronóstico con y sin la implementación de la medida; y d) los costos: físicos, psicológicos, morales y económicos. (Taboada y López, 2011)

Debe de tomarse en cuenta que ante las anteriores consideraciones traídas a colación por Taboada, no se debe de valorar solo los efectos a nivel fisiológico de la

intervención sino que es necesaria una valoración más profunda de la integralidad de la terapia globalmente en proporción con solo resultados fisiológicos, pues lo que de alguna manera puede traer un pequeño beneficio a un área en particular, puede generar un desequilibrio en todo el sistema.

Ante lo anterior, es necesario precisar que emitir un juicio de proporcionalidad terapéutica no equivale al resultado de un mero cálculo costo/beneficio, Taboada (2000) como proponen algunos defensores del Proporcionalismo. La valoración moral de los actos no puede ser reducida a un mero balance de sus consecuencias positivas y negativas. Porque existen actos que en sí mismos son siempre ilícitos. Ninguna buena consecuencia (social o económica, por ejemplo) podría justificarlos. A nadie le está permitido matar o dañar en su integridad corpóreo-espiritual a una persona inocente. En este sentido, se puede decir que el viejo aforismo médico “lo primero es no dañar” (*primum non nocere*) se encuentra aún plenamente vigente. Por tanto, cuando se le proponga aplicar un juicio de proporcionalidad en la toma de decisiones médicas, se da por entendido que las opciones que involucran una acción intrínsecamente mala quedan absolutamente excluidas del balance. (Taboada. 2000. p. 99)

Principio del doble efecto en el manejo del dolor y la supresión de la conciencia: Es frecuente que en los enfermos de fases terminales se presente un dolor intenso, con otros síntomas como dificultad para respirar o ansiedad, agitación, confusión mental, entre otros. Para el manejo de estas situaciones generalmente es necesario utilizar drogas como la morfina, que puede producir una disminución en la presión arterial o una depresión respiratoria, u otros fármacos que reducen el grado de vigilia o incluso privan al paciente de su conciencia. (Taboada, 2000) No es infrecuente que el uso de este tipo de terapias genere dudas en la familia y/o en el equipo de salud, pues se teme que los efectos negativos de esas intervenciones médicas puedan implicar una forma de eutanasia.

Ante esta inquietud se puede recordar que existe un principio ético (llamado voluntario indirecto o doble efecto) que señala las condiciones que deberían darse para que un acto que tiene dos efectos —uno bueno y uno malo— sea lícito. Estas condiciones son: 1) que la acción sea en sí misma buena o, al menos, indiferente; 2) que el efecto malo previsible no sea directamente querido, sino sólo tolerado; 3) que el efecto bueno no sea causado inmediata y necesariamente por el malo; y 4) que el bien buscado sea proporcionado al eventual daño producido. (Hodelín, 2012, citando a Jean-Pierre Gury)

Si se aplican estos requisitos al tratamiento analgésico con drogas como la morfina se podrá observar que, si lo que se busca directamente es aliviar el dolor (efecto bueno) habiendo agotado otras terapias que carecen de los efectos negativos mencionados, no habría inconvenientes éticos en administrar morfina. Las cuatro condiciones del voluntario indirecto se cumplen: se trata de una acción buena (analgesia), cuyo efecto positivo no es consecuencia de los efectos negativos, que sólo son tolerados cuando no hay otras alternativas eficaces de tratamiento. En tales condiciones, esta forma de terapia representa, por tanto, el mayor bien posible para ese paciente. (Taboada, 2000)

En relación a la supresión de la conciencia Taboada (2000) apunta, que esta acción es necesaria en ocasiones con pacientes muy agitados, aplicando el mismo principio. Dado que las facultades superiores se consideran un bien objetivo de la persona, no es lícito privar a nadie de su conciencia sin una razón justificada. *“Para que sea moralmente lícita, esta privación de conciencia tiene que obedecer a un motivo terapéutico proporcionado y no debe ser directamente querida, sino sólo tolerada”*. (p.100)

Principio de prevención: Prever las posibles complicaciones o los síntomas que con mayor frecuencia se presentan en la evolución de una determinada condición clínica es parte de la responsabilidad médica (deber de previsibilidad). Implementar las medidas necesarias para prevenir estas complicaciones y aconsejar oportunamente a los familiares sobre los mejores cursos de acción a seguir en caso de que ellas se presenten permite, por un lado, evitar sufrimientos innecesarios al paciente y, por otro, facilita el no involucrarse precipitadamente en cursos de acción que conducirían a intervenciones desproporcionadas. A este tipo de consideraciones son las que se les denomina y atribuye el principio de prevención.

Principio de no-abandono: Según Taboada, (2000) este principio hace recordar que, salvo casos de grave objeción de conciencia, sería éticamente reprobable abandonar a un paciente porque éste rechaza determinadas terapias, aun cuando el médico considere que ese rechazo es inadecuado. Permaneciendo junto a su paciente y estableciendo una forma de comunicación empática se podrá, tal vez, hacer que el paciente recapacite, si ello fuera necesario.

Pero existe otra forma más sutil de abandono, frente a la que este principio ético quiere prevenir. Se tiene, en general, mala tolerancia para enfrentar el sufrimiento y la muerte. La atención de pacientes moribundos enfrenta obligadamente con estas realidades, por los

que fácilmente se podría caer en la tentación de evadir su trato, que frecuentemente genera una sensación de impotencia. Esta tentación se ve reforzada por la mentalidad imperante, por lo que se debe de recordar, que incluso cuando no se puede curar, siempre es posible acompañar y a veces también consolar. El acompañamiento a “pacientes” moribundos hace recordar así, el deber moral de aceptar la finitud propia de la condición humana y pone a prueba la verdad del respeto por la dignidad de toda persona, aun en condiciones de extrema debilidad y dependencia, tarea que no siempre resulta sencilla. (Taboada, 2000)

Una vez que se ha ido abordando cada una de las situaciones y principios que se encuentran inmersos en la atención y el cuidado paliativo, es necesario, ante las reflexiones que han surgido, abordar también el concepto del final de la vida y la muerte, y en particular “el morir como un acto humano”, puesto que siempre se ha mantenido este tema como apartado de la reflexión popular, ya que por lo general a pocos les gusta referirse al final de la vida. Sin embargo, bajo la temática del cuidado paliativo, se hace necesario, hacer una aproximación al análisis del tema y abordarlo como una necesidad a la que todos llegaremos en algún momento.

Muerte digna y el morir como un “acto humano”

La calidad de vida es:

“...vivir bien, sentir la vida, descubrir el cuerpo y el fondo de la intimidad de los ecos y reflejos que despiden el encuentro de nuestra existencia con el mundo. Vivir no es solo sentir y percibir el mundo, sino actuar, modificar, realizar. Que el cuerpo esté sin dolor y el alma sin perturbación...”. (Restrepo. 2005. p.16)

Y en torno al final de la vida cita Marlasca (2002) recordando los versos de Jorge Manrique, *“...Nuestras vidas son los ríos que van a la mar que es el morir...”*. (p.195) El acto de vivir implica que este se pueda llevar a cabo con una cierta cantidad de condiciones (calidad de vida), y que no se tiene otro destino más seguro en el vivir que el morir; considerar que la vida y la muerte constituyen una continuación de un proceso, que ninguna es sin la otra, y que ambas giran horizontalmente en el recorrido que se establece a lo largo de la historia de cada individuo.

¿Pero que significa morir como un acto humano? Es una de las cuestionantes que plantea Taboada, (2000) al indicar el derecho a morir con dignidad como parte constitutiva del derecho a la vida, ya que como lo sigue citando la autora, la muerte no podría ser considerada como un fenómeno meramente pasivo, que ocurre en las personas y frente al cual se permanece por así

decirlo impotentes (“acto del hombre”), sino como un “acto humano”, es decir, como un acto en el que nuestra libertad podría intervenir en alguna medida. ¿Qué quiere decir esto? Que es evidente que el morir no cae en el ámbito de nuestra libertad: inevitablemente cada uno de nosotros morirá. Por lo tanto, en relación con nuestra propia muerte, lo único que podría estar sujeto a la libertad es la actitud que adoptemos ante ella.

“Derecho a morir con dignidad” es una formulación que Marciano Vidal (1994) propone en la expresión de que no se entienda como “una formulación de un derecho”, en el sentido preciso del ordenamiento jurídico; sino más bien, como una referencia al universo ético, es decir, una expresión de exigencia ética. Con esto se pretende afirmar que la expresión no se refiere directamente al ‘morir’, sino a la “forma de morir”. Así, en la situación del ser humano muriente, el alcance de la expresión morir con dignidad supone una serie de exigencias por parte de la sociedad, las cuales son necesarias de cumplir para entender este proceso como digno. Entre dichas consideraciones se tendrían entre las más decisivas: a) la atención al moribundo con todos los medios que posee actualmente la ciencia médica: para aliviar su dolor y prolongar su vida humana, b) no privar al moribundo del morir en cuanto “acción personal”: morir es la suprema acción del hombre; c) liberar a la muerte del “ocultamiento” a que es sometida en la sociedad actual: la muerte es encerrada actualmente en la clandestinidad; d) organizar un servicio hospitalario adecuado a fin de que la muerte sea un acontecimiento asumido en forma consiente por el hombre y vivido en clave comunitaria; y e) favorecer la vivencia del misterio humano-religioso de la muerte: la asistencia religiosa cobra en tales circunstancias un relieve especial. (Blanco, 1997)

Se debe de considerar bajo estos términos con igual dignidad el hecho de permitir una vida, como el hecho de tener dignidad en la muerte, puesto que son fenómenos paralelos. La idea de que la muerte podría representar un alivio para una vida condenada a horribles sufrimientos no es nueva y desde larga data esta concepción ha permitido al hombre encontrar en ella un remedio a sus males. Pero la concepción de muerte no debe de establecerse desde un enfoque peyorativo o mal interpretado puesto que si bien implica un cambio en la concepción del estado del hombre, no entraña que se le deba de mirar con horror y escándalo.

Pensar que por temor a la muerte se deba de permitir los más fuertes dolores y sufrimientos, creyendo que con las intervenciones se hace una aproximación

hacia ese paso, no es pensar en calidad de vida, como lo mencionó Restrepo sino que se debe de garantizar hasta el último suspiro, velar por el mejor estado integral del individuo. Por tanto, al relacionarse este tema a los cuidados paliativos, el abarcar la muerte digna como aquella que procure establecer los máximos deseos de paz y serenidad, junto al alivio del dolor, en la fase terminal, no se deben hacer recriminaciones, puesto que esto sería hasta cierto punto irrespetar la propia vida.

Dejar morir, o propiciar la muerte con analgesia, no es la solución que estamos proponiendo, sino más bien, acompañar en el proceso con la mejor terapéutica posible, para permitir que siempre que sea lícito el proceso hacia el final de la vida, sea lo más tranquilo y aliviante posible. Muerte digna es tener la confianza de saber que se podrá dar el paso, con la mayor seguridad de que el sufrimiento y el dolor no serán el imperante del momento, sino el mal que mayormente será evitado.

Reflexiones finales

El abordaje de los cuidados paliativos desde el punto de vista de la bioética se convierte en un campo de reflexión constante debido a las múltiples posiciones que giran en torno de la muerte en las diferentes sociedades y culturas. Este fenómeno lleva a evidenciar que dependiendo de la sociedad en que se practique, se podrá contar con algunos derechos y beneficios que en otros lugares se podrían considerar como formas de eutanasia.

Sin embargo, en relación con las generalidades del cuidado paliativo como tal, sin importar la sociedad específica, aspectos como la terapéutica por utilizar, la proporcionalidad de la misma, la utilización de hidratación parenteral, el concepto de muerte digna, siguen siendo tema de discusión por las múltiples discordancias que se presentan entre el mismo personal a cargo que se encuentra influido por sus consideraciones personales. Por eso es necesario que esta temática sea abordada desde un enfoque constructivista, reflexivo y ético, considerando que existen principios mínimos que se deben de cumplir dentro de este tipo de atención que no pueden dejarse de lado. Es imprescindible tener presente que la dignidad de la vida se extiende hasta la muerte.

En torno a los principios éticos de la atención en cuidados paliativos, es importante considerar que el principio de veracidad y proporcionalidad se ajusten a cada situación en particular; se debe medir con prudencia cuándo dar información y en qué cantidad, sin ocultar las realidades que se experimenten. En torno a la proporcionalidad, se debe valorar en todo momento la globalidad de la situación para no decidir

intervenciones parciales que podrían no ser del todo beneficiosas al usuario(a).

Se debe considerar también la eventualidad de que muy posiblemente en algún momento cada uno en particular sea sujeto de este tipo de cuidados, por lo que es conveniente reflexionar en lo individual qué sería lo que me agrada o no si estuviese en esa situación. Bajo este enfoque, el análisis ético de las situaciones brindaría al foro general muchas buenas intervenciones que a la postre ayudarían a encarar con una mejor injerencia lo que se hace en torno a esa materia. No debe dejar de mencionarse que de la muerte somos todos los que estamos vivos, por lo que es necesario plantear qué es lo que se quiere para cuando se esté en los últimos días. Convendría, sin duda, analizar con detenimiento las posibilidades dentro del concepto de la muerte digna, y el cuidado paliativo.

Bibliografía

Academia Nacional de Cuidados Paliativos. (2009). Manual de cuidados paliativos. Diagraphic. Rio de Janeiro.

Astudillo, W., Orbezo, A., Latiegi, A. y Urdaneta, E. (2003). Cuidados Paliativos en Enfermería. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos. Euskadi.

Blanco, LG. (1997). Muerte digna: consideraciones bioético-jurídicas. Buenos Aires: Editorial Ad Hoc.

Casas, ML. y Portes, A. (2010). Bioética y trasplantes electivos. El principio de proporcionalidad terapéutica. Cirugía plástica. 20 (1). p.43 – 48. Obtenido en línea el día 05 de agosto

Hodelín Tablada, R. (2012) El principio del doble efecto en la sedación a pacientes terminales. Revista MEDISAN. vol.16 no.6 Santiago de Cuba. Obtenido en línea el día 16 de agosto desde: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192012000600015&script=sci_arttext)

30192012000600015&script=sci_arttext

Lain Entralgo, P. (2000). Historia de la medicina moderna y contemporánea. Barcelona, Prensa Científico Médica.

Marlasca, A. (2002). Introducción a la Bioética. Cuadernos Prometeo 23. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional, Heredia.

Montes de Oca Lumely, G. (2006). Historia de los cuidados paliativos. Revista digital universitaria, Vol. 7, Número 4. Pag. 2-9. Obtenido en línea el día 05 de agosto desde: http://www.revista.unam.mx/vol.7/num4/art23/abr_art23.pdf

Sánchez, I. Educación médica y medicina paliativa. ARS Médica. 11 (11). Obtenido en línea el 15 de agosto del 2012 en <http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/ArsMedica11/Ars01a.html>.

Taboada, P. y López, R. (2011) Metodología de Análisis Ético de Casos Clínicos. Enciclopedia de Bioética. Universidad Católica de Cuyo. Argentina. Obtenido en línea el día 05 de agosto desde: <http://enciclopedia-de-bioetica.com/index.php/todas-las-vozes/153-metodologia-de-analisis-etico-de-casos-clinicos>

Taboada, P. (2000). El derecho a morir con dignidad. Acta Bioethica. año VI, n° 1, pp. 91-101.

Twycross, R. (2000). Medicina Paliativa: Filosofía y Consideraciones Éticas. Revista Acta Bioethica, Año VI - N° 1, pp. 27-46.

Restrepo, ME. (2005). Cuidado Paliativo: una aproximación a los aspectos éticos del paciente con cáncer. Revista Persona y Bioética, Vol. 9 (25), julio-diciembre, pp. 6-45. Colombia.

Vidal, M. (1994). Bioética: estudios de bioética racional. Madrid: Editorial Tecnos.

Universidad de Costa Rica
Escuela de Enfermería

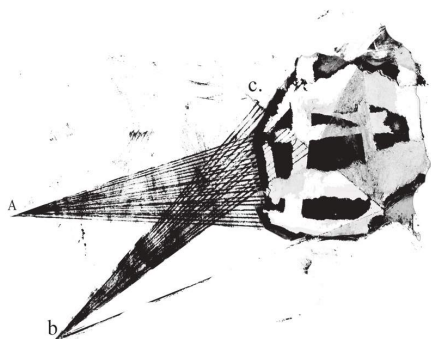
Anuncia la apertura del
V curso de PCEBE
(Programa de Práctica Clínica de Enfermería Basada en la Evidencia)

Con un total de 150 horas de aprovechamiento

Clases presenciales:
21 marzo, 25 abril, 30 de mayo, 27 junio y 1 de agosto
En el horario de 3:00 pm a 7:00 pm

Para mayor información comunicarse con
Sandra Quesada 2511-3519 o al 2511-4321

Colabora: Enfermería en Costa Rica



► Demencia con cuerpos de Lewy: la perspectiva de la persona cuidadora.

Ana Esmeralda Azofeifa Ugalde*, Daniel Martínez Esquivel** Eddier Vargas Montoya ***

RESUMEN

El presente artículo tiene como base de reflexión la persona que cuida. Su objetivo es describir la experiencia de una persona cuidadora de un sujeto con demencia con cuerpos de Lewy y la forma en que afronta la situación. La investigación es de carácter fenomenológico y se desarrolló a partir de la aplicación de una entrevista a una informante clave. La información obtenida se transmite mediante la técnica de historia de vida o relato ya que se considera que el relato permite evidenciar a profundidad la vivencia de las personas cuidadoras por medio de la expresión de sentimientos, angustias, temores y esperanzas.

Palabras Clave: Enfermería. Salud. Persona cuidadora. Demencia.

ABSTRACT

Dementia with Lewy Bodies: the perspective of the care-giver
The use of legal and illegal drugs constitutes a public health issue with social, clinical and psychological implications, both for the new born and the mother.

This article is based from the point of view of the caregiver. It describes the experience of the care-giver of a person with dementia with Lewy bodies and how he/she manages the situation. The research is a phenomenological study and was developed from interviews of this type to a key informant; the information was obtained by the technique of the life story or narrative as the story facilitated understanding of the experience of care-giver through the expression of feelings, anxieties, fears and hopes.

Key Words: Nursing. Health. Care-giver. Dementia.

* Lic. en Enfermería. Hospital Clínica Bíblica, San José, Costa Rica

** Lic. en Enfermería. Departamento de Personal Docente, Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

***Lic. en Enfermería. Servicio de Cirugía, Hospital Hotel La Católica, San José, Costa Rica.

Dirección para Correspondencia:
esmiu19@gmail.com

Recibido: 20/09/2012.

Aceptado: 20/11/2012.

Enfermería en Costa Rica 2012; 33 (1): 41-45.

Introducción

Generalmente, cuando se utiliza el término enfermedad, la imagen que llega a la mente es la de personas comprometidas físicamente por causa de una dolencia. Por ejemplo, un resfrío, una diarrea, un infarto, un cáncer o un accidente cerebro vascular. Esto sucede porque la salud o la ausencia de ella se concibe como el de determinados factores biológicos. Sin embargo, hay alteraciones de la salud que no se consideran como tales porque sus efectos no son evidentes a simple vista.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha sido persistente en su afán de cambiar el pensamiento tanto de aquellos profesionales que trabajan en el sector salud como de toda la población mundial, con miras a romper el paradigma de la salud como ausencia de enfermedad y replantear el concepto a partir de la concepción de la salud como un derecho de la humanidad (OPS/OMS. 2007. p.3)

Este derecho está influido por distintos factores, pero en última instancia, son los determinantes sociales los que definen que una persona tenga salud o no. Dentro de este paradigma social, Benach y Muntaner (2005. p.104), mencionan que la familia es uno de los ámbitos cotidianos más desconocidos e invisibles donde la salud puede quedar dañada.

Es a partir de este enfoque que nace la decisión de investigar el tema centrando la atención no en la persona que se considera enferma sino en aquella persona que se dedica a su cuidado. La persona cuidadora vive experiencias de salud por lo que merece toda la atención y respeto de los profesionales de la salud, pero en especial de los y las enfermeras que día a día trabajan junto a las personas usuarias de los servicios de salud para promover, proteger, recuperar y restablecer su salud.

Se presenta esta historia de vida como la experiencia de una persona que construye parte de su salud alrededor de un familiar al que cuida debido a una alteración mental denominada demencia con cuerpos de Lewy. Los cuerpos de Lewy son material neurofilamentoso que se encuentra en el tronco del encéfalo, el tálamo y los ganglios basales. Este tipo de demencia es degenerativa y se caracteriza por pérdida de la memoria, depresión, necesidad de ayuda para las actividades de la vida diaria, reducción de la movilidad, entre otros. (Stuart y Laraia. 2006. p.454)

Centrarse en el cuidado de otra persona podría significar desatención del autocuidado, del contexto familiar y de aquello que favorezca el desarrollo del cuidador de manera positiva. Permitir que esto suceda conduce a una situación estresante con peligro de

repercutir en la salud física de la persona que atiende al enfermo, en su estado de ánimo y en la modificación de los umbrales de percepción del sufrimiento y del dolor de la persona a su cuidado. (Dueñas, Martínez y Morales. 2006, p. 32)

El presente artículo busca describir la experiencia de una persona cuidadora de una señora con demencia con cuerpos de Lewy y la manera en que afronta la situación desde la metodología fenomenológica, que como explica Rojas (2008) “estudia las realidades cuya esencia dependen del modo en que es vivida y percibida por el sujeto, una realidad interna y personal, única y propia de cada ser humano”. (p.46)

La elección del sujeto de investigación se realiza de forma intencional, debido a que se conoce el caso, porque se le brindan servicios de enfermería periódicamente, y se considera sumamente relevante el relato desde la perspectiva de una cuidadora. Se acuerda el encuentro social en la casa de la cuidadora, donde se le explica las implicaciones de la entrevista y se le brinda y explica detalladamente el consentimiento informado. Asimismo se le informó sobre la confidencialidad y el anonimato del estudio; para esto, todos los nombres presentes en el relato fueron sustituidos.

Relato biográfico

“En mi mente yo le decía a Diosito: mami nunca se va a enfermar, mami nunca se va a enfermar.”

Persona cuidadora

Antes de que su mamá enfermara.

“Al principio era normal, jamás se imagina uno eso, en mi mente le decía a Diosito ‘Mami no se va a enfermar nunca, mami nunca se va a enfermar, nunca se va a enfermar mami’. Mami vivía en otro lado, y nosotros felices, yo decía ‘es que mami nunca se va a enfermar’; como la mamá de ella fue muy sana, estaba mal del corazón, pero nunca nadie se dio cuenta, se murió y punto, y ya [...], entonces yo decía que mami iba a ser igual que ella. Y a mí, bueno, nunca nunca me imaginé yo que a mami le iba a dar algo de esto, yo decía que mami iba a seguir cosiendo muchos años y que iba a ser mayor mayor, y que iba a seguir ahí [...].”

El diagnóstico

[En noviembre del 2004] *Mami empezó a llorar y llorar y llorar, y papi me dijo: ‘venga que su mamá está llorando’, y mami decía -‘es que me voy a morir, es que me va a dar un infarto’, -mami que a usted no le va a dar un infarto, -sí, entonces me va a dar un derrame, y yo: Dios mío ¿qué será esto? Pero yo siempre pensé que mami se iba a curar, no pensé que fuera algo que iba*

a pasar a más y ya. Entonces todas las noches lloraba, como a las tres de la mañana papi me decía: 'que venga que su mamá está llorando', y yo me quedaba con ella, le leía cosas de la Biblia, le sobaba la cabecita y así.

Como mami se puso así mal, ella ya no podía cocinar, fue de un solo: 'no cocino, no me baño, no nada, no me mudo'. Cuando estaba mal, le mandaron Tafil para tranquilizarla, aquí desayunaban, almorzaban [el papá y la mamá], comían, luego ver cómo pasa mami la noche, y ahí fuimos y fuimos...

La llevamos a varios doctores Andrés me decía: llevémosla donde tal de Homeopatía, y que la mamá de mi amiga se compuso y le hizo muy bien, ya la llevaba uno con la esperanza de que estuviese mejor, se calmaba, se tranquilizaba y todo eso. Ya un día, de esos de navidad, vino mi sobrina y Juan [el esposo de la sobrina] y me dijo -'Tía, es que Titi lo que tiene es Alzheimer'-, y yo que en la vida había querido oír esa palabra verdad, y me decía mi sobrina: 'tía ahorita ustedes van a tener que llenar la pared, poner puerta, porque ella no va a saber nada, no va a poder decir nada, y yo decía: 'Mami tiene eso... ¿Cómo puede ser? ¿En qué momento le dio eso? ¡Es que no puede ser!'

Primero la llevamos donde un geriatra neurólogo que le hizo exámenes de la tiroides, ponía a mami a hacer un montón de cosas y mami ya estaba como terrible... Nosotros lo llamamos una vez y le dijimos doctor, vea ella es la paciente Alejandra, que usted le mandó examen de la tiroides, es que vieras que sigue llorando, sigue muy mal, y me hace: 'Ahhhh ¿Es una señora que tiene un hipotiroidismo muy grave, muy acelerado? -No doctor, ella no tiene hipotiroidismo... -ahhh ¿Es una señora que duerme mucho, mucho mucho? -No doctor, ella no duerme... -Ahh bueno... entonces déle un poco más de pastilla... -Nunca más... Lo único que ve es la plata y ni sabe ni le importan sus pacientes... Entonces la llevamos a la homeopatía... Yo pensé, tal vez ahora sí, pero cuando ya no podíamos llevarla a la consulta porque no podía caminar, no querían mandar las medicinas, como que ponían mucho pero, seguro no les hizo gracia que ya no pagáramos la consulta... Pero yo siempre, no quería llevarla a los doctores, como que no me gustaba, me daba miedo...

Entonces Juan [El esposo de la sobrina] me dijo 'tía es que ella no tiene eso'... Se la llevó y le hizo exámenes. Y de verdad, no era eso... Él fue quien logró decir que era de verdad, él se puso a leer y a buscar hasta que supo que era Demencia con cuerpos de Lewis con rasgos de parkinsonismo. Para otros es más fácil decir que es Alzheimer, pero el proceso al fin y al cabo no es el mismo... Me llamaba [el hermano] y me decía: -¿No le ha dado la etapa de los bebés? ¿Ya le trajeron la muñeca? Y yo decía: ¿Cuál muñeca? ¿Qué le pasa?...

-Es que la mamá de la amiga de Juana ya empezó con la muñeca... yo: ¡entienda! Que mami no tiene eso; pero ya no explicamos, ¿Para qué?

Cambio de cotidianidad

Desde el inicio era muy cansado porque ellos hacían todas las comidas aquí, ella pasaba ahí sentadita, yo no podía decir: Voy a acostarme con Lucas [el esposo] un ratito, yo pensaba. ¿Cómo va a estar ella ahí solita? Entonces yo me acostaba en los regazos de ella, y le decía 'mami hágame así [simulando caricias en la cabeza] y ella me hacía... Todavía estaba bien. A veces me decía 'vení... vení... vení...' y yo le decía: ¿qué mami? Y me decía 'orinar', entonces ya yo me la traía, había que bajarle el pantalón y hacerle todo, pero todavía nosotros le veíamos la carita bien, y decía unas cosas...

Y cuando ella empezó, también empezó con pánico, seguro ella decía 'que raro no estoy haciendo bien las cosas, digamos, nosotros no nos dábamos cuenta porque ella estaba allá y nosotros aquí, pero Ana dice que ella guardaba limpiones en la refri o un día le echó a unos macarrones canela, entonces seguro ella sentía que algo estaba mal, entonces ella lloraba y lloraba, entonces no sé por qué una vecina de nosotros en algún momento habló con ella y le dijo lo del Alzheimer, entonces ella decía que tenía eso... Y nosotros 'no mami que usted no tiene eso, que el doctor ya dijo que no... Ahorita usted va a estar bien...'

Entonces fue cuando papi empezó a construir aquí la casa, entonces, bueno, mejor, y aunque papi estuviera con lo de la casa, nosotros la llevábamos a ella, 'vamos mami para que usted escoja la cerámica que a usted le gusta', o yo me la llevaba para todo lado, pero uno en ese momento pensaba que ahí estaba y ya, y que así iba a estar, pero conforme venían más etapas, yo las negaba... Entonces venía la etapa: 'que no, que ya no puede caminar, que le llevemos la silla de ruedas', y yo -¡No!, no le pongan silla de ruedas, yo la cuido, yo camino con ella, ¡No! Ella todavía no la ocupa, hasta que la ocupe tal vez, pero ella todavía no la ocupa. -'Vea que es que se va a caer, que mire que ella no puede caminar' y yo: No, que la va a poner en la silla de ruedas, si la pone en la silla de ruedas, no va a caminar [...]. Luego cuando vino la del pañal, entonces yo les decía: 'No, yo la llevo, yo la estoy poniendo a cada rato, para qué le voy a poner pañal, eso va a ser terrible para ella, ella no va a aguantar la mantilla, eso va a ser terrible para ella... Cada tiro, era una llorada, y a mí me decían cosas y yo decía: No me digan, yo no quiero saber qué pasa, ni qué sigue, no me expliquen no quiero saber nada.

Y así fue pasando, ya Anthony [el esposo] no me

decía que fuéramos algún lado, porque sabía que le iba a decir que no. [Durante la planeación de la graduación de su hija] Yo le decía *Vea, apúrese, elija los zapatos rápido, apúrese, que tengo que ir a ver a mami... Entonces uno no disfrutó esa parte con ella, porque día y tenía que estar siempre ahí con mami. Y uno anda viendo con las amigas: ¿y qué le da usted a su mamá? ¿Qué medicamentos toma? Uno siempre anda viendo.*

Yo voy a clases de costura, pero en la casa no puedo hacer nada, no me alcanza el tiempo, luego vienen las cosas de la casa, el oficio, la comida, atender a los güilas y a Anthony, no puedo hacer nada para mí, pero no porque no quiera, sino porque no hay tiempo, yo prefiero atenderla a ella, yo pienso ¿que sentirá? Ella me dedicó tiempo a mí, ¿cómo no la voy a cuidar?

Cuando todavía comía, papi le daba un montón y rapidísimo y yo le decía: papi déle despacito [...] y yo: ay no papi... Mejor démelo y yo le doy...

Entonces llegamos a un punto en que papi no la podía bañar solo, luego iba yo, y luego Selma vino, y luego mi otra hermana empezó a venir también... hace 7 años que le hacemos todo, la bañamos, la vestimos, le damos de comer, la movemos, le hacemos todo. La primera vez que la hospitalizaron y que ya le iba a poner la sonda PEG, yo le decía a la enfermera: ¿y que le va a poner? ¿Qué es eso? ¿Por qué se lo da así? Yo pensaba que nadie lo iba a hacer bien y me daba un miedo... Prefiero hacerlo todo yo... y no andar esperando a cuando los demás puedan, ¿y si después lo hacen mal? Yo veo a la muchacha [la que la cuida de lunes a viernes unas horas] le pone el pañal mal, y se le sale todo... Entonces a penas se va, yo voy y la acomodo y le la dejo bien acomodada...

Apoyo de la familia.

*A mí no me gusta pedirle las cosas a los demás, si alguien lo hace porque quiere bueno, pero yo no soy de andarle pidiendo a los demás que ayuden, y tampoco puedo decirle que no a nadie, yo le cuido las chiquitas a mi sobrina, hago el oficio, atiendo a los güilas y a Anthony... Yo tengo una familia que atender, todos mis hermanos dicen que no pueden atender a mami, que no tienen tiempo, pero entonces ¿y yo? ¿Y en mí quién piensa? Los fines de semana, se van de paseo, se van a la playa, se van para todo lado... yo no puedo, si me voy ¿quién atiende a mami? Mi hermano me dijo: *Diay usted ya no va a misa!* Y yo: *diay si usted viene y cuida a mami, yo puedo ir. Mi sobrina está muy pendiente, de lo que necesita, económicamente y así, pero otros, por ejemplo mi hermano Alfredo, desde mayo no pregunta por mami... ¿Entonces? Habíamos quedado en que los sábados venían tales y los domingos tales... Pero todo mundo se levanta a las nueve de la mañana, diay,**

pero mami necesita desayunar a las siete, esto no lo puedo soportar, entonces yo me levanto a las cinco, para ir a las siete y darle el desayuno a ella...

A veces si me da cólera ver que nadie... nada... A ellos se les olvida que yo tengo que ir a la feria, ir al supermercado... para ellos es fácil decir: "Ah es que en todas las familias... a alguien le toca" ... Por eso a veces prefiero pedirle ayuda a una amiga, que a la misma familia...

El mayor miedo

Yo siempre digo: qué raro... yo no duermo tranquila. Digamos si duerme papi con ella [con la mamá] y si Anthony está trabajando de noche, yo me voy a dormir a la cama de papi, para estar más cerca por si me necesita en la noche, si Andrey duerme con ella el sábado, yo me acuesto pensando y ya cuando se va a levantar, yo salgo soplada a ver cómo le fue, ¿cómo durmió?, ¿No roncó? ¿No esto? ¿No lo otro?...

Uno no tiene paz, uno no tiene tranquilidad... Mentira. Yo la veo ahí con los ojos abiertos, y no puedo dejarla sola, yo digo ¿Qué pensará? ¿Qué sentirá? Entonces por eso no puedo coser, no puedo nada, porque yo estoy allá y allá y allá... Yo la acomodo, la vuelvo, que hay que darle la comida, y la cambio, y la vuelvo, y ya viene la merienda, y el almuerzo, y la muevo para acá y para allá... es que uno no puede tener como tranquilidad o paz.

Uno tiene que luchar con un montón de cosas, no es solo verla a ella, por ejemplo, es luchando con papi, viendo que le hagan todo como tiene que ser... el domingo me bañé a las diez de la noche, y me dice papi: ¿cómo que usted no se ha bañado? Y yo: -¿Adivine papi por qué será?

Lo más cansado no es lo físico. Y mi mayor miedo es el día en que yo me tenga que enfrentar a tener que meterla en una caja... y bajo tierra. ¿Cómo le voy a hacer eso? ¿Cómo la voy a meter ahí, todo oscuro, si ella le tiene miedo a la oscuridad? Se va a sentir solita... Yo no le puedo hacer eso... Ese es mi mayor miedo...

Lo único que me ha mantenido hasta aquí es Dios, porque yo sola no podría... A veces me acuesto y la pido a Dios 'Dame fuerzas, porque ya siento que ya no puedo...' Pero solo Él, de otra forma no podría...

Reflexiones finales

Este tipo de relatos se convierten en útiles herramientas para sensibilizar y para evidenciar cuán frecuente es en nuestro sistema de salud que los profesionales dirijan su atención y recursos al manejo, generalmente agudo, de las enfermedades del usuario, muchas veces sin tener en cuenta el contexto familiar donde se forjan un sinnúmero de cambios, algunos

nocivos para la salud de quienes desempeñan las funciones de cuidadores de personas con discapacidad física o mental. Ello se ve reflejado en el relato. Durante la entrevista, la señora logró exteriorizar muchos de sus más profundos sentimientos, sus angustias, sus temores, su esperanza de seguir resistiendo y como todos estos se han ido transformando a través del proceso patológico de su madre.

Fue muy revelador y a la vez doloroso para los entrevistadores constatar los síntomas del síndrome del cuidador que presenta esta señora, una mujer agotada que ha asumido toda la carga del cuidado de su madre sin que tenga la capacidad de considerar y de priorizar sus propias necesidades.

Por otra parte, es importante destacar, desde la perspectiva de género, que el cuidado de las personas adultas mayores, así como de las personas con discapacidad sigue teniendo rostro de mujer. Esto se evidencia claramente en las palabras de la entrevistada, quien reiteradamente menciona que nadie más en su familia le ayuda y que se justifican diciendo “Ah, es que en todas las familias... a alguien le toca”. De modo que, tal como mencionan García – Calvente, Mateo – Rodríguez y Maroto – Navarro (2004), las diferencias de género no sólo son evidentes en la proporción de mujeres y hombres que asumen el papel de cuidadores, también existen diferencias en las propias características del cuidado que prestan las mujeres y los hombres, tanto en el tipo de actividades que asumen como en el tiempo dedicado a la actividad de cuidar.

El “trabajo” de cuidar implica una variedad de tareas, tanto de atención personal como instrumental, de vigilancia y acompañamiento, de cuidados sanitarios

más o menos complejos, de gestión y relación con los servicios sanitarios. Cuidar también significa dar apoyo emocional y social. Las mujeres cuidadoras asumen con mayor frecuencia los cuidados de atención personal e instrumentales y están más implicadas en las tareas de acompañamiento y vigilancia; es decir, asumen los cuidados más pesados, cotidianos y que exigen una mayor dedicación, lo cual termina por crear una gran carga en sus hombros.

Por medio de este relato se logra hacer audible una de tantas voces que viven esta realidad en nuestro país y poner en evidencia las condiciones de desigualdad en que se desarrolla el trabajo de las mujeres cuidadoras.

Agradecimiento

Agradecemos profundamente a esta persona su hospitalidad, cordialidad y sinceridad de expresión para poder llevar a cabo este trabajo.

Bibliografía

Benach, J. y Muntaner, C. (2005). Aprender a mirar la salud. ¿Cómo la desigualdad social daña nuestra salud? Instituto de Altos Estudios en Salud Pública: Venezuela.

Dueñas, E., Martínez, A. y Morales, B. (2006). Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. Colombia Médica. Volumen 37 No. 2 (Abril-Junio).

García – Calvente MM., Mateo – Rodríguez I. y Maroto – Navarro G. (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. Gaceta Sanitaria. v.18 supl.2 Barcelona. Descargado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021391112004000500011&script=sci_arttext el día 24 de septiembre de 2012.

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (2007). La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington, D.C.: OPS.

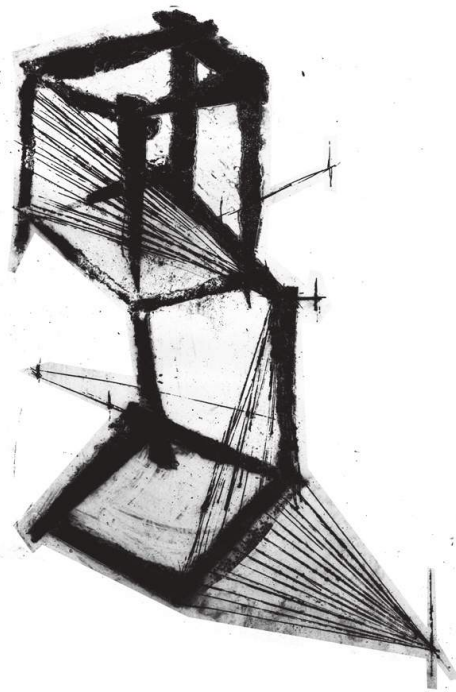
Rojas, L (2008). Elementos conceptuales y metodológicos de la investigación cualitativa. San José, CR: Editorial UCR.

Stuart, G., Laraia, M. (2006). Enfermería psiquiátrica. Principios y práctica. 8va Edición. Elsevier Mosby: Madrid.



► La enfermería en la filatelia costarricense. Un recurso para pensar nuestras historias.

Xabier Irigibel – Uriz*



RESUMEN

Estudio iconológico en el que se analizan las principales cargas ideológicas de 6 estampillas costarricenses vinculadas a la enfermería. El sello postal, pensado como soporte cultural, constituye un artefacto que contribuye a configurar y a representar las diferentes realidades de cada momento histórico. Como producto social, político, económico, cultural e histórico, las estampillas analizadas facilitan la comprensión del contexto desde donde se configuran las identidades hegemónicas vinculadas a la enfermería. Una oportunidad para evidenciar aquellos márgenes que, incluso a través de las estampillas, delimitan y fortalecen las posibilidades de la enfermería costarricense.

Palabras Clave: Enfermería. Filatelia. Estudios Visuales. Iconología. Costa Rica.

ABSTRACT

Nursing in Costa Rican Philately. A resource for considering our history.

An iconological study that analyzes the main ideological burdens of 6 Costa Rican stamps related to nursing. The postage stamp, designed for cultural support, is a device that helps shape and represent the different realities of each historical period. As a social, political, economic, cultural and historical product, the stamps considered facilitated understanding of the context from where the hegemonic identities related to nursing were developed. An opportunity to highlight those boundaries

Key Words: Nursing. Philately. Visual Studies. Iconology. Costa Rica.

*MSc. Ciencias de Enfermería. Estudiante del Doctorado en Estudios de la Sociedad y la Cultura. Universidad de Costa Rica. Consultor Externo. Área Desarrollo Estratégico. INFOCOOP.

Dirección para Correspondencia:
xabier.iu@hotmail.com

Recibido: 03/04/2011.
Aceptado: 07/05/2011.

Enfermería en Costa Rica 2012; 33 (1): 46-51.

Introducción

El sello postal es un diminuto papel que se adhiere a las cartas para franquearlas o certificarlas. En su formato tradicional presenta unos bordes perforados para facilitar el corte de los pliegos y una delgada capa de goma en el reverso para su adhesión a las cartas o paquetes postales. Como producto cultural y debido al alcance mundial de las administraciones postales, *“los sellos de correos cumplen una función ‘legitimadora’... transfiriendo simbólicamente ese carácter ‘oficial’ al material que reproduce”*. (Hidalgo. 2009. p.100)

El primer sello en el mundo, creado en Inglaterra por Sir Rowland Hill (1795 – 1879), fue puesto en circulación el 6 de mayo de 1840. Denominado como Penny Black reproduce la efigie de la Reina Victoria, gobernante de Inglaterra en el periodo de 1837 – 1901. Veintidós años más tarde, en el número 183 de la Gaceta del 13 de septiembre de 1862, aparece el texto definitivo aprobado por la Cámara de Representantes en el que se decreta la emisión del primer sello postal de Costa Rica. (O’ Neil. 2007) Bajo las órdenes del presidente de la república, el Dr. José María Montealegre, don Julian Volio Secretario de Estado en el Despacho de Relaciones Exteriores solicitó mediante la intermediación del cónsul en New York, la emisión y grabado en la American Bank Note Company, de quinientos mil sellos que *“llevarían las armas de la República lo mejor grabado que sea posible”*. (O’ Neill. 2007) Costa Rica iniciaba así el sistema previo pago del envío o franqueo postal.

El diseño de la ilustración principal de cada sello supone un complejo proceso en donde entran en juego diferentes actores/actrices: las personas solicitantes del motivo del sello, la junta directiva de las administraciones de correos, las comisiones técnicas, los/as ilustradores/as y diseñadores/as, entre otros. En consecuencia, el resultado del proceso:

“Es decir, la gama de figuras históricas, paisajes y símbolos que aparecen en los sellos – no deja en cualquier caso de ser revelador de valores políticos y culturales de los grupos dominantes de una sociedad”. (Bushnell. 1997. p.77)

En la enfermería y en otras ciencias de la salud, existe una tradición creciente en el uso de la filatelia como fuente historiográfica. Roldan y Zuckerberg (2011) afirman que la filatelia biomédica es aludida aproximadamente en 2000 artículos de revistas científicas. La temática generalmente versa sobre conmemoraciones de médicos, científicos e instituciones de salud. También son frecuentes las campañas de salud y los congresos médicos. En la enfermería, los artículos están centrados en la recopilación de estampillas temáticas referidas

a la cultura de los cuidados y la propia profesión. Generalmente, los artículos se limitan a rescatar el año de aparición, el lugar y el nombre de la enfermera, acción o institución que conmemoran. (Miralles. 1995., Ballestero. 2002., Amaro. 2004., Guerra. 2003.) Las descripciones que se realizan suelen reducirse tradicionalmente a la forma y el tema de los objetos principales de la obra artística: *“Es un sello funcional reflejo de nuestra época. De color rosa, suave, amable, muy de hoy. Es un sello foto, no grabado ni calcografiado...”* (Miralles. 1995. p.61). *“Se emiten dos sellos con valor de 25 cts. y de 1 peseta en colores violeta y naranja respectivamente. Su motivo era el III Centenario de la muerte de San Vicente de Paul...”* (Ballestero. 2002. p.26) Como rescate histórico, estos artículos filatélicos constituyen la conmemoración y el reconocimiento de aquello que es conmemorado y recordado, por lo que se podría decir que fortalecen los monumentos hegemónicos que consiguen levantarse desde la historia oficial e institucional.

Distanciándonos de esta perspectiva eminentemente reproductora del orden social y asumiendo las estampillas como artefacto cultural, se propone realizar un estudio visual que permita develar aquellos valores políticos y culturales, esto es, ideológicos, que subyacen a lo largo de la historia de la enfermería y que se manifiestan en los productos filatélicos de Costa Rica contribuyendo a la construcción de lo que podríamos entender por la identidad de enfermería.

“Lo importante ya no es buscar el valor estético del ‘arte elevado’, sino examinar el papel de la imagen ‘en la vida de la cultura’ o, dicho en otras palabras, considerar que el valor de una obra no procede (o no solo procede) de sus características intrínsecas e inmanentes sino de la apreciación de su significado”. (Guachs. 2003. p.11)

Para ello y luego de realizar una exhaustiva revisión en el catálogo de estampillas de Correos de Costa Rica, se seleccionaron 6 sellos en los que existe una clara referencia a lo que hoy conocemos por enfermería. El análisis de cada uno de los 6 artefactos culturales se desarrolla mediante una lectura iconológica que permite la significación de las obras en el marco de una comprensión genealógica particular.

La imagen es concebida pues como objeto y como proyección, como un registro psicológico y como un registro tecnológico del simulacro. (Guachs. 2003) Asumir la cultura y la estética del arte como agentes activos implica distanciarse del reduccionismo al que remiten las tradicionales descripciones iconográficas de las estampillas en la enfermería, para procurar la reflexión en torno a la inter afectación de las estampillas

con la enfermería, la cultura de los cuidados y los sistemas sanitarios. Por ello, se propone interpelar a las estampillas en torno a: ¿De qué son historia? ¿De quién son historia? ¿Historia con qué propósito o efecto? En definitiva, preguntándonos ¿De qué son las estampillas relacionadas con la enfermería una historia?

Desarrollo

“Todo sello postal es una producción cultural, y como tal contiene un discurso que a la vez proviene de una concepción preestablecida y condicionada por las experiencias de quien la produce” [y la interpreta] (Hidalgo. 2009. p.93)

El primer sello que vamos a analizar forma parte de una serie de cuatro estampillas emitidas en homenaje a las Obras Paulinas en el III centenario de San Vicente de Paul (1660 - 1960). En la estampilla de color azul, emitida en 1960, aparecen como protagonistas dos Hermanas de la Caridad: una en primer plano leyendo lo que pareciera ser una biblia y la otra, en el plano posterior, atendiendo a un paciente encamado. En el espacio de lo que pareciera ser una sala hospitalaria, tan solo se distinguen una mesita de cama y un crucifijo bajo el que se ubica centrada la cama. Ambas Hermanas de la Caridad, están vestidas con un uniforme religioso, portando una enorme cofia que impide ver su cabello. Aparecen con mirada baja y rostro iluminado, denotando valores como el respeto, la compasión y la ternura. Esta misma escena, se repite con diferentes protagonistas en tres estampillas más a largo de la filatelia costarricense (figuras 2, 3 y 4).

Visualizadas en conjunto, todas ellas parecieran transmitir y fortalecer la perspectiva identitaria de que la enfermería es una profesión que se desarrolla en el ámbito hospitalario a través de la asistencia de personas necesitadas. Su misión, se caracteriza por la atención a personas enfermas que en su condición de encamados, postrados e indefensos, requieren asistencia sanitaria. La condición de persona

necesitada se representa mediante la selección de aquella población que a priori, se presenta como más vulnerable: personas adultas mayores y niños y niñas. Frente al dolor y el sufrimiento de estos, la enfermera entregada, servil y compasiva, arroja al infante y toma las constantes vitales de la persona adulta mayor. Siempre ubicada a un costado de la cama, las estampillas parecieran denotar la condición de cercanía, entrega y disposición de las enfermeras: siempre dispuestas a ayudar y acompañar al paciente. Como conjunto, todas comparten la técnica del diseño, el dibujo y la estilización de la enfermera a través de la representación de una enfermera joven, femenina y con una presentación estilizada (caras limpias e iluminadas). Todas ellas aparecen también con cofia y con un uniforme de trabajo de color blanco, fortaleciendo una vez más la noción de pureza y pulcritud a la que asocia dicho color.

Analizadas individualmente, destaca de la segunda figura el protagonismo de la enfermera para homenajear a la Organización Mundial de la Salud. En dicha estampilla, la enfermera aparece en los dos dibujos presentes: en uno tomando la temperatura al paciente encamado y en el otro asistiendo al médico en la acción de administrar medicamentos intramuscularmente, por el ángulo de aplicación – 90°, mediante una jeringuilla. En el procedimiento de administrar medicamentos, si bien en la actualidad forma parte del quehacer profesional de la enfermera, la enfermera se presenta como un acompañante del paciente y con una función de asistencia hacia el médico, circunstancia que fortalece el mito de que la enfermera no es más que la ayudante del médico: profesional varón jerárquicamente superior y con mayores conocimientos. Esto es, la enfermera aparece acompañando al paciente y tomándole la temperatura, acciones de menor complejidad, mientras que el médico aparece administrando medicamentos, acción en apariencia y para el imaginario social de mayor complejidad.

Figuras 1- 4: Por orden de aparición. Hermanas de la Caridad (1960,) Homenaje a las Organizaciones de las Naciones Unidas (1961), Congreso de Pediatría (1976) y Homenaje a la enfermería (1981).



Esta jerarquía de saberes y en definitiva de relaciones de poder, se manifiesta notablemente en la cuarta figura, en la estampilla donde se homenajea a la enfermería. Para comprender esta estampilla, sin embargo, es necesario analizarla como parte de la serie de 6 estampillas de la que forma parte. Esta serie, emitida en 1981 al amparo del Banco Popular de Desarrollo Comunal, constituye unos “sellos conmemorativos al proceso socio económico” (Correos y telégrafos de Costa Rica. 1981) que dio como resultado la creación del Banco de los Trabajadores.

Figura 5: *Serie homenaje a trabajadores (1981).*



En la serie, aparecen homenajeados 5 oficios socialmente atribuidos a hombres: el de pescador, agricultor, policía rural, peón de construcción y alfarero. Junto a ellos, aparece una mujer enfermera cuyo ejercicio, a pesar de constituir una profesión, hay que recordar que la primera escuela de enfermería en Costa Rica se remonta a 1899, pareciera presentarse en clave de oficio. Luego presentando a la enfermera en compañía de oficios no cualificados, de trabajos empíricos y artesanos, la serie de estampillas a pesar de procurar el homenaje a la enfermería, fortalece la falta de reconocimiento profesional para una disciplina cuyo ejercicio requería para esa época de estudios universitarios. Reconociendo los saberes y destrezas de los oficios retratados, muy diferente habría sido si la enfermera estuviera acompañada en la serie de abogados, ingenieros o arquitectos, profesiones que junto a la del médico, parecieran gozar de un reconocimiento social por lo menos, diferente. La serie en última instancia, también evidencia la diferenciación de roles que se espera para cada género.

Como línea histórica, las estampillas analizadas hasta el momento constituyen el reflejo, precisamente, de la profesionalización e institucionalización de la enfermería. En primer lugar, la enfermería costarricense nace con la llegada en 1872 de cuatro Hermanas de la Caridad procedentes de Guatemala. (Secretaría Junta Caridad, 1870) Estas, quienes pasarían a administrar el Hospital San Juan de Dios, fueron paulatinamente sustituidas por enfermeras laicas, supuestamente, profesionales y garantes de la ciencia de enfermería (figuras 2, 3 y 4). En el centro de esta ruptura cabría ubicar el nacimiento en 1899 de la primera escuela de obstetricia y la consolidación de los procesos de normalización de los saberes en torno a la cultura de los cuidados. Como reflejo y como estandarte de este proceso, la presencia en las estampillas costarricenses de Florence Nightingale, “madre de la ciencia de enfermería moderna”, pareciera facilitar la lectura histórica de la enfermería en Costa Rica.

Figura 6: *Estampilla conmemorativa del 60 aniversario de la Cruz Roja Costarricense (1945).*



La estampilla emitida para conmemorar el 60 aniversario de la Cruz Roja, presenta un diseño que podría definirse a partir de las ilustraciones propias de la numismática. En este caso concreto, la estampilla, con el diseño tradicional de un billete (retratos centrados y enmarcados y el precio del billete en forma protagónica), retrata la figura de dos enfermeras de reconocido prestigio: Florence Nightingale y Edith Cavell. El retrato “en la moneda y en los sellos postales cobra una relevancia política e ideológica de primer orden, al ser reproducido en forma seriada mediante fundición, acuñado o impresión”. (Hidalgo. 2009. p. 17)

En el primer caso y situada en la mitad izquierda de la estampilla, colocada en función del orden de visualización jerárquicamente superior al retrato de la mitad derecha de la estampilla, el retrato de Florence Nightingale, recordando su figura como la primera teórica de la enfermería, contribuye a mitificar

y engrandecer el proyecto ideológico de aquella enfermería entendida y construida a partir de la lógica moderna eurocentrista. Un proyecto cuya mitificación tiene sus orígenes en los resultados que obtuvo Florence en los hospitales militares, llegando a reducir la tasa de mortalidad del ejército británico del 42 % al 2 %. (Donahue. 1993) El retrato en sí, constituye una réplica del grabado en madera realizado por T. Cole en 1850 y que en la actualidad se encuentra en la National Library of Medicine, en Bethesda – Maryland. Posiblemente, el autor del diseño se habría apoyado también en el dibujo a lápiz realizado por G. Sharf en 1857 y que en la actualidad se puede observar en la National Portrait Gallery de Londres. (Donahue. 1993) Respecto a cualquiera de las dos posibilidades, el retrato en cuestión presenta una pequeña modificación, pues en la estampilla, el retrato de Florence Nightingale aparece sutilmente estirado o elongada, seguramente como medida de ajuste para centrar el retrato en la corona ovalada en la que se presenta.

Florence aparece con el vestido y el pañuelo o cofia característicos de la época Victoriana a la que corresponde. En su blusa, apenas perceptible por lo reducido del espacio donde se presenta el retrato, destacan los cuellos de encaje característico de la moda victoriana y el estrecho cierre del cuello, pensado para evitar mostrar aquellas partes del cuerpo prohibidas para la sociedad victoriana. Como lo refiere Pérez, la ropa victoriana *“en un primer nivel de connotación se convierte en el significante visual de la represión de las mujeres en la época”* (2000. p.159). Sobre la cabeza, Florence presenta un pañuelo, denominado en el ámbito de la enfermería como cofia y que como legado de los orígenes de la enfermería vinculados a la religión católica, nótese que las cofias se asemejan con los atuendos de las monjas, (Leon.2006) denotan una forma de vida esperada, un compromiso con: *“La consagración, la presencia del Espíritu Santo, el cumplimiento de los consejos evangélicos o votos, normas de la vida que deben de cumplir al consagrarse a dios”*. (Mohedano y Gudalupe, 2009) O como lo refiere Burbano: *“El velo blanco... simboliza la humildad, la obediencia y el servicio”* (2009. p.106)

En ambos retratos, tanto en el de Florence Nightingale como en el de Edith Cavell, prima el color blanco en el uniforme, bien sea sobre un fondo negro, en el caso de Florence, o con un detalle negro en el caso de Edith. De cualquier forma, es importante recordar que el color blanco:

“Es un color neutro que, para las religiosas, significa pureza y castidad. La castidad es la renuncia a la sexualidad, al erotismo, al cuerpo, es autorepresión a una de las necesidades básicas de todo ser humano.

La pureza es una condición indispensable que se le pide a cualquier mujer... donde no existe pecado de la carne”. (Mohedano y Gudalupe. 2009)

Todos estos valores de abnegación, entrega y compromiso se reflejan en la figura icónica de la también enfermera británica Edith Cavell. En este caso, Edith es presentada como ejemplo y heroína de la enfermería moderna eurocentrista por haber cobijado a soldados franceses, belgas e ingleses en un hospital belga durante la primera guerra mundial; circunstancia que la llevo a la pena de muerte luego de ser juzgada por un tribunal militar alemán.

En ambos casos, los retratos son presentados dentro de un marco constituido por una corona de hojas, en este caso, hojas Gramíneas, popularmente conocidas como pasto y tradicionalmente clasificadas en la familia de las Poaceae. (Arrollo, 2012) Como bien señala Hidalgo: (2009)

“Las coronas vegetales adornan muchos de los escudos nacionales, medallas y monedas. Representan los valores asociados a las cualidades de las plantas de que eran hechas, la más conocida es la corona laurea o laura (laurel), símbolo de gloria y victoria, aunque en muchos casos se utilizan también las coronas de roble, símbolo de resistencia, las de palma o incluso las de café”. (p.28)

En este caso y según la bibliografía revisada, las coronas de hojas Gramíneas, desde tiempos romanos, eran las máximas condecoraciones militares, *“reservada únicamente a los generales o comandantes que salvaban a un ejército entero. La corona se hacía con flores, hierbas y cereales... recogidos en el mismo campo de batalla”*. (Pina. 2002) Esta denotación, vendría a legitimar la imagen de ambas enfermeras, contribuyendo de este modo a asociar el proyecto de la enfermería moderna eurocentrista con sus heroínas, Florence Nightingale y Edith Cavell, glorificadas.

La última estampilla que se analiza forma parte de una serie de 10 estampillas emitidas en 1982 para ensalzar los hitos y logros del progreso nacional: la construcción de viviendas, parques recreativos, escuelas y colegios, el plan nacional de aguas potables, el plan telefónico nacional e internacional y los logros en los estándares de salud mediante los programas de salud rural. Esta estampilla tiene un gran valor historiográfico por representar el extinto rol de la enfermera comunitaria, característico de la profesión hasta 1980. En la imagen, es posible reconocer una consulta de enfermería centrada en el desarrollo del niño/a sano. La emisión de la estampilla coincide con el periodo político en el que los ajustes estructurales que se imponen al país establecen el

denominado proceso de modernización del sector salud. Paradójicamente, en el mismo instante en el que se reconoce la labor de la enfermería como agente de construcción comunitaria de la salud, se inicia el proceso de modernización que da como resultado la eliminación de los programas de atención comunitaria que desarrollaban las profesionales de enfermería, limitando su escenario de trabajo paulatinamente al ambiente hospitalario intramuros.

Figura número 7: *La salud rural como progreso nacional* (1982).



Reflexiones finales

El estudio visual de las estampillas permite a través de la iconología, rescatar las principales etapas de la enfermería desde su institucionalización, pasando por su etapa comunitaria y su actual hegemonía hospitalaria. Las imágenes analizadas, en tanto que simulacros de la realidad, reflejan los principales valores políticos y culturales que componen las relaciones de poder desde donde emerge la enfermería. En este sentido, las estampillas no solo son historia de la enfermería, sino que constituyen la historia de las relaciones de poder entre géneros, de la institucionalización y normalización de los cuidados y saberes en salud y del desarrollo de los sistemas sanitarios costarricenses.

El posicionamiento metodológico que ha predominado en el artículo facilita conocer las posibilidades de los estudios visuales, más allá o más acá de las cuestionadas miradas descriptivas propias de la iconografía. Las diferencias entre ambos abordajes permite distanciarse de la descripción centrada en el rescate de la conmemoración de aquello que conmemora la estampilla propiamente, para rescatar y significar los valores ideológicos y las luchas de poder desde donde emerge cada estampilla y su acción conmemorativa.

Como artefacto cultural, las estampillas analizadas parecieran haber contribuido a la configuración de lo que hoy conocemos por enfermería. En ese sentido, bien podrían entenderse como reflejo de la evolución del desarrollo socio histórico de la profesión, o

incluso, como agente configurador de la misma, recordándonos, en última instancia, la fuerza de la cultura visual, independientemente de la corriente estética que predomine en su interior.

Bibliografía

- Amaro, MC. (2004). La enfermería en la filatelia cubana. *Rev Cubana Enfermer* 20 (1).
- Arrollo, I. (2012). Comunicación personal. 27 de marzo del 2012. San José – Costa Rica.
- Ballester, AM. (2002). La enfermería y los cuidados en los sellos de España. *Cultura de los cuidados*. 1er semestre, Año VI, n11. p. 24-29.
- Burbano, C. (2009). Una mirada actual de la simbología en enfermería. *Colombia Médica*. Octu – Dic, 38 (supl 2 – n4). Universidad del Valle. Cali, Colombia. p.105 – 109.
- Bushnell, D. (1997). Feminismo filatélico: imágenes de la mujer en sellos de la Argentina, Colombia, Cuba y Estados Unidos (1893 - 1994). *Boletín americanista*. Núm. 47: 77-90
- Correos y telégrafos de Costa Rica. (1981). *Boletín filatélico* 117. San José, Costa Rica.
- Donahue, P. 2003. *Historia de la enfermería*. Ediciones Doyma. España.
- Hidalgo, EJ. (2009). Antecedentes del diseño filatélico en Costa Rica. (Tesis inédita de Maestría Académica en Arte). Universidad de Costa Rica. San José. UCR.
- Guerra, JE. (2003). La beneficencia onubense en el sello durante la guerra civil española. Parte II. *Cultura de los cuidados*. 2 semestre. VII (14). p. 16-20.
- Guasch, AM. (2003). Los estudios visuales. Un estado de la cuestión. *Estudios visuales*. 1. p. 8 – 16.
- Miralles, MT. (1995). San Juan de Dios y su Orden en la Filatelia. El reconocimiento social en las pequeñas cosas. *Index Enfermería*. Otoño. 4 (14), p.59 - 61
- Mohedano, R. y Guadalupe, M. (2009). La profesión de Enfermería, sus símbolos. Mecanismo de sujeción y control. *Biblioteca Lascasas*, 2009; 5(2). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0425.php>
- León CA. (2006). El uniforme y su influencia en la imagen social. *Rev Cubana Enfermer*; 22 (1).
- O' Neill, F. (2007). *Costa Rica: centenario de su primera edición postal*. San José – Costa Rica: Guilá.
- Pérez, C. (2000). *La mujer victoriana en novelas inglesas contemporáneas y sus adaptaciones cinematográficas*. Universidad de Oviedo. Oviedo. Servicio de Publicaciones.
- Pina, M. (2002). *Glosario de numismática antigua*. Descargado el 16 de abril del 2012 desde <http://www.tesorillo.com/roma/1glosario.htm#C>
- Roldan, E y Zuckerberg, C. (2011). *La filatelia biomédica*. *Medicina* (Buenos Aires); 71: 53-58.
- Secretaría de la Junta de Caridad. (1870). *Actas II*. Enero 1869 a diciembre de 1872. San José: Archivo Junta Protección Social.

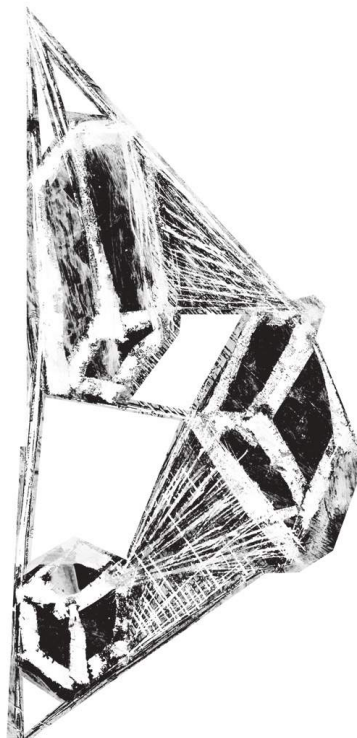
En memoria de Flory Knudsen.

Corría el año de 1962 y yo había ganado una plaza para trabajar como Médico Residente en el Hospital Manuel Antonio Chapuí. Venía a cumplir mi viejo y largo sueño de estudiar Psiquiatría, después de haber sido médico rural en Guápiles y en Puriscal. Entré al viejo edificio del Paseo Colón con gran vocación y algún temor ante el reto. Aquel día inolvidable fui recibido por Flory Knudsen: grácil figura, aspecto impecable y dueña de un aura de bondad angelical. Con ella recorrí los pasillos cargados de historia de la vieja institución, para recibir de ella mi primera inolvidable lección de psiquiatría. Eran tiempos difíciles, cargados de violencia pues aún no disponíamos de las milagrosas medicaciones con las que hoy contamos. Eran los días de las frecuentes agresiones y los pacientes alucinados.

Junto a Flory crucé patios y salones viendo cómo su presencia, su sonrisa, su capacidad para apaciguar ánimos encendidos nos permitía atravesar el edificio prodigando calma entre aquellos desventurados seres. Nació ahí una profunda amistad. Nació ahí una alianza que se tradujo en la revolución psiquiátrica de aquellos años: Junto a un grupo de trabajadores(as) de varias disciplinas, cargados de mística, de amor por los pacientes, Flory y yo pudimos ver hecho realidad el sueño de hacer de un asilo, un pujante y moderno Hospital que llegó a convertirse en centro de aprendizaje prestigioso para la formación de personal especializado de muchos países del área.

Flory hoy vive en el recuerdo de nuestros pacientes que la añoran y en la memoria de nosotros, sus compañeros(as) de luchas y sueños. Quizás mañana, cuando me toque a mí emprender el viaje final y mi fardo de pecados sea juzgado con benevolencia, me reencuentre con Flory, quien, como el día en que la conocí, me enseñe a recorrer los pasillos, patios y salones de la vida eterna.

Abel Pacheco. Psiquiatra. Expresidente de la República de Costa Rica.



Flory Knudsen Rojas. Huellas en la enfermería costarricense.

Flory Knudsen Rojas, nació en San José el 04 de junio de 1930. Fue hija del matrimonio conformado por Paulina Rojas Chinchilla y Alfredo Knudsen Chacón, descendiente directo de emigrante noruego quien llegó a Costa Rica después de tres meses de travesía en el mar, habiendo salido del puerto de Kristiansand en Noruega para huir de la Primera Guerra Mundial. Se casó con Luis Murillo y procreó tres hijas: Patricia, Gina y Gabriela. Fue una niña vivaz, tímida, inteligente, con una personalidad y carácter muy bien definido. Líder innata desde niña, en su juventud supo orientar y asumir a sus hermanos y padres en relación con la forma en que debían de dirigir sus destinos.

Cuando cursaba el V grado en la escuela República de Chile tomó su nota de calificaciones, la colocó en una bolsa de papel y sola se fue a matricular en la escuela Alemana (hoy Colegio Humbolt). Contaba, que lo hizo para aprender más de sus raíces Europeas y del idioma alemán, pues su bisabuela había sido alemana y su bisabuelo noruego. Ingresó al Colegio Superior de Señoritas y se graduó como profesora de Economía doméstica; cargo que nunca ejerció ya que su sueño era ser enfermera. De niña se sentaba en las bancas del Parque la Merced para ver entrar y salir a las enfermeras del hospital San Juan de Dios. Gracias a su perseverancia realizó su sueño y en el año de 1950, se graduó como enfermera obstétrica.

Para finalizar, me gustaría rescatar algunos pensamientos filosóficos de mi madre que son muy familiares para mí y para algunas enfermeras y enfermeros quienes trabajaron muy cerca de ella:

“Enfermería es una hermandad en la cual nos encontramos inmersas las enfermeras y enfermeros de todo el mundo, para apoyarnos, ayudarnos, aprender juntos, borrando las fronteras que nos separan... Aquellos que no lo vean y sientan de este modo; que tomen su gorra de enfermera y se vayan para su casa...”.

“Aquel que le haga daño a un enfermo se está haciendo daño a sí mismo; y la vida se encargará de recordárselo muy pronto...”

“He sido bendecida, porque Dios me escogió para atender, comprender y respetar al más pobre de los pobres: el enfermo mental”.

Muchas gracias a todos (as)

Gabriela Murillo Knudsen. Lic. En Enfermería. Hija de Flory Knudsen Rojas.



La revista, Enfermería en Costa Rica, se complace en presentar a Esteban Piedra Leon (1978), artista que ilustra la presente edición. Con sus ilustraciones, abrimos a la comunidad de enfermeras y enfermeros del país las reflexiones, inquietudes y tensiones que expresan su obra creativa.

Enfermería en Costa Rica. La revista decana de Centro América, también en formato electrónico.



"Desde 1978 decana en Centro América y pionera en Costa Rica. Publicada semestralmente de forma impresa, la versión electrónica de Enfermería en Costa Rica saluda a quienes, como nosotras, se interesan por la construcción, divulgación y socialización del conocimiento construido en torno a la enfermería y la cultura de los cuidados".



Colegio de Enfermeras y Enfermeros de Costa Rica, San José



(506)2257-9522 Fax: (506)2257-9657



revistacientifica@enfermeriacr.com | ISSN 1409-1992

Diseño Web



Visita: www.enfermeria.cr/revista