



UNIVERSITAT DE  
BARCELONA

## Análisis de metáforas en educación para la salud: un recurso pedagógico

Salvador Sáez Cárdenas



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència **Reconeixement 4.0. Espanya de Creative Commons.**

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia **Reconocimiento 4.0. España de Creative Commons.**

This doctoral thesis is licensed under the **Creative Commons Attribution 4.0. Spain License.**



Universitat  
de Barcelona

TESIS DOCTORAL

**ANÁLISIS DE METÁFORAS  
EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD:  
UN RECURSO PEDAGÓGICO**

Doctorando:

**Salvador Sáez Cárdenas**

Dirección de la tesis:

**Dr. José Luís Medina Moya (UB) y Dra. Isabel Álvarez Canovas (UAB)**

Programa de Doctorado: "Educació i Societat"

Departamento de Didáctica y Organización Educativa  
Facultad de Pedagogía  
Universidad de Barcelona

2013

BIBLIOTECA DE LA UNIVERSITAT DE BARCELONA



0701993611

**A Fernando Marqués (In memoriam)**

Me hubiera gustado compartir contigo este momento, como tantos otros sueños.

Por lo que dejaste en la vida y en la mía, siempre estarás presente.

No te olvidamos Fernando.

## AGRADECIMIENTOS

El proceso de elaborar una tesis conlleva no sólo su redactado, también sentimientos, emociones, experiencias, vivencias y especialmente aprendizajes, en su mayoría compartidos con otras personas. Por eso quiero agradecer muy concretamente y con unas pocas palabras a las que han sido más significativas en algún momento de este viaje y que con su compañía y ayuda me han permitido llegar a buen puerto y hacer que ésta tesis sea una realidad.

Esta tesis habría sido imposible sin la orientación, los buenos consejos y la enorme generosidad de mis directores Isabel Álvarez y José Luís Medina, a quien agradezco de corazón su tiempo, paciencia, rigurosa colaboración y amistad.

Algunas personas que me han acompañado en diferentes etapas de mi vida y han sido significativas, quiero tenerlas presentes en este momento y recordarlas y agradecerles el haber compartido y siguen compartiendo con generosidad su tiempo y amistad conmigo: Paulino, Pili, Josele y Gloria, Carmen, Dolors, Marta, Gisel, Teresa, Javi y Ester.

A mi equipo de "Aula de Salut" por las buenas e inolvidables experiencias pasadas juntos, por el trabajo, las risas y los muchos proyectos y aventuras compartidas.

A los docentes del DOE de la Universidad de Barcelona quienes me han apoyado, estimulado y formado en esta aventura.

A María, por su colaboración, estímulo y apoyo, a pesar de la distancia siempre te he sentido muy cercana.

A Yolanda, por su disposición e interés demostrado en éste trabajo y también por su amistad y encantadora familia.

A los compañeros y compañeras del doctorado por compartir dudas, ayudas en las dificultades y buenos momentos.

A tantos y tantos alumnos con los que he podido relacionarme por lo mucho que me habéis enseñado y haber conseguido hacerme un poco mejor.

Al CAP de Balafia por las facilidades que he encontrado para recoger las informaciones y por la ayuda desinteresada de su personal para enriquecer este trabajo.

A los usuarios que dada la naturaleza de esta investigación no he podido mencionar sus nombres pero que con sus colaboración y aportaciones ha sido posible desarrollar este trabajo.

A los que habéis sido mi familia todos estos años, especialmente a Isa por todos los años compartidos.

A mi hijo Alán, posiblemente mi mejor, más duro y querido maestro.

Y por último quiero dar las gracias a Miguela con ella, con su amistad y apoyo incondicional he podido hacer éste y otros viajes.

## ÍNDICE

PARTE 1: PRESENTACIÓN Y PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN	15
<b>Capítulo 1: Historia de una metáfora</b>	17
1.1. Introducción y justificación	17
1.2. Delimitación del problema: las preguntas de investigación	23
1.3. Los objetivos del estudio	25
1.4. El sujeto que investiga	26
1.4.1. ¿Cuál es la relación entre el investigador y su objeto de estudio?	26
1.4.2. Mi experiencia en el programa de doctorado: un cambio radical en mi mirada	30
1.4.3. Historia de una pregunta: transitando por valles y montañas	33
PARTE 2: FUNDAMENTO Y MARCO TEÓRICO	39
<b>Capítulo 2: Las cosas dichas sobre metáforas en Educación para la Salud</b>	41
2.1. Presentación	41
2.2. Concepto de metáfora	42
2.3. Educación para la Salud y metáforas	53
2.3.1. Hacia una propuesta de definición de Educación para la Salud	66
2.3.2. El uso de las metáforas en Educación para la Salud	68
2.3.3. Algunos estudios y evidencias	73
2.4. Comunicación y metáforas	77
2.5. La Pedagogía y las metáforas	86
<b>Capítulo 3: De las metáforas básicas o “visiones del mundo”</b>	91
3.1. Introducción	91
3.2. Stephen C. Pepper	92
3.3. Pepper y las metáforas básicas	94
3.4. Metáforas básicas o visiones del mundo	100
3.4.1. Formismo	101
3.4.2. Mecanicismo	105
3.4.3. Contextualismo	108
3.4.4. Organicismo	110
3.5. La propuesta de Kilbourn: una síntesis pragmática del trabajo de Pepper	113

PARTE 3: METODOLOGÍA Y TRABAJO DE CAMPO	115
<b>Capítulo 4: El diseño: lo que se pretendía</b>	117
4.1. Introducción	117
4.2. Decisiones metodológicas	119
4.3. Fundamentación epistemológica (¿Por qué?)	119
4.4. La metodología cualitativa	122
4.4.1. Presentación	122
4.4.2. Características de la metodología cualitativa	123
4.5. Fundamentación metodológica: el Interaccionismo Simbólico.	124
4.6. La perspectiva general del tipo de estudio: a modo de Síntesis	129
4.7. Estrategias de recogida de información	130
4.7.1. La observación no participativa	131
4.7.2. Las entrevistas	133
4.7.3. El análisis documental	134
<b>Capítulo 5: Trabajo de campo: lo que se hizo</b>	137
5.1. Introducción: cuestiones previas a la investigación	137
5.2. La selección de la institución	138
5.3. Contacto, negociación y selección de participantes	140
5.4. Introducción y estancia en el campo	142
5.5. La recogida de la información	142
5.5.1. La observación no participativa	142
5.5.2. Las entrevistas	143
5.5.3. Análisis documental y uso de documentación	144
5.6. Análisis de la información	144
5.7. Rigor y credibilidad de la investigación cualitativa	152
5.7.1. Credibilidad	153
5.7.2. Transferibilidad	155
5.7.3. Dependencia	156
5.7.4. Confirmabilidad	156
5.8. Aspectos éticos	157
5.9. Limitaciones del estudio	158
PARTE 4: RESULTADOS Y CONCLUSIONES	161
<b>Capítulo 6: Resultados de la investigación</b>	163
6.1. Introducción	163
6.2. Presentación de las categorías principales	168
6.3. Una visión panorámica de los resultados	172
6.4. Las metáforas básicas	175
6.4.1. El contexto de las metáforas básicas	175
6.4.2. Los actores y las metáforas básicas	178
6.4.3. La comunicación y las metáforas básicas	179
6.4.4. La relación asistencial y las metáforas básicas	181
6.5. Formismo	182
6.5.1. Introducción	182
6.5.2. Similitud y Diferencia	184
6.5.3. Clases y Tipo	186
6.5.4. Norma y Forma	189
6.5.5. Ideal	190

6.6. Mecanicismo	196
6.6.1. Introducción	196
6.6.2. Las Partes	197
6.6.3. La relación Causa-Efecto	198
6.6.4. El Espacio-Tiempo	203
6.6.5. La Máquina	204
6.7. Organicismo	211
6.7.1. Introducción	211
6.7.2. Fragmentos	211
6.7.3. Integración	212
6.7.4. Conexión y Coherencia	214
6.7.5. Conjunto	215
6.8. Contextualismo	216
6.8.1. Introducción	216
6.8.2. El Contexto	217
6.8.3. El Cambio y la Viveza del momento	220
6.8.4. La Intensidad	222
6.8.5. El Presente	222
<b>Capítulo 7: Conclusiones y recomendaciones</b>	<b>225</b>
7.1. Respecto a los objetivos	225
7.2. Respecto a los resultados	226
7.3. Derivaciones para la Educación para la Salud	230
7.4. Derivaciones para la investigación en Educación para la Salud	233

PARTE 5: BIBLIOGRAFÍA	237
-----------------------	-----

PARTE 6: ANEXOS en CD.

Anexo 1: Transcripción de las 32 entrevistas de los usuarios y de la enfermera.

Anexo 2: Selección de materiales educativos.

Anexo 3: Matrices de las entrevistas. Categorías, metáforas y actores.

Anexo 4: Informe comité de ética.

Anexo 5: Formulario de consentimiento informador para los usuarios.

Anexo 6: Guías didácticas.

## LISTADO DE FIGURAS

Figura 1. Biografía del investigador

Figura 2. Síntesis del marco teórico

Figura 3. Concepto de metáfora

Figura 4. Trabajo multidisciplinar en la Educación para la Salud

Figura 5. Las relaciones de la EpS con las diferentes disciplinas

Figura 6. Concepto de Educación para la Salud

Figura 7. La Educación para la Salud en el *continuum* salud-enfermedad

Figura 8. Diferentes puntos de vista de las metáforas y la EpS 78

Figura 9. Esquema de las hipótesis del mundo

Figura 10. Marco teórico de la investigación

Figura 11. Cuestiones previas

Figura 12. La variedad de las visiones del mundo

Figura 13. Categorías identificadas y seleccionadas

Figura 14. Categorías seleccionadas

Figura 15. Categorías interrelacionadas

Figura 16. Esquema tridimensional para el análisis de las entrevistas

Figura 17. Pirámide de la alimentación saludable

Figura 18. Pirámide del riesgo de las cifras de la Hemoglobina Glicosilada

Figura 19. Concepto de Presión Arterial

Figura 20. Folleto sobre dieta de 2.250 Caloría

Figura 21. Folleto de recomendaciones de alimentación para pacientes con diabetes

Figura 22. Concepto de colesterol HDL (colesterol bueno)

Figura 23. Clasificación de triglicéridos

Figura 24. Ficha comparativa de una cañería y una arteria obstruida

Figura 25. Arteria normal vs arteria obstruida

Figura 26: Transparencia usada por la enfermera para comparar los carbohidratos con la gasolina

Figura 27. Metáfora sobre la tensión arterial

Figura 28. Chiste gráfico de la visión mecanicista



## LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Definiciones de Educación para la Salud

Tabla 2. Visión general de las hipótesis

Tabla 3. El Formismo

Tabla 4. El Mecanicismo

Tabla 5. El Contextualismo

Tabla 6. El Organicismo

Tabla 7. Esquema analítico de Kilbourn

Tabla 8. Dilemas del investigador

Tabla 9. Características de la investigación cualitativa

Tabla 10. Fases metodológica del IS y adaptación al estudio

Tabla 11. Entrevista 1: categoría Azúcar

Tabla 12. Entrevista 1: categoría Colesterol

Tabla 13. Entrevista 1: categoría Dieta

Tabla 14. Entrevista 1: categoría Ejercicio

Tabla 15. Entrevista 1: categoría Tensión

Tabla 16. Síntesis de los modelos de McWhinney (1995)

Tabla 17. Valores del colesterol

Tabla 18. Síntesis de los resultados de las entrevistas

Tabla 19: Tabla síntesis de las metáforas básicas y las categorías en función de la enfermera o los 32 usuarios

Tabla 20. Ejemplo de clasificación de patologías crónicas

Tabla 21. Propuesta de modelo para analizar la EpS de la enfermera en función de las metáforas básicas

## LISTADO DE ABREVIATURAS

ADN: Ácido Desoxirribonucleico.

CAP: Centro de Atención Primaria.

COU: Curso de Orientación Universitaria.

DEA: Diploma de Estudios Avanzados.

DEP: Diploma de Estudios Primarios.

E-A: Enseñanza-Aprendizaje.

EpS: Educación para la Salud.

HDL: Lipoproteína de alta densidad.

ICS: Institut Catalá de la Salut.

IS: Interaccionismo Simbólico.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PNL: Programación Neurolingüística.

PPD: Derivado Proteico Purificado.

S-E: Salud-Enfermedad.

SAMFyC: Sociedad Andaluza de Médicos de Familia y Comunitaria.

SARS: Síndrome Respiratorio Agudo Severo.

TA: Tensión Arterial.

UAB: Universidad Autónoma de Barcelona.

UB: Universidad de Barcelona.

UBA: Unidad Básica Asistencial.

UIPES: Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud.

*“Hubo un tiempo en el que quienes escribían sobre educación- como Platón, Komensky, Locke, o Rousseau- formulaban metáforas explícitas y al hacerlo revelaban cómo esas metáforas condicionaban su pensamiento”. (Postman, 1999: 195).*

*“No podemos conocer el mundo si no comprendemos previamente sus metáforas “. (J.L. Borgues).*

*“La metáfora, impregna la vida cotidiana, no solamente el lenguaje, sino también el pensamiento y la acción. Nuestro sistema conceptual corriente desde cuya perspectiva pensamos y actuamos, es de naturaleza fundamentalmente metafórica”. (Lakoff y Jonson, 2001:39).*

*“Bajo todo concepto-desde los más triviales hasta los más duros, como los de las ciencias, los de la lógica o los de las matemáticas-hay latiendo una metáfora”. (Lizcano, 2006: 74).*

*“La verdad es un ejército móvil de metáforas”. (Referencia de Rorty, (1991:37) a la definición de “verdad” de Nietzsche).*

## PARTE 1: PRESENTACIÓN Y PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN

## Capítulo 1: HISTORIA DE UNA METÁFORA.

"Qué soledad tan terrible si no tuviésemos metáforas, qué espanto". Emilio Lledó <sup>1</sup>

### 1.1. Introducción y justificación.

La investigación que aquí se presenta pretende estudiar los fenómenos de comprensión comunicativa relacionados con el uso de las metáforas que utiliza la enfermera<sup>2</sup> en sus intervenciones asistenciales de carácter educativo con los usuarios/pacientes/clientes<sup>3</sup>. Mediante un proceso de *escucha activa* he procurado recoger expresiones cotidianas de metáforas relacionadas con experiencias de salud y enfermedad (S-E) de los usuarios y también de los profesionales de la salud. Analizando esas metáforas pretendo valorar su aportación pedagógica en Educación para la Salud (EpS).

Desde que Lakoff y Johnson (1980)<sup>4</sup> pusieron de manifiesto la importancia del pensamiento metafórico, entendido como la interpretación de un campo de experiencias en términos de otro ya conocido, el papel de la metáfora en la formación de los conceptos relacionados con el fenómeno S-E es un tema que ha venido adquiriendo cada vez más relevancia pedagógica para la investigación de las intervenciones educativas de los profesionales de la salud (Figuerola, 1997).

Las metáforas se emplean frecuentemente para describir y explicar los conceptos relacionados con la salud y la enfermedad. He aquí la importancia de reconocer aquellas metáforas que utilizan, principalmente, los profesionales de la salud así como los usuarios, en el contexto asistencial, tanto para manifestar percepciones, como para activar procesos de cambio en salud o enfermedad (Tompkins y Lawley, 2002).

---

<sup>1</sup> Filósofo y académico. (El País 22 de diciembre de 2000).

<sup>2</sup> Por las características y tradición de la profesión se usará el femenino para designar a cualquier profesional de la enfermería: hombre o mujer.

<sup>3</sup> Términos que normalmente se usan para designar a las personas que atiende la enfermera en su consulta profesional. En adelante, utilizaré la acepción de usuario.

<sup>4</sup> George Lakoff, lingüista y Mark Johnson, filósofo cognoscitivo, ambos investigadores americanos y autores del libro *Metaphors We Live By* de 1980, traducido al castellano en 2001. ("Metáforas de la vida cotidiana". Madrid: Cátedra).

Según Lakoff y Johnson (2001) nuestra forma de pensar (todo aquello que experimentamos y una gran parte de lo que cotidianamente hacemos) es, en buena medida, metafórica. Es decir, nuestro mundo está lleno de metáforas, de procesos metafóricos gracias a los cuales comprendemos ese mismo mundo y, como no, el fenómeno S-E.

El uso de metáforas debería facilitarnos la comprensión de algunos fenómenos, pero no siempre es así. (Gwyn, 2002). Cada persona usa las metáforas desde su propia *visión del mundo*, desde su concepto de S-E. Pero esta perspectiva personal no siempre coincide con la del resto y ello puede generar confusión, conflictos o, simplemente, malos entendidos. A menudo organizamos la realidad en función de metáforas y no al revés. O como dice Postman (1999:196):

*“Definiciones, preguntas y metáforas constituyen tres de los elementos más poderosos con los que el lenguaje humano construye una determinada visión del mundo”.*

En esta línea, y haciendo hincapié en el papel que la percepción de la realidad juega en las creencias, comenta Dilts (2008:71):

*“A menudo, pensamos que las metáforas son simples “ilustraciones” de la realidad, pero en muchos sentidos, nuestras percepciones de la realidad están influidas por las metáforas más profundas que guían nuestra vida”.*

Y Ortega y Gasset (1987:382) afirma:

*“Las ideas se tienen; en las creencias se está. –Vivir es tener que habérselas con algo— con el mundo y consigo mismo. Mas ese mundo y ese “sí mismo” con que el hombre se encuentra le aparecen ya bajo la especie de una interpretación, de “ideas” sobre el mundo y sobre sí mismo. Aquí, topamos con otro estrato de ideas que un hombre tiene. Pero ¡Cuán diferente de todas aquellas que se le ocurren o que adopta ¡Estas “ideas” básicas que llamo “creencias”—ya se verá por qué – no surgen en tal día y hora dentro de nuestra vida, no arribamos a ellas por un acto particular de pensar, no son, en suma, pensamientos que tenemos, no son ocurrencias ni siquiera de aquella especie más elevada por su perfección lógica y que denominamos razonamientos. Todo lo contrario: esas ideas que son, de verdad “creencias” constituyen el continente de nuestra vida. Con las creencias propiamente no hacemos nada, sino que simplemente estamos en ellas”.*

Gustavo Bueno (2002:2) se refiere al término *creencia* como una idea de estructura conceptual originariamente binaria, como constituida por dos *momentos* inseparables aunque dissociables. A cada momento de la idea corresponderá un *concepto* de creencia. Tales momentos podríamos denominarlos, el momento subjetivo (o psicológico

epistemológico) y el momento objetivo (o material, ontológico) de la creencia. Pero la idea de creencia, tal como la presentamos aquí, aparecerá como el proceso capaz de abarcar ambos momentos (ambos conceptos).

La consecuencia inmediata a este modo de acercarse a las creencias está bien clara: las creencias son originariamente sociales; lo que implica que la creencia, en su sentido psicológico e individual, no puede tomarse como un concepto primitivo. Las creencias, cuando no son sólo sociales sino que están orientadas en el sentido de un enfrentamiento del grupo que las comparte con otras creencias propias de otros grupos sociales, nos ponen cerca de las *ideologías*. Las ideologías son, en efecto, creencias constitutivas del mundo social.

El foco de estudio de esta investigación es conocer las metáforas que utilizan la enfermera y treinta y dos usuarios del Centro de Atención Primaria (CAP) de Balàfia-Lleida en sus intervenciones/relaciones educativas-asistenciales, así como los materiales y recursos educativos de soporte en su Consulta de Enfermería en el contexto de la Atención Primaria.<sup>5</sup> Se pretende comprobar su uso didáctico, su aplicación y su papel en la consecución de consensos comunicativos entre la enfermera y el usuario. Este estudio

---

<sup>5</sup> En cualquier país, la forma concreta de organizar sus propios recursos de salud se denomina Sistema de Salud. El objetivo último es mejorar el nivel de salud de la población. Cada sistema establece su propia estructura y funcionamiento así como los niveles de atención a la salud que presta el sistema. Habitualmente existen tres niveles de atención sanitaria:

- 1) Atención primaria.
- 2) Atención secundaria (especialidades y hospitalización).
- 3) Atención terciaria u hospitalaria.

En este estudio me he centrado en la Atención Primaria: (OMS, 1978).

La atención primaria es la primera puerta de entrada de los usuarios-pacientes al sistema sanitario y eje coordinador del proceso de atención del resto del sistema de salud. Supone el primer contacto de una persona con el sistema de salud de su entorno.

Las actividades asistenciales en la Atención Primaria están a cargo de un equipo de profesionales denominados la Unidad Básica de Atención (UBA), compuesta por un médico de familia y una enfermera. También podemos encontrar trabajadores sociales, pediatras, odontólogos y personal administrativo. Así mismo, en algunos centros colaboran psicólogos y fisioterapeutas.

En los servicios de atención primaria es donde se desarrollan los programas de salud de prevención primaria, orientados fundamentalmente al retraso o evitación de la aparición de enfermedades directamente relacionadas con los estilos de vida de la población y a los de prevención secundaria, destinados a la detección y tratamiento precoz de patologías específicas. Una de las actividades que necesariamente se debe incluir es la de la educación para la salud.

emerge de la constatación observada de que, a veces, la visión y el significado de la metáfora utilizada por el profesional con intenciones didácticas no coincide siempre con la visión y el significado del usuario, pudiendo llegar a ser una fuente de confusión en el proceso comunicativo y en la comprensión de su estado de salud. Consecuentemente, eso podría afectar a la aplicación de tratamientos y cuidados.

No siempre las metáforas disfrutaron de una atención pedagógica, en épocas pretéritas fueron consideradas como maneras inadecuadas de describir experiencias. En este sentido, Bustos (2000) señala como en el siglo XVIII, con el racionalismo y el empirismo, la metáfora era considerada un "ornamento superfluo". En la actualidad, Lakoff y Johnson (2001), reconocen que en todos los aspectos de la vida definimos nuestra realidad en términos de metáforas y, después, procedemos a actuar en base a ellas. De hecho, Martín (2003) manifiesta que el uso de las metáforas no es ajeno a la propia ciencia, incluso en sus campos más paradigmáticos y normales como afirma Kuhn (1990).

Einstein dijo que "Dios no juega a los dados" para aclarar su posición sobre la organización del universo. Pero, más allá de esas afirmaciones generales y del empleo de términos metafóricos en ciencia (los *nichos* ecológicos, la *escalera* de ADN, la *caja negra* de la psicología...), el uso de metáforas ha llegado a ser un componente esencial en la formulación de teorías y hasta de experimentos en campos de la física. ("neutrón", "agujeros negros", "haz de electrones", "la partícula de Dios", etc.). Tal y como Lorena Preta (1993:21) indica:

*"Los científicos usan tres instrumentos absolutamente necesarios para la labor científica, esto es: la imaginación visual, la metafórica y la temática, de cuya mezcla nace el pensamiento científico".*

Paprotté y Dirven (1985), entre otros autores, hacen referencia a la ubicuidad de la metáfora y a su capacidad de aparecer en muy diferentes campos teóricos y marcos conceptuales. Nubiola (2000) va más allá y remarca que la metáfora está por todas partes, insistiendo en su carácter ubicuo. Muchas veces, no somos conscientes de su uso cotidiano.

El estudio de las metáforas se ha realizado desde muchos campos, especialmente desde la disciplina de la lingüística. Pero en estos momentos, podemos decir que las metáforas dejan de ser pura retórica para entrar en el campo de la ciencia como herramienta para su



comprensión y difusión. Actualmente, su uso no queda limitado al campo de la lingüística o la filosofía, sino que se la estudia e investiga desde otras disciplinas, como la psicología, la sociología, la antropología, la teoría de la ciencia o incluso la inteligencia artificial entre otras (Bustos, 2000). Asimismo, Bosque (1984) y otros autores reafirman el carácter interdisciplinar que tiene el estudio de la metáfora. Así Postman, (1999: 195) comenta:

*"Los poetas utilizan la metáfora para ayudarnos a ver y sentir, pero también lo hacen los biólogos, los físicos, los historiadores, los lingüistas y cualquiera que intente comunicar algo sobre el mundo. La metáfora no es un ornamento, sino un órgano de percepción. A través de ella, vemos el mundo de una u otra forma".*

Los profesionales de la salud han descubierto que las metáforas pueden desempeñar un papel vital en el proceso curativo (Tompkins y Lawley, 2002). Reflexionar y aplicar conceptos científicos de modo metafórico a la realidad del fenómeno S-E en los CAP tiene un enorme potencial para desvelar aspectos del sistema sanitario, algunos de ellos relacionados con la formación, con el trabajo en equipo, con la organización, con los pacientes, con la enfermedad, etc. Todo ello, sin duda, nos ayuda a una mejor comprensión del fenómeno S-E.

Los diversos enfoques en torno a las nociones de salud y enfermedad han transitado desde las explicaciones meramente biológicas al reconocimiento de su naturaleza biopsicosocial, incluyendo también la dimensión *espiritual/trascendental*. Los enfoques interdisciplinarios son ahora la regla más que la excepción. Y aquí, también juegan un importante papel las metáforas por su carácter interdisciplinario. (Nubiola, 2000; Bustos, 2000).

Sin embargo, es importante señalar la existencia de pocas investigaciones específicas sobre las metáforas en el campo de la EpS. Pese a que la mayoría de los educadores sanitarios y expertos en el tema la aconsejan como herramienta didáctica para las intervenciones educativas (SAMFYC, 2011), encontramos escasas evidencias de sus resultados como mediadoras pedagógicas en la EpS. Por esta razón, creo que analizar las metáforas en el contexto sanitario parece pertinente y, más aun, en términos de la propia percepción y explicación de la enfermedad por parte del usuario y del profesional, pero también desde la siguiente perspectiva:

*"Una enfermedad concebida en términos metafóricos puede coincidir y ser respondida también en términos metafóricos" (Gwyn, 2002:122).*

Las metáforas están presentes en todos los campos del ámbito sanitario. Los profesionales de la salud nos autocalificamos como “proveedores de servicios” de salud.

A las personas que reciben nuestra atención los denominamos “clientes”, “consumidores”, “usuarios”, “pacientes”, etc.

Usamos metáforas para describir enfermedades o síntomas: “el cuerpo es una máquina”, “la enfermedad es un enigma que debemos resolver”, “siento un quemazón”, “un dolor punzante”...

*“Podríamos decir que es (la metáfora) omnipresente e inunda nuestro pensamiento, formando parte integral de él y del lenguaje e incluso que es irremplazable, ya que nos ayuda a comprender mejor nuestro mundo y a nosotros mismos” (Gutierrez, 2010:13).*

Existen estudios sobre el análisis de las metáforas usadas por profesionales de la salud y usuarios (Goldbloom, 2003); sobre pacientes que explican sus síntomas (Tompkins y Lawly 2002; Teucher 2003) y sobre su uso en la descripción de los efectos de enfermedades (Sontag 2003; Goldbloom 2003). Ninguno de estos trabajos, sin embargo, utiliza el enfoque propuesto en esta tesis doctoral.

En el presente estudio, aplicaré el marco teórico basado en la teoría de las metáforas básicas de Stephen Pepper (1942) que presentaré en el capítulo tres. Este autor definió seis *metáforas básicas* (maneras alternativas de ver el mundo) y demostró que la metáfora dominante de cada visión nos lleva a una manera particular de ver la verdad y la realidad, a una manera particular de *interpretarla* (Álvarez, 2000).

Para concluir este apartado remarcar que en la elección del tema, como no podría ser de otro modo, convergen motivaciones personales y profesionales. En mi caso, la realización de actividades y programas de EpS. Mi larga experiencia en formación y docencia en temas de EpS utilizando las metáforas como recurso primordial, fundamentan la necesidad de conocer y reflexionar sobre esas *mis metáforas*. Pero también, y no podemos olvidarlo, porque el uso de las metáforas está presente en un gran número de temas relacionados con la S-E, tal y como he mencionado anteriormente. Sin embargo, es fácilmente constatable la existencia de una situación paradójica cuando desde el discurso académico e institucional de la EpS se recomienda su uso en las intervenciones educativas pero no así su estudio e investigación (este es mínimo). La

aportación de esta tesis trata de reducir este vacío. Otro de los motivos es el objetivo de poder ayudar, en el futuro, a profesionales de la salud para que tomen consciencia del uso de las metáforas como recurso pedagógico en EpS y, poder así, abrir vías de investigación que generen, en la medida de lo posible, conocimiento pedagógico-enfermero en este ámbito.

## **1.2. Delimitación del problema: las preguntas de la investigación.**

Como ya he dicho, el sistema teórico subyacente a la S-E contiene un sinfín de metáforas conceptuales. El fenómeno S-E va unido a la existencia del individuo, lo mismo podemos decir de las metáforas. Nos encontramos ante un fenómeno ubicuo, nadie escapa a su esfera de influencia. Una de las estrategias de intervención en el fenómeno S-E más desarrollada en los últimos tiempos ha sido la educativa. La promoción de la salud, la educación para la salud, la pedagogía de la salud<sup>6</sup>, etc., han jugado un papel fundamental en la ayuda a las personas, familias, grupos y comunidades a potenciar su salud y a prevenir las enfermedades.

El análisis de la literatura científica me lleva a darme cuenta del importante papel que las metáforas tienen y pueden llegar a tener en las intervenciones educativas de carácter sanitario. Así mismo, he podido contrastar ese papel con mi experiencia en intervenciones educativas y formativas a lo largo de estos últimos años, donde las metáforas me han ayudado a desarrollar procesos comunicativos más eficaces.

Este estudio resulta de la constatación observada (ya comentada) de que, a veces, la visión y el significado de la metáfora utilizada por el profesional con intenciones didácticas no coincide siempre con la visión y el significado del usuario. Aparecen entonces problemas en la concepción del problema de S-E e incumplimientos terapéuticos por déficit en la comunicación.

De manera muy general nos podemos preguntar:

---

<sup>6</sup> Campos todos ellos que han investigado y trabajado el binomio salud-educación.

¿Se usan metáforas en la EpS? ¿Cuáles son? ¿En qué "visión del mundo", siguiendo el marco teórico de Pepper (1942) se sitúan estas metáforas? ¿Qué razones llevan a la enfermera a utilizar unas metáforas en detrimento de otras? ¿Comparten enfermera y usuarios, la representación simbólica de la metáfora? ¿Existe coherencia entre las metáforas y la visión del mundo que se quiere transmitir?

Y profundizando un poco más, también nos interesa conocer:

¿Cómo es el proceso de producción, selección, transmisión y asimilación de metáforas mediante los cuales se asume una idea de S-E, tratamientos, cuidado y actuación?

¿Cuáles son las consecuencias para el seguimiento y autocuidado de la salud de los usuarios de que se usen las metáforas como herramienta (didáctica) en la EpS?

¿Cómo los profesionales de la salud podemos reconocer la "visión del mundo" o "metáfora básica" en nuestras intervenciones educativas-asistenciales?

¿Existe alguna relación entre las metáforas que usan la enfermera y los usuarios con las hipótesis del mundo de Pepper?

Todas estas preguntas me ayudan a limitar y enmarcar conceptualmente el problema, pero serán los objetivos los que me indiquen el camino del proceso de investigación.

En síntesis, la pregunta que va a guiar el proceso de esta investigación es la siguiente:

¿Cuáles son las repercusiones de las metáforas que usa la enfermera en la educación para la salud en la comprensión del fenómeno salud-enfermedad por parte de los pacientes/usuarios?

A partir de estos interrogantes, surge una amplia gama de posibilidades desde las cuales poder iniciar un estudio entorno a las metáforas en salud. A efectos metodológicos de esta investigación es necesaria una delimitación (aunque no determinante) de algunos ámbitos de mayor interés, consciente de que no es posible abarcar todos los aspectos involucrados en los procesos que forman parte del objeto de estudio. De esta forma, se pretende poner énfasis en la descripción, análisis e interpretación de las metáforas que puedan usar profesionales y usuarios en el proceso comunicativo de sus intervenciones educativas.

### 1.3. Los objetivos del estudio.

Los objetivos del estudio están relacionados con el uso de las metáforas por los profesionales y usuarios en sus intervenciones/relaciones asistenciales-educativas. Las metáforas en EpS pretenden mejorar el proceso comunicativo, ya sea como herramienta didáctica o para facilitar la comunicación y comprensión del mensaje por parte de los usuarios. Como propósito general me propongo investigar/valorar si las metáforas que usan los profesionales de la salud facilitan la comprensión del fenómeno S-E en los usuarios.

Para ello, propongo los siguientes objetivos de investigación:

1. Identificar, analizar y clasificar las diferentes metáforas que usan la enfermera y los usuarios en EpS.
2. Analizar el tipo y uso de metáforas empleadas en las intervenciones educativas en la consulta de la enfermera.
3. Analizar la capacidad descriptiva y explicativa de la metáfora como recurso pedagógico en las intervenciones/relaciones educativo-asistenciales así como describir este recurso por parte de la enfermera.
4. Señalar la importancia y ventajas de incorporar la metáfora a las intervenciones/relaciones educativo-asistenciales de la enfermera.
5. Descubrir si para un mismo *problema* de salud o *contexto*, enfermera y usuarios, aplican y usan las mismas metáforas.
6. Analizar si la enfermera y los usuarios son conscientes del uso que han hecho de las metáforas en su discurso y hasta qué punto se utilizan con fines didácticos y comprensivos.
7. Valorar la influencia de las metáforas en la percepción del fenómeno S-E por parte de la enfermera y los usuarios.
8. Determinar las repercusiones que estas metáforas producen respecto a la comprensión y el autocuidado de la salud sobre los usuarios.
9. Analizar, desde la teoría de Pepper, la incidencia que tienen las metáforas (sobre salud) en las intervenciones/relaciones educativo-asistenciales que realiza la enfermera:
  - Identificando las categorías (“visiones”) siguiendo a Pepper.
  - Diseñando un modelo cognitivo para explicar la manera en que la metáfora opera en EpS.

## **1.4. El sujeto que investiga.**

A lo largo de este apartado daré a conocer las bases epistemológicas, creencias, preocupaciones, concepciones, motivaciones e historia de vida profesional del investigador que justifica la elección de esta temática de estudio.

Veo la necesidad de contextualizar en un tiempo y un espacio dicha realidad: ¿Cómo he llegado aquí? ¿Por qué? Pero, sobre todo, veo la necesidad de mostrar y mostrar-me *quién* ha llegado, cómo y de dónde... Cómo he escuchado de mis maestros en el doctorado: *"No podemos separar los aprendizajes contruidos, de quien los construye"*. Y, añadido, *"ni de quien ayuda a construirlos"*. Este proceso no se hace en solitario. En él te enfrentas no sólo a posicionamientos docentes, sino también a reflexiones sobre la propia persona y, como no, sobre la propia vida.

Para poder dar respuesta a estas preguntas y, sobre todo, a quién es el sujeto que investiga, he estructurado esta parte en dos grandes cuestiones. La primera de ellas da cuenta de la relación que existe entre el investigador y el objeto de estudio. La segunda, se relaciona con la historia de vida profesional del investigador.

### **1.4.1. ¿Cuál es la relación que existe entre el investigador y su objeto de estudio?**

En toda investigación es conveniente explicitar las creencias, intereses, motivaciones, valores, vivencias, sensaciones, preocupaciones y bases epistemológicas del sujeto que investiga. Esto se debe a que la forma de configurar el mundo, tan personal e intransferible, acompaña a todo el proceso de investigación. Es decir, que orienta en todo momento la toma de decisiones de quien es responsable de la investigación.

*"Cualquier perspectiva está condicionada tanto por el lugar desde el que se mira, como incluso por el camino que a uno le ha llevado a mirar desde ese sitio"*  
(Lizcano, 2006:126).

Esto lo vemos, concretamente, en el planteamiento del problema, la elección y elaboración de instrumentos de recogida de información, la revisión bibliográfica y el análisis de los datos.

*“Mi constructivismo y mi relativismo nacen de esta experiencia, de una experiencia que me mostró cómo no hay objetos ahí-fuera, esperando ser percibidos, sino que son la mirada y la lengua las que los ponen, la que los crean” (Lizcano, 2006:128).*

Yo también soy consciente de que mi forma de concebir la EpS, las metáforas y la investigación, derivan tanto de un conocimiento teórico como de una práctica docente e investigadora, las cuales son elementos inseparables de mi propia biografía.

La afirmación anterior no es trivial pues es común que en algunas investigaciones y tesis doctorales no se explicita desde dónde se investiga y quién investiga como sujeto con ciertas concepciones, lo que conlleva también ciertas limitaciones relacionadas con esa *descontextualización*.

La más importante de estas limitaciones es el borramiento del sujeto que investiga, es decir, el sujeto no se reconoce, en tanto que sujeto, en aquello que conoce.

*“La única objetividad es la de construir la subjetividad y decir cómo ha llegado hasta ahí” (Lizcano, 2006:22).*

En este contexto nos encontramos con la contradicción que supone investigar cómo se enseñan fenómenos de S-E en los que participan sujetos haciendo desaparecer al sujeto que investiga en una suerte de borramiento forzoso. Es el deseo de una paradoja: conocer todo menos al sujeto que conoce, o sea, a nosotros mismos. Como dice (Morín, 1995:154):

*“Es sorprendente que el conocimiento emerja de un iceberg de desconocimiento prodigioso en la relación con nosotros mismos. Lo desconocido no es solamente el mundo exterior, es, sobre todo, nosotros mismos”.*

Para los constructivistas no se percibe la realidad objetivamente sino que la construimos. Quitmann (1989:237) hace referencia a una cita de Buber (1969):

*“En una relación como ésta es característico que el que conoce esté envuelto en lo que conoce. No está alejado, está cerca. No le deja indiferente, le afecta. No carece de emocionalidad, es emocional. Manifiesta énfasis e intuición por el objeto de conocimiento, es decir, se siente identificado con él, al igual que él en un cierto grado y, en cierta forma, idéntico a él. Se interesa”.*

A menudo, escondemos debajo de nuestros pensamientos presupuestos acerca de nuestra realidad/naturaleza que necesitamos hacer explícitos, sobre todo a nosotros mismos, para seguir avanzando. Pretendemos conocerlo todo y olvidamos conocernos a

nosotros mismos. Intentar analizar al sujeto que investiga es situarse, acto seguido, en una retrospectiva inmediata, obligado, como no, a unos procesos de selectividad y construcción personal.

Bruner (1993:142)<sup>7</sup>, sobre una reflexión de nuestra comprensión del mundo y de los fenómenos que nos rodean, concluye:

*“Creo que el gran descubrimiento (o acaso invento) de los últimos cincuenta años es que nadie puede trazar una distinción nítida entre lo que sabemos y cómo lo describimos”.*

No olvidemos que el “sujeto” es un ser en relación social y parte del mismo es obra de su familia, amigos, compañeros..., y lo que queda de él, *la personalidad*, es un entramado complejo. No diría mil personalidades, pero sí algunas más positivas y otras no tanto. No tengo la menor duda de que es a través de la interrelación y el diálogo con el otro que construyo mi identidad. También, el sujeto puede considerarse como resultado parcial de las situaciones en las que actúa: yo docente, yo padre, yo alumno... No dejan de ser *contextos históricos dados*. La participación en cada una de ellos también forma parte del yo. Así lo indicaba, como reproduzco en estas líneas, Michael Foucault (1991:33):

*“En todas las épocas, el modo de reflexionar de la gente, el modo de escribir, de juzgar, de hablar (incluso en la conversaciones de la calle y en los escritos cotidianos) y hasta la forma en que las personas experimentan las cosas, las reacciones de su sensibilidad, toda su conducta, está regida por una estructura teórica, un sistema, que combina con los tiempos y las sociedades pero que está presente en todos los tiempos y en todas las sociedades”.*

Es decir, no estamos aislados, no somos islas, estamos inmersos en una sociedad de la que formamos parte y que nos conforma.

*“El carácter objetivo de la sociedad, por tanto, no es una realidad independiente, a la que están sujetos, no se sabe cómo, los individuos. Por el contrario, la sociedad posee cierto grado de objetividad gracias a que los actores sociales, en el proceso de interpretación de su mundo social, la exteriorizan y objetivan”* (Carr y Kemmis, 1998:99).

Sostengo que las experiencias surgen de la relación y que las distinciones que hacemos tienen que ver con quienes realizan las operaciones de distinción, en nuestro caso, con el investigador. En este sentido, conviene precisar que la forma en que veo e interpreto el mundo es producto de mis relaciones familiares, profesionales y laborales en un cierto

---

<sup>7</sup> En el libro Petra, L. (compiladora) (1993). *“Imágenes y Metáforas de la Ciencia”* Madrid: Alianza Editorial.



contexto. De tal modo que la preocupación por el tema de las metáforas no surge de la nada, es producto fundamental de mi historia de vida, aspecto que será desarrollado en profundidad en el siguiente apartado.

Es importante conocer el contenido/la sustancia del yo/ "yoes" construidos en relación a la propia vida, pero también el modo en que se construyen. Usaré para ello la metáfora de las montañas y los valles con la intención de explicar mejor este apartado. El sujeto se encuentra inmerso en una época narrativa, es parte de un orden simbólico, de las posibilidades cognoscitivas de la sociedad. La realidad subjetiva del individuo se construye socialmente. La realidad subjetiva se genera en la vida del sujeto en el transcurso de los procesos sociales y se reproduce sólo por los mismos procesos sociales. Cada ser humano es un mundo que explorar. A través de la observación y el diálogo podemos intentar entrar en su mundo, porque cada ser humano tiene una historia fascinante...

Y en esta exploración nos encontramos con que la vida de cada persona constituye un caso único, distinto del caso de las otras vidas, eso sí, en sentido auténticamente empírico. Nadie puede vivir la vida de uno, experimentar lo que uno experimenta, introducirse en su cuerpo y tener las vivencias del mundo que uno tiene, tal y como uno las tiene. Cada uno de nosotros es singular, único..., son los demás (nosotros mismos) que insistimos en ver a los demás como *iguales* (alumnos, pacientes, obesos, diabéticos...).

El psiquiatra Augusto Cury (2009) afirma que el sistema educativo está enfermo y crea alumnos enfermos. No cree que sea bueno que se coloquen a los alumnos en un mismo programa con unos contenidos rígidos, como si todos tuvieran una misma personalidad.

Para Gardner (2005) también es evidente que un sistema de enseñanza y de evaluación uniforme no puede resultar eficaz si tenemos en cuenta que todo el mundo es muy diferente. Según el constructivismo, la realidad no es independiente del observador.

*"Esto es, cada persona posee su propia realidad, por tanto, no existen realidades más reales que otras. La realidad se confunde con las gafas de quien mira (metáfora). Por consiguiente, las metáforas que cada uno de nosotros empleamos para definir el mundo son nuestra forma de filtrar la realidad, o dicho de otra forma, constituyen nuestra propia realidad"* (Moix, 2006:117).

Cuando se realiza un estudio de la realidad, un trabajo de investigación, se percibe e interpreta el mundo a través de unas determinadas "lentes paradigmáticas". Un paradigma proporciona una matriz disciplinar (Kuhn, 1972). La importancia de los elementos paradigmáticos de la ciencia estriba en que, en vez de mostrarse como tales, constituyen las "reglas del juego" que dirigen las prácticas de investigación. Kuhn (1972) se refiere a estos elementos paradigmáticos cuando indica que la ciencia tiene componentes no sólo cognitivos, sino también emocionales y políticos. Cuando los individuos se forman en una comunidad intelectual aprenden modos de pensar, ver, sentir y actuar. Estas predisposiciones están implícitas en los campos de estudio que el científico aprende a delimitar cuando define el alcance y los límites de la investigación en su área de conocimiento.

#### **1.4.2. Mi experiencia en el programa de doctorado: un cambio radical en mi mirada.**

Pero a pesar de que cada sujeto es radicalmente único, no se llega al doctorado por la presentación sólo de una tesis, sino también mediante todas las citas y anotaciones tomadas en libretas y fichas, en libros leídos y subrayados, en fuentes de información consultadas a través de manuales o Internet, a través de amigos y colegas a los que preguntar, cuestionar, solicitar ayuda... Formamos parte de una compleja red de conocimientos y del momento concreto de su adquisición.

Uno de los elementos claves que me ha supuesto el doctorado ha sido un cambio de paradigma, o mejor, el reconocimiento y aproximación a otra visión de la realidad antes desconocida por mí. Admiro la experiencia vital de Claudio Gregoire (2008:11) y estoy de acuerdo con él cuando dice que:

*"Nuestra historia personal nos condiciona, prepara y determina ante el presente. Nuestras vivencias, positivas o negativas, van construyendo nuestra particular visión del mundo, nuestros pensamientos, reflexiones, valores, prejuicios y comportamientos".*

El doctorado me invita a un encuentro ante un nuevo despertar académico, donde la desconstrucción y reconstrucción del conocimiento me llevan a un caos cada vez más grande, pero también más interesante que implica, entre otras cosas, un proceso de crecimiento personal:

*“Pensar de forma alternativa requiere siempre una transformación personal”*  
(Kincheloe, 2001:41).

En mi caso, esa alternativa ha sido un proceso de aprendizaje, enmarcado en el contexto de las teorías del constructivismo, donde el aprendizaje no se adquiere sino que se construye, y no tiene un sentido finalista sino que se entiende como un proceso que no se sabe dónde comienza y, menos aún, dónde acaba.

Centrándome en el trabajo de investigación. Éste nace y se desarrolla en un marco conceptual determinado, entendido éste, como el conjunto estructurado de referentes (conceptos, creencias, relaciones entre los conceptos, certezas e interrogantes), que llevan a un tipo particular de relación (interdependencia) entre sujeto-investigador y objeto de estudio.

Tiempo atrás, el marco de referencia era otro y no tener en cuenta dicho marco en la actualidad, sería desconocer mis propios límites como investigador, pues todo él, afecta en mayor o menor medida a mis observaciones y conclusiones. Lo expresa mejor Ervin Laszlo (1997:151) cuando dice:

*“No somos capaces de una “percepción inmaculada”. Sólo vemos el mundo a través de teorías en nuestra mente”*

Ello me lleva a asumir honestamente como investigador, los vacíos que esta situación conlleva, y desde una mirada personal, definir, asumir y hacer tangible, aquella forma particular de *ver* y de *entender* nuestro objeto de estudio, así como los medios por los cuales tenemos acceso a él:

*“El cambio de paradigma requiere una expansión no sólo de nuestras percepciones y modos de pensar, sino también de nuestros valores”* (Capra, 2006:31).

En mi caso y a mi edad no se llega por casualidad al doctorado ni a realizar una tesis. Así que creo relevante y necesario dar a conocer algunos de los aspectos y motivos que me sitúan en este punto de mi desarrollo personal y profesional. Del mismo modo me gustaría observar el modo en que mi itinerario profesional intersecciona con el tema de interés hasta llegar a la realización de esta tesis doctoral.

Entiendo que es importante contextualizar cualquier problema de investigación, no sólo para comprender su sentido en los marcos teóricos de la propia disciplina, sino que también es imprescindible situarlo, para no deshumanizarlo (descontextualizarlo) en la biografía intelectual y experiencial de la persona que lleva a cabo la investigación. En el caso de la investigación pedagógica y, concretamente, de la investigación enfermera, emerge la evidencia de que todo proceso investigativo pertenece a un tiempo, a un lugar determinado y a una historia personal única. Como dice Medina (2005:18):

*“Todo proceso investigativo pertenece a un tiempo a un lugar determinado y es el resultado de una historia personal, intelectual, social y cultural única e idiosincrásica. Hacer “inteligible” el problema de investigación es narrar su proceso haciendo “audible” la voz del investigador. La pregunta que todo problema de investigación contiene es fruto siempre de una experiencia dialogante y resultado de una escucha de sí: toda investigación parte de un sujeto histórico. Es decir, detrás de toda teoría siempre hay una biografía”.*

En esta biográfica, cuatro elementos convergen en la construcción del problema de investigación:

- Los aprendizajes y vivencias en el doctorado de la Universidad de Barcelona.
- La revisión bibliográfica y teórica sobre el tema.
- Mi historia personal y profesional.
- Mi situación en la actualidad.

Vamos construyendo, deconstruyendo y reconstruyendo conocimientos y vivencias a la largo de nuestra vida, incluso sobre los propios procesos y estrategias que usamos durante esa construcción. Al hablar de “conocimiento personal” sigo los planteamientos de Clandinin y Connelly (1988:40):

*“No queremos decir por personal algo aparte de la sociedad y de las circunstancias en las que vive un individuo. Por el contrario, simplemente, hacemos hincapié (...), en que además de la amplia extensión de la tradición y de la estructura implicante de una cultura y una sociedad hay un factor individual local que ayuda a constituir el carácter, el pasado y el futuro de cualquier individuo. Tampoco definimos como personal el conocimiento en cuestión como si fuese propiedad privada, posesión y secreto del individuo (...). Lo que queremos decir al definir el conocimiento como personal es que el conocimiento definido así participa en, se mezcla con, todo lo que contribuye a hacer una persona (...). Es más bien un conocimiento que ha surgido de circunstancias, acciones y consecuencias que, por sí mismas, han tenido un contenido afectivo para la persona en cuestión”.*

### 1.4.3. Historia de una pregunta: Transitando por valles y montañas.

Ya he comentado las aportaciones del doctorado en mi enriquecimiento personal e intelectual, y especialmente, la influencia que han tenido en mi modo de pensar y de observar el mundo. Pero no sólo el doctorado me ha llevado a esta tesis, creo sinceramente que mi trayectoria personal y profesional también ha contribuido. Por ello conviene conocerla y exponerla/presentarla aunque sea breve y sintética.

Tanto en mi faceta como educador como de cuidador he tenido que “transportar” conceptos, ideas, habilidades, emociones..., desde ámbitos abstractos o difíciles de comprender a terrenos más domésticos y de fácil entendimiento, con el objetivo último de facilitar el aprendizaje a cualquier edad. Por eso, las metáforas han estado muy presentes en mi vida y, especialmente, en mi ámbito profesional y académico:

*“Las metáforas, no sólo serían dispositivos pedagógicos, sino mecanismos que la mente emplea para entender conceptos que, de otro modo, serían inaccesibles”* (Pinker, 2007:321).

Hannah Arendt (1999:201-203) dice que:

*“Con palabra y acto nos insertamos en el mundo humano” y “mediante la acción y el discurso, los hombres muestran quiénes son, revelan activamente su única y personal identidad”.*

En este relato, es inevitable que converjan aspectos profesionales y personales. Ello le da un significado especial por lo que implica de reflexión introspectiva y contextualizada. Lo que aparentemente puede ser una sencilla narración biográfica se convierte en una interesante y compleja autorreflexión de tu proyecto de vida. A lo largo de esa trayectoria, se reviven vivencias pasadas, se valoran conocimientos y saberes adquiridos, se reflexiona sobre ideas, modelos y creencias, expectativas futuras..., y, sobre todo, cómo todo ello ha propiciado un enriquecimiento intelectual y personal notable y ha influido en la manera de mirar el mundo, lo que se ha reflejado, no sólo, en mi modo de pensar sino que, también, en la forma de interactuar con los fenómenos y personas involucradas en mi campo de acción.

Llegar al doctorado con una cierta edad, responsabilidades familiares y una profusa trayectoria profesional en el contexto universitario, te permite no sólo reflexionar, analizar y aprender, sino que también, en mi caso, “desaprender” y “reaprender”. Remarca que

ha sido una experiencia de reencuentro permanente con la complejidad de mi experiencia personal y profesional. En la figura 1 presento valores y elementos para una reflexión sobre mi trayectoria personal y profesional. Posiblemente, este espacio de reflexión que me ha ofrecido el doctorado me ha permitido "entrelazar" elementos claves de dicha trayectoria. La metáfora del excursionista escalando montañas y bajando valles, me sirve como trasfondo para remarcar los altos y bajos, subidas y bajadas, coherencias e incoherencias, continuidades y rupturas, etc., de una vida/excursión. Una vida personal y constructiva, al igual que la *formación*. Así pues, asumo este doctorado "excursión" como un fin en sí mismo.



Figura 1: Biografía del Investigador. Fuente: Elaboración propia

Este proceso ontoepistémico me ha llevado hacia posturas más *humildes* sobre el conocimiento, con las cuales ya no busco certezas o verdades incuestionables surgidas de razonamientos y explicaciones reduccionistas, lineales y causales. Como dice Mauro Ceruti (1993:151)<sup>8</sup> El sujeto-investigador en mi caso:

<sup>8</sup> En el libro de Petra, L. (compiladora) (1993). "Imágenes y Metáforas de la Ciencia" Madrid: Alianza Editorial.

*“Deja su lugar a un naturalista descifrador, a un investigador que considera la narración no ya como un pálido reflejo de su actividad de laboratorio, sino el mejor instrumento para acoplarse con los objetos de su investigación”.*

Está muy extendida la idea de que nuestro proceso vital es cíclico, es decir, partimos de un punto para, después de una trayectoria, volver a él y cerrar la línea. Ciclo terminado. Comparto quizás más la teoría de Morin (1995), que explica que nuestra vida se parece más a una espiral. Vamos pasando en ocasiones cerca del punto de salida, pero siempre lo hacemos en otro nivel. Ahora bien, los puntos nunca coinciden, la vida no se repite, es un avance constante con multitud e incesante aporte de experiencias, vivencias, pérdidas y ganancias..., la existencia, en definitiva.

Mi existencia, por así llamarlo, desde el punto de vista formativo (Educación Primaria, Bachillerato y Curso de Orientación Universitaria (COU)) la realicé en Los Salesianos de Mundet. Son mis años de primera juventud. Durante mi tiempo libre trabajé como educador. De esta época me queda, que no es poco, la importancia de acompañar y ser acompañado, de apoyar y de estar con los demás. Entré en contacto con gente que, en un momento concreto aparece para, con su presencia, hacerme crecer en mi particular proceso personal.

Entre 5º y 6º de primaria tuve a unos de esos profesores que cambian la vida de un niño, “personas significativas” las denomina Boris Cyrulnik (2002). Consideraba a cada alumno como poseedor de un don único y se centraba en lo que hacíamos bien.

Casi una década después, empiezo a estudiar Enfermería y trabajo como educador de calle con adolescentes y jóvenes básicamente predelincentes y drogadictos. El contacto diario con la conflictividad social me enseña la importancia de compartir, de crear programas de inserción y, sobre todo, de tener unos ideales me sirven, nos sirven, para orientarnos. De algún modo, los conceptos de cuidado y de enseñanza como enfermero-pedagogo ya han surgido en mi vida y van a sostenerme, entrelazados, en toda mi posterior trayectoria, tanto laboral como personal.

Al terminar los estudios de Enfermería continúo estudiando la especialidad de Psiquiatría en el Hospital de Sant Boi y, el postgrado en Enfermería Comunitaria, en la Universidad de Barcelona. Mientras tanto, trabajo en ese mismo hospital y, más tarde, en el de San

Pablo. En ambos, mi experiencia previa de educador en la calle me sirve ahora para introducir el trabajo en equipo y el enfoque multidisciplinar, donde todos aprendemos a saber depositar la confianza, demostrar afecto y sentir seguridad. Mi trabajo de enfermero y pedagogo es ya inseparable.

Mi carrera docente empieza hace 25 años en la Escuela Universitaria de Enfermería de Lleida. Allí realizo un Master en Promoción y Educación para la Salud y otro de Intervención de Grupos más tarde, en la Universidad de Barcelona. Pronto paso a formar parte del grupo que crea Aula de Salut (un grupo interdisciplinar de profesionales, donde se valora por encima de todo la importancia de un buen equilibrio personal, sentimental, profesional, la interacción con los otros y la autoformación).

Desde hace años, en este grupo venimos trabajando en el campo de la EpS. Como ya hemos comentado, en la EpS, como estrategia educativa, los procesos de comunicación son claves (Costa y López, 2008; Reisfield y Wilson, 2004; Modolo, Seppelli y col. 1993; Peralta, 1998; Serrano, 1998, OMS, 1989). Un tema recurrente, tanto por parte de los profesionales de Enfermería como de los usuarios y pacientes, es el uso de metáforas para hacer entender un mensaje o explicar una enfermedad, síntoma, idea o tratamiento relacionado con el proceso de S-E. A pesar que las metáforas son omnipresentes en el discurso de los profesionales de la salud y los usuarios, no existen muchos estudios al respecto, especialmente en nuestro país. Sólo se proponen como instrumentos para la mejora y comprensión de los mensajes educativos (Costa y López, (2008); Reisfield y Wilson, (2004). Muchos profesionales no son conscientes de su uso (Reisfield y Wilson, 2004). Este sería un primer paso: conocer qué metáforas usamos para poder adaptarlas a los individuos y grupos en función de sus características específicas y particulares. El siguiente paso, sería la formación de estos profesionales desde el primer nivel de grado académico para trabajar con lenguajes metafóricos.

Acabo mi licenciatura en Pedagogía. Soy padre y se van aposentando aficiones donde comparto el tiempo libre y la amistad con los colegas de siempre y también con otros nuevos. La paternidad me hace conocer una forma distinta de amor que conlleva, irremediabilmente, a un nuevo autoconocimiento.



Realizo el doctorado en el mismo lugar donde empecé mis estudios y decido cerrar el ciclo (¡o la espiral!) presentando en la misma universidad mi tesis doctoral. El rol de los directores y compañeros más cercanos juegan un papel muy importante en esta época. Responsabilidad y disciplina marcan esta última etapa del viaje.

Se puede observar que no llego "virgen" a los cursos de doctorado: creencias e ideas sobre temas pedagógicos y educativos..., sobre paradigmas que cambian..., y, a pesar de ello, el doctorado ha marcado un antes y un después en mi vida porque me ha permitido:

- Un mayor conocimiento, tanto en mi rol profesional como docente.
- Asumir mi experiencia educativa como una realidad dinámica, compleja, en continua interacción y, por tanto, con una constante incertidumbre.
- Valorar la investigación como una rica contribución a la mejora de mi actividad docente.
- Y, finalmente, reafirmarme en que las experiencias, en este caso el doctorado y la elaboración de una tesis, te ayudan a mejorar hacia ti mismo y hacia los demás.

Si pudiera resumir o extraer el máximo común múltiplo a lo largo de esta biografía, hablaría de cuidar y enseñar, elementos claves en la enfermería y en la pedagogía. Hablaría también de este binomio y su "espiral" continua con nuevas y ampliadas concepciones en mis experiencias académicas. Me estoy refiriendo al aprendizaje significativo, al aprendizaje cooperativo, a los grupos (activos y dinámicos), a la promoción y educación para la salud, a la comunicación y, como no, a las metáforas. Cada vez más, consigo integrar la teoría y la práctica después de años de experiencia y, sobre todo, conseguir un estilo *propio*, a través del intercambio y aprendizaje con los demás.

Y ahora, aquí me encuentro. Narrando, contando, explicando mi historia como una manera de identificarme. Usando la metáfora, que es el objeto de estudio de este trabajo, ahora como relato del viaje por valles y montañas de mi vida con sus hitos más importantes para mí y que forman parte de la constitución de mi propia identidad.

Esta mirada sobre mí mismo es también una buena base para poder seguir con nuevos aprendizajes. Me ha traído el recuerdo de *La Odisea* y su metáfora sobre la existencia

humana. Esa lucha de un ser humano enfrentado a un sinfín de obstáculos para llegar al mismo punto de partida.

Cómo cada uno, día a día, forja su propio camino y el resultado de ese proceso nos lleva a lo que somos. Como dice Monica Cragolini, (2000: 53): "*Somos extranjeros, errantes, pero al final volvemos al propio hogar y sólo allí uno es reconocido finalmente*".

En mi caso, en los Hogares Mundet.

## PARTE 2: FUNDAMENTO Y MARCO TEÓRICO.

## Capítulo 2: LAS COSAS DICHAS SOBRE METÁFORAS EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

*“Esto es lo único que no puede tomarse prestado de otro, y es por tanto indicio de talento. Porque concebir bien la metáforas significa saber contemplar las relaciones de semejanza”. (Aristóteles, 1974).*

### 2.1. Presentación.

En este capítulo inicio la fundamentación teórica y la contextualización conceptual del problema de investigación. El esquema de la figura 2 recoge, de manera sintética, los diversos elementos del marco teórico que aquí se presenta.

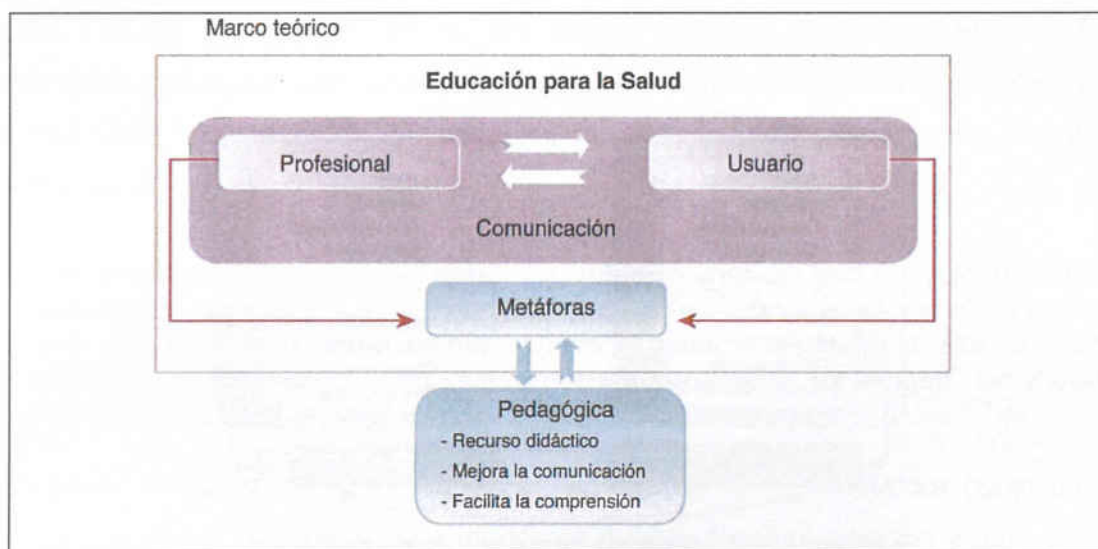


Figura 2: Síntesis del marco teórico. Fuente: Elaboración propia.

Como puede observarse, la Educación para la Salud (EpS), como proceso comunicativo, parte de la interrelación que existe entre el profesional y el usuario. Así que el primer paso será centrarnos en el concepto de Educación para la Salud que enmarca todo el proceso de EpS objeto de esta investigación. En un segundo momento, se analiza el contexto comunicativo donde se realiza la EpS entre el profesional y el usuario. El tercer punto, se centra en el análisis de uno de los aspectos más importantes de ese proceso comunicativo: el uso de las metáforas como instrumento para facilitar la comprensión y la comunicación entre enfermera y usuario. Sin embargo, las metáforas, además de ser imprescindibles para facilitar el proceso comunicativo entre el profesional y el usuario, se han convertido en una herramienta pedagógica de primera magnitud. Como veremos en el cuarto y último bloque, además de

mejorar la comunicación y facilitar la comprensión entre el emisor y el receptor, también juegan el papel y la categoría de recurso didáctico, tal y como he ido apuntando en el primer capítulo y desarrollaré más ampliamente a lo largo de este bloque.

## 2.2. Concepto de metáfora.

Su nombre griego (metaforé) significa, traslación o transferencia<sup>9</sup> (Boquera, 2000) y hace referencia que, al verbalizar nuestro pensamiento, se genera una especie de desplazamiento de una idea, a un modo de expresión. Así, una metáfora se produce cuando explicamos o comunicamos un concepto comparándolo con algo más. Es posible que esas dos cosas tengan en realidad muy poca semejanza entre sí, pero al conocer una de ellas podemos comprender mejor a la otra. La metáfora no es propiamente la palabra, sino el traslado de la palabra. (Figura 3).



Figura 3: Concepto de metáfora. Elaboración propia.

Siguiendo a Mosterín (2003), me centraré en la clave del concepto, esto es, en el traslado de un significado. En griego moderno, al vehículo que transporta los viajeros del avión a la terminal del aeropuerto se le denomina *metáfora*, por lo que este autobús puede constituir la metáfora de cómo entendemos el término *metáfora*: un transporte de significado (Moix, 2006), el traslado de una idea, un sentido, llevándolo desde un

<sup>9</sup> De hecho, actualmente, en los autobuses y bancos griegos todavía podemos ver escrita esta palabra, en su primera acepción.

significado concreto a otro simbólico o figurado que lo representa. Es decir, expresamos una cosa por medio de otra similar en algún aspecto.

Para Hawkes (1972), la metáfora puede ser percibida como una manera de vivenciar y experimentar hechos, como una manera de pensar, incluso como una manera de vivir. Para este autor la metáfora es como una *proyección imaginativa de la verdad*.

Lakoff y Jonson (2001), defienden que las metáforas constituyen un medio de crear, organizar y comprender la realidad, y van mucho más allá del hecho de establecer un punto de comparación, más o menos ingenioso, entre dos realidades. Así, partiendo de la idea de que el pensamiento humano está estructurado mediante asociaciones metafóricas que relacionan unos conceptos con otros, profesionales de la salud y usuarios, cuando usan metáforas en sus comunicaciones, pretenden no sólo definir determinados conceptos sino relacionarlos con sus experiencias más próximas y con realidades más concretas y familiares. Con ello se consigue la comprensión y entendimiento del concepto. Bajo este enfoque Lakoff (1993:203) dice que:

*“La metáfora se entiende como un recurso que estructura nuestro sistema conceptual, ofreciendo, al mismo tiempo, una particular percepción del mundo que nos rodea y una manera de dar sentido a nuestra experiencia. Por lo tanto, la metáfora se considera, más que un tema puramente de lengua, un modo de percibir la realidad, pensar y actuar”.*<sup>10</sup>

Por su parte, Boquera (2000:15) defiende la idea de que la metáfora constituye una asociación de dos o más ideas para tender un puente de comunicación y añade que *“el rasgo común de dos o más ideas se traslada a una nueva expresión lingüística”*.

Desde un punto de vista puramente lingüístico, coincido con Aristóteles en que “la metáfora consiste en dar a una cosa un nombre que pertenece a alguna otra cosa”. Pero, además, las metáforas pueden tener un impacto de experiencias directo, al poner en interacción, según señala Max Black (1966), dos dominios diferentes de nuestras experiencias, reestructurando y enriqueciendo a ambos. Así, cuando decimos “las arterias son como cañerías”, esta metáfora nos ofrece un buen ejemplo de los dos aspectos mencionados: el aspecto lingüístico (el

---

<sup>10</sup> “La metáfora se contempla característicamente como un rasgo sólo del lenguaje, cosa de palabras más que de pensamiento o acción (...). Nosotros hemos llegado a la conclusión de que la metáfora, por el contrario, impregna la vida cotidiana, no solamente el lenguaje, sino también el pensamiento y la acción. Nuestro sistema conceptual ordinario, en términos del cual pensamos y actuamos, es fundamentalmente de naturaleza metafórica” (Lakoff y Johnson 2001:39).

sustantivo *cañería* es desviado de su uso normal y es aplicado a una arteria) y sus experiencias (las cañerías conocidas por todos son llevadas por las metáforas desde el dominio de su experiencia cotidiana concreta hasta el dominio abstracto que implica la idea de arteria). Para Lakoff y Jonson (2001:41):

*“La esencia de la metáfora es entender y experimentar un tipo de cosas en términos de otra”.*

Esta definición nos permite entender que la metáfora capta la naturaleza esencial de una experiencia: es un proceso activo de comunicación para entendernos (a nosotros mismos, a los otros y al mundo que nos rodea), y no se limita a las expresiones verbales, es decir, lo que una persona dice, ve, oye, siente, se imagina..., pueden ser utilizado para producir, comprender y razonar con la metáfora<sup>11</sup>. Por tanto, ambos autores concluyen que: *“Las metáforas son vehículos para la comprensión, hacen de puente entre aquello que conocemos y lo que no”*. De igual manera lo interpreta Boquera (2000).

En la definición anterior de Lakoff y Johnson (2001:41):

*“La metáfora (es) comprender y experimentar una clase de cosas en términos de otra”.*

La *otra* no recibe mucha atención. Son los *términos* los que crean la cosa experimentada. Así, las metáforas no son meramente embellecimientos poéticos del lenguaje, sino que afectan a las percepciones y acciones de sus usuarios. Las metáforas también están lejos de ser ambiguas y vagas. Sus implicaciones pueden ser seguidas con certeza considerable y con tanto detalle como se quiera, lo que conduce a una realidad igualmente clara y obvia, tanto para el usuario de la metáfora como para su analista. El filósofo del siglo XVIII Giambattista Vico (1668-1744) ya reconocía las metáforas como *“la manifestación más importante de la creatividad humana”*.<sup>12</sup>

---

<sup>11</sup> Kuhn (1990) en su obra *Estructuras de las revoluciones científicas* da dos acepciones al término *paradigma*: la primera, como una herramienta sistemática para el razonamiento científico, y una segunda, relacionada con generalizaciones simbólicas o visiones del mundo, pero siempre relacionadas con el campo científico. Para no usar una categoría tan fuertemente ligada al mundo de la ciencia, parece ser más conveniente trabajar con la noción *metáfora* como un recurso más flexible de imaginación y ordenamiento, no sólo de ideas, sino también en propuestas prácticas y políticas.

<sup>12</sup> De hecho, y tal como manifiesta Mosterín (2003:91), “hasta el surgimiento de la ciencia moderna en el siglo XVII, gran parte del pensamiento filosófico y científico era de tipo metafórico”.

Por su parte, y tal como recoge Skott (2002), otros autores como Mabeck y Olesen (1996) van más allá y argumentan que las metáforas no sólo describen similitudes, sino que también las crean:

*“Cuando éstas entran en nuestro sistema conceptual, alteran tanto el mismo sistema como también las actitudes y el comportamiento que éste ocasiona”.*

Por eso, según Núñez (2004:3):

*“Las metáforas pueden crear realidades o, cuando menos, si se trata de realidades sociales nuevas, pueden convertirse en guiones de acción futura. Pueden ser la profecía que se autocumple”.*

Según Lakoff y Johnson (2001) definimos la realidad metafóricamente en todos los aspectos de la vida, y después pasamos a actuar según las metáforas. Es decir, una metáfora nos permite comprender un indeterminado concepto o una nueva realidad en términos de otro concepto, pero a su vez, necesariamente oculta o ignora determinadas comprensiones y definiciones a favor de otras.

Volviendo a Lakoff y Jonson (2001), afirman que las metáforas estructuran, en buena medida, el lenguaje. Lo interesante para nosotros aquí es que la preferencia sistemática por ciertas metáforas puede proporcionar una clave para conocer la visión del mundo del que habla. Así, cuando describimos las arterias (paredes, presión, elementos que circulan por ella...) hablamos directamente y literalmente de ellas. Cuando decimos que son como tuberías que pueden embozarse nos encontramos ante una metáfora, es decir, hablamos de una cosa como si fuese otra. Otro ejemplo, el alma se equipara al aliento o la respiración. Sin alma, no respiramos, o sea, no vivimos porque es consustancial con nuestra existencia.

Las metáforas se caracterizan por crear, entre una idea de partida y una idea de llegada, un puente conceptual que permita la transfusión de propiedades de la idea de partida a la idea de llegada. Pero debemos tener en cuenta que las metáforas sólo dejan ver un aspecto de la idea de llegada que no engloba su totalidad:

*“La metáfora nos sirve para mostrar el aspecto que deseamos evidenciar y oculta otros aspectos, de los cuales muchas veces ni siquiera somos conscientes” (Font y Acevedo, 2003:405)”.*



Como dije anteriormente, cuando se habla de metáforas se suele pensar en figuras literarias o poéticas. Pero además de estas metáforas, cuyo objetivo consiste a menudo en llamar la atención del lector, existe otro grupo de metáforas, las metáforas *literales*, que por la frecuencia y cotidianidad de su uso pasan, a menudo, inadvertidas, aun cuando sea posible dirigir deliberadamente la atención hacia ellas. Lakoff y Johnson (2001), resaltan que identificar las metáforas literales más comunes del lenguaje cotidiano permite, pues, entender el significado de conceptos, por lo general abstractos, cuya definición puede no resultar satisfactoria debido a su falta de correspondencia con la percepción que los hablantes tienen de la realidad.

En mi opinión, una de las aportaciones más importantes de la obra de de Lakoff y Johnson (2001) es la de mostrar que el estudio de la metáfora es una vía particularmente fructífera para abordar las cuestiones lógicas, epistemológicas y ontológicas que resultan centrales para ofrecer una adecuada comprensión de lo que es la experiencia humana. Frente a la teoría clásica que decía que la metáfora era simplemente una cuestión de denominación, de asignar con un propósito retórico palabras a conceptos con los que no aparecían ordinariamente, la concepción de Lakoff y Johnson es que las metáforas son la expresión de una actividad cognitiva conceptualizadora y categorizadora, mediante la cual comprendemos un ámbito de nuestra experiencia en términos de la estructura de otro ámbito de experiencia. Más aún, el foco y el resultado principal de su investigación vienen a ser que *metáfora* es el nombre que damos a nuestra capacidad de usar los mecanismos motores y perceptivos corporales como base para construcciones inferenciales abstractas, de forma que la metáfora es la estructura cognitiva esencial para nuestra comprensión de la realidad. El lenguaje metafórico sería, entonces, una consecuencia, un reflejo de la capacidad de pensar metafóricamente, que es nuestra manera más común de pensar (Nubiola, 2000).

En su libro *Excusas para no pensar*, Punset (2011:116-117) nos regala un párrafo clarificador:

*“¿Han oído hablar de la capacidad metafórica? Es el primer requisito del talento; la especie humana se supone que lo desarrolló hace unos 50.000 años. El primer día que uno de los homínidos cazadores recolectores exclamó: « ¡Mi hijo es más fuerte que el hierro!» estaba activando un don insospechado de mezclar dominios cerebrales distintos como el biológico –el hijo– con el dominio, hasta entonces separado, de los materiales –en este caso, el hierro”.*

Es el nacimiento de la multidisciplinariedad o, como ya apuntaba Ortega y Gasset (2004) la metáfora es un instrumento mental imprescindible, es una forma del pensamiento científico. Siguiendo con esta idea, y coincidiendo con Lakoff y Johnson (2001), las metáforas más usuales se basan en nuestra experiencia primera con la realidad material. Por tanto, nos podemos plantear entonces que las metáforas no son inocuas y producen efectos significativos en la comprensión por parte de los receptores, en nuestro caso, usuarios en el ámbito sanitario. La metáfora es el cómo damos significado a los aspectos más importantes y más complejos de nuestras vidas. Como Lakoff y Johnson (2001) concluyen en su libro que las metáforas no son meros adornos retóricos sino que afectan la manera en que percibimos, pensamos y actuamos. La realidad en sí misma es definida por ellos como *metáfora*.

Debemos ver la metáfora como un dispositivo creativo que refleja una manera de ser, una sensación, un estilo de crear conceptos y comunicarnos en términos de otra imagen. Esa imagen traduce y recontextualiza el ser, la sensación o el hacer original. El uso de la metáfora es una estrategia imaginativa que lleva con él otros matices, sombras y tintes que no se articulan en la experiencia y la descripción del fenómeno real y efectivo. La metáfora ofrece una manera segura, juguetona y significativa de tener acceso a las orientaciones profesionales y personales en temas de S-E de las enfermeras y usuarios – en el ámbito sanitario, por lo cual, y a pesar de los riesgos que conllevan –no olvidemos que son traslaciones mentales– son muy útiles e incluso indispensables para una buena comunicación.

Por su aportación a este estudio interesa destacar también el significado de *metáfora* para Pepper (1942:54):

*“La metáfora, en la filosofía, puede distinguirse de la metáfora en la poesía siendo principalmente un explicativo en lugar de un dispositivo estético. Su función explicativa es evitar, en la clarificación conceptual, comprensión o visión con respecto a un modo de pensamiento filosófico, una área del problema de materia filosófica, o incluso un sistema filosófico total... Es más bien el uso de una parte de experiencia para iluminar, para ayudarnos a entender, comprender, incluso para intuir, o entrar en el otro”.*

Lakoff y Johnson (2001:158) recuerdan que:

*“Las metáforas fueron concebidas, simplemente, como figuras y consideradas, durante mucho tiempo, como una manera inadecuada de describir la experiencia. Hoy, muchos científicos, lingüistas y filósofos cognoscitivos reconocen que, en*

*todos los aspectos de la vida, definimos nuestra realidad en términos de metáforas y, después, procedemos a actuar en base de las metáforas”.*

Dibujamos inferencias, fijamos metas, hacemos comisiones y ejecutamos los planes, todos en base de cómo nosotros estructuramos la parte de nuestra experiencia, consciente e inconsciente y, por medio de la metáfora. Incluso Ortega y Gasset (2004:3) utiliza una metáfora muy gráfica para describir el concepto de *metáfora*:

*“La metáfora es un procedimiento intelectual por cuyo medio conseguimos aprehender lo que se halla más lejos de nuestra potencia conceptual. Con lo más próximo y lo que mejor dominamos, podemos alcanzar contacto mental con lo remoto y más arisco. Es la metáfora un suplemento a nuestro brazo intelectual. Representa, en lógica, la caña de pescar o el fusil”.*

Hablar de metáfora implica, contactar con autores, investigaciones, estudios de distintas épocas y disciplinas. He podido encontrar acepciones diferentes a la hora de definir el concepto de metáfora, pero todas tienen en común el hecho que ésta siempre sirve para facilitar y fortalecer la comunicación y la comprensión en cualquier ámbito de su uso. Hace veinticinco años, Aristóteles hizo una afirmación que aún es relevante hoy en día: “Las palabras ordinarias recogen sólo lo que conocemos, es de la (nueva) metáfora de que podemos conseguir algo fresco”. Por su parte, “entender una cosa en términos de otra” es la formulación más simple de la metáfora que nos presenta Gwyn (2002:121), éste añade que “*el principio fundamental sobre el que se trabaja en la metáfora y el lenguaje figurativo es para hacernos una idea, imagen o pensamiento, para ser expresado por otra idea análoga, imagen o pensamiento*”. Finalmente, Boquera concluía en su tesis doctoral (2005:285), que:

*“Las metáforas no se utilizan en al ámbito de la ingeniería para expresar emociones ni estados mentales, sino para explicar cuestiones profesionales. Se emplea, sobre todo, para dar nombre a diferentes construcciones o maquinarias y para ello es especialmente importante el recurso a las imágenes”.*

Desde que Lakoff y Johnson (2001) pusieron de manifiesto la importancia del pensamiento metafórico entendido como la interpretación de un campo de experiencias en términos de otro ya conocido, el papel del pensamiento metafórico en las intervenciones educativas-asistenciales en los profesionales de la salud es un tema que cada vez tiene más relevancia para la investigación en el ámbito que nos ocupa, la EpS.

En su libro *No pienses en un elefante*, Lakoff (2004) dedica un capítulo entero al poder de la metáfora en el pensamiento político –“las metáforas que matan”, cuando tendemos a

considerar un país o nación como una persona, pasando a ser *bueno* o *malo*, *amigo* o *enemigo*. En este sentido, este punto de vista coincide con el de Lizcano (2006:19) cuando afirma que:

*“Es mediante las metáforas que ordenamos, activamos y jerarquizamos nuestras relaciones en el mundo”.*

Para este autor las metáforas están presentes en nuestras emociones y pensamientos a cualquier nivel.

Lo que aquí propongo es aprender a pensar en el poder que el lenguaje metafórico tiene en nuestras vidas y concretamente en el campo de la salud y enfermedad. Porqué tal y como afirma Lizcano (2006:29):

*“La consolidación de ciertas metáforas es fundamental para el mantenimiento de la creencia en que «las cosas son como son» y no de otra manera (o sea, no según otras metáforas)”.*

Según Lakoff (2004), la teoría cognitiva de la metáfora explica cómo el individuo es capaz de constituir sistemas conceptuales abstractos a partir de imágenes esquemáticas y conceptos directamente ligados a la experiencia. Uno de los descubrimientos fundamentales de las ciencias cognitivas es que las personas piensan en términos de marcos y metáforas. Los marcos están impresos en las sinapsis de nuestro cerebro, físicamente presentes en forma de circuitos neuronales. Cuando los hechos no concuerdan con los marcos, se conservan los marcos y se ignoran los hechos. Una vez establecidos con firmeza, los marcos son difíciles de modificar.

En la teoría experiencialista de Lakoff y Johnson (2001), la metáfora posibilita la misma existencia del pensamiento abstracto, debido a que son proyecciones metafóricas las que constituyen los conceptos y procesos de este pensamiento. Las diferentes metáforas iluminan aspectos diferentes de la realidad. En esta línea, Eduardo de Bustos (2000:206) asegura que:

*“En cuanto a las consecuencias que este tipo de concepción tiene sobre el propio concepto de razón, la característica más sobresaliente es su integración de las dimensiones imaginativa y emocional en los procesos cognoscitivos mismos. La metáfora es caracterizada como el instrumento esencial de la mente poética, como la forma en que asimilamos e integramos información que no está ligada directamente a nuestras facultades perceptivas o a nuestras formas elementales de trato con el mundo moral y nuestra vida social. Sin una adecuada teoría sobre la metáfora, no solamente seremos incapaces de captar el núcleo generador de*

*los procesos cognitivos que nos permiten dominar el mundo natural, tampoco podremos comprender la médula de nuestra vida moral, política y social”.*

Calsamiglia y Tusón (2008:346) definen la metáfora como una de las posibles figuras de sentido, relacionadas estrechamente con los procesos de significación por analogía, como ejemplos del lenguaje llamado comúnmente *figurado* y afirman textualmente que:

*“La imagen o la comparación, junto con mecanismos más complejos como la metáfora y la metonimia, constituyen las figuras que asocian o ponen en contacto dos mundos, dos objetos o partes de éste, para lograr un efecto determinado: divertir, definir, dar a entender, sorprender, cautivar”.*

Podríamos añadir aquí otras acepciones como fijar, clarificar, comunicar...Con ello, las autoras citadas ponen énfasis en las diversas finalidades con que utilizamos la metáfora y su posible valor no sólo literario sino pedagógico y epistémico, al añadir que:

*“A veces, el uso metafórico obedece a la necesidad de concreción de atributos abstractos o difíciles de describir, lo que le confiere un valor epistémico, además de estético y expresivo” (2008:347).*

Una vez más, y según Sanjurjo y Rodríguez (2003:83):

*“Si bien tendemos a pensar que nuestro lenguaje es más bien descriptivo, organizamos nuestro mundo estructurándolo conceptualmente y nuestro sistema conceptual ordinario es metafórico. Con lo que queremos significar que la metáfora no es sólo un recurso literario sino una forma habitual de operar de nuestro pensamiento que nos permite crear, comunicarnos e interpretar el sentido profundo de nuevas percepciones, a la vez que puede ser un buen recurso par la negociación de significados”.*

En cuanto al uso pedagógico y didáctico de las metáforas, ambas autoras (Sanjurjo y Rodríguez 2003:83) inciden en que:

*“La metáfora no es un adorno retórico del lenguaje, sino un amplificador cognitivo que permite ampliar la posibilidades de contracción y apropiación de nuevos conocimientos. Como señalamos más arriba, organizamos la realidad a partir de establecimientos de relaciones de semejanza y diferencias. Por ello, la metáfora tiene un valor heurístico ya que permite generar y organizar nuestro conocimiento acerca de la realidad. Pedagógicamente sirve, además, para enriquecer la propia idea que se pretende transmitir, para generar nuevas descripciones de un fenómeno menos conocido en términos de otro más conocido. Habitualmente utilizamos la metáfora también como recurso mnemotécnico”.*<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> Ambas autoras continúan en esta línea (Sanjurjo y Rodríguez, 2003:84) al señalar que “el uso didáctico de metáforas nos permite concretar conocimientos abstractos, ayudar al establecimiento de relaciones

El pensamiento positivista ha desconocido el valor científico de la metáfora, ya que sostiene que es ambigua o equívoca. Las posiciones filosóficas al respecto han variado entre la concepción positivista señalada y el reconocimiento de que todo lenguaje es inevitablemente metafórico y simbólico y que, por lo tanto, la metáfora es constitutiva del lenguaje. Según Ortega y Gasset, la metáfora es un instrumento imprescindible para el pensamiento científico (Ferrater Mora, 1969) pues se emplea cuando surge una nueva significación a la cual todavía hay que darle un nombre. Por ello, la metáfora es una transposición en la que se pasa de un sentido a otro, sin abandonar totalmente el anterior:

*“La transposición didáctica requiere habitualmente del uso de metáforas, pues éstas suponen un procedimiento intelectual por el cual conseguimos aprehender lo que está más lejos de nuestras capacidades intelectuales”* (Sanjurjo y Rodríguez, 2003:84).

En la misma línea, para Ontoria (1993:15):

*“La estructura cognitiva de una persona es el factor que decide acerca de la significación del material nuevo y de su adquisición y retención. Las ideas nuevas sólo pueden aprenderse y retenerse útilmente si se refiere a conceptos o*

---

entre los nuevos y viejos. La metáfora puede constituir un puente entre el conocimiento que se quiere enseñar y experiencias ajenas al mismo. Posibilita la articulación de dominios conceptuales diferentes y facilita la comprensión de uno más abstracto en base a otro más sencillo o estructurado. Para ello, es necesario que el docente ajuste la utilización de las metáforas al lenguaje y estructuras de sus alumnos y a las características del contenido a enseñar. Destacamos nuevamente que en el uso de estas formas básicas es importante lograr un equilibrio entre creatividad y rigurosidad. Al igual que el ejemplo y otras formas de analogía, la metáfora puede resultar un buen recurso para disponer las estructuras cognitivas para el nuevo aprendizaje, es decir, puede resultar un buen organizador previo, puede contribuir a la elaboración de conceptos y teorías, y puede ser un buen instrumento para la aplicación”. Asimismo, aseguran que “el uso de analogías y metáforas para explicar el mismo proceso de aprendizaje y de enseñanza han enriquecido a la Psicología y a la Didáctica. El concepto de *hoja en blanco* para referirnos a cómo entienden las corrientes sensual-empiristas el proceso de conocimiento, la *caja negra* para identificar cómo concibe el conductismo al sujeto de aprendizaje, la *red* para referirnos a estructuras cognitivas según el constructivismo, son ejemplos de ello. Podríamos afirmar que, entre otras cosas, una teoría es superada cuando encuentra metáforas y analogías que le permiten explicar mejor los procesos complejos. La relación entre los obstáculos pedagógico y los obstáculos epistemológicos, entendidos como las ideas *primitivas* que resisten la construcción del conocimiento científico, es otro ejemplo del uso de analogías en la construcción de las teorías didácticas”. Añaden que “las metáforas, por otra parte, suelen ser sintetizadores de concepciones, características y representaciones. La escuela como *templo del saber*, la docencia como *apostolado*, la maestra como *segunda mamá*, el nivel inicial como *jardín de infantes* son metáforas que concentraron fuertes representaciones acerca del rol docente y de la función de la escuela”, y concluyen que “el uso de metáforas permite captar, inclusive, el cambio de miradas acerca del mundo. Metáforas tales como la máquina, el reloj y luego la red, muestran el paso de paradigmas simplificadores al de la complejidad en lo que respecta a la manera de entender el funcionamiento del mundo natural y salival. En este sentido, podemos decir que las metáforas nos enseñan a ver el mundo”.

*proposiciones ya disponibles, que proporcionan las anclas conceptuales. La potenciación de la estructura cognitiva del alumno facilita la adquisición y retención de los conocimientos nuevos. Si el nuevo material entra en fuerte conflicto con la estructura cognitiva existente o si no se conecta con ella, la información no puede ser incorporada ni retenida. El alumno debe reflexionar activamente sobre el material nuevo, pensando los enlaces y semejanzas, y reconciliando diferencias o discrepancias con la información existente”.*

Es decir que se aprende estableciendo nuevas relaciones, reestructurando, deconstruyendo y reconstruyendo. (Sanjurjo y Rodríguez, 2003:87)

Así, Susan Sontag (2003:127) escribe que:

*“La metáfora consiste en dar a una cosa el nombre de otra. Decir que una cosa es o que es como “algo-que-no-es”, es una operación mental tan vieja como la filosofía o la poesía”.*

Según Cerrillo (2008), todo concepto es siempre metafórico, ya que la metáfora es un mecanismo cognitivo fundamental presente en todo discurso, imprescindible para organizar la percepción. La metáfora nos sirve para definir objetos difíciles de aprehender por su novedad o relatividad (por ejemplo, el amor o la confianza, etc.), de modo que los entendamos en términos de otros más concretos o más familiares para nosotros. Boquera (2000:24) opina que:

*“La intención de las metáforas de la Ciencia es comunicar y explicar una parcela del conocimiento en términos ajenos a ella. Los científicos emplean las metáforas como modelos descriptivos de sus teorías. Aquéllas funcionan como partes indispensables de una teoría científica o como mecanismos pedagógicos”.*

Muchas veces se crean metáforas en el lenguaje científico y de divulgación científica simplemente para dar nombre a cosas que antes no lo tenían y así acercarlas al público en general, convirtiéndolas en patrimonio de todos. Por lo tanto, y siguiendo el discurso de Boquera (2000), las metáforas de los textos transmiten no sólo palabras, sino toda una manera de pensar, todo un universo metafórico que a la vez proacciona con nuestra realidad, lo que evidencia que la metáfora es una herramienta central de nuestro aparato cognitivo, que además se convierte en un lenguaje universal.<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> Tal y como decía Kuhn (1990:539), “la metáfora se refiere a todos aquellos procesos en los que la yuxtaposición de cualquiera de los términos o de ejemplos concretos que suscita una red de similitudes que ayudan a determinar la forma en que el idioma une al mundo”.

Cuando no entendemos algo buscamos analogía con otros sistemas que creemos entender mejor y, según Travers (1996:31):

*“Analogía generalmente se refiere a la construcción de asignaciones explícitas entre dos dominios bien establecidos, mientras que la metáfora es más a menudo implícita. La forma del lenguaje de la analogía, el símil, mantiene los dos dominios separados de forma segura mediante el uso de términos tales como estilo (“la vida es como un plato de cerezas”), mientras que la metáfora traza una conexión más inmediata (“la vida es un viaje”). Asimismo, este autor destaca que “las analogías pueden ser poderosos instrumentos de aprendizaje, pero si lo aprendido se convierte en un parte importante del pensamiento, debe integrarse en las estructuras de la mente, es decir, que debe convertirse en una metáfora de estructuración. Se traza una analogía, pero uno vive en la metáfora” y añade que “la metáfora es vista más como una herramienta básica de conocimiento en lugar de un turno especial de lenguaje, y la mayoría de conceptos son generados por las metáforas”.*

Finalmente, cito a Zavadivker (2005:1), quien asegura que:

*“La metáfora, tal como lo señalara el filósofo Ortega y Gasset, constituye un instrumento mental imprescindible para la construcción de representaciones de la realidad, no sólo aquellas que poseen un valor meramente estético y permanecen circunscritas al ámbito literario, sino también las existentes dentro del vocabulario científico y que están, por lo tanto, comprometidas con valores estrictamente cognitivos, tales como la búsqueda de la verdad o, lo que es lo mismo, una descripción de la realidad ajustada a lo que la realidad es”.*

### **2.3. Educación para la Salud y metáforas.**

En este apartado trato de limitar el concepto de EpS y sus relaciones con las metáforas en el ámbito de la salud.

El concepto de EpS es polisémico y alude a una realidad compleja y multidimensional. Por ello como dice Flores (2001:67):

*“Existen tantas definiciones de EpS como teóricos y prácticos en ejercicio de este cometido”.*

De igual manera, Richards (1987:94) suscribe que:

*“El término es susceptible de numerosas interpretaciones”.*

La pluralidad que diferentes expertos muestran en sus conceptualizaciones no hace más que demostrarnos que se trata de una área académica en vías de desarrollo y que no es un concepto cerrado ni estático, sino en evolución continua y dinámica.



A pesar de las innumerables definiciones se observa que el concepto de EpS presenta grandes aciertos a la vez que lagunas e incertidumbres, lo que supone un incentivo para profundizar en él. Desde nuestro punto de vista, el concepto de EpS presenta, en la actualidad, una visión periscópica del fenómeno limitada y superficial, demasiado sujeta a las normas pedagógicas imperantes en cada momento.

El aceptar una única definición de la EpS puede llevarnos a dejar olvidados en su intento aspectos importantes de la misma o aceptar visiones un tanto parciales. Lo que un autor o institución aceptan como EpS puede ser distinto o complementado por la visión de otros autores o instituciones. Nos encontraríamos con la misma mirada parcial que padecieron los ciegos en su encuentro con el elefante de la parábola.<sup>15</sup> El concepto de EpS no es unívoco, sino susceptible de enfoques, perspectivas y conceptualizaciones diferentes -como veremos más adelante-, según el punto de partida del que realiza el análisis o la toma de postura que se haga.

Siguiendo a Bury (1992) se pueden adoptar distintos criterios de lectura y de análisis. Así pues, dependiendo de la perspectiva desde la que se analicen los conceptos de salud, los tipos de intervención, los temas a trabajar, la población diana o los métodos, nos encontraríamos con tres planteamientos distintos:

- Planteamientos persuasivos, voluntaristas, que buscan la modificación sistemática y planificada de los comportamientos individuales y grupales.
- Planteamientos centrados en la optimización de las condiciones de toma de decisiones del individuo, la información para favorecer una decisión responsable y las condiciones de adopción de un comportamiento basado en la toma de conciencia de que es bueno para él.
- Planteamiento *educativo*, que busca la motivación y la participación para provocar un cambio de comportamiento en el individuo.

En lo que sigue vamos a extraer lo que podríamos considerar cualidades y características más sobresalientes referidas a cincuenta definiciones de EpS, formuladas por diversos y reconocidos autores e instituciones de distintas latitudes geográficas y en distintas épocas

---

<sup>15</sup> *Parábola de los seis sabios ciegos y el elefante*, atribuida a Rumi, sufí persa del siglo XIII. Referenciada en Fromm (2004) en el capítulo 4.

de la historia desde 1926 hasta 1999. (Organización Mundial de la Salud (OMS), 1983; OMS, 1985; Greene y Simona-Morton, 1988; Rochon, 1991; Bury, 1992). (Tabla 1).

Hay que destacar que esta selección de citas es eso, una selección, y que, por tanto, no abarca más que una mínima extensión del pensamiento de los autores; toda definición encuentra su sentido en el contexto intelectual y teórico en el que se produce y debe ser interpretada, por tanto, a la luz del mismo. Por otra parte, debo aclarar que la serie de definiciones que aquí recojo no tiene ninguna pretensión de exhaustividad, sino que intenta mostrar cómo varía el significado de la EpS en función de las tradiciones intelectuales y las querencias epistemológicas de los distintos autores. Tampoco pretendo encontrar la definición más correcta o adecuada porque, prescindiendo de la real dificultad de ese intento, tan o más importante que obtener una definición formal de EpS, es entender de qué se ocupa, cuáles son sus pretensiones y objetivos y qué tipo de saberes son los que incorpora.

	DEFINICION		AÑO
1	Suma de experiencias que modifican favorablemente los hábitos, actitudes y conocimientos relacionados con la salud individual y comunitaria.	T. Wood	1926
2	Proceso de facilitación de experiencias de aprendizaje deseables por medio de las cuales la gente se percata más de los problemas de salud y se interesa activamente en obtener soluciones.	Asociación Americana de Salud Pública	1943
3	Procedimiento que entraña traducir los conocimientos acumulados acerca de la salud en normas de comportamiento adecuadas individuales o comunitarias, valiéndose de la educación.	R.E. Grout	1948
4	Proceso de crecimiento de un individuo mediante el cual altera su comportamiento o actitud como resultado de las nuevas experiencias que ha tenido.	D. Myswander	1949
5	Ayuda a los individuos para alcanzar la salud mediante su comportamiento y esfuerzos.	OMS, Comité de Expertos	1955
6	Suma de experiencias que modifican favorablemente los hábitos, actitudes y conocimientos relacionados con la salud individual y comunitaria.	OMS, Comité de Expertos	1958
7	Ciencia de la salud cuya finalidad es ayudar a los individuos a alcanzar la salud por sus propios actos y esfuerzos.	OMS, Informes Técnicos,167	1959
8	Proceso de proporcionar experiencias de aprendizaje que influyan favorablemente en la comprensión, las actitudes y la conducta en relación con la salud individual y comunitaria.	National Education Association y American Medical Association	1961
9	La EpS no puede descansar sobre el conocimiento solamente; debe motivar al individuo hacia una vida sana. Lo que se enseña en las escuelas debe estar relacionado de tal manera a la vida diaria de los estudiantes que puedan actuar de manera inteligente en asuntos de la salud.	National Education Association y American Medical Association	1964
10	Está guiando a individuos o a grupos a percibir ciertas acciones saludables a medida que están en concordancia con sus propios valores y metas.	K. McMahon y E. McMahon	1965
11	Conjunto de experiencias y de situaciones que, en la vida de un individuo, grupo o colectividad, puede modificar sus creencias, sus actitudes y su comportamiento en relación con los problemas de salud.	C.E. Turner	1966
12	Proceso que efectúa cambios en las prácticas de la salud de la gente y en el conocimiento y actitudes de tales cambios. La educación lleva la responsabilidad al individuo e implica motivación, comunicación y toma de decisiones.	Asociación de Escuelas	1966

13	Conjunto de actividades planificadas o sistemáticas que favorecen y provocan experiencias en momentos, formas y situaciones que inducen a adquirir conocimientos y adoptar las actitudes y el comportamiento más conveniente para la salud de un individuo, grupo o colectividad.	OMS. Informes Técnicos,432	1969
14	Proceso de comunicación interpersonal dirigido a proporcionar las informaciones necesarias para un examen crítico de los problemas de salud y a responsabilizar a los individuos y a los grupos sociales en las decisiones de comportamiento que tienen efectos directos e indirectos sobre la salud física y psíquica de los individuos y de la colectividad	A. Sepilli	1970
15	Especialización que persigue aplicar principios educativos para promover cambios de conducta respecto a la salud en el individuo o la comunidad.	S. Biocca	1971
16	Procesos por los cuales la gente está mejor informada y cambia sus actitudes y comportamientos en formas que cada vez serán más benéficas para la salud personal y comunitaria.	L. Johnson	1972
17	Conducir a las personas a que piensen, sientan y actúen inteligentemente en asuntos relacionados con la salud y las enfermedades.	L. L. Keyes	1972
18	La EpS intenta cerrar brechas entre lo que se conoce como la práctica óptima de la salud y lo que en realidad se practica. Los grupos objetivo comprenden, en primer lugar, a los individuos a quienes faltan conocimientos adecuados de la salud, y en segundo lugar, a los que por muchos motivos no practican los comportamientos de salud adecuados. Al intentar cerrar esta brecha, la EpS no solamente se interesa por los individuos y sus familias, sino por las instituciones y las condiciones sociales que impiden o facilitan que los individuos se dirijan hacia el logro de una salud óptima.	W. Griffiths	1972
19	Instruir a la gente en materia de higiene, de forma que apliquen los conocimientos adquiridos al perfeccionamiento de su salud.	E. Gilbert	1973
20	Conjunto de intervenciones que pretenden informar, motivar y ayudar a la población a adoptar y mantener comportamientos sanos, a promover las modificaciones precisas del entorno, así como asegurar la formación profesional y la investigación necesarias para el cumplimiento de estas tareas.	E. Gilbert	1973
21	Proceso que cierra la brecha entre la información de la salud y las prácticas de la salud. La EpS motiva a las personas para que ya con la información actúen de acuerdo con ella, para mantenerse más sanos, evitando acciones que son dañinas y formando hábitos benéficos.	President's Committee on Health Education	1973
22	Ayudar al individuo a comprender y estimarse más a sí mismo, saber qué es lo que le hace funcionar, tener autorrespeto. Ayudar a que el individuo se sienta bien respecto a otra gente y tener un sentido de responsabilidad hacia sus vecinos y sus congéneres.	J. J. Darden	1973
23	Proceso con dimensiones intelectuales, psicológicas y sociales que se relacionan con actividades que aumentan las habilidades de la gente para que tome decisiones informadas que afecten su bienestar personal, familiar y de la comunidad.	Joint Committee on Health Education Terminology	1973
24	Dimensión de los cuidados de la salud que se interesan en influir en los factores del comportamiento, siendo la meta final la mejoría de la salud de la nación y la reducción de enfermedades, incapacidades y muertes que pueden prevenirse. Dimensión de los cuidados de la salud que se interesa en influir en los factores del comportamiento.	S. Simonds	1974
25	Conjunto de intervenciones dirigidas a ayudar al individuo a conocer, aceptar y adquirir los comportamientos útiles para la mejora de la salud.	M.A.Modolo,	1974
26	Parte integrante de los cuidados de salud de calidad, cuyo interés principal es la promoción de la salud, que incluye el mantenimiento de la salud y el manejo de los traumatismos, así como el mejoramiento del sistema de los cuidados de salud y su utilización.	American Hospital Association	1974
27	La ES del consumidor es un proceso que informa, motiva y ayuda al pueblo a adoptar y mantener las prácticas y estilos de vida saludables, propugna los cambios ambientales necesarios para facilitar estos objetivos y dirige la formación profesional y la investigación a los mismos objetivos.	R. SomersAnne	1976
28	Proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables, propugna los cambios ambientales necesarios para facilitar estos objetivos, y dirige la formación profesional y la investigación a los mismos objetivos.	L. Salleras	1978
29	La meta de la EpS es proporcionar información para que los individuos puedan utilizarla a fin de realizar su estado de salud... La persona que está educada en cuanto a salud, no solamente está bien informada, sino que usa esta información en la vida diaria, que idealmente tendría como resultado niveles más altos de bienestar.	N. Galli	1978
30	Cualquier combinación de experiencias de aprendizaje, diseñadas para facilitar	L. W. Green	1980

	adaptaciones voluntarias de la conducta y que conducen a la salud.		
31	Proceso de ayudar a individuos para que actúen separada y colectivamente, para tomar decisiones informadas sobre asuntos que afectan la salud del individuo, la familia y la comunidad.	Bureau of Health Information, Health Promotion and Physical Fitness and Sports Medicine.	1980
32	La preparación sistemática del individuo a conocer su organismo desde el punto de vista físico y mental, y a conocer su ambiente de vida desde el punto de vista ecológico y social.	H. San Martín	1982
33	A largo plazo, es el desarrollo y utilización de las capacidades individuales y colectivas para asegurar la mejora tanto de la longevidad como de la calidad de vida.	R.I. Levy	1982
34	Cualquier combinación de actividades de información y educación que lleve a una situación en que la gente desee estar sana, sepa cómo alcanzar la salud, haga lo que pueda individual y colectivamente para mantenerla y busque ayuda cuando la necesite.	OMS	1983
35	La EpS no debe ser culpabilizante ni moralizadora. Su objetivo no es crear un universo esterilizado alrededor de la gente del cual será excluido todo aquello que amenaza la seguridad y la tranquilidad de los individuos. La EpS no puede explotar el miedo y el sufrimiento, en ningún caso puede hacer perder la libertad al hombre, pero apoyándose en la seriedad de los datos epidemiológicos, debe informar de los riesgos más importantes que le amenazan y que puede prevenir.	E. Berthet.	1983
36	El acto educativo se considera como la manera mejor de implicar a las personas a participar en la atención de la Salud. El objetivo de la EpS debe ir orientado a incrementar las capacidades individuales y colectivas para participar en las acciones sanitarias fomentando con ello la autorresponsabilidad.	OMS	1983
37	Utilizar las informaciones, formaciones y aprendizajes necesarios para que las personas sean capaces de conocer y adoptar para sí mismas y para los demás, las actitudes y comportamientos necesarios para promover un bienestar físico, psicológico y social duradero, prevenir el riesgo de enfermedad y accidentes, y reducir las minusvalías funcionales.	Piette y Schleiper	1985
38	Oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente para facilitar los cambios de conducta encaminados hacia una meta predeterminada, ya sea a nivel individual o comunitario. Hasta ahora ha estado estrechamente ligada a la prevención de la enfermedad (factores de riesgo), pero actualmente es un potente instrumento para el cambio (ambiental, económico, social...). La promoción de la salud depende de la participación activa de la población en su proceso de cambio, y la EpS es su principal herramienta.	Glosario de promoción de la salud, OMS	1985
39	La toma de decisiones individual es cada vez más vulnerable en un contexto en el que no existe una cultura de la Salud que pueda equilibrar el enorme desamparo del hombre frente a la jungla de los que se enriquecen a costa del sufrimiento y la muerte.	Costa y López	1986
40	Acción ejercida sobre uno o varios sujetos, aceptada o requerida por ellos, que tiene como objetivo modificar profundamente su manera de pensar, sentir y actuar, con el fin de desarrollar al máximo sus capacidades vitales, de acuerdo con su entorno físico, biológico y sociocultural.	L .F. Castillo	1987
41	La EpS forma parte de la promoción de la salud, y no sólo pretende modificar comportamientos y hábitos generadores de problemas de salud, sino también permitir una mayor responsabilidad individual y colectiva respecto a la salud y el bienestar.  Tiempo atrás, era de concepción más bien normativa, sólo tenía en cuenta la naturaleza de los riesgos posibles, pero lentamente, fue incluyendo actividades participativas, basándose en la pluralidad de necesidades y considerando la relevancia de los determinantes de la salud en la realidad social y cultural.  Actualmente, la EpS tiende a promover actitudes positivas en vez de amenazar con la enfermedad.	Pous	1987
42	Proceso dinámico centrado en la gente, que modifica su comportamiento en torno a la Salud cuando es necesario y crea oportunidades y situaciones educativas que promueven y facilitan el cambio.	Richards	1987
43	Uno de los instrumentos de la promoción de la Salud y de la acción preventiva, un método de trabajo en la actividad de los educadores y de los profesionales de la Salud, cuya finalidad es implicar responsablemente al individuo y al grupo en las acciones de defensa de la Salud. Los objetivos de la EpS son: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conseguir que la Salud sea considerada como uno de los valores reconocidos por la comunidad.</li> <li>• Ofrecer a la población conocimientos suficientes y capacidad práctica para resolver los problemas de la Salud.</li> <li>• Favorecer el desarrollo de los servicios Sanitarios.</li> </ul>	M.A. Modolo	1987
44	Método de trabajo cuya finalidad es ayudar al individuo a tomar decisiones autónomas y responsables. El objetivo de la EpS se expresa en términos de un valor de la comunidad	M.A. Modolo.	1988

	que le ofrece la capacidad de enfrentarse individual y colectivamente a comportamientos, estilos de vida y medio ambiente, en un sentido participativo y amplio.		
45	Oportunidades de aprendizaje programadas para favorecer los cambios de comportamiento de los individuos, grupos y comunidades, con el fin de aumentar los conocimientos y desarrollar una comprensión y un saber hacer que contribuyan a la salud.	Glosario de promoción de la salud, OMS	1989
46	Elemento de los cuidados de salud cuyo objetivo es promover la adopción de comportamientos saludables para así evitar enfermedades, curarlas si se está enfermo y facilitar la rehabilitación. Va dirigida tanto a nivel individual como comunitario. En EpS se utilizan distintos métodos, y en todos se debe animar a los usuarios a participar y a escoger por sí mismos.	Manual de EpS, OMS	1990
47	Conjunto de todas las influencias formales (escuela, trabajo, comunidad...) e informales (familia, servicios de asistencia sanitaria...) que determinan los conocimientos, actitudes y conductas relacionadas con la promoción y la restauración de la Salud de los individuos, grupos y colectividades. Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hacer de la Salud un patrimonio de la colectividad.</li> <li>• Modificar las conductas negativas relacionadas con la promoción y restauración de la Salud.</li> <li>• Promover conductas positivas favorables a la promoción y restauración de la Salud.</li> <li>• Promover los cambios ambientales preconizados.</li> <li>• Capacitar a los individuos para que puedan participar activamente en la toma de decisiones sobre la Salud de su comunidad.</li> </ul>	L. Salleras	1990
48	Comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad.	OMS	1998
49	Actividad intencional que requiere un programa con el análisis de la realidad o definición del problema, objetivos, actividades, contenidos, evaluación y definición de un método de trabajo. Es una realidad que responde a las necesidades de Salud de las poblaciones, grupos o comunidades, y la posibilidad objetiva de adquirir comportamientos positivos en lo relativo a la Salud.	I. Serrano	1998
50	Proceso planificado y sistemático de comunicación y de enseñanza – aprendizaje orientado a hacer fácil la adquisición, elección y mantenimiento de las prácticas saludables y hacer difíciles las prácticas de riesgo.	Costa y López	1999

Tabla 1: Definiciones de Educación para la Salud. Fuente: Elaboración propia.

En 1975, el IV grupo de trabajo de la *Nacional Conference on Preventive Medicine* de Estados Unidos (Salleras, 1990:58) elaboró una serie de actividades de Educación para la salud que deberían conducir a:

- Informar a la población sobre la salud, la enfermedad, la invalidez y las formas mediante las cuales los individuos pueden mejorar y proteger su salud, incluyendo el uso más eficaz de los servicios sanitarios del país.
- Motivar a la población para que desee cambiar a prácticas y hábitos más saludables.
- Ayudar a la población a adquirir los conocimientos y capacidades necesarias para adoptar y mantener unos hábitos y estilos de vida saludables.
- Propugnar cambios en el medio ambiente que faciliten unas condiciones de vida y unas conductas saludables.

- Promover la enseñanza, formación y capacitación de todos los agentes de educación sanitaria de la comunidad.
- Incrementar, mediante la investigación y la evaluación, los conocimientos acerca de la forma más efectiva de alcanzar los objetivos citados anteriormente.

Podemos observar definiciones centradas en persuadir a los individuos para que adopten estilos de vida conforme a las ideas imperantes en esos momentos por los profesionales de la salud o estamentos políticos-sanitarios. Otras definiciones se centran en el desarrollo de prácticas, casi siempre con un enfoque individual, que lleven a la disminución de la morbimortalidad. Existen conceptualizaciones de la EpS que ponen el acento en la planificación de intervenciones desde el punto de vista del *experto* o en actuaciones *médicas* para disminuir enfermedades.

Otras, sin embargo, hacen hincapié en la necesidad de cambiar los hábitos y estilos de vida *malos* por otros *buenos* o *sanos*—definidos por los expertos— para evitar que la enfermedad sea, en mínimo grado, de la responsabilidad de quien la padece.

Algunas, por ejemplo, se centran en facilitar y potenciar las capacidades individuales en el ámbito de la salud (más educativo-pedagógicas) y en el desarrollo comunitario, cambio social, mejora colectiva de condiciones, con la participación activa de esta. Otras, ya más radicales, tienen como objetivo aumentar la conciencia crítica de las comunidades mediante una acción política. Y aún encontraríamos más diversidad, ya que algunas definiciones acentúan el carácter de proceso de cambio personal que otorga la educación, otras de hacer responsables a las personas de sus estados de salud y de la comunidad y otras aspiran a modificar ciertos aspectos de la cultura de los grupos sociales.

Analizadas las definiciones/conceptos de EpS, paso a enumerar un decálogo de los principales aspectos que se derivan de dichos conceptos *y/* o definiciones *y* que me interesa resaltar para esta tesis:

1. Proceso activo, creativo, participativo y dinámico. Tiene que ser un proceso en que se dé una reciprocidad en el intercambio de información y comportamientos. No es deseable que sea unidireccional ni pasivo.

2. Proceso educativo (comunicativo y no sólo una mera información). Tiene que ser un proceso de intercambio, de comunicación interpersonal, e interacción, que se completa o perfecciona cuando se han superado todas las fases que intervienen en el mismo (que contemplan tres aspectos diferentes: información, desarrollo de actitudes positivas y promoción de hábitos y comportamientos saludables).

Suele entenderse por *educación*, y todavía más en nuestro campo, el proceso intencional por el cual las personas son más conscientes de su realidad y del entorno que les rodea, ampliando los conocimientos, valores y habilidades que les permitan desarrollar capacidades para adecuar, según éstas, sus comportamientos a la realidad:

*“La EpS es un medio indispensable de toda sociedad para garantizar que sus miembros desarrollen las capacidades personales y colectivas necesarias para lograr estilos de vida sanos, políticas públicas de salud y, consecuentemente, comunidades sociales con buenos hábitos sanitarios”.*  
(UIPES-OMS, 1988:1)

Sepilli (1983), acentúa el papel de la educación sanitaria como proceso de comunicación interpersonal. Educar no es informar y tampoco persuadir. Su finalidad no es que se lleven a cabo comportamientos definidos y prescritos por el *experto*, sino facilitar que las personas desarrollen capacidades que les permitan tomar decisiones conscientes y autónomas sobre su propia salud.

3. Implica al individuo, a la familia y a su medio ambiente a través de la responsabilidad y participación. Y siempre a través de una motivación adecuada, puesto que la educación para la EpS no debe imponerse, debe ser fruto de una negociación para convertirse en un hábito que adquiera el individuo y la comunidad de manera natural:

*“Ninguna intervención sanitaria puede tener éxito sino pasa a través de la colaboración y participación activa de la comunidad”* (Modolo, 1987:39).

Son las comunidades las que identifican sus propios problemas, los priorizan, definen sus propios fines y objetivos, movilizan los recursos y evalúan sus esfuerzos.

La EpS es una pedagogía de la salud al servicio de la comunidad que tiene tres objetivos claros:

- Crear motivaciones positivas frente a la salud.
- Hacer posible que los componentes de la comunidad tomen conciencia que es posible actuar individual y colectivamente para mejorar y promover la salud.
- Hacer conscientes a los componentes de la comunidad que son responsables de su propia salud.

Las enfermedades actuales están influidas por el ambiente, el comportamiento y las condiciones sociales, frente a las cuales los medicamentos y la tecnología tienen poca eficacia desde la perspectiva preventiva.

4. La EpS forma parte de nuestra atención/cuidados al individuo, familia o comunidad. No se trata de una actividad aislada. No es un proceso *paralelo* a cualquier intervención de salud, ni se trata de acciones esporádicas:

*“Ni prestaciones adjuntas, en paralelo con otras prestaciones sanitarias tradicionales” (Antón y Méndez, 1985:7).*

La EpS posee un carácter transversal en todas las actividades asistenciales y tiene como objetivo incorporar la dimensión educativa en el trabajo asistencial cotidiano, por lo que no se limita a un momento puntual de nuestra atención.

La EpS no tiene que ser una actividad diferenciada, sino una herramienta más en el trabajo cotidiano de los profesionales de la salud. Por eso, no la debemos considerar como una especialidad o un área específica de la atención, sino como una parte indivisible de cualquier contacto/atención del usuario con el profesional.

Los conceptos de *cuidado* y *educación* se interrelacionan en nuestro ámbito de tal modo que existen importantes superposiciones (sin llegar a la sinonimia) entre ambas nociones.

5. Debe conducir a cambios de comportamiento en relación a la salud. La meta última debe ser el aumento del nivel de salud del individuo (y en relación a su ambiente) y, de esta manera, de su calidad de vida. La EpS como proceso social de aprendizaje



orientado a la autoresponsabilidad de los individuos y los colectivos en la defensa de su propia salud y la de los demás.

En la mayoría de los conceptos y definiciones, encontramos que el comportamiento de la salud, tanto su modificación como su mantenimiento, es el resultado que se desea conseguir. El concepto de *comportamiento de salud* abarca todas las actividades llevadas a cabo por individuos o grupos para influir en las circunstancias sociales y/o medioambientales, incluidas los mecanismos de control, que afectan la salud de la población. (UIPES-OMS, 1988).

6. Debe llevarse a cabo de forma programada, continuada y evaluada. De las definiciones se desprende que una buena EpS ha de ser fruto de un trabajo anterior, en el que se establezcan unas pautas que constituyan un programa sólido educativo, que posibilite su seguimiento en el tiempo y su evaluación continuada. La participación del individuo, grupo o comunidad, en estos programas es básica e imprescindible porque no se consideran sujetos pasivos de información, sino sujetos activos en la relación educativa (recordemos la definición etimológica del concepto de *educación*). Por lo tanto, debe tener como objetivo la capacitación de las personas y grupos de la comunidad para tomar decisiones sobre su salud, de manera que la decisión más fácil de tomar sea la que promueva la salud.
  
7. La participación del individuo, grupo o comunidad es básica e imprescindible (no sujetos pasivos de información, sino sujetos activos en la relación educativa). Coinciden a su vez muchas definiciones, en el papel de la EpS, para la capacitación de las personas y grupos de la comunidad a la hora de tomar decisiones sobre su salud, de manera que la decisión más fácil de tomar, sea la que promueva la salud.

Los destinatarios de la intervención no son simples receptores pasivos de información o prescripción, sino que se configuran como sujetos activos de las relaciones educativas.

8. Se lleva a cabo desde equipos multidisciplinares, incluidos profesionales no sanitarios. La EpS no constituye un objetivo en sí misma, sino que constituye una herramienta al servicio de la promoción y de las políticas de salud.

Tal como se refleja en el siguiente esquema (Figura 4): Si partimos de un conocimiento científico del proceso de salud-enfermedad (S-E), como fenómeno multidisciplinar, y de la unidad formada por el individuo y el medio ambiente, como realidad compleja. Los representantes de las diferentes disciplinas son los profesionales de la salud.

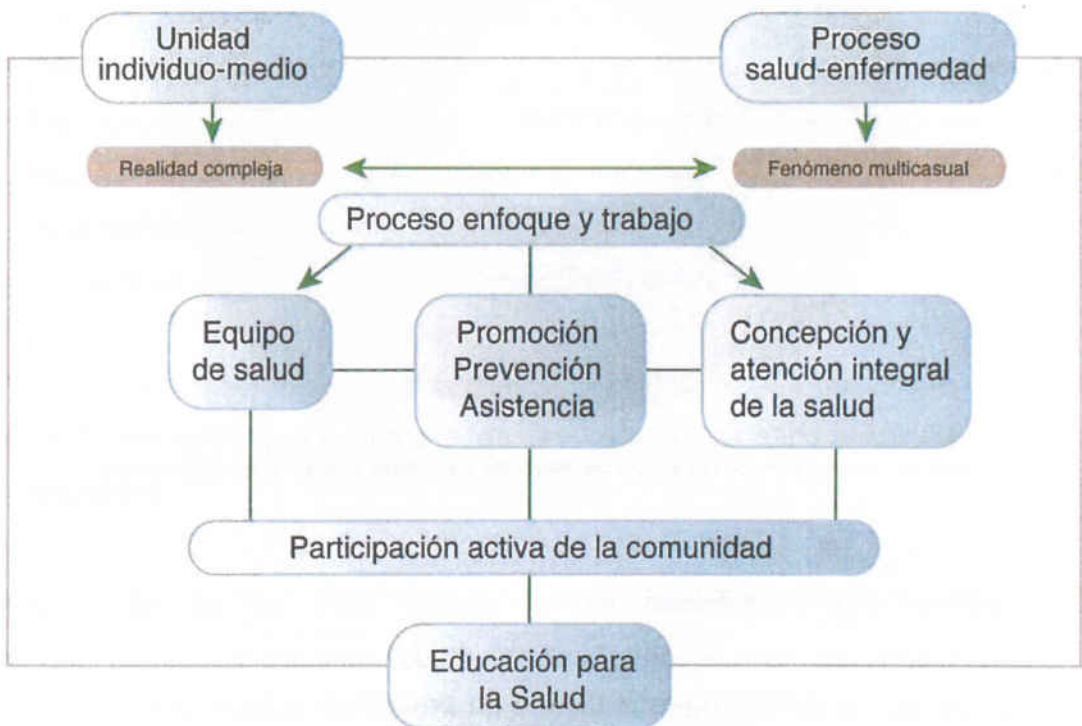


Figura 4: Trabajo multidisciplinar en la Educación para la Salud. Fuente: Elaboración propia

La salud es un concepto relativo ligado a la percepción intrapersonal y sujeto a variables biológicas, psicológicas y sociales, por lo que no es fácil de medir. Para analizar esta realidad solo podemos hacerlo desde procesos y enfoques multidisciplinarios, que nos llevarán a una concepción integral de la atención de salud con el fin de concienciar, organizar, promover, prevenir, atender y rehabilitar, mediante la participación activa de los individuos y de la comunidad.

La naturaleza interdisciplinar de la EpS queda patente en el siguiente esquema, (Figura 5) en el que las diversas disciplinas se hallan relacionadas con las preguntas a las que responden en el seno de la EPS:

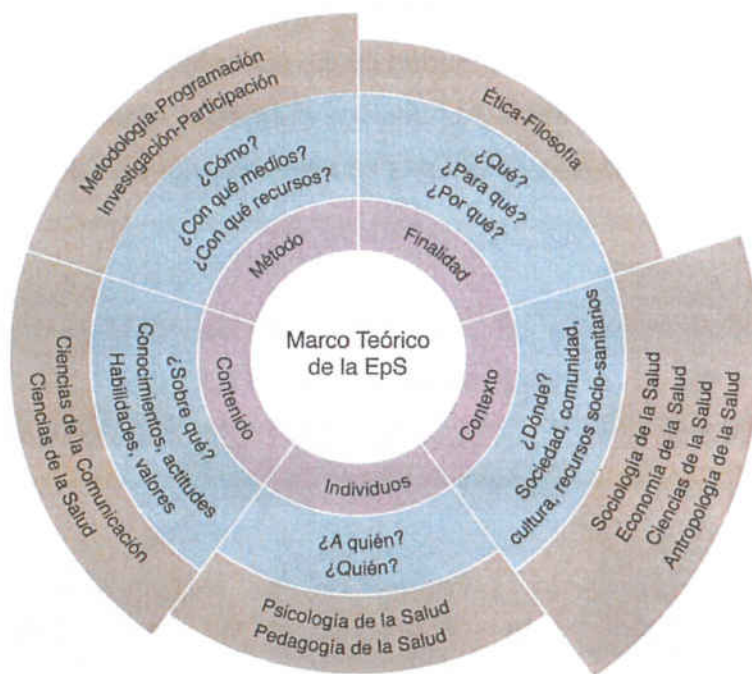


Figura 5: Las relaciones de la EpS con las diferentes disciplinas. Fuente: Elaboración propia.

9. Constituye una intervención en la cultura, tanto en individuos como en comunidades, ya que tiende a incidir en los conocimientos, los valores y el comportamiento de la gente mediante un proceso de comunicación interpersonal. La EpS es una intervención social que tiende a modificar de manera consciente y duradera el comportamiento en relación a la salud. Presupone el conocimiento del patrimonio cultural del grupo y la determinación de sus intereses subjetivos. Aquí la noción de cultura alude al conjunto de maneras de pensar, sentir, valorar y actuar socialmente elaboradas, que las personas interiorizan en cuanto miembro de un grupo o sociedad.

La cultura incide decisivamente en la salud en la medida que determina las modalidades de comportamiento cotidiano y sus usos, así como las creencias y costumbres vigentes en cualquier sociedad.

En las intervenciones educativas se confunde muchas veces *educación* (práctica formativa que tiene en cuenta el contexto cultural) con *instrucción* (enseñanza descontextualizada) y se olvida que nuestras actitudes relacionadas con la S-E forman parte de un comportamiento más amplio, determinado por nuestro contexto cultural y social (Antón y Méndez, 1985).

Thomas Mckeown (1982) en su libro "El papel de la medicina: ¿sueño, espejismo o némesis?", reconoce que la mayoría y mejoría de la salud es probable que proceda de la modificación de las condiciones y factores sociales y materiales (higiene, alimentación...), que llevan a la enfermedad más que de la intervención (vacunas) en el mecanismo de la misma después de que haya ocurrido. La intervención en EpS no consiste en una simple transmisión de información científica culturalmente neutra, sino que, por el contrario, se configura en una auténtica intervención en la cultura de los individuos, ya que tiende a incidir en los conocimientos, los valores y los comportamientos de la gente.

10. Como toda actividad educativa, la EpS, se basa en una concepción del hombre y de la sociedad y del proceso de S-E. Marco conceptual de toda intervención educativa.

A modo de resumen de lo visto hasta aquí, puede afirmarse que en la EpS existen tres ejes comunes a las definiciones:

- a. Las relaciones entre disciplinas, profesionales y contextos.
- b. El cuidado de sí mismo. Ayudar al individuo a hacer su elección y a tomar decisiones adecuada a su salud y bienestar. Potenciando el autocuidado y la autonomía personal.
- c. El papel de la participación y de los compromisos adquiridos con la comunidad y el entorno.

### **2.3.1. Hacia una propuesta de definición de EpS.**

Podemos observar que la EpS consta de unos componentes conceptuales determinados por varios autores, asociaciones e instituciones en los que confluyen elementos claves: desarrollo de habilidades personales, adquisición de conocimientos, desarrollo de la capacidad de elección, estilos de vida saludables, experiencias con la finalidad de influir positivamente en la salud. A estos elementos hay que añadir las sucesivas definiciones de EpS que van surgiendo de manera dinámica y desde las que tratan de aportar un nuevo, completo e integrador concepto.

La EpS no es un fin en sí misma, sino que constituye un medio cuyo escenario se encuentra en el conjunto de mecanismos empleados para aplicar una política sanitaria. La EpS es una pedagogía de la salud al servicio de la comunidad, que implica la utilización de todo medio capaz de crear motivaciones positivas frente a la salud, de hacer tomar conciencia individual de que es posible actuar individual y colectivamente para mejorar y promover la salud, de hacer consciente al individuo y al colectivo que es responsable de su propia salud, y facilitarles una adaptación de su comportamiento dentro de este objetivo (Bury, 1992). Para el mismo autor la EpS es una acción ejercida sobre el sujeto o sobre un grupo de sujetos, una acción aceptada e incluso solicitada por ellos, con objetivo de modificar profundamente sus maneras de pensar, de sentir y de actuar, para desarrollar al máximo su capacidad de vivir, individual y colectivamente, en equilibrio con su entorno físico, biológico y sociocultural. También debe ser esencialmente liberadora, es decir, debe contribuir a despertar en cada cual un sentimiento de responsabilidad sobre su propia salud y la de los demás. Y por último debe contribuir a desarrollar una toma de conciencia crítica sobre la realidad, las características de nuestra inserción en el mundo natural y humano donde vivimos, nuestras relaciones con los seres y las cosas.

Después de todo lo dicho y analizado, y fruto del trabajo de varios años en talleres con alumnado y profesionales, propongo, para enmarcar esta tesis, el siguiente concepto de EpS:

Un proceso educativo (comunicativo), activo, participativo y dinámico, que implica al individuo (familia y comunidad) y a su medio ambiente (socio-cultural), y que debe conducir a cambios positivos en los conocimientos, actitudes y comportamientos relacionados con la salud. Y todo ello, debe llevarse a cabo de forma programada, continuada y con la participación de individuo, grupo o comunidad a través de equipos interdisciplinarios y multisectoriales. (Figura 6).

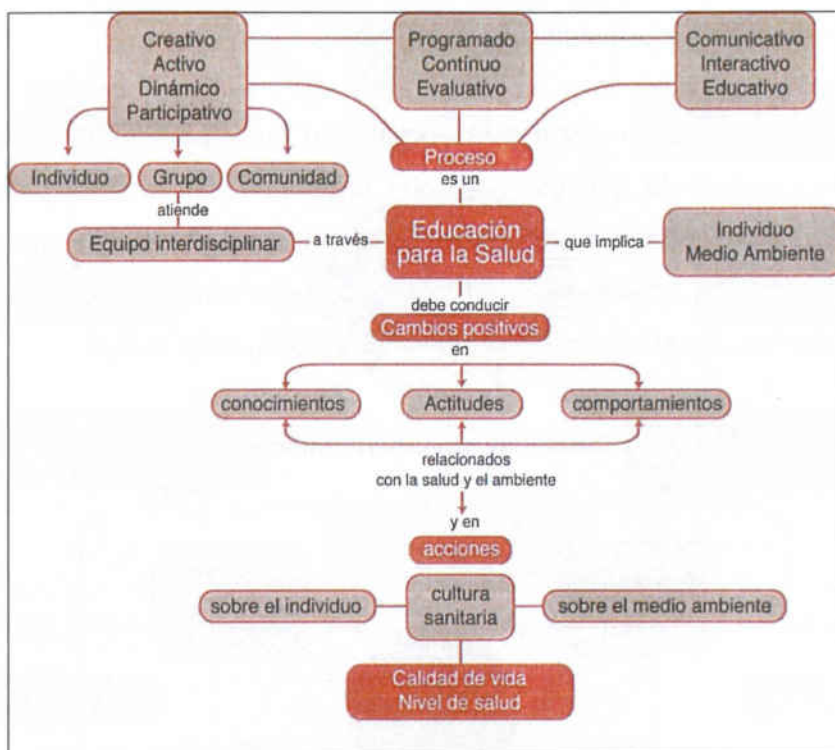


Figura 6: Concepto de Educación para la Salud. Fuente: Elaboración propia.

La EpS es uno de los elementos claves para llevar a cabo actividades de promoción de la salud, de prevención de enfermedades y de modificación de hábitos de vida.

La EpS significa entonces:

- Apoyar la capacidad inherente de la persona para ser competente en su propia salud.
- Ayudar a movilizar todos sus recursos presentes y potenciales.
- Ayudarle a tener una comprensión más clara de su propia conducta, sin establecer ningún juicio, para que tenga un mayor control sobre ella.

No hay acción sanitaria eficaz sin una educación ya que la conducta individual juega un papel decisivo en la etiología, tratamiento y prevención de los problemas de salud

El proceso de S-E debe asumirse como un *continuum* en el que no existe un límite claro y definido que los separe. La salud o su pérdida se transforma en un proceso complejo donde intervienen, de un lado, el sujeto con su propia percepción en relación con su edad, cultura, idiosincrasia y su entono sociofamiliar y, del otro lado, el entorno y la

comunidad en que vive, que es, en último término, la que debe proporcionar los recursos para intentar recuperar dicha salud.

La figura 7 ilustra que nuestra vida está enmarcada en el *continuum* salud/enfermedad. La comunidad social en la que se vive debe crear políticas para la promoción de los hábitos sanos y la prevención de los que no lo sean. En el momento de la enfermedad, son claves la atención asistencial y la posibilidad de rehabilitación que las políticas sociales nos brinden. En el centro de todas ellas, se encuentra la EpS.

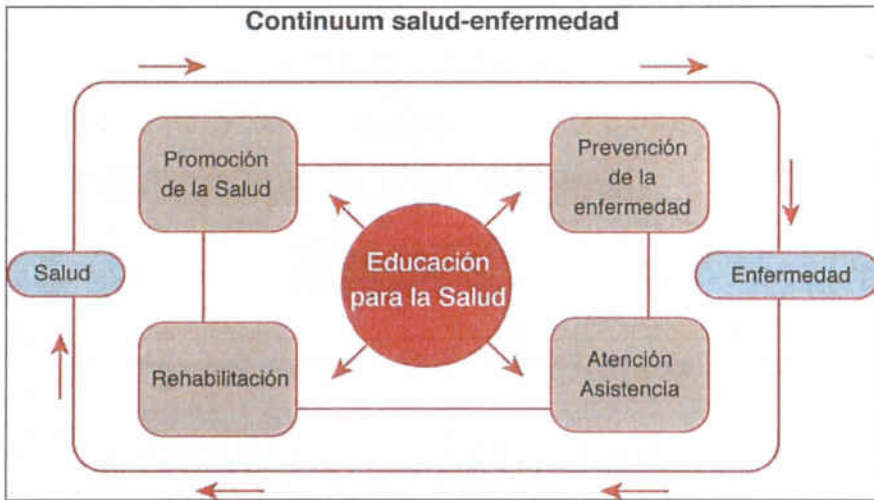


Figura 7: La Educación para la Salud en el *continuum* salud-enfermedad. Fuente: Elaboración propia.

### 2.3.2. El uso de las metáforas en EpS.

Lakoff y Johnson (2001) nos dicen que nuestro sistema conceptual es metafórico y la realidad en sí misma es definida por metáforas. Al igual que en otras disciplinas (psiquiatría de Jung, la psicología y PNL<sup>16</sup>) no ha sido hasta muy recientemente que las metáforas han formado parte de los objetivos de estudio e investigación en el campo de la salud y, más concretamente, en la EpS.

Las metáforas han sido utilizadas en la EpS, tal y como queda recogido en el siguiente esquema (Figura 8), por distintos actores e instituciones. En lo que sigue y para finalizar este capítulo se desarrolla esta idea.

<sup>16</sup> PNL: Programación Neurolingüística.

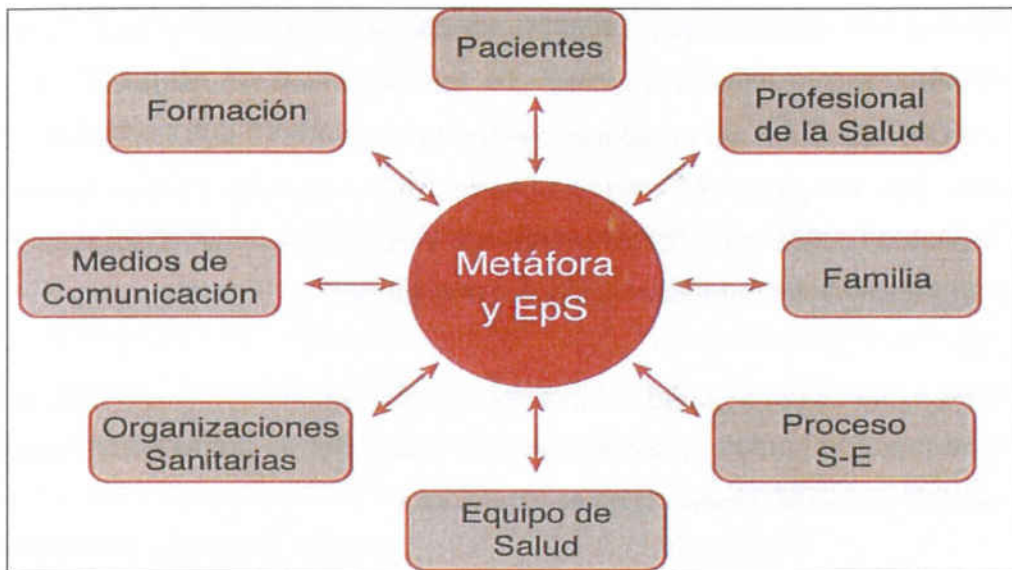


Figura 8: Diferentes puntos de vista de las metáforas y la EpS Fuente: Elaboración propia.

Como se ha visto en el punto anterior, uno de los objetivos de la EpS es que los conocimientos relacionados con la S-E lleguen a los usuarios de la manera más comprensiva posible. Para transmitir estos contenidos, los profesionales de la salud no se limitan únicamente a dar definiciones o conceptos, sino que se valen también de diferentes recursos para facilitar la comprensión a sus usuarios. Entre ellos destaca de forma preferente el uso de las metáforas. Como dice la escritora Susan Sontag (2003:14):

*“Es imposible residir en el reino de los enfermos sin dejarse influenciar por las siniestras metáforas con que han pintado su paisaje”.*

Afirma Shuman (1999:93) que:

*“A menudo, es a través de las imágenes como los pacientes, familias y profesionales pueden empezar a abordar la serie de dolores y sufrimientos que pueden comportar las dolencias como la enfermedad crónica. Las metáforas expresan formas de vivir la enfermedad que comparten las personas. Captan configuraciones psíquicas que se apoderan de las vidas de las personas y las animan durante un tiempo para seguir adelante después”.*

La metáfora es uno más de los recursos didácticos de los que disponemos los profesionales de la salud dedicados a la EpS para conseguir cambios de comportamiento saludables. El conocimiento del idioma y, particularmente de la metáfora, es un valioso recurso para las intervenciones educativas del profesional.



Las metáforas han desempeñado siempre un papel importante en la EpS. Una metáfora es una comunicación indirecta a través de una historia o de figuras del discurso que implican la comparación. Las metáforas afectan la manera en que percibimos, pensamos y actuamos. Son una parte inherente de nuestra vida de cada día (“me he levantado roto”, “me he quedado “congelado”, “estoy hirviendo”...). Las utilizamos conscientemente para comunicar una sensación, una descripción o una situación.

Las metáforas que usamos pueden proporcionar un acoplamiento directo a las emociones y a los patrones profundos del comportamiento y facilitan la comunicación interpersonal, porque constituyen un fenómeno lingüístico colectivo.

Un estudio de las expresiones metafóricas usadas por médicos y pacientes concluye que:

*“Si las metáforas son, de hecho, la encarnación de la experiencia [...] una comprensión de la metáfora es tan importante para los médicos como es una comprensión de la creencia de la salud por el paciente” (Skelton y col., 2002:116).*

Analizando metáforas en EpS podemos encontrar que las supuestas visiones deformadas de conceptos de S-E de enfermeras y pacientes son, en realidad, visiones conformadas históricamente.

Las metáforas enriquecen el lenguaje y la comunicación y todos las usamos continuamente. Los profesionales de la salud son otro colectivo que tienden a usar continuamente la metáfora para explicar a los usuarios el porqué de algunas de sus actuaciones. En contra de lo que podamos pensar, la metáfora entre enfermeras y usuarios tiene un carácter ubicuo, constante, es decir como dice Nubiola, (2000:73) “está por todos los lados”. Sopory (2005) usa la metáfora como método formativo de evaluación de la percepción de las relaciones sexuales y efectos del uso del alcohol. Se demuestra que los estudiantes poseen y utilizan varias metáforas para interpretar dichos mensajes.

Desde los medios de comunicación de masas también se ha hecho uso de las metáforas. Así, en el estudio de Clarke y Everest (2006) se concluye el uso frecuente de metáforas de guerra y batalla a la hora de transmitir noticias sobre el cáncer y el papel que juega en ello el modelo médico imperante. Wallis y Nerlich (2005), se sorprenden al no encontrar “ese idioma” militarista en el seguimiento de las noticias en el Reino Unido

sobre la aparición del Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS). En este caso la metáfora usada era SARS como un *asesino*, entidad individual unificada y no un ejército. Desde los años setenta Susan Sontag (2003) ha acentuado la interdependencia de idioma y estigma de la enfermedad.

El proceso de Enseñanza-Aprendizaje (E-A) es altamente complejo y posiblemente todavía sabemos poco. Pero una cosa que ya sabemos es que las personas aprenden de diversas maneras, por lo que podemos potenciar la EpS consiguiendo que los usuarios *aprendan* reflexionando sobre *lo que dicen*, especialmente en lo referente a las metáforas que usan. Las metáforas son tanto descriptivas como preceptivas. Así, los pacientes se informan de sus propias metáforas y aprenden cómo éstas les limitan o liberan. De esta manera pueden aprender de su propio proceso de aprendizaje.

Retomando una idea del pensamiento de Ortega y Gasset (2004), cuando el paciente se enfrenta a un *síntoma* nuevo y desconocido por él hasta ese momento necesita ponerle nombre. De esta manera, debe recurrir al *repertorio* del lenguaje más usual para él, donde cada expresión tiene ya definida una significación. Con ello consigue, sobre todo, hacerse entender, al seleccionar una palabra que tiene alguna similitud con la nueva. Este nuevo término adquiere significado gracias a la antigua palabra, sin abandonarla. Esto es la significación de metáfora.

A diferencia de la analogía, la metáfora traslada una idea de un contexto a otro (en el caso de enfermeras y usuarios, traslada los fenómenos de la S-E a fenómenos cotidianos, familiares para los usuarios). Por eso, en el campo de la salud es importante para los enfermos y profesionales de la salud ser conscientes de las metáforas -de S-E- que los usuarios utilizan para orientarse a través de sus experiencias o vivencias de S-E.

Y es que una de las formas fundamentales que tenemos para aprender es a través de las metáforas. Estableciendo nuevas asociaciones en nuestras mentes, creando nuevos significados..., las metáforas nos lo facilitan. "Las arterias obstruidas son como cañerías...". Todos los grandes *maestros* como Buda, Mahoma, Confucio, Jesús..., han utilizado metáforas para transmitir el significado de sus palabras al hombre común. Sus enseñanzas han perdurado no por lo que dijeron solamente, sino por la forma en que lo dijeron.

Como Lakoff y Johnson señalan (2001:198):

*“Una metáfora puede por tanto ser una guía para la acción futura. Tales acciones encajarán, por supuesto, en la metáfora. Esto reforzará, a su vez, el poder de la metáfora para hacer una experiencia coherente. En este sentido las metáforas pueden ser profecías”.*

Debemos asumir que, a veces, nuestras intervenciones educativo-asistenciales fallan o no funcionan a nivel lógico-racional, por lo que creemos que las metáforas nos pueden ayudar a entender mejor los vacíos entre la evidencia científica y la complejidad de la práctica, así como también las diferencias entre las experiencias de los *profesionales de la salud y los usuarios*. Como dicen Costa y López, (2008:316):

*“Lo atractivo de la metáfora es que resulta un sutil juego al comunicar una cosa en términos de otra, además de permitir recrearnos con variadas escenas y personajes que suscitan y despiertan emociones susceptibles de ser bien percibidas y aceptadas desde diferentes perspectivas”.*

La metáfora es un recurso excelente para la EpS ya que permite configurar un mensaje de una manera inusual, atractiva y llena de matices. Es un recurso enormemente didáctico porque concita una gran riqueza de significados y de connotaciones emocionales que hacen que lo que expresamos se comprenda y se retenga mejor y, además, tenga mayor impacto. (Costa y López, 2008:317):

*“Es también un recurso de gran sutileza para comunicar mensajes y contenidos difíciles de aceptar, así como para incitar a la experimentación y al cambio de perspectivas sin provocar resistencias”.*

Penson y sus colaboradores (2004:708), en su trabajo con pacientes con cáncer valoran la importancia que tienen las metáforas para “iluminar los problemas complejos y pintar mil palabras”. Se plantean el dilema de qué hacer cuando el lenguaje y las metáforas que usan profesionales y pacientes tienen perspectivas diferentes y creen imprescindible la necesidad de encontrar metáforas que trabajen para el profesional y el paciente, especialmente partiendo de las metáforas que surgen de los pacientes. Están convencidos de que “nuestra comunicación/lenguaje puede ser enormemente poderoso para ayudar a los pacientes a entender la trayectoria de la enfermedad”. Así, afirman también que en la relación entre el paciente y la enfermedad, allí existe una diferencia sustancial entre la noción cotidiana del paciente de enfermedad y el concepto médico de enfermedad. El paciente entiende la noción de enfermedad en el armazón de experiencias vividas, pero entiende la concepción médica de enfermedad en un armazón

científico, desconectado del significado real de la situación. La metáfora puede puentear el hueco entre la experiencia de Enfermedad y el mundo tecnológico y tratamiento.

### **2.3.3. Algunos estudios y evidencias.**

Son varios los estudios que analizan las expresiones metafóricas de profesionales de la salud y los pacientes:

Tompkins y Lawley (2002) explican por qué la metáfora es una manera natural de describir la enfermedad y la salud, la importancia de reconocer las metáforas de los pacientes y cómo el trabajo con y desde las metáforas puede activar el proceso curativo de un individuo. Skelton y sus colaboradores (2002) afirman que los médicos tienden a utilizar metáforas que asumen que *el cuerpo es una máquina (máquina que tiene un desgaste y puede repararse); la enfermedad es un rompecabezas (los síntomas son los problemas de las pistas que tienen que ser solucionados); y un doctor es un regulador (administra medicación, maneja síntomas controla la enfermedad)*. Las metáforas de los pacientes, por otra parte, son más vivas y expresivas (*“el diablo entró en ella”, “tiene que estar entre algodones”*). Incluso cuando ambos utilizan los mismos términos *tensión, relajación, nervios*, etc., los médicos tienden a utilizarlos literalmente mientras que los pacientes los utilizaron metafóricamente. En cambio los pacientes utilizaron metáforas como *embotado, apuñalado y sostenido* para describir dolores, pero estas palabras nunca fueron utilizadas por los médicos que participaron en el estudio. Los autores concluyen que las metáforas son, de hecho, la encarnación de la experiencia y que una comprensión de la metáfora es tan importante para los profesionales de la salud como una comprensión de la creencia de la salud por el paciente.

La metáfora es una característica importante de las reuniones de grupo entre médicos y enfermeras (Ibba, 1991; Vidal, 2000), y el análisis de la metáfora conceptual se ha usado como método para la evaluación formativa en temas relacionados con la sexualidad y consumo de alcohol. (Sopory, 2005). Para conocer modelos metafóricos de pensamiento sobre el cáncer a través de narrativas de sus experiencias de vida con dicha enfermedad (Gibbs y Franks, 2002). Las metáforas, no sólo se limitan a explicar el síntoma o la

enfermedad, sino que por su componente más afectivo y visión global ofrecen un enfoque total de cómo se siente esa persona.

Mc Crikerd (2000:342) evaluó las metáforas y modelos que se usan en las organizaciones sanitarias (hospital) para entenderlas:

*"...miramos ahí fuera en lugar de aquí dentro. Esto fomenta la dependencia de los profesionales de la salud, como si ellos controlaran nuestra capacidad curativa (...) Sabemos que nuestro estilo de vida, nuestros hábitos de alimentación y nuestros esquemas de pensamiento contribuyen a la acción de azotes actuales como el cáncer o las enfermedades cardíacas. No podemos defendernos por completo frente al mundo, pues formamos parte de él".*

Wolf (1996) estudia cómo en una población (profesionales, usuarios y políticos) se describen los procesos corporales, en los que las metáforas sobre *alimentación* eran claves. Holzinger y col. (1998) trabajan la representación social de la esquizofrenia y cómo sus metáforas se interpretan como el resultado de un proceso de concreción que se apoya sustancialmente por la representación de las personas con la enfermedad mental en la literatura y los medios de comunicación. Valdiserri (1987) revisa desde un proceso histórico y perspectiva psicosocial el sida. En su génesis analiza la propensión humana para reaccionar metafóricamente a la enfermedad y la importancia para una buena intervención pública de reconocer las metáforas sobre las enfermedades venéreas y el sida en particular.

Olsson y col. (1998) describen en su estudio la metáfora de la *tela de araña* para describir las vivencias y los significados de la paternidad y para Moix, (2006:118):

*"No existe un modo racional de ver la realidad, sino metáforas más útiles que otras en determinados casos y lo que intentan cambiar o trabajar son las metáforas que emplea el cliente como gafas de su realidad".*

Puede pareceros que encontrar metáforas en los discursos del paciente no es fácil. Sin embargo, sus relatos suelen estar llenos de ellas. Mallinson, Kielhofner y Mattingly, 1996. (Citado por Moix, 2006) analizando las narraciones de 20 clientes psiquiátricos, concluyeron que era un proceso habitual que los pacientes incluyeran metáforas en sus historias para darles sentido. Núñez, (2004:10) comenta que:

*"Cada metáfora ilumina tanto como esconde, cada metáfora posibilita tanto como entorpece".*

Sobre las limitaciones de las metáforas nos habla muy claramente Reisfield y Wilson (2004). En su artículo nos describen lo ampliamente que se emplean en el mundo oncológico. Para la descripción del cáncer es bastante frecuente el uso de metáforas bélicas:<sup>17</sup> (las células cancerígenas “invaden”, “colonizan”..., las “defensas” del organismo..., el “invasor tumoral”..., con la radioterapia se “bombardea” las células “malas” del paciente..., puede haber daños “colaterales” con el tratamiento.... la “guerra” contra el cáncer...), aunque también de otros tipos. Las metáforas, según Reisfield y Wilson, ayudan a explicar la enfermedad, pero en muchas ocasiones puede dar lugar a malos entendidos e, incluso, puede provocar emociones negativas si el paciente no se encuentra a gusto con la metáfora que se emplea (citado por Moix, 2006). Un ejemplo ha sido el video de The Pink Ribbons<sup>18</sup> sobre el cáncer de pecho en las mujeres.

Recordemos que comprensión y metáforas, metáforas y mundos de experiencia, metáforas y acción, están configurando la manera cómo los profesionales y usuarios van incorporándolas a sus procesos de S-E, a la vida cotidiana. La EpS usa con frecuencia las metáforas como un recurso pedagógico para conseguir cambios saludables en los usuarios. Las metáforas ayudan a comprender mensajes relacionados con la S-E importantes para los pacientes y los profesionales. Contar historia o metáforas es un recurso ampliamente utilizado en EpS.

Las metáforas que el usuario verbaliza son un material que se nos puede pasar por alto. Las metáforas, especialmente violentas, juegan un papel casi omnipresente, aunque ampliamente desconocido, tanto en el discurso médico como en el no especializado. (Hodgkin, 1985) Coinciden varios autores (Hodgkin, 1985; Reisfield y Wilson, 2004), las metáforas pueden ser más que meros recursos retóricos, se pueden convertir en una poderosa influencia en la práctica médica y en la experiencia de enfermedades. Por ejemplo, la Sociedad Andaluza de Médicos de Familia y Comunitaria (SAMFyC, 2011)) recomienda en su guía clínica sobre la diabetes utilizar ejemplos y metáforas próximos a la vida cotidiana del paciente para explicarle qué es la diabetes. Y también el Dr. Figuerola (1997) hace referencia a las metáforas como recurso didáctico y recomendable para la EpS de las personas con diabetes.

---

<sup>17</sup> Susan Sontag (2003:93) afirma que “la metáfora militar apareció en medicina hacia 1880, cuando se identificaron las bacterias como agentes patógenos. Se decía que las bacterias “invadían” el cuerpo, o que “se infiltraban” en él”.

<sup>18</sup> Video en [http://www.nfb.ca/film/pink\\_ribbons\\_ina/download/Rent](http://www.nfb.ca/film/pink_ribbons_ina/download/Rent).

Reisfield y Wilson, (2004) concluyen que para los médicos, las metáforas pueden ser herramientas útiles para ayudar a los pacientes a entender complejos procesos biológicos. Para los usuarios, pueden poner orden en un mundo de que de golpe han visto desordenado, ayudándolos a entender, a comunicar, y, por tanto, a controlar simbólicamente sus enfermedades. Y, para las relaciones entre médicos, puede servir como base para entender conjuntamente la realidad clínica. Los mismos autores citan diferentes trabajos en los que han trabajado el cáncer con diversas metáforas: una partida de ajedrez, una maratón, un baile, un drama, una subida al Everest (metáfora usada por R.V. Young), ir en bicicleta (usada por Lance Armstrong), etc. Para todos ellos:

*“Las metáforas son omnipresentes en el pensamiento y en el discurso de paciente y médicos y puede tener un efecto profundo en la experiencia del cáncer: facilitan la comunicación, dan coherencia a las experiencias específicas de la enfermedad y pueden servir como poderosas herramientas para establecer una comprensión consensuada en la relación terapéutica”* (Reisfield y Wilson, 2004: 29).

Hay que conseguir escuchar las expresiones metafóricas de los pacientes y hacerlas aflorar si es necesario. Los profesionales de la salud son otro colectivo que tiende a usar continuamente la metáfora para explicar a los usuarios el porqué de algunas de sus actuaciones.

Las metáforas también nos ayudan a entender las vivencias, no sólo de un usuario, sino de todo su entramado familiar más cercano. Smith (1998) con la metáfora del *escudo proteccionista* explica cómo las enfermedades crónicas afectan a todos los miembros de una familia. Pepe y col. (1998), usan las metáforas de la cadena de recuperación para describir una serie de acciones secuenciales de un equipo de salud ante una emergencia. Hartrick y Schreiber (1998) estudian el uso de las metáforas por enfermeras para analizar sus prácticas, sus modelos y los conflictos que estos generan. El estudio de la metáfora es un valioso acercamiento a la comprensión de la vivencia de los procesos de S-E por parte del usuario y también del profesional. Las metáforas se usan también para conseguir cambios en profesionales de enfermería y en las organizaciones de salud (Rowe y Hogarth, 2005). Para trabajar y mejorar las relaciones profesional-usuario (Burns, 1994) o para describir actividades de aprendizajes y ayudar a los alumnos a pensar metafóricamente (McAllister, 1995).

Los profesionales de la salud y también los usuarios son muy ricos en metáforas. Las metáforas son la manera en que ellos hablan de su percepción de la S-E usándolas para hablar de otra cosa. Al decir esto me refiero, en palabras de Lakoff y Johnson (2001), a que la metáfora está en la vida diaria, no sólo en el lenguaje, sino también en el pensamiento y la acción y a que nuestro sistema conceptual ordinario es fundamentalmente de naturaleza metafórica.

Las metáforas que usan profesionales de la salud y usuarios también pueden reflejar un componente sensorial, afectivo y emotivo de su experiencia de dolor y desempeñan un papel importante expresando los aspectos de intensidad, duración y calidad:

*“Las implicaciones para las enfermeras de Cuidados Intensivos sugieren que necesitan estar atentas a las metáforas y palabras que utilizan los pacientes para describir su dolor torácico, ya que con frecuencia expresan conceptos componentes de intensidad, calidad y emociones” (Albarrán y col. 2001:164).*

Además:

*“La valoración de la documentación precisa de dolor torácico posibilita al equipo de enfermería guiar los cuidados de acuerdo a las necesidades individuales y, mediante la aplicación de las mismas palabras utilizadas por la persona en la descripción del dolor torácico, originará una experiencia más significativa” (Albarrán y col. 2001:173).*

Así pues, las metáforas son herramientas muy completas que ayudan a los profesionales de la salud a crear descripciones de situaciones o escenas de fenómenos complejos. Por todo lo dicho creo que la metáfora en EpS permite unir mucho más la integración conceptual y la eficacia de las intervenciones educativo-asistenciales.

#### **2.4. Comunicación y metáforas.**

Nos dice Boquera (2000) que, aunque los mecanismos de creación metafórica no son estrictamente lingüísticos, sino más bien conceptuales, es el análisis lingüístico el que permite acceder a ellos, porque los conceptos se materializan mediante el lenguaje. La metáfora dota de soporte material físico y analizable, de estructura lingüística, a una idea que, *per se*, carecía de ello. Las metáforas nos ayudan a traducir nuestro mundo a palabras y ayuda a los profesionales a acercar su propio mundo a los demás. Una página llena de fórmulas matemáticas, de teoremas, de supuestos lógicos, de nombres incomprensible, sólo podrá ser descifrada por un grupo de expertos, no por el hombre de la calle. Como decía Einstein (1984:97):



*“No es necesario que un concepto vaya ligado a un signo sensorialmente perceptible y reproducible (palabra); pero si de hecho lo está, entonces el pensamiento se torna comunicable”.*

Podemos tener muchos conceptos en la cabeza, pero lo importante es poder transmitirlos a los demás por medio de la palabra, hacerlos comprensibles, que se puedan aprehender, es decir, comunicar. La EpS tiene éste objetivo y las metáforas nos ayudan en su consecución (Boquera, 2000).

Una cita que ponen en boca del filósofo Thomas Kuhn, nos dice: “No vemos nada hasta que no tenemos la metáfora correcta para ello”. (Citado por Sprenger (2005:22). La metáfora impregna todos los aspectos de la comunicación humana: Internet es una *autopista* de la información, el cerebro humano se divide en dos *hemisferios*, existen diferentes *escuelas* de pensamiento pedagógico/filosófico, etc. A menudo están ocultas y embebidas en las palabras de nuestro lenguaje diario. Dan forma a nuestras visiones del mundo, ideas, pensamientos y acciones. En consecuencia, a menudo es a través de las imágenes metafóricas cómo los pacientes, familias y profesionales pueden empezar a abordar la serie de padecimientos físicos y psicológicos que pueden comportar las dolencias como la enfermedad crónica. Las metáforas expresan formas de vivir la enfermedad que comparten las personas. Captan configuraciones psíquicas que se apoderan de las vidas de las personas y las animan durante un tiempo para seguir adelante. Pero, y tal como advierte Shuman (1999), con ello no se pretende crear literalmente nuevos *tipos*. Hacer tal cosa sería repetir el error del médico o psicoterapeuta que confunde la realidad de una persona que sufre con la utilidad de la nomenclatura diagnóstica.

Para Lakoff y Johnson (2001), la comunicación se basa en el mismo sistema conceptual que usamos al pensar y actuar, y afirman que el lenguaje es una importante fuente de evidencias acerca de cómo es ese sistema. Siguiendo a estos autores, podríamos decir que un determinado grupo cultural posee un particular sistema metafórico que le servirá como marco de percepción en la construcción de la visión del mundo y de las otras personas. En esta línea Lizcano (1999:29) añade:

*“Las metáforas no sólo pueblan los discursos, sino que los organizan, estructurando su lógica interna a la par que sus contenidos. Lo relevante para el científico social está en que, a través del análisis de las metáforas, puede perforar los estratos más superficiales de los discursos para acceder a lo no dicho en el*

*mismo: sus pre-supuestos culturales e ideológicos, sus estrategias persuasivas, sus contradicciones o incoherencias, los intereses en juego, las solidaridades y los conflictos latentes... Es decir, el estudio sistemático de las metáforas puede emplearse como un potente analizador social”.*

Visto de este modo, la metáfora es un recurso de gran valor para estudiar aspectos pedagógico-didácticos que subyacen en los discursos de las intervenciones educativo-asistenciales y que son parte de representaciones sociales de una concepción de la S-E.

Scheper-Hughes y Lock (1987) analizan la enfermedad como una forma de comunicación y es a través de ella que la naturaleza, la sociedad y la cultura hablan simultáneamente. Es en esta simultaneidad donde la metáfora aparece. (Gwyn, 2002).

En el discurso educativo-asistencial encontramos permanentemente metáforas. Algunas de ellas nos pasan desapercibidas tanto para los profesionales de la salud como para los usuarios. Nuestro lenguaje cotidiano está impregnado de metáforas, de las que a veces ni nos percatamos: “se me heló la sangre”, “me clavó un puñal en el corazón”, etc., son expresiones metafóricas corrientes para referirse a vivencias de otro nivel. Tenemos metáforas para definir al mundo y a la vida: “la vida es un valle de lágrimas”, “el mundo es un pañuelo”, etc. Todas estas expresiones se basan en metáforas y parece que es difícil pensar acerca de la comunicación sin ellas. Lo interesante es que si definimos metafóricamente al mundo de determinada manera, será más congruente que actuemos de un modo y no de otro. En el lenguaje existe una identidad entre palabra-idea, las palabras son ideas pero también las ideas son palabras. De esta manera, cuando uno piensa se comunica consigo mismo y al hablar expresa en voz alta los pensamientos e ideas. No podemos olvidar que las palabras y las frases se refieren a algo o a alguien, tiene significado, conllevan un contenido. El análisis de ellas nos permitirá entrar en otro nivel de comunicación para facilitar los cambios de conducta en EpS y comprender la comunicación como un fenómeno social que nos involucra a cada uno de nosotros con otros seres humanos (Krippendorff, 1997).

En nuestras intervenciones educativas-asistenciales podemos usar o escuchar habitualmente expresiones como “estos resultados no cuadran”, “nuestro cuerpo es como una máquina-coche”, “el cáncer ha invadido otros órganos”, “las epidemias ya son el pan de cada día”, etc. Y escuchar también significa entender el lenguaje en el cual surgen

estas metáforas cotidianas y comprender las prácticas de la comunicación en las cuales ellas están inmersas y, cómo no, también se trata de comprender al otro en los contextos comunicativos en los cuales participamos habitualmente.

Muchas pueden ser las motivaciones para enfrentarse a la enfermedad y a sus traumas a través de metáforas. Lo cierto es que, como hemos visto anteriormente, en el discurso de la enfermedad abundan las metáforas. Las dificultades para hablar de ciertos síntomas de la propia enfermedad generan una brecha/abismo en la comunicación entre profesionales y pacientes. Las metáforas pueden ser puentes para facilitar la comunicación y la comprensión y nos ayudan a clarificar y entender nuestra *nueva realidad* (el cuerpo es como una máquina).

Nuestro idioma es básicamente metafórico. Pensamos en metáforas. Las metáforas pasan a ser recursos pedagógicos en nuestras intervenciones que, al igual que los medicamentos, debemos elegir con cuidado para cada paciente. No todos estamos preparados para que nos comparen con un "viejo coche"..., y nos "cambien alguna pieza".

La comunicación puede ser otra cosa que una mera transmisión de una información entre emisor y receptor. Nos enfrentamos a un proceso más complejo. La metáfora en EpS puede reflejar hipótesis (visiones del mundo) de una transmisión o modelos/paradigma de conducta. Porque las personas que expresan una u otra metáfora son portadoras de alguna manera de diferentes intereses en tanto que están posicionadas en lugares diferentes. Hay metáforas que sintonizan mejor que otras con sus *promotores*.

Conocer y analizar el lenguaje metafórico nos permitirá sintonizar y comprender el significado real que tiene para el usuario el tema que nos quiere contar. Conocer de dónde parte el paciente y a dónde quiere llegar ayudará a que nuestra intuición conecte con la metáfora más apropiada. La metáfora puede ser una imagen, una historia, un cuento, un ejemplo o una frase que nos sirva como enlace, como un puente que nos lleve de donde está ahora el paciente hasta donde en realidad desea llegar.

Zavadivker (2005) lo expresa mejor cuando comenta que dado que sólo somos capaces de percibir y pensar de una forma lineal y sucesiva, y que el lenguaje no nos permite condensar de un modo simultáneo la multiplicidad de aristas que reviste la realidad, todo

concepto resulta de la selección y priorización de un rasgo único de la realidad aludida y quedan empujados los demás, con lo cual podemos considerar al concepto como la puerta de acceso a una visión reductiva del mundo.

El uso de la metáfora nos permite una comunicación más directa que la descripción. Las metáforas ayudan a la comprensión de un tipo de experiencia o evento en términos de otra. El pensamiento humano es en gran medida un proceso metafórico. Busen y Engebreston (1999), basándose en la evidencia lingüística, comentan que la mayoría de nuestros sistemas conceptuales son de naturaleza metafórica y muchos de estos sistemas conceptuales rigen nuestras funciones cotidianas de una manera inconsciente.

Las metáforas enriquecen el lenguaje y la comunicación y todos las usamos continuamente. Aún más, el recurso a la metáfora es tan frecuente, por ejemplo, en el mundo científico, que a veces se dice que "la ciencia es pura y dura metáfora de la realidad".

Carmen Sebastián (2001) defiende que el lenguaje indirecto o metáfora no sólo es un instrumento de comunicación, sino algo mucho más profundo. Efectivamente, sirve para el fenómeno comunicativo, pero también puede convertirse en semilla de cambio y eso es, precisamente, lo que le hace extraordinariamente rico en contenido y forma. Y de ahí su uso en las intervenciones educativas-asistenciales.

La metáfora expresa también un juicio de valor porque la imagen asociada que introduce provoca una reacción afectiva, es decir, que sirve para expresar una emoción o sentimiento que intenta ser compartido. La metáfora tiene como base una comparación, un traslado. Pertenece al campo del lenguaje connotativo, es decir, que designa una realidad con un nombre que no es el suyo, sino que pertenece a otra realidad completamente distinta:

*"Supone una ruptura con la lógica del lenguaje, que consiste en llamar a las cosas por su nombre, por lo que el destinatario necesitará conocer las claves para poder interpretar el mensaje"* (Helguera, 2004:4).

Es aquí donde también se generan las incomprensiones y conflictos entre profesional y usuario, y sus soluciones desearían ser el punto de llegada de este trabajo.

En EpS se utiliza este recurso para que el usuario capte el mensaje, para convencer, provocar una reacción, para que comprenda, en definitiva, para facilitar la comunicación.

Un estudio realizado en Estados Unidos de América por Cohen y col. (2001), sobre la muerte prevenible por errores médicos, concluía que los desaciertos provenían de fallos en las prescripciones, de “agujeros en la comunicación y de un personal distraído”. Es evidente la necesidad de formar a los profesionales de la salud en reconocer metáforas de los pacientes como descripción exacta de la enfermedad y de esta manera reducir estos *agujeros* de la comunicación. La comunicación es responsabilidad de quien comunica, pero el receptor de la comunicación, en este caso, el profesional sanitario, debe estar capacitado para interpretar correctamente el mensaje.

El estudio de Goodman (2001) sobre enfermeras y cuidados de lactantes concluye que conocer las metáforas que usan en los cuidados ofrece una oportunidad de examinar lo que por otra parte sería tácito o incluso mal entendido en sus intervenciones. Entre nuestras ideas preconcebidas sobre el lenguaje y su uso se encuentra la supuesta literalidad de nuestros mensajes, literalidad que únicamente se vería rota en los mensajes figurados propios de la poesía. Sin embargo, al hablar no pensamos en reproducir literalmente una realidad, sino en conseguir que nuestro interlocutor llegue al enriquecimiento pragmático oportuno, que se creen el mayor número de inferencias pertinentes con el menor esfuerzo.<sup>19</sup> Con ello, la metáfora nos ayuda también a ser pragmáticos. Sería un caso extremo de uso aproximado, es decir, no literal. Con ella, el emisor pretende que el receptor obtenga unas *visiones/conceptos* que serían inalcanzables con un uso literal del lenguaje. En éste caso, la metáfora no será un mecanismo extraordinario, sino un fenómeno perfectamente explicable por el mismo principio que rige el común de la comunicación humana: se busca la pertinencia para obtener más comprensión.

Bandler y Grinder (1975) explicaron que cuando la gente usa el lenguaje está creando un modelo o representación de su experiencia. Esa experiencia, a su vez, está basada en sus percepciones del mundo. Completando el ciclo, esas percepciones están moldeadas y

---

<sup>19</sup> En la primera mitad del siglo pasado, el semiótico Charles W. Morris (1994) concibió el estudio de la Teoría de los signos, o semiótica, a partir de tres disciplinas: la sintaxis, la semántica y la pragmática. La sintaxis atendería a la relación formal entre un signo y otro; la semántica, los vínculos entre los signos y los objetos a los que se refieren; y se ocuparía de la relación entre los signos y sus intérpretes, la pragmática.

limitadas por el modelo. Nos encontramos, pues, con el hecho probado de que el uso de la metáfora es una herramienta comunicativa de gran alcance y extensamente utilizada.

Warne y Stark (2004), en un estudio sobre el uso de los servicios de salud mental del Reino Unido, sugieren que el uso de metáforas, como forma de comunicación compartida, pudiera ser un eficaz primer paso de trabajo y comprensión mayor entre los diversos servicios, ya que “las metáforas empiezan a iluminar una manera pragmática de pensar”.

Según Tompkins y Lawley (2002), aparte de algunas metáforas usadas igualmente por los doctores que por los pacientes (enfermedad es un “ataque” y una “lucha”; o la enfermedad es fuego y dolor “que quema”), no hay un código comunicativo común entre ambos. Podemos concluir, pues, que los profesionales de la salud y sus pacientes hablan distintos idiomas. No es pues de extrañar que muchos pacientes no se sientan escuchados, comprendidos, y que se den errores en la comunicación. Por este motivo Capra (2006) nos habla de la importancia de *compartir* metáforas y hace referencia a la antropóloga Margaret Mead cuando dice que en el proceso curativo la parte más importante de la comunicación ocurre en el nivel metafórico.

En el ámbito de la S-E el lenguaje está lleno de traslaciones. Sustenta Pamies (2002) que la fraseología está compuesta sobre todo por metáforas, ya que sus formas pluriverbales representan en bloque un concepto a partir de otro. Encontramos ejemplos ampliamente utilizados, como “subirse por las paredes” (*ira*), “estirar la pata” (*muerte*), “estar ardiendo” (*fiebre*), “helarse la sangre” y “ponerse los pelos de punta” (*miedo*)..., que forman parte de nuestro amplio bagaje de metáforas que nos acompañan en el transcurso de nuestras vidas. Y es que a veces, queremos comunicar algo para lo cual no encontramos palabras y una metáfora puede ofrecer una interpretación para la comprensión de esarealidad, en la medida que aporta una visión diferente y aclaratoria de lo que queremos transmitir.

De nuevo Lakoff y Johnson (2001) plantean que las metáforas se encuentran entre nuestros principales vehículos de comprensión y, por lo tanto, desempeñan un papel central en la construcción de la realidad social, política y en muchos otros ámbitos, entre los cuales nosotros añadiremos el de S-E. El *Diario Británico del Estudio General* (citado por Tompkins y Lawley, 2002) presenta un estudio donde demuestra cómo los pacientes utilizan a menudo espontáneamente metáforas para describir sus síntomas (fueron

identificadas hasta 965 metáforas). Las mismas enfermeras se sorprendieron al observar cómo los pacientes podían explicar sus síntomas de esta manera y éstos pusieron de manifiesto que era la primera vez que sentían que alguien realmente había entendido como vivían y experimentaban su enfermedad.

Sabemos el impacto y el poder que tiene el lenguaje verbal en nuestras vidas y si hay expresiones y palabras que tienen un mayor significado e intensidad emocional, éstas son las metáforas. Como seres humanos, pensamos y hablamos constantemente en metáforas. Toda metáfora que utilizamos es el resultado de una serie de reglas, ideas y creencias. Por ejemplo, la visión de la vida como “un valle de lágrimas” o como “una fiesta”, la visión de la muerte como “una liberación” o “el último adiós”...A pesar de todo el poder que tienen las metáforas sobre nuestras vidas es sorprendente comprobar que la mayoría de nosotros jamás hemos seleccionado conscientemente las metáforas con las que representamos los hechos sino que las hemos tomado prestadas de las personas que nos rodean: padres, maestros, amigos...Ser consciente del poder enorme del contenido de nuestras metáforas incluye saber cómo utilizarlas en un contexto apropiado, ya que hay metáforas que, incluso, nos pueden ayudar en nuestras profesiones.

Como observamos, la metáfora es una herramienta lingüística que los profesionales y usuarios utilizan para dar sentido a su percepción de la S-E. La mayoría de metáforas están ya hechas y se usan ampliamente en una cultura o discurso social, mientras que otras son creadas de nuevo por los individuos durante el proceso de la interacción comunicativa. Las metáforas ya hechas reflejan fuertemente las percepciones y actitudes culturales que han existido en una cultura durante muchos años. Las personas con diferentes procedencias lingüísticas y culturales utilizan diferentes metáforas en la comunicación y esto puede llevar a un error de comunicación debido a diferentes interpretaciones de las metáforas culturales.

Al usar metáforas, a veces lo que se pretende es la comprensión entre los profesionales mientras que se oculta el significado para el paciente. En la línea del *antilinguaje* hallydiano (Halliday, 1978), como por ejemplo: tronco cerebral, ataque de gota, elefantiasis, ataque de corazón, bazo irritable, sangre oculta, anemia perniciosa, baile de San Vito, codo de tenista, y muchas más:

*“Porque la facultad metafórica es la fuente primaria de conceptualización y en ningún lugar, aparentemente, experimentamos la necesidad de interpretar una cosa en términos de otra cosa más que en el dominio de la enfermedad” (Gwyn, 2002:124).*

O como también sugiere Vidal (2000), el uso de metáforas entre profesionales de la salud es para fomentar un tipo particular de solidaridad de grupo, reforzando así el corporativismo que, a veces, olvidamos que puede ser perjudicial para el paciente. En esta línea estaría de acuerdo con Lupton (1994:55) cuando afirma:

*“Que las metáforas capacitan a las personas para explicar sensaciones físicas indefinidas y difíciles de expresar como el concepto de dolor”.*

Algunos ejemplos serían: apuñalamiento, quemazón, pinchazo de agujas, rigidez de palo, tensión como la piel de un tambor (refiriéndose a la inflamación), racimo de uvas (refiriéndose a hemorroides prolapsadas), blanca como una sábana o como el papel de fumar (palidez)... Es curioso, como Sontag (2003:13), para argumentar en contra de enfoques metafóricos de ciertas enfermedades –tuberculosis, cáncer, sida– usa constantemente recursos metafóricos. Ya en el principio de su libro *La enfermedad como metáfora*, nos dice:

*“La enfermedad es el lado nocturno de la vida, una ciudadanía más cara. A todos, al nacer, nos otorgan una doble ciudadanía, la del reino de los sanos y la del reino de los enfermos. Y aunque preferimos el pasaporte bueno, tarde o temprano cada uno de nosotros se ve obligado a identificarse, al menos por un tiempo, como ciudadano de aquel otro lugar”.*

Los procesos de S-E no se limitan a ser sólo eso. Siguiendo con Sontag (2003), la enfermedad nunca es simplemente enfermedad, sino que es el centro de un fenómeno experimentado culturalmente. También Fox (1993:6) se identifica con esta idea cuando explica que:

*“La enfermedad no puede ser sólo enfermedad, por la sola razón de que la cultura humana se constituye en el lenguaje y no hay nada conocible fuera del lenguaje. La salud y la enfermedad, siendo cosas que fundamentalmente conciernen a los humanos, necesitan ser “explicadas”, entran en el lenguaje se constituyen en él, sin importar si tienen o no alguna realidad independiente en la naturaleza”.*

O, como piensa Radley (1993:110):

*“El ajuste a la enfermedad, si es legitimante, tiene que ser a una cierta estructura comunicativa. Esta estructura se ve más preparada como una metáfora o, más bien, como un tipo de metáfora entre varias que son usadas por los pacientes para dar una forma expresiva a su condición”.*

Es interesante, para finalizar este apartado, hacer alusión a la aportación de Maturana y Varela (1987:234-235), en el sentido de que:



*“Creamos nuestras vidas en un acoplamiento lingüístico mutuo, no porque el lenguaje nos permita revelarnos, sino porque estamos constituidos en él, en el continuo devenir al que damos lugar junto con los demás. Nos encontramos a nosotros mismos en este acoplamiento co-ontogénico, no como referencia preexistente ni en referencia a un origen, sino como transformación continua en el devenir del mundo lingüístico que construimos con los demás seres humanos”.*

De esta manera, asumimos el lenguaje como la forma de acción mediante la que creamos y experimentamos el significado de la realidad social.

## **2. 5. La Pedagogía y las metáforas.**

En total acuerdo con Boquera (2000), creo que uno de los objetivos de los profesionales en EpS es conseguir que el conocimiento adquirido por ellos a través de la formación, la experiencia, la investigación, etc., llegue a un gran público por medio de la divulgación, información y comunicación. Con la divulgación sanitaria –no divulgación científica– se pretende informar narrando una historia, *una historia pedagógica* y normalmente contada mediante recursos literarios, entre ellos, la metáfora.

La metáfora sirve para acercar contenidos científicos al usuario. Ayuda a transformar lo ininteligible en inteligible. Capta la atención del usuario, despoja el contenido de su aridez y de su dificultad de comprensión, ejemplifica, explica e implica al usuario en el contenido. (Boquera, 2000). Hay en la comunicación sanitaria una traslación de lenguaje no metafórico a lenguaje metafórico, cuya finalidad es llegar a un público más amplio, para que éste comprenda mediante un código lingüístico que se acerca a una realidad más palpable y más cotidiana, ámbitos del conocimiento más complejos y distantes de la experiencia diaria.

Una de sus hipótesis que se valoran:

*“ La actividad metafórica no es sólo una actividad lingüística, sino también una actividad en la que se trasluce el contexto y la experiencia del sujeto de la enunciación; ahora bien, ese sujeto metaforizante no es tampoco un sujeto eterno y universal-trascendental –como diría Kant, a través del cual se manifiesta una lengua no menos eterna y universal, como parecen suponer Lakoff y Johnson y sus numerosos seguidores, sino un sujeto concreto-histórico y socialmente situado– que se dirige a un oyente concreto en una situación concreta, un sujeto que, para construir sus conceptos y articular su discurso, selecciona unas metáforas y desecha otras en función de factores sociales...” (Lizcano, 1999: 31).*

Aprender es un proceso complejo del cual sabemos poco. En lo que estaríamos de acuerdo es que existen varias formas de aprender. La mirada a las metáforas como un recurso del usuario y el profesional para su aprendizaje y enseñanza en temas del salud es una más.

Las metáforas en la Ciencia pueden ser interpretadas no sólo como algo pedagógico o heurístico, sino que en ellas se muestran también componentes significativos de la teorías científicas, y así lo entienden Fox Keller (2000); Bustos (2000) y Martín Gordillo (2003) en sus respectivos trabajos.

No se puede negar que, muchas veces, insertar metáforas en las intervenciones educativas ayuda a aproximarnos—sin llegar a relatarla— a esa explicación de la enfermedad, síntoma, causa, tratamiento, etc. Como recurso, las metáforas no son sólo generosas por lo antes mencionado, sino también por la proliferación de las mismas e, incluso, por las contradicciones existentes entre ellas (Gaona, 2002).

Cuando queremos entender algo difícil nos resulta útil acudir a metáforas para asimilarlo con otras cosas que sí entendemos. Sin embargo, a pesar de que el uso de las metáforas es un valioso instrumento didáctico, ellas no nos revelan la naturaleza íntima de las cosas. En el mejor de los casos, sirven para familiarizarnos y acostumbrarnos a sobrevivir con la dificultad. En el peor de los casos, como nos advierte Clemente (2002), caemos en el error de identificar, sin matices, los conceptos claros de las metáforas con los conceptos oscuros que queremos aclarar.

Las metáforas están llenas de reflexiones y se pueden utilizar para describir los objetos/ideas que son difíciles de poner en palabras. Pueden ser imágenes visuales y emocionales basadas en la realidad. Y, a su vez, las metáforas proporcionan información valiosa porque encubren dentro de ellas creencias e ideas culturales. Los mensajes que contienen tienen una influencia fuerte pero imperceptible en la vida y el trabajo (Lakoff y Johnson, 2001).

El uso de metáforas es útil para sembrar nuevas ideas. Los grandes líderes políticos y religiosos de todas las épocas lo sabían, por eso no solían expresar sus ideas directamente, sino que hablaban a su gente por medio de parábolas y alegorías. Este tipo

de comunicación, que llamaremos indirecta, genera menor resistencia por parte del que escucha, a la vez que tiene un mayor impacto emocional, ya que es capaz de evocar imágenes, sonidos y sensaciones.

Podemos encontrar ejemplos del uso de metáforas en la Biblia, en la prensa, en los libros, en la literatura infantil, en la Televisión, en los anuncios..., en cualquier lugar porque entre sus grandezas destaca que no impone, sino que sugiere, y no ordena, sino que siembra, dejando a quien escucha que tome sólo lo que necesita y lo haga madurar a su propio ritmo. Sin embargo, hay que saber usar correctamente las metáforas, ya que representan un nuevo desafío, y no sólo ya como herramienta, sino también como una habilidad imprescindible en el campo de la pedagogía. Así lo remarca Dilts (2008:71), cuando afirma que:

*“La representación metafórica es un modo muy común y poderoso de realizar nuevas asociaciones con respecto a la comprensión de una idea o concepto. También es una herramienta útil para transferir aprendizaje entre distintos contextos”.*

Las metáforas en pedagogía nos ayudan a clarificar, comprender y entrar en marcos conceptuales complejos en definitiva nos ayuda a entendernos. Continuando con Dilts (2008), éste hace referencia a la metáfora como una medida en que una experiencia de aprendizaje es transferible, al mismo tiempo que la enumera como una manera básica de enriquecer la representación de un concepto o idea. Desde este sentido pedagógico Costa y López, (2008:316):

*“La metáfora es un recurso excelente para la EpS, ya que permite configurar un mensaje de una manera inusual, atractiva y llena de matices”... “Lo atractivo de la metáfora es que resulta un sutil juego al comunicar una cosa en términos de otra, además de permitir recrearnos con variadas escenas y personajes que suscitan y despiertan emociones susceptibles de ser bien percibidas y aceptadas desde diferentes perspectivas”.*

Ambos inciden en que la metáfora es un recurso enormemente didáctico porque concita una gran riqueza de significados y de connotaciones emocionales que hacen que lo que expresamos se comprenda y se retenga mejor y, además, tenga mayor impacto. Cito textualmente:

*“Es también un recurso de gran sutileza para comunicar mensajes y contenidos difíciles de aceptar, así como para incitar a la experimentación y al cambio de perspectivas sin provocar resistencias. (Costa y López, 2008:317).*

Núñez (2004) confirma en su estudio sobre metáforas en Internet que éstas servían, a los estudiantes de la Universitat Oberta de Catalunya (UOC), para entender una cosa en términos de otra y que una metáfora facilita la comprensión de un nuevo concepto en términos de otro. El uso de la metáfora en pedagogía tiene un objetivo más explicativo que estético. Va más allá que un recurso literario, su finalidad es la implicación de alumnos en sus procesos de E-A y la interrelación natural de las diferentes materias y diferentes conocimientos y experiencias que posee (Fagúndez, 2006) y extrapolable a la relación educativa-asistencial entre enfermera y usuario (recordemos el uso extremadamente multidisciplinar de la metáfora). Continuando con Fagúndez (2006:232):

*“Las metáforas sirven para comparar, evidenciar, representar y explicar algún objeto, fenómeno o situación”.*

Que, evidentemente, pueda darse en cualquier ámbito, también el sanitario. Tienen un enorme potencial para contribuir al aprendizaje de lo ya conocido y para relacionar y organizar el nuevo conocimiento, para transformarlo y/o para imponer nuevos significados del mundo material. En la mayoría de los casos, la utilización de estos recursos obedece, como en la vida cotidiana, a la espontaneidad. En general, en el contexto de la enseñanza, no hay una explicación conscientemente planificada de los mismos (analogías, comparaciones, metáforas).

Boquera (2000:24) llega a la conclusión de que las metáforas:

*“Funcionan como partes indispensables de una teoría científica o como mecanismos pedagógicos. Muchas veces se crean metáforas en el lenguaje científico y de divulgación científica simplemente para dar nombre a cosas que antes no lo tenían y, así, acercarlas al público en general, convirtiéndolas en patrimonio social: son una muestra de creatividad”.*

Gibbs (1994:172) sugiere que uno puede utilizar la metáfora como herramienta explicatoria o pedagógica, y Knudsen (1999), por ejemplo, ilustra cómo la biología molecular utiliza una estructura metafórica basada en “escribir”, “traducir” e “interpretar” en su explicación de la producción del ácido desoxirribonucleico (ADN).

Los discursos científicos usan la metáfora para explicar conceptos fundamentales. Bustos (2000:9) nos dice que:

*“La metáfora es un fenómeno mental, un instrumento de asimilación y de categorización de la experiencia en la constitución de los conceptos abstractos”.*

La ciencia usa modelos y maquetas, y los modelos son metáforas o algo cercano a las metáforas. Los científicos crean teorías, nuevas formas de pensar mediante el uso de métodos que han funcionado en otros campos aunque algunas veces no admiten haberlo hecho.

Las metáforas nos pueden ayudar a entender algo que es terriblemente complicado, por eso facilitan el aprendizaje. Hunt (1997:116) da cuenta de ello:

*“De nuestras reuniones o clases lo que más queda son las historias y metáforas que se presentaron. Los profesores, conferenciante u oradores saben muy bien que las metáforas e historias quedan ancladas en la memoria a largo plazo y que se recuerdan con más facilidad que los datos y la información”.*

Ya en el ámbito estrictamente sanitario, y citando a Boquera (2000), pongamos un ejemplo para comprender la creación de una metáfora. Si en un texto de divulgación médica a los *virus* se les denomina *piratas celulares* el emisor asocia en su mente el concepto de *virus* y el concepto de *pirata* y busca un rasgo común, ya sea real o imaginario, a ambos. Puesto que el *virus* y el *pirata* tienen en común que hacen daño a sus semejantes, viajando el primero en la sangre y el segundo en el mar, aparecen rasgos comunes entre las dos ideas y se asocian en el pensamiento. Estos rasgos permanecen implícitos y, por tanto, no se materializan ni mencionan en la metáfora. Después se verbaliza esa traslación de las características de uno y otro concepto en una expresión lingüística. Al receptor de la metáfora/lector del texto le resultará más próximo, más didáctico y más visual que a un virus se le llame *pirata celular* en lugar de *virus*. Lo ve más claro en su mente, lo imagina mejor y, por consiguiente, entiende mejor el concepto por medio de la imagen que le proporciona la metáfora.

*“Existen diferencias en la forma en que cada persona recibe, elabora y pone en práctica una determinada información. Por lo tanto, los programas de EpS deben estar preparados para ofrecer una variedad de métodos y estrategias de aprendizaje para optimizar las probabilidades de conseguir los resultados educativos y de comportamiento deseados y los cambios sociales necesarios” (UIPES-OMS, 1988:3).*

Creemos que la imperiosa necesidad de comprender el proceso de S-E ha llevado a los profesionales de la salud y a los usuarios a crear la más diversa gama de metáforas para facilitar la comprensión de dicho proceso.

### Capítulo 3: DE LAS METÁFORAS BÁSICAS<sup>20</sup> O “VISIONES DEL MUNDO”.

*“Las metáforas más comunes de la vida son, tantas veces, el elemento que da forma a los temores, heridas y esfuerzos de autoprotección que acaban por definirnos”.  
(Gloria Montero)<sup>21</sup>.*

#### 3.1. Introducción.

Para completar la construcción del marco teórico presento el trabajo de Stephen C. Pepper, que ha constituido un punto central en esta investigación, pues me ha servido pues lo he usado como marco de interpretación de los datos y metodología de análisis.

La búsqueda y revisión sobre las metáforas básicas me llevó al contexto americano, especialmente a Pepper, y en la actualidad, a Kilbourn. Pero en mi caso, llego a ellos a través del contexto español.<sup>22</sup>

A continuación expongo su visión sobre las metáforas básicas, sus características más generales y termino presentando y desarrollando cada una de ellas.

---

<sup>20</sup> Cuando utilizo el término “metáfora básica” (del inglés *Root metaphor*) en esta tesis, me refiero a la noción de metáfora de Pepper (1942) como mecanismo filosófico. Para él, las metáforas básicas no son meros mecanismos literarios, sino visiones de hipótesis del mundo o visiones del mundo diferentes. Tanto el término Metáfora básica como hipótesis del mundo son términos claves en Pepper. Para él, las metáforas básicas filosóficas daban pie a sistemas completos de pensamientos filosóficos sistemáticos o hipótesis del mundo. “Aunque ambos términos son distintos, el uno implica al otro. No podemos hablar adecuadamente de ninguna de las hipótesis del mundo de Pepper sin hablar también de su metáfora básica, y no podemos hablar de una de las metáforas básicas de Pepper sin hablar de la hipótesis del mundo de la que es “su metáfora básica...En el trabajo de Pepper, la mención de una hipótesis del mundo implica una metáfora básica y viceversa. En muchos casos un término se puede sustituir por el otro, sin perder el significado”. (Álvarez, 2000:60). Yo utilizaré el término de “metáfora básica” en esta tesis para indicar una metáfora básica y la hipótesis del mundo de la que forma parte.

<sup>21</sup> Escritora. Obra de teatro: “Cosa de dos”.

<sup>22</sup> El Drº Jose Luis Medina me presenta a la Drª Isabel Álvarez como una de las expertas en el tema de las Metáforas Básicas y, aunque su campo de aplicación no es a la salud, su enfoque fue el ¡Eureka! Arquimediano que yo andaba buscando para mi estudio. Además de la posibilidad de encontrarme con Kilbourn en Barcelona para consultar el enfoque metodológico y de análisis que él propone.

### 3.2. Stephen C. Pepper.



Stephen C. Pepper

**Stephen C. Pepper** (1891-1972) fue un filósofo americano que trabajó y escribió, sobre todo, en la corriente filosófica del pragmatismo.<sup>23</sup> Aunque poco conocido fuera de los Estados Unidos, sus ideas han repercutido en el pensamiento moderno (por ejemplo, las fuentes sociales de conocimiento, la mente, la lógica, la ética o la valoración). Sus primeros trabajos se centraron en la Epistemología (*estudios de la evidencia*) y la Estética.

El trabajo principal de Pepper es su libro *Hipótesis del mundo: un estudio en evidencia* (*World Hypotheses: A Study in Evidence*, University of California Press), publicado en 1942, en el cual identifica originariamente diversas teorías importantes del mundo del pensamiento occidental y formula el método de la metáfora básica. Pepper publicó, tres años después de "world hypotheses", "*The basis of criticism in the Arts*" (1945) en donde él mismo utiliza cada una de las visiones del mundo para ver y entender un cuadro. Así pues, Pepper realiza este trabajo para poder ilustrar su funcionamiento y poder apreciar el arte, en este caso.

Pepper, que buscaba explicar cómo la gente crea hipótesis acerca del mundo, agrupa el pensamiento occidental, principalmente, en cuatro visiones del mundo: Formista (la naturaleza existe como categorías), Mecanicista (la naturaleza obedece a relaciones de causa-efecto), Organicista (los procesos de la naturaleza reflejan relaciones interactivas en sistemas) y Contextualista (los procesos en la naturaleza son relativos a y dependientes de contextos). A estas hipótesis las denomina "adecuadas" en cuanto a su

---

<sup>23</sup> Movimiento filosófico desarrollado especialmente en Estados Unidos e Inglaterra. Su fundador fue el filósofo norteamericano William James, del cual procede el mismo nombre "Pragmatismo". Se considera un Movimiento filosófico de carácter empirista que considera los efectos prácticos de una teoría como el único criterio válido para juzgar su verdad. En general, para las diversas formas de pragmatismo, la verdad radica en la utilidad y en el éxito, por lo tanto, todo conocimiento es práctico si sirve para algo, si es posible de realizar.

alcance y su precisión a la hora de tratar la *evidencia*. Presenta dos visiones del mundo más: el Animismo (autoridad absoluta) y el Misticismo (verdad sin mediar) y las denomina “inadecuadas” o sin evidencias, razón por la cual no las incluyo en este estudio.

El pensamiento de Pepper permite entender y diferenciar concepciones y actitudes ante el mundo, sin embargo, no debe ignorarse que, si bien cada una de estas visiones puede imponerse sobre las otras en uno u otro momento histórico, el transcurrir de la existencia humana nunca se reduce, exclusivamente, a ninguna de ellas, pues la vida misma supera cualquier modelo. Las visiones del mundo aquí consideradas se entienden como herramientas que ayudan a comprender el sentido de su acción y a formular algunas hipótesis sobre la cualidad de su existencia, (García, 2000). Es importante remarcar que no hay una *mejor* que otra, ni tampoco una que provenga de la suma de las virtudes de todas ellas juntas.

Pepper mantuvo que las metáforas tienen valor cognitivo y pueden dar lugar a sistemas de pensamiento filosóficos completos. De ello nos dice Álvarez (2000:263):

*“Para Pepper la metáfora (metáfora básica) es mucho más que un mecanismo literario porque tiene valor cognitivo es decir, la metáfora en este sentido hace una contribución sustantiva a nuestra manera de construir el significado y conceptualizar el “conocimiento”.*

Pepper identifica la manera por la cual el conocimiento es formulado y desarrollado por las depuraciones progresivas de una metáfora básica. Una hipótesis del mundo es la consecuencia de una historia larga del refinamiento cognoscitivo de una metáfora o de una analogía particularmente fecunda. Pepper explora estas metáforas a través de:

- a) Sus asunciones.
- b) Las reglas de la evidencia.
- c) Las categorías básicas.
- d) La lógica que deriva de la metáfora que funciona.
- e) Las contradicciones, limitaciones y los problemas con los que cada una debe confrontarse.

El método de Pepper implica la identificación de sentido común de una metáfora, o lo que Lakoff y Jonson (2001) llaman una *subcategorización*. La claridad conceptual ganada por



el método de la metáfora básica y el análisis de las hipótesis del mundo fue aplicada por Pepper a una serie de cuestiones importantes que incluyen:

- a) La naturaleza de la mente.
- b) La historia de la ciencia.
- c) La relación jerárquica e interdependiente entre el sentido común y sistemática de las disciplinas empíricas.

La tesis de Pepper era que mucha gente (incluyendo los científicos) emplean estas creencias para proveer de sentido a sus vidas y a la naturaleza. De acuerdo con Pepper, "las hipótesis del mundo" –como él las llama– son típicamente aprendidas sin conocimiento cognitivo (han sido aprendidas de manera informal) y también funcionan sin él. Para los científicos, estas –no reconocidas– creencias genéricas o metáforas básicas llegan a ser una fuente importante para sus investigaciones y teorías.

En la actualidad, se reconoce a Pepper, filosóficamente, como un contextualista<sup>24</sup> o pluralista sistemático (Álvarez, 2000).

### **3.3. Pepper y las Metáforas Básicas.**

La metodología de Pepper y sus metáforas básicas proporcionan una base para el análisis científico del mundo en todas las áreas de la investigación y del conocimiento humano –arte, sociología, antropología, física..., las más trabajadas por el autor– (Harrell, 1982), por lo que, posiblemente, nos encontramos con una herramienta para trabajos interdisciplinarios. Las metáforas básicas proporcionan un lenguaje y un sistema común de conceptos con los cuales todos los campos pueden ser examinados. Nos encontramos con una base intelectual para un enfoque interdisciplinar. En nuestro caso también para los fenómenos de S-E.

---

<sup>24</sup> El contextualismo es un marco teórico que se centra en una perspectiva de la verdad local y pragmática. Su criterio de verdad no se basa en lo que se supone sino en la aplicación de sus supuestos. En términos muy generales, el contextualismo epistemológico sostiene que el conocimiento es relativo al contexto. Pepper es un ejemplo claro de esta pluralidad sistemática con su propuesta y enfoque de abordar el conocimiento. Algunos representantes del contextualismo son James Peirce, William James, John Dewey, o Margaret Mead.

La ventaja de plantear un método interdisciplinario que use las hipótesis de Pepper es que la base común para examinar campos múltiples del conocimiento alcanzará un alto grado de rigor y de precisión.

Pepper (1942:84) hace referencia a la metáfora básica como:

*“Una hipótesis que concierne al origen de las teorías del mundo, una hipótesis que, de ser cierta, muestra la conexión de estas teorías con el sentido común, ilumina la naturaleza de estas teorías, las vuelve distinguibles entre ellas, y actúa como un instrumento de criticismo para determinar su relativa adecuación”.*

Las posibilidades intelectuales y pedagógicas de los planteamientos de Pepper, son muchas. Sus hipótesis del mundo: Formalismo, Mecanicismo, Contextualismo y Organicismo, se derivan de analogías del sentido común.

Y continúa aportando sus ideas sobre el valor cognitivo de las metáforas básicas:

*“Yo la llamo la teoría de la metáfora básica. Tal teoría de las teorías del mundo me parece mucho menos importante que la clarificación que introduce en el campo de la cognición que cubre. Nuestro interés no está tanto en la verdad de una cierta teoría sobre las teorías del mundo como en el valor cognitivo de las teorías del mundo mismas” (Pepper, 1942:85).*

Es el regreso al método analógico tradicional –como él mismo lo define– de generar teorías del mundo.

Más adelante prosigue explicando el método de la metáfora básica:

*“Así que, regresamos al método analógico tradicional de generar teorías del mundo. El método en principio parece ser el siguiente: una persona deseando entender el mundo busca pistas para su comprensión. Se dirige a alguna área de hecho de sentido común y ve si puede entender otras áreas en términos de ésta. Esta área original se convierte en su analogía básica o metáfora raíz. Él describe tan bien como pueden las características de esta área, o, si se quiere, discrimina su estructura. Una lista de sus características estructurales se convierte en sus conceptos básicos de explicación y descripción. Los llamamos un grupo de categorías. En términos de estas categorías procede a estudiar todas las otras áreas de hecho, ya sean no criticadas o previamente criticadas. Comienza a interpretar todos los hechos en términos de estas categorías. Como resultado del impacto de estos otros hechos sobre sus categorías, puede cualificar y reajustar las categorías, de forma que un conjunto de categorías, comúnmente, cambia y se desarrolla. Ya que la analogía básica o metáfora básica normalmente (y probablemente al menos en parte necesariamente) emerge del sentido común, una buena parte de desarrollo y refinamiento de un grupo de categorías es requerido si tienen que demostrar ser adecuados para una hipótesis de alcance*

*ilimitado. Algunas metáforas básicas han probado ser más fértiles que otras, tienen mayor poder de expansión y ajuste. Éstas sobreviven en comparación con las otras y generan las teorías del mundo relativamente adecuadas” (Pepper, 1942:91).*

Para Pepper, el método de la metáfora básica posee, pues, cuatro características relevantes que presento a continuación de manera que se pueda ver todo su potencial:

1. Una hipótesis del mundo es determinada por su metáfora básica.
2. Cada hipótesis del mundo es autónoma.
  - 2.1. Es ilegítimo desacreditar la interpretación efectiva de una hipótesis del mundo en términos de categorías de otra si ambas hipótesis son igualmente adecuadas.
  - 2.2. Es ilegítimo asumir que las demandas de una hipótesis dada del mundo son establecidas por la exposición de los defectos de otras hipótesis del mundo.<sup>25</sup>
  - 2.3. La epistemología actual ha dejado de ser normativa y acoge en su seno con toda legitimidad la noción de relativismo (Larrosa, 1990), la cual es plasmada, con envidiable claridad por la tesis de la inconmensurabilidad, defendida por Feyerabend (1987:3). Este autor, impulsor del "todo vale", sostiene que no existen reglas externas y neutrales a los paradigmas o tradiciones científicas que sirvan para dirimir las disputas entre ellas. Las teorías rivales sólo son comparables cuando comparten el mismo marco o paradigma, constituyéndose así discursos conmensurables, es decir, las reglas y principios para buscar, interpretar y resolver problemas son compartidas por una comunidad de científicos. El discurso interparadigmático es inconmensurable porque lo que se discute son las reglas mismas que permitirían el consenso. No sólo no se discute con las mismas categorías o patrones interpretativos, sino que lo que se discute es el patrón mismo: los defensores de paradigmas rivales viven en mundos diferentes, suscriben distintos conjuntos de normas y principios.
  - 2.4. Las interpretaciones de los conceptos y datos empíricos procedentes de las investigaciones dependen del contexto teórico donde surgen. Las teorías rivales

---

<sup>25</sup> Los dos primeros rasgos de esta autonomía son similares a la noción de inconmensurabilidad de los paradigmas científicos tal y como es formulado por Kuhn. Esta idea está también presente en la obra de Kuhn y no es de extrañar pues éste fue alumno de Pepper.

no pueden ser comparadas por sus derivaciones lógicas ya que parten de principios diferentes. Por ejemplo, cuando los métodos cualitativos de investigación son tachados de "poco científicos", "subjetivos" y sus resultados de "poco fiables" o carentes de validez, lo que realmente sucede es que se los está valorando desde varios principios o categorías interpretativas diferentes a los usados por los defensores de aquellos métodos, a la luz de los cuales, adquieren coherencia y se muestran válidos y científicamente aceptables. Cuando los productos de la Investigación Etnográfica, de la Investigación-Acción, de la Fenomenología o el Interaccionismo Simbólico son juzgados desde los presupuestos del positivismo lógico (los prevalentes en nuestro contexto) es imposible que se llegue a un acuerdo acerca de esos datos puesto que se están evaluando desde posiciones inconmensurables. Es decir, datos que son extraídos por métodos que se sustentan en las concepciones epistemológicas procedentes de la Fenomenología, la Sociología Cualitativa, el Interaccionismo Simbólico, la Teoría Crítica (concepciones como las nociones de Comprensión, Significado y Acción), son juzgados desde los presupuestos epistemológicos de Explicación, Predicción y Control, deudores del pensamiento positivista y empirista de finales del siglo XIX y principios del XX. A los que con cierta frivolidad emiten ese tipo de juicios cabría recordarles las palabras de Chalmers (1987:134):<sup>26</sup>

*"Hay ciertas razones interrelacionadas de que no haya un argumento lógicamente convincente que dicte el abandono de un paradigma por parte de un científico cuando un paradigma compite con otro. No hay un criterio único por el que un científico pueda juzgar el mérito o porvenir de un paradigma, y además los defensores de los programas rivales suscribirán distintos conjuntos de normas e incluso verán el mundo de distinta manera y lo describirán con distinto lenguaje".*

2.5. Es ilegítimo condicionar los resultados del refinamiento estructural (hipótesis del mundo) a los estándares cognoscitivos (o a las limitaciones) del refinamiento multiplicativo. Es decir, como afirma Pepper (1942:101):

*"Los datos deben ser aceptados como evidencia para tener en cuenta una hipótesis del mundo pero, una hipótesis del mundo no tiene porqué aceptar los datos como valor principal o excluir la aceptación de ningún otro tipo de evidencia aparte de los datos".*

---

<sup>26</sup> Se añaden estos dos rasgos para actualizar y profundizar aspectos de Pepper.

2.6. Es ilegítimo sujetar los resultados del refinamiento estructural a las asunciones del sentido común.

2.7. Es conveniente emplear conceptos del sentido común como bases para la comparación en los campos paralelos de la evidencia entre teorías del mundo.

3. El eclecticismo es confuso. Los conceptos que han perdido el contacto con su metáfora básica son abstracciones vacías.

4. Los conceptos que han perdido el contacto con sus metáforas raíz son abstracciones vacías.

Así, la metáfora de la filosofía se diferencia de la metáfora en la poesía o también de las metáforas de la literatura por ser principalmente una explicación más que un dispositivo estético. Busca la clarificación conceptual, la comprensión respecto a un modo de pensamiento filosófico. Lo que John Dewey (2008) define como *Experiencia de Calidad Estética*, dicho de otra manera, lo que pasa aquí y ahora y es significativo para ti,<sup>27</sup> "aquello que queda" que como veremos con las cuatro metáforas básicas.<sup>28</sup>

Para Pepper (1942), las hipótesis del mundo deben tener la energía universal para examinar todos los datos sin importar el campo disciplinar, ya que dichas hipótesis proporcionan un lenguaje y un marco comunes de conceptos por los cuales todos los campos pueden ser examinados. Pero la universalidad de conceptos no es suficiente. Para ser adecuada debe tener energía explicativa, es decir, debe tener precisión y ésta se consigue comparando varias hipótesis para el detalle que pueda permitir examinar los mismos datos. Por ello, hemos comentado su aplicabilidad universal y transversalidad. Es decir, que independientemente del contexto y disciplina que se aplique aparecerá y sucederá siempre.

---

<sup>27</sup> Recordemos que a Dewey se le reconoce como un "contextualista".

<sup>28</sup> Dewey explicó, con palabras sencillas y de manera inmejorable, cómo tiene lugar la magia racional de la revelación estética. En el capítulo 3 encontramos esta noción: "Así, la experiencia definida en este sentido vital se define por aquellas situaciones y episodios que, de manera espontánea, nos referimos como "experiencias reales"". Aquellas que, al recordarlas, nos hacen decir "aquello fue una experiencia": aquella comida, aquella tormenta...".

Pepper propone que las hipótesis Formalista y Mecanicista son teorías analíticas del mundo, mientras las hipótesis Contextual y Organicista son teorías sintéticas. También sugiere que las hipótesis Formalista y Contextual son teorías disgregantes del mundo, mientras que la hipótesis Mecanicista y Organicista son teorías integrativas del mundo, e ilustra, de manera creativa, cómo las diferentes categorías pueden caer dentro de diferentes juegos de categorías (Figura 9).

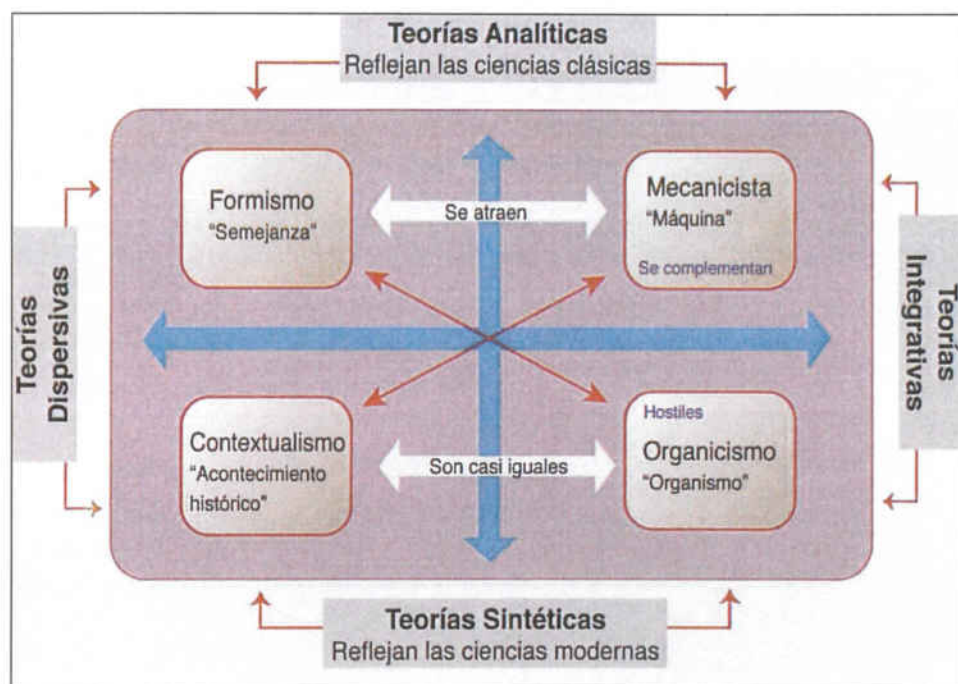


Figura 9: Esquema de las hipótesis del mundo. Elaboración propia adaptada de Pepper (1942:146).

También podemos observar las diferentes hipótesis del mundo con su respectiva metáfora básica. El Formismo con la semejanza o similitud (de formas o tipos) el mecanicismo con la máquina, el Contextualismo con el acontecimiento histórico, o cambio, y el organicismo, con el organismo o la integración.

En los apartados siguientes explicaré cada una de estas ideas y sus rasgos más característicos.

Las personas asumen, simplemente, que las hipótesis son verdaderas de forma incuestionable. Y no reconocen que son maneras-visiones implícitas de cómo percibimos el mundo. Una de las ideas de Pepper (1942), a destacar en este trabajo, es la que

propone que la concepción de la salud en cualquier momento histórico está determinada por la concepción del mundo que prevalezca.

Presento, a modo de síntesis, una visión general de las metáforas básicas de Pepper (Tabla 2) junto con los autores con los que, debido a sus ideas, pueden estar asociados a esa metáfora así como corrientes filosóficas que se identifican en la actualidad o son afines

	FORMISMO	MECANISMO	CONTEXTUALISMO	ORGANICISMO
IDENTIFICADO	"Realismo" "Idealismo platónico"	"Naturismo" "Materialismo" "Realismo"	"Pragmatismo"	"Idealismo absoluto" (u objeto)
	Busca caracteres o tipos preexistentes	Busca descomponer el todo en elementos cuya gama sea su equivalente y crear sistemas de uno u otra clase	Estas necesidades no son lógico-históricas (organicismo) más bien se basa en modalidades simbólicas, plásticas, contemplativas y visionarias de la imagen en su dimensión espacio-temporal	Lo universal es siempre concreto: las formas concretas tienen una necesidad histórico-evolutiva y espiritual.
ASOCIADO	Platón Aristóteles Escolásticos Neoescolásticos Neorrealista Realistas modernos de Cambridge	Demócrito Lucrecia Galileo Descartes Hobbes Locke Berkeley Hume Reichenbach	Pierce James Bergson Dewey Mead	Schelling Hegel Green Bradley Royce

Tabla 2: Visión general de las hipótesis: Adaptación propia de Pepper (1942:141).

### 3. 4. Metáforas Básicas o Visiones del Mundo.

Dentro de este apartado, desarrollaré el concepto de metáfora básica que será utilizado en este trabajo como estructura de interpretación y cómo sistema de análisis de la información.

Pepper (1942) utiliza casi siempre el término "hipótesis del mundo" para referirse a los sistemas filosóficos de pensamiento que ofrecen una visión de la naturaleza última de la realidad, así como una visión capaz de *explicar* todo lo que es conocido y conocible (Álvarez, 2000).

Una manera más coloquial de referirse a las hipótesis del mundo es el término “visión del mundo”, conceptualmente son muy parecidos pero no llegan a ser sinónimos:

*“Una metáfora básica es el concepto básico o analogía que da lugar a un modo completo de ver el mundo -una hipótesis del mundo-. El uso de cualquiera de los términos implica al otro. De la misma manera que no se puede imaginar una metáfora básica sin la hipótesis del mundo que genera. Los términos de Pepper de “metáfora básica” e “hipótesis del mundo”, aunque no son sinónimos, tienen una íntima relación conceptual” (Álvarez, 2000: 264).*

Unos de los objetivos de la tesis es analizar el aspecto de recurso pedagógico que tienen las metáforas en nuestras intervenciones de EpS. Y detrás de las metáforas hay supuestamente maneras de ver el mundo, de aquí la elección del concepto de metáfora básica de Pepper.

No me interesaba un análisis literario de las metáforas en salud, sino el escrutinio de su virtualidad pedagógica-didáctica.

A partir de aquí, el *embudo* se fue estrechando de manera significativa.

*“El trabajo de Pepper sobre metáforas básicas está redactado en el ámbito del “significado” y de la “realidad”. Su argumento principal es que distintas metáforas básicas dan lugar a sistemas metafísicos tradicionales. El trabajo de Pepper tiene el espíritu de mostrar un abanico de visiones más que de discutir la supremacía de una visión única. Obviamente, estos sistemas son bastantes abstractos, dado que implican afirmaciones generales acerca del significado, de la realidad y de la verdad. La precisión en el trabajo de Pepper viene dada por el hecho de que el autor articula las categorías interiormente coherentes y lógicamente relacionadas que dan sustancia a cada una de las metáforas básicas que el autor trata” (Álvarez, 2000:246).*

Consecuentemente, el trabajo de Pepper tiene extensión suficiente como para dar significado y utilidad a nuestro análisis.

### **3.4.1. Formismo.**

Es una hipótesis del mundo cuya base es la similitud, la semejanza. La metáfora básica de esta visión es el símil, la comparación o el paralelismo. Basada en el reconocimiento intuitivo de la semejanza, considera que las cosas se comprenden mejor si las encajamos



en una categoría o modelo determinado. La operación básica es la clasificación y el proceso cognitivo que va de lo particular a lo general.

Pepper propone que la naturaleza consta de categorías independientes, de estructuras y funciones. Esto es, que las cosas específicas y los procesos son supuestos como siendo parte de categorías separadas y distintas, y no son parte de otras categorías. Por lo tanto, el pensamiento formalista, típicamente, envuelve una forma de procesamiento de *lo uno o lo otro*:

*“La metáfora de la raíz de la similitud (y su opuesta disimilitud implícita) da lugar a una visión del mundo preocupado por la idea de las formas y las categorías... El resultado de la metáfora fundamental de la semejanza es la preocupación formista de darse cuenta de las categorías, los tipos y clases de cosas: todas estas son formas”* (Kilbourn. 1998:30).

Una explicación formista se considera completa cuando un determinado conjunto de objetos ha sido adecuadamente identificado y se les ha asignado su clase, su género y los atributos específicos que atestiguan su particularidad, es decir, cuando se establece el carácter de particularidad de los objetos que aparecen en ese campo, o las variedades de tipos de fenómenos que allí se manifiestan. (White, 1973).

Como con muchas hipótesis del mundo, las personas que siguen la hipótesis formalista como una regla, la asume como una verdad incuestionable, cada cosa es vista en términos de blanco o negro. En nuestro campo, entender la salud y la enfermedad como mutuamente excluyentes. De acuerdo con Pepper, la gente que ve predominantemente el mundo a través de “lentes” formalistas es, probablemente, mucho más apta para desarrollar una visión clasificatoria del mundo, pudiendo llegar a generar prejuicios.

Cuando la hipótesis formalista se aplica a la salud, emergen hipótesis específicas acerca de ella. Los organismos son vistos como enfermos o sanos; las personas, como saludables o enfermizas. Desde una estricta perspectiva formalista, la salud es simplemente la ausencia de enfermedad, como así lo platean Schwartz y Russek (1997).

En la EpS, un enfoque formista correspondería, por ejemplo, a la aplicación de un programa de salud en una comunidad concreta, de acuerdo a experiencias previas en una comunidad social de características parecidas, como puede ser un programa de vacunación en un país desarrollado, después de su aplicación en otro de coyunturas no muy diferentes.

Conocido también como *realismo*, se afirma que las ideas son las únicas realidades objetivas, capaces de existir independientemente de los objetos que captan nuestros sentidos, e incluso son capaces de formar un orden sustantivo, un reino objetivo. El sujeto es capaz de aprehender al objeto sólo en la medida en que se da cuenta de que este último es un subrogado aparente de una idea o forma, donde reside la esencia de lo captado físicamente. Con estas ideas Platón pudo construir una concepción total del mundo.<sup>29</sup>

Según el propio Pepper, la metáfora básica del formismo es la similitud y señala que:

*“Es conveniente tener un nombre que cubra las cualidades y las relaciones y que se refiera a cualquier entidad caracterizadora. El nombre carácter se usa comúnmente para este propósito” (1942:154).*

Cada metáfora básica o visión del mundo irá acompañada de una tabla en que podemos observar de manera sintetizada, gracias a Kilbourn (1974).<sup>30</sup> Conviene recordar aquí que, para realizar su tesis y poder aplicar el complejo marco teórico-filosófico de Pepper, Kilbourn sintetiza y clasifica previamente todas las partes de las Visiones del Mundo. Para cada Visión del Mundo ofrece una tabla con la clasificación de los elementos más distintivos de cada visión: la metáfora básica, las categorías primarias y las categorías secundarias. Que son las que presentamos a continuación. Con ella se puede aplicar de manera más fácil el marco de Pepper a proyectos de investigación. Es como una guía para poder analizar la presencia de metáforas básicas a través de las ideas más importantes. Sistematizar el estudio filosófico de Pepper con un “esquema analítico” (es el término que él usa para denominar a estas tablas) mediante el cual concretar en diferentes variables las características de cada Visión del Mundo para ser, posteriormente aplicado a diferentes estudios.<sup>31</sup>

---

<sup>29</sup> Platón concebía una teoría donde hay dos mundos, el inteligible y el sensible. En el inteligible están las ideas, los conceptos, el alma y las esencias, están libres y sumamente perfectas y en el sensible, el mundo de los sentidos (donde estamos nosotros), las ideas y las almas están unidas a cuerpos materiales.

<sup>30</sup> Las tablas se han reproducido del estudio de Kilbourn (1974): “Identifying Word Views Projected by Science Teaching Materials: A Case Study Using Pepper’s World Hypotheses to Analyze a Biology Textbook” Tesis Doctoral no publicada, Universidad de Toronto. Donde él es profesor en la actualidad.

<sup>31</sup> En la realidad no sólo es un resumen -esquema, que él y gracias a él- otros han podido aplicar a sus tesis e investigaciones, en este caso, yo mismo, sino una guía operativa que con sólo la teoría de Pepper sería muy difícil llevar a la práctica.

Además, dichas tablas-síntesis serán de gran ayuda para el análisis y comprensión de éstas a la hora de trabajar las entrevistas, ya que las usaré como marco para la recogida y el análisis de datos, como expondré más adelante.

A continuación, se presenta la tabla-síntesis del Formismo que ha elaborado Kilbourn (1974). Al igual que en las posteriores, remarco en **negrita** elementos claves de dicha metáfora, que nuevamente se reflejarán en el capítulo del análisis y discusión.

CATEGORÍAS Y ELEMENTOS DISTINTIVOS	COMENTARIOS
A. Metáfora básica: <b>SIMILITUD</b>	Las observaciones de elementos similares nos conducen a un formismo inmanente y trascendental.
B. Formismo inmanente	Si los objetos o elementos similares son definidos, los resultados de las definiciones obtenidas se aceptarían literalmente.
<b>CARACTERES</b>	Es la caracterización de las cosas en términos de cualidad o relación. Carácter, cualidad y relación son todas ellas formas.
Cualidad	Color, tamaño, forma, textura, etc., son <b>cualidades</b> de las cosas.
Relación	<b>Comparar</b> dos elementos de "lado-a-lado" es una relación entre dos cosas particulares.
<b>PARTICULARES</b>	Estas son <b>entidades numéricas</b> caracterizadas por las cualidades y relaciones. Dos aspectos de los objetos, que podemos percibir, son particulares y característicos. Estos dos aspectos se perciben siempre conjuntamente.
<b>PARTICIPACIÓN</b>	Esta es la unión entre caracteres y particulares. Es la caracterización de un particular o viceversa. Una clase es una colección de particulares que participan en un o más caracteres. Las bases para la clasificación radican en la similitud de los elementos con las formas ideales.
C. Formismo trascendental	La observación de la similitud viene desde dos fuentes distintas; los elementos creados lo fueron siguiendo el mismo plan y, los objetos naturales crecen según el mismo plan.
<b>NORMAS</b>	Un plan para realizar algo es una norma que trasciende al objeto creado y que crece desarrollándose según una norma. En ambos casos, porque las contingencias (los materiales disponibles, habilidades del artesano, las condiciones naturales, etc.), la norma no es siempre comprendida pero trasciende a los objetos materiales. Las leyes naturales son normas que regulan las ocurrencias de la naturaleza. El objetivo de la ciencia es descubrir las leyes que la naturaleza "sigue".
<b>MATERIA</b>	La materia ejemplifica las normas.

Tabla 3: El Formismo. Fuente: Kilbourn, (1974).

### 3.4.2. Mecanicismo.

Constituye un concepto del mundo cuya metáfora básica es la máquina. El funcionamiento mecanicista se proyecta, básicamente, como se proyectaría el funcionamiento de un mecanismo formado por piezas, pequeñas y grandes, que tienen autonomía y significado por sí mismas, sin necesidad de formar parte del todo al que pertenecen. Para los mecanicistas el mundo funciona como una gran máquina.

El funcionamiento de los fenómenos de salud-enfermedad, deberá regirse en primer lugar por las leyes de espacio-tiempo, que se consideran las coordenadas básicas de esta visión del mundo. No debemos olvidar que la teoría mecanicista queda circunscrita necesariamente a la noción de espacio-tiempo. Cada fenómeno en la naturaleza tiene una causa y ésta precede al efecto. Esta es la base de la hipótesis mecanicista. Los analistas deben ser capaces de conocer las leyes que gobiernan su funcionamiento. Seleccionar y estudiar dichas leyes es lo que nos permitirá comprenderlas mecanicísticamente. (Álvarez, 2000).

La visión fundamental es que los sucesos aislados existen como categorías y pueden causar efectos aislados. La versión más compleja es que existen cadenas de relaciones causa-efecto en la naturaleza. Cómo se puede observar, esta hipótesis del mundo encaja perfectamente con el pensamiento Occidental.

Cuando la teoría mecanicista es aplicada a la salud, suele caer a menudo en una simplificación un tanto peligrosa. Primero, causas aisladas se supone que causan enfermedades aisladas. Gérmenes y virus específicos son vistos como los causantes de enfermedades específicas, e intervenciones psicosociales específicas –la emoción reprimida, por ejemplo–, son vistas como causantes de enfermedades específicas. Esta hipótesis da pie a vislumbrar el estado de salud como efecto de conductas, alimentos y procesos químicos concretos.

Sin duda, la relación causa-efecto es necesaria y requerida en algunas ciencias, como en la física o la química. Pero, esta visión, muy útil para describir aspectos de la naturaleza, no predice y explica con seguridad muchos otros fenómenos descubiertos en el medio natural en general y en la salud en particular. Muchas de mis compañeras de profesión y

que trabajan sobre todo en el ámbito hospitalario están en contacto con el bacilo de Koch y seguramente la prueba cutánea de PPD<sup>32</sup> le saldría positiva. Pero no padecen la enfermedad, puesto que son necesarios otros factores como la mala alimentación, el estrés o el hacinamiento.

El mecanicismo utiliza la correlación como su operación básica, especialmente en el sentido de la implicación causal. La cognición identifica la relación entre los detalles y su metáfora es una máquina simple, como la palanca, al mismo tiempo que contemplamos nuestro propio cuerpo como una creación de la mente humana, como un diseño tecnológico a partir de los principios de la mecánica.

Desde esta concepción, somos considerados como máquinas o mecanismos de relojería en los cuales somos un engranaje o una parte más.

*“Una máquina simplemente es una buena manera de llegar a comprender la metáfora de la raíz mecanicista. Una máquina tiene partes, y las partes se articulan de tal manera que se afectan entre sí una vez que la máquina se encuentra en movimiento. Cada una de las partes es única. Cada parte tiene una realidad en sí misma y es existencialmente independiente de otras partes. Es sólo cuando las partes se juntan de cierta manera, que se afectan mutuamente. La realidad única de las piezas situadas en el tiempo y el espacio es un concepto vital en una visión mecanicista del mundo... La preocupación de un mecanicista está en cómo funcionan las cosas, es decir, cómo se organizan las partes de tal manera que la máquina pueda hacer su trabajo” (Kilbourn, 1998:34).*

Este enfoque se sustenta en las ideas de Descartes y, conocido principalmente a través de la concepción newtoniana del mundo, según la cual, las partículas materiales, las manifestaciones energéticas y todo lo que de ellas está formado, operan bajo leyes físicas establecidas.

A continuación, se presenta tabla-síntesis del Mecanicismo que ha elaborado Kilbourn (1974). Al igual que la anterior, remarco en negrita elementos claves de dicha metáfora.

---

<sup>32</sup> Siglas en inglés de derivado proteico purificado. Es un método utilizado para el diagnóstico de la infección de tuberculosis silenciosa.

CATEGORÍAS Y ELEMENTOS DISTINTIVOS	COMENTARIOS
A. Metáfora básica: <b>MÁQUINA</b>	El mecanicismo discreto nos aproxima a la mecánica de un reloj, mientras que el mecanicismo consolidado lo hace con una dinamo.
B. Categorías primarias	Las categorías primarias describen la forma en que <b>una máquina funciona</b> y proveen explicaciones para su contexto (las categorías primarias están divididas, según sea un mecanicismo discreto o consolidado).
1. Mecanicismo discreto	Los elementos estructurales del universo son distintivos (por ejemplo <b>espacio, tiempo, masa, cantidad, movimiento</b> , etc., y son conceptos por ellos mismos). La acción es por el contacto, porque todas las estructuras en el universo son <b>independientes</b> . El universo accidentalmente es así. Sin embargo, una vez que las estructuras se producen, los eventos automáticamente suceden. Las leyes estadísticas no son leyes, pero sí aproximaciones a la realidad.
LOCALIZACIÓN DEL CAMPO	Las partes de una máquina tienen una localización en el espacio para que la máquina pueda funcionar. De hecho, una descripción exacta del concepto de máquina implica una <b>localización de sus partes</b> . Las cosas son reales por virtud de su localización. Nada existe sin una <b>localización en el espacio/tiempo</b> .
CUALIDADES PRIMARIAS	Estas se refieren a los <b>aspectos cuantificables</b> que son más relevantes para las funciones eficaces de una máquina. Las cualidades primarias reducen, a última instancia, a la diferenciación de las cualidades de las partículas que se distribuyen en el tiempo y espacio (tamaño, forma, movimiento, solidez, masa, cantidad).
LEYES PRIMARIAS	Estas leyes (por ejemplo $F=MA$ ) determinan la configuración de las partículas elementales en el tiempo y espacio.
2. Mecanicismo consolidado	Los avances de la física (especialmente la teoría de la relatividad) agrupan un número de categorías discretas (mecanicistas). La acción se puede dar a distancia, no hay leyes estadísticas. El universo está determinado por la particularidad del campo espacio-temporal, gravitacional y magnético.
LOCALIZACIÓN DEL CAMPO	La localización del campo es el espacio-temporal.
CUALIDADES PRIMARIAS	La masa es la única cualidad diferenciadora. La teoría de la relatividad consolida el campo gravitacional (un fenómeno de masa) con el campo espacio/tiempo. El campo electromagnético (incluyendo las cualidades de la carga eléctrica y la atracción magnética) operan en el campo espacio-temporal.
LEYES PRIMARIAS	Las leyes descriptivas son una ayuda para las modificaciones estructurales del campo consolidado como es el espacio-temporal-gravitacional-electromagnético.
C. Categorías secundarias	Estas se refieren a las cualidades que no pertenecen al funcionamiento de una máquina. La descripción real (sustentándose en las categorías primarias) se infiere por las categorías secundarias (las <b>percepciones humanas</b> de las cualidades secundarias). El <b>reduccionismo mecanicista</b> es la explicación de las cualidades secundarias en términos de categorías primarias (por ejemplo, explicar sucesos mentales en términos de procesos fisiológicos).
CUALIDADES SECUNDARIAS	Son los aspectos de la máquina percibidos por los individuos (por ejemplo, color, textura, olor, sonido, etc.).
PRINCIPIOS DE CONEXIÓN	Estos apuntan a la relación entre las categorías primarias y las secundarias. Hay tres leyes sobre la conexión entre las categorías primarias y secundarias: <b>identidad, causación y correlación</b> .
LEYES SECUNDARIAS	Las leyes muestran la regularidad de las relaciones entre las cualidades secundarias. Las leyes de asociación, en la psicología humana, pueden considerarse leyes secundarias.

Tabla 4: El mecanicismo. Fuente: Kilbourn, (1974).

### 3.4.3. Contextualismo.

La visión contextualista se basa en el fenómeno histórico –fruto de la época que nos toca vivir–, nunca estático, siempre en perpetuo devenir. Los fenómenos de la naturaleza son siempre supuestos como dependientes tanto del contexto en el que existen como del contexto del espectador.<sup>33</sup> Al mismo tiempo, reconocemos que si el contexto cambia, el acontecimiento cambia. En esta hipótesis del mundo no hay categorías estables, universales o exhaustivas.

Para alguien que aplica esta visión del mundo de forma amplia, todas las hipótesis son relativas, incluyendo el funcionamiento de la naturaleza. Si Newton es un mecanicista, Einstein está históricamente asociado al movimiento contextualista.

Para Kilbourn, (1998:31):

*“La metáfora básica del contextualismo es el presente activo o evolución de la situación. El contextualismo hace hincapié en la experiencia vivida y el cambio de las cualidades de las situaciones en que se manifiestan a través del tiempo. Un contextualista se centra en la comprensión intuitiva de la naturaleza de la situación y se deleita en la experiencia de ella, un contextualista hace hincapié en la totalidad de los acontecimientos”.*

La operación fundamental es el acto de la atención. La experiencia básica de la cual se deriva el contextualismo es el reconocimiento de la identidad de una cosa o de un acontecimiento particular es alterado por su contexto. Pepper llama a esta metáfora básica “el acontecimiento histórico”, en el cual se reconoce que el acontecimiento está encajado en una red compleja de hechos y de fuerzas. La cognición de un acontecimiento depende de nuestra manera de separar sus hechos de la red en la cual se encaja. Así podemos afirmar que si el contexto cambia, el acontecimiento cambia y la forma de verlo también.

Pepper señala que debemos enfrentarnos al mundo tal y como lo encontramos, y que sólo lo encontramos en los acontecimientos de la época en que vivimos:

*“Todo tiene un contexto en el que enmarcarse. En este sentido, la variable del tiempo tiene un sentido especial que varía de la perspectiva mecanicista. El tiempo significa únicamente la duración de un proceso. Se ve de manera relativa. Las fuerzas que guían un contexto tal vez no se puedan transferir a otro contexto. Básicamente, esto surge del sentido que cada contexto crea su propio significado”.*

---

<sup>33</sup> Cómo veremos en el análisis de las entrevistas desde el punto de vista del profesional y del usuario.

*y, al igual que la cambiante naturaleza de nuestros desarrollos, no se puede realizar ninguna comparación. Es lo vívido del momento presente, lo que nos da una sensación de novedad y sentido” (Álvarez, 2000:306).*

La hipótesis contextual postula que no existe una sola manera para explicar las supuestas categorías aisladas (la hipótesis formalista) o las supuestas cadenas de causa-efecto ocurriendo a lo largo del tiempo (la hipótesis mecanicista). En verdad, existen dos o más maneras de ver y explicar cada fenómeno. En la hipótesis contextual, los fenómenos en la naturaleza son siempre supuestos como dependientes tanto del contexto en el cual ellos existen tanto como del contexto del observador. Cada elemento, tal como se dice “depende del cristal con que se mire” y se podría añadir y de quién, cuándo y cómo lo mire.

En el terreno de la salud, la presencia de un síntoma particular puede ser pensado como saludable o no, dependiendo de cómo se interprete. La fiebre, por ejemplo, puede ser signo de enfermedad o de combate activo y beneficioso del cuerpo contra una infección.

Cuando la gente dice que “la salud es diferente para diferentes personas, dependiendo de la manera en que uno la vea”, ellos están implícitamente adoptando la visión contextual. (Schwartz y Russek ,1997)

El contextualismo, está enmarcado en el sistema metafísico relacionado con el pragmatismo de Pierce, James y Dewey. Es al que Pepper concede mayor importancia como medio para entender al mundo. Guarda grandes similitudes con la Teoría General de Sistemas, a pesar de que, aparentemente, no existe relación entre ese autor y los primeros teóricos de sistemáticos. Siguiendo las pautas anteriores presento la tabla-síntesis de la metáfora básica del Contextualismo, remarcando en negrita ideas claves.



CATEGORÍAS Y ELEMENTOS DISTINTIVOS	COMENTARIOS
A. Metáfora básica: <b>suceso histórico</b>	El suceso histórico es aquel suceso activo, presente del contexto y que se caracteriza por verbos como (ver, hacer, ser, enseñar, etc). Las categorías contextuales se derivan de la cualidad intuitiva del suceso histórico. La realidad no se infiere.
B. Categorías básicas: CAMBIO, NOBLEZA	El contextualismo niega las estructuras absolutas o el orden inherente del universo. <b>Cambio</b> y <b>nobleza</b> son elementos básicos de esta visión del mundo.
C. Categorías de esta época	Cualidad y textura son cualidades que definen el orden y la actualidad.
CUALIDAD	La cualidad es lo que da sentido al todo completo.
Amplitud	Todo lo que sucede en el presente tiene conexiones con el pasado y el futuro. <b>La actualidad</b> no es un punto aislado en una escala temporal.
Cambio	Las cualidades de los elementos cambian respecto a las perspectivas desde las cuales son observados.
Fusión	Las texturas se funden con la forma. Las texturas individuales son difíciles de aislar de los elementos fusionados.
TEXTURA	Las texturas ofrecen cualidades que están hechas por el <b>contexto</b> que las rodea. Sin un análisis de un elemento no se llega a la verdad absoluta. El resultado del análisis depende del contexto.
Características	Contribuyen directamente a la cualidad de la textura y pueden ser en términos de finalidades o propuestas.
Contexto	El contexto es todo aquello que contribuye indirectamente a la cualidad de la textura.
Referencia	Esta subcategoría se encuentra en términos de iniciación, dirección y satisfacción de las características. Si las características se toman como conducta, la observación de una acción mostrará la iniciación de la acción, el objetivo de la acción, y la satisfacción de la finalidad. Las referencias lineales consisten en la iniciación individual y proceden directamente a la satisfacción.

Tabla 5: El Contextualismo. Fuente: Kilbourn, (1974).

#### 3.4.4. Organicismo.

La metáfora básica de esta hipótesis es el organismo o la integración. Es una hipótesis derivada del reconocimiento de que un organismo es de alguna manera más que la suma de sus piezas, cuya operación básica es integrar una estructura.

Su principal metáfora es que *todo* es un organismo que vive y se mueve. Se interesa por el sentido del proceso. Su principal fuente de motivación está en su propio interior. Los sujetos que la forman -y la configuran- están organizados y autorregulados en un todo organizado y activo.

Este sistema se proyecta, básicamente, de dentro a fuera, de manera unidireccional, cuya meta, de naturaleza básicamente teleológica, es perseguir el máximo nivel de

integración y llevar a cabo su proyecto a base de cambios, fundamentalmente cualitativos, más que cuantitativos.

El medio juega un papel de pretexto para el desarrollo<sup>34</sup>. El medio incide en el curso del desarrollo ralentizándolo o apurándolo, pero no altera el orden en el que va a suceder el desarrollo, el orden de adquisición es siempre el mismo. En cambio, la noción de *tiempo* tiene menos peso específico que en el mecanicismo.

La operación básica es componer una estructura y la cognición primaria está en la relación de piezas a un conjunto. Es una hipótesis derivada del reconocimiento de que un organismo es, de alguna manera, más que la suma de sus piezas "el todo es mayor que la suma de sus partes".

Para Pepper, la esencia de la idea es que cuando las partes, conjuntamente, llegan a ser un todo, se observan *propiedades emergentes* que no son expresadas por ninguna de las partes aisladamente. Sólo cuando las partes interactúan y desarrollan una relación hacen aparecer las nuevas propiedades sistémicas.<sup>35</sup> La hipótesis organicista nos capacita para estudiar las relaciones entre las partes (formas) a través del tiempo (mecanismos) desde diferentes perspectivas (contextos), y entonces integrarlos. Cuando alguien dice que la salud es una combinación de la capacidad para sanar y capacidad para funcionar óptimamente, está, implícitamente, adoptando la hipótesis organicista. Sin embargo, a pesar de la aparente riqueza y potencial integrativo de la hipótesis organicista en posteriores visiones integrativas de la salud, esta hipótesis no da cuenta, plenamente, de aspectos de la ciencia moderna, especialmente de la controversia en la ciencia moderna

---

<sup>34</sup> "La metáfora organicista que marcó fuertemente la sociología del siglo pasado correspondía lógicamente a la sociedad en proceso de industrialización, cuya racionalidad estaba marcada por el funcionamiento de máquinas de movimientos coordinadas por hombres. Tanto el conjunto de máquina y hombre, como el conjunto hombres y hombres, se gobiernan conforme al mismo paradigma: aquel que comienza postulando la unidad del sistema que conforma, la funcionalidad de cada una de sus partes para el todo, y cuyo corolario no puede ser otro que la necesidad del orden que preserva el sistema. Toda conducta humana o máquina que tienda a esta preservación es funcional y consolida la estabilidad, y toda conducta que, sea por error, negligencia, incapacidad u otro motivo, atente contra el desenvolvimiento previsible del conjunto, es disfuncional y en consecuencia compromete el sistema en su conjunto" (Kuhn, 1972:143).

<sup>35</sup> El enfoque sistémico es una aproximación multidisciplinar para abordar y formular problemas con vistas a una mayor eficacia en la acción, que se caracteriza por concebir a todo objeto (material o inmaterial) como un sistema o componente de un sistema. En este enfoque están entre otros: Bertalanffy (1981); Liliensfeld (1984); Morín (1995).

entre modelos biomédicos o modelos holísticos, ni de ciertas antiguas creencias y tradiciones acerca de la salud y acerca de la sanación. Aún más, no necesariamente da cuenta de todas las maneras en que la naturaleza está en realidad integrada (por ejemplo, como lo ilustra la moderna física cuántica).

*“El organicismo no hace hincapié en la intensidad de la experiencia (como el contextualismo), sino en la calidad integradora de la experiencia. La “conexión” esencial de las cosas y eventos es una característica del pensamiento ecológico” (Kilbourn, 1998:33).*

Este enfoque tiene una base racionalista –bebe de los conceptos de Leibniz–, pero encuentra también su encaje en las teorías de Piaget y Freud. Pepper lo relaciona con el llamado comúnmente “idealismo absoluto”, y practicado, entre otros, por Hegel. En éste, el mundo aparece literalmente como un cosmos en el que los hechos ocurren en determinado orden y por lo que, si son suficientemente conocidos, pueden ser predichos o al menos descritos. Este sistema metafísico constituye un sustento para la teoría de la probabilidad y estadística. Por último se añade la tabla-síntesis de la metáfora básica del Organicismo.

CATEGORÍAS Y ELEMENTOS DISTINTIVOS	COMENTARIOS
A. Metáfora básica: <b>INTEGRACIÓN</b>	Tanto los elementos como los <b>procesos</b> se definen por diferentes niveles de integración
B. Categorías	
FRAGMENTOS	Los fragmentos se refieren a <b>la experiencia</b> . Un dato aislado se considera un fragmento. Una experiencia deja de ser un fragmento cuando se <b>integra</b> en un todo coherente.
NEXOS	Los nexos son <b>conexiones</b> entre los diferentes fragmentos e implican a <b>un todo integrado</b> , coherente y de mayores dimensiones.
CONTRADICCIONES	Las contradicciones suceden cuando los nexos de una experiencia llevan a experiencias conflictivas. El conflicto se puede resolver cuando lo elevamos a un mayor nivel de integración.
EL TODO ORGÁNICO	El <b>todo orgánico</b> absoluto se consigue cuando toda la experiencia se va integrando de manera sucesiva en macro-estructuras. El absoluto se consigue con la mayor integración. Cada vez que nos acercamos más al absoluto, el sistema se hace más inclusivo, más determinado, más integrado.
FUSIÓN COMPLETA	Cuando se alcanza un todo orgánico, los fragmentos que lo han permitido se fusionan.
TRANSCENDENCIA	Las contradicciones de los fragmentos se solventan cuando el todo orgánico se alcanza.
ECONOMÍA	Todas las experiencias son válidas cuando el todo orgánico se alcanza.

Tabla 6: El Organicismo. Fuente: Kilbourn, (1974).

### 3.5. La propuesta de Kilbourn: Una síntesis pragmática del trabajo de Pepper.

Como ya hemos comentado, trabajar con un marco teórico tan complejo como las metáforas de Pepper exige una *traducción abreviada*, un nuevo marco y un tono más *práctico*, así como una forma más manejable que el texto completo de Pepper. Kilbourn (1974) elaboró, como hemos visto este marco, de esas características a las que llamó *esquema analítico* y que concreto con este otro: (Tabla 7)

FORMA	MÁQUINA	CONTEXTO	ÓRGANO	INTUICIÓN	AUTORIDAD
Diferencia	Cantidad	Cambio	Absoluto	Certeza	Certeza
Esencia	Causa	Mezcla	Coherencia	Emoción	Humano
Hábito	Efecto	Inmediación	Conexión	Mezcla	Poder
Ideal	Eficiencia	Intensidad	Fragmento	Inmediato	Espíritu
Modelo	Frecuencia	Innovación	Integración	Inclusión	
Norma	Localización	Presente	Resolución	Intensidad	
Plano	Parte	Relativo	Síntesis	Intuición	
Similitud	Cuantificación	Viveza	Unión	Amor	
Tipo	Reducción	Conjunto	Conjunto		

Tabla 7: Esquema analítico de Kilbourn. Fuente: Kilbourn (1974)

Esta tabla está conformada por una serie de términos (adaptados por Álvarez, 2000) que simbolizan todo el marco teórico de Pepper, trató seis metáforas arraigadas diferentes: forma, máquina, contexto, órgano, intuición, autoridad. Para este estudio aplicaré, únicamente las cuatro primeras.

Partiré de un método inicialmente deductivo con las categorías de Pepper y, a través de ellas, trataremos de ver cómo se *llenan de subjetividad* con las aportaciones de las personas participantes en el estudio (inductivo).

Estas metáforas básicas o visiones del mundo, con sus respectivas tablas, me ayudarán, a su vez, en el momento del análisis y discusión de las entrevistas a encontrar y reflexionar sobre las "divergencias compresivas". Es decir, cuando nos encontremos ante una profesional *formalista* y un usuario *contextualista*. Así mismo, me aportarán elementos para poder justificar algunos de los objetivos de la tesis.

### **PARTE 3: METODOLOGÍA Y TRABAJO DE CAMPO**

## Capítulo 4: EL DISEÑO: LO QUE SE PRETENDÍA.

*“La lucha por el poder es, en buena medida, una lucha por imponer las propias metáforas”.  
(Lizcano, 2006: 70).*

En este capítulo presento, en una primera parte, la metodología y diseño de la investigación con un enfoque más teórico y, en la segunda, con un enfoque más práctico, el trabajo de campo.

### 4.1. Introducción.

Llegado a este punto, aparecen nuevas preguntas que exigen ser respondidas: ¿Cómo debo proceder para dar respuesta a los interrogantes planteados en el estudio? ¿Qué métodos de indagación son los más adecuados para conseguir información acerca del problema a investigar? ¿Cuál es la mejor opción metodológica para aplicar a éste proyecto? ¿Qué criterios pueden hacerme decantar por la mejor opción metodológica? Intentaré dar respuestas a estas cuestiones mostrando, al mismo tiempo, los argumentos que justifican el uso de la investigación cualitativa tomando como marco referencial interpretativo el Interaccionismo Simbólico (Álvarez-Gayou, 2005).

Identificar e interpretar el uso de metáforas en las actividades de EpS es entrar en el mundo subjetivo del profesional y del usuario con la intención de captar sus percepciones, pero también otras dimensiones del proceso comunicativo. El Interaccionismo Simbólico permite investigar el sentido que los actores dan a las metáforas en sus intervenciones/interacciones educativas.

La investigación y el análisis de la EpS, como una realidad social, plantean numerosos problemas técnicos que provocan algunas disyuntivas en el proceso metodológico de la investigación. Munné (1995), los establece del siguiente modo:

<b>Análisis</b>	¿observar	o	experimental?
<b>Objetos</b>	¿reales	o	simulados?
<b>Situación</b>	¿dentro	o	fuera?
<b>Marco</b>	¿natural	o	artificial?
<b>Datos</b>	¿cuantitativos	o	cualitativos?

Tabla 8: Dilemas del investigador. Fuente: Adaptación de Munné (1995:103)

La respuesta es difícil. En EpS, la pluralidad y el abanico de campos de investigación, la gran variedad metodológica y la diversidad de fines y objetivos, le confieren una serie de características específicas. Arnal, Del Rincón y Latorre (1992) y Pérez, (2001:83-84) proponen unas características concretas para la investigación educativa que me parecen muy pertinentes y aplicables también al terreno de la EpS:

- a) La complejidad de los fenómenos. El estudio de las percepciones, creencias, opiniones o actitudes, nos sitúa frente a hechos no observables y poco susceptibles de experimentación. Esto presupone una mayor aportación de subjetividad en los resultados, en las investigaciones realizadas, y un abordaje desde planteamientos humanístico-interpretativos.
- b) La convergencia de diferentes paradigmas. La multiplicidad de enfoques y perspectivas que interactúan en los fenómenos S-E, hace que no exista un único modelo válido de intervención e investigación en EpS. También Munné (1995) considera que la existencia de diversas teorías psicosociales se debe a la complejidad de la interacción humana. Cada marco teórico -en correspondencia con su modelo paradigmático-, da respuestas diferentes en función de su propia concepción de la interacción para cada uno de ellos.
- c) La dificultad epistemológica. Los fenómenos de S-E son difícilmente repetibles. Esto supone dificultades para la replicación y para la medición. También es muy difícil el control de variables y la generalización de los resultados.
- d) La diversidad metodológica. La metodología experimental es de difícil aplicación para el estudio de la realidad de la EpS. Así, en muchos casos, se utilizan

métodos no experimentales como procedimientos más acordes al ámbito de investigación.

- e) El carácter multidisciplinar. Tal como hemos explicado anteriormente los fenómenos de S-E pueden y deben ser contemplados y trabajados desde diferentes disciplinas. Esto supone, a menudo, la necesidad de integrar varias teorías y metodologías.

#### **4.2. Decisiones metodológicas.**

Los criterios que me han llevado a la concreción y selección del enfoque metodológico que considero más apropiado para este estudio se ha basado en dos pilares fundamentales: la naturaleza del objeto a investigar y mis supuestos epistemológicos, metodológicos teóricos y éticos, es decir, la tendencia personal y profesional del investigador. El método seleccionado intenta ser coherente con el objeto de investigación (procesos de naturaleza social y simbólica) y con la perspectiva epistemológica en la que, como investigador, me he situado (paradigma interpretativo). La opción de la metodología cualitativa me permitirá aproximarme de manera más coherente a la situación a estudiar. Trataré de fundamentar esta decisión.

#### **4.3. Fundamentación epistemológica (¿Por qué?).**

Dada la naturaleza social y simbólica del objeto de estudio, cualquier aproximación metodológica que utilice debe ser capaz de ofrecer información acerca del sentido que las metáforas tienen en las intervenciones educativas para sus protagonistas y del contexto en el que estas se desarrollan. A continuación, presento los ocho argumentos principales que justifican porqué me he decantado por un enfoque cualitativo aplicado al estudio de las metáforas en salud.

- a) Por su función expresiva. El estudio del uso del lenguaje, y en particular la metáfora, es un valioso acercamiento a la comprensión de las vivencias y del mundo vivido por el profesional y el usuario. Pero para llegar a este conocimiento de la función expresiva que la metáfora tiene para los actores sólo podemos hacerlo escuchando y comprendiendo la experiencia desde ellos mismos. (Czechmeister, 1994).



b) Por la metodología adaptada al objeto de estudio. No me interesan los métodos que permitan conocer, por ejemplo, número de metáforas, clasificación de las mismas, etc. Dadas las pretensiones del estudio, necesito focalizar mi atención en los motivos y razones por los que profesionales y usuarios usan las metáforas, en los paradigmas que hay detrás y en sus interpretaciones desde la visión de los protagonistas. Max Van Manen (2003:10-11) sostiene que para este tipo de estudios:

*“Se requiere y exige la capacidad de ser reflexivo, intuitivo, sensible al lenguaje y constantemente abierto a la experiencia”.*

No sólo el conocimiento y aplicación de un nuevo paradigma justifican su uso. Como comenta Maykut y Morehouse (1999), para defender el posicionamiento cualitativo es importante conocer sus bases filosóficas. La metodología cualitativa parte de la fenomenología, mientras que la cuantitativa del positivismo. Así, como el enfoque positivista intenta explicar, predecir y verificar, el fenomenológico se centra en comprender los significados que los participantes atribuyen al acontecimiento.

c) Porque se centra en la comprensión de las acciones humanas. Por tanto, el método me debe facilitar el *acceso a los significados* que profesionales y usuarios utilizan para asignar un sentido y comprender su propio uso. Porque en estos significados, residen las *“causas”* de las *acciones humanas* antes que las *conductas humanas* (Medina, 2005).

*“Los hombres son, no sólo elementos del campo de observación del hombre de ciencia, sino preintérpretes de su propio campo de acción. Que su comportamiento manifiesto no es sino un fragmento de su conducta total. Que el primer desafío planteado a quienes procuran comprender la realidad social es asimilar la subjetividad del actor captando el sentido que un acto tiene para él, eje del mundo social (...). El investigador social tiene por tarea reconstruir el modo en que los hombres interpretan, en la vida diaria, su propio mundo”* (Schutz, 1974:31-32).

Una característica definitoria de la *acción humana* es su significado subjetivo y no tanto su consecuencia comportamental o conductual. Para Carr y Kemmis (1988) la noción de significado subjetivo está íntimamente vinculada a la distinción entre *“acción humana”* y *“conducta humana”*. Lo propio del ser humano es la acción y no la conducta. Esta distinción se hace patente al comprender que el *comportamiento* de los objetos inanimados sólo se hace inteligible cuando se le adjudica un sentido o significado. De manera que, cualquier opción metodológica que trate de conocer la realidad de la

interacción humana, en mi caso el uso de las metáforas, deberá permitir el acceso a los significados de las acciones de las personas que las protagonizan.

d) Por su sensibilidad fenomenológica. Cualquier interpretación de las metáforas debe considerar el contexto donde se expresa y no aceptar de antemano que cada individuo, usando la misma metáfora, esté expresando el mismo significado. Los significados son creados, cuestionados y modificados durante el desarrollo de las prácticas sociales que las personas realizan. El uso de las metáforas por los profesionales y usuarios dependerá del significado que para ellos tenga dichas metáforas. Necesitamos comprender, y no sólo explicar, dichos significados para facilitar el proceso de comunicación y, así, prestar cuidados de calidad. Esta es la diferencia que establece Von Wright (1987) entre "Explicación" y "Comprensión". La primera, es el modo característico con que las ciencias positivistas dan cuenta de la realidad. Un acontecimiento, para ser explicado científicamente, debe ser definido como un estado sucesivo de cosas relacionándose ambas mediante conexión causal. Por su parte, las ciencias sociales deben ser un modelo de explicación teleológico denominado "Comprensión".

e) Por su relevancia para la práctica profesional. Ante la ausencia de criterios lógicos, metodológicos o epistemológicos para defender la supremacía de los métodos de la ciencias naturales en el estudio de prácticas humanas como la enseñanza o el cuidado (Martínez, 1982), aparecen otros, como la relevancia para la práctica o la aceptación consensuada, que son cada vez más usados para evaluar los conocimientos producidos por los investigadores en los ámbitos de la enseñanza y de la salud. (Medina, 2005). El principio general de estos planteamientos sostiene que:

*"El criterio básico son los significados inmediatos y locales de las acciones, según se definen desde el punto de vista de los actores" (Erickson, 1989:196).*

f) Por su carácter dinámico. Abordar las metáforas desde el marco simbólico en que las personas interpretan sus pensamientos y acciones. Es decir, "entrar-salir", en la vida subjetiva de los protagonistas.

g) Por su carácter naturalista. Éste supuesto nos sitúa en el papel determinante del contexto. Los individuos forman una unidad con su medio. La suposición que subyace a

esta hipótesis es que las metáforas sólo pueden estudiarse en la vida real donde se producen. Sólo el contacto directo con esa realidad nos podrá garantizar el conocimiento del papel que el contexto social y cultural juega en la construcción de significados y en la comprensión que de ellos tienen las personas.

h) Por el carácter exploratorio del estudio. Para terminar, creo necesario remarcar el carácter inicialmente exploratorio de este estudio, dada la ausencia total de trabajos similares en nuestro país, se impone, por tanto, la necesidad de utilizar un enfoque cualitativo e interpretativo para el mismo.

Además, el uso social de la metáfora se entiende mejor dentro del paradigma interpretativo porque como dice Sontag, (2003:127): *“Todo el pensamiento es interpretación”*.

Y la metáfora ofrece significado de lo que las personas piensan y de cómo interpretan el mundo. Recordemos que las metáforas son patrones de pensamiento que procuran describir un objeto o un acontecimiento (signo, síntoma, etc.), a menudo desconocido, en términos de otro objeto o acontecimiento, a menudo más familiar.

#### **4.4. La metodología cualitativa.**

##### **4.4.1. Presentación.**

La metodología cualitativa tiene sus orígenes en el paradigma interpretativo de larga tradición en la historia de las ciencias sociales y viene siendo utilizado desde el siglo XVII (Colás, 1992). A pesar de ello, no comienza a implantarse hasta la segunda mitad del siglo XX.

Con todo ello, hasta hace poco, la metodología cualitativa todavía estaba infravalorada en las ciencias sociales. La sobrestimación de los resultados empíricos habían devaluado los datos obtenidos por otros tipos de metodologías más observacionales o más participativas y, por tanto, más subjetivas. En suma, estaba viva una polémica que rivalizaba las dos tendencias hasta hacerlas incompatibles con la elaboración de argumentos para desacreditar la posición contraria. Ruiz Olabuénaga (1999), defensor de

la metodología cualitativa, considera que ésta batalla no tiene fundamentos científicos y que, a pesar de la evidente superioridad de producciones de investigaciones cuantitativas, nadie puede afirmar que los resultados obtenidos con metodologías cualitativas no hayan sido importantes, válidos, rigurosos o definitorios.

En la actualidad, están resurgiendo de nuevo un gran interés por este tipo de metodologías. Como señala Colás (1992), la incorporación de las técnicas cualitativas en las investigaciones científicas se debe a nuevos replanteamientos epistemológicos y a la mayor producción de trabajos de disciplinas, como por ejemplo, la psicología, la sociología, la pedagogía, las ciencias de la salud, etc.

#### **4.4.2 Características de la metodología cualitativa.**

Según Guba y Lincoln, (1982:238) la metodología cualitativa presenta unas características que le son propias:

- Tiene una concepción holística de la realidad: asume que existen múltiples realidades que han de ser estudiadas conjuntamente.
- El objetivo científico es la comprensión de los fenómenos: se interesa por el análisis de las percepciones y las interpretaciones de los sujetos participantes.
- El investigador y el objeto de investigación están interconectados: existe una interacción recíproca.
- Investiga casos en profundidad a partir de situaciones naturales: llega a desarrollar un cuerpo de conocimientos ideográficos que describen los casos individuales.
- El principal instrumento de recogida de datos es el investigador: ha de estar inmerso dentro del contexto para obtener una mayor información.
- El diseño de la investigación es emergente y en cascada: se va elaborando y reconstruido a medida que se avanza en la investigación.

M. Paz Sandín (2003) sintetiza en su libro la aportación de otros autores sobre las características de la investigación cualitativa:

## CARACTERÍSTICAS DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

(Taylor y Bogdan, 1987)	(Eisner, 1998)	Rossman y Rallis, 1998a)
<ul style="list-style-type: none"> <li>* Es inductiva</li> <li>* Perspectiva holística</li> <li>* Sensibilidad hacia los posibles efectos debidos a la presencia del investigador.</li> <li>* Comprensión de las personas dentro de su propio juicio.</li> <li>* Valoración de todas las perspectivas.</li> <li>* Métodos humanistas.</li> <li>* Énfasis en la validez.</li> <li>* Todos los escenarios y personas son dignos de estudio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Es un arte</li> <li>* Los estudios cualitativos tienden a estar enfocados.</li> <li>* El yo (propio investigador) como instrumento.</li> <li>* Carácter interpretativo.</li> <li>* Uso del lenguaje expresivo.</li> <li>* Atención a lo concreto, al caso particular</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Es creíble gracias a su coherencia, intuición y utilidad instrumental.</li> <li>* Se desarrolla en contextos naturales.</li> <li>* Utilización de múltiples estrategias interactivas y humanísticas.</li> <li>* Focaliza en contextos en forma holística.</li> <li>* El investigador desarrolla sensibilidad hacia su biografía personal (reflexividad).</li> <li>* Naturaleza emergente.</li> <li>* Proceso basado en un razonamiento sofisticado que es multifacético e interactivo.</li> </ul> <p style="text-align: center;">Fundamentalmente interpretativa</p>

Tabla 9: Características de la investigación cualitativa. Fuente: Sandín (2003:125)

### 4.5. Fundamentación metodológica: el Interaccionismo Simbólico.

El paradigma cualitativo da cabida a disciplinas tan dispares como la antropología, la lingüística, la hermenéutica, la fenomenología o la sociología y se desarrollan con una multitud de aproximaciones metodológicas como son la Etnografía (Woods, 1987); la Etnometodología (Garfinkel, 1967); el Interaccionismo Simbólico (Blumer, 1982) o la Teoría Fundamentada (Glaser y Strauss, 1967).

De todos estos enfoques metodológicos, ¿cuál es el más adecuado para mi trabajo? Una vez asumido que voy a llevar a cabo una aproximación cualitativa, opto por un estudio interpretativo siguiendo el modelo del Interaccionismo Simbólico (IS).

La gran diversidad y multiplicidad metodológica que contiene la perspectiva cualitativa no impide que todos esos enfoques compartan una serie de aspectos comunes acerca de la naturaleza de la realidad a la que se aproximan y que, según recoge Medina (2005:27), son los siguientes:

- La naturaleza interpretativa, holística, dinámica y simbólica de todos los procesos sociales, incluidos los de investigación.
- El contexto como constitutivo de los significados sociales.

- El objeto de la investigación es la acción humana (por oposición a la conducta humana) y las causas de esas acciones residen en el significado interpretado que tienen para las personas que las realizan antes que en la similitud de conductas observadas.
- El objeto de construcción teórica es la comprensión teleológica antes que la explicación causal.
- Y, la objetividad se alcanza accediendo al significado subjetivo que tiene la acción para su protagonista.

Aunque, como vengo afirmando, el IS comparte estos rasgos con otros métodos cualitativos como la Etnografía, la Fenomenología o el estudio de casos, me he decantado por esta opción metodológica porque, entre otras cosas, se interesa por el estudio de la interacción del individuo con los contextos que le rodean y con la relación, en este caso, de profesionales y usuarios con las metáforas basadas en su significado simbólico. Es un enfoque metodológico que:

*“Defiende que la experiencia humana está mediatizada por la interpretación que las personas realizan en interacción con el mundo social” (Corner y Latorre, 1996:87).*

Su principal representante fue Herbert Blumer (1937). Había sido discípulo de George H. Mead el primer, el propagador de esta teoría, pero fue Blumer quien acuñó el término de “Interaccionismo Simbólico” y se convirtió en su portavoz.

Distinguía la conducta en dos formas de interacción: la no simbólica y la simbólica. La primera, ocurre cada vez que dos personas interactúan entre sí sin ninguna interpretación, como en el caso de las conductas reflejas y en algunas formas de expresión emocional. La segunda, hace referencia a todos los otros tipos de interacciones repletas de simbolismo e interpretación.

La concepción de Blumer (1982:2) se fundamenta en tres premisas básicas:

- a. Los seres humanos actúan en relación con los objetos que les rodean en función de su significado y de lo que representan para ellos. Las relaciones dependen, en gran medida, de cómo interpretamos -nosotros mismos y los demás-, los acontecimientos.

- b. Los significados se generan a partir de la interacción social. Estos no se aprenden, sino que se construyen y se reconstruyen a partir de las interrelaciones y la comunicación. El significado es un producto social creado por los miembros de un grupo que le otorgan un significado común para experimentar de forma similar.
  
- c. El significado de los objetos se modifica a través del proceso de interpretación. El resultado surge de la negociación interpersonal en el que se perfila un significado compartido. Es un proceso abierto, dinámico y creativo y, precisamente por esto, es el responsable de la dificultad de predicción de la conducta humana. Las personas en interacción, son los agentes activos responsables de la construcción de los significados.

Podemos sintetizar que: los significados orientan la acción, que es la interacción social quien genera estos significados y que el proceso interpretativo modifica los significados. Para Blumer, el significado desempeña un papel central en el comportamiento de la persona y este significado es utilizado y modificado en la interacción, de manera que los significados son un producto social.

El IS es una manera de interpretar las percepciones de las personas, el significado y el sentido que ellos dan a las cosas y como esas ideas se unen con la experiencia. Es una metodología que usa procedimientos, técnicas e instrumentos como los estudios de casos, las entrevistas, la observación participante, las historias de vida, las conversaciones, el análisis de documentos, las cartas y los diarios, entre otros.

El IS es una herramienta teórica que hace posible la comprensión del fenómeno de una manera más amplia, además de ampliar el significado que las metáforas tienen para los actores del estudio en su proceso comunicativo.

La opción por el IS, como referencial teórico, reside en el hecho de que este modelo, posibilita la comprensión del significado que los seres humanos construyen partiendo de las interacciones que establecen dentro de una sociedad. Además, posibilita al investigador focalizar su análisis en el significado simbólico, a fin de entender el comportamiento de los sujetos como si él estuviese en su lugar, o sea, comprender el

mundo partiendo de la perspectiva y visión del sujeto (Santos y Nóbrega, 2002). O como dice Polit y Hungler (2000:236):

*“El IS se concreta en el modo en que las personas dan sentido a las interacciones sociales y en la forma de interpretar los símbolos sociales, como el lenguaje”.*

Blumer (1982), también estaba interesado en lo que llamaba “acción conjunta”. Esto sucedía cuando dos o más personas coordinaban los actos individuales durante el desarrollo de un proceso. Es este contexto, cada sujeto interpreta lo que está haciendo a la vez que interpreta lo que están haciendo los demás.

Como opina Pérez (2001) esto es, ni más ni menos, lo que ocurre con los sujetos cuando se les introduce en un grupo de discusión. Al final del proceso grupal habrán construido un significado común para todos ellos que les permitirá describir su entorno y su relación con él. Entre todos, a partir de sus interacciones, habrán ido configurando un significado compartido que les permita expresarse con él y a través de él. El mismo proceso sucede también en la interacción entre la enfermera y sus usuarios o familiares.

Para el IS, lo más importante no es la conducta en sí misma, sino el significado que se le atribuye a partir de la interrelación social, pues como señalan Fernández Dols y col. (2000), las personas, al interactuar, tratan a la vez de controlar e interpretar la conducta del otro y la de sí mismo.

Munné (1995: 75) presenta cinco principios teóricos que se desprenden de esta teoría y que utilizaré como opción metodológica:

- a. La interacción es una actividad de comunicación simbólica: en ella se utilizan significados previamente aprendidos a la vez que se crean de nuevo para la interrelación.
- b. La interacción ocurre dentro de una situación que tiene significado propio. Ésta dependerá de los roles sociales de los participantes, de las motivaciones, de las expectativas y representaciones previas, etc.
- c. La interacción es una actividad creativa: en ella, y a través de ella, se va construyendo la realidad personal y social. La cadena de la interacción dependerá de los mensajes, los *feed-backs* enviados y recibidos por y para cada uno de los participantes.



- d. La interacción es una actividad relativamente esperada y asumida: se espera que cada sujeto participe con su rol, pero lo que no puede determinarse es la forma de construirlo y de desarrollarlo.
- e. La interacción contribuye a la formación de nuestra propia manera de ser: es a partir de las relaciones y las interacciones con los demás como se va a desarrollar la experiencia y el aprendizaje personal y social.

Según Meltzer y colaboradores (1975), los seres humanos en función al significado que den a las cosas así actuarán hacia ellas. Sería ésta una premisa básica del IS. En la misma línea, Bond y Bond (1986), comentan como el idioma es un "símbolo importante" en la tradición interpretativa, formando una ventana a través de la cual surgen constantemente significados que pueden ser captados e interpretados.

Aunque del IS aplicado a las metáforas en EpS no existen muchos trabajos publicados, teniendo en cuenta las aportaciones de Alcántara y col., (2006); Ribero y Miriam, (2004); Czechmeister, (1994); Santos y Nóbrega, (2002) y Blumer, (1982) entre otros y otras, podríamos pensarlo como un método que tiene las siguientes fases.

Método del interaccionismo simbólico	Estrategias de recogida y análisis de datos
<b>Fase 1: Exploración</b> - Adquirir conocimiento extenso y profundo. - Se parte de un enfoque amplio y se va reduciendo progresivamente. - Carácter flexible. - Revisar y verificar las imágenes, creencias y conceptos sobre las metáforas.	- Revisión bibliográfica. - Observación directa. - Entrevistas. - Consultar documentos.
<b>Fase 2: Inspección</b> - Examen detenido y profundo de las metáforas. Una visión desde todos los ángulos posibles. - Flexible - Imaginativa - Creativa. - Libre de tomar nuevos rumbos.	- Transcripción y revisión meticulosa del texto. - Identificación de metáforas. - Análisis e interpretación. - Teoría de Pepper - "Esquema analítico" de Kilbourn

Tabla 10: Fases metodológica del IS y adaptación al estudio. Fuente: Elaboración propia

Como opina Blumer (1982), el IS será capaz de darnos respuesta a la pregunta sobre cómo construyen los profesionales sanitarios su mundo cotidiano (también los usuarios del sistema). Aproximándonos al sentido de sus acciones y ofreciéndonos una visión procesual de la acción social intersubjetiva. Se destaca a la persona como agente activo y no como sujeto pasivo ante las influencias del medio. Para el IS lo realmente importante es la interacción, concretamente, la acción dirigida hacia el otro y no tanto la acción en sí misma.

#### 4.6. La perspectiva general del tipo de estudio: a modo de síntesis.

De acuerdo con la pregunta de investigación y los objetivos marcados el abordaje que más se adecua es el cualitativo y más concretamente el paradigma interpretativo para poder entender/comprender la metáforas básicas que usan tanto enfermera como usuarios en la EpS. De entre las perspectivas interpretativas opto por el interaccionismo simbólico y basándome en el marco teórico de Pepper para la identificación de las metáforas básicas que se usan en las interacciones educativas-asistenciales. Todo este marco lo podemos observar en el esquema siguiente: (Figura 10).



Figura 10: Marco teórico de la investigación. Fuente: Elaboración propia.

Soy consciente que mi aproximación a la realidad estudiada está influenciada por el método de investigación elegido. Como dice Elliot W. Eisner (1998:62):

*“La percepción del mundo está influenciada por la capacitación, el punto de vista, el enfoque y el lenguaje” y en el caso del investigador por el método que utilice para acercarse a una determinada realidad”.*

La metodología cualitativa me permitirá conocer y “re-conocer” la realidad a partir de la interpretación y significación del objeto estudiado.

*“En la investigación naturalista<sup>36</sup>, el investigador debe retroceder y avanzar entre la situación que observa y su significado tal y como lo experimentan los participantes y como se capta de forma metafórica. El significado no viene dado por la situación, sino que surge de la situación que se construye desde la observación y el investigador” (Maykut y Morehose; 1999:47).*

Y por otro lado, el Interaccionismo Simbólico<sup>37</sup> me ayudará a interpretar las percepciones y será la herramienta teórica que me permitirá hacer posible, junto con las metáforas básicas de Pepper, la comprensión del fenómeno de una manera más amplia, además de revelar el significado de la práctica de los actores (enfermera y usuarios) que aparece en las intervenciones educativos-asistenciales.

*“La investigación con la metodología cualitativa se hace conveniente cuando se desea conocer las razones por las que los individuos aisladamente o en grupos, actúan de la forma en que lo hacen, tanto en lo cotidiano, como cuando un suceso irrumpe de forma tal que pueda dar lugar a cambios en la percepción que tienen de las cosas” (Báez, 2007:24).*

#### **4.7. Estrategias de recogida de la información.**

*“La verdadera comprensión en medicina no puede lograrse sin añadir los métodos cualitativos al arsenal de la investigación” (Holman, 1993:35).*

Tal como se ha explicado, dadas las características de esta investigación, con los objetivos planteados y el marco teórico elegido para guiar el estudio se opta por una metodología cualitativa, se decide trabajar con técnicas cualitativas para que faciliten, de forma personal y vivencial, el acceso a las percepciones, opiniones y actitudes del grupo

---

<sup>36</sup> La metodología cualitativa y sus métodos son también conocidos como “Naturales”. (Esta observación no es de los autores de la cita).

<sup>37</sup> Para Blumer (1982:2) el Interaccionismo Simbólico se basa en “tres sencillas premisas”: Primera: el ser humano orienta sus actos hacia las cosas en función de lo que éstas significan para él. Segunda: el significado de estas cosas se deriva, o surge, como consecuencia de la interacción social que cada cual mantiene con los otros. Tercera: los significados se manipulan y modifican mediante un proceso interpretativo desarrollado por la persona al enfrentarse con las cosas que va hallando a su paso. Si cambian las circunstancias, cambia el significado. Este no es permanente ni estable.

de sujetos a investigar. Del mismo modo, el análisis de las entrevistas al profesional y a los usuarios nos permitirá identificar las *metáforas básicas* que se presentan en las intervenciones educativas-asistenciales.

La recogida de la información para el estudio partió de las actividades naturales y cotidianas que realizaba la enfermera con los usuarios. A excepción de la entrevista que se le realizó a la enfermera.

A través de la observación no participativa en la consulta del CAP, las grabaciones con audio de las entrevistas y la recopilación de materiales y documentos educativos, se intentó captar cómo realizaba la enfermera sus intervenciones educativo-asistenciales a los usuarios que atendía.

#### **4.7.1. La observación no participativa.**

La observación es una de las actividades de la vida cotidiana de los seres humanos. Pero, también, es una herramienta extremadamente útil para los investigadores, pues les permite comprender mucho más de lo que sucede en situaciones complejas del mundo real de lo que descubrirían si se limitaran a preguntar a las personas o si sólo leyeran lo que dicen de ellas los cuestionarios o entrevistas. Sin embargo, a diferencia de la observación escasamente intencional de la vida cotidiana, la observación que desarrolla un investigador:

- Se *orienta y enfoca* hacia un aspecto determinado de la realidad que se ha determinado previamente en los objetivos y/o interrogantes de la investigación.
- Se *planifica* sistemáticamente en momentos, tiempos, lugares y personas.
- Se *controla* para evitar sesgos y garantizar su veracidad y fiabilidad.
- Se *relaciona* intencionalmente con conocimientos previos, teorías y modelos de explicación de la realidad observada.

Aunque procedimientos de recogida de información como la encuesta, la entrevista, el grupo de discusión o el análisis documental pueden incluirse dentro de la categoría genérica de observación científica, suele entenderse por observación aquel

procedimiento en el que el investigador presencia en directo el fenómeno que estudia. Pero además, en la observación cualitativa, a diferencia de la observación experimental, el investigador no manipula el contexto natural donde tiene lugar la realidad que se indaga. Las observaciones cuantitativas, desarrolladas en situaciones experimentales de laboratorio (controladas y estandarizadas), difieren ostensiblemente de las observaciones desarrolladas en las investigaciones cualitativas. La observación cualitativa es *naturalista* porque tiene lugar en el *contexto natural* donde suceden los fenómenos entre los actores que estuviesen participando naturalmente en la interacción, y no interfiere el curso natural de la interacción. Permite al observador tener información directa de la complejidad fenomenológica del mundo social, ser testigo y buscar el significado que para los sujetos observados tienen sus acciones.

### ***Tipos de observación y rol del investigador***

En el trabajo de campo, los tipos de observación están fundamentalmente determinados por el grado de participación que el investigador desarrolle en el al realidad que desde indagar. Adaptando las tipologías que Junker (1972) y Spradley (1980) elaboran, podemos ver que existen cuatro niveles de participación del investigador que implican distintos tipos de observación. Más que cuatro compartimentos estancos, estas cuatro categorías pueden aparecer intercaladas en distintos momentos del trabajo de campo y hacen que, desde los puntos de vista de los individuos con los que interactúa el investigador, para algunos sea más participante que observador y para otros más observador que participante.

1. *Completo observador (no participación)*. Aquí la relevancia de la observación es máxima y existe un cierto distanciamiento de la realidad observada. Suele coincidir con el momento de "acceso o ingreso" al campo momento en el que aparece el "vagabundeo (primera etapa de contacto consistente en reconocer el terreno y familiarizarse con los participantes). El investigador no participa por completo en la vida social del grupo al que observa (participante completo) sino que participa como observador. Por ejemplo situarse en el fondo del aula para observar una sesión de educación para la salud que imparte la enfermera escolar sin participar en la dinámica.

2. *Observador como participante.* Aquí, aunque predomina la observación sobre la participación, ésta es más intensa y continuada que en la modalidad anterior. Después de cierto tiempo de trabajo de campo la presencia del investigador ya no es tan pasiva y puede interactuar con los sujetos informantes sobre todo para aclarar el significado de lo que está ocurriendo.

3. *Participante observador.* Aquí la participación cobra protagonismo y el investigador empieza a compartir con los informantes algunas de sus actividades. Por ejemplo, el investigador puede colaborar con la enfermera escolar en la planificación de unas actividades de educación para la salud.

4. *Participante completo.* El observador se hace participante de la situación para experimentar qué significa vivir esa situación. Por las características de este estudio hemos optado por la observación no participante.

#### **4.7.2. Las entrevistas.**

La manera de conocer lo que piensan las personas es mediante lo que hablan, lo que cuentan. Por eso, la entrevista fue el principal método de recogida de datos para asegurar la máxima información detallada y específica. El objetivo es el de recoger información a partir de sujetos *informantes* sobre fenómenos o situaciones de S-E que no han sido vividas por el investigador. Es útil para llegar a descubrir sentimientos o actitudes.

Existen tres modalidades (Patton, 1984) que se diferencian en función del nivel de predeterminación de las preguntas:

- a) Entrevista no directiva.
- b) Entrevista focalizada.
- c) Entrevista estandarizada.

Características comunes de los tres tipos de entrevistas cualitativas:

1. No hay respuestas cerradas y los sujetos entrevistados pueden responder y expresar de forma abierta sus perspectivas personales.

2. Las categorías de las respuestas no están nunca predeterminadas y no pueden influir en las respuestas de los entrevistados.
3. El objetivo común es de:
  - Comprender el punto de vista de los entrevistados.
  - Recoger, en la medida que sea posible, la complejidad de sus posiciones personales.
  - Conocer las experiencias previas que pueden motivar las percepciones actuales.

La entrevista, desde una mirada constructivista, es una interrelación entre dos personas en un encuentro y contexto determinados, que permite obtener unos datos que representan la realidad de ambos en ese encuentro y momento.

En esta investigación, la entrevista en profundidad que se realizará a la enfermera, es una técnica para lograr que un individuo transmita oralmente, al entrevistador, su definición personal de la situación. La entrevista comprende un esfuerzo de "inmersión (más exactamente de re-inmersión) por parte del entrevistado frente a, o en colaboración con, el entrevistado" (Olabuénaga e Ispizua, 1989: 79).

#### **4.7.3. Análisis Documental.**

Con esta técnica se pretende seleccionar y analizar datos que están en forma de documentos o materiales educativos. En EpS existen infinidad de materiales y documentos. Para este estudio sólo se seleccionarán los que use la enfermera en las intervenciones educativas.

El análisis de la documentación que empleará la enfermera para potenciar y facilitar su discurso educativo se usará en mi estudio como un elemento básico y complementario para la recogida de información.

La recogida en la misma consulta del material y documentos existentes y su posterior análisis permitirá:

- Tener una base de su existencia.
- Conocer su origen (en su mayoría creados o seleccionados por la enfermera misma).

- Utilización del mismo por parte del profesional y usuario
- Saber qué información transmiten (en nuestro caso metáforas básicas).

Se intentará seleccionar todos los posibles formatos de presentación: escritos, visuales, sonoros y audiovisuales. Ya sean documentos personales, elaborados por la propia enfermera como los que pertenezcan a diferentes instituciones, ya sean públicas o privadas.

Básicamente, el foco del análisis será si el material o documento refuerza, o no, las metáforas básicas.



## Capítulo 5: TRABAJO DE CAMPO: LO QUE SE HIZO.

*“Lo que se ha pretendido es aprender a pensar algunas de las metáforas que nos piensan”.  
(Lizcano, 2006:27.)*

### 5. 1. Introducción: Cuestiones previas de la investigación.

El marco preconcebido de actuación para desarrollar el trabajo de campo se ha construido a partir de las cuestiones previas que orientan una investigación y que quedan reflejadas en el esquema. (Figura 11).

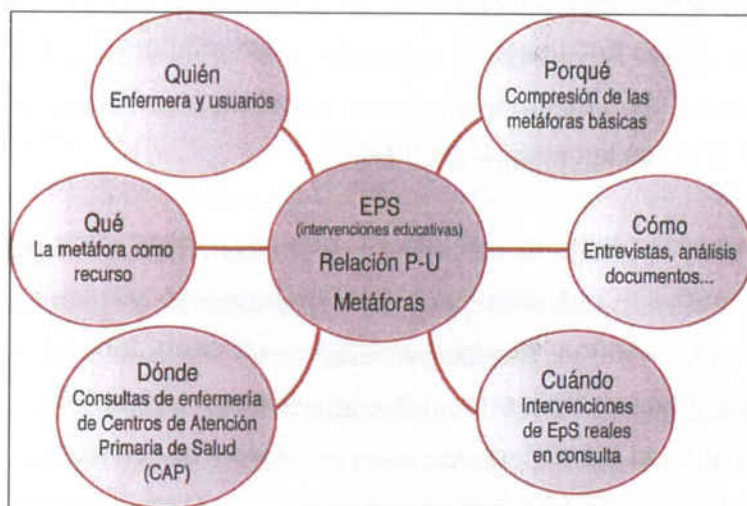


Figura 11: Cuestiones previas. Fuente: Adaptación de Medina (2005:18)

Para aplicar este esquema interpretativo ha sido necesario desarrollar todo un complejo trabajo de campo –“la inmersión en la realidad estudiada” (Medina, 2005:39)–, que dividido en dos grandes etapas bien diferenciadas: la primera, que incluye el análisis de la bibliografía específica y adaptada al objeto de estudio, que se complementa con la concreción del marco alrededor del cual giraría el trabajo de campo, la teoría de las metáforas básicas de Pepper (1942) y la recogida de datos propiamente dicha. Y, la segunda, con una presentación detallada de toda la información recopilada, imprescindible para el posterior análisis, interpretación y discusión de los datos.

De esta manera, el objetivo de este capítulo es, siguiendo la pauta metodológica que propone Medina (2005: 39):

*“Describir y explicar el proceso de desarrollo de la investigación de manera retrospectiva (...). El que se presenten unas etapas secuenciadas responde más a requerimientos de la necesaria organización y estructuración de este trabajo que a cómo se ha desarrollado el proceso, realidad que antes que a un esquema lineal se ha correspondido más con un proceso dialéctico y en espiral de reflexión teórica -indagación empírica- reflexión teórica”.*

Mi interés personal se centró, no sólo, en conocer qué metáforas usan los profesionales de la salud y los usuarios en sus intervenciones educativas asistenciales, sino también en identificar qué filosofía, qué visión del mundo y qué paradigma hay detrás de ellas.

Los primeros pasos en el trabajo de campo se encaminaron a decidir *quién/quienes* serían los protagonistas del análisis, que en este caso recae en la enfermera responsable de una consulta de enfermería así como en los 32 usuarios seleccionados del cupo total que atiende. Para ello, fue necesario contactar con ambos colectivos y, después de explicarles el motivo de nuestras entrevistas, convencerles de su participación en el proceso, es decir, *porqué* les elegíamos a ellos.

Tras la selección de los protagonistas con los que desarrollaríamos nuestra investigación también se hizo necesario definir el *qué*, que en este caso son las metáforas básicas, y el *cómo*, que serían las entrevistas que se llevarían a cabo, tanto a los profesionales de la salud como a los usuarios y los materiales educativos utilizados por la enfermera. Por último, faltaba definir el *dónde*, que en esta ocasión se trataba de las consultas de Atención Primaria y, el *cuándo*, que sería durante las consultas reales en el marco de intervenciones de educación para la salud.

Remarcar por último que, aunque el estudio ha partido de una meditada planificación previa, cierto es que, a lo largo de su proceso, se ha reconstruido con la experiencia concreta del trabajo de campo y la interacción con la información obtenida.

## **5.2. La selección de la institución.**

Presento en esta etapa la dimensión geográfica, social, sanitaria y temporal del estudio porque ello nos permitirá situar y conocer el contexto donde se realizó el trabajo.

Una de las decisiones importantes en el estudio fue la selección del contexto. Conocer el contexto donde se realizan las intervenciones educativas, la interacción entre enfermera y usuarios, además de sus circunstancias, permite comprender el fenómeno a estudiar.

Opté por el "CAP de Balafía", porque fue el primer CAP reformado de Lleida con actividad docente de enfermería y medicina. Más tarde seleccioné a la enfermera y a los usuarios. Otros criterios fueron el hecho de que fuera un referente entre los CAPs de Lleida, que era accesible geográficamente y que, como profesor de enfermería, lo conocía porque en él nuestros estudiantes realizan las prácticas de Enfermería Comunitaria.

El CAP de Balafia/Pardiñas/Secá de Sant Pere está ubicado en un área básica de salud perteneciente al Institut Catalán de la Salut (ICS) del Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya de la provincia de Lleida. Este centro es uno de los 7 CAPs que existen en Lleida ciudad. Tiene una población adscrita, según el padrón municipal, de 28.500 habitantes y, sin embargo, cuenta con 34.500 historias clínicas activas (población realmente atendida).

El Centro de Atención Primaria abarca los barrios de Balafia, Pardinyes y Secà de Sant Pere, de la ciudad de Lleida. Está ubicado en el centro de los tres barrios. Tiene una tasa de inmigración del 12%. El Equipo de Atención Primaria está formado actualmente por 20 Unidades Básicas Asistenciales (UBA), formadas por un médico de familia y/o pediatra y una enfermera que atiende a una población de 1.500 a 2000 usuarios. Las UBA de pediatría comprenden población de 0 días hasta 14 años y, las UBA de adultos, a partir de los 15 años. Está situado en la calle Vidal y Codina s/n Lleida. Debido al nivel económico medio-bajo de su población, la demanda social de consultas es alta.

El centro funciona mañana y tarde. Distribuidas a lo largo de una sola planta se encuentran las diferentes consultas de medicina, enfermería, pediatría, comadronas, trabajadora social, odontólogo y la consulta de refuerzo y espirometrías. Cuenta con admisión y triaje de pacientes, aula docente y biblioteca. La plantilla actual está compuesta por 15 médicos de familia, 5 pediatras, 20 enfermeras, 1 trabajador Social y 11 administrativos.

El trabajo de campo se llevó a cabo a lo largo de seis meses: de Octubre de 2006 a Marzo del 2007. Se siguió el ritmo de trabajo y de agenda de la enfermera. Se respetaron los días de fiesta y de vacaciones. El número de registros lo constituyen el total de intervenciones educativas devenidas dentro de éste periodo. De esa manera, al descartar actividades puramente asistenciales como curas, tomas de constantes o realización de

algunas pruebas como electrocardiogramas, actividades conjuntas con el médico u otro profesional, se han podido registrar un total de 32 entrevistas.

### 5.3. Contacto, negociación y selección de participantes.

Los participantes en el estudio son 32 *usuarios/as* del CAP de Balàfia (Lleida) así como la enfermera que les atendía durante las intervenciones educativo-asistenciales realizadas en su consulta.

La enfermera que finalmente participó en el estudio fue seleccionada porque su perfil respondía a las necesidades de la investigación: dilatada experiencia profesional, plaza permanente en el centro, consulta propia, actividad docente universitaria, formación en educación en salud, disponibilidad y voluntad de participación en el estudio.

Se trabajó con una única enfermera porque las visiones del mundo son personales y ya disponíamos de variedad con los usuarios (Figura 12).

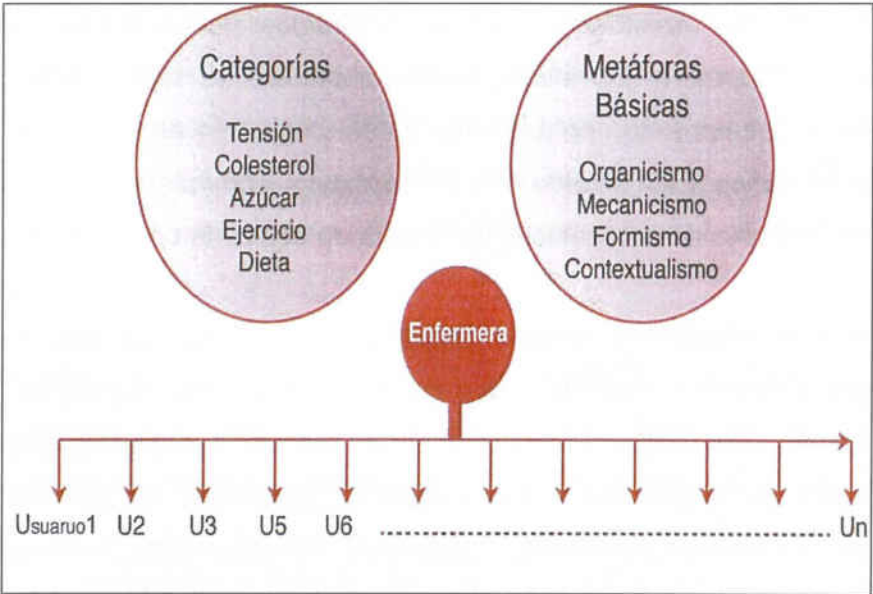


Figura 12: La variedad de las visiones del mundo. Fuente: Elaboración propia.

En un primer encuentro personal con la enfermera le solicité su colaboración explicándole la naturaleza, objetivos de la investigación y su papel en la misma. Esta y otras reuniones de preparación se realizaron en la misma consulta. También aceptó

realizar la propuesta de una entrevista en profundidad. Dicha entrevista se realizó en su misma consulta. Obtener información específica y concreta sobre sus opiniones personales, formación y trayectoria profesional, me pareció fundamental de cara a los resultados de la investigación.

De esta manera, la enfermera participó en la investigación voluntariamente y consintió, de forma consciente, que el investigador estuviera durante el desarrollo de sus tareas asistenciales (observación de la consulta, grabación, análisis de materiales de trabajo...).

En cuanto a los usuarios, los criterios de inclusión y exclusión fueron los siguientes:

- Asistencia a la consulta durante el periodo del estudio y trabajo de campo.
- Usuarios habituales de la enfermera (pertenecientes a su cupo).
- Estar diagnosticados de una enfermedad crónica (diabetes, hipertensión, obesidad...).
- Aceptación voluntaria a propuesta de la enfermera.

La misma enfermera seleccionó a los usuarios siguiendo los criterios pactados. La selección fue totalmente aleatoria. Es decir, no eran seleccionados por la enfermera, sino que, tal como estaban programados en su agenda, si cumplían los criterios de inclusión, pasaban a formar parte del estudio. Ella misma les informaba del estudio, pedía su consentimiento y garantizaba y aseguraba el anonimato de las personas participantes así como la confidencialidad de los datos recogidos. Se les agradeció, también, su importante colaboración para este estudio y la aportación de su material para este estudio.

El grupo estaba formado por 18 mujeres y 14 hombres, en total, 32 personas. Se anularon dos entrevistas, una porque estaba repetida y, la otra, porque el contenido derivó en temas personales que no tenían nada que ver con el estudio. La media de edad era de 71.5 años. La persona más joven tenía 48 años y, la mayor, 85. Básicamente, los problemas de salud más prevalentes fueron la dislipemia, la hipertensión arterial, la diabetes melitus tipo 2 y la obesidad. Otras con menos prevalencia fueron la cardiopatía isquémica, insuficiencia renal y enfermedad mental. Decir que la mayoría de los usuarios padecían varias de estas patologías, como se podrá observar en el capítulo de resultados.

El nivel económico del grupo era medio bajo y la mayoría no han realizado estudios básicos. Sólo una persona tiene estudios medios y dos son analfabetas. Su perfil, inmigrantes nacionales de los años de la postguerra, en su mayoría de Andalucía. Hay un francés y doce son de Catalunya.

Consensuados estos elementos, se estableció un cronograma de trabajo que se ha ido modificando en función de los imprevistos (como, por ejemplo, ausencias de la enfermera por causas personales o por formación...).

#### **5.4. Introducción y estancia en el campo.**

Pasada la primera fase y durante las consultas de los primeros usuarios, permanecí en la consulta para *reconocer* la realidad específica donde se realizaban las intervenciones/relaciones educativas-asistenciales. Se me permitió observar el proceso de las intervenciones, confirmar que las grabaciones fueran correctas, recopilar documentación, folletos, recursos que usaba la enfermera para ayudar a transmitir los mensajes o que *indirectamente* estaban presentes en la consulta y hacían la transmisión de una visión del mundo. Pasado el primer mes, la enfermera continuó sólo con las grabaciones de nuevos usuarios. Mi papel era de mero observador externo, sin intervenir de manera alguna en el proceso de la consulta.

#### **5.5. La recogida de información.**

Tal y como se ha indicado en el capítulo anterior la recogida de información se realizó a través de observación no participante, entrevistas y análisis de documentos.

##### **5.5.1. La observación no participativa.**

Aunque la principal estrategia de recogida de información fueron las grabaciones de las entrevistas, creí conveniente observar la realidad en dónde se realizaba las entrevistas. Me permitió conocer y compartir la realidad de las intervenciones, recopilar material y documentos y observar que todo el proceso fuera correcto (información, solicitud de colaboración, firma consentimiento, incluso la misma grabación).

Explicada mi presencia en la sala, por parte de la enfermera no existió problema de aceptación y todos los usuarios dieron su permiso. Mi observación, en ningún momento, distorsionó el proceso de la intervención y no existió problema alguno por el que los

usuarios se sintieran incómodos con la grabación. La relación de años con la enfermera les daba una cierta confianza. Quizás, otro motivo fuera que los usuarios estaban acostumbrados a la presencia continua de estudiantes en formación en la consulta. Otra evidencia de que la grabadora y mi presencia apenas limitaron el ritmo de la entrevista la podríamos encontrar al observar los diálogos y espontaneidad de los mismos.

### **5.5.2. Las entrevistas.**

Todas las entrevistas se realizaron durante el periodo pactado y con 32 usuarios. Se seleccionó, a su vez, un periodo de grabación que no coincidiera con vacaciones ni largas ausencia por motivos personales ni profesionales de la enfermera adaptándome a su turno de trabajo.

Al entrar el usuario a la consulta se le informaba del estudio y se le pedía su colaboración. Si aceptaban, firmaban la hoja de consentimiento y se empezaba a grabar la consulta. Todas las entrevistas y grabaciones se realizaron en la misma consulta y con la misma enfermera. Se pudo observar el conocimiento y la relación de cercanía entre profesional y usuarios. Contexto que facilitó las grabaciones y el estudio. La disposición a participar en el estudio fue total.

Se seleccionó el material y todos aquellos documentos que pudieran aportar algo al estudio. Con la información recogida se pudo trabajar en profundidad, analizar y comprender las *metáforas básicas* latentes en ambos protagonistas.

Se registraron sólo aquellas donde la enfermera tenía programadas consultas de EpS. Quedaron excluidos aquellos que vinieron para realizarse alguna prueba técnica, cura, urgencias, etc.

El instrumento de recogida de información de todas las entrevistas fue un aparato de grabación audio. Después se transcribieron literalmente. La duración de las entrevistas era el tiempo real de la consulta en función de las demandas de los usuarios y dependiendo del contexto. Por eso, algunas son más extensas (sobre 15') y otras más breves (unos 10'). Tiempo por otra parte permitido en la agenda de la programación de la enfermera. La totalidad de ellas aparecen en el anexo 1.

Con las entrevistas grabadas tuve la posibilidad de poder analizar el contenido sobre las metáforas y también la interacción entre profesional y usuario en el contexto en que se daban. Las transcripciones literales de las entrevistas fueron revisadas y validadas por la enfermera.

También se realizó una entrevista en profundidad a la enfermera. Ésta me serviría para analizar, desde su realidad y contexto, las metáforas básicas que usa. Se exponen sus ideas y contenido en el capítulo siguiente.

### **5.5.3. Análisis documental y uso de documentación.**

Se analizó, también, el contexto de la enfermera (consulta) de donde se seleccionó información de guías, documentos, folletos, libros educativos, trípticos, carteles, etc., que usa habitualmente en sus intervenciones educativas-asistenciales y se realizaron fotocopias de los documentos y recursos utilizados. Por ejemplo, el libro de Rodes y col. (2007) que disponía la enfermera en su consulta, se ha usado para definir las categorías como veremos en el capítulo siguiente.

Cuando la enfermera empleaba en la entrevista un documento, tríptico..., para explicar o reforzar una idea, lo seleccionaba siempre que coincidía con las metáforas básicas o pudiera reforzar una metáfora básica del usuario. Con la misma intención y criterio, seleccioné materiales que tenía la enfermera en sus paredes, plafón de anuncios, etc. (Anexo 2).

### **5.6. Análisis de la información.**

Como ya he dicho, para el análisis de las metáforas básicas, tendré en cuenta el marco teórico de Pepper (1942) y la reelaboración de síntesis que sobre su trabajo hizo Kilbourn (1974). Este esquema es el que se aplicó en el análisis de cada entrevista. El esquema incluye un desarrollo completo de cada una de las hipótesis del mundo con los elementos que las constituyen. El contenido de las entrevistas se analizó desde el punto de vista de las metáforas básicas, y, en ese sentido, la metáfora básica se convertirá en la "herramienta de análisis" para esta tesis.

El análisis de datos ha sido realizado siguiendo dos enfoques distintos pero complementarios: el enfoque en serie y el enfoque emergente.



El primer enfoque consiste en analizar una entrevista examinándola, desde el punto de vista de cada una de las metáforas básicas. De ese modo, se garantiza el despliegue de la gama completa de ideas analíticas. Este enfoque resulta especialmente útil cuando analizamos material que no sugiere ningún reflejo claro de una metáfora básica (Álvarez, 2000:64).

En el enfoque emergente, el investigador permite que las metáforas básicas dominantes "emerjan" del significado, como cuando resulta evidente un sesgo mecanicista o cuando las metáforas organicistas o contextuales aparecen implícitas en el texto o entrevista. El investigador se centra en el fenómeno (las entrevistas en este caso) intentando comprobar si hay una o más metáforas básicas que "emerjan", como cuando, por ejemplo, hay un sesgo formista claro o cuando las metáforas organicistas quedan implícitas en la entrevista (Álvarez, 2000).

Con cualquier enfoque del análisis de párrafos/textos en un estudio como este se cubrirá la gama entre reflejo explícito y transparente, por un lado, y reflejo implícito e inferido por el otro. Por ejemplo, se podría decir que un párrafo refleja de forma explícita la metáfora/visión del mundo si las "etiquetas" de la metáfora/visión del mundo quedan explícitamente mencionadas y defendidas en el párrafo. Pero eso es difícil, porque nadie va expresando explícitamente las metáforas de Pepper en las entrevistas. Una probabilidad más real es que las metáforas básicas queden implícitamente reflejadas en los párrafos. Las características podrían ser indicadores de una metáfora básica, pero limitar el análisis al uso explícito de las características sería superficial y obviaría el objetivo general de llegar al significado:

*"Obviamente, las metáforas básicas funcionan en un nivel muy abstracto. Detectar el reflejo de la(s) metáfora(s) básica(s) en un párrafo particular de texto no es un acto de certeza. Se trata de un acto de juicio y de una hipótesis de tentativa. Como consecuencia, tal vez no hubiera un acuerdo total entre dos investigadores acerca del reflejo de una metáfora básica particular" (Álvarez, 2000:310).*

Y continúa:

*"Insistir en alcanzar una precisión excesiva en un análisis en este nivel, no obstante, nos haría olvidar nuestro objetivo. Lo que realmente está en juego en este nivel es una relativa "tendencia", teniendo presente que el trabajo de Pepper se presenta como otra "manera de ver" y que el uso individual de cualquier*

*metáfora básica es simplemente otra herramienta para comprender una literatura muy diversa*" (Álvarez, 2000:311).

El concepto "reflejar" es relativo –una metáfora básica podría quedar reflejada con más o menos nitidez en cualquier párrafo de texto<sup>38</sup>.

En suma, y como veremos en los resultados y en la discusión este estudio, no se centra en las mediciones o interpretaciones cuantitativas, sino en el significado.

El proceso fue como sigue. Después de la transcripción se hizo una primera lectura atenta y reflexiva para extraer las categorías temáticas a las que se referían los usuarios y la enfermera. Strauss y Corbin (2002:110) definen las categorías como aquellos "conceptos que representan fenómenos". En ese proceso analítico fue posible identificar y seleccionar cinco "categorías"<sup>39</sup> (unidades temáticas): azúcar, colesterol, ejercicio, tensión y dieta, que se usaron para trabajar el fenómeno S-E. El proceso para llegar a ellas fue el siguiente: tal y como se observa en la figura 13, inicialmente, se recogieron todas las categorías que aparecieron en un primer nivel de análisis de las 32 entrevistas con entradas, tanto por parte de la enfermera como de los 32 usuarios. En un segundo momento se eliminaron las que aparecían muy poco o sólo una vez. Por último, se seleccionan las más frecuentes, que aparecen en la mayoría de las entrevistas y tienen entidad propia.

De esta manera resultaron las categorías de la última columna. Como vemos en los siguientes esquemas:

---

<sup>38</sup> Esto resulta similar al uso que hace Kilbourn (1974) del concepto de "proyección".

<sup>39</sup> He seguido también, para su selección, los criterios de Gil Flores (1996). Criterios temáticos: que se puedan agrupar en un único tema. Criterios conversacionales: la gente habla de su "tensión", "tengo azúcar", "me ha subido/bajado el colesterol", "estoy a dieta", "tengo que hacer ejercicio"...Y, por último, los criterios sociales: estos usuarios se sienten o forman parte de un grupo (socio-sanitarios) concreto.



Figura 13: Categorías identificadas y seleccionadas. Fuente: Elaboración propia.

Tensión	Colesterol	Azúcar	Ejercicio	Dieta
• Colesterol	• Tensión	• Ejercicio	• Colesterol	• Colesterol
• Ejercicio	• Ejercicio	• Dieta	• Azúcar	• Azúcar
• Dieta	• Dieta	• Glucosa	• Dieta	• Tensión
• Grasas	• Grasas	• Alimentación	• Tensión	• Grasas
• Alimentación	• Alimentación	• Hemoglobina glicosilada	• Grasas	• Peso
• Andar/caminar	• Andar/caminar	• Andar/caminar	• Peso	• Glucosa
• Hipertensión	• Hipertensión	• Diabetes	• Glucosa	• Alimentación
• Comida	• Comida	• Comida	• Alimentación	• Andar/caminar
• Sal		• Glucemia	• Andar/caminar	• Hipertensión
			• Hipertensión	• Diabetes
			• Diabetes	• Comida
			• Comida	• Sal

Figura 14: Categorías seleccionadas. Fuente: Elaboración propia.

## La interrelación de las categorías

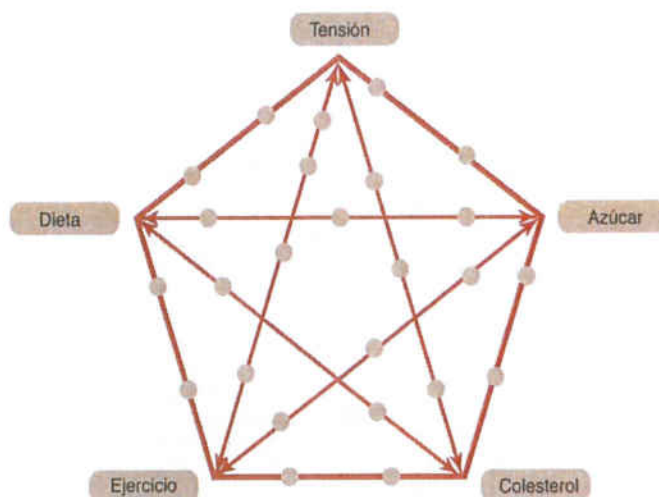


Figura 15: Esquema de interacción entre las categorías. Fuente: Elaboración propia.

Cada unidad de significado está ubicada en algunas de las categorías seleccionadas. Lo que Gil Flores (1996) denomina "exhaustividad de las categorías". Pero también observamos, y no puede ser de otra manera, que no son mutuamente excluyentes. Existen unidades que participan de más de una categoría simultáneamente, puesto que entre ellas existe una superposición e interrelación de base. Gil Flores (1996) lo denomina casos de "membrecía". En lo que sigue se detalla todo este proceso.

Una vez identificadas las cinco categorías en el análisis de las entrevistas realizadas a lo largo del período de octubre del 2006 a marzo del 2007 sobre las cuales se realizaría el análisis se llevó a cabo un agrupamiento de los textos en función de las metáforas a las que se podrían adscribir. Este largo e intenso trabajo se realizó utilizando unas tablas de doble entrada de las que presento, a modo de ejemplo, las utilizadas en la primera entrevista con el primer usuario. (Tablas 11, 12, 13, 14 y 15). El resto las encontraremos en el Anexo 3. Este cruce de categorías y metáforas me permitió extraer las características, propiedades, dimensiones y visiones de cada una de ellas siguiendo el "esquema analítico" de Kilbourn (1974), expuesto en el capítulo tercero.

Entrevista 1 (2026): AZÚCAR				
	Formismo	Mecanicismo	Contextualismo	Organicismo
Enfermera	<p>Poco o mucho</p> <p>Subir o bajar los niveles de glicemia</p> <p>Más o menos contenido de fructosa</p> <p>Una pieza o muchas piezas (fruta)</p> <p>"Si lleva o no azúcar"</p>	<p>Si lleva azúcar (Danacol) vigila</p>		<p>Rizando el rizo, porque te hemos encontrado un poquito de azúcar, pero es muy poco...</p> <p>Cómo y cuándo comes la fruta en un día.</p> <p>Tener cuidado con las etiquetas (si tiene o no azúcar)</p>
Usuario			<p>"Yo creo que tiene azúcar, es que no lo sé, ahora no te lo podría decir, pero tiene un gustito muy dulce muy agradable y claro ya se supone..."</p> <p>"El otro día por la tarde nos sentamos allá abajo en la cafetería y decía, un té sin azúcar para diabéticos..."</p>	

Tabla 11: Entrevista 1: categoría Azúcar. Fuente: Elaboración propia

Entrevista 1 (2026): COLESTEROL					
	Formismo	Mecanicismo	Contextualismo	Organicismo	
Enfermera	<p>Colesterol:</p> <p>Bueno – malo</p> <p>Alto – bajo</p>	<p>Bien controlado</p> <p>"Como si fuera el tubo de una cañería, o una rueda de una bicicleta"</p> <p>El taxi que coge un colesterol u otro</p> <p>"Para el colesterol lo que tienes que hacer es comer raciones de fruta y verdura"</p> <p>"Lo que tiene más colesterol lo quitas"</p> <p>"Andar te ayudará a subir el colesterol bueno"</p> <p>Lo que tienes que hacer es cenar de todo y variado... porque así coges todas la vitaminas, minerales,..."</p> <p>"Al dejar de hacer ejercicio..."</p> <p>Yo lo hacía (huevo) porque me lo dijiste en una ocasión.</p> <p>"Solo te preguntaba lo del Danacol por lo del colesterol"</p> <p>"Todo por las rodillas" (no hace ejercicio)</p>			<p>Para tener efectos preventivos: ayudarnos con la dieta y el ejercicio.</p> <p>Reducir las grasas animales (carnes, embutidos, tipos de pescado azules).</p> <p>"Para subir colesterol bueno... bajar cifras de tensión, reducir la masa corporal... hacer ejercicio."</p> <p>Cuando empezaste a caminar, mejorar la alimentación... "has bajado muchísimo"</p>
Usuario			<p>Tengo una nuera que me dice, toma "Danacol", que dicen que va bien.</p> <p>es que a veces me lo compro y no me acuerdo de tomarlo, es una cosa más que esta en la nevera</p> <p>"El colesterol... pero si hace años que no tomo embutidos..."</p> <p>¡Porqué tengo colesterol!</p>	<p>Lo he visto por TV</p> <p>Es posible que mi organismo lo produzca también</p>	

Tabla 12: Entrevista 1: categoría Colesterol. Fuente: Elaboración propia

Entrevista 1 (2026): DIETA

	Formismo	Mecanicismo	Contextualismo	Organicismo
Enfermera	<p>"Constitución ancha"</p> <p>"masa corporal justito, justito... en el límite del sobrepeso."</p> <p>Tipo de jamones</p>	<p>Tipo de alimentos: los que más engordan</p> <p>Cantidad (lechuga, fruta,...)</p> <p>Te hablaré del jamón... del sodio...</p>		<p>Como cocinas (frito...)</p> <p>Tomar en total, de frutas y verduras al día, cinco raciones.</p> <p>Legumbres</p> <p>Helados</p>
Usuario	<p>"Yo tengo una constitución de hueso muy ancho"</p> <p>"Es mejor el serrano (jamón) que el otro... el serrano es como el gúisqui"</p>	<p>"cuando me operaron de tiroides me dijeron: Bueno, el fin de semana no hagas régimen, con moderación pero no hagas régimen..."</p>	<p>"Sí, mira, le digo a mi marido: "no sabes lo que me arrepiento de haberme comido un helado a gusto". Porque..."</p> <p>"Sí, el pescado... además me gusta. Lo tengo congelado, y así lo puedo hacer..."</p>	<p>Crudo, ensaladas,...</p> <p>"Frito alguna vez, pero pocas veces".</p> <p>"Un día de fiesta" (comer helado)</p> <p>El embutido de cerdo... ¿se puede comer?</p>

Tabla 13: Entrevista 1: categoría Dieta. Fuente: Elaboración propia

Entrevista 1 (2026): EJERCICIO

	Formismo	Mecanicismo	Contextualismo	Organicismo
Enfermera		<p>¿Tú andas normalmente?</p> <p>Efectos: 3 o 4 días por semana media hora</p> <p>El ejercicio: "Segrega endorfinas" y te hace estar mejor.</p>		<p>El ejercicio ayuda al control de la TA, a subir el colesterol bueno, peso,...</p> <p>Más ejercicio mejor estado de salud</p>
Usuario		<p>Lo hacemos a diario.</p> <p>Hemos cogido la costumbre.</p>	<p>"Sí, lo haces a gusto y luego vuelves a casa y piensas: ¡ay qué bien!, que bien se está en casa."</p>	<p>"El cuerpo me pide subir" (Hacer ejercicio, andar)</p>

Tabla 14: Entrevista 1: categoría Ejercicio. Fuente: Elaboración propia

Entrevista 1 (2026): TENSIÓN

	Formismo	Mecanicismo	Contextualismo	Organicismo
Enfermera	<p>Bajar y subir cifras de tensión</p> <p>Alta o baja</p>	<p>"El próximo día que vengas te hablaré de las cositas de la tensión."</p> <p>"Lo que te hará bajar la tensión es el estilo de vida"</p>		<p>Ciertas actividades (ejercicio,...) ayudan a controlar las cifras de tensión.</p>
Usuario				

Tabla 15: Entrevista 1: categoría Tensión. Fuente: Elaboración propia

Con estas matrices se relacionaron todos los datos de las 32 entrevistas con las categorías y las metáforas básicas. La adecuación referencial se trató conseguir a través de la búsqueda de comparaciones y contrastes con las Metáforas Básicas de Pepper y con el "esquema analítico" de Kilbourn. (Figura 16). Esta adecuación referencial fue otra de las estrategias metodológicas que aportó coherencia estructural al trabajo y a la corroboración.

Estas matrices, por otro lado, permitieron, analizar las metáforas en sus contextos (recordemos que estos contextos son siempre prácticos). Es en ellos, y a través de ellos, de su discurso y su contenido, que podemos saber lo que las personas pueden llegar a pensar. De esta manera, opté por tener presente y seguir las formas narrativas de las conversaciones naturales de los usuarios con la enfermera. Ellas también permiten observar las consecuencias de compartir tiempo y procesos educativos entre enfermera y usuarios, así como la evolución de la enfermera en algunos casos.

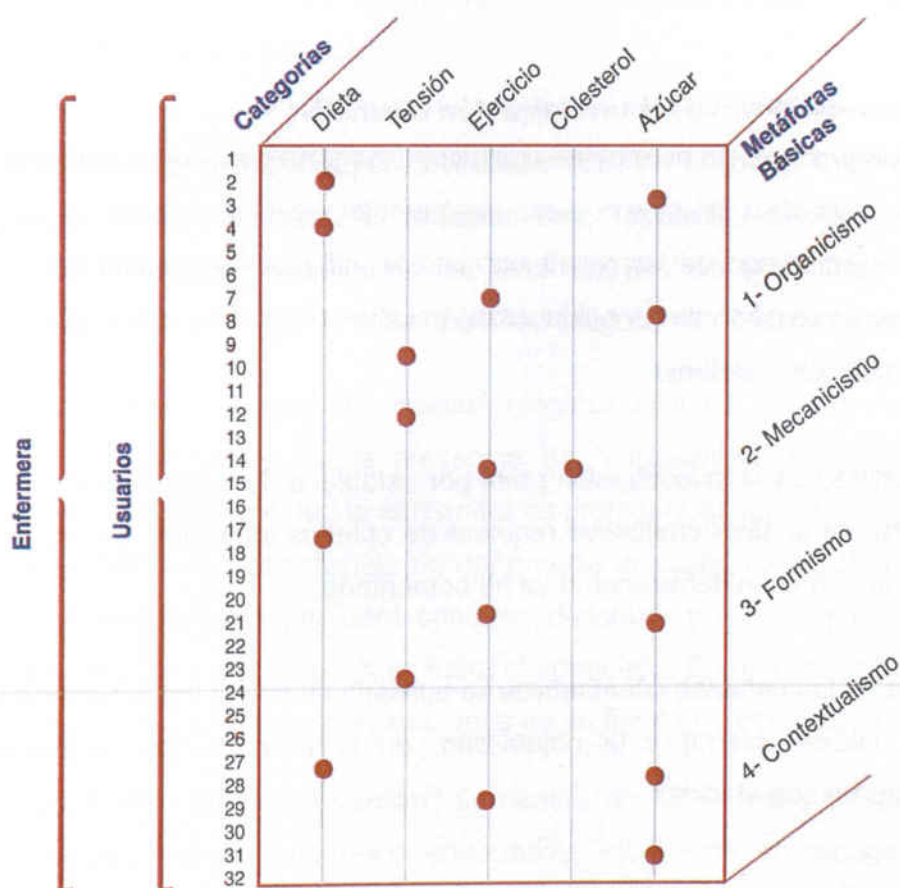


Figura 16: Esquema tridimensional para el análisis de las entrevistas. Fuente: Elaboración propia.

Resumiendo lo visto hasta ahora podemos decir que el proceso del análisis de la información fue el siguiente:

- a. Organización de las 32 entrevistas a usuarios más la entrevista en profundidad de la enfermera.
- b. Grabación de las entrevistas.
- c. Transcripción de las entrevistas.
- d. Revisión del texto de la transcripción primera por parte de la enfermera.

Posteriormente:

- e. Seleccione las categorías con las que voy a trabajar.
- f. Codifico la información en función de las metáforas básicas.
- g. Examine la información teniendo en cuenta las categorías, las metáforas básicas y la aportación de los protagonistas (la enfermera y los 32 usuarios).
- h. Y, por último, paso a su interpretación y discusión.

### **5.7. Rigor y credibilidad de la investigación cualitativa.**

Ahora, presentaré, desde el enfoque cualitativo, los procedimientos y estrategias de rigor, credibilidad y validez utilizadas para asegurar la veracidad de la investigación. Para asegurar la credibilidad de los resultados se han utilizado procedimientos y estrategias, tanto durante el proceso de recogida de información como en el de análisis de la misma, que comentare más adelante.

Evaluar la calidad de la investigación pasa por establecer la validez de las conclusiones. La naturaleza del análisis cualitativo requiere de criterios diferentes a los que se aplican en la investigación cuantitativa, como ya he comentado.

Mientras que en los estudios cuantitativos se aplican criterios como la fiabilidad, la validez interna, la validez externa y la objetividad, en la investigación cualitativa también interesan pero no son el foco.

El estudio cualitativo no pretende conseguir la objetividad, ni la generalización de los resultados. *Pretende desvelar la complejidad y las contradicciones de la realidad descrita*



en los discursos de los sujetos estudiados, en este caso, el de la enfermera y los 32 usuarios, así como las metáforas básicas utilizadas.

Guba (1989) presentó cuatro criterios que se deben cumplir para que los resultados de una investigación cualitativa puedan ser considerados como científicos: a) credibilidad (valor de verdad o validez interna en el enfoque cuantitativo), b) transferibilidad (aplicabilidad o validez externa), c) dependencia (consistencia o fiabilidad) y d) confirmabilidad (neutralidad u objetividad en enfoques cuantitativos). Ahora profundizar en cada uno de ellos.

### 5.7.1. Credibilidad.

*“La credibilidad hace referencia a la consistencia de las descripciones de la realidad que ofrecen los datos de una investigación. Es decir, si ha descrito y explicado realmente lo que se cree haber descrito y explicado”* (Medina, 2005:50).

No deja de ser una contrastación de mis ideas e interpretaciones con las diferentes fuentes de donde he obtenido los datos.

Algunas estrategias seguidas para conseguir asegurar la credibilidad de los datos fueron: a) la estancia en el campo, b) la observación persistente, c) el juicio de expertos, d) la recogida de material de adecuación referencial (folletos, dípticos, diapositivas, guías, etc.), e) la triangulación y f) la corroboración estructural y adecuación referencial.

a) **La estancia en el campo** no presentó ninguna dificultad. Enfermera y usuarios estaban acostumbrados a la presencia de “estudiantes” o “profesionales en formación”. Recordemos que la enfermera es profesora asociada de la Universidad y responsable de los estudiantes de enfermería en dicho centro. Permanecí en el campo el tiempo suficiente para conocer, descubrir y observar la realidad que deseaba estudiar y que su proceso fuera el adecuado. En mi caso, sólo necesitaba el contenido “verbal” de las intervenciones en su faceta de educadora sanitaria.

b) De todas formas mi “**observación**” se centró, no sólo en el proceso estructural (grabaciones correctas, permisos adecuados, etc.), sino en recoger y analizar todos aquellos documentos, recursos, folletos u otros materiales que la enfermera utilizara para reforzar sus intervenciones educativas. Esta recogida de información

y materiales me sirvió también para analizar las metáforas básicas de dicho material y poder triangular con las entrevistas.

- c) También solicité el “**juicio de expertos**”. En este caso el de la Dra. Álvarez y el del Dr. Kilbourn, ambos expertos en el tema de las metáforas y claves para este estudio. Con ellos pude trabajar la adaptación del marco teórico de Pepper a éste estudio y ver cómo enfocar, desde éste, el estudio del fenómeno, al igual que las dudas surgidas del trabajo. Se incluye también la revisión del trabajo por el otro director de la tesis, el Dr. Medina.
- d) La **recogida de material de adecuación referencial** como folletos, dípticos, diapositivas, guías, etc. Se realizó en la misma consulta y a medida que la enfermera usaba el material de manera directa con el usuario. También se seleccionó otro material indirecto pero presente en la consulta y que podría reforzar una metáfora básica o visión del mundo.
- e) **Triangulación**. Cuando la metodología utilizada se inscribe en un marco fenomenológico interpretativo, necesitamos conocer las percepciones, intuiciones, ideas, creencias, valores, visiones del mundo, en nuestro caso, de las personas investigadas. Y para ello se utilizan las técnicas de triangulación, es decir, combinar dos o más metodologías para la recolección y análisis de datos y para el establecimiento de conclusiones, (Cohen y Manion, 1985). La triangulación también permite reforzar los otros criterios de validez: la confirmabilidad (objetividad) y la dependencia (fiabilidad) de los datos.

De las diferentes modalidades de triangulación y validez yo he utilizado la de contrastar la opinión de personas (de sujetos e investigadores) y, para complementar, métodos de recogida de datos (de métodos).

1. Triangulación de sujetos y categorías: Una primera triangulación es la que encontramos al cruzar los 32 usuarios con las cinco categorías cada uno. Y, por otro lado, las entrevistas, una vez transcritas, fueron revisadas y validadas por la enfermera.
2. Triangulación de investigadores/expertos: diferentes investigadores fueron aportando su colaboración en la revisión, análisis y sugerencias al estudio. De

esta manera, la Dra. Isabel Álvarez, y su estudio sobre la Sociedad de la Información, ofreció el marco de Pepper. Con el Dr. Kilbourn, y sus libros sobre Ciencias Naturales, en un encuentro en la Universidad de Bellaterra de Barcelona, en Febrero del 2008, pudimos trabajar cómo estudiar el fenómeno desde las metáforas básicas y su "esquema analítico".

3. Triangulación de métodos: Varios ha sido los métodos para la recogida de la información: la observación, las entrevistas de 32 usuarios y la de profundidad de la enfermera y el análisis documental seleccionado a medida que se utilizaba para reforzar las intervenciones educativas de la enfermera.

La posibilidad de combinar diferentes métodos de recogida de información permitió dar más consistencia a los datos y reforzarse entre ellos a la hora de captar la complejidad del fenómeno en su totalidad. Al mismo tiempo, se pudo contrastar la información y con todos ellos reforzar la validez interna (credibilidad), la fiabilidad (dependencia) y la confirmabilidad (objetividad) de los datos (Medina, 2005: 51).

- f) El mismo autor nos habla de la **corroboración y adecuación referencial** como otra estrategia de credibilidad:

*"La corroboración de la coherencia estructural de los resultados supone "ajustar" todas las piezas del complejo mecanismo conceptual-metodológico de la investigación" (Medina, 2005:51).*

Era el momento de agrupar todos los datos de las 32 entrevistas, más las categorías y las metáforas básicas. Usé para ello las hojas de triple entrada que aparecen en el capítulo siguiente y que explicaré en su introducción. La adecuación referencial se trató a través de la búsqueda de comparaciones y contrastes con las categorías de Pepper y con el "esquema analítico" de Kilbourn. Esta adecuación referencial fue otra de las estrategias metodológicas que aportó coherencia estructural al trabajo y a la corroboración.

### **5.7.2. Transferibilidad.**

La transferibilidad se garantizará al recabar información de diferentes usuarios con edades diversas y diferentes patologías.

Comenta Medina (2005:52) que:

*“En la investigación interpretativa las transferibilidad de los resultados a otros contextos se alcanza con descripciones densas y minuciosas de los fenómenos observados, de su contexto de ocurrencia y con muestreos teóricos”.*

He procurado seguir estos requisitos. De manera que se ha descrito, lo más acotada posible, la realidad y el contexto donde se realizó la investigación. Las posibilidades de extrapolar o replicar el estudio a contextos parecidos o similares son altas al utilizar como herramienta de análisis el esquema analítico de Kilbourn.

La aplicabilidad como criterio para evaluar el rigor de un estudio interpretativo se da en nuestro caso al usar el marco teórico de Pepper (usado previamente en otros contextos, disciplinas e investigaciones) en el análisis del contenido de metáforas básicas, en este caso en contextos de EpS.

### **5.7.3. Dependencia.**

Cuando se habla de dependencia en la investigación cualitativa se relaciona con la congruencia interna de la investigación más que con la estabilidad de la fiabilidad usada en las investigaciones cuantitativas. De esta manera, y con el objetivo de obtener una mayor estabilidad de los datos, me centré en utilizar diferentes y complementarios métodos para recoger de los mismos.

La fiabilidad interna, es decir, la congruencia entre los datos descriptivos recogidos y las interpretaciones presentadas, queda avalada por otros estudios basados el mismo marco teórico (Pepper).<sup>40</sup>

### **5.7.4. Confirmabilidad.**

La confirmabilidad queda establecida al presentar una descripción en profundidad de cómo progresa el estudio, de qué decisiones se toman, de cómo se toman las decisiones y de cualquier otro aspecto que surja en el transcurso de las entrevistas y a lo largo del estudio.

---

<sup>40</sup> Álvarez (2000:255) en su tesis cita otras tantas tesis presentadas con el marco teórico de Pepper y en diferentes disciplinas. Y su misma tesis está basada en dicho marco.

He comentado mi papel como investigador en el estudio y no engaño sobre los aspectos relacionados con la objetividad, neutralidad e independencia de otros enfoques.

En este caso para conseguir rigor y validez en el estudio se ha trabajado con la triangulación de personas, investigadores y métodos. Y como dice Medina (2005:54):

*“Se ha perseguido conscientemente la intersubjetividad entendida antes como fusión que como adición de subjetividades para acercarnos a una objetividad compartida y reconstruida”.*

Presento la descripción de las etapas y evolución de los procesos de reflexión llevados a cabo durante la investigación, tratando así de dar estabilidad y consistencia a los datos. Del mismo modo, explico las decisiones tomadas en cada fase de la investigación y mantenimiento del rigor metodológico o la vigilancia epistemológica y de confirmabilidad/auditabilidad).

## **5. 8. Aspectos Éticos.**

Antes de entrar en el campo de estudio, solicité los permisos correspondientes para iniciar y acceder al contexto de investigación. En este caso concreto, (el CAP de Balafia), nos pusimos en contacto con el Institut d'Investigació i Recerca de Atenció Primària Gol i Gorina. Y también con el Centro de Atención Primaria de Balafia-Pardiñas y Seca de San Pere para poder grabar las entrevistas en dicho centro. Tras obtener los consentimientos y permisos necesarios (Anexo 4), diseñé, conjuntamente con la enfermera seleccionada, el tiempo y la forma de conseguir las entrevistas.

La cuestión del consentimiento informado se abordó por medio de la provisión de hojas de información y de formularios de consentimiento para los usuarios (Anexo 5), además de a través de la transmisión de información verbal sobre los objetivos y el desarrollo de la investigación. Todos los usuarios fueron informados de que su participación era voluntaria y de que podían retirarse del estudio en cualquier momento. También de que debían firmar el consentimiento después de ser informados de los objetivos del estudio y que se les garantiza la intimidad y confidencialidad de los datos, así como el anonimato de los participantes. En el momento del encuentro también se les solicitaba permiso para grabar la entrevista.

Puesto que el presente trabajo supuso el tratamiento de datos de carácter personal, se llevó a cabo observando el contenido de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre de protección de datos.

Con respeto a la confidencialidad y el anonimato se respetó en todo momento y no existen etiquetas identificativas. Se informó de que los datos obtenidos sólo se usarían para este estudio y su publicación para la mejora de las intervenciones educativo/asistenciales.

Se ha procurado que quedaran definidas las fronteras o límites personales. Es básico que el investigador forme parte del contexto en el contexto, pero debe quedar claro cuál es su grado de implicación desde el principio. Y también, tiene que quedar perfectamente definido el objeto de investigación. Igualmente, el investigador tendrá que delimitar el grado de implicación en el grupo con el que quiere trabajar.

### **5.9. Limitaciones del estudio.**

La generalización de los hallazgos es limitada debido al tipo de investigación. La esencia misma de la investigación cualitativa no pretende la generalización, es inherente a la visión cualitativa.

Los estudios cualitativos no nacen con la idea de la generalización sino de la singularidad. Los resultados serán más singulares porque las muestras no sólo son más pequeñas sino que también más profundas, lo que ahonda en su *significado*. Todo lo opuesto a las cuantitativas donde su *leitmotiv* es justamente la generalización. Aun así, los instrumentos, técnicas y, posiblemente resultados, hasta cierto punto de concreción son (o pueden ser) representativos de un contexto o una realidad (mayor/menor). En nuestro caso, Pepper es generalizable como marco teórico.

Toda investigación cualitativa se caracteriza por ser ideográfica (por eso sólo hay una enfermera), es decir, se preocupa por la singularidad de los fenómenos en estudio, no pretende una generalización de las conclusiones, sólo dar cuenta de lo que sucede en

casos específicos. Se interesa por la forma en que las personas como individuos dan significación a sus acciones.

Por su aportación a la novedad y profundidad a la hora de entender las metáforas básicas y las visiones del mundo puede ser un trabajo preliminar para estudios posteriores.

## PARTE 4: RESULTADOS Y CONCLUSIONES.



## Capítulo 6: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.

*“Y dado que las personas pensamos en las metáforas, la clave para entender el pensamiento humano está en reconstruir esas metáforas”.  
(Pinker, 2007: 317).*

### 6.1. Introducción.

A lo largo de este capítulo expongo los resultados del estudio haciendo una referencia a los interrogantes que lo han marcado, a sus categorías y a cómo estas se organizan para el informe final presentando, primero, los resultados sobre aspectos globales de las metáforas básicas y analizándolas, después, una a una.

Las unidades de significado, identificadas en las entrevistas de la enfermera y los 32 usuarios, han sido clasificadas en función de las categorías obtenidas: azúcar, colesterol, ejercicio, tensión y dieta, desde la mirada de la metáfora básica predominante. (Tablas de matrices anexo 3 y tabla síntesis 18). En los resultados he tratado de ir más allá de la mera descripción para:

*“Llegar a la interpretación a través de la codificación y la categorización, porque el proceso de identificar, organizar, redefinir, relacionar e integrar las categorías ha exigido una interacción directa y dialéctica entre el investigador y los datos, asunto que es clave en el análisis cualitativo” (Carrillo, Layva-Moral y Medina, 2011:100).*

Para llegar a estos resultados ha sido necesario un trabajo previo de estudio y comprensión del marco teórico de Pepper para sintetizar sus ideas. Esta comprensión y síntesis me ha posibilitado teorizar y contextualizar la discusión del trabajo con los nuevos conceptos que iré exponiendo.

Como ya he comentado, este trabajo de investigación se centra, principalmente, en el análisis e interpretación de metáforas en las intervenciones educativas-asistenciales en salud utilizando el marco teórico de Pepper (1942). Los datos de las entrevistas se han analizado desde el punto de vista de las metáforas básicas y, en este sentido, la metáfora básica ha sido la *herramienta de análisis* (Álvarez, 2000:60).

Teniendo en cuenta estos aspectos, y para dar coherencia a estos resultados, considero conveniente relacionarlos brevemente con los interrogantes que han orientado este estudio:

1º.- ¿Se usan metáforas en la EpS? ¿Cuáles son?

2º.- ¿En qué "visión del mundo", siguiendo el marco teórico de Pepper (1942), se sitúan estas metáforas?

3º.- ¿Qué razones llevan a la enfermera a utilizar unas metáforas en detrimento de otras?

4º.- ¿Comparten enfermera y usuarios la representación simbólica de la metáfora?

5º.- ¿Existe coherencia entre las metáforas y la visión del mundo que se quiere transmitir?

Sobre el primer interrogante cabe afirmar que el uso de las metáforas en la EpS es muy frecuente. La enfermera las usó con intencionalidad didáctica a lo largo de sus intervenciones educativas:

*"Como si fuera el tubo de una cañería o una rueda de una bicicleta" (E1).<sup>41</sup>*

*El taxi que coge un colesterol u otro" (E1).*

*"Colesterol bueno o colesterol malo" (E2).*

*"Es como un chivato (Hemoglobina Glicosilada) que nos dice cómo ha estado el azúcar durante los últimos tres meses" (E2).*

Pero también los usuarios las usaron para comunicarse con la enfermera:

*"Tengo una constitución de huesos ancha" (U1).*

Y ella misma explica, durante la entrevista, que la siguiente es una de las metáforas que usa a menudo en sus intervenciones aunque no aparece en este estudio a lo largo de las entrevistas registradas.

*"El ejercicio y la dieta son para nosotros un banco de salud, siempre lo podremos utilizar en horas bajas" (E).*

Todas estas expresiones se basan en metáforas y parece que es difícil no encontrar algunas de ellas en nuestros procesos comunicativos. Como más adelante se mostrará, todas las entrevistas contienen metáforas implícitas, ya que éstas son una parte habitual

---

<sup>41</sup> Más adelante, al presentar las categorías, se explica ampliamente y con detalle el sistema de anotación utilizado en el informe. Para esta introducción se usará la E para hacer referencia a la enfermera y la U al usuario. El número que va detrás hace referencia a la entrevista. Si no va acompañado de número es información obtenida de la entrevista en profundidad a la enfermera.

de nuestra estructura conceptual y surgen de nuestras experiencias en un contexto determinado. Lo que conocemos se basa en nuestras acciones y, a su vez, nuestras acciones se basan en nuestro cuerpo, y éste es el referente de lo que pensamos, hacemos y sentimos, y es clave en la vivencia subjetiva del fenómeno S-E. Nuestro estilo de vida, nuestros hábitos de alimentación, nuestros esquemas de pensamiento, nuestro medio ambiente, etc., están relacionados con la prevalencia del aumento de las enfermedades actuales. No podemos defendernos por completo frente al mundo, pues formamos parte de él y sólo entendiendo esta unidad con el medio, podremos protegernos y avanzar. Aunque voy a profundizar y extenderme más en este tema cuando trate el contextualismo. El primer interrogante queda contestado. Ambos, enfermera y usuarios, usan metáforas.

Sobre el segundo interrogante, como veremos también más adelante, en la enfermera predominan las metáforas mecanicistas y formistas, mientras que en los usuarios, las contextualistas así como las mecanicistas. Estos datos coinciden con los trabajos de Tompkins y Lawly (2002), que afirman que los profesionales de la salud usan metáforas de manera más *aséptica*: "...como una cañería que está obstruida" (E3). En cambio en los usuarios son más *vividas*, más expresivas: *¿Sabes el problema que tengo yo...? Es que soy muy panero (comer pan)*" (U2). Con esta segunda pregunta entramos en el núcleo del estudio: existen diferentes visiones del mundo, tanto por parte de la enfermera, como de los usuarios.

Para encontrar las razones que llevan a la enfermera a usar una u otra metáfora, y poder contestar al tercer interrogante, hay que partir de la base de que todos tenemos, más o menos, un conjunto de ideas, creencias, modelos..., que configuran lo que podemos denominar una *visión del mundo*. Siguiendo a Pepper, al final del capítulo, presentaré cada una de estas visiones, las cuales reconocemos y asumimos en algunos casos y, en otros, permanecen ocultas. Sólo nuestras actitudes y comportamientos, juntamente con el uso de las metáforas, puede permitirnos su reconocimiento o comprensión. En la línea de Esquirol (2006:28) cuando se pregunta: *"¿Cómo vemos el mundo?, y ¿cómo vemos a los demás y a nosotros mismos?"*. Él añade que el primer paso será orientarse a través de una *mirada atenta* y que la clave para cambiar cualquier situación consistirá en comprenderla. Parte de mi trabajo ha sido este observar, analizar y comprender las metáforas básicas desde otra mirada.

Sobre si comparten o no enfermera y usuarios la representación simbólica de la metáfora, pregunta cuarta, se observa en las entrevistas que generalmente no comparten la representación simbólica de las metáforas que usan. Como ya he comentado, el conjunto más o menos articulado de creencias básicas que todo individuo tiene configura lo que podemos denominar una *visión del mundo*, por tanto, podemos encontrarnos con enfermeras y usuarios que tengan la misma visión del mundo y compartan metáforas, con diferentes visiones del mundo o con visiones que en algún momento coinciden. Por ello, los diferentes encuentros asistenciales pueden evolucionar hacia uno u otro lado. Más adelante, se exponen ejemplos concretos de estas posturas y flujos.

Entonces, si tenemos enfermera y usuario con diferentes *visiones del mundo* (organicismo, mecanicismo...), ¿pueden entenderse entre sí? Sostener visiones del mundo diferentes es hablar distintos lenguajes. Conocer y analizar las metáforas puede ayudar a enfermera y usuarios a construir un espacio común de comunicación y entendimiento, para lo cual será necesario, *“encontrar un tema en común que nos vincule”*.

Respondiendo a la quinta pregunta, sobre si existe coherencia entre las metáforas y la visión del mundo, se ha podido detectar que existe una cierta incoherencia entre las metáforas y visiones del mundo utilizadas por la enfermera. Aunque ella, en estos momentos, se siente más identificada con visiones más organicistas y contextualistas, fruto de su nuevo bagaje formativo y de sus experiencias personales y profesionales:

*“Presiento que hago más mecanicista, ¿verdad?”* (E).

Tal y como explicaremos más adelante, la enfermera interpreta la realidad con ideas preconcebidas fruto de la formación recibida y de paradigmas y modelos imperantes. Nuestras intervenciones educativas y metáforas están condicionadas por esas ideas o pensamientos. Como plantea Postman, (1999:195):

*“Hubo un tiempo en el que quienes escribían sobre educación- como Platón, Komensky, Locke, o Rousseau- formulaban metáforas explícitas y, al hacerlo, revelaban cómo esas metáforas condicionaban su pensamiento”*.

De la entrevista en profundidad con ella sabemos que su formación de base partió de un modelo biomédico:

*“Los médicos nos daban las clases de las diferentes asignaturas y explicaban lo que ellos consideraban que debíamos saber” (E).*

Y de una visión muy concreta del rol del alumno:

*“Mi formación se basó en el paradigma de concebir a los estudiantes como recipientes vacíos esperando a ser llenados de conocimientos” (E).*

Fue con la influencia de su padre (maestro) y la formación postgraduada, que conoció y experimentó otros modelos y roles educativos:

*“Lo que en realidad me gustó fue el cómo generar espacios de reflexión, entornos propicios que posibiliten el aprendizaje, manejar la interculturalidad...” (E).*

Estas dos visiones pueden sintetizarse en los dos modelos que propone McWhinney (1995) y que quedan reflejados en la tabla siguiente:

Modelo biomédico <sup>42</sup>	Nuevo Modelo
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los pacientes sufren enfermedades categorizables.</li> <li>• Es posible considerar la enfermedad, independientemente de la persona que la sufre y de su contexto social.</li> <li>• Se pueden considerar por separado las enfermedades mentales y las físicas.</li> <li>• Cada enfermedad tiene un agente causal específico. Asumiendo la resistencia del huésped, la enfermedad puede explicarse como resultado de la exposición a un agente patógeno.</li> <li>• La tarea principal del médico es diagnosticar la enfermedad y prescribir un remedio específico.</li> <li>• Instrumento: método clínico-experimental.</li> <li>• El papel del médico es el de observador indiferente y, el del paciente, de receptor pasivo.</li> <li>• La investigación predominante es la empírica.</li> <li>• La metáfora es la “maquina”.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La enfermedad no está conceptualmente separada de las personas, ni ésta de su medio ambiente</li> <li>• Las categorías nosológicas se usan en el contexto del individuo y sus circunstancias.</li> <li>• Todas las enfermedades tienen componentes tanto mentales como físicos.</li> <li>• Las causas son siempre múltiples, aunque conviene centrarse en una principal.</li> <li>• La relación entre el médico y el paciente tiene un efecto importante sobre la enfermedad y su evolución.</li> <li>• La tarea del médico consiste en comprender la naturaleza física de la enfermedad, así como entender al paciente y al significado de su enfermedad para él.</li> <li>• El paradigma de investigación dominante es el hermenéutico o fenomenológico y</li> <li>• La metáfora el “organismo vivo”</li> </ul>

Tabla 16: Síntesis de los modelos de McWhinney (1995).

En resumen, este capítulo presenta una explicación de los resultados en base a la teorización de las metáforas básicas, usando el marco teórico de Pepper y una propuesta

<sup>42</sup> Estos criterios son también aplicables en este estudio a la enfermera.

para explicar el papel que juegan éstas en las intervenciones de EpS que realiza la profesional de enfermería con los usuarios que atiende en la consulta, así como la importancia de reconocerlas para poder mejorar la calidad del cuidado.

## 6.2. Presentación de las categorías principales.

Cada uno de nosotros podemos compartir elementos de nuestra *visión del mundo* con todos los miembros de nuestro contexto o ámbito sociocultural o sólo con algunos muy concretos, como la familia, amigos o el grupo de pacientes. En función de esta pertenencia, la clasificación social, queda marcada nuestra identidad en el grupo (diabético, hipertenso,...). Por ese motivo, las cinco categorías seleccionadas (azúcar, dieta, colesterol, ejercicio y tensión) suponen una *realidad concreta* a la hora de interpretar la enfermedad de un sujeto y de ser asumida por todos los que le rodean (incluso los profesionales de la salud):

*“Tengo azúcar” (U2), “me subió la tensión” (U6), “no sigo la dieta” (U8), “tengo el colesterol alto” (U10), “debo hacer más ejercicio” (U26).*

Estas categorías están tan implicadas en nuestra mente que han generado un *escenario mental* propio y específico sobre ellas. El azúcar no es un producto..., es una enfermedad. “Tengo azúcar” (U2). Estas categorías son usadas con los familiares, amigos, vecinos, con los profesionales y también se aprenden en sus contextos específicos, de manera que se interioriza como una realidad concreta. Son categorías muy vinculadas con las personas, especialmente con su salud y enfermedad, así como con situaciones reales de salud y enfermedad. Por ello, estas categorías se enlazan con nuestros pensamientos, contextos, sentimientos, relaciones, de profesional de la salud y usuario. En definitiva, con nuestra propia realidad.<sup>43</sup>

A continuación se presentan unas breves definiciones y conceptos estándares de las categorías siguiendo el libro de Rodes<sup>44</sup> y col, (2007). Aunque son conocidas por los profesionales de la salud, es oportuno presentarlas para otros profesionales y también porque este es el concepto científico, pero no el vivencial y referencial, de los usuarios. El

<sup>43</sup> Aunque según Steven Pinker (2007:43): “El lenguaje es ante todo un medio con el que expresamos nuestro pensamiento y sentimientos, y no se puede confundir con los propios pensamientos y sentimientos”.

<sup>44</sup> Es un libro que estaba en la consulta de la enfermera cuando se realizó el trabajo de campo.

“azúcar”, por ejemplo, no sólo es un *producto que pueda ser medido* sino casi un *estilo de vida* porque forma parte de ellos. De alguna manera *son ellos*.

#### **a. Ejercicio.**

Los estudios científicos (Rodes y col, 2007; Fuster y Corbella, 2006; Ortega, 1992) han dado la razón a Hipócrates (460-377 a d.C.) cuando decía:

*“Todas las partes del cuerpo tienen una función. Si las utilizamos y las ejercitamos con moderación, se mantienen sanas y bien desarrolladas, envejeciendo lentamente. Si no se usan, son más propensas a la enfermedad, tienen un desarrollo deficiente y envejecen rápidamente”.*

#### **b. Hipertensión.**

La presión arterial es la presión con que circula la sangre por las arterias.

*“Cuando esta presión supera ciertos límites comporta daño en la pared de los vasos y, a largo plazo, un aumento de la incidencia de padecer complicaciones cardíacas y vasculares”* (Rodés y col. 2007: 219).

Entendemos como hipertensión arterial toda elevación persistente de la presión arterial por encima de unos criterios considerados como normales.

#### **c. Dieta.**

*“La alimentación equilibrada es aquella que reúne una diversidad suficiente de alimentos, en las proporciones adecuadas a las características de cada persona y estilo de vida (básicamente su actividad física), de modo que garantice que se cubran los requerimientos de energía y nutrientes que el organismo necesita”* (Rodés y col. 2007:81).

Por dieta, en concreto, entendemos el conjunto de sustancias que regularmente se ingieren como alimento. O también, según la transparencia de la enfermera, (recurso pedagógico de EpS), la dieta hace referencia: *“a la clase de alimentos que comemos”.* (Anexo 2. Imagen 5)

#### **d. Colesterol.**

*“Es uno de los principales componentes de la dieta, incluido dentro del grupo de las grasas. Existen varios tipos, clasificados según su densidad. Todas las células sintetizan colesterol y el organismo lo adquiere por absorción intestinal de la dieta. Cuando hay cantidad excesiva de colesterol en sangre, éste puede depositarse en las arterias para formar placas de ateroma”* (Rodés y col. 2007:91).

Todos necesitamos un nivel de colesterol en nuestra sangre, pues forma parte de nuestro organismo y es un lípido que sintetiza todas las células del cuerpo y que también se ingiere con los alimentos de origen animal. Cuando hay un exceso de niveles de colesterol en sangre (hipercolesterolemias) éste se deposita en la pared de las arterias e inicia el proceso de aterosclerosis, base de las enfermedades cardiovasculares.

En la siguiente tabla se ofrecen datos y términos que aparecerán a lo largo de los resultados: "colesterol bueno" (protege la salud), "colesterol malo" (afecta negativamente a la salud).

Colesterol total < 200
Colesterol LDL <130 (Lipoproteínas de baja densidad. "Colesterol malo")
Colesterol HDL > 40 (Lipoproteínas de elevada densidad- "colesterol bueno")

Tabla 17: Valores del colesterol. Fuente: Adaptación propia de la tabla de Rodés y col. (2007: 403).

#### e. Azúcar.

*"La diabetes es una enfermedad que se manifiesta por un aumento de **glucosa (azúcar)** en sangre como consecuencia de un déficit total o parcial de la secreción pancreática de insulina, la hormona encargada de su regulación" (Rodés y col. 2007:207).*

Es importante referenciar aquí la noción de **Hemoglobina Glicosilada** porque es un término que aparece muy a menudo en las intervenciones de la enfermera. Es un indicador del grado en que algunas proteínas se unen al azúcar. Está directamente relacionado con el valor promedio de glucosa en sangre durante los meses anteriores, por lo que resulta muy útil para el control de los pacientes diabéticos (valores deseables inferiores al 6.5 %).

Es oportuno aquí una referencia a las hipótesis del síndrome X o Síndrome Metabólico del Dr. Campillo (2004) y otros investigadores y que presenta en su obra *El mono desnudo. La evolución humana de las enfermedades de la opulencia: diabetes, hipertensión, arteriosclerosis*. Porque esta hipótesis ofrece un enfoque distinto hasta



ahora. Se presentan estas enfermedades interrelacionadas entre sí formando un síndrome común. Y por otro lado por la interrelación que veremos y aparece en las entrevistas, y que presentaré en profundidad en el análisis posterior de las metáforas básicas, concretamente con el Organicismo, y por último, por la variedad de metáforas que presentan al referirse a ellas.<sup>45</sup>

Para finalizar esta introducción, y antes de presentar las tablas de síntesis de los resultados, explico el sistema de notación empleado para este estudio. Cuando aparezcan a continuación los términos E o U con un número detrás (E14 ó U9) hacen referencia a la aportación de la enfermera en la entrevista 14 o la del usuario en la entrevista 9.

Los siguientes términos Ca, Cc, Ce, Ct, Cd hacen referencia a la categoría analizada Ca (azúcar), Cc (colesterol), Ce (ejercicio), Ct (tensión) y Cd (dieta) y, por último, los términos F, M, O y C, hacen referencia a la metáfora básica: Formismo (F), Mecanicismo (M), Organicismo (O) y Contextualismo (C).

Un ejemplo nos ayudará a comprender el sistema de notación utilizado en el informe de investigación: *"Te volveré a tomar otra vez la tensión, pero durante esta semana procura comer sin sal"* (E16CdM).

Donde (E) se refiere a la enfermera en la entrevista 16 (E16) que hace referencia a la categoría dieta (Cd) y a la metáfora básica del mecanicismo (M).

---

<sup>45</sup> Hace referencia a las metáforas que usan sus colegas para referirse a ellas como: "Triada diabólica", "Cuarteto de la muerte" o "Quinteto maligno" (Campillo, 2004:21)

### 6.3. Una visión panorámica de los resultados.

Esta primera tabla, presenta la síntesis global de las matrices de las entrevistas (Anexo 3). Es la tabla de referencia para comprender los resultados que se presentan.

	AZÚCAR		COLESTEROL		TENSION		DIETA		EJERCICIO	
	E	U	E	U	E	U	E	U	E	U
1	F	C	M/O	M/C/O			F/M	F/C	M/O	C/O
2	F/M	M/O	F/M						F/O	C
3	F/M		F/M	M	M		M/O	C	M	C
4			F/M				F/M	C	F/M	C
5	F/M	F	F/M		F			C		
6					M	F/M	M	C	M	C
7	M								F	M
8					M	M	M	C		C
9					M/F	M				
10	F/M		F/M/O	C/O			M		M	C
11	F/M	M	F		F	F	M		M	
12			M		M	C	M		F	
13	F/M	C			F/M		F/M	F/O		
14										
15	F/M				F/M		M		M	M
16					F/M		F/M	F		
17					F/M		M			
18	F									
19			F/M	F/M	M	M	F/M		M	M
20									M	
21							F/M	F/M/C	M	F
22			F/M/O		F/M		M	C	M	C
23	F		M		M					
24							F/M		M	C
25	F/M		F/M				M		F/M	
26	F/M					M				
27			M	M			F/M		M	
28							F/M			
29							M	F		
30	M						M	M	F/M	
31							F			
32	F/M	M/O							M/O	M

Tabla 18: Síntesis de los resultados de las entrevistas. Fuente: Elaboración propia.

Una primera conclusión que puede extraerse de esta tabla es que no existe una única visión por actor y categoría, sino que puede haber varias visiones, tanto por parte de la enfermera, como de los usuarios. El fenómeno S-E es complejo y las diversas maneras de tratarlo reflejan esta complejidad. Existe una multiplicidad de metáforas. Por otra parte, las categorías no son excluyentes entre sí, al revés, están totalmente interrelacionadas. Veamos algunos ejemplos de coincidencia de categoría entre enfermera y usuario.

La enfermera y el usuario 1 coinciden con el Formismo en la categoría dieta: (E/U1CdF).

- *Porque tú tienes el índice de masa corporal justito, justito..., en el límite del sobrepeso, o sea que...*
- *¡Sí, sí!*
- *O sea que ya tienes una constitución ancha y...*
- *Bueno, es que yo ya tengo una constitución de huesos... Tengo unos huesos muy anchos realmente, ¡mira que muñecas tengo! Los hijos me compraron una pulsera y le dije a mi nuera: ¡es que no me cabe!, ¿Qué no lo ves?*
- *Sí, es que eres grande ya de figura.*
- *¡Sí!*

En las dos siguientes entrevistas (15 y 32) enfermera y usuario muestran una mirada Mecanicista del ejercicio (en la primera) y del azúcar (en la segunda):

- *¿Caminar? ¿Qué tal lo llevas? Has mejorado un poco.*
- *Parece que desde que me hicieron aquellos ejercicios en casa, me ha ido bien.*
- *¿Te notas un poco más ágil?*
- *Sí, e incluso me dijo el doctor que si necesitaba hacer más, que lo dijera y me haría un papel para continuar.*
- *Si ves que te ha ido bien lo puedes hacer.*
- *Sí que me ha ido bien, sí.*

*Pues se lo puedes comentar al doctor y así haces un poco más que te irá bien para la movilidad. ¿Necesitas algo más? Esto por ahora lo tenemos controlado (E/U15CeM).*

*En tu caso, tienes una diabetes tipo II. Gracias a Dios, en un mes te has controlado muy bien. Ves, hay como una carretera con dos caminos. ¿Qué quiere decir? Pues que si uno coge el camino que lleva a tener unos hábitos de vida saludables, pues minimiza las complicaciones para conseguir una calidad de vida perfecta.*

- *Sí, sí, de hecho comer una dieta hipocalórica es un hábito saludable, lo reconozco.*
- *Y por otra parte, si no te controlas bien, hay mucho riesgo de sufrir complicaciones cardiovasculares y neurológicas. Pero yo te voy a hablar en positivo. Lo que hay que hacer es evitar esos problemas que algún día también te explicaré mejor. En tu caso, la hipoglucemia, es un bajón de los límites de azúcar, que no son aconsejables, porque causan problemas ¿Qué pasa cuando empieza a bajar? Ya explicamos el otro día, que los síntomas son muy diferentes en cada persona. Unos tienen, en tu caso los has descrito muy bien, sudor frío, hay quien tiene palpitaciones, ataques de*

*hambre, visión borrosa... Y si eso no se corrige, puedes llegar a sufrir una pérdida de conciencia, entrar en coma. Por eso te enseñé la importancia que tiene controlarlo. Sobretudo debes memorizar los motivos que llevan a eso, que los puedes ver aquí en los dibujos. Ponerte más insulina de la cuenta, o tomar más medicación de la cuenta, que en tu caso te la hemos rebajado. Otra cosa que hay de controlar, que es precisamente lo que te ha pasado a ti, es retrasar o eliminar una comida.*

- Sí, sí.

- Y otra cosa que debes controlar, porque va perfecto, es el ejercicio. Eso sí, si un día haces más ejercicio que otro debes comer más, puesto que también gastarás más.

- Ya, ya.

- O sea, que el ejercicio es muy bueno.

- ¿Para qué más es bueno, aparte de para la glucosa?

- Hace bajar nos niveles de tensión arterial, minimiza las altas cifras de glicemia, minimiza los problemas cardiovasculares y a nivel de envejecimiento ayuda a no perder masa muscular. O sea, favorece el ser joven, por decirlo de alguna manera. O sea que haces más ejercicio, no pasa nada, pero...

- Aumentar la dosis de comida (E/U32CaM).

En esta segunda tabla se presenta las síntesis del predominio de las metáforas básicas en las cinco categorías en función de los diversos actores (la enfermera y los 32 usuarios).

Enfermera (E)	Categorías (C)	Usuarios (U)
Formismo (F) Mecanicismo (M)	DIETA (Cd)	Contextualismo (C)
Formismo Mecanicismo	COLESTEROL (Cc)	Mecanicismo
Mecanicismo Formismo	AZÚCAR (Ca)	Mecanicismo Organicismo (O)
Formismo Mecanicismo	EJERCICIO (Ce)	Contextualismo (C)
Formismo Mecanicismo	TENSIÓN (Ci)	Mecanicismo

Tabla 19: Tabla síntesis de las metáforas básicas y las categorías en función de la enfermera o los 32 usuarios.  
Fuente: Elaboración propia

Como puede observarse, en los usuarios predominan los modelos mecanicista y contextualista en las categorías del colesterol, tensión y azúcar. En esta última aparece, en algunos usuarios, el organicismo. Y respecto a la dieta y el ejercicio, destaca, básicamente, el contextualismo. Recordemos que el nivel de estudios de la mayoría de los usuarios entrevistados es el básico, por lo que presuponemos una mayor dificultad en la comprensión de la terminología específica, incluso, de alguna metáfora básica:

*"Es que aquella chica me dijo que el colesterol y el azúcar estaban bien y como no entiendo nada más... Pues..."* (U10CcF).

*"Ven a sentarte aquí a mi lado porque como no te manejas con la lectura, te voy a enseñar los alimentos con imágenes, para aconsejarte, ¿vale?"* (E27CdM).

*"Espera que abriré el documento y así te lo explico con dibujos"* (E27CdM).

Puede ser indicativo de ello, que, sobre todo, en las categorías más técnicas o médicas como "tensión", "azúcar" o "colesterol", estén casi en blanco (Ver tabla 18). Si observamos las matrices de las entrevistas, podemos comprobar que entre cinco y siete usuarios comentan algo al respecto y, básicamente, con un enfoque mecanicista. Vemos que es importante lo que dicen los usuarios a lo largo de las entrevistas pero también, como en estos casos, lo que no dicen.

#### **6.4. Las Metáfora Básicas.**

En lo que sigue, se presentan cada una de las metáforas que constituyen el núcleo central de este estudio. Para una adecuada comprensión de su uso por parte de los participantes es necesario desarrollar antes algunos aspectos transversales: el contexto, los actores, la comunicación y la relación asistencial.

##### **6.4.1. El contexto de las metáforas básicas.**

A través de la metodología cualitativa y del marco teórico de Pepper, he tratado de captar la complejidad de las visiones del mundo que tanto enfermera como usuarios poseen sobre el fenómeno de S-E. A lo largo del trabajo se han identificado las cuatro metáforas básicas de Pepper. Mi intención ha sido proporcionar elementos críticos que faciliten la reflexión sobre el papel de las metáforas básicas en las intervenciones educativo-asistenciales, contribuyendo así, a la mejora de la comunicación y al proceso de la EpS. Esta es una aportación específica de este trabajo.

El contexto donde he analizado las metáforas es siempre un contexto práctico y real, donde se han seguido las formas narrativas de las conversaciones naturales a través de las grabaciones de las entrevistas en la consulta de la enfermera.

Parafraseando a Postman (1999)<sup>46</sup>, ¿es posible entender (tanto usuarios como profesionales) los fenómenos de S-E sin comprender hasta cierto punto las metáforas que constituyen su base?<sup>47</sup> Una de las teorías de Eduardo de Bustos (2000) en su libro "La metáfora" es que las metáforas no son sólo una forma de describir o de pronosticar, sino también un motor para transformar el mundo. Conocer las metáforas nos puede ayudar a transformar y mejorar nuestras intervenciones educativas.

Al utilizar metáforas para organizar nuestro mundo entramos en un proceso de adaptación a nuestro medio y, de esta manera, las metáforas nos ayudan, no solamente a describir o representar ese mundo, sino que nos permiten definirlo, y actuar en consecuencia con esa definición. Conocer esas metáforas será clave a la hora de mejorar nuestras intervenciones educativas-asistenciales.

En este trabajo me he adentrado en la realidad cotidiana de la enfermera y de los usuarios con el propósito de analizar, desde allí, las metáforas básicas que impregnan las acciones educativas. Se ha hecho desde un contexto muy concreto: el CAP y la consulta de la enfermera en este caso. Ambos forman parte de la realidad social de los protagonistas y en él se reproducen *visiones* del fenómeno de S-E. Este CAP, a su vez, forma parte de una institución determinada, en un sistema sanitario concreto, en una cultura socio-sanitaria específica. Todas estas vivencias y experiencias específicas en contextos determinados (especialmente en campo de la salud y la enfermedad) nos

---

<sup>46</sup> La pregunta literal de Postman (1993:195) era: "¿Exagero al afirmar que ningún estudiante puede entender de qué trata una materia sin comprender hasta cierto punto las metáforas que constituyen su base? No lo creo".

<sup>47</sup> Ted Cohen, filósofo de la metáfora, cuando le preguntaron que es la metáfora, contestó: "Lo que nos hace humanos". Para él: "Somos animales metafóricos... Somos fabricantes de metáforas... Somos lectores de metáforas... Supuramos metáforas". (En La Vanguardia. La Contra. 18 de Agosto del 2011).

marcan cognitivamente. Como dice Pinker (2007:317): "*Todas nuestras ideas son alusiones metafóricas a estos escenarios concretos*".

Las metáforas son reflejo de esta interacción con este contexto real y determinado. La cultura en la que estamos inmersos nos hace ver la realidad de una manera específica, por lo que el lenguaje empleado y sobre todo las metáforas serán un claro reflejo de la misma (Gutiérrez, 2010). En estos escenarios, como hemos observado en el trabajo de campo, se manifiesta el fenómeno de las metáforas, no sólo a nivel narrativo (entrevistas), sino también a través de las vivencias, a través de la documentación, de las imágenes y dibujos, etc. Pero esas manifestaciones son específicas para cada contexto y grupo de sujetos.<sup>48</sup>

Los problemas/categorías que se abordan (dieta, colesterol...) son problemas aislados y fragmentados, reflejo, como veremos, de la metáfora básica del organicismo. Las categorías aparecen en las entrevistas como algo que las personas "hacen" y sobre lo que, por consiguiente, tienen responsabilidad ¿Y el contexto? No aparece el papel que juegan los contextos en la aparición de dichas enfermedades o categorías. Cuando analice la metáfora contextualista, en concreto, trataré más esta idea. Posiblemente se tengan que *reordenar* (Postman, 1999: 197) las metáforas que se usan.

El contexto en que se ha realizado este trabajo se enmarca, de manera global, en un enfoque muy formista y mecanicista, donde los entornos más sociales, ambientales y psicológicos quedan en un segundo plano. Se observa una relación muy individualizada y personal pero con poca o nula referencia al medio, al contexto de cada usuario. Rara vez, en las entrevistas, se pregunta por él o se tiene en cuenta en las indicaciones terapéuticas. Existe la posibilidad que la enfermera lo conozca de otros encuentros con los usuarios. La mayoría llevan años con ella.

---

<sup>48</sup> Para Mc Dermont y O'Connor (1996:162). Cada sistema diferente tiene metáforas diferentes. Cada sistema tiene su filosofía y su metáfora fundamental y cada uno funciona en ciertas personas. "Ningún sistema tiene el monopolio de la curación. Escogemos aquello en lo que estamos dispuestos a creer".

#### 6.4.2. Los actores y las metáforas básicas.

Se ha valorado la importancia de conocer el contexto donde se han estudiado las metáforas básicas. Ahora me centro brevemente en sus protagonistas: la enfermera y los usuarios. Desde el punto de vista de Krippendorff (1997), con frecuencia se niega o se olvida que somos parte del mundo que conocemos para él, todo conocimiento incluye a su *conocedor*.

Ya he comentado que en todas las categorías trabajadas predominan, por parte de la enfermera, las metáforas básicas del formismo y del mecanicismo. Que la enfermera se centre en ellas puede estar relacionado con varios factores:

- a) El paradigma formativo adquirido en su época de formación y en el paradigma imperante en el sistema sanitario donde trabaja:  
*"Era una formación totalmente médica e impartida por médicos" "Casi como ahora, ¿o no? Mismo paradigma pero de otra forma" (E).*
- b) La edad y cultura de los usuarios, en su mayoría mayores y con estudios básicos.
- c) El breve tiempo disponible para atenderlos, un tiempo breve/corto forma parte del enfoque mecanicista. Para trabajar desde la visión contextualista se necesita tiempo. Más que los diez minutos que destina la enfermera, más o menos, para cada consulta. A pesar de ello, los factores tiempo y presión asistencial no impiden una relación de calidad y calidez entre enfermera y usuarios, como podemos observar más adelante.
- d) La enfermera cree que sus acciones educativas pueden crear y producir cambios en sus usuarios:

*"Creo que hay que conocer a las personas y adecuar la educación a lo esencial para la vida, es decir, que no aparezca una hiper o hipo glucemia en el caso de un diabético o que no hagan crisis hipertensivas...) y eso debe aprenderse "sí o sí". Por lo demás, no agobiar a los usuarios y seguir los ritmos y capacidades de cada uno" (E).*

- e) La identificación con una "visión" concreta que depende, en algunos casos, de la identidad y convergencia con la visión imperante en la profesión a la que perteneces y



época concreta. Otras veces, es simplemente porque no conocemos o no somos conscientes de que hay otras visiones.

Deben quedar claros los enfoques formista y mecanicista de la enfermera, más allá de una opción personal y consciente, forman parte del imaginario colectivo de, nuestra cultura occidental.

#### **6.4.3. La comunicación y las metáforas básicas.**

Podemos pensar que la comunicación y, en concreto, el uso de metáforas y la visión del mundo que tengamos, influye en nuestras intervenciones educativas-asistenciales y afecta la relación profesional-usuario. Remarco el descubrimiento sorprendente del carácter ubicuo de las metáforas en las intervenciones educativas-asistenciales de la enfermera con todas sus ricas implicaciones. Observo que, en el discurso educativo-asistencial sobre aspectos relacionados con la salud y la enfermedad, tanto de la enfermera como de los usuarios, abundan las metáforas, pero que su uso depende de la *visión del mundo* que tengan. Un ejemplo es el uso de metáforas mecanicistas por parte de la enfermera: “*rueda de bicicleta*” o “*tubo de cañería*” (E1) para hacer referencias al colesterol en la sangre o “*pilotos*” “*chivatos*” (E2) para hablar del control de la diabetes. Al trabajar las metáforas básicas profundizaré en ello.

Hablar de nuestras enfermedades y sus síntomas es, a veces, dificultoso y puede generar *abismos* en el proceso comunicativo entre los profesionales sanitarios y los usuarios. El conocimiento, análisis y uso de nuestras metáforas puede ayudar a ambos (enfermera y usuarios) a construir *puentes* para facilitar la comunicación y la comprensión y entender, desde una visión, ese nuevo *escenario* de enfermedad. Mankell (2008) hace referencia a la posibilidad que tenemos, a través de las palabras, de contar historias para hacerlo todo más sencillo. Para él, la palabra es el instrumento por excelencia y los relatos *puentes* de los que nadie se arrepiente de haber creado o construido para mejorar una relación o comunicación. No deja de ser también una metáfora.

Para Pinker (2007), muchas de nuestras discrepancias son generadas porque enmarcamos los problemas con distintas metáforas que usamos sin tener conciencia de ello. Percibir esas visiones o metáforas puede ayudar a redirigir nuestras intervenciones educativas y facilitar cambios de conducta en EpS.

McWhinney (1995) presenta varios estudios que indican que ciertos aspectos de la relación médico-paciente, como la comunicación y el acuerdo sobre el diagnóstico y el tratamiento, presentan una fuerte asociación con la resolución de los síntomas y un mejor control de la hipertensión y la diabetes. Y que uno de los predictores más potentes a la hora de recuperarse es el acuerdo que se genera entre el usuario y su profesional de la salud sobre la naturaleza del problema.

El mismo autor indica que:

*“La falta de comunicación constituye la razón más frecuente de los errores médicos. Sin embargo, seguimos prestando mucha más atención a los aspectos técnicos del cuidado que a la comunicación”* (McWhinney, 1995:64).

Sobre la información que se ofrece por parte de la enfermera, predominan los modelos mecanicista (estimulo-respuesta) y organicista (intentar integrar). La metáfora se debe ajustar a la visión del mundo de los usuarios, a las características idiosincrásicas que constituyen su postura ante la S-E, o al tipo de lenguaje que utilizan, enlazándolos así con sus experiencias. La clave de las metáforas es facilitar la comunicación y la comprensión.<sup>49</sup>

La enfermera posibilitaría el entendimiento mutuo a nivel de las metáforas básicas porque tiene en su propio bagaje de experiencia y la capacidad de re-crear las metáforas del usuario. Es el profesional quien debería adaptarse al usuario y su conocimiento debe capacitarle a explicarlo de cuatro maneras diferentes. Creo que a la enfermera se le puede *pedir* ver una categoría desde diferentes visiones del mundo pero al usuario es pedirle mucho, no es un profesional de la salud..., aunque sí es un profesional de su *propia* salud. En cambio, la enfermera puede tener una visión del mundo para cada categoría.

---

<sup>49</sup> Para Aranda (2010:37): *“El fin de la lengua es la comunicación...El hablante culto será aquel que sepa adecuar mejor su registro idiomático al interlocutor y a la situación en que se habla”*.

Este entendimiento y comprensión requerirán un gran esfuerzo por parte de la enfermera para *ver* el mundo del otro, además del suyo propio. Si esta capacidad empática es efectivamente desarrollada se convertirá en una clave para un diálogo significativo entre las partes. Si ello no se logra, y se continúa con un infructuoso *diálogo de sordos*, no se podrá, obviamente, crear ese terreno común del que hablaba Burns (2003).

Una última reflexión de Perelman y Olbrechts-Tyteca (1989). Ellos opinan que a veces, el profesional, puede servirse de las metáforas para que los usuarios "vean" las cosas tal como se las presentan. Se interpreta la realidad con nuestras ideas preconcebidas y nuestras intervenciones educativas se condicionan a esas ideas o pensamientos. O como lo expresa Postman (1999:197):

*"Es que verbos tan simples como ser, hacer o tener constituyen, en realidad, poderosas metáforas que expresan algunos de nuestros conceptos más fundamentales sobre lo que son las cosas. Creemos que las personas "tienen" "hacen" o incluso "son" determinadas cosas. Tales creencias no reflejan necesariamente la estructura de la realidad sino simplemente una determinada forma habitual de hablar de la realidad".*

#### **6.4.4. La relación asistencial y las metáforas básicas.**

Otro aspecto importante a tener en cuenta es la evolución (tanto en positivo como negativo) de la relación asistencial en el tiempo. Cuando enfermera y usuario llevan juntos un seguimiento prolongado en el tiempo, como sucede en este estudio, puede cambiar la visión de ambos. Ya no es sólo "colesterol" sino que..., es "Antonio". Si le veo y le trato mucho, puedo ver al paciente desde el enfoque del "contextualismo", por ejemplo. De esta manera aunque no exista conexión entre una metáfora de la enfermera y otra metáfora del usuario, se pueden encontrar en el tiempo. La enfermera puede conocer toda la historia de ese colesterol y ese colesterol es específico y único de Antonio. Será *Antonio* con colesterol y no el *colesterol* de Antonio. La categoría "colesterol" pasaría a un segundo plano y en el primero se focalizaría a "Antonio" como persona.

Aun teniendo el mismo dato y valor de colesterol la enfermera no utilizaría elementos formales (tablas oficiales), sino elementos contextualistas. Ello implicaría conocer al otro y su contexto. Los usuarios recurren permanentemente al contexto donde se da su

situación concreta y expresan vivencias /experiencias como comprobaré al analizar el contextualismo.

Veremos, al presentar la metáfora del formalismo, como toda la relación e intervención educativa está marcada por enfoques formales: dicotomías continuas entre enfermo-sano, bueno-malo, mente-cuerpo... Por ejemplo: *"No estás mal, pero no estás bien"* (E5), al explicarle la enfermera la necesidad de hacer más ejercicio. También veremos, como enfoques mecanicistas salpican continuamente una relación profesional a través de intervenciones tipo causa-efecto: *"Porque si tienes alguna molestia tendrán que medicarte"* (E11).

Existe también, de manera global, una relación de "dependencia" entre enfermera y usuarios. Esta dependencia, o tipo de interrelación, puede quedar marcada en el organicismo como un factor de conexión-interconexión. La enfermera como fuente de información (análisis) y el papel del usuario pasivo (interpretación). Es el usuario, sin responsabilidad ni papel en la construcción ni en la orientación de su proceso de S-E.

*"Me dijo el doctor que si necesitaba hacer más (actividad física) que lo dijera y me haría un papel para continuar"* (U15).

*"A ver cómo lo hago para irte controlando porque no te va bien..."* (E8).

*¿Hay algún problema que me quieras comentar de algún alimento o alguna cosa?* (E24CdM).

*"Voy a seguir tu consejo"* (U26CtM).

*"Esto es lo que me interesa que controlemos"* (E32CaM).

En lo que sigue, presento el núcleo central de los resultados mostrando el análisis y descripción de cada una de las características principales de las metáforas básicas y describiendo su repercusión en la EpS realizada por la enfermera.

## **6. 5. Formismo.**

### **6.5.1. Introducción.**

Recordemos que la metáfora básica del formismo es la similitud o *semejanza*. La similitud nos ayuda a estructurar de manera cognitiva la realidad. Es la que nos conduce al desarrollo de clases y formas. Nuestra mente usa la similitud para organizar, recuperar y

utilizar continuamente información. Cada objeto forma parte de una clase y eso es lo que le da sus características. Un ejemplo, en nuestro caso, sería el grupo de enfermos crónicos y, dentro de éste el de personas con hipertensión con las características de los hipertensos y, entre ellas, una característica particular: "...bajo en colesterol".

El formismo aparece con fuerza en las cinco categorías de las entrevistas, especialmente en el colesterol y el azúcar. Y sobre todo está presente en el discurso de la enfermera.

Del mismo modo que sucede en el ámbito de la salud, la enfermera en particular construye de manera informal numerosas clasificaciones en las que se apoya para dar sentido a sus actuaciones:

*"El bocadillo de esta medida" (E2CdF).*

*"Acuérdese que puede comer de todo, como si tuviera un armario y usted va eligiendo" (E7CeF).*

Estas y otras clasificaciones proceden en su mayoría de estructuras formales (tablas de colesterol, de altura y peso, de alimentos,...) de nuestra formación y de procesos de comunicación. Es decir, de alguna manera ya venimos *entrenados*. Dicen Moreno y Sastre (2010:41) que:

*"Tenemos tendencia a ver aquello que nuestra mente -y nuestra experiencia anterior- nos han preparado para ver, pero también es cierto que lo fundamental es lo que cada cual hace con lo que su mente y su experiencia anterior le han preparado para hacer".*

De entrada, ya encontramos clasificaciones a la hora de atender a los usuarios: los diabéticos, los hipertensos, los obesos..., los buenos y malos usuarios..., los sanos y los enfermos..., los agudos y los crónicos... Clasificar es un proceso cognitivo imprescindible para poder vivir en sociedad, para relacionarse, para comprender lo que nos rodea. Vivimos en un mundo muy complejo y los procesos de clasificación empleados son útiles para simplificar el mundo que nos envuelve y claves para construir la identidad sociosanitaria y manejar más fácilmente nuestro entorno más cercano. Dice Lizcano (2006:124) que: *"Las etiquetas ordenan el mundo, o mejor, hacen de un caos, un mundo. Por eso, etiquetar, nombrar..., es crear"*. Lo hacemos por necesidad. Si no, no nos comprenderíamos. Entre profesionales el proceso es más fácil, de alguna manera conocemos y compartimos las *etiquetas* empleadas.

### 6.5.2. Similitud y Diferencia.

Uno de los elementos claves del formismo (Kilbourn, 1974) es la similitud. Las relaciones de similitud o de diferencia surgen de las comparaciones. Ya sea entre situaciones, objetos, personas, datos..., y no deja de ser una extensión de las observaciones de la enfermera o del mismo usuario. A lo largo de todas las entrevistas predominan las comparaciones. La comparación implica similitud o equivalencia entre dos cosas pero también sus diferencias:

*"El colesterol también lo tiene bien, un poquito más alto de lo que toca, para su edad tiene prácticamente el normal"* (E5CcF).

*"Si antes tomaba 20, ahora 10" (pastillas)* (U19CcF).

*"Y ejercicio ¿hacía más antes que ahora?"* (E4CeF).

También implica, frecuentemente, un acto de clasificar y agrupar en base a un criterio determinado. En el caso de la enfermera pueden ser las tablas o niveles oficiales.

*"Lo tienes en valores normales...o sea que lo tienes bien"* (E3CaF).

*"Lo tienes bien. Los tienes a niveles preventivos"* (E2CcF).

*"Vale, de tensión estas bien: 14/7, para los años que tiene se mantiene bien"* (E5CtF).

En el caso de los usuarios pueden ser sus referentes más cercanos:

*"¿Estoy más alta que él (marido), o él más alto que yo?"* (U6CtF).

*"Lo he visto por TV"* (U1CcO).

*"Tengo una nuera que me dice, toma Danacol"* (U1CcC).

Las comparaciones traen consigo la aparición de metáforas:

*"Tienes el azúcar normal, aquel chivato del azúcar... La tienes como una persona sin diabetes"* (E11CaF).

*"Como una cañería que está obstruida"* (E3CcM).

*"Es como un duendecillo que hace un promedio del total de cada día"* (E10CaF).

El formismo también está presente en el material educativo en general y en las explicaciones sencillas de la enfermera. Veamos el predominio del modelo formista en las siguientes intervenciones:

"Espera que abriré el documento y así te lo explico con dibujos" (E27CdM).

"Ahora te lo explico con todos esos dibujos que tengo. Y ya veras, lo pondremos en alto y los voy a ir pasando a medida que te voy explicando los grupos de alimentos y para qué nos sirven. Esto se llama la pirámide de los alimentos. Te explica, de una manera gráfica, con imágenes y dibujos, la cantidad de alimentos que debemos comer. En la punta de la pirámide, están los alimentos que debemos comer con menor cantidad y en la base están los que debemos tomar con más cantidad" (E27CaF).



Figura 17: Pirámide de la alimentación saludable. Fuente: Consulta enfermera

"El azúcar también te ha subido un poquito, en lugar de a 125-130, que son la cifras en las que tú sueles estar siempre, está a 140" (E13CaF).

"Un persona que no tiene azúcar tiene unos valores que no pasan de 6. Tú tienes 6.5. Es un control muy bueno, porque hasta 6.5 es aceptable. Ahora lo que debemos controlar es no suba más. Tenemos que ponernos manos a la obra..." (E10CaF).

Cuando comparamos, buscamos semejanzas y diferencias. Las semejanzas se refieren a las características iguales, comunes o similares de objetos o situaciones. Vemos a

continuación unos ejemplos en estas referencias en que enfermera y usuario se refieren a los valores de la tensión:

*"Pero estate tranquilo ¡Que la tienes muy guapa! (la tensión)" (E16CtF).*

*"Y de la tensión esta mañana, antes de andar, a 135 y por la tarde también a 135" (U5CtF).*

O esta otra, donde reconocer semejanzas permite a la enfermera y al usuario organizar la información que ya conoce y relacionarla con la nueva, al fin de establecer relaciones entre ambas.

*"A ver si nos ponemos manos a la obra y acabamos ya con esa barrera de los cien (Kg.) y empezamos a marchar para abajo" (E31CdF).*

Las diferencias nos aportan el aspecto o la cualidad de una persona, cosa o situación en comparación con otra.

*"Pesabas 78 kg y ahora pesas 88.5 Kg., te has engordado" (E8CdF).*

*"Como muchísimo menos que antes, como la mitad que antes" (U4CdF).*

Una última mirada formista es la que la enfermera nos comenta en su entrevista que usa a menudo para explicar las lipoproteínas y para que los usuarios aprendan las diferencias:

*"El HDL Colesterol bueno: viaja por nuestro organismo como si fuera un coche eléctrico. No se atasca nunca y recoge la basura que deja el malo. Por lo tanto, cuanto más alto lo tengamos, mejor.*

*El LDL Colesterol malo. Viaja en autobús y deja basuras que contaminan y se arrinconan en nuestras arterias. Hay que tenerlo por ese motivo, cuanto más bajo mejor" (E).*

### **6.5.3. Clases y Tipo.**

Dentro del formismo también aparecen los tipos o categorías o clases... Recordemos que detrás de todos ellos está el concepto de similitud/diferencia, clave para conseguir clasificar. Poder identificar semejanzas y diferencias constituye una habilidad previa requerida para comprender y aplicar procesos de clasificación (De Sánchez, 1995). Se hace referencia al tipo cuando hablamos de un modelo o ejemplo que, en este caso, coincide o concuerda con parámetros o tablas oficiales, o no:

*"Hay diferentes tipos de colesterol..." (E10CcF).*



*“Colesterol bueno y colesterol malo” (E1CcF).*

*“Tensión alta o tensión baja” (E1CtF).*

*“Las grasas, como ya hemos dicho, están compuestas, entre otras cosas, de colesterol. Hay dos tipos de colesterol. El llamado HDL, que sería el colesterol bueno, que cuida nuestras arterias, las cañerías, para que no se obstruyan. Y luego el llamado LDL, es el que sería el colesterol malo, que forma obstrucciones dentro de las arterias que dificultan la circulación sanguínea” (E22CcF).*

Nuevamente, se hace referencia a una clasificación en este caso en función de un patrón o característica específica que permite explicar el tema o situación.

*“Yo tengo una constitución de huesos muy ancha” (U1CdF).*

*“Todos estos alimentos forman parte del mismo grupo. De este grupo nos dicen que es bueno comer, entre frutas y verduras, cinco raciones al día” (E27CdF).*

Tanto enfermera como usuarios establecen clasificaciones para situarse y dirigir sus actos dentro de su ámbito de competencias: profesionales en la enfermera y, en sus contextos cotidianos relacionados con la salud-enfermedad, en los usuarios. Usamos las clasificaciones como dispositivos útiles de simplificación y ordenación del mundo que nos rodea y, de manera más concreta, estos sistemas de clasificación permiten al sujeto conocer a qué grupo pertenece: *“Tiene una diabetes tipo 2” (E23CaF).*

La preocupación por la clasificación la encontramos muy arraigada en los profesionales de la salud (hipertensos, diabéticos...). También en las guías didácticas que usan<sup>50</sup> (Anexo 6). Para un *formista* no interesa tanto la persona con las que nos relacionamos sino su enfermedad o categoría. Su interés está centrado en la clasificación de las diferentes patologías y sus respectivas diferencias y subclases. La hipótesis formalista es también la hipótesis implícita que nos conduce a crear categorías de gente (obesos, hipertensos, diabéticos...). Podemos ilustrar la idea de las clasificaciones, tipos y clases en relación a las patologías crónicas por medio de un sencillo esquema de clasificación que se usa mucho tanto en la formación de base de los profesionales de la salud como en las intervenciones asistenciales. (Tabla 20).

---

<sup>50</sup> Las guías, material docente y consejos para los pacientes que tenía la enfermera en la consulta se pueden encontrar en la página oficial de la Generalitat de Catalunya. <http://www.gencat.cat/ics/profesionals/guies>.



Tabla 20: Ejemplo de clasificación de patologías crónicas. Fuente: Elaboración propia

Esta sencilla clasificación “de tres/cuatro niveles” depende de la metáfora básica de la similitud. Sin el concepto de similitud/diferencia resulta imposible construir este sistema de clasificación, o cualquier otro. Hipertensos, diabéticos, obesos..., son enfermos crónicos y hay distintas patologías de las subcategorías que comparten características comunes. Para separar un conjunto de elementos en clases es necesario dividir dicho conjunto en subconjuntos, de modo que los elementos de cada subconjunto compartan las mismas características *esenciales*. Entendiendo estas como aquellas características compartidas por un conjunto de personas, objetos o situaciones y que se utilizan para agruparlos con base a sus semejanzas y diferencias. En este sentido lo que le interesa a un *formista* es el tipo de síntoma (hipertensión, azúcar, peso,...) que tiene el usuario y su control.

Esta actividad cognitiva de clasificación/comparación se puede observar en las siguientes intervenciones de la enfermera cuando hace referencia a usuarios hipertensos controlados o no controlados, a usuarios diabéticos compensados y no compensados, a las cantidades de fruta o azúcar que contiene estas, por ejemplo:

*“Está bastante bien controlado” (E5CaF).*

*“Una persona que no tiene azúcar tiene unos valores que no pasan de 6. Tú tienes 6.5. Es un control muy bueno, porque hasta 6.5 es aceptable” (E10CaF).*

“Acuérdate que la fruta que tiene más azúcar son las cerezas, la uva... Puedes comer solo diez o doce granitos y ya está” (E15CaF).

Seleccionamos también esta imagen para que los usuarios puedan ver el riesgo de las cifras de la Hemoglobina Glicosilada que utiliza la enfermera en su consulta. (Figura 18)



Figura 18: Pirámide del riesgo de las cifras de la Hemoglobina Glicosilada. Fuente: Consulta enfermera.

Un profesional *formista* aceptará que una manera de comprender el fenómeno S-E será calcular hasta qué punto encaja en una categoría:

“Mediante este proceso de etiquetamiento reducimos la incertidumbre, conjuramos la zozobra hacia el sinfín de novedades y cambios que nos asaltan en cada segundo” (Lizcano, 2006:124).

#### 6.5.4. Norma y Forma.

El formismo muestra también interés por las normas y las formas. Cuando la enfermera habla de *comportarse* de manera saludable, está aplicando, implícitamente, una *norma-forma* (hábitos). Las normas sociales, sanitarias, educativas..., son imprescindibles para el correcto funcionamiento de una organización, ya sea una consulta o un CAP. Pero a

veces, estas normas no facilitan una intervención educativa de calidad. Se requiere una cierta flexibilidad. Además, enfermera y usuario también forman parte de las *normas* de una cultura, disciplina, institución o sociedad. Encontramos ejemplos sólo de las dos primeras, aunque se puede intuir que instituciones sanitarias en este caso avalan estas normas:

*“En tu caso; tienes una diabetes tipo 2, gracias a Dios en un mes te has controlado muy bien. Ves, hay como una carretera con dos caminos. ¿Qué quiere decir? Pues que si uno coge el camino que lleva a tener unos hábitos de vida saludables, pues minimiza las complicaciones para conseguir una calidad de vida perfecta”* (E32CaF).

*“Lo que sí te pedí son los marcadores, ves.... Que bueno te han salido dentro de los límites”* (E2CaF).

*“Lo tienes en valores normales..., o sea, que lo tienes bien”* (E3CaF).

#### **6.5.5. Ideal.**

Se refleja el formismo también en la presencia de maneras, conductas o parámetros ideales. Estos también vienen de la formación recibida, de tablas oficiales y estándares interiorizados. En su marco filosófico está el darle nombre a las cosas o los fenómenos. Los *formistas* siempre están buscando ideales, leyes o normas, en que se encuentra un concepto o una idea. A partir de estos ideales o leyes ordenamos, relacionamos y jerarquizamos nuestras relaciones con la salud y la enfermedad:

*“La última vez que viniste la tenías alta: estabas a 7.4%, que es más alta de lo que toca. Eso era en marzo. En mayo, aún no habían pasado tres meses, estabas a 6.5%, o sea, te había bajado muchísimo. Eso quiere decir que la cosa va bien, que estás haciendo las cosas bien”* (E18).

*“Fíjate, has mejorado. Esta cifra de hemoglobina glicosilada, que era de 13,6 los primeros días que viniste, el 10 de mayo, o sea llevamos un mes, es altísima. Y de azúcar, en ayunas estabas a 364, hace un mes, y ahora estás a 90, fíjate si has mejorado. Estás prácticamente como una persona sin diabetes.”* (E32CaF).

*“Andar media hora. Es mejor un poquito cada día. Por la mañana, tarde o noche. No está mal, pero no está bien”* (E2CcF).

Lo mismo pasa con el concepto salud y enfermedad, o estar sano o enfermo. Cuando se oye decir que “la salud es la ausencia de enfermedad” o que “la personalidad de carácter “X” está asociada con la salud y que la personalidad de carácter “Y” está asociada con la enfermedad, seguimos con la metáfora formista:

*“Nosotros, cuando nos la hemos de ver con una cosa nueva, lo primero que intentamos hacer es encajarla en algún tipo o familia, en una categoría que forma*

parte de la pirámide de géneros y especies...". "Cualquier realidad se divide en dos mitades bipolarizada" (Lizcano, 2006:133).

La visión formista nos lleva a plantear que con 91 mmHG de presión diastólica<sup>51</sup> se está "al borde de la hipertensión" y que 89 mmHG de presión diastólica es una "tensión normal" (Ver figura 19). Lo mismo nos pasaría con los valores de azúcar o temperatura: 37,5 grados centígrados como un *estado febril* y, por debajo de 37 grados centígrados, como *normal*.

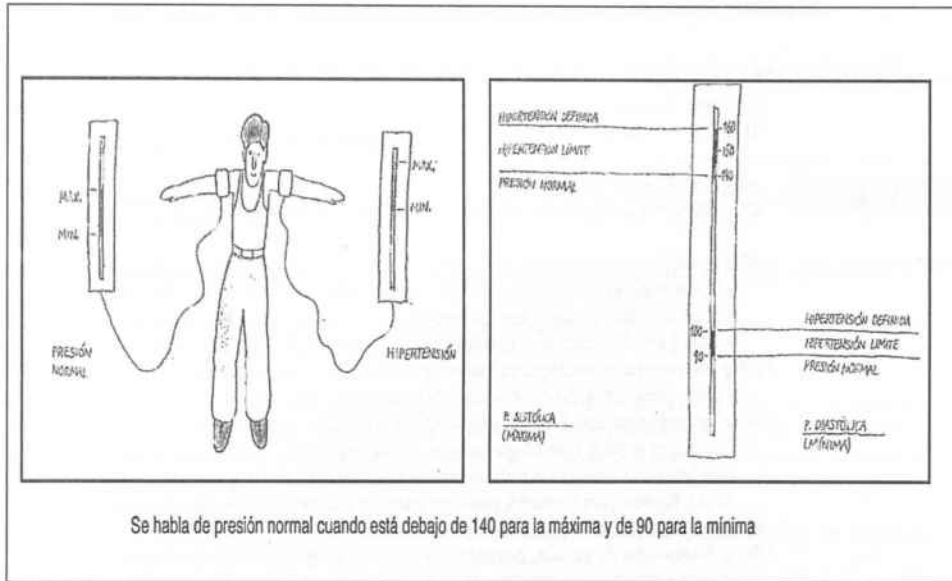


Figura 19: Concepto de Presión Arterial. Fuente: Consulta enfermera.

En el formismo, la capacidad para clasificar información es un prerrequisito para procesar información efectiva.

*"Mira Teresa, ahora, el azúcar, aunque estés en ayunas, da igual que esté a 94 que a 100. Esta maquineta tiene un error de +/- 5. O sea, que te volvería a pinchar y, a lo mejor, no daría 100 sino 99 o 101"* (E18CaF).

No todos los hipertensos o diabéticos son iguales. Hay diferencias importantes también en el tipo de dieta y ejercicio por ejemplo. Aunque le convenga una dieta de 2.250 calorías (Figura 20), se debería adaptar a su realidad específica y única y partir de sus necesidades y entorno. Incluso las recomendaciones deberán adaptarse a ese único


<sup>51</sup> La presión arterial diastólica hace referencia al valor mínimo de la tensión arterial cuando el corazón está dilatado (diástole) y la presión arterial sistólica hace referencia al valor máximo de la tensión arterial cuando el corazón está en contracción (sístole). También se les denomina coloquialmente "la mínima o baja" y "la máxima o alta".

usuario (Figura 21). Ante un mismo valor de azúcar o colesterol, tenemos a dos personas diferentes. Incluso tampoco viven su diferencia, similitud o igualdad de la misma manera. Este es un elemento clave, puesto que “el cómo” viven su clasificación es importante en el Formismo.

## DIETA DE 2.250 CALORÍAS

295 g de Hidratos de carbono, 92 g de Proteínas 79 g de Grasas.

<b>DESAYUNO</b>	<p>200 c.c. leche.</p> <p>60 g pan blanco o integral.</p> <p>25 g alimento protéico: atún sin aceite, queso o fiambre magros</p>
<b>MEDIA MAÑANA</b>	<p>60 g pan blanco o integral.</p> <p>25 g alimento protéico: atún sin aceite, queso o fiambre magros.</p>
<b>COMIDA</b>	<p>300 g <b>verdura tipo A:</b> acelgas, apio, berenjenas, brécol, calabaza, champiñones, col, endivias, espárragos, espinacas, lechuga, pepinos, pimientos, rábanos, tomates, o 200 g <b>tipo B:</b> berros, cebolletas, judías verdes, nabos, puerros; o 100 g <b>tipo C:</b> alcachofas, cebolla, coles de bruselas, remolacha, zanahoria.</p> <p>100 g <b>alimento protéico:</b> carne magra, pollo sin piel, pechuga de pavo, liebre, caza, conejo, ternera o buey magros: o 130 g de pescado.</p> <p>180 g <b>farináceos tipo A:</b> guisantes o habas frescas; o 150 g <b>tipo B:</b> patatas, boniatos; o 60 g <b>tipo C:</b> garbanzos, guisantes, habas, judías, lentejas, o pan blanco o integral, o patatas chips; o 45 g <b>tipo D:</b> arroz, pastas alimenticias, harina, pan tostado, puré de patatas comercial, sémola, tapioca.</p> <p>40 g pan blanco o integral.</p> <p>300 g <b>fruta tipo A:</b> sandía, pomelo, melón; o 150 g <b>tipo B:</b> albaricoques, ciruelas, frambuesas, fresas, mandarina, naranja, piña natural; o 120 g <b>tipo C:</b> manzana, melocotón, pera; o 75 g <b>tipo D:</b> cereales, chirimoya, plátano, nísperos, uvas.</p>
<b>MERIENDA</b>	<p>60 g pan blanco o integral.</p> <p>25 g alimento protéico: atún sin aceite, queso o fiambre magros.</p>
<b>CENA</b>	<p>300 g <b>verdura tipo A;</b> o 200 g <b>tipo B;</b> o 100 g <b>tipo C.</b></p> <p>100 g <b>alimento protéico:</b> carne magra; o 130 g <b>pescado;</b> o 2 <b>huevos.</b></p> <p>180 g <b>farináceos tipo A;</b> o 150 g <b>tipo B;</b> o 60 g <b>tipo C;</b> o 45 g <b>tipo D.</b></p> <p>40 g pan blanco o integral.</p> <p>300 g <b>fruta tipo A;</b> o 150 g <b>tipo B;</b> o 120 g <b>tipo C;</b> o 75 g <b>tipo D.</b></p>
<b>ANTES DE ACOSTARSE</b>	<p>200 c.c. leche.</p> <p>20 g pan blanco o integral.</p>



Aceite en todo el día: 40 g = 4 cucharadas soperas (oliva, girasol, maíz, soja).

Figura 20: Folleto sobre dieta de 2,250 Calorías. Fuente: Consulta enfermera.

## ***Alimentación y diabetes***

- La diabetes es una enfermedad crónica, que se manifiesta en un nivel de azúcar en la sangre por encima de lo normal.
- Para tratar esta enfermedad es imprescindible una alimentación correcta y continuada.

### **Recomendaciones generales**

- Para que la alimentación sea equilibrada debe ser variada, es decir, debe incluir todo tipo de alimentos.
- Procure respetar el número de comidas y los horarios que le indique el médico.
- Evite los azúcares, la miel, los dulces y las golosinas, así como las bebidas azucaradas (colas, naranjadas...) y los helados.
- Evite también las grasas de origen animal y los aceites quemados, porque pueden favorecer la arteriosclerosis. Para cocinar, se recomienda el aceite de oliva. Utilice preferentemente los siguientes modos de cocción: planchas, vapores, hornos y hervidos.
- Es conveniente introducir en las comidas principales acompañamientos de verdura cruda (lechuga, tomates, apio...).
- Recuerde que la fruta es un alimento rico en azúcares. Por lo tanto, respete las cantidades recomendadas.
- Pueden consumirse con moderación sal, especias, café, infusiones, si el médico no indica lo contrario.
- Los edulcorantes artificiales (sacarinas) no suponen un aporte de azúcares ni de calorías y son tolerables siempre que se tomen con moderación para endulzar algunos alimentos.
- Consulte con su equipo sanitario el posible consumo de bebidas alcohólicas.
- Aunque la bebida más recomendable es el *agua*, se pueden utilizar como refrescantes bebidas sin azúcares (bebidas "*light*").
- En el caso de que no pueda seguir su dieta habitual (debido a trastornos digestivos, fiebre, extracciones dentarias, falta de apetito) no deje de tomar los alimentos siguientes: féculas, lácticos y fruta.

Figura 21: Folleto de recomendaciones de alimentación para pacientes con diabetes. Fuente: Consulta enfermera.

Como se ha visto, el formismo impregna el trabajo de la enfermera. Aparece en referencias a la norma, en clasificaciones según tipos, en las comparaciones, similitudes o diferencias tras las cuales hay un ideal o modelo, se pretende reducir la complejidad... Tanto el formismo como el mecanicismo tienden a interpretar los fenómenos en términos de partes. El pensamiento formalista típicamente envuelve una forma de pensamiento de "lo uno o lo otro", de bueno o malo, de blanco o negro. Sólo se mueven entre estos dos contrastes sin tener en cuenta toda la paleta de grises.

Ejemplo de ello es el colesterol bueno –malo. Se refuerza con una de las imágenes de los materiales que disponía la enfermera en la consulta: "Sabes que hay dos tipos de colesterol: el bueno y el malo" (E3CcF).

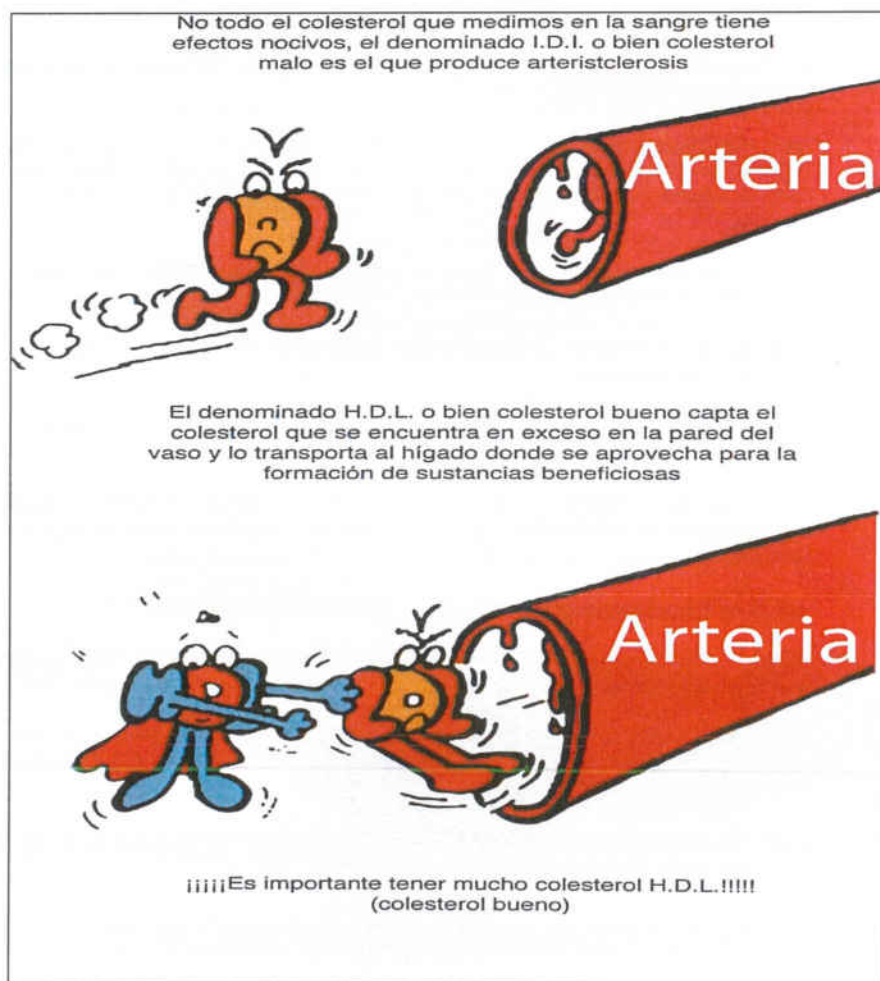


Figura 22: Concepto de colesterol HDL (colesterol bueno). Fuente: Consulta enfermera.



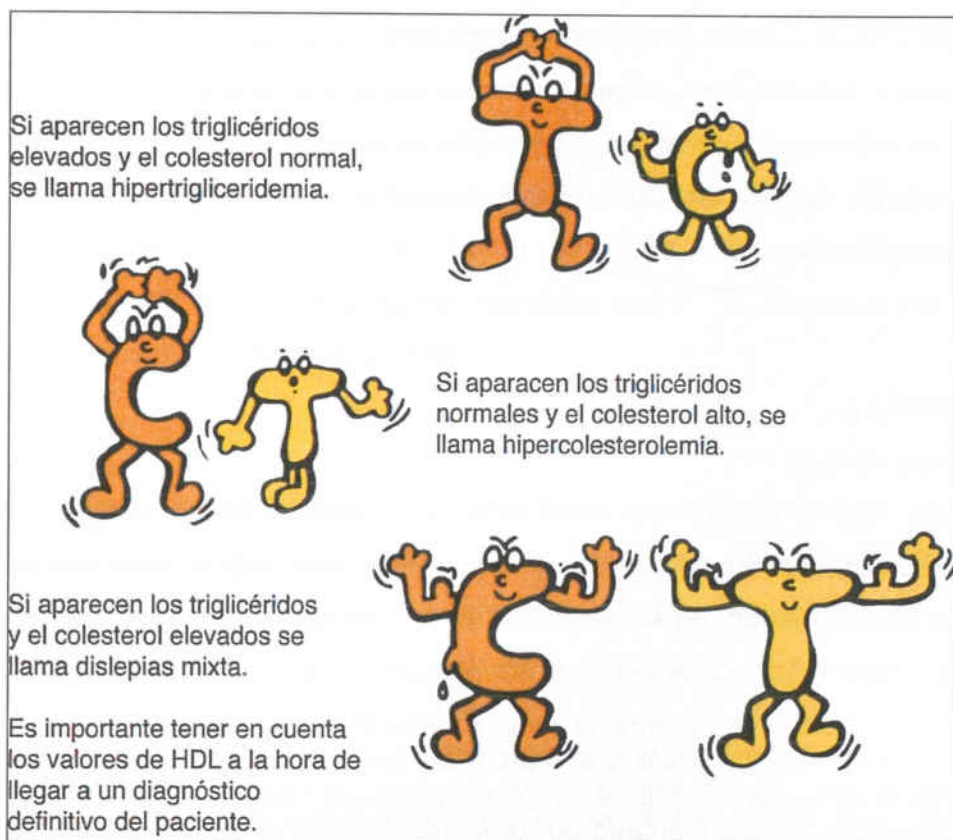


Figura 23: Clasificación de triglicéridos. Fuente: Consulta enfermera.

O también colesterol alto-bajo:

*"El colesterol lo tienes muy alto"* (E30CcF).

*"La tensión la vuelves a tener un poco alta"* (E16CtF).

*"Un poquito más bajita, pero hay que bajarla más"* (E17CtF).

Otros aspectos, para terminar, son el de control bueno o malo y poco o mucho:

*"Perfecto, ahora estamos bien controlados. Todo lo bueno, tiene un límite"* (E30CeF).

*"¿Te has puesto un poquito o nada de sal?"* (E17CdF).

Vemos, en suma, que la enfermera refuerza con su discurso, fruto de una formación concreta, y el material educativo, la visión formista del mundo. Cosa que no sucede por parte del usuario. Tenemos tendencia a la generalización, al etiquetado, al pensamiento en blanco y negro para ordenar la realidad. Probablemente sea esta forma de

simplificación la que nos ha llevado a hablar de pensamiento lógico-formal *versus* pensamiento creativo o de ciencia *versus* arte como si fueran entidades completamente diferenciadas. Incluso hemos otorgado una base fisiológica a esta distinción: el hemisferio derecho para lo creativo y el izquierdo como sustento de lo racional. Quizás, este enfoque tan dualista sea parte de nuestra cultura tan cartesiana o judeo-cristiana.<sup>52</sup> Todo está clasificado.

## 6.6. Mecanicismo.

### 6.6.1. Introducción.

Recordemos que en el enfoque mecanicista, la metáfora básica es la *máquina*. Las características predominantes en esta metáfora básica se centran en la relación espacio-tiempo, en la localización, en la relación masa-volumen, en la función, en la cantidad y frecuencia y, sobre todo, en la relación causa-efecto:

*“La metáfora mecanicista que marcó fuertemente la sociología del siglo pasado correspondía lógicamente a la sociedad en proceso de industrialización, cuya racionalidad estaba marcada por el funcionamiento de máquinas de movimientos coordinadas por hombres. El conjunto máquina/hombre, como el conjunto hombres/hombres, se gobiernan conforme al mismo paradigma: aquel que comienza postulando la unidad del sistema que conforma, la funcionalidad de cada una de sus partes para el todo, y cuyo corolario no puede ser otro que la necesidad del orden que preserva el sistema. Toda conducta humana o máquina que tienda a esta preservación es funcional y consolida la estabilidad y toda conducta que, sea por error, negligencia, incapacidad, u otro motivo, atente contra el desenvolvimiento previsible del conjunto, es disfuncional y en consecuencia compromete el sistema en su conjunto” (Kuhn, 1972:143).*

Al igual que el formismo, el mecanicismo aparece (quizás con mayor frecuencia) en las cinco categorías analizadas y, especialmente, en la del colesterol por parte de la enfermera (Tablas 18 y 19). Aunque también, en este caso, los usuarios se centran en el colesterol, la tensión y algo menos en la azúcar.

---

<sup>52</sup> Como dice Castelló (2003:42): “*Todo es dual, dicho de otro modo, todo tiene su doble perspectiva o dimensión. Así, todo es complejo. La complejidad es la esencia de las cosas. Toda las realidades, pues, son dimensiones de una misma realidad, única (pero dual) y compleja. Los objetos, los sujetos, forman una dualidad pero no un dualismo*” Para él la dualidad es convergente, unifica y la dualidad es divergente, separa.

Esta hipótesis del mundo resulta familiar al pensamiento occidental cuna del pensamiento mecanicista. El mecanicismo se ha extendido por todos los campos del conocimiento. Y como no, también en temas relacionados con la salud-enfermedad. Un mecanicista, necesita ser capaz de conocer las partes internas -o de menor tamaño- de todas las cosas. Para él, esas partes internas funcionan según normas y leyes, tienen significado por sí mismas (azúcar, colesterol...), sin formar parte de un todo que funcione de forma independiente, de alguna manera tienen identidad propia. El mecanicismo asume la presencia de un mundo organizado *a priori*.

### 6.6.2. Las Partes.

Ya hemos apuntado que una característica del mecanicismo es el interés por las partes. Y, por eso, se centra en las *partes*: "colesterol bueno/malo" (E3CcF), "no grasas en la dieta" (E23CcF), "media hora de ejercicio" (E2CeF),... Lo que interesa a un mecanicista es la forma en como sube y baja la tensión arterial, el azúcar...

*"Ve al médico porque tienes la tensión alta y le tendría que dar algo" (E6CtM).*

*"Colesterol todos tenemos que tener, lo que pasa que, desde hace relativamente poco, se aceptaba que se estaba bien controlado cuando se estaba por debajo de 150 del colesterol malo, y ahora dicen que para tener niveles preventivos es mejor que no pase de 100 y se evitan los daños. Éste lo tienes bien, cuesta más de subir, pero contra más alto está, más beneficios, más efectos protectores nos hacen en el sistema cardiovascular, a nivel de lo que son todas las arterias" (E1CcM).*

Los mecanicistas siempre se muestran interesados por saber cómo funcionan las cosas y cuerpo humano es visto solamente como la suma de sus partes.<sup>53</sup>

*"Pero, éste sí que es aislado. Sin embargo lo que es muy importante es esto, que es la Hemoglobina Glicosilada y esto es como, para que lo entiendas, un chivato que nos dice cómo ha estado el azúcar durante los últimos tres meses" (E2CaM).*

*"Hasta hace muy poquito decían que el colesterol malo, que es el que nos hace daño a las arterias, tenía que estar por debajo de los ciento cincuenta. Tú lo tienes a 69. Ahora dicen que para que esté a niveles preventivos debe estar por debajo*

---

<sup>53</sup> Para Capra (2006:28), estamos influenciados, en occidente, por el paradigma de "la visión del universo como un sistema mecánico compuesto por piezas, la del cuerpo humano, como una máquina; la de la vida en sociedad, como una lucha competitiva por la existencia".

*de cien. Tú lo tienes mucho mejor. Sí que vas a necesitar la medicación pero miraremos a ver la cantidad” (E19CcF/M).*

*“¿Cómo que me subió la tensión? (U6CtM).*

*“Es la tensión que tiene que ir manteniendo, lo que pasa que a veces se dispara” (E9CtM).*

### **6.6.3. La relación Causa-Efecto.**

La relación enfermera-usuario es la imagen del prototipo causa-efecto. Sus intervenciones–informaciones sobre el usuario va (debería) a provocar, de forma directa, un cambio de estado (de salud–hábitos-actitud).

*“Y por otra parte, si no te controlas bien, hay mucho riesgo de sufrir complicaciones: cardiovasculares y neurológicas. Pero yo te voy a hablar en positivo. Lo que hay que hacer es evitar esos problemas que algún día también te explicaré mejor. En tu caso, la hipoglucemia, es un bajón de los límites de azúcar, que no son aconsejables, porque causan problemas ¿Qué pasa cuando empieza a bajar? Ya explicamos el otro día que los síntomas son muy diferentes en cada persona. Unos tienen, en tu caso los has descrito muy bien, sudor frío, hay quien tiene palpitaciones, ataques de hambre, visión borrosa... Y si eso no se corrige, puedes llegar a sufrir una pérdida de conciencia, entrar en coma. Por eso te enseñé la importancia que tiene controlarlo. Sobre todo debes memorizar los motivos que llevan a eso, que los puedes ver aquí en los dibujos. Ponerte más insulina de la cuenta, o tomar más medicación de la cuenta, que en tu caso te la hemos rebajado. Otra cosa que hay de controlar, que es precisamente lo que te ha pasado a ti, es retrasar o eliminar una comida” (E32CaM).*

*“Por eso hoy le voy a explicar los alimentos que contienen colesterol, y así usted pues evita comerlos. Lo que le va muy bien para aumentar el colesterol bueno es el pescado azul. Que por otra parte es el que más engorda. Está el pescado azul, que es más magro pero tienen más grasa, que por otra parte es una grasa que ayuda a aumentar el colesterol bueno, pero también engordan más” (E4CcM).*

*“También me dijeron que la mantequilla engordaba menos que el aceite”. (U4CcM).*

A la hora de planificar intervenciones de EpS debemos tener en cuenta que la realidad desbarata estos escenarios porque los usuarios no siempre cumplen esas recomendaciones, o no comprenden las recomendaciones (¿visiones diferentes?) o eligen hacerlo o no. No siempre es directa la relación causa-efecto.

*“¿Y para bajar eso (azúcar) que hay que hacer?” (U24CaM).*

*“...Aunque algún día me paso... ¿para qué voy a mentir? (U5CdC).*

Sobre este último escenario las dos posibilidades se deben tener en cuenta, ya sea porque optan por hacerlo, en este caso la relación causa-efecto sería positiva, o por la segunda opción más negativa de no hacerlo. Pueden optar por la opción de *la vecina*, de *Internet* o la *TV*.

*"Pues es que tomo..., eso que sale por la televisión"* (U27CcM).

*"El colesterol..., pero si hace años que no tomo embutidos..." ¡Porqué tengo colesterol!". "Tengo una nuera que me dice, toma "Danacol", que dicen que va bien es que a veces me lo compro y no me acuerdo de tomarlo, es una cosa más que esta en la nevera"* (U1CcC).

*"Lo he visto por TV"* (U1CcO).

A lo largo de las entrevistas y en las intervenciones educativas aparecen básicamente respuestas de causa y efecto, de estímulo y respuesta (todo ello refleja el mecanicismo como metáfora básica), que es donde se siente cómodo un *mecanicista*. Incluso, y aunque en algún momento se valoren elementos de integración, no es el predominio de las entrevistas o intervenciones educativas –asistenciales. Intentar encontrar otra causa (*"¿Tanto afecta?, cenar o no cenar, (U34CaM) para un efecto ("No, si lo sé, porque el cuerpo me avisa. Los sudores fríos, el vértigo, el mareo, las náuseas... Si el organismo me avisa enseguida y luego tomo un poco de azúcar"*) (U32CaM), refleja el mecanicismo.

En éste último ejemplo también vemos que se cumple otra de la característica del mecanicismo: la relación espacio-tiempo. La consecuencia es inmediata. Necesitan creer que si hacen la dieta recomendada enseguida bajarán de peso. Si tarda, tendrá sus dudas sobre el tratamiento. Quizás los usuarios no son tan *pasivos*.

O dicho de otra manera, una correlación no siempre implica causalidad (Ej. El quiquiriquí del gallo. No hace que salga el sol, porque es al revés, si no sale el sol no canta el gallo). No podemos invertir la relación causa-efecto. Por mucho que cante el gallo no saldrá el sol porque no es la causa. Típico de los mecanicistas que tienen muy claro lo que es causa-efecto. En el campo de la salud, muchas veces, para que se produzca un efecto, es necesaria una serie de circunstancias o multicausalidades. Un ejemplo puede ser la enfermedad de la Tuberculosis, donde son necesarios más factores que la sólo presencia del bacilo de Koch. Pinker (2007:289) lo expresa de esta manera:

*“El mundo no es una hilera de fichas de dominó en la que cada suceso causa exactamente un suceso y esté causado por exactamente un suceso. El mundo es un tejido de causas y efectos que se entrecruzan en enmarañados patrones”.*

En la actualidad, predominando en nuestros contextos sanitarios las teorías y enfoques biomédicos que se basan en una determinada visión del mundo como una suma aleatoria de objetos inertes y cuantificables, con enfoques reduccionistas y fragmentados de la naturaleza humana y de los individuos como entes aislados y sin relación.

*“Entonces, aquí tenemos los valores del colesterol. El colesterol es la grasa en la sangre. Colesterol tenemos todos y es necesario, pero con un límite. Del colesterol controlamos diferentes factores: uno es el total, y luego tenemos dos fracciones. Una es el colesterol que diríamos bueno, que nos ayuda, nos cuida y protege nuestras arterias: como si las arterias fueran tuberías y el colesterol bueno procura que no se atasquen. Y luego tenemos el malo, que lo ideal sería que no pasara de 100. Tú tienes 110, que está muy bien. Y sin embargo, el colesterol bueno lo tienes alto, lo que quiere decir que te protege” (E10CcM).*

Cada cosa es vista en términos de causa-efecto. Las cosas no simplemente existen o no existen (la hipótesis formalista), las cosas son causadas para existir o no existir. Cuando se dice que la salud es producto de una buena nutrición se está implícitamente adoptando la hipótesis mecanicista del mundo.

*“Procura no tomar bollerías. Si no son caseras mejor que no las tomes. (E3CdM).*

*“Como más bueno es el jamón, menos grasa tiene” (E3CdM).*

*“Ha perdido un poquito de peso. O sea que debería tomar la mayoría de alimentos sin sal. Ahora te voy a pesar y ya pedimos hora para adelantar, que te eche un vistazo por si te tiene que tratar” (E6CdM).*

También existe el enfoque mecanicista en negativo. El efecto de nuestros malos hábitos siempre traerá consecuencias negativas para nuestra persona. Si comemos mucho caemos en el riesgo probable de sufrir obesidad y, si fumamos, tenemos más posibilidades de desarrollar un cáncer de pulmón. El mecanicismo ha fundamentado, y con éxito, gran parte de las ciencias, incluyendo las de la salud.<sup>54</sup>

La relación causa-efecto es, por tanto, típica del enfoque mecanicista.

---

<sup>54</sup> Para Lizcano, (2006:19): *“Lo malo no es la universalidad de la ciencia sino de las creencias; lo malo no es la objetividad de la ciencia sino la “cientificación” de la subjetividad.*

*"En tu caso; tienes una diabetes tipo 2, gracias a Dios en un mes te has controlado muy bien. Ves, hay como una carretera con dos caminos. ¿Qué quiere decir? Pues que si uno coge el camino que lleva a tener unos hábitos de vida saludables, pues minimiza las complicaciones para conseguir una calidad de vida perfecta"* (E32CaM).

Podemos, también, intuir el mecanicismo de manera general cuando los usuarios no hacen la dieta, ejercicio, control de la tensión..., porque no saben, lo desconocen.

*"Pues es que tomo..., eso que sale por la televisión"* (U27CcM).

*"¿Hay algún tipo de dieta para bajar el azúcar?"* (U25CaM).

*"Desde que dejé de fumar, he engordado 12 kg. "* (U4CeM).

En el mecanicismo se insiste en que no "todo está conectado", integrado, y da por supuesto que el mundo tiene un enfoque causal. Como vemos, la causalidad está profundamente enraizada en nuestro lenguaje y también en nuestro pensamiento. La visión mecanicista se refleja a lo largo de todas las entrevistas, la mayoría de las intervenciones se basan en relaciones causa-efecto.

*"95/200 ¿Tienes algún problema?"* (E3CtM).

*"Bueno hay cosas..., a veces..., invitaciones o alguna cosita que te pasas un poco..."* (U9CtM).

*"Pero esta no es una tensión para tener mareos"* (E13CtM).

*"Cómo estos días ha hecho este calor tan bestia"* (U19CtM).

*Lo único que no sé si es debido a la emoción, que me ha subido la tensión"* (U26CtM).

*"Ves, aquí hay un hombrecito que camina (está señalando la Figura 17: Pirámide de la alimentación saludable). Pues eso significa que andar es muy bueno e importante porque nos protege de otras enfermedades. Nos ayuda a mantenernos más jóvenes"* (E28CtM).

*"Si lleva azúcar (Danacol) vigila"* (E1CaM).

*"El azúcar... ¿Sabes el problema que tengo yo....? Que soy muy panero (comer pan)"* (U2CaM).

*"Sí, andar me baja mucho el azúcar"* (U11CaM).

En la metáfora mecanicista, la salud o la enfermedad son causadas por variables específicas. De esta manera, al tomarse una pastilla o unas vitaminas tienes unos

resultados: "Luego le ha dado otra pastilla que es para bajar el azúcar" (E25CaM) o "con el médico (pedir hora) más que nada por si tiene que retocarte la medicación (para bajar la tensión)" (E17CtM). Lo mismo si nos alimentamos de una manera u otra: "Para el colesterol lo que tienes que hacer es comer raciones de fruta y verdura", "lo que tiene más colesterol lo quitas" (E1CcM). O si adquirimos un hábito o conducta de salud: "Lo que te hará bajar la tensión es el estilo de vida" (E1CtM), "Andar te ayudará a subir el colesterol bueno" (E1CcM), "Siga haciendo lo que hace: vigile lo que come y ande cada día lo que pueda" (E5CcM).

Cuando la enfermera hace referencia al control de las categorías como el azúcar, colesterol, ejercicio..., "para una buena salud" (E26) o que "con el ejercicio te sentirás mejor" (E7), está implícitamente adoptando la hipótesis mecanicista del mundo.

*"...hacer ejercicio te ha ido muy bien porque las cifras de azúcar, que las tenías a..., han bajado y ahora tienes unas cifras normales. Y en agilidad también has ganado mucho" (E11CaM).*

*"Lo que tienes que hacer es cenar de todo y variado..., porque así coges todas la vitaminas, minerales..." (E1CcM).*

*"Al dejar de hacer ejercicio..." (E1CcM).*

Como vemos, la percepción de causa y efecto está muy presente en las intervenciones educativas de la enfermera y, como dice Albrecht, (2008: 145):

*"Los seres humanos buscamos compulsivamente "razones" para lo que observamos: "A causa B". Si no queremos que pase B, tenemos que asegurarnos de que A no suceda. La tentación en la que caemos tan a menudo es percibir sólo aquellas relaciones de causa y efecto que nos resultan fáciles de comprender. No nos gusta sobrecargarnos con relaciones complejas, de modo que, a menudo, buscamos -y encontramos- relaciones "A causa B" sencillas. Sin embargo, gran parte de lo que sucede en el ancho mundo que nos rodea es multicausal: A afecta a B, que afecta a C, que afecta a J. que afecta a B, que afecta a R, que afecta a A".<sup>55</sup>*

---

<sup>55</sup> Morín (1995:110) nos invita a: "unir la causa y el efecto, el efecto volverá sobre la causa, por retroacción, el producto será también productor. Distinguiendo y juntando al mismo tiempo. Reunir lo Uno y lo Múltiple, los uniremos, pero lo Uno no se disolverá en lo múltiple y lo Múltiple será, asimismo, parte de lo Uno".



#### 6.6.4. El Espacio-Tiempo.

El enfoque general de las categorías (dieta, ejercicio, tensión, colesterol, azúcar) sería como *apartados, unidades* independientes. Se ubican en el espacio y en el tiempo concreto y, de alguna manera, cumplen las leyes físicas. Todo ello encaja con la metáfora básica del mecanicista. En ella se asume la importancia del tiempo y espacio y de la cuantificación, que permite ubicar con precisión todas las partes. Y, como no, buscará la causa y efecto de cada uno de los pasos. En cambio, como veremos más adelante, cuando se hace mención “al organismo” (tiene su propio contexto) no existe esa separación, ni “espacio ni tiempo”, ni leyes físicas. Cuando hablamos del organicismo como metáfora básica aparece la integración.

*“Ten en cuenta que te has operado de muchas cosas: de las articulaciones, prótesis de rodilla, de la cadera... Lo que sí que tienes que procurar es quitarte peso de encima, porque...el peso no te va bien... Es como si llevaras encima un saco con 15 quilos cada día” (E8CdM).*

*“Es el peso en el que estoy muy bien. Estoy ágil, no me molesta nada, ni la barriga...” (U21CdM).*

En el mecanicismo, la realidad surge cuando algo se puede ubicar dentro de los ejes del tiempo y del espacio y estos marcan los ritmos.<sup>56</sup> En este sentido se convierten ambos en dos dimensiones claves en las vivencias de las actividades, tratamientos, consultas...Un enfoque típico del pensamiento occidental.

*“Yo culpo de que no me muevo. Porque, ¿sabes lo que pasa? Los sábados y domingos si estoy en casa como y después me hecho al sofá. Y eso no debería de hacerlo” (U2CeM).*

*“Si todos los días caminas, ya no te hace falta hacer nada más. Una vez hagas eso ya es suficiente” (E3CeM).*

El espacio/tiempo se contempla con la idea tan generalizada en nuestro contexto sanitario de que, ante un dolor o molestia, si tomo una pastilla, en poco tiempo me hará efecto (causa-efecto). La bondad del mecanicismo es la inmediatez y nos quejamos si en media hora no me ha hecho efecto. Como dice este usuario: *“El organismo me avisa enseguida y luego tomo un poco de azúcar” (U32CaM).*

---

<sup>56</sup> Lizcano (2006:46) lo expresa así: *“Sustituyendo el incuestionable principio de casualidad (atento a las consecuencias) por un principio de sincronidad, (para el que lo significativo son las con-currencias) que vincula los fenómenos en el espacio (en su espacio) en lugar de encadenarlos en ese tiempo lineal al que nosotros llamamos “el tiempo”.*

La vivencia y percepción del cuerpo también estaría en relación con el espacio, el cuerpo es *mi espacio* y puede estar saludable o no, “*lo sé porque mi cuerpo me avisa*” (U32CaM), o incluso puede ser un obstáculo para mis fines en función de su estado físico: “*los sudores fríos, el vértigo, las náusea...*”, (U32CaM). Pero también guarda relación con el tiempo, en este caso con *mi tiempo*. El de la consulta, el del tratamiento, el de la dieta..., y estrechamente relacionada con la cantidad de tiempo ¿Cuánto tiempo debo seguir la dieta, este tratamiento...?

### 6.5.5. La Máquina.

Como ya he comentado, una concepción muy actual y predominante de nuestro cuerpo es el de máquina. Se parte de una concepción mecánica del organismo. Y un ejemplo de ello es la metáfora de las *cañerías* por donde se transporta aire y líquidos. Podemos cortar, cambiar, desatascar, reconducir diferentes cañerías del cuerpo por parte del fontanero-médico cirujano .Ej.: bypass coronario, varices... En la misma línea, está la metáfora del coche, o la fábrica. Se habla normalmente de la *máquina corporal*, y no tanto por la comparación de la estructura, sino por la similitud en el *funcionamiento*.

“*Como si fuera el tubo de una cañería, o una rueda de una bicicleta*” (E1CcM).

¿*Qué es lo que pasa cuando se tiene un colesterol muy alto? Pues mira, si esto es una arteria. ¿Ves este dibujo que te hago? Como si fuera el tubo de una cañería, o una rueda de una bicicleta.* (E1CcM).

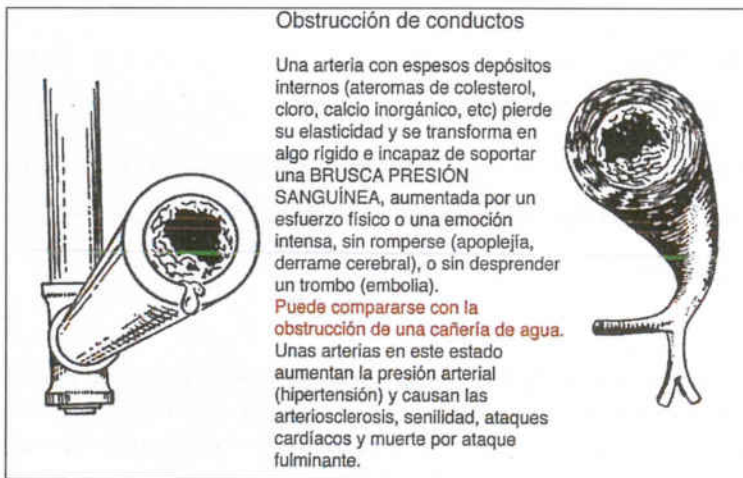


Figura 24: Ficha comparativa de una cañería y una arteria obstruida. Fuente: Consulta de la enfermera.

## DIETA POBRE EN COLESTEROL

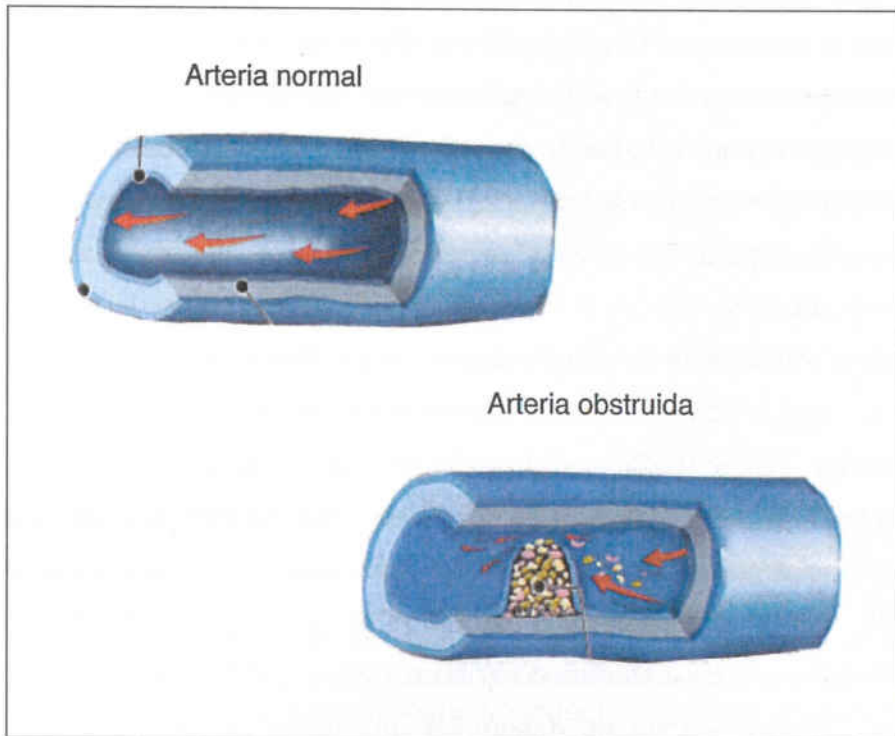


Figura 25: Arteria normal vs arteria obstruida. Fuente: Material de la enfermera.

*"El taxi que coge un colesterol u otro" (E1CcM).*

*"El malo (colesterol) se deposita en las arterias y hace que éstas se estrechen... Pues como una cañería que está obstruida" (E3CcM).*

*"Se hace cada vez más pequeña" (se refiere a las arterias por el colesterol) (U3CcM).*

*"Por los ojos pasa el mismo sistema de cañerías que por el resto de órganos, pero en éste, concretamente, son más pequeñas, con lo cual son más fáciles de obstruir" (E22CcM).*

El optar por una idea como *"las arterias son como tuberías"*, nos lleva a centrarnos y visionar un *enfoque* de la enfermedad y a no ver o ignorar otros. De esta manera somos fieles y coherentes con nuestra *visión del mundo* personal.

"Le ha subido la azúcar"(E7) o "le ha bajado la tensión" (E6), entre otros ejemplos presentes en las entrevistas, son expresiones del concepto *azúcar* o *tensión* como entidades a la que podemos identificar, cuantificar o combatir. Muy de acorde con la metáfora mecanicista.

Entendemos por máquina al conjunto de piezas bien ensambladas, que trabajan juntas y que cada una de ellas está especializada en una función concreta que realiza repetidamente y siempre de la misma forma. Pero también, la máquina por su rigidez, tiende a realizar su tarea independientemente, sin contar con su contexto (por ello, hay tablas estandarizadas para todos y para todas las enfermedades). Si se produce un cambio en ella no tiene capacidad de adaptación. Estamos hablando de compartimentos estancos aislados (Figura 20 y 21). Con esta metáfora se simplifica mucho lo que hacemos, pero sabemos que en la realidad nuestro cuerpo no es una máquina sino que tiene capacidad permanente de adaptación.

René Descartes (1596-1650) consideraba que el cuerpo y el alma son cosas completamente distintas e independientes. El alma es puro pensamiento (*res cogitas*), mientras que el cuerpo es pura extensión (*res extensa*). En el pensamiento dualista de Descartes, la mente (lo racional) y el cuerpo (lo irracional) quedan definitivamente separados. Influido por los estudios de William Harvey (1578-1657) sobre la circulación de la sangre, Descartes trató de desarrollar una fisiología hidráulica, presentando el cuerpo humano como una máquina y su funcionamiento como puramente mecánico (Mosterín, 2003).<sup>57</sup>

Ver al cuerpo humano como una máquina expresa una visión bastante determinista, esa visión de roles, funciones, normas, significados, es una visión muy rígida, racionalizada y formal de la persona, cuya actividad parece predecible y sin relación con elemento externo alguno. La visión mecanicista del cuerpo humano es la "fortaleza" que debe resistir las amenazas externas (enfermedades, virus...) e impedir que sea invadida. De aquí surge la *lucha*, la *batalla*, la *guerra*... contra "el enemigo-enfermedad".

Para el pensamiento moderno, el cuerpo es una máquina y las leyes que lo organizan son las de la mecánica. En esta perspectiva, la relación *cuerpo-alma* se hace problemática. Toda la filosofía del hombre que se desarrolla hasta el siglo XIX – y quizás

---

<sup>57</sup> Para una visión más amplia Morín (1995:107) nos ofrece el principio Hologramático. Para él: "La idea del holograma trasciende al reduccionismo que no ve más que las partes, y al holismo que no ve más que el todo. De acuerdo con Pascal "No puedo concebir al todo si no conozco a las partes y no puedo concebir a las partes del todo si no conozco al todo".

hasta hoy- es consecuencia de los problemas teóricos y prácticos abiertos por este planteamiento dualista. Ejemplo de ello es el modelo bélico sobre la salud y la enfermedad predominante, que elimina como sujetos de la salud o de la enfermedad a las personas. El sujeto humano es desmenuzado<sup>58</sup> de forma que no hay personas enfermas o sanas, sino órganos enfermos o sanos. Algunos en *lucha*, o simplemente han perdido la *batalla*. El resultado es un sistema médico súper especializado con un pensamiento reduccionista y fragmentado, tanto a nivel global y local, como individual.

Se pierde el conjunto del ser humano y el deterioro progresivo (cambio), por ejemplo, no se contempla o es difícil de explicar por el mecanicismo. Par ellos si algo no funciona se arregla o se cambia, como en la máquina. El cambio, no es consustancial al mecanicismo. Kilbourn (1998:38) dice que:

*“Una máquina simplemente es una buena manera de llegar a comprender la metáfora de la raíz mecanicista. Una máquina tiene partes, y las partes se articulan de tal manera que se afectan entre sí una vez que la máquina se encuentra en movimiento. Cada una de las partes es única. Cada parte tiene una realidad en sí misma y es existencialmente independiente de otras partes. Es sólo cuando las partes se juntan de cierta manera, que se afectan mutuamente. La realidad única de las piezas situadas en el tiempo y el espacio es un concepto vital en una visión mecanicista del mundo... La preocupación de un mecanicista está en cómo funcionan las cosas, es decir, cómo se organizan las partes de tal manera que la máquina pueda hacer su trabajo”.*

Desde este paradigma cartesiano imperante, contemplamos la naturaleza y su visión de ella, incluido nuestro cuerpo y nuestra concepción de salud-enfermedad: *“El próximo día que vengas te hablaré de las cositas de la tensión”* (E1CtM).

Al conocer el funcionamiento de la máquina sabremos cual es el siguiente estadio. Se usa el *termostato* o *piloto automático* como *chivato*, para conocer el control de glucemia. También se puede aplicar la metáfora a la presión arterial o a la misma temperatura corporal.

---

<sup>58</sup> “René Descartes creó el método de pensamiento analítico, consistente en desmenuzar los fenómenos complejos en partes para comprender, desde las propiedades de éstas, el funcionamiento del todo. Descartes basó su visión de la naturaleza en la fundamental división entre dos reinos independientes y separados: el de la mente y de la materia. El universo material, incluyendo los organismos vivos, era para Descartes una máquina que podía ser enteramente comprendida analizándola en términos de sus partes más pequeñas”. (Capra,2006:39)

El uso de la metáfora, “el cuerpo humano es como una máquina”, plantea algunas dificultades. Puede ocurrir, que un usuario, en lugar de entender que el cuerpo humano se puede comprender a partir del funcionamiento de una máquina, tome la expresión “el cuerpo humano es una máquina” de manera literal y que piense que el cuerpo humano es una máquina. La interpretación mecanicista de la enfermedad como “lo que ocurre con el cuerpo” es dejar atrás todo el proceso y contexto biográfico de la persona.

La visión del hombre es la de un ser reactivo, pasivo, que reacciona por las fuerzas externas por las que está controlado. Son los estímulos lo que conduce a esa conducta humana. El comportamiento humano se explica fundamentalmente por causas externas. Su actividad es cuantificable y predictiva.

*“¿Caminas mucho rato cada día? Procura andar y no aumentar de peso, eh. Quédate con un poquito de hambre. Perder dos o tres quilos te iría bien” (E6CeM).*

*“Venga, hoy ya empezamos con la dieta. Miraremos a ver cómo va. Vamos a ver otra vez los resultados. Creo que ya se acuerda que estaba un poco alto de glucosa, o sea de azúcar. Pero eso yo creo que lo podemos arreglar muy bien, vigilando un poco la dieta. Y luego el colesterol también estaba un poco alto. Sobre todo el colesterol que llamamos malo. Dentro del total ya sabe que hay dos fracciones de colesterol. Uno al que llamamos bueno, porque no nos hace daño y nos ayuda a barrer el malo, por decirlo de alguna manera. Y el otro que es el malo, este lo deberíamos tener por debajo de 100 y si está por debajo de 90 mejor, y usted lo tiene un poco alto porque está a 120, o sea que habría que bajarlo. Pero aprovechando la dieta haremos las dos cosas. Entonces, antes de Navidad deberíamos volver a repetir, otra vez, el análisis, a ver si después de estos tres meses hemos mejorado un poco. No solo el peso sino también los valores de la analítica, para evitar cualquier riesgo” (E29CdM).*

Si analizamos al paciente como una máquina bioquímica, y excluimos cualquier concepto que se refiera a él como persona, creo que todas las explicaciones de su enfermedad resultarán muy limitadas. O será necesaria una autoexigencia muy alta para mantener los niveles óptimos de funcionamiento de *la máquina*. Debemos trasladar la visión desde el órgano y su enfermedad hasta la globalidad de la persona y su respuesta al medio ambiente. Teniendo en cuenta que cada metáfora básica es una visión.

Veamos algunos ejemplos de materiales que la enfermera tiene y desde ellos refuerza esta visión en los usuarios. En el primero, (Figura 26) se hace referencia a la gasolina para el organismo (metáfora del coche). En el segundo, (Figura 27) se explica la hipertensión arterial usando la metáfora las ruedas de una bicicleta.

"Espera, que abriré el documento y así te lo explico con dibujos ¿Por qué es importante que comas un poco mejor de lo que lo haces? Tienes el azúcar un poco más alto de lo normal. Es muy poca cosa, de manera que por poquito que te cuides te bajará a los límites normales. O sea, tienes un poco alta la glucemia basal, muy poca cosa, ¿vale? Después tienes la urea, que es una sustancia que nos dice cómo está la función del riñón, pues la urea pasa un poco de los valores normales. Posiblemente sea porque bebes poco" (E27CdM).

### CARBOHIDRATOS COMPLEJOS



Figura 26: Transparencia usada por la enfermera para comparar los carbohidratos con la gasolina.  
Fuente: Consulta de la enfermera.

### ¿Qué es la hipertensión arterial?

El corazón con cada latido impulsa una cantidad de sangre.  
El latido corresponde a una contracción del corazón.

Cuando el corazón se contrae la presión es máxima, sístole, y cuando se relaja la presión es mínima, diástole.

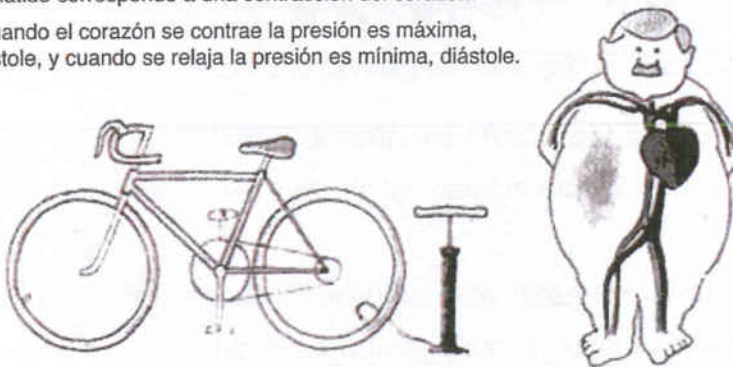


Figura 27: Metáfora sobre la tensión arterial. Fuente: Consulta de la enfermera.

*“Y claro, la tensión también las castiga (las arterias). Entonces todo eso lo tienes que mimar. Por eso, siempre te remarco que tienes que controlar el colesterol y todas las demás grasas que te podrían dañar las arterias, que hacen que se estensen, que se vuelvan estrechitas. Eso ya te pasó una vez, pues que no te vuelva a pasar. Y claro, la tensión también las castiga. Eso es como una rueda de bicicleta a la que vas poniendo aire, le vas aumentando la tensión hasta que llega un momento que la rueda de la bicicleta se debilita y puede llegar a romperse, perdiendo todo el aire y con él, su funcionalidad. O sea que ya no puedes utilizar la bicicleta. Pues eso es la idea de la tensión arterial. La sangre va haciendo presión a las arterias, y éstas para “protegerse” hacen unos movimientos y se ponen rígidas y entonces aparecen los problemas. Sí que es verdad que hemos detectado tu hipertensión pronto y así la hemos controlado, pero si continúas así de alta, tendrán que darte algo más de medicación para mantener toda esa obra de arte que tienes dentro” (E12CtM).*

Una buena manera de terminar la explicación de esta metáfora básica es la siguiente imagen (Figura 28) presente en el plafón de la consulta de la enfermera y que es suficientemente indicativa de la visión.

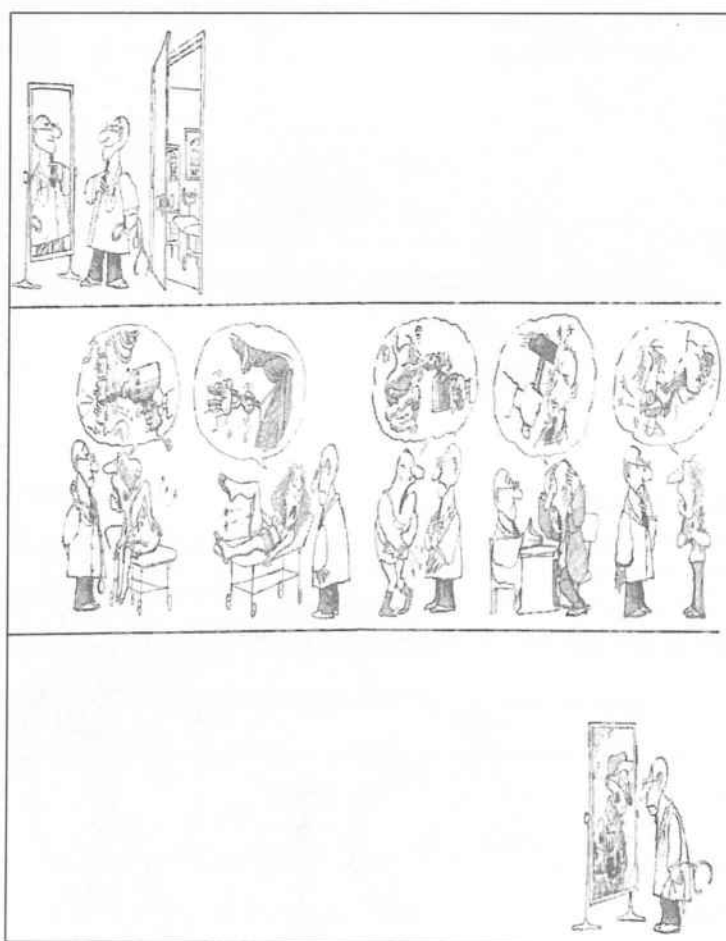


Figura 28: Chiste gráfico de la visión mecanicista. Fuente: Quino (2005:6-7)



## 6.7. Organicismo.

### 6.7.1. Introducción.

La metáfora básica del organicismo es el organismo o la integración. En comparación con la *máquina* del mecanicismo, en el organismo todas sus *piezas* están trabajando en armonía. Los organismos forman parte de un todo. Son estructuras que crecen en complejidad a través del proceso de integración. La integración es algo que se ha de conseguir dentro de un todo orgánico. El organicismo y el contextualismo son visiones holísticas. Difiere de las demás, en particular del contextualismo, porque se interesa por el sentido del proceso y porque tienden a enfatizar la relación de conexión interna que existe entre todo. Nuevamente, según Kilbourn, (1998:33):

*"El organicismo es la opinión de que... No hace hincapié en la intensidad de la experiencia (como el contextualismo), sino en la calidad integradora de la experiencia. La "conexión" esencial de las cosas y eventos es una característica del pensamiento ecológico".*

De entrada, y con una visión global, existe una idea de *dependencia* por parte de los usuarios hacia la enfermera, desde el organicismo puede entenderse como "interconexión".

### 6.7.2. Fragmentos.

Observamos en las entrevistas que la enfermera ofrece fragmentos e información y que los usuarios intentan retenerlos, recordarlos, aplicarlos... Aunque se observa que no todos los *fragmentos* están presentes:

*"El ejercicio ayuda al control de la TA, a subir el colesterol bueno, peso...Más ejercicio, mejor estado de salud" (E1CeO).*

*"Ciertas actividades (ejercicio...) ayudan a controlar las cifras de tensión" (E1CtO).*

*"Si andas y vigilas un poquito lo demás, lo conseguirás" (E2CaO).*

No está toda la información interrelacionada, se ofrece, por ejemplo, el ejercicio, por un lado (fragmento), y se separan del resto de las categorías o factores.

Aunque las categorías organicistas acentúan los *fragmentos* que son parte de unas globalidades mayores, más coherentes e integradas, podemos inferir en las entrevistas que un mensaje está formado por distintos fragmentos, pero también, que de forma

independiente de cuándo o cómo se expliquen, se intenta organizar y encuadrar en marcos mayores.

*“Para tener efectos preventivos: ayudarnos con la dieta y el ejercicio. Reducir las grasas animales (carnes, embutidos, tipos de pescado azul). “Para subir colesterol bueno..., bajar cifras de tensión, reducir la masa corporal, hacer ejercicio...”. Cuando empezaste a caminar, mejorar la alimentación..., “has bajado muchísimo” (E1CaO).*

### 6.7.3. Integración.

El ejemplo anterior puede servirnos, también, para hablar de la integración. La idea de relación, conjunto, integración entre las diferentes categorías (ejercicio, dieta, tensión, colesterol...) indica el organicismo como metáfora básica. El comportamiento de un organismo como un todo integrado no puede ser comprendido, únicamente, desde el análisis de sus partes: *“El todo es más que la suma de sus partes” (Capra, 2006:45).*

El estudio de Falcón y Luna (2012), nos indica que, de manera general, conceptos, actos y hábitos de S-E están poco integrados y nos encontramos con altos índices de *analfabetismo en salud*. Un elemento clave puede ser el enfoque *pasivo* del usuario ante su proceso de S-E. Aun así, se puede observar una cierta *integración* en las siguientes aportaciones, donde se supone que muchos elementos específicos están integrados en un todo coherente (*organismo, conjunto, cuidado*):

*“Cuando te acostumbras, te gustará, lo que pasa es que te costará un poco acostumbrarte, pero si lo vas haciendo 15 o 20 días, el organismo...” (E2CeO).*

*“Lo he visto por TV. Es posible que mi organismo lo produzca también” (U1CcO).*

En este enfoque los usuarios son más activos y se auto organizan ellos mismos: *“Yo me cuido a mi manera” (U10CcO)*. No miran hacia fuera como motivo de sus males, ni asumen que la enfermedad son ellos. Se vive la enfermedad con otra actitud más positiva y poniendo todas sus fuerzas en la curación.

Posiblemente también podemos ver la metáfora básica del organicista en el impacto que las intervenciones educativas de la enfermera tendrán en su organismo/salud o en otros aspectos de sus vidas. Pero ese aspecto se escapa de este estudio.

A lo largo de las entrevistas, aparecen mensajes con un marcado acento integrador. Especialmente en lo que hace referencias a las categorías seleccionadas: la dieta y el ejercicio son buenas para el colesterol, el azúcar y para el control de la tensión. Diferentes tratamientos, diferentes dietas, alimentos y formas de cocinarlos..., todo se integra. Ningún elemento es más importante que otro. Debería verse más como las piezas de un rompecabezas sin ningún orden jerárquico. Como dice Capra, (2006:55): *“En la naturaleza no hay un “arriba” ni un “abajo” ni se dan jerarquías. Sólo hay redes dentro de redes”*.

Aparece de diversas maneras pero todas con la misma intención: integrar.

*“Hacer bajar los niveles de tensión arterial, minimiza las altas cifras de glucemia, minimiza los problemas cardiovasculares y, a nivel de envejecimiento, ayuda a no perder masa muscular. O sea, favorece el ser joven, por decirlo de alguna manera. O sea que hace más ejercicio, no pasa nada, pero...”* (E32CeO).

Como dice Álvarez (2000), desde esta visión, el objetivo debe ser perseguir el mayor nivel de integración. Generar conexiones integradora y de unidad. En el contexto de S-E en que se centra el estudio es clave este objetivo. Además, la integración debe ser algo que ha de conseguirse dentro de un *todo orgánico*. Sabemos que los organismos forman parte de un todo y que son estructuras que crecen en complejidad a través de procesos de integración continuos.<sup>59</sup>

Edgar Morin (2001), nos advierte que se han producido grandes cambios de perspectivas, y las ciencias, que han tratado progresivamente de eliminar las barreras que las separan, a fin de poder entender los fenómenos desde una mirada más global, a partir de las relaciones que se establecen entre sus componentes y no desde el análisis parcial de éstos, es decir, a partir de su complejidad.

---

<sup>59</sup> Sin embargo como Morin dice (2001:18-19): *“La supremacía de un conocimiento fragmentado según las disciplinas a menudo impide realizar el vínculo entre las partes y las totalidades y debe dar paso a un modo de conocimiento capaz de aprehender los objetos dentro de sus contextos, su complejidad y sus conjuntos”*

#### 6.7.4. Conexión y Coherencia.

También están presentes las ideas de coherencia y conexión y detrás de ellas, la de globalidad. La enfermera y los usuarios en esta metáfora básica ya no presentan elementos separados, como en las anteriores visiones, sino relacionados entre sí, formando una entidad única.

Aparecen términos como: "calidad de vida" (E32), "el organismo" (E2, U32), "ser joven" (E32), "chequeo general" (E23), "afecta a nuestro sistema cardiovascular" (E22), que no aparecen en las anteriores visiones. Reflejo de una percepción del individuo como un todo indivisible y con un enfoque de los cuidados en su globalidad y no por problemas o categorías concretas.

El organicismo se refleja a través de las conexiones e interconexiones y estas las podemos observar, no sólo en el uso de terminología con una visión más global de las categorías, sino también en entre diferentes órganos y actividades: *"El cuerpo me pide subir" (hacer ejercicio, andar)* (U1CeO). Entre cuerpo y las emociones. Es a través del cuerpo, como espacio físico, que nos expresamos, tanto a través del lenguaje como a través de las emociones: *"Es que el cuerpo avisa..."* (U26CaO), *"No, si lo sé, porque el cuerpo me avisa. Los sudores fríos, el vértigo, el mareo, las náuseas... Si el organismo me avisa enseguida y luego tomo un poco de azúcar"* (U32CaO). O entre diferentes categorías (ejercicio, dieta...) que convergen para una mejor salud global y no sólo de la categoría concreta. *"Eso hace que te encuentres mejor y con el ejercicio te cansas menos y te mejora el azúcar. Has empezado a venir, poquito a poquito, y ya has perdido 20 Kg."* (E3CdO).

Con sus metáforas más afectivas y globales, no sólo se limitan a explicar el síntoma, su estado o la enfermedad sino que ofrecen una visión global/total de cómo se siente esa persona. Por eso, no debemos cometer el error de intentar convertir el diagnóstico en una identidad. Por ejemplo, las personas que tienen la presión sanguínea alta pueden considerarse a sí mismos como *hipertensos*, o *diabéticos*. Pero existe una gran diferencia entre decir "soy una persona que padece diabetes" a "soy diabético".

### 6.7.5. Conjunto.

La enfermera, y también algún usuario, presentan sus categorías, o estado de salud o enfermedad, de una manera más conectada y cohesionada, intentan agruparlas en todo.

Y así aparece otra característica del organicismo, la idea de conjunto:

*"Mira, el análisis que te pedí, era para valorar cómo estabas en conjunto" (E10CcO).*

*"Los últimos estudios que han hecho, se ve que contra más bajo esté, mejor. Y recomiendan a las personas que tienen riesgo vascular, diabetes o hipertensión, que estén por debajo de 100" (E3CcO).*

*"Y entonces le miraré también cómo está la glucemia y la tensión. También miraremos la dieta" (E7CaO).*

*"Me es muy difícil a mí. Yo no sé ni cómo podré perder esos 5 kilos".*

*Porque la verdad es que tengo cuidado siempre. Si no tuviera cuidado tendría 100 kilos encima. Porque soy muy fácil de ganar" (U13CdO).*

*"El colesterol es un componente de las grasas que hay en nuestro organismo y que tenemos que controlar puesto que afecta a nuestro sistema cardiovascular, las arterias" (E22CcO).*

Todo está íntimamente interconectado y, al enfrentarnos a estas *categorías* (o problemas de salud de los individuos en general), nos percatamos de que no pueden ser entendidos aisladamente. Se trata de problemas sistémicos, lo que significa que están interconectados y son interdependientes. Se requiere otra manera de pensar que tenga en cuenta las relaciones, los contextos y los patrones, lo que en la ciencia se denomina pensamiento sistémico o ecológico. Para Capra (2006) es fundamental a la hora de describir a un ser vivo tener en cuenta la relación que establece entre las distintas partes del organismo. Para analizar cualquier situación necesitamos basarnos en las relaciones, los contextos y los procesos.

La metáfora organicista nos capacita para estudiar las relaciones entre las partes (formas) a través del tiempo (mecanismos) desde diferentes perspectivas (contextos) y entonces integrarlos. Posee un enfoque más holístico.<sup>60</sup>

---

<sup>60</sup> Para Capra (2006:49) El pensamiento sistémico es "*contextual*", en contrapartida al analítico. "Análisis significa aislar algo para estudiarlo y comprenderlo, mientras que el pensamiento sistémico encuadra este algo dentro del contexto de un todo superior"

La complejidad de lo que ocurre en nuestro organismo y en su relación con el medio ambiente, sólo es apreciable a partir de la comprensión de las redes de interacción y no de sus elementos en forma aislada, puesto que el resultado final es más que la suma de sus partes. No basta con identificar estas u otras categorías de manera aislada, debemos tomar conciencia de que estas categorías ocurren al unísono, en una sinfonía de relaciones que los afectan mutuamente.

El organicismo nos permite ver el *todo*, el conjunto, no partes aisladas<sup>61</sup>. El todo funciona al mismo tiempo y le da valor a las partes. Aspira a tratar a la persona entera, más que a la enfermedad o categoría concreta.

*“La tensión básica se da entre las partes y el todo. El énfasis sobre las partes de ha denominado mecanicista, reduccionista o atomista, mientras que el énfasis sobre el todo recibe el nombre de holístico, organicista o ecológico” (Capra, 2006:37).*

## **6.8. Contextualismo.**

### **6.8.1. Introducción.**

La metáfora básica de la hipótesis del mundo contextualista es el acontecimiento histórico. El acontecimiento histórico como proceso activo y dinámico, en que se están produciendo constantes cambios. Los acontecimientos y movimientos históricos, como todos sabemos, no se repiten nunca exactamente de la misma forma. Por ello, cualquier acontecimiento no debería ser considerado aisladamente o por separado. Es lo vívido del momento presente, lo que nos da una sensación de novedad y sentido. (Álvarez, 2000). Los contextualistas ponen el énfasis en la calidad única e irrepetible de cada situación. Pepper (1942) señala que debemos enfrentarnos al mundo tal y como lo encontramos, y que solo lo encontramos en los acontecimientos de la época en que vivimos.

---

<sup>61</sup> Para Morín (2001:45): *“El todo posee cualidades o propiedades que no se encontrarían en las partes si éstas se separasen unas de otras y determinadas cualidades o propiedades de las partes pueden resultar inhibidas por las restricciones surgidas del todo. Marcel Mauss decía “Hay que componer el todo”. Efectivamente, hay que recomponer el todo para conocer la partes”.*

### 6.8.2. El Contexto.

El elemento clave es el contexto. El usuario está y se percibe en un contexto determinado y, desde él, expresa la vivencia de la experiencia de su salud o enfermedad. El contexto cobra especial relevancia, porque es allí, dentro de las estructuras sociales, sanitarias, culturales..., donde también se construyen los fenómenos de S-E.<sup>62</sup>

Lo cierto es que cada usuario se comporta "desde" un *contexto* (personal, biográfico, cultural) determinado y único. Construidos por un conjunto de circunstancias (espacio y tiempo) que ayudan a la comprensión del fenómeno S-E. Por ello, las demandas (o contextos) de cada usuario son diferentes a las demandas de otros usuarios, incluso con una misma categoría. La enfermera genera otro contexto (educativo y asistencial) para este usuario con dificultades en la lectura. *"Espera que abriré el documento y así te lo explico con dibujos"* (E27CdM/C).

En las entrevistas podemos observar estas demandas (contextos) diferentes en varios usuarios. Se podrá observar que, en su mayoría, son textos extensos, llenos de vivencias y detalles, en comparación con los que han ido apareciendo en las anteriores metáforas, más parecidos a historias de vida que a breves respuestas. Debe ser así, el contextualismo, aparece en contextos y vivencia llenas de detalles y anécdotas. De alguna manera, estos largos textos justifican por si mismo esta visión del mundo. Si se corta a un usuario esta posibilidad de expresarse, se le niega que exprese su visión contextualista. Presento algunos ejemplos de cada una de las categorías:

*"Yo creo que tiene azúcar, es que no lo sé, ahora no te lo podría decir, pero tiene un gustito muy dulce muy agradable y claro yo se supone...". "El otro día por la tarde nos sentamos allá abajo en la cafetería y decía, un té sin azúcar para diabéticos..."* (U1CaC).

*"Yo cada día como carne y verdura, pero la verdura... Me hago una olla grande, con mucha cebolla, zanahoria..., y luego lo trituro. Luego, lleno como unos vasos, y lo congelo. Así ya tengo para... La verdura no me gusta mucho, en cambio así hecha puré, sí me gusta"* (U3CdC).

*"No, si tengo una señora que me hace la comida. He tenido que hacerlo así. Mira, tienes que hacer lo que no tienes ganas. Porque tengo una señora que es de*

---

<sup>62</sup> Dice Capra (2006:57) que: "La ciencia sistémica demuestra que los sistemas vivos no pueden ser comprendidos desde el análisis. Las propiedades de las partes no son propiedades intrínsecas y sólo pueden entenderse desde el contexto del todo mayor."

*Honduras, que conocí, bueno, la trajo una prima mía, y allí la tengo. Pero bueno, hasta donde pueda ayudar, porque cobra mucho esta gente...*

*Sí, sí. Pues es lo que hago. Y ella hace la comida, y come lo mismo que yo. A régimen las dos. Y ella también se engordó. Vino a mi casa con 68 quilos me parece, y ahora ya pesa 70... Y no, no, no, hacemos la verdura...*

*No, porque hace 10 días que he ido al hospital, 10 días, y ahora me han dicho que todo el mes. Que empiece vacaciones esa chica. "Ahora empiezo las vacaciones en julio", me dijo el mes pasado. Y dice: "Te doy esta lista y no te pases de la lista". Y así lo hago. Por la noche como puré de verduras" (U8CdC).*

*"¡Ah! Mira, voy a "aquagim", pero cuando hace frío..., pues no voy. Pero cuando voy acabo agotada, porque nos hace trabajar mucho dentro del agua. Y lo principal es que después, como vivo en un tercer piso, subo 54 escaleras cada vez y hasta 4 veces al día, que esto también... El día que voy a aquagim ya me canso por la mañana, sólo camino media hora, si no camino 1 hora... Es que yo a mi manera como bien: como carne, croquetas, que las hago yo ¡Caseras! Que a lo mejor son demasiado buenas, porque son buenas de verdad. Y hoy me hago caracoles. Pero todo eso no lleva grasa" (U10CeC).*

*"Ya lo haré, ya ¡Por la cuenta que me trae! ¡No hay recambios! Ahora lo que me pasa es que acabo de comer, y como sólo tengo dos platos para fregar, los friego y me voy al sofá. Entonces, pasan tres horas y aún tengo la comida aquí arriba ¡Y eso no puede ser! Pero como ya estoy acostumbrada a hacer siesta, hasta el sofá me dice: "Ven ¡aquí!". Ayer lo comprobé. Antes de comer me puse a romper unas almendras que me dio mi sobrina, y como que no las terminé, después de comer en vez de echarme en el sofá, volví y las torré. Entonces la comida no me subió" (U10CeC).*

*"Sí. Mira, te explico. Magdalena es una señora que tiene diabetes, hipertensión y dislipemia. Ya hace unos cuantos años sufrió dos infartos y le hicieron una revascularización, le implantaron 4 bypass y, la verdad, es que se mantiene bastante bien. Lleva una temporada, que como ya hacía mucho tiempo que estaba bien, se ha confiado, y entonces hace sus altibajos, pero está bien. El problema que tiene es que desde hace unos días le ha subido mucho la tensión. Eso ya le ha pasado otras veces, y entonces el médico ha ido regulándole la medicación, lo que pasa es que ahora vuelve a estar alta y toma tantas cosas que yo ya no sé qué es lo que puede tomar. L'Acobil lo toma de 10, después toma el Calprés y el Hidrolauretil" (U12CtC).*

*"El colesterol... pero si hace años que no tomo embutidos..." ¡Porqué tengo colesterol!". "Tengo una nuera que me dice, toma "Danacol", que dicen que va bien es que a veces me lo compro y no me acuerdo de tomarlo, es una cosa más que esta en la nevera" (U1CcC).*

Estas contextualizaciones se dan en los usuarios y nunca en la enfermera. Se siguen las tablas de composición de alimentos o guíasalimentarias. No se tienen en cuenta al usuario concreto-personal-individual, ni las características funcionales, ni su demanda energética, ni su entorno cultural...



La metáfora básica del contextualismo implica reconocer que hay muchas maneras de ver los fenómenos, dependiendo del contexto en los que estos aparecen (Kramer, 1983).

Cada contexto crea su propio significado y no se pueden comparar<sup>63</sup>. Un contextualista se centrará en crear y potenciar *contextos de salud*. Como dice Álvarez (2000:306): “*Por ello cualquier acontecimiento no debería ser considerado aisladamente o por separado. Todo tiene un contexto en el que enmarcarse*”.

A veces somos prisioneros de nuestras visiones y no vemos más allá de la enfermedad, del órgano, del síntoma..., y perdemos de vista la globalidad de la persona y su contexto. Los contextos interiorizados por la enfermera tienen su base en la formación de paradigmas adquiridos y básicamente centrados en clasificaciones de enfermedades de acuerdo con su patología orgánica sin tener en cuenta el contexto. La comprensión de la enfermedad debe incluir el conocimiento no sólo del usuario sino también de éste en su medio ambiente. Comprender la forma en que el contexto personal e interpersonal y no sólo el contexto clinicopatológico o el de las categorías analizadas (colesterol, azúcar, ejercicio, tensión, dieta) influye en un usuario, es importante no sólo para una mejora de la calidad de los cuidados sino también para aumentar la comunicación entre ambos. Ya lo decía el biólogo, médico y fisiólogo francés Claude Bernard (1813-1878): “el microorganismo no es nada, el terreno lo es todo”.<sup>64</sup>

No podemos centrarnos sólo en parámetros biomédicos/bioquímicos y excluir otros aspectos de la experiencia de la enfermedad como lo social, psicológico y existencial. Cada persona es única y, de desde esa *subjetividad*, se le deberá cuidar.

---

<sup>63</sup> Para Botella (2012:14): “*El contextualismo niega la existencia de absolutos, pues todo acontecimiento tienen sentido cuando se considera en su contexto, es decir, cuando se tiene en cuenta las múltiples capas constitutivas de la realidad*”.

<sup>64</sup> “*Los descubrimientos de Pasteur condujeron a una simplista “teoría de la enfermedad por gérmenes” en que las bacterias se veían como la única causa de enfermedad. Esta visión reduccionista eclipsó una teoría alternativa enseñada unos años antes por Claude Bernard, fundador de la moderna medicina experimental. Bernard insistía en la cercana e íntima relación entre un organismo y su entorno y fue el primero en señalar que cada organismo posee también un entorno interior, en el que viven los órganos y tejidos....adelantando el concepto de homeostasis desarrollada por Walter Cannon en los años veinte*” (Capra, 2006:43-44).

*“Algo sí, aunque algún día me paso. El día de San Juan y San Pedro... Comidas familiares que se llaman. Siempre hacemos algo de más, ¿para qué voy a mentir? Y ahora, pues...” (U5CdC).*

*“Yo, de momento, no le voy a poner una dieta estricta, porque es muy aburrido” (E4CdC).*

Como dice McWhinney (1995: 93):

*“La forma en que un paciente codifica su aflicción personal para transmitirla al médico, depende también de la forma que crea que el doctor recibirá la información. Si el paciente percibe que el médico trabaja en el contexto de la patología física, es probable que transmita los mensajes sobre su desazón personal codificados en el lenguaje de síntomas físicos. Si el paciente percibe que el médico se centra en el paciente, facilitando la expresión de los sentimientos, es más probable que transmita directamente la experiencia de su aflicción personal”.*

Estoy de acuerdo con la reflexión de Bateson (1979) (Citado por McWhinney (1995: 93) cuando expresa que: *“Toda comunicación necesita un contexto..., sin contexto no existe significado”.*

### **6.8.3. El Cambio y la Viveza del momento.**

Otra dimensión relevante es el cambio y la viveza del momento que se está experimentado en una situación concreta. Este es un aspecto que importa a los contextualistas. El contextualismo está muy interesado en la idea de cambio.

Como dice Kilbourn, (1998:31):

*“La metáfora de la raíz del contextualismo es el presente activo o evolución de la situación. El contextualismo hace hincapié en la experiencia vivida y el cambio de las cualidades de las situaciones en que se manifiestan a través del tiempo... Un contextualista se centra en la comprensión intuitiva de la naturaleza de la situación y se deleita en la experiencia de ella.... Un contextualista hace hincapié en la totalidad de los acontecimientos”.*

El contextualismo y su metáfora básica del cambio se refleja en las entrevistas frecuentemente y desde diferentes enfoques. Surge la idea de “cambiar a mejor” continuamente. Y también de “tener” la presión alta (hipertensión), el azúcar alto (diabetes)...En este caso, haciendo referencia a la enfermedad como una cosa concreta, y no es así. La enfermedad debe entenderse como un proceso.

*“Te costará un poco acostumbrarte, pero si lo vas haciendo 15 o 20 días, el organismo...” (E2ceC).*

*“Es mejor un poquito cada día” (E2CeC).*

Los contextualistas enfatizan en la naturaleza de la experiencia como proceso, como cambio, como transformación y en "lo vivido", en la viveza del momento presente como metáfora básica. Independientemente de que sea esta buena o mala. Se refleja en las entrevistas esta idea de cambio a través del trabajo en hábitos y comportamientos saludables, en *fusionar* o *unir* varias posturas o actitudes saludables, como el ejercicio y dieta por ejemplo.

*"Lo que hay que hacer cada día, es cuidar lo que comes. Es decir, por mucho que te pinches en el dedo para ver el azúcar, si no te cuidas, te va a salir alto"* (E2CaC).

*"Sí. Hoy he andado casi unos 8 kilómetros. He llegado a casa, me he duchado y he venido aquí"* (U3CeC).

Otro aspecto que podemos confirmar es que si el contexto cambia, el acontecimiento cambia y la forma de verlo también. El cambio es total y continuo, no como para el mecanicismo donde el cambio puede darse sólo en una sola pieza.

*"Sí, lo haces a gusto y luego vuelves a casa y piensas: ¡ay qué bien!, que bien se está en casa"* (U1CeC).

Como decía Heráclito (535-484 a.C.): "No es posible bañarse dos veces en el mismo río". Estamos en continuo cambio, el cambio es el proceso esencial de nuestra existencia. Pero en el cambio, permanece la esencia (la diferencia cualitativa y no solo cuantitativa como en el mecanicismo). Por ejemplo, el agua que puede pasar a ser líquida, sólida o gaseosa, pero siempre será H<sub>2</sub>O. El usuario no pierde su esencia de persona como ser único e irrepetible. El colesterol, la azúcar (diabetes) o la hipertensión, son sólo atributos.

*"Bueno, yo como me encuentro... No sé... Me veo que tengo el corazón muy joven, como un chaval. Creo que tengo mucha movilidad, mucha actividad y ganas de hacerla..."* (U22CeC).

En esta línea, es relevante está la aportación de McWhinney (1995:56) cuando hace referencia al efecto placebo, el contexto y el cambio:

*"El efecto placebo aparece cuando un paciente en un contexto terapéutico es objeto de una intervención como parte del contexto, y cambia la condición del paciente siendo ese cambio atribuible a intervención en sí misma, y no a ningún efecto terapéutico específico, ni a ninguna propiedad farmacológica o fisiológica conocida de la intervención".*

#### 6.8.4 La Intensidad.

El contextualista da suma importancia a la intensidad de la experiencia o vivencia. Todo instante es único e irrepetible. Observamos que los usuarios no exponen sólo *hechos*, ellos también transmiten muchos más aspectos de la *experiencia vivida*. La enfermera anima al ejercicio y hacer dieta en las entrevistas pero sin la implicación (emocional) que ponen los usuarios.

*“Hombre siempre comería algo más, pero hago el esfuerzo de decir no, y no pido nada. Y luego lo que nos quedó. No quedaron gambas, pues por la noche igual. Me comí 4 gambas y una ensalada. Quiero decir que comer, no como. Ahora llego, a lo mejor, si peso 87 kilos pierdo 3 kilos, pero bueno, ayer me pesé y he bajado 2 kilos. Pero a lo mejor hay meses que me paso un poquito, o que no voy a andar y los cojo, ahora rebasar los 90, no los rebaso, pero estoy ahí. Y luego pues te desanimas, porque.... No, yo antes cuando trabajaba los pies me dolían mucho, ahora no me duelen tanto. También hago bicicleta” (U4CeC).*

Como dice Lizcano, (2007:137):

*“Porque el significado de la situación que intenta afrontar no está tanto en el antes o en el después como en el momento mismo, en las concurrencias que coinciden con la situación...” (“me dolía cuando....”).*

La recopilación de estudios por parte de McWhinney (1995) coinciden en remarcar el aspecto clave que juega la intensidad de la experiencia en la salud o enfermedad. Dicho autor concluye que el determinante principal de la salud y la enfermedad en esa población estudiada no era la presencia de un agente específico, sino la susceptibilidad general de cada una de las mujeres. Y también, que algunas enfermedades solo tienen efectos patológicos cuando la persona infectada se encuentra en circunstancias de estrés fisiológico.

#### 6.8.5. El Presente.

El contextualismo también se refleja en cómo viven y se adaptan al momento presente. Como experimentan la vivencia de la enfermedad en el momento actual. El tiempo significa únicamente la duración de un proceso. Se ve de manera relativa. El pasado es pasado. Todos lo vivido o experimentado antes ya no es relevante. Ahora es esto lo que me sucede, lo que pienso, lo que siento.

*“Sí, yo siempre he sido muy amante de ir a hacer algo de footing y fútbol. Toda la vida yo... Cuando jugaba al fútbol de soltero... Siempre me ha gustado, pero el problema...., es que no dispongo de tiempo” (U2CeC).*

*"Yo... ¿Sabes lo que comemos? No comemos grasa, comemos verduras. Ayer comimos verduras con alioli. Además, ha perdido él. El otro día pedí una tortilla de una tienda que han puesto allí y no tenía sal y digo: ¡Uy! ¡A mí esto no me gusta! Y les digo: "mira que no me gusta la tortilla". El chiquillo se la tomó y lo vomito por la noche" (U6CdC).*

*"No, preocupada no. Ahora sí estoy preocupada, porque hace días que voy así. Lo que traigo una pila de recetas. De todas tengo para empezar pero resulta que... Me tengo que traer al chaval, que tengo enfermo, que me lo tendría que traer el domingo pero me lo traigo el lunes y... Hasta para venir aquí y todo. Ya veré, pero prefiero traer todas las medicinas, que ya te digo, que tengo de todas para empezar. Una que no tengo, que es la que me tomo a primera hora, que me despisto de hacerla porque siempre me hacen unas cuantas de cada... Es la vitamina esa que tomo" (U13CaC).*

*"No, a veces aquello que parece que tienes un pellizquito en el estómago. Me como una tostadita y ya está" (U21CdC).*

*"Y su hijo al intentar socorrerle también se cayó, y aunque hubiera podido ser mucho más grave, sólo le dieron varios puntos de sutura en la cabeza. Y cuando llegué a casa, pues me comí un trozo de chocolate sin azúcar y un trozo de queso, de ese del Gran Capitán, y así comí. Y como estoy sólo, pues hay días que sí, te entretienes, pero otros pues te haces una ensalada, que se hace volando, como aquel que dice..." (U22CdC).*

Ante esta realidad y circunstancias es lógico que la enfermera necesite de más tiempo para entender el contexto, las relaciones e interrelaciones donde se genera el problema y no sólo ¡tomar la tensión! Puede existir una frustración porque los usuarios no colaboran o no siguen las pautas marcadas, cuando el problema puede estar en nuestra propia incapacidad de aceptar unos objetivos mínimos, que sean aceptados por el paciente y razonables desde su punto de vista y adaptados a su contexto presente. Y más, si asumimos que desde una perspectiva contextual no existirá una respuesta única a las categorías seleccionadas ya que cada una de ellas dependerán de la manera en que cada usuario la viva o experimente.

Antes de terminar, una breve pero interesante reflexión sobre la ausencia de materiales, imágenes, dibujos, etc., en esta dos visiones. Tanto en las Metáforas Básicas del Formismo como del Mecanicismo, he añadido y concluido con imágenes y documentos que usaba la enfermera para potenciar sus mensajes educativos. Para el Organicismo y Contextualismo la enfermera no usa, ni hay imágenes que refuercen estas visiones del mundo. También en el uso de materiales educativos se ve el predominio de las visiones formistas y mecanicistas.

## Capítulo 7: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

*“Espero haberles contagiado algo de mi pasión por las metáforas, esos sorprendentes duendes del imaginario que nos habitan en secreto. Conservadlas, y conservareis el mundo. Cambiadlas, y cambiareis el mundo”. (Lizcano, 2006: 71).*

Presento, en este último capítulo, las conclusiones del estudio teniendo en cuenta, por un lado, los objetivos y resultados y, por otro, las recomendaciones, derivaciones e investigaciones futuras para la EpS.

### 7.1. Respecto a los objetivos.

En las intervenciones educativas en EpS, la enfermera y los usuarios usan metáforas. La enfermera con marcado acento en visiones mecanicistas y formistas, en cambio, los usuarios, más contextualistas y mecanicistas. Estos datos hacen referencia a esta enfermera y estos usuarios, no a que las enfermeras en general sean mecanicistas o formistas y todos los usuarios contextualistas. Pocas veces coinciden en la representación simbólica de la metáfora (Objetivos 1, 2,5).

El conocimiento de las visiones del mundo de Pepper permite comprender las metáforas que *tienen* y usan, enfermera y usuarios en sus intervenciones educativas y, a la vez, sirve como habilidad y herramienta para mejorar el entendimiento entre ambos. La enfermera usa las metáforas como recurso didáctico para facilitar la comunicación y la comprensión de conceptos abstractos. Los usuarios expresan sus vivencias de salud o enfermedad a través de metáforas de su ámbito personal y cotidiano (Objetivos 3,4).

No siempre coinciden las metáforas ni las visiones por parte de enfermera y usuario/s. Para aumentar las posibilidades de cumplimiento terapéutico y efectos sobre la salud por parte de los usuarios, las intervenciones educativo-asistenciales sobre su enfermedad tendrían que estar en coherencia con su visión del mundo. La gran ventaja de comunicar a través de la metáfora es que nos permite *conectar* con el otro. Y eso se logra cuando ambos coinciden con la metáfora utilizada, no sólo con los conceptos del otro, sino

también con sus emociones y modelos. Nos encontraríamos aquí ante una buena metáfora (Objetivo 4,5).

Para comprender al otro necesitamos detenernos y poder escuchar sus palabras, observar sus gestos, conocer sus historias y experiencias, describir sus contextos y comprender sus metáforas. Y además, en el contexto de EpS, se requiere también examinar las visiones dentro de las cuales dichas metáforas se han construido. El contexto asistencial en que trabaja la enfermera no permite siempre estas posibilidades y dificulta el poder pensar y aplicar metáforas adaptadas a cada usuario (Objetivos 4, 6,7).

Esto sucede, en parte, por el poco tiempo disponible, por el perfil de los usuarios, por la formación adquirida y porque desconocemos otras visiones. En otro escenario asistencial se podría observar el cambio o evolución de dichas intervenciones hacia posturas y visiones del mundo más personales, las metáforas básicas no son estables. Se abre otro campo para investigaciones posteriores (Objetivos 2,5, 8).

No existe una única y objetiva visión de la realidad. Cada metáfora básica contribuye de una forma ligeramente distinta a la comprensión del fenómeno S-E. Cada metáfora describe una parte de esa realidad y ninguna es más correcta que la otra. De manera sintetizada, el formismo contribuye, a través de sus clasificaciones, a la comprensión del fenómeno. El mecanicismo a las concepciones causa-efecto y a la localización en el tiempo y el espacio del fenómeno. El organicismo contribuye a la conexión, a la unidad y visión de nuestro organismo como un todo. Y por último, el contextualismo, no sólo valora la importancia del contexto, el cambio y la relación del individuo con su medio ambiente, sino también la calidad del proceso de su enfermedad y, sobre todo, como la viven *cualitativamente*. De ahí, la cantidad de detalles que nos ofrecen, en este caso, los usuarios. Que no apliquemos, o no veamos, estas concepciones, no significa que no existan (Objetivos 5, 7,8).

## **7.2. Respecto a los resultados.**

El objetivo de categorizar el discurso de la enfermera y los usuarios, dar un paso más en el análisis del proceso comunicativo y educativo, y llegar a esas visiones del mundo que

todos poseemos y a veces no aparecen o no somos conscientes de tenerlas, se ha conseguido (Objetivos 1,2).

Las metáforas básicas que subyacen en las entrevistas resultan de gran utilidad para comprender la práctica de la EpS. (Objetivos, 1, 2,3).

En las entrevistas, lo que no se ha expresado o no aparece informa tanto o más que lo que aparece. Mucha información de la que disponían los médicos y enfermeras rurales de hace unos años era gracias a que conocían todo el contexto, proceso y evolución de sus usuarios en su realidad diaria, cotidiana y concreta. Nos encontramos ante el contextualismo en su estado más puro. Pero, en el contexto asistencial actual, es más difícil que se dé esta metáfora básica. La enfermera ni tiene tiempo, ni está todo el día con ellos, ni vive en el mismo pueblo (aunque ella se identifique con el contextualismo). Otro motivo de estas ausencias es que no todas las entrevistas tienen las categorías analizadas. No siempre aparecen o se pueden proyectar metáforas básicas a partir del texto de las entrevistas, ya sea porque los usuarios no presentan las cinco categorías en las entrevistas, o porque una frase o una palabra no dan pie a una visión (Objetivo 6).

Las metáforas están presentes en las intervenciones educativas-asistenciales e impregnan nuestra vida cotidiana. Y no sólo el lenguaje, sino también el pensamiento y la acción. Dicho de otro modo, se reflejan en la manera de hablar, de pensar, de hacer y de sentir. Es decir, demuestran cómo percibimos la realidad. Es a partir de las experiencias y vivencias que los usuarios conocen y viven, que elaboran metáforas propias que les permiten explicar estas experiencias y vivencias de una manera más personal y significativa. Deberíamos ofrecer un espacio al usuario para crear y ser el protagonista de sus metáforas y no como un mero receptor de acciones terapéuticas o metáforas de otros. Implicaría un usuario para crear y ser el protagonista de sus metáforas y no como un mero receptor de acciones terapéuticas o metáforas de otros. Implicaría un cambio de actitud de los profesionales ante la metáfora de los usuarios como "pacientes" (1, 2,4).

En las metáforas básicas que aparecen en las intervenciones educativas-asistenciales estudiadas predominan, por parte de la enfermera, las visiones formistas y mecanicistas, sin embargo, apenas están presentes las contextualistas y organicistas. En los usuarios, esta situación se invierte y aparecen más las metáforas contextualistas y mecanicistas. En las categorías más técnicas como la tensión arterial, colesterol o azúcar, casi no



aparecen. El nivel académico puede ser una dificultad a la hora de entender una u otra metáfora (Objetivos 2,9).

La metáfora proporciona en nuestro trabajo información muy importante sobre una persona. Tendríamos que aprender a captar y entender las metáforas que usamos y usan los usuarios para facilitar no sólo una mejor comunicación, sino también para un mejor cuidado asistencial. Las metáforas ofrecen marcos que nos ayudan a trascender una relación específica y concreta de nuestra intervención educativa-asistencial para acceder a una relación/marco más amplia en la que se ve al usuario/profesional como un todo y ayuda en la comprensión del fenómeno S-E (Objetivos 4,8).

Las cuatro metáforas básicas son diferentes maneras o visiones de acercarnos a la interpretación y al conocimiento de cualquier campo. En este caso, el de la Educación para la Salud, para *verla* y *entenderla* con otras miradas y perspectivas. La teoría sobre las metáforas básicas de Pepper, aplicada como marco teórico a un fenómeno con el objeto de encontrarle sentido y, también, como método interdisciplinario, nos proporciona un marco conceptual y un lenguaje común para poder examinar, con un alto grado de rigor, las metáforas en salud que usan los profesionales y usuarios (Objetivos 2,3,9).

Las metáforas básicas de Pepper pueden ser una herramienta educativa enseñada en cualquier nivel educativo (grado, postgrado y doctorado) y nos ayudan a entender, comprender e interpretar *hechos, actos, mundos...* El uso de las metáforas básicas de Pepper nos ayuda en la comprensión del fenómeno de S-E y es un marco teórico generalizable a otros contextos como la EpS –en nuestro caso– y, además, de otras disciplinas como la Pedagogía o la Enfermería (Objetivo 9).

La comunicación y, en concreto, el uso de metáforas en nuestras intervenciones educativas-asistenciales, afecta la relación profesional-usuario. Los profesionales usan las metáforas de manera más *aséptica*, en cambio, en los usuarios son más *vividas*, expresivas e idiosincrásicas. Con las metáforas, los usuarios intentan expresar/comunicar “su realidad”, la que sienten y encuentran dentro de ellos, ya sea un dolor, un síntoma, una idea o vivencia de su enfermedad (Objetivos 2,6).

El conocimiento, análisis y uso de nuestras metáforas ayuda a ambos (enfermera y usuarios) a construir *puentes* para facilitar la comunicación y la comprensión y entender, desde una visión, ese nuevo *escenario* de enfermedad. Percibir esas *visiones* podría ayudar a redirigir nuestras intervenciones educativas y facilitar cambios de conducta en EpS. (Objetivos 6,8).

Las categorías encontradas están interrelacionadas. Pero el enfoque y abordaje educativo y asistencial se realiza en la práctica sosteniéndose en una u otra. No se abordan en conjunto. Sólo, en algunos casos, sobre varias a la vez. La enfermera refuerza con su discurso, fruto de una formación concreta, y con el material educativo, la visión del mundo, no así, el usuario. Ello nos permite detectar más fácilmente la metáfora básica de la enfermera pero no tanto con la de los usuarios (Objetivos 2,9).

En las metáforas básicas del organicismo y contextualismo apenas encontramos información, tanto por parte de la enfermera como de los usuarios. En el caso del contextualismo, se podría hacer una excepción por parte de varios usuarios, que además, en comparación con las otras, son aportaciones amplias y extensas. Se abre otra vía para estudios posteriores ¿Por qué en Educación para la salud se trabaja menos con visiones del mundo organicista y contextualistas? En la misma idea, estaría el papel que juega las imágenes y materiales a la hora de reforzar una intervención educativa. (Objetivos 3, 4, 6,9).

El factor *tiempo* de las consultas de la enfermera juego un papel fundamental. Para poder trabajar con visiones como el organicismo y contextualismo se necesita más tiempo por su complejidad de uso. El formismo y mecanicismo, no requieren tanto tiempo, son más directas y fáciles de aplicar (Objetivos 8).

Nos encontramos con enfermeras y usuarios que tienen:

- La misma visión del mundo y comparten metáforas, con la posibilidad de entenderse y facilitar el proceso comunicativo y educativo. También, como hemos observado en las entrevistas, en estos casos el diálogo enfermera-usuario es más fluido.
- Con diferentes visiones del mundo con pocas posibilidades de comprenderse o entender el fenómeno S-E.

- Con visiones que en algún momento coinciden. Existe la posibilidad de evolucionar hacia esas visiones comunes o la capacidad de adaptarse a la visión predominante del usuario (Objetivos 5, 8,9).

### **7.3. Derivaciones para la Educación para la Salud.**

Las metáforas impregnan todos los aspectos de la comunicación entre la enfermera y los usuarios. También se utilizan en las explicaciones didácticas por parte de la enfermera a través de los materiales, documentos y folletos. Aparecen en cualquier contexto y forman parte de manera habitual en nuestra existencia/lenguaje y no es patrimonio de la enfermera o de los profesionales de la salud, sino también de los usuarios (Objetivos 1,2).

Muchos de los conceptos/ideas relacionados con la S-E están impregnados de interpretaciones metafóricas, así mismo, el sistema sanitario y sus profesionales y usuarios... También los medios de comunicación. Por eso, todos los aspectos se deben tener en cuenta en la planificación de programas de EpS (Objetivos 4).

El hablar y el pensar son acciones básicamente metafóricas. Las metáforas pasan a ser recursos pedagógicos en nuestras intervenciones que, al igual que los medicamentos, debemos elegir con cuidado y para cada usuario. No todos estamos preparados para que nos comparen con un viejo coche y nos cambien alguna pieza. Usamos metáforas para comunicar, pero es necesario que al usuario/receptor le llegue el mensaje y lo comprenda (Objetivos 4,7).

Sostener visiones del mundo diferentes es como hablar distintos lenguajes. El análisis y conocimiento de las metáforas puede ayudar al objetivo de que las profesionales y usuarios se comuniquen entre sí y mantengan un diálogo significativo, es decir, que se coloquen en un terreno común. Pensar metafóricamente es (debería ser) una competencia más de la enfermera porque facilita y ayuda a entender mejor al usuario (y también a uno mismo), a crear relaciones de empatía y captar a través de la comunicación vivencias/experiencias del otro (Objetivos 6).

La comunicación puede ser algo más que una mera transmisión de información de emisor a receptor y viceversa. Nos enfrentamos a un proceso/panorama más complejo. La metáfora, en EpS, puede reflejar hipótesis (visiones del mundo) de una transmisión o modelos/paradigmas de conducta que también debemos conocer (Objetivos 4).

La EpS que realiza la enfermera debería partir del conocimiento del otro (usuario) y de su comportamiento y contexto, especialmente con la salud y la enfermedad. En este contexto, emerge la importancia de conocer nuestras metáforas, así como las suyas, como una de las variables que nos ayudarán a este conocimiento y a favorecer procesos comunicativos más comprensivos (Objetivos 6).

Las metáforas son un recurso pedagógico y didáctico en EpS, especialmente para facilitar la comprensión y la comunicación, pero no “el recurso”. Para sus intervenciones educativas, la enfermera deberá tener en cuenta toda un conjunto de herramientas didácticas para hacer llegar el mensaje lo más comprensible posible al usuario. Su efectividad aumenta si se adapta a cada usuario, en función de su edad, cultura, contexto y visión del mundo (Objetivos 3, 4, 5,8).

El uso pedagógico de las metáforas en EpS ayuda a clarificar, comprender o entender conceptos relacionados con los procesos de S-E. Partiendo de las experiencias de S-E de la enfermera y usuarios y sus metáforas, podemos entendernos y comprendernos mejor, incluso intuir o “entrar en el otro” (empatía) (Objetivos 3,4).

El objetivo de la metáfora, como recurso, es ayudar a los usuarios (y a uno mismo) a comprender o clarificar los signos/síntomas, acercar el concepto/idea a algo más familiar para ellos, es permitir el acercamiento del usuario a ideas que pueden resultar muy alejadas de su contexto cotidiano. Convertir un concepto abstracto en algo más concreto ayudando a visualizar la entidad y contribuyendo a fomentar la capacidad de abstracción (Objetivos 3, 4, 6,8).

Pepper ofrece diferentes comprensiones/visiones de la realidad a modo de *mapa* del territorio. A través del mismo, la enfermera no sólo podrá *ubicar* las metáforas de salud que usa en las intervenciones de EpS, sino que también se podrá ubicar a sí misma (Objetivos 6, 7, 8,9).

La realidad es compleja y también los fenómenos de S-E. Las metáforas básicas nos ayudan a entender y *ver* esa realidad. Hay que aprender a usar esas metáforas de manera complementaria para acercarnos a la realidad o al fenómeno de S-E. No sólo debemos ir cambiando de metáfora o visión como si cambiáramos de gafas.

### ¿Cómo lo conseguimos?

- Potenciando la capacidad comunicativa metafórica del profesional para articular/presentar/ofrecer un mensaje educativo claro, sólido y eficaz.
- Ofreciendo un rol más activo a los usuarios. Ellos mismos deben redescubrir, desde su realidad, los conocimientos, en vez de ser receptáculos pasivos de los hechos o creadores de dependencias *malsanas* con la enfermera.
- Aprendiendo a escuchar con atención las metáforas de nuestros usuarios de manera que podamos comunicarnos con ellos en el mismo *código* metafórico y, de esta manera, poder crear *puentes comunicativos* entre profesionales de la salud y usuarios, evitando así *boquetes* en la comunicación.
- Formando a los profesionales de la salud para reconocer las metáforas de los usuarios y aceptarlas como descripciones de la enfermedad y conocer el uso que de ellas hacen en sus intervenciones educativas- asistenciales.
- Trabajar con los profesionales de la salud para demostrar que el uso de las metáforas puede facilitar profesionales más reflexivos. Si es verdad que no vemos el mundo tal como es, sino que lo vemos tal y como somos nosotros, entonces, en nuestra formación y reflexión, la pregunta correcta no debería ser: "¿Cómo vemos el mundo?", sino: "¿Podemos aprender a mirar de otras maneras?".
- Enseñando en las aulas las metáforas como instrumento terapéutico y promover su uso en la asistencia. Y aquí subyace la importancia en nuestro trabajo de escuchar, de comunicar, de educar. El trabajo/enseñanza de las metáforas en programas de formación (pre y postgrado, así como en doctorado e investigación) y también con los usuarios, puede ayudar a que los asistentes/participantes puedan aprender a razonar sobre conceptos nuevos y abstractos. A que

entiendan/comprendan/asimilen el paralelismo entre un ámbito *doméstico*, que ya entienden, y un ámbito *conceptual*, que aún no comprenden.

- Creando, diseñando y evaluando materiales con enfoques organicistas y contextualista, con un nivel de complejidad mayor y que recreen y tengan en cuenta las vivencias, emociones y contextos reales de sus destinatarios (edad, sexo, cultura, lengua...). Las nuevas tecnologías lo pueden facilitar sin grandes costes y adaptabilidad. Estamos ante otra nueva línea de investigación.

#### **7.4. Derivaciones para la investigación en Educación para la Salud.**

##### **a. ¿Qué he aprendido?**

Esta investigación me ha ayudado a la reflexión acerca de las ideas, conceptos, esquemas y paradigmas recibidos a lo largo de todos estos años como profesor.

Las metáforas estructuran y forman conceptos en nuestra mente, en nuestros sentimientos y en nuestra forma de percibir la realidad y, en lo que a la EpS incumbe, también en la forma de realizar las intervenciones educativas-asistenciales con los usuarios.

El cómo se usan las metáforas puede influir en el modo en que pensamos, pero también puede impedir que alcancemos conceptualizaciones mucho más amplias o diferentes de otras realidades. Conocer nuestras metáforas nos ayuda a conocer nuestros intereses, intenciones, así como observar los fenómenos relacionados con la salud y la enfermedad, nuestra visión del mundo o realidad y como reaccionamos ante ella. Somos, a veces, prisioneros de nuestras visiones y no vemos más allá de la enfermedad, órgano..., perdiendo de vista la globalidad de la persona y su contexto.

Aunque pueda parecer que las visiones se contradicen, en realidad forman parte de algo mucho más complejo. El fenómeno S-E siempre será infinitamente más complicado que cualquiera de los acercamientos que podamos hacer los diferentes profesionales. No hay una visión del mundo que esté por encima de las otras. No hay una visión mejor que otra. Nos podemos sentir más cómodos con una u otra, o incluso fluctuar entre unas y otras.

Las cuatro metáforas básicas nos ofrecen una visión cada una de ellas, pero no hablan el mismo lenguaje. Cada una aporta su propia visión del mundo y aunque uno diga blanco y otra negro, ambas pueden equivocarse y tener razón al mismo tiempo. Debemos considerar las metáforas básicas como ventanas hacia el modo en que profesionales y usuarios crean su comprensión de la comunicación para poder transmitir el fenómeno de S-E particular. Las metáforas básicas, o visiones del mundo, ayudan a una percepción nueva de la relación que, ante los hechos, nos capacita para observar la realidad y verla con otros ojos.

En mi caso, un trabajo de esta índole también me ha ayudado a conectar el presente con el pasado, por una parte, y, por otra, a proyectar esperanzas, proyectos y visiones futuras. Posiblemente, la aportación teórica de una tesis no pueda suplir toda una comprensión vital, aunque sí su proceso intelectual. En ella hay una manifestación de energía que es propia y conforma parte de uno mismo. De esta manera, su elaboración se ha convertido en una tarea que refleja parte de la dialéctica de la propia existencia. De alguna manera todo un proceso vital convertido en "metáfora".

#### **b. Nuevas preguntas e interrogantes.**

¿Cuál sería la evolución de las metáforas básicas haciendo un seguimiento de algunos usuarios y de la enfermera en un estudio de tipo longitudinal? Para averiguarlo es necesario otro diseño de investigación que no se contempla en esta tesis.

¿Qué pasaría si la enfermera y los usuarios conocieran estas metáforas?

¿Y si se crea, o se refuerza, el discurso educativo con otros materiales o recursos más complejos? (No sólo una cañería).

¿Qué pasaría con los resultados de otros estudios en una muestra diferente a la nuestra? Ya sea por el tipo de profesional (no tan mecanicista) o en culturas más orientales, con visiones del mundo diferentes.

¿Hay un modelo de enfermera en función de la metáfora básica que usa en sus intervenciones educativas? Expongo, a partir de esta tesis, un primer avance de este

modelo con la intención de seguir trabajando e investigando y también como marco teórico a tener en cuenta en la formación de profesionales.

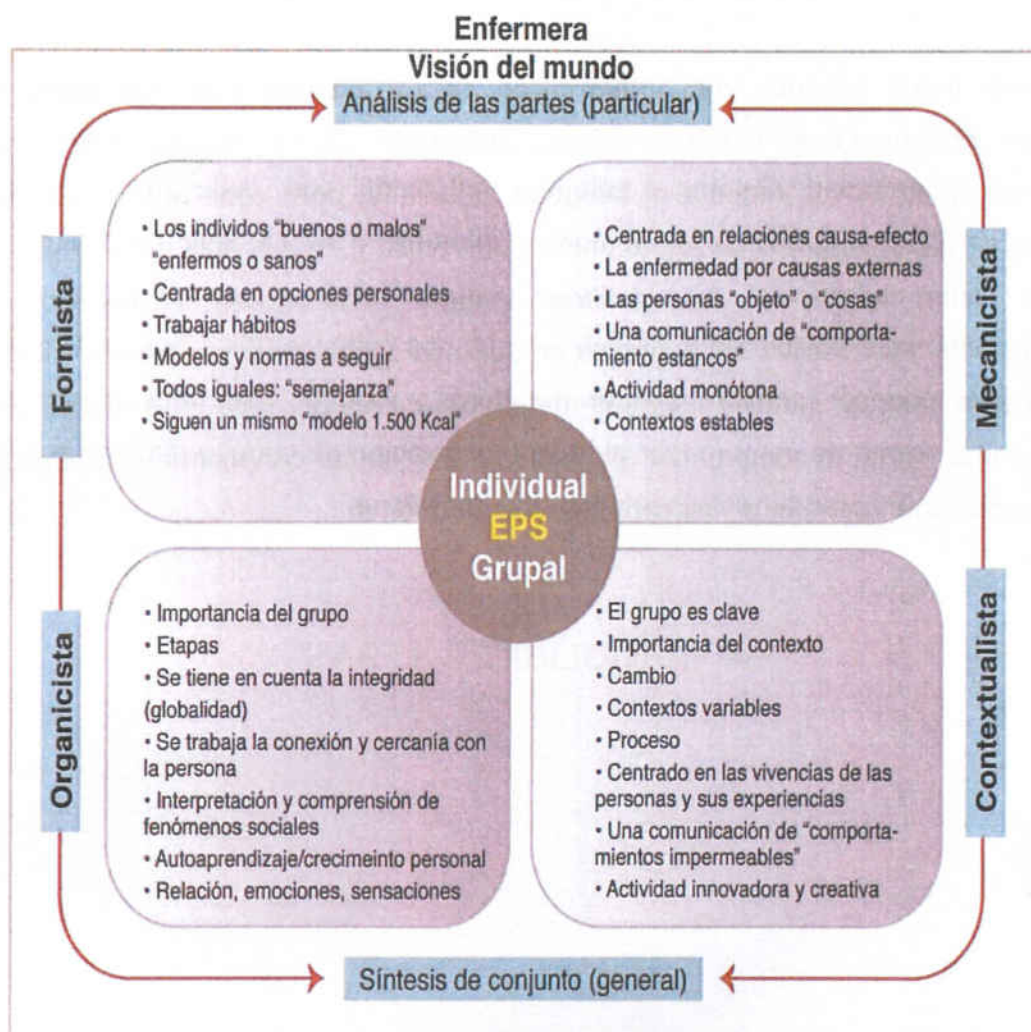


Tabla 21: Propuesta de modelo para analizar la EpS de la enfermera en función de las metáforas básicas. Fuente: Elaboración propia.

¿Con qué visión del mundo se ayudaría mejor a entender el *colesterol* por ejemplo?

De las diferentes posibilidades de acercarse al fenómeno de estudio yo sólo he escogido una. Queda abierta la posibilidad, para trabajos futuros, de estudiar las cinco categorías con cada una de las visiones del mundo o ver estas categorías desde las *gafas* que la enfermera se pone.



Ciertamente, quedan muchas preguntas e interrogantes sobre este tema. Y también mucho terreno para comprender e investigar en el campo de las metáforas en EpS. Todo ello es motivo para seguir adelante con la formación e investigación.

En suma, todos tenemos una propia visión de la realidad y del fenómeno S-E en concreto. Podemos tener al mismo médico, enfermera, CAP o sistema sanitario incluso, la misma enfermedad, síntoma o categoría estudiada, pero cada uno de nosotros lo vivimos y experimentamos de forma única y diferente. Y en ello está nuestra concepción de una "visión del mundo". Es necesario comprender al otro en los procesos de EpS pero ello sólo será posible en la medida en que nos conozcamos a nosotros mismos..., y esto implica conocer también nuestras metáforas y *visiones*. Esta tesis me ha permitido conocer una forma de comprender el mundo, y también de conocerme más a mí mismo. Tendríamos que aprender a vivir con nuestras metáforas.

## PARTE 5: BIBLIOGRAFÍA.

## BIBLIOGRAFÍA

- ALBARRÁN, J. W., et al. (2001). ¿Pueden ser útiles los descriptores verbales específicos para diferenciar a los pacientes con o sin infarto agudo de miocardio? Resultados de un estudio de dos años. *Enfermería Intensiva*, 12(4): 164-174.
- ALBRECHT, K. (2008). *Inteligencia práctica*. Barcelona: Vergara.
- ALCANTARA, L. M. et al. (2006). Gerenciando o cuidado de enfermagem em situação de guerra. *Enfermería Global. Revista electrónica semestral de Enfermería*, 4:2.
- ALVAREZ CANOVAS, I. (2000). *Perspectives, Topics and Root Metaphors of the Information Society*. (Tesis Doctoral). Departament de Didactica i Organització Educativa. Universitat de Barcelona. Barcelona.
- ÁLVAREZ-GAYOU, J. L. (2005). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. Barcelona: Paidós.
- ANTÓN, J. M. y MÉNDEZ, E. (1985). L'Educació Sanitària en el panorama sanitari actual. *L'Educació Sanitària. Gaceta Sanitaria Barcelona*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona. .
- ARANDA, J. C. (2010). *Gramática Vital*. Córdoba: Almuzara.
- ARENDT, H. (1999). *La condición humana*. Barcelona: Paidós.
- ARNAL, J., DEL RICÓN, D. y LATORRE, A. (1992). *Investigación educativa. Fundamentos y metodología*. Barcelona: Labor.
- ARISTÓTELES (1974). *Poética*. (1459a). Traducción de García Yebra, Madrid: Gredos.
- BAEZ, J. (2007). *Investigación Cualitativa*. Madrid: ESIC Editorial.
- BANDLER, R. y GRINDER, J. (1975). *La estructura de la magia*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- BATESON, G. (1979). *Mind and nature: A necessary unity*. New York: E.P. Dutton.
- BERTALANFFY, L. (1981). *Teoría General de Sistemas*. Madrid: Fondo de cultura económica.
- BLACK, M. (1966). *Modelos y metáforas*. Madrid: Tecnos.
- BLUMER, H. (1937). Social Psychocolgy. En SCHMIDT, E.P. (Ed.) *Man and Society*, (144-198). Nueva York: Prentice Hall.
- BLUMER, H. (1982). *El Interaccionismo Simbólico. Perspectiva y método*. Barcelona: Hora.
- BOND, J. y BOND, S. (1986). *Sociology and Health Care: An Introduction for Nurses and Other Health Care Professionals*. Edinburgh: Churchill Livingstone.

- BOQUERA, M.E. (2000). La traducción de metáforas en un texto de divulgación médica. *Ibérica*, 2: 13-25.
- BOQUERA, M. E. (2005). *Las metáforas en textos de ingeniería civil: estudio contrastivo español-inglés*. (Tesis doctoral). Universidad de Valencia. Valencia.
- BOSQUE, I. (1984) Bibliografía sobre la metáfora: 1971-1982. *Revista de Literatura*, 46:173-194.
- BOTELLA, L. (2012). El ser humano como constructor de conocimiento: el desarrollo de las Teorías Científicas y las Teorías Personales. Recuperado de <http://www.infomed.es/constructivism/documsweb/science.html>. 24/11/2004.
- BUBER, M. (1969). *Yo y tú*. Buenos Aires: Nueva visión.
- BUENO, G. (2002). El concepto de creencia y la Idea de creencia. *El Catoblepas*, nº 10. Diciembre: 2.
- BURNS, G. W. (2003). *El empleo de metáforas en Psicoterapia*. Barcelona: Masson.
- BURNS, M. (1994). "Creating a safe passage: the meaning of engagement for nurses caring for children and their families". *Compr Pediatr Nurs*, 17(4): 211-221.
- BURY, J. A. (1992). *Education pour la Santé, concepts, enjeux, planification*. Bruselas: De Boeck.
- BUSEN, N. y ENGBRETSON, J. (1999). Mentoring in advanced practice nursing: the use of metaphor in concept exploration. *The internet journal of advanced nursing practice*, 2: 2.
- BUSTOS, E. (2000). *La metáfora. Ensayos transdisciplinares*. Madrid: FCE/UNED.
- CALSAMIGLIA, H. y TUSÓN, A. (2008). *Las cosas del decir. Manual de análisis del discurso*. Barcelona: Ariel.
- CAMPILLO, J. E. (2004). *El mono obeso. La evaluación humana y las enfermedades de la opulencia: diabetes, hipertensión, arteriosclerosis*. Barcelona: Crítica.
- CAPRA, F. (2006). *La trama de la vida*. Barcelona: Anagrama.
- CARR, W. y KEMMIS, S. (1998). *Teoría crítica de la enseñanza*. Barcelona: Martínez Roca.
- CARRILLO, M., J.; LEYVA-MORAL, L. y MEDINA, J.L. (2011). El análisis de los datos cualitativos: un proceso complejo. *Index de Enfermería*, 20(1-2): 96-100.
- CASTELLÓ, J.C. (2003). *Ocho metáforas de la condición humana*. Valencia: Editorial Diálogo.

- CERRILLO VIDAL, J. A. (2008). ¿Medicina alternativa?: Una aproximación a las metáforas de salud y enfermedad en los discursos médicos oficiales y homeopáticos. *Intersticios*, 2(1): 115-129.
- CHALMERS, D. (1982). *¿Qué es esa cosa llamada ciencia?* Madrid: Siglo XXI.
- CLANDININ, D. J. y CONNELLY, F.M. (1988). Conocimiento práctico personal de los profesores: imagen y unidad narrativa. En ANGULO, L. M. (Ed.) *Conocimientos, creencias y teorías de los profesores. Implicaciones para el currículum y la formación del profesorado*. (39-62). Murcia: Marfil.
- CLARKE, J. N. y EVEREST, M.M. (2006). Cancer in the mass print media: Fear, uncertainty and the medical model. *Social Science Medicine*, 62(10): 2591-600.
- CLEMENTE, A. (2002). La física del Tiempo. *Ciencia Hoy*, 12(71): 30-37.
- COHEN, E. y MANION, L. (1985). *Research methods in education*. Reino Unido: Croom Helm.
- COHEN, M. R. et al. (2001). How to prevent medication errors. *Journal of American Academy of Physician Assistants*, 14(11): 47-55.
- COHEN, T. (2008). *Pensar en los otros. Sobre el talento para la metáfora*. Barcelona: Alpha Decay.
- COLÁS BRAVO, M. P. (1992). Los métodos de investigación en educación. En COLAS, M.P. y BUENDÍA, L. *Investigación educativa* (43-68). Sevilla: Alfar.
- COLÁS BRAVO, M. P. (1992a). La metodología cualitativa. En COLAS, M.P. y BUENDÍA, L. *Investigación educativa*. (249-290). Sevilla: Alfar.
- CORNER, A. y LATORRE, A. (1996). *Diccionario terminológico de investigación educativa y psicopedagógica*. Barcelona: EUB.
- COSTA, M. y LÓPEZ, E. (2008). *Educación para la salud. Guía práctica para promover estilos de vida saludables*. Madrid: Pirámide.
- CRAGNOLINI, M. B. (2000). La metáfora del caminante en Nietzsche. *Ideas y valores*, 114: 51-64.
- CURY, A. (2009). *Hijos brillantes, alumnos brillantes*. Barcelona: Planeta.
- CYRULNIK, B. (2002). *Los patitos feos*. Barcelona: Gedisa.
- CZECHMEISTER, C. (1994). Metaphor in illness and nursing: a two-edged sword. A discussion of the social use of metaphor in everyday language, and implications of nursing and nursing education. *Journal of Advanced Nursing*, 19: 1226-1233.
- DE SANCHEZ, M.A. (1995). *Desarrollo de habilidades de pensamiento: proceso básicos del pensamiento*. México: Trillas.

- DEWEY, J. (2008). *El arte como experiencia*. Barcelona: Paidós.
- DILTS, R. B. (2008). *El arte de comunicar*. Barcelona: Rigden Edit.
- DOMÍNGUEZ MARTÍN, R. (2004). Cuerpo y metáforas de género en la historia del pensamiento económico político. *EMPIRIA. Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, 8: 85-110.
- EISNER, E. (1998). *El ojo ilustrado. Indagación cualitativa y mejora de la práctica educativa*. Barcelona: Paidós.
- EINSTEIN, A. (1984). Notas autobiográficas. En: PEARCE, L. (Ed.) *La teoría de la relatividad: sus orígenes e impacto sobre el pensamiento moderno*. (95-104). Madrid: Alianza Editorial.
- ERICKSON, F. (1989). Métodos cualitativos de investigación de la enseñanza. En WITTROCK, M. C. *La investigación en la enseñanza II. Métodos cualitativos y de observación* (195-301). Barcelona: Paidós-MEC.
- ESQUIROL, J. M. (2006). *El respeto o la mirada atenta*. Barcelona: Gedisa.
- FAGÚNDEZ ZAMBRANO, T. (2006). *Análisis del discurso en clases de física universitaria: implicaciones para la mejora de la práctica docente*. (Tesis doctoral). Universidad de Barcelona. Barcelona.
- FALCÓN, M. y LUNA, A. (2012). "Alfabetización en salud: concepto y dimensiones. Proyecto europeo de alfabetización en salud". *Comunicación y Salud*, 30 (1): 91-98.
- FERNÁNDEZ DOLS, J. M., CARRERA, P., et al. (2000). Influencia social. (241-263). En J. M. PEIRÓ, J. M., MORALES, J. F y FERNÁNDEZ DOLS, J. M. *Tratado de Psicología social*. Madrid: Síntesis.
- FERRATER MORA, J. (1969). *Diccionario de la Filosofía*. Buenos Aires: Sudamérica.
- FEYERABEND, P. (1987). *Tratado contra el método*. Barcelona: Ariel.
- FIGUEROLA, D. (1997). *La comunicació amb els pacients*. Barcelona: ACV edicions.
- FLORES, M. D. (2001). *Educación para la salud y la Enfermería*. Murcia: DM.
- FONT, V. y ACEVEDO, J. I. (2003). Fenómenos relacionados con el uso de las metáforas en el discurso del profesor en el caso de las gráficas de funciones. *Enseñanza de las ciencias*, 21(3): 405-418.
- FOUCAULT, M. (1991). *Saber y verdad*. Madrid: La Piqueta.
- FOX KELLER, E. (2000). *Lenguaje y vida. Metáforas de la biología en el siglo XX*. Buenos Aires: Ediciones Manantial.

- FOX, N. (1993). *Postmodernism, Sociology and Health*. Buckingham: Open University Press.
- FROMM, E. (2004). *El arte de amar*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- FUSTER, V. y CORBELLA, J. (2006). *La ciencia de la salud*. Barcelona: Planeta.
- GAONA, C. (2002). El vértigo del pluralismo en la experiencia de salud vivenciada en las nebulosas urbanas. *Razón y Palabra*. nº 27.
- GARCÍA MORENO, B. (2000). *Región y lugar*. Bogotá: CEJA.
- GARDNER, H. (2005). *Inteligencias múltiples: La teoría en la práctica*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- GARFINKEL, H. (1967). *Studies in Ethnomethodology*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall
- GIBBS, R. (1994). *The Poetics of Mind*. Cambridge: Cambridge University Press.
- GIBBS, R. y FRANKS, H. (2002). Embodied metaphors in womens' narratives about their experiences with cancer. *Health Communication*, 14, 139-165.
- GIL FLORES, J. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Granada: Aljibe.
- GLASER, B. y STRAUSS, A. (1967). *The discovery of Grounded Theory*. Chicago: Aldine.
- GIMENO SACRISTAN, J. y PÉREZ GÓMEZ, A. (1983). *La enseñanza: su teoría y su práctica*. Madrid: Akal.
- GOLDBLOOM, D. S. (2003). Language and metaphor. *Canadian Psychiatric Association Bulletin*. (Editorial). June: 4
- GOODMAN, C. (2001). The use of metaphor in district nursing: maintaining a balance. *Journal of Advanced Nursing*, 33 (1): 106-112.
- GREENE, W. H. y SIMONS-MORTON, B.G. (1988). *Educación para la salud*. México: Interamericana.
- GREGOIRE, C. (2008). *Puede ser un buen día*. Barcelona: Urano.
- GUBA, E. (1989). Criterios de credibilidad en la investigación naturista. En: GIMENO SACRISTAN, J. y PÉREZ GÓMEZ, A. (Eds.) *La enseñanza: su teoría y su práctica*. (148-165) (3ª Ed.).Madrid: Akal.
- GUBA, E. y LINCOLN, Y. (1982). Epistemological and methodological bases of naturalistic inquiry. *E.C.T.J.*, 30(4): 233-253.
- GUTIÉRREZ, R. (2010). *Estudio cognitivo-contrastivo de las metáforas del cuerpo*. Frankfurt: PETER LANG.

GWYN, R. (2002). *Communicating Health and Illness*. London: SAGE Publications.

HALLIDAY, M.(1978). *Language as Social Semiotic*. London: Edward Arnold.

HARTRICK, G. y SCHREIBER.R. (1998). "Imaging ourselves; nurses metaphors of practice". *Journal Holist Nurs.*, 16(4): 420-434.

HARREL, B.J. (1982). The Social Basis of Root Metaphor: An Application to Apocalypse Now and The Heart of Darkness. *The Journal of Mind and Behaviour*, 3 (3): 221.224.

HAWKES, T. (1972). *Metaphor*. London: Methuen.

HELGUERA CASTRO, M. A. (2004). Las metáforas deportivas en la publicidad. Recuperado de <http://www.idiomaydeporte.com/metpub1.htm>. 24/11/2004.

HODGKIN, P. (1985). Medicine is war. And other medical metaphors. *BMJ* 291:1820-1821.

HOLMAN, H. R. (1993). Qualitative inquiry in medical research. *J Clin Epidemic.* , 46 (1): 29-36.

HOLZINGER, A., ANGERMEYER, M. y MATSCHINGER, H. (1998). What do you associate with word schizophrenia? A study of the social representation of schizophrenia. *Psychiatr Prax.* 25(1): 9-13.

HUNT, T. (1997). *Desarrolla tu capacidad de aprender*. Barcelona: Urano.

IBBA, M. (1991). *Metaphors we are healed by: on the use of metaphors in medical language*. Washington: Georgetown University Press.

JUNKER, B. (1972). *Introducción a las ciencias sociales. El trabajo de campo*. Buenos Aires: Ediciones Marymar.

KINCHELOE, J. (2001). *Hacia una revisión crítica del pensamiento docente*. Barcelona: Octaedro.

KILBOURN, B. (1974). *Identifying world views projected by science teaching materials: A case study using Pepper's World Hypotheses to analyze a biology textbook*. (Tesis Doctoral).University of Toronto. Toronto.

KILBOURN, B. (1998). Root metaphors and education. En: ROBERTS, D. y ÖSTMAN, L. (Eds) *Problems of meaning in science curriculum*. (25-38). New York: Teachers College Press.

KNUDSEN. S. (1999). *From Metaphor to Fact*. Copenague: Sanfundslitteratur.

KRAMER, D. A. (1983). Post-formal operations? A need for further conceptualization. *Human Development*, 26: 91-105.



- KRIPPENDORFF, K. (1997). Principales metáforas de la comunicación y algunas reflexiones constructivistas acerca de su utilización. En PAKMAN, M. (Copilador) *Construcciones de la experiencia humana* (107-146). Vol. II. Barcelona: Gedisa.
- KUHN, T. (1990). *Las estructuras de las revoluciones científicas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- KUHN, T. (1972). *La Revolución Científica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- LAKOFF, G. (1993). The contemporary theory of metaphor. En ORTONY, A. *Metaphor and Thought*. (202-251). Cambridge: Cambridge University Press.
- LAKOFF, G. (2004). *No pienses en un elefante*. Madrid: Complutense.
- LAKOFF, G. y JOHNSON, M. (2001). *Metáforas de la vida cotidiana*. (5ª edición) Madrid: Cátedra.
- LARROSA, J. (1990). *El trabajo epistemológico en pedagogía*. Barcelona: PPU.
- LASZLO, E. (1997). *La gran bifurcación*. Barcelona: Gedisa.
- LILIENFELD, R. (1984). *Teoría de Sistemas*. México: Editorial Trillas.
- LIZCANO, E. (1999). La metáfora como analizador social. *EMPIRIA. Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, 2: 29-60.
- LIZCANO, E. (2006). *Metáforas que nos piensan*. Unión Europea: Ediciones Bajo Cero/Traficantes de Sueños.
- LUPTON, D. (1994). *Medicine as Cultura*. London: Sage.
- MABECK, C. E. y OLESEN, F. (1996). "Metaphors and understanding of disease". *Ugeskr Laeger*, 158:7384-7387.
- MANSELL, H. (2008). *Moriré, pero mi memoria sobrevivirá. Ensayo*. Barcelona: Tusquets Editores.
- MALLINSON, T., KIELHOFNER, G. y MATTINGLY, C. (1996). "Metaphor and meaning in a clinical interview". *American Journal of Occupational Therapy*, 50: 338-346.
- MARTÍN GORDILLO, M. (2003). Metáforas y simulaciones: alternativas para la didáctica y la enseñanza de las ciencias. *Revista electrónica de la enseñanza de las ciencias*, 2(3).
- MARTINEZ, M. (1982). *La Psicología Humanista. Fundamentación epistemológica, estructura y método*. México: Trillas.
- MATURANA, H. Y VARELA, F. (1987). *The Tree of Knowledge: the biological roots of human understanding*. Boston: New Science Library.

- MAYKUT, P. y MOREHOUSE, R. (1999). *Investigación cualitativa. Una guía práctica y filosófica*. Barcelona: Hurtado ediciones.
- Mc CRIKERD, J. (2000). Metaphors, models and organisational ethics in health care. *Med Ethics*, 26: 340-345.
- Mc DERMONT, I. y O'CONNOR, J. (1996). *Programación Neurolingüística para la salud*. Barcelona: Urano.
- McALLISTER, M. (1995). The nurse as tour guide: a metaphor for debriefing students in mental health nursing. *Ment Health Nurs.*, 16(5): 395-405.
- MCKEOWN, T. (1982). *El papel de la medicina. ¿sueño, espejismo o némesis?* Madrid: Siglo XXI Editores.
- McWHINNEY, I. (1995). *Medicina de familia*. Barcelona: Mosby/Doyma.
- MEDINA MOYA, J. L. (2005). *Deseo de cuidar y voluntad de poder. La enseñanza de la enfermería*. Barcelona: Publicación i Edicions UB.
- MELTZER, B., PETRAS, J.W. et al. (1975). *Symbolic Interactionism: Genesis, Varieties and Criticism*. London: Routledge -Kegan Paul.
- MODOLO, M. A. (1987). Educación Sanitaria, comportamiento y participación. En *Tendencias actuales en educación sanitaria*. (39-58). Barcelona: CAPS.
- MODOLO, M. A., SEPELLI, A. et al. (1983). *Educazione sanitaria*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.
- MOIX QUERALTÓ, J. (2006). Las metáforas en la psicología cognitivo-conductual. *Papeles del Psicólogo*, 27(2): 116-122.
- MORIN, E. (1995). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.
- MORIN, E. (2001). *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*. Barcelona: Paidós.
- MORENO, M. Y SASTRE.G. (2010). *Cómo construimos universos*. Barcelona: Gedisa.
- MORRIS, C. (1994). *Fundamentos de la Teoría de los Signos*. Barcelona: Paidós Ibérica
- MORSE, J. M. (1994). Designing funded qualitative research. En: N.K. DENZIN, N.K. y LINCOLN, Y. *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks (California): Sage.
- MOSTERÍN, J. (2003). La insuficiencia de los paradigmas metafóricos en psicología. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 23(85): 89-104.
- MUNNÉ, F. (1995). *La interacción social. Teorías y ámbitos*. Barcelona: PPU.

NUBIOLA, J. (2000). El valor cognitivo de las metáforas. En: PÉREZ-ILZARBE, P. y LÁZARO, R. *Verdad, bien y belleza. Cuando los filósofos hablan de los valores.* (73-84). *Cuadernos de Anuario Filosófico* nº 103. Pamplona.

NÚÑEZ, F. (2004). Metáforas en Internet. *Revista digital d'Humanitats*, 6: 1-11.

OLABUENAGA, J. e ISPIZUA, M. (1989). *La decodificación de la vida cotidiana. Métodos de investigación cualitativa.* Bilbao: Universidad de Deusto.

OLSSON, P., JANSSON, L. y NORBELLA, A. (1998). Parenthood as talked about in Swedish ante-and postnatal midwifery consultations. A qualitative study of 58 video-recorded consultations. *Scand J Caring Sci.*, 12(4): 205-214.

OMS (1978). *Alma-Ata. Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud.* Ginebra: OMS.

OMS (1983). *Nuevos métodos de educación sanitaria en la atención primaria de salud.* Informes técnicos nº 690. Ginebra: OMS.

OMS (1985). *La educación para la salud.* Ginebra: OMS.

OMS (1989). *Educación para la salud.* Ginebra: OMS.

ONTORIA, A. (1993). *Mapas Conceptuales. Una técnica para aprender.* Madrid: Nancea.

ORTEGA, R. (1992). *Medicina del ejercicio físico y del deporte para la atención a la salud.* Madrid: Díaz de Santos.

ORTEGA Y GASSET, J. (1987). *Ideas y creencias en Obras completas.* Tomo V, 382-394. Madrid: Alianza Editorial.

ORTEGA Y GASSET, J. (2004). Las dos grandes metáforas. Recuperado en <http://www.enfocarte.com/1.11/filosofia.html>. 24/11/2004.

PAMIES BERTRÁN, A. (2002). Modelos icónicos y archimetáforas: algunos problemas metalingüísticos en el ámbito de la fraseología. *Language Design*, 4: 9-20.

PAPROTTÉ, W. Y DIRVEN, R. (1985). (Eds) *The Ubiquity of Metaphor.* North Holland: Den Haag.

PATTON, M. (1984). *Qualitative Evaluation Methods.* California: Sage.

PENSON, R. et al. (2004). "Cancer as Metaphor". *The Oncologist*, 9: 708-716.

PEPE, P. E., ZACHARIAH, B.S. et al. (1998). Ensuring the chain of recovery for stroke in your community. Chain of Recovery Writing Group. *Prehosp Emerg Care*, 2(2): 89-95.

PEPPER, S. (1942). *World Hypotheses: A study in evidence.* Berkeley: University of California Press.

- PEPPER, S. (1945). *The basis of criticism in the Arts*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- PERALTA, J. (1998). *Los escenarios de la salud*. Buenos Aires: Ediciones La Llave.
- PERELMAN, CH. y OLBRECHTS-TYTECA, L. (1989). *Tratado de la argumentación*. Madrid: Gredos.
- PÉREZ, R. M. (2001). *La participación y la implicación de las familias en el proceso educativo escolar: un análisis psicosocial de las relaciones entre familias y escuelas* (Tesis Doctoral). Departamento de Pedagogía y Psicología. Universidad de Lleida. Lleida.
- PINKER, S. (2007). *El mundo de las palabras. Una introducción a la naturaleza humana*. Barcelona: Paidós.
- POLIT, D. Y HUNGLER, B. (2000). *Investigación en Ciencias de la Salud*. (6ª Ed.) México: McGraw-Hill/Interamericana.
- POSTMAN, N. (1999). *El fin de la Educación*. Barcelona: Eumo Octaedro.
- PRETA, L. (1993). *Imágenes y metáforas de la ciencia*. Madrid: Alianza Editorial.
- PUNSET, E. (2011). *Excusas para no pensar*. Barcelona: Ediciones Destino.
- QUINO (2005). *Quinoterapia*. Barcelona: Lumen.
- QUITMANN, H. (1989). *Psicología Humanista*. Barcelona: Herder.
- RADLEY, A. (1993). *Worlds of Illness*. London: Routledge.
- REISFIELS, G. M. y WILSON, G.R. (2004). Use of metaphor in the discourse on cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 22: 4024-4027.
- RIBEIRO DOS SANTOS, S. y MIRIAM, M.(2004). A busca da interação teoria e prático sistema de informação em enfermagem-enfoque na teoria fundamentada nos dados. *Rev. Latino.Am. Enfermagem*, 12(3).
- RICHARDS, D. (1987). Los métodos y la efectividad de la educación para la salud: pasado, presente y futuro de un compromiso científico-social (93-132). *Tendencias actuales en Educación Sanitaria*. Barcelona: CAPS.
- RIVADULLA, A. (2006). Metáforas y modelos en ciencia y filosofía. *Revista de Filosofía*, 31(2): 189-202.
- ROCHON, A. (1991). *Educación para la salud. Guía práctica para realizar un proyecto*. Barcelona: Masson.
- RODES, J. et al. (2007). *Libro de la Salud del Hospital Clínic de Barcelona y la Fundación BBVA*. Bilbao, Clínic de Barcelona: Fundación BBVA.

- RORTY, R. (1991). *Contingencia, ironía y solidaridad*. Barcelona: Paidós.
- ROWE, A. y HOGARTH, A. (2005). Use of complex adaptive systems metaphor to achieve professional and organizational change. *Journal Advanced Nursing*, 51(4): 396-405.
- RUIZ OLABUÉNAGA, J. I. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. (2ª Ed.) Bilbao: Universidad de Deusto.
- SALLERAS, L. (1990). *Educación Sanitaria: Principios, métodos y aplicaciones*. Madrid: Díaz de Santos.
- SAMFYC. (2011). Guía clínica de Diabetes Mellitus y Atención Primaria. Recuperado de <http://www.grupodiabetessammyc.cica.es/index.php/guía-clínica.html>. 2/9/2001, 2/9/2001.
- SANDÍN, M. P. (2003). *Investigación Cualitativa en Educación. Fundamentos y tradiciones*. Madrid: McGRAW-HILL.
- SANJURJO, L. y RODRÍGUEZ, X. (2003). *Volver a pensar la clase. Las formas básicas de enseñar*. Argentina: Homo Sapiens.
- SANTOS, S. R. y NÓBREGA, M. (2002). A grounded theory como alternativa metodológica para pesquisa em enfermagem. *Rev. Bras. Enferm*, 55(5): 575-579.
- SCHEPER-HUGHES, N. y LOCK, M. (1987). The mindful body: a prolegomenon to future work in medical anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 18(1): 6-41.
- SCHUTZ, A. (1974). *El problema de la realidad social*. Buenos Aires: Amorrortu.
- SCHWARTZ, G. E. y RUSSEK, L.G. (1997). The challenge of one medicine: Theories of health and eight "world hypotheses. *Advances: The Journal of Mind-Body Health*, 13 (3): 7-23.
- SEBASTIAN, C. (2001). *La comunicación emocional*. Madrid: Prentice Hall.
- SEPELLI, A. (1983). *Educazione sanitaria*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.
- SERRANO GONZÁLEZ, M. I. (1998). *La educación para la salud del siglo XXI. Comunicación y salud*. Madrid: Díaz de Santos.
- SHUMAN, R. (1999). *Vivir con una enfermedad crónica*. Barcelona: Paidós.
- SKELTON, J. E. A. (2002). A concordance-based study of metaphoric expressions used by general practitioners and patients in consultation. *The British Journal Practice*, 52 (475): 114-118.
- SKOTT, C. (2002). Expressive metaphors in cancer narratives. *Cancer Nurs*.25: 230-235.

- SMITH, M. E. (1998). Protective shield: thematic analysis of the experience of having an adult sibling with insulin-dependent diabetes mellitus. *Ment Health Nurs*, 19(4): 317-335.
- SONTAG, S. (2003). *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*. Madrid: Punto de lectura.
- SOPORY, P. (2005). Metaphor in formative evaluation and message design: an application to relationships and alcohol use. *Health Commun*, 17(2): 149-172.
- SPRADLEY, J.P., (1980). *Participant Observation*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- SPRENGER, R. (2005). *La rebelión del individuo*. Madrid: Diaz de Santos.
- STANFORD, B. W. (1972). *Greek metaphor*. Oxford: Basil Blackwell.
- STRAUSS, A. y CORBIN, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.
- TEUCHER, U. (2003). Metaphor in crisis: the language of suffering. Recuperado de <http://www.english.ubc.ca/projects/pain/dteuch.htm>. 5/10/2007.
- TOMPKINS, P. y LAWLEY, J. (2002). The mind, metaphor and Health. Recuperado de [http://www.positivehealth.com/permit/Aarticles/Mind\\_Matters/timpkins78.htm](http://www.positivehealth.com/permit/Aarticles/Mind_Matters/timpkins78.htm). 19/12/2005.
- TRAVERS, M. D. (1996). *Programming with agents: New metaphors for thinking about computation*. (Tesis doctoral). Massachusetts Institute of Technology.
- UIPES-OMS (1988). *Como afrontar los desafíos de la salud mundial. Documento de referencia sobre la educación para la salud*. Ginebra, UIPES-OMS.
- VALDISERRI, R. O. (1987). Epidemics in perspective. *J Med Humanit Bioeth*, 8(2): 95-100.
- Van MANEN, M. (2003). *Investigación educativa y experiencia vivida*. Barcelona: Idea Books.
- VIDAL, G. (2000). *Discourses of the unsayable: Health care professionals representations of death and dying*. (Tesis doctoral). Cardiff University.
- Von WRIGHT, G.H. (1987) *Explicación y comprensión*. Madrid: Alianza
- WALLIS, P. y NERLICH, B. (2005). Disease metaphors in new epidemics: the UK media framing of the 2003 SARS epidemic. *Social Science Medicine*, 60(11): 2629-2639.
- WARNE, T. y STARK, S.(2004). Service users, metaphors and teamworking in mental health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11: 654-661.
- WHITE, H. (1973). *Metahistory*. Baltimore: JohnsHopkinsUniversity Press.

WOLF, A. (1996). New perspectives in the discussion about AIDS. The importance of the eating metaphor in Malawi. Work in progress. *Curare*, 19(1): 151-155.

WOODS, P. (1987). *La escuela por dentro: la etnografía en la investigación educativa*. Barcelona: Paidós/MEC.

ZAVADIVKER, M. N. (2005). La metáfora como recurso epistémico. Recuperado de <http://serbal.pntic.mec.es/~cmunoz11/index.html>. 1/7/2011.