

Revista de Enfermería y Humanidades

ASOCIACIÓN DE HISTORIA Y
ANTROPOLOGÍA DE LOS CUIDADOS



CULTURA DE LOS CUIDADOS

1º Cuatrimestre 2021. Año XXV. N°59



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Facultat de Ciències de la Salut
Facultad de Ciencias de la Salud

SUMARIO

Editorial conmemorativa 25 años

- Y casi sin darnos cuenta... ha pasado el tiempo: Cultura de los Cuidados cumple un cuarto de siglo

Editorial

- La Muerte y el Duelo en Niños. Cuánto nos aporta la Lengua Portuguesa

Fenomenología

- Significados atribuido al evento coronario agudo desde la perspectiva familiar
- Enfermedad y dolor en "El amor es ahora" de Pedro Sevilla
- ¿Salud, Cultura y Sociedad en la Patria Neonatal?
- Análisis de una narrativa de enfermería desde la teoría de los cuidados de Swanson
- Cuidar en la era tecnocientífica: De la finitud al superhombre

Historia

- Pedro José Martínez Moreno. Practicante de la Armada: algo más que un personaje
- El envejecimiento activo en la antigua Roma: ¿mens sana in corpore sano?
- Admisión de hombres en la licenciatura de Enfermería en Brasil: Uniforme e Identidad Profesional

Antropología

- Reflexionando sobre las medidas coercitivas en salud mental. Análisis bioético y antropológico
- Lepra: las repercusiones diarias en las trayectorias de la vida
- A propósito de "De Caníbales", de Michel de Montaigne: un pionero en el relativismo cultural

Teoría y Método

- La relación terapéutica como eje de los cuidados enfermeros en las unidades de agudos de salud mental: análisis del contexto en Cataluña
- Cuidados para el manejo de delirio en Unidades de Paciente Crítico: una revisión integrativa
- Validación de encuesta de percepción Examen Nacional de Enfermería Chileno

Miscelánea

- De vacunas, pandemias y una ilustre precursora de la enfermería: Isabel Zendal (Reseña)

CINAHI

Available via EBSCO®



DOAJ
DIRECTORY OF
OPEN ACCESS
JOURNALS



SEMINARIO DE HISTORIA Y ANTROPOLOGÍA DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA, UNIVERSIDAD DE ALICANTE

EDITORIAL CONMEMORATIVA

Y casi sin darnos cuenta... ha pasado el tiempo: Cultura de los Cuidados cumple un cuarto de siglo

And almost without realising it, time has passed: Culture of Care is a quarter of a century old.

Finalmente, quase sem perceber, o tempo passou: a Cultura dos Cuidados tem um quarto de século

José Siles

Catedrático del departamento de enfermería. Facultad Ciencias de la Salud. Universidad de Alicante.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3046-639X>

Correspondencia: Departamento de enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Alicante, Alicante. CP 3080
Correo electrónico de contacto: jose.siles@ua.es

Cómo citar esta editorial: Siles, J. (2021). Y casi sin darnos cuenta... ha pasado el tiempo: Cultura de los Cuidados cumple un cuarto de siglo. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 25(59). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.59.01>

Recibido:25/11/2020 Aceptado: Invitación editorial



RESUMEN

En esta editorial se hace un repaso a la historia de la revista cultura de los cuidados. Se describen sus antecedentes, factores predisponentes, su origen y evolución a lo largo de un cuarto de siglo.

Palabras clave: cultura de los cuidados; historia de cultura de los cuidados; historia de las revistas de enfermería.

ABSTRACT

This editorial reviews the history of the culture of care publication. It describes

its background, predisposing factors, its origin and evolution throughout a quarter of a century.

Keywords: culture care; history of culture care; history of nursing journals.

RESUMO

Este editorial revê a história da cultura da revista de cuidados. Descreve os seus antecedentes, factores predisponentes, a sua origem e evolução ao longo de um quarto de século.

Palavras-chave: cultura de cuidados; história da cultura de cuidados; história das revistas de enfermagem

Cultura de los Cuidados llega a su XXV aniversario casi sin darse cuenta, aunque comprobando que nadie es inmune al paso del tiempo y que éste deja siempre su poso, la huella de su paso absolutamente por todo: piedras, árboles, ríos y mares, animales, estrellas o planetas, personas y, por supuesto, revistas que tampoco se libran de este tránsito existencial. Los que estamos al pie del cañón o en la sala de calderas de este navío editorial, tal vez, somos los menos indicados para interpretar sin subjetividades, nostalgias o añoranzas esta circulación a través del tiempo. A estos posos o reliquias que atestiguan el paso del tiempo, Aróstegui los denomina “cambios” (Siles, 2011).

Sin lugar a dudas... se han producido muchos cambios desde el año 1996. Bastaría con echar una ojeada a nuestras mesas de trabajo actuales para percatarnos las enormes diferencias que existen respecto a aquel mismo mueble que ejercía idéntica función hace un cuarto de siglo: poblado de ordenadores enormemente gruesos y que rugían como fórmulas I, pero que iban tan lentos como el caballo del malo, montañas de cartas que poblaban las mesas dado que eran por entonces la principal forma de comunicación a distancia, algunas que otras láminas de acetatos con las que aún se diseñaban las transparencias a mano con rotuladores “ad hoc”, etcétera. Otra estética tecnológica muy diferente a la actual colmaba nuestro escenario laboral. Pero, poco a poco, casi sin darnos cuenta, todo esto ha ido cambiando y ya no recibimos ni enviamos cartas, nuestros ordenadores son sílfides silenciosas y ultra- rápidas y de los acetatos no queda ni la sombra.

En el contexto de la producción editorial también hemos asistido a esos cambios producidos por el paso del tiempo.

En aquellos años de mediados de los noventa, las revistas eran mayoritariamente una parte sustancial de la industria papelera donde la imprenta era un elemento esencial. Las dificultades en el diseño eran mayores porque tampoco estaban al alcance de la mano los programas que realmente servían para diseñar las publicaciones científicas y esto, naturalmente, repercutía en el encarecimiento de un producto cuya comercialización no sólo no era sencilla, sino que, como es el caso de Cultura de los Cuidados, ni siquiera entraba dentro de los planes del equipo editorial.

Como en todo nacimiento, había que designarle un nombre a la nueva publicación. La denominación de la revista fue muy meditada y esto hay que explicarlo, aunque sea brevemente. Finalmente se bautizó a la criatura de papel (entonces esta era su encarnadura), bajo el nombre “Cultura de los Cuidados”. ¿Por qué esta denominación? Pues, simplemente porque sí que teníamos claro el objetivo de la revista. Para desentrañar el propósito primigenio que se perseguía con la revista es conveniente “pasearse” con detenimiento por el concepto de cultura y cuidado. Si tal como afirman algunos investigadores, la cultura constituye un crisol donde se funden comportamientos, valores, creencias, tradiciones, simbologías, significados y sentimientos que tienen, entre otras, la función de contribuir al proceso de satisfacción de necesidades del ser humano confiriendo a este mecanismo cierto sentido y cohesión social (Siles, 2010); estaba claro que el cuidado no era ajeno a ese acrisolamiento cultural y que, en cualquier contexto, los cuidados sólo adquirirían sentido si estaban regulados culturalmente. En definitiva, el objetivo que orientó la creación de la revista estribaba en servir de plataforma donde se pudieran publicar artículos que temática y metodológicamente tuvieran en cuenta este carácter cultural e histórico de los cuidados. Siguiendo con el mismo planteamiento se vertebró la revista

en cuatro grandes bloques temáticos: fenomenología, historia, antropología y teoría y método.

Política, sociedad y cultura en España y el Mundo en 1997

El acrisolado panorama en el que Cultura de los Cuidados vio la luz constituía una realidad en la que incidieron factores de toda índole: políticos, sociales, culturales, económicos, etc. En aquel año (1997) gobernaba en España el Partido Popular con José María Aznar como presidente del Gobierno. Se iniciaba un nuevo ciclo tras 14 años de gobierno del Partido Socialista Obrero Español. Otra novedad acontecida este año fue el abandono de Felipe González, sustituido como secretario general del partido por Joaquín Almunia. Fue el año en el que en España todavía ETA seguía asesinando y secuestrando (el secuestro de Ortega Lara o del posteriormente asesinado Miguel Ángel Blanco como muestra) mientras “Gesto por la Paz” reivindicaba la paz. Paralelamente, en el universo poético, el inolvidable Ángel González nos hablaba de “Las otras soledades de Antonio Machado” en su discurso de ingreso en la Real Academia Española (tomando el relevo del tristemente desaparecido antropólogo Julio Caro Baroja).

A nivel internacional, tal vez el acontecimiento más relevante (aunque siempre habrá escépticos que lo duden) radicó en el nacimiento de los dibujos animados de “Pokemon” hecho que provocó en Japón un fenómeno de salud poco común: centenares de niños fueron hospitalizados por ataques de epilepsia tras haber visto el episodio de Pokémon “Dennō Senshi Porygon”. Claro está que habría que considerar otros factores como el político y la economía: Bill Clinton -ya acuciado con el Monicagate- estaba en los inicios de su segundo mandato presidencial precediendo la fusión de dos gigantes bursátiles: Morgan Stanley y Dean Witter escenificando la que iba a ser la más imponente sociedad de

valores de Wall Street. Simultáneamente a la irrupción de este fenómeno financiero, la sonda espacial Mars Pathfinder de la NASA se posó en la superficie de Marte. Mientras tanto, en Escocia, además de seguir fabricando whisky, en el farragoso terreno donde se desdibujan las fronteras entre la ciencia tradicional y la ciencia ficción, aparecía en escena la oveja clonada “Dolly”, casi coincidiendo con la muerte en París, en un misterioso accidente automovilístico, la princesa Diana de Gales. En lo concerniente al aspecto demográfico, puede que sea significativo considerar un hecho que marca el fin de una tendencia y el inicio de otra: En Suecia, por primera vez desde principios del siglo XIX, fallecieron más suecos que los que nacieron.

Al otro lado del cuadrilátero geopolítico, Borís Nikoláyevich Yeltsin, recalcitrante acólito de la bebida nacional “Smirnoff” tomaba el relevo de Gorbachov, tal vez el político que más hizo por la caída del muro y que había cambiado el panorama de su país. En la India otro suceso trágico vuelve a reivindicar la “estulticia sin fronteras del ser humano” cuando otro grupo terrorista, autodenominado “Ranvir Sena” (integrado mayoritariamente por brahmanes ultraconservadores) asesinan a una decena de personas de “casta baja” y emplean su sangre como tinta para pintar el nombre del grupo en las paredes del pueblo.

Desde la perspectiva de las epidemias, los virus y las herramientas de contención respecto a los mismos, acaece a finales de año un hecho que hoy día está de rabiosa actualidad: El Gobierno de Hong Kong ordena matar todos los pollos para prevenir una nueva variante de gripe aviaria.

En el ámbito iberoamericano, acontece un fenómeno sorprendente que, empero, no despertó gran interés: el Congreso Nacional de Ecuador destituyó al presidente de la nación, el cantante y abogado Abdalá Bucaram, aduciendo el inquietante estado de su salud mental. En el

mundo del cine se estrenan grandes producciones como: “Titanic”, “La vida es Bella”, “El indomable Will Hunting”, aunque los “Oscar” agraciaron como ganadora total a “El Paciente Inglés.” Mientras, la película “El Che” vuelve a glosar el desembarco de Fidel Castro y el Che en Cuba, a la vez que en España “Brácula: Condemor”, con el desaparecido y añorado Chiquito de la Calzada, obtenía pingües beneficios de taquilla.

Situación de los estudios de enfermería en 1997 con especial atención a las iniciativas desarrolladas en la Universidad de Alicante

En el contexto educativo aún faltaban dos años para que se firmase la Declaración de Bolonia (1999) que daría el pistoletazo de salida a una compleja carrera cuya meta era -y sigue siendo- el proceso de convergencia europeo de educación superior. En lo concerniente a los estudios de enfermería, seguía vigente el plan de estudios de 1995 (Diplomatura) y en la universidad de Alicante se impartía Fundamentos de enfermería en tres módulos (Fundamentos histórico-antropológicos de enfermería I; Fundamentos teóricos y metodológicos de enfermería II; Fundamentos de enfermería en el sistema de necesidades y los cuidados básicos III). Asimismo, en el plan de estudios vigente en aquella época se contemplaban asignaturas que influyeron significativamente en la creación de la revista *Cultura de los Cuidados*: Pedagogía aplicada a los cuidados de enfermería e Historia de la enfermería en España. Eran momentos históricos de gran trascendencia para el futuro de la enfermería. Faltaban apenas un par de años para que se sancionara el título propio de segundo ciclo que rompería el “techo de cristal” de la enfermería: en abril de 1998 la Universidad de Alicante aprobó el título propio de segundo ciclo. Esto supuso un hito en la historia de la enfermería española, dado que

era la primera iniciativa en España cuyo objetivo consistía en dotar a las enfermeras de la plena capacidad docente e investigadora, incidiendo de pleno durante el futuro inmediato, en la gestación de diversos proyectos en este sentido: máster y doctorados.

La historia es una ciencia hermenéutica y sería imposible describir todo lo anteriormente mencionado sin considerar a interpretación hechos que, lejos de reflejar meras anécdotas personales- como el enfrentamiento que en 1996 protagonizaron dos cartagenos que, a la sazón, gobernaban los rumbos, por un lado, de la Comunidad Valenciana (Eduardo Zaplana, Presidente de dicha comunidad) y, por otro, de la Universidad de Alicante (Andrés Pedreño, Rector de la Universidad de Alicante). Este enfrentamiento pudo incidir en la segregación de la Facultad de Medicina de la Universidad de Alicante y su integración en otra de nueva creación: la Universidad Miguel Hernández de Elche. En este contexto, la Universidad de Alicante se quedaba huérfana en materia de Ciencias de la Salud y, por ello, es probable que todo este guirigay rebasara el nivel de simple chascarrillo y terminara influyendo, junto con otros factores, en el auge de la enfermería en la Universidad de Alicante (Siles, 2011) .

Origen de la revista *Cultura de los Cuidados*

A poco que se eche la vista atrás, resulta sencillo comprobar que existían ya unas condiciones previas al surgimiento de la revista, antecedentes que denotaban la efervescencia de un momento candente de álgida creatividad, donde imperaba el espíritu colaborativo e ilusionante entre los estudiantes de la diplomatura y los docentes del departamento de enfermería que tuvieron aquella estrambótica iniciativa.

La implantación de El Seminario de Historia y Antropología de los Cuidados en

1996, supuso un paso preliminar que desembocó en la creación de la Asociación Nacional de Historia y Antropología de los Cuidados (1998), una plataforma que sirvió de base para que hicieran reacción diversas sinergias: la asignatura pedagogía aplicada a los cuidados, Foro de Enfermería para el desarrollo, doce ediciones del premio Vida y Salud de narrativa (Siles, 2019), ocho Jornadas Internacionales de Cultura de los Cuidados, y diferentes asignaturas de grado y posgrado: las asignaturas Cultura de los Cuidados (diplomatura), Historia y Cultura de los Cuidados (máster), el máster oficial Cultura de los Cuidados y, por supuesto, el programa de doctorado Enfermería y Cultura de los Cuidados.

La revista surgió en medio de un panorama colaborativo entre distintas iniciativas de la disciplina enfermera, que compartían la urgencia de superar el paradigma neopositivista y recuperar para la enfermería una perspectiva epistemológica mucho más centrada en la realidad antropológica, fenomenológica, histórica y social de los cuidados. En este contexto de cooperación, que sirvió para unir a diferentes personas y grupos que compartían una visión de la enfermería, destacaron iniciativas como: La Fundación Index con Manuel Amezcua a la cabeza y la revista del mismo nombre, el Seminario de Historia de la Enfermería liderado por Francisca Hernández Martín, el Portal Híades y la revista del mismo nombre tutelados por los hermanos García Martínez, etc.

Uno de los eventos más distintivos de aquella atmósfera cooperativa que caracterizó la evolución de esta pléyade de iniciativas que orbitaron alrededor de Cultura de los Cuidados, fue, sin duda, la organización de las III Jornadas Internacionales de Cultura de los Cuidados que sirvieron para celebrar conjuntamente con la Transcultural Nursing Society su trigésima reunión anual y con la Fundación Index, la VI reunión sobre investigación

cualitativa en salud. Hasta la fecha, las últimas jornadas celebradas han estado dedicadas monotématicamente a los cuidados de salud de la mujer en el contexto de la mutilación genital femenina (dentro del marco de la violencia de género). Así las VIII Jornadas internacionales de cultura de los cuidados: Violencia de género, mutilación genital femenina y cuidados de salud celebradas en Alicante en Junio de 2019 contaron con la aportación de prestigiosos expertos en la materia como: Adriana Kaplan, coordinadora del Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (UAB), y de mujeres que, habiendo sufrido tal práctica, se han transformado en líderes que trabajan por su erradicación: Asha Ismail (Save Generation) y Fátima Djarra (Medicos del Mundo) (Siles, 2018).

Volviendo a los inicios de la revista, a pesar de que era difícil vaticinar que un proyecto así durara lo suficiente como para estar escribiendo esta editorial conmemorativa del cuarto de siglo de vida; lo cierto es que la consistencia de la idea de partida ha permitido la conservación de la estructura originaria de la revista en cuatro grandes bloques temáticos -además de las “Cartas al director” y la sección “Miscelánea”, dedicados a los cuidados y potenciando la perspectiva cualitativa de la disciplina: historia, fenomenología, antropología y teoría y método.

Así las cosas, el primer número de la revista vio la luz en Junio de 1997. Este parto fue posible sólo gracias a la confianza que mostraron en “la criatura” eminentes investigadores de la enfermería española de la época que, en un acto de generosidad que les honra, pusieron a disposición de una publicación sin bagaje previo ni alcurnia editorial alguna, trabajos cuya excelencia resultó determinante para que Cultura de los Cuidados comenzara a brillar con luz propia desde su primer número: Francisco Herrera,

Manuel Amezcua, Francisco Ventosa, Rafael Pascual, etc., pero en el número fundacional también se contó con una aportación extraordinaria que no provenía de la enfermería, sino de la literatura: Enrique Cerdán Tato nos “regaló” para la sección “fenomenología” un relato autobiográfico titulado “El gotero” en el que describía sus vivencias hospitalarias.

A lo largo de los años de recorrido de esta publicación con una abierta vocación armonizadora de las dimensiones humanísticas y científicas de la disciplina enfermera, han colaborado cientos de autores de diferentes países (Brasil, Colombia, Méjico, Ecuador, Chile, Uruguay, India, Argentina, Perú, Salvador, Honduras, Venezuela, España, Francia, Suiza, Portugal, Estados Unidos, etc.), y las visitas a los diferentes artículos han tenido decenas de miles de descargas, estando indizada en diferentes bases de datos y repertorios científicos: SCOPUS, Emerging Sources Citation Index (ESCI), CINAHL, CSIC, REDIB, DOAJ, LATINDEX, MIAR, DIALNET, GOOGLE SCHOLAR, etc.

Desde el principio contamos, como ya se ha señalado, con la colaboración de autores que son los que han logrado que hoy día la revista haya alcanzado el prestigio y el lugar que le corresponde en la amplia y variada topografía editorial de las ciencias de la salud, ocupando un lugar significativo en la temática histórico-antropológica e investigación cualitativa de los cuidados. Además de los investigadores mencionados anteriormente, Cultura de los Cuidados ha tenido el honor de contar desde los inicios con las aportaciones originales de prestigiosos científicos de la disciplina enfermera en el ámbito iberoamericano como: Carmen de la Cuesta, Francisca Hernández Martín, Ana Piera, Antonio Claret García Martínez y Manuel Jesús García Martínez, Genival Feranandes, Taka Oguisso, Mercedes Fraile, María Elisa

Moreno-Fergusson, Teresa Miralles, Fernando Porto, Bárbara Barrionuevo Bonini, Ximena Isla, Carlos Lousada, Almerinda Moreira, Alfonso García Hernández, Cristo Marrero y, en fin, un largo etcétera que haría esta lista interminable. A todos ellos, tanto a los mencionados como a los omitidos por la fuerza de las circunstancias, queremos darles nuestro más sincero agradecimiento.

En el contexto anglosajón tenemos también que destacar autores que nos han hecho crecer con sus colaboraciones originales: La misma Madelaine Leininger (fundadora de la enfermería transcultural), quien ya nos obsequió con una editorial cuando la revista aún estaba dando los primeros balbuceos (Leininger, 1999, 2004); Marjory Gordon, creadora de los patrones funcionales de salud, primera presidenta de la NANDA y declarada leyenda viva de la enfermería por la Academia Americana de Enfermería (Gordon, 2000); Larry Purnell, que gestó y desarrolló el modelo de competencia cultural (Purnell, 1999); Rachel Spector, creadora del modelo de herencia cultural, especialmente vinculada al programa de doctorado Cultura de los Cuidados y que nos honró con varias aportaciones (Spector, 2000, 2001, 2002, 2016); Callista Roy que desarrollo el modelo de adaptación que lleva su nombre y que fue declarada en el año 2007 “Leyenda Viva”, al igual que Gordon, por la Academia Americana de Enfermería (Roy, 2000); y Dula Pacquiao, experta en enfermería transcultural que publicó sus investigaciones acerca de los ritos de paso que caracterizan culturalmente la homosexualidad (Pacquiao, 2000). Especial mención queremos hacer en esta editorial conmemorativa del cuarto de siglo a los autores que nos han dejado, como los tristemente fallecidos Carmen Chamizo Vega, Marjory Gordon, Antonio Galindo Casero, Alfredo Bermúdez González y Madelaine Leininger.

Recapitulado sobre todo lo expuesto, sólo nos queda reiterar nuestro más sincero agradecimiento, además de los autores y lectores, a todos los que en las diferentes épocas de la revista, han colaborado entregando una parte importante de su tiempo al mantenimiento de esta empresa editorial desde diferentes roles: consejo editorial, científico y de redacción, revisores, becarios, etc. Gracias a todos.

BIBLIOGRAFÍA

- Ferrer, E. (2006). Cultura de los Cuidados. Un recorrido de diez años. *Cultura de los Cuidados*, 10(20), 7-13. Recuperado de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/858/1/culturacuidados_20_1.pdf
- Gordon, M. (2000). Pasado, presente y futuro de los diagnósticos de enfermería. *Cultura de los Cuidados*, 4(7-8), 128-138. Recuperado de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5116/1/CC_07-08_16.pdf
- Leininger, M. (1999). Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural. *Cultura de los Cuidados*, 3(6), 5-12. Recuperado de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5126/1/CC_06_01.pdf
- Leininger, M. (2004). That the cultural needs of the people in the world may be met by nurses prepared in transcultural nursing. *Cultura de los Cuidados*, 8(16), 5-6. Recuperado de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/1015/1/culturacuidados_16_01.pdf
- Navarro, S. (1996). El rector de la Universidad de Alicante impide a Zaplana presidir la inauguración del curso. *El País* 6 Octubre. Recuperado de https://elpais.com/diario/1996/10/05/sociedad/8444466434_850215.html
- Pacquiao, D., & Carney, M.K. (2000). La cultura de la homosexualidad: lecciones desde los ritos de «pasaje». *Cultura de los Cuidados*, 4(7-8), 75-86. Recuperado de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5088/1/CC_07-08_10a.pdf
- Purnell, L. (1999). El modelo de competencia cultural de Purnell: descripción y uso en la práctica, educación, administración e investigación. *Cultura de los Cuidados*, 3(6), 91-102. Recuperado de <https://culturacuidados.ua.es/article/view/1999-n6-el-modelo-de-competencia-cultural-de-purnell-descripcion-y-uso-en-la-practica-educacion-administracion-e-investigacion>
- Roy, C. (2000). El modelo de adaptación de roy en el contexto de los modelos de enfermería, con ejemplos de aplicación y dificultades. *Cultura de los Cuidados*, 4(7-8), 239-159. Recuperado de <https://culturacuidados.ua.es/article/view/2000-n7-8-el-modelo-de-adaptacion-de-roy-en-el-contexto-de-los-modelos-de-enfermeria-con-ejemplos-de-aplicacion-y-dificultades>
- Siles, J. (2010). Historia cultural de enfermería: reflexión epistemológica y metodológica. *Avances de Enfermería*, 18, 107-115. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/234045194_Historia_cultural_de_enfermeria_reflexionepistemologica_y_metodologica
- Siles, J. (2011). Historia de la enfermería. Madrid: DAE.
- Siles, J. (2019). Fallo Vida y Salud de Relatos. *Cultura Cuidados*, 23(54): 429-430. Recuperado de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/96352/8/CultCuid_54.pdf
- Siles, J. (2018). VIII Jornadas Internacionales de Cultura de los Cuidados:

Violencia de género, mutilación genital femenina y cuidados de salud (2019). *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 22(52). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2018.52.26>.

Spector, R. (2000). La enfermería transcultural: pasado, presente y futuro. *Cultura de los Cuidados*, 4(7-8), 116-127. Recuperado de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5115/1/CC_07-08_15.pdf

Spector, R. (2001) Heritage assessment. *Cultura de los Cuidados*, 5(9), 71-81. Recuperado de <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/5076>

Spector, R. (2002). Enfermería de cuidados culturales. *Cultura de los Cuidados*, 6(11), 5-10. Recuperado de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/4857/1/CC_11_01.pdf

Spector, R.E. (2016). Cultural Competence. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital) 20, 44. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2016.44.01>



EDITORIAL

**La Muerte y el Duelo en Niños. Cuánto nos aporta la Lengua Portuguesa
A Morte e o Luto nas Crianças. O Muito que a Língua Portuguesa Nos Traz
Death and Grief in Children. The Portuguese Language enriches so much us**

Cristo Manuel Marrero González¹; Alfonso Miguel García Hernández²

¹Enfermeiro no Servicio Canario de la Salud. Área de Saúde de Tenerife (Espanha). Doutor pela Universidade de La Laguna (Espanha). Membro do grupo de investigação sobre Cuidados no Final da Vida da Universidade de La Laguna. Orcid: [0000-0002-6202-2411](https://orcid.org/0000-0002-6202-2411). Correo electrónico: cmmarrerogonzalez@gmail.com

²Licenciado em Enfermagem. Doutor em Antropologia Social e Cultural pela Universidade de La Laguna. Professor titular da Universidade de La Laguna (Espanha). Coordenador do grupo de investigação sobre Cuidados no Final da Vida da Universidade de La Laguna. Orcid: [/0000-0002-2838-8735](https://orcid.org/0000-0002-2838-8735). Correo electrónico: almigar@ull.edu.es

Correspondencia: Rua Infante Juan Manuel 16, 38010. Santa Cruz de Tenerife. Tenerife. Espanha.
Correo electrónico de contacto: cmmarrerogonzalez@gmail.com

Cómo citar esta editorial: Marrero-González, C.M. & García Hernández, A.M. (2021). La Muerte y el Duelo en Niños. Cuánto nos aporta la Lengua Portuguesa. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 25(59). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.59.02>

Recibido:22/11/2020 Aceptado: Invitación editorial



RESUMEN

En este breve documento, los autores intentan reflexionar sobre las contribuciones de la investigación realizada

en Brasil sobre el duelo y el proceso de morir en niños del que podemos aprender en España, ya que hay poca literatura.

Nuestro grupo de investigación en la Universidad de La Laguna sobre la atención al final de la vida tiene como objetivo profundizar en este Proceso y mejorar la atención en esta etapa. Al revisar la literatura reciente, nos damos cuenta y reflexionamos que hay una gran sensibilidad en Brasil sobre el tema y, por esta razón, queremos rendir homenaje a la Enfermería de este país, escribiendo en idioma portugués.

Palabras clave: Enfermería; duelo; muerte; niños.

ABSTRACT

In this brief document, the authors try to reflect on the contributions of research carried out in Brazil on brief and the children's dying process that we can learn from in Spain, because there is little literature. Our research group at Universidad de La Laguna on end-of-life care aims to deepen this process and improve care at this stage. When reviewing the recent literature, we realize that there is a great sensitivity in Brazil on the subject and, for this reason, we want to pay tribute to the Nursing of this country, so we decide to write in Portuguese.

Key words: Nursing; grief; death children.

RESUMO

Neste breve documento, os autores tratam refletir sobre as contribuições da pesquisa realizada no Brasil sobre o luto e o processo de morrer nas crianças com o qual podemos aprender na Espanha, pois há pouca literatura. Nosso grupo de pesquisa na Universidad de La Laguna sobre cuidados em fim de vida visa aprofundar-se neste processo e melhorar os cuidados neste estágio. Ao revisar a literatura recente, percebemos e refletimos que há uma grande sensibilidade no Brasil sobre o assunto e, por esse motivo, queremos prestar homenagem à Enfermagem deste país, escrevendo na língua portuguesa.

Palavras-chave: Enfermagem; luto; morte; crianças.

Os autores do presente manuscrito são membros do grupo de investigação de Cuidados no final da Vida da Universidade de La Laguna, em Tenerife (Espanha). A finalidade principal de nosso grupo é estudar a complexa realidade do processo de morrer, a morte, os cuidados na final da vida, as perdas e o luto. Buscamos estudar e analisar as diversidades culturais nos diferentes contextos no final da vida e oferecer instrumentos de pesquisa para melhorar a qualidade da atenção neste processo (García Hernández, 2017).

Nosso grupo encontra muitas pesquisas e trabalhos de caráter fenomenológico ou qualitativo em português. Nós trabalhamos baixo esse paradigma na nossa universidade. García Hernández (2019), coordenador do nosso grupo, escreve que as narrações são úteis para entender melhor a vida. O luto e final da vida não ficam de fora. Portanto, nós podemos aprender muito das pesquisas em língua portuguesa. Especialmente das investigações do Brasil.

Já os autores descrevem numa recente revisão, e num trabalho com grupos focais em seu contexto, que as enfermeiras não têm preparação suficiente sobre o luto e o processo de morrer. Tampouco nas crianças (Marrero González e García Hernández, 2019). Com literatura recente em língua portuguesa, refletimos neste breve ensaio sobre as experiências do óbito e da morte com crianças e o papel da Enfermagem. Pode-se considerar este manuscrito como uma homenagem para à Enfermagem do Brasil como de Portugal. Esta é a razão pela que nós escrevemos em português este artigo.

Não há muito conhecimento e pesquisas de luto e do cuidado na final da vida na Espanha. Nosso grupo tem como objetivo melhorar os conhecimentos nesta

área. Menos ainda sobre o cuidado da final da vida nas crianças. Embora nos trabalhos da Enfermagem do Brasil existe um reconhecimento da falta de preparação no cuidado das crianças e de seus pais e das suas mães, a Enfermagem no Brasil teve preocupação neste assunto. No Brasil existe muita reflexão e crítica para melhorar a atenção dos pacientes e dos profissionais. O Brasil tem muita produção de pesquisa qualitativa.

Achamos necessário criar modelos de cuidado à criança no momento do final da vida e no momento de morrer. As enfermeiras acreditam que é importante fortalecer o vínculo família-equipe e criar ambiente confortável e humano (Cholbi *et al*, 2019). Além disso, a criação de grupos multiprofissionais que se reúnam periodicamente, pode ser bastante efetiva para possibilitar um espaço para que os membros da equipe de saúde falem dos seus sentimentos e das suas dificuldades. Cuidar a um neonato, por exemplo, é um fato muito difícil para uma enfermeira (Almeida *et al*, 2016). O ambiente nas unidades de terapia intensiva neonatal é complexo e que desenvolve nos profissionais conflitos emocionais, que podem trazer problemas a sua saúde (Lima e Silva, 2019).

A atenção às crianças e suas famílias em cuidados paliativos é um assunto pouco abordado durante a formação profissional. A morte é entendida no meio acadêmico como algo estritamente biológico. Concordamos com o Silva *et al* (2015), que se trata de um ato de carinho e de humanidade mais que de um ato científico. A maioria dos profissionais de Enfermagem não estão conseguindo lidar com a morte numa unidade de terapia intensiva neonatal. A inserção de Tanatologia na matriz curricular e nos cursos de capacitação, é necessário para poder criar estratégias que favoreçam o fortalecimento no processo de morte (Rocha *et al*, 2017). Algo que é parte da nossa vocação no nosso grupo. A formação é

deficiente em abordar o processo de morrer na infância (Justo *et al*, 2018). O mesmo descreve Oliveira *et al* (2018), numa revisão na que destacam incluir os cuidados paliativos em oncologia pediátrica nos estudos de Enfermagem.

Não podemos obviar que para a Enfermagem o luto e na final da vida é um processo complexo ainda mais quando trate-se das crianças. Temos que reflexionar sobre o cuidado integral de crianças e das suas famílias. Nos achamos que a Enfermagem no Brasil tem muitas ideias e filosofia mais consolidada neste campo que a Enfermagem na Espanha.

BIBLIOGRAFIA

Almeida, Fabiane de Amorim, Moraes, Mariana Salim de, & Cunha, Mariana Lucas da Rocha. (2016). Cuidando do Neonato que está morrendo e sua Família: Vivências do Enfermeiro de Terapia Intensiva Neonatal. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(spe), 122-129. DOI: [10.1590/S0080-623420160000300018](https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000300018)

Cholbi, Nathalia Cristine Schuengue Pimentel, Oliveira, Isabel Cristina dos Santos, Carmo, Sandra Alves do, Morais, Rita de Cassia Melão de, Martinez, Elena de Araújo, & Nascimento, Luciana de Cássia Nunes. (2019). As Ações de Enfermagem frente ao Direito à Morte Digna da Criança Hospitalizada. *Escola Anna Nery*, 23(3), e20180356. Epub July 04, 2019. DOI: [10.1590/2177-9465-ean-2018-0356](https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0356)

García Hernández, A. M. (2017). El Grupo de Investigación de la Universidad de La Laguna Cuidados al Final de la Vida. *Ene*, 11(2), 0-0.

García Hernández, A.M. (2019). Homo Narrator. De cómo contamos Historias a lo Largo de la Vida. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 23(55), 4-10. DOI: [10.14198/cuid.2019.55.01](https://doi.org/10.14198/cuid.2019.55.01)

Justo, M. D. S., Lacerda, G. P., Santos, B. C. D. C., & Montes, D. C. A. (2018). Morte na Infância: o Enfermeiro, a Mãe e a Criança. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, 7(11), 89-97.

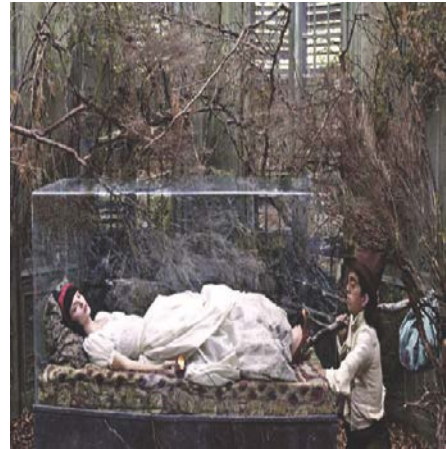
Lima, G. R., & Silva, J. S. L. G. (2019). Vivência dos Profissionais de Enfermagem Perante a Morte Neonatal. *Revista Pró-UniverSUS*, 10(1), 38-41. DOI: [10.21727/rpu.v10i1.1607](https://doi.org/10.21727/rpu.v10i1.1607)

Marrero González, C., & García Hernández, A. (2019). Vivencias de las Enfermeras ante la Muerte. Una Revisión. *Revista ENE de Enfermería*, 13(2), 0-0. Consultado de <http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/844>

Oliveira, A., Pereira, B., Ribeiro, J., & Lobo, M. R. (2018). Cuidados Paliativos à Criança com Câncer: Conductas de Enfermagem. *Anais Concifa*, 1(1).

Rocha, Daniela Dias da., Nascimento, Êmely Cristina do., Raimundo, Luiz Paulo, Damasceno., Ana Maria Barbosa, & Bondim, Helena Figueiredo Felisbino Barbosa. (2017). Sentimentos Vivenciados pelos Profissionais de Enfermagem diante de Morte em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Mental*, 11(21), 546-560. Recuperado em 21 de fevereiro de 2020, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272017000200015&lng=pt&tlng=pt.

Silva, Adriana Ferreira da, Issi, Helena Becker, Motta, Maria da Graça Corso da, & Botene, Daisy Zanchi de Abreu. (2015). Palliative Care in Pediatric Oncology: Perceptions, Expertise and Practices from the Perspective of the Multidisciplinary Team. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36(2), 56-62. DOI: [10.1590/1983-1447.2015.02.46299](https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.02.46299)



FENOMENOLOGÍA

Significados atribuido al evento coronario agudo desde la perspectiva familiar

Meanings attributed to the acute coronary event from the family perspective

Significados atribuídos à síndrome coronária aguda na perspectiva da família

Diana Marcela Rengifo Arias¹ & Luz Lahiri Cortes Gálvez²

¹Magister en enfermería con énfasis en el cuidado de la salud cardiovascular. Universidad del Valle. Orcid: 0000-0002-3956-1505. Correo electrónico: Diana.marcela.rengifo@correounivalle.edu.co

²Magister en administración de negocios. Corporación Universitaria Empresarial Alexander von Humboldt Orcid:0000-0003-3404-9745. Correo electrónico: lcortes@cue.edu.co

Correspondencia: Calle 4 Norte # 13- 05. Armenia, Quindío- Colombia.

Correo electrónico de contacto: Diana.marcela.rengifo@correounivalle.edu.co

Cómo citar este artículo: Rengifo-Arias, D.M., & Cortés – Gálvez, LL (2021). La Muerte y el Duelo en Niños. Cuánto nos aporta la Lengua Portuguesa. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 25(59).

Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.59.03>

Recibido:21/12/2020 Aceptado: 21/12/2020



RESUMEN

El incremento de las enfermedades cardiovasculares (ECV), representa una carga asistencial y económica, relacionada con la mortalidad, la morbilidad y sus secuelas, impactando la experiencia de vida de quien desarrolla el evento y de su familia. Objetivo: comprender el significado

atribuido al evento coronario agudo desde la perspectiva familiar en un grupo de personas residentes en el departamento del Quindío- Colombia; para resignificar conductas que pueden constituirse en riesgos para la salud del sistema familiar que comparte experiencias de vida, en pro de mejorar la calidad de vida y el bienestar

integral de las personas. Metodología: estudio cualitativo, con enfoque fenomenológico; los sujetos fueron identificados mediante informantes claves, la información se recolecto por medio de entrevistas a profundidad. Resultados: el análisis temático interpretativo permitió identificar tres categorías: interpretación del evento, atención en salud y necesidades de cuidado. Conclusión: resulta importante reflexionar sobre el cuidado de enfermería como un proceso de interacción genuina entre el cuidador profesional y los sujetos de cuidado, en este caso la familia, para propender por el bienestar y la salud integral del sistema familiar durante la hospitalización y la recuperación de la persona con ECA.

Palabras clave: Atención en enfermería; Familia; acontecimientos que cambian vidas; hospitalización; infarto del miocardio.

ABSTRACT

The increase of cardiovascular diseases (CVD), represents a burden of care and economic, related to mortality, morbidity and its aftermath, impacting the life experience of who develops the event and his family. Objective: To understand the meaning attributed to the acute coronary event from the family perspective in a group of people residing in the department of Quindío, Colombia; to redefine behaviors that may constitute risks to the health of the family system that shares life experiences, to improve the quality of life and the integral well-being of the people. Methodology: qualitative study, with phenomenological approach; the subjects were identified by key informants, the information was collected through in-depth interviews. Results: The interpretive thematic analysis identified three distinct categories: interpretation of the event, health care and care needs. Conclusion: It is important to reflect on the care of nursing as a genuine

process of interaction between the professional caregiver and the subjects of care, in this case the family, for ensuring the well-being and wholeness of the family system during hospitalization and recovery of the person with ECA.

Keywords: Nursing care; family; life change events; hospitalization; myocardial infarction.

RESUMO:

O incremento das doenças cardiovasculares (DCV) representa uma carga assistencial e econômica, relacionada com a mortalidade e suas consequências, impactando na experiência de vida de quem a padece e sua família. Objetivo: compreender o significado atribuído ao evento coronariano agudo na perspectiva da família em um grupo de pessoas residentes no departamento de Quindío-Colômbia; ressignificar condutas que podem constituir-se em riscos para a saúde do sistema familiar que comparte experiências de vida, em pro de melhorar a qualidade de vida e o bem-estar integral das pessoas. Metodologia: estudo qualitativo com enfoque fenomenológico; os sujeitos foram identificados mediante informantes chaves, a informação foi coletada por meio de entrevista em profundidade. Resultados: a análise temática interpretativa permitiu identificar três categorias: interpretação da síndrome; atenção em saúde e; necessidades de cuidado. Conclusão: é importante refletir sobre o cuidado de enfermagem como um processo de interação genuína entre o cuidador profissional e os sujeitos de cuidado, neste caso, a família, para propender pelo bem-estar e a saúde integral do sistema familiar durante a internação e recuperação da pessoa com SCA.

Palavras chave: Atenção de enfermagem; família; acontecimentos que mudam vidas; internação; infarto do miocárdio.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad coronaria aguda (ECA) es la causa individual más frecuente de muerte en todos los países del mundo (Organización Mundial de la Salud, 2017), para Colombia el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) la reporta como la principal causa de muerte en personas mayores de 45 años (Defunciones no fetales 2015, s. f.) y se relaciona en gran medida con la presencia de factores de riesgo ampliamente conocidos (Organización Mundial de la Salud, 2017).

La ECA impacta diferentes dimensiones de la experiencia humana (física, psicológica y social) y repercute negativamente sobre la percepción de la calidad de vida y de la salud, limitando en general el desarrollo de diferentes actividades (Espitia Cruz & F, 2011; Mallol Simmonds, 2017; Oliveira et al., 2016; Rondanelli & Rondanelli, 2014; Sancho Cantus, 2016; Santiago de Castro, 2016), en la dimensión física, se reporta sensación de cansancio, que compromete la tolerancia a la actividad limitando la posibilidad de desarrollar actividades básicas como caminar, vestirse o realizar tareas domésticas, sin olvidar el impacto sobre el patrón sexual (Achury Beltrán, 2019); también se reportan repercusiones de tipo emocional que comprometen la percepción de la autoimagen, el desempeño, la independencia social y laboral, igualmente estas personas presentan dos veces más riesgo de sufrir un episodio depresivo, de ansiedad y temor ante un nuevo evento coronario (Mallol Simmonds, 2017). Estas repercusiones, dificultan las interacciones sociales con el núcleo familiar, los amigos o el grupo social, favoreciendo conductas de aislamiento que a su vez incrementan el estrés y los sentimientos de impotencia (Achury Beltrán, 2015); razón por la cual,

las personas que experimentaron un ECA presentan necesidad de fortalecer la espiritualidad y aclarar sus dudas sobre: la enfermedad, la forma de enfrentarse a su nuevo estado de salud, las situaciones de confusión mental, la desorientación asociada al cuadro y las nuevas experiencias que lo acompañan (Ponte et al., 2012).

En cuanto al impacto familiar, el ECA genera incertidumbre al verse abocados a un cuadro abrupto que requiere de intervenciones inmediatas e intensivas en unidades especializadas, desencadenando en las familias necesidades de información, apoyo emocional, seguridad y empatía (Bautista Rodríguez et al., 2016), además de requerir soporte para la transformación de conductas familiares que constituyen factores de riesgo para el superviviente (Bautista Rodríguez et al., 2016; Garcia et al., 2016); desde la concepción de la familia como un sistema, en donde sus miembros se encuentra en interacción y afectación mutua, resulta comprensible que el desarrollo de un ECA y su subsecuente hospitalización impacte de forma directa a los miembros familiares, generando transformaciones en su dinámica individual y colectiva, que conlleven al desarrollo de crisis familiares y una posible disfuncionalidad familiar (Bautista Rodríguez et al., 2016; Passos & Pereira, 2015).

Durante la atención en salud, poco se abordan las necesidades que se experimentan fuera de la esfera biológica, desconociendo el impacto que dicha experiencia puede generar en otras dimensiones de la existencia humana, incluido el entorno familiar que comparte este acontecimiento vital, lo cual resulta paradójico, puesto que muchas de las teorías que orientan el ejercicio del profesional de enfermería reconocen la necesidad de comprender los significados, experiencias, sentimientos y actitudes de las personas a quienes se cuida (individuo y familia), para proponer cuidados coherentes con las

realidades particulares que resignifiquen, de forma positiva, la experiencia de salud en pro del restablecimiento del bienestar.

Razón por la cual, este trabajo pretende comprender el significado atribuido al evento coronario agudo desde la perspectiva familiar en un grupo de personas residentes en el departamento del Quindío-Colombia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio cualitativo de enfoque fenomenológico, con una muestra hasta la saturación de los datos y muestreo por conveniencia en bola de nieve mediante informantes claves (Hernández Sampieri, 2010), la población estuvo conformada por informantes familiares mayores de 18 años de edad, que acompañaron el proceso de atención en salud a su familiar durante el episodio de enfermedad coronaria aguda en el municipio de Armenia- Quindío. Dentro de las limitaciones experimentadas para la investigación se identificó la consecución de la muestra, razón por la cual se debió acudir a informantes claves comunitarios que sirvieron de enlace con los informantes familiares.

Para la recolección de la información se realizaron entrevista a profundidad, durante el año 2019, con preguntas orientadoras, circunscritas en los fenómenos que se requieren indagar para comprender el significado atribuido al evento coronario agudo desde la perspectiva familiar, a saber: interpretación del evento, acciones terapéuticas desarrolladas durante la atención en salud. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas para realizar análisis temático mediante el programa ATLAS.ti; se planteó identificar las necesidades de cuidado experimentadas durante la atención del evento desde lo expuesto por Alfaro-LeFevre como necesidades a atender por

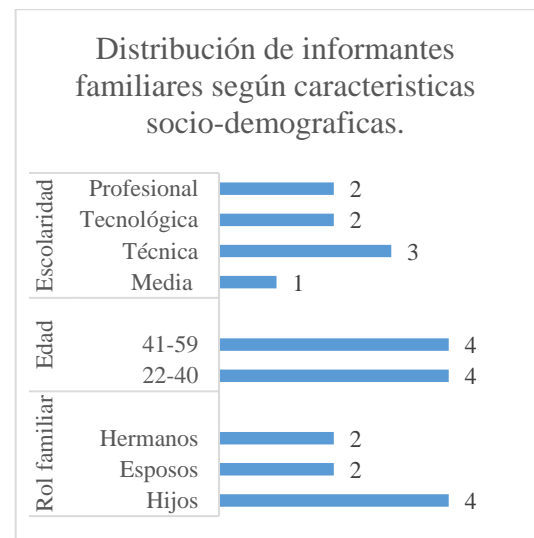
enfermería durante el proceso de cuidado (Alfaro- LeFevre, 2014) .

El estudio fue presentado en el Comité de Biótica de la Corporación Universitaria Empresarial Alexander von Humboldt y aprobado mediante acta número 03-11- 2018; durante su realización, se tomaron las medidas necesarias para garantizar la autonomía, la beneficencia y no maleficencia sobre los participantes de la investigación, además de garantizar su anonimato en el manejo de la información, aspectos de los cuales fueron informados anticipadamente durante el proceso de consentimiento informado.

RESULTADOS

En total se entrevistaron ocho informantes familiares, en su mayoría hijos, mujeres y en edades comprendidas entre los 22 a los 56 años, todos con escolaridad media académica y en la mitad de los casos, además, formación superior (Figura 1); sobre los personas que desarrollaron el evento coronario agudo, vale la pena resaltar que en su mayoría fueron hombres (5 casos) todos con edades superiores a los 50 años.

Figura 1. Caracterización sociodemo-gráfica de las/os participantes. Quindío- 2019



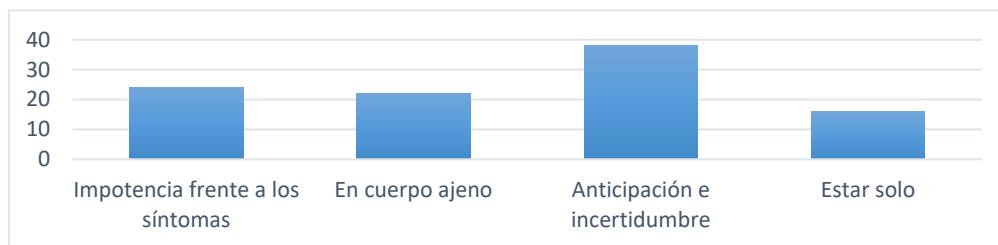
Fuente: elaboración propia

Tabla 1. Frecuencias unidades de análisis según categoría

Categoría	Cuenta	% Códigos	Casos	% Casos	Numero de Palabras	% palabras
Interpretación del evento	53	54,60%	8	100,00%	4273	54,20%
Atención en salud	24	24,70%	8	100,00%	996	12,60%
Necesidades de cuidado	20	20,60%	8	100,00%	1350	17,10%

Fuente: elaboración propia

Figura 2. Distribución de los códigos en la categoría Interpretación del evento



Fuente: elaboración propia.

Los resultados surgieron del análisis temático de las entrevistas, se establecieron unidades de análisis y frecuencia inicial de códigos para las tres categorías resultantes (Tabla 1), vale la pena aclarar que aunque metodológicamente se pretendía identificar las necesidades de cuidado posterior al análisis interpretativo, los informantes expresaron situaciones concretas que se constituyen como necesidades humanas durante la experiencia de acompañar a su familiar; posterior al análisis temático interpretativo, se establecieron subcategorías.

Al explicar o declarar el sentido de la experiencia de acompañar a su familiar

durante el evento coronario agudo, se identificó cuatro subcategorías (Figura 2):

- Impotencia frente a los síntomas que se presentan durante evento, lo cual se acompaña de desconocimiento sobre lo que realmente está ocurriendo y sobre cómo actuar para resolver dicha situación, impulsando a realizar acciones desde los conocimientos populares:

7:16 (3234:3533) Impotencia de poder, de no saber qué hacer, pero desafortunada o afortunadamente tomamos la decisión de la pastica y de arrancar con ella; uno se siente inútil, hay mucha angustia de no poder hacer nada. 6:22 (9285:9580) Yo lo veía tirado en esa colchoneta, era mejor acostarse en la tabla sola, y él se quejaba, no se podía mover, el dolor no lo

dejaba y yo ahí, sin saber que hacer. 4:5 (702:920) Yo le decía que tosiera, porque había visto en un vídeo que eso podía servir, mi nieta le decía que levantara el brazo que le dolía.

- En cuerpo ajeno, se proyecta los sentimientos, sensaciones y emociones relacionadas con el evento coronario y la hospitalización; lo cual compromete el bienestar integral de la familia y del cuidador familiar durante el evento:

1:1 (0:329) Yo creo que es la primera vez en mi vida que me sentí tan asustada, en ese momento mi papá tenía mucho dolor ... es algo que traumatiza totalmente, recuerdo que yo temblaba de los nervios, lloraba y sentía que me faltaba la respiración. 2:2 (189:361) Fue un momento muy duro, no sabíamos que hacer; la verdad esos momentos son indescriptibles, hay una tormenta de emociones, uno solo siente confusión, cuesta dormir, comer, hasta respirar resulta confuso. 6:17 (7082:8013) En casa el perrito empezó a llorar y yo me senté a llorar con él, en la calle, a las 11 de la noche, porque yo sentí que el perrito lo extrañaba, yo también lo extrañaba, no podía descansar, siempre mi mente estuvo con él (en el hospital). 5:24 (6763:7247) Nosotros tenemos 3 hijos, hombres, ellos quieren mucho al papá, entonces yo les digo: al papá le dio un infarto pero lo están tratando, y dicen: ¿un infarto y mi papa está bien?; no sí, él papa está bien y va a estar bien; entonces por eso le digo, al de la mitad le dio más duro, se puso a llorar, entonces es el dolor de él, el mío y el del niño, no queda mas que disimular, que no vieran como estaba yo de mal, porque, yo tenía que disimular para que ellos estuvieran bien.

- Anticipación e incertidumbre ante la situación de su familiar, las expectativas del tratamiento y la proyección de una vida sin su ser

querido, ante los sentimientos que esto generaba y la convicción de requerir ser fuertes, mostrarse tranquilos por el bien de la persona hospitalizada y del resto de familiares: 7:17 (3624:3902) La angustia sigue, sigue por igual, ella está todavía en el proceso de saber que le va a pasar en el transcurso de la noche, siempre uno queda con la angustia, ya la atendieron y de pronto hay una calma, pero sigue la angustia de saber que va a pasar más adelante con ella. 8:27 (10937:11194) A veces me sentaba a fuera de urgencias y me ponía a pensar que iba hacer, pero nunca lo hacia delante de él, él me decía: ¿y como van las cosas? y yo, bien, deme tiempo que ya lo estoy solucionando y me salía y pensaba, por ahí lagrimeaba y bueno volvía, entraba. 5:14 (3588:3770) Mantenía muy triste, pues él decía: como que ya no voy a tener papá, entonces yo le decía no papi, no, es que le van hacer una cantidad de exámenes, pero ya mañana capaz le dan salida. 6:19 (8386:8734) No me quería quedar sola; esta casa sola no era para mí y pensé muchas veces que no sabía que iba hacer sin él, porque si acá se cae una puntilla él la pega, si acá algo se daña él lo arregla, él me lleva y me trae del trabajo; para mí la soledad iba hacer muy difícil, de hecho me preocupaba esa soledad.

- Estar solo, no solo por la separación abrupta que genera la hospitalización, sino porque los encuentros para comunicarse con su familiar son breves, limitados por la estructura organizativa de la institución y el temor de preocupar a la persona enferma y al resto de familia: 1:21 (7666:7909) Ellos

están en una parte totalmente ajena a la que uno está, uno está en una sala de espera, pensando sobre como estará, preguntándose: esta bien o no? y nadie sale a decir nada; ninguno se interesa porque uno este tranquilo, simplemente nada. 2:9 (1352:1716) Entrabamos de uno en uno a mirar cómo estaba. Era pararnos al lado y mirarla ahí dormida y la otra gente también mal, mientras cada uno entraba a la visita estábamos solos, claro... en el centro la estación de las enfermeras y desde ahí miraban, revisaban que hacíamos. 3:15 (4090:4244) Ya por la tarde subimos, pero a mis hermanos no los dejaban entrar, entonces empecé hablar con el uno, con el otro, para que les permitieran entrar a saludar, pero nada, las mismas respuestas, las mismas caras a nadie le interesaba, al final nada para hacer.

Comprendiendo la salud como un estado dinámico de bienestar multidimensional (físico, emocional, espiritual y social) (Valenzuela Contreras, 2016) resultado de la interacción reciproca entre el ser humano y su entorno se concibe la atención en salud como una serie de procesos en los cuales se responde a las interpretaciones individuales que se asignan a la experiencia humana en contextos cambiantes, situación que excede la perspectiva biologicista, imperante en la concepción biomédica que se centra en la enfermedad; perspectiva desde la cual se identificó durante el análisis temático interpretativo la categoría denominada Buena atención versus expectativas sobre el cuidado de la salud, que da como resultado la sobrevida de la persona que experimentó el evento coronario agudo, mediante el desarrollo de actividades procedimentales como la realización de ayudas diagnosticas, la administración de medicamentos, la

ejecución de procedimientos terapéuticos específicos para el manejo del cuadro clínico utilizando técnicas de reperfusión coronaria percutánea o mediante agentes fibrinolíticos y la monitorización para vigilancia constante de signos vitales: 1:11 (2909:3497) Llegan 3 doctoras, llegan las auxiliares, lo monitorizan, le toman todos los signos vitales, le canalizan una vena, le ponen líquidos, le toman laboratorios; mientras tanto los médicos gestionan y llaman a cuidados intensivos. 3:6 (409:516) Todos pendientes del monitor, le preguntaron de los medicamentos que se estaba tomando lo confirmaron conmigo y empiezan a darle medicamentos. 4:10 (2396:2623) Esperaron un tiempito para tomarle las enzimas cardiacas, pero inmediatamente le iniciaron el manejo del infarto, le dieron anticoagulantes, creo que le aplicaron para el dolor. Sin embargo, durante la experiencia de tener un familiar hospitalizado por un evento coronario agudo, los familiares en medio de la incertidumbre, el desconocimiento y la anticipación se cuestionan sobre las formas en las que se desarrolla la atención en salud: 2:11 (2569:3474) La verdad no sé qué hacia el personal durante la hospitalización, porque pues pueden estar haciendo muchas cosas, yo los veía haciendo los procedimientos básicos rutinarios, pasaban en la revista a unas horas especificas, los veía midiendo los aparaticos con los líquidos, más allá de eso no entendía nada; uno quiere obviamente que se le ponga más atención al usuario, como si estuviera ahí, porque aunque dijeran que el diagnostico de ella era algo normal, para nosotros no lo era, por eso debería haber más atención y más disposición en la calidad del servicio por parte de los enfermeros y doctores. 7:12 (1977:2185) Ella amaneció en un asiento, porque no había camillas, no había cama, no había nada, mi sobrina se quedó con ella en un asiento, hay amanecieron hasta el otro día que le iban a hacer el procedimiento, como iba a estar tranquila ahí, en una camilla!. 3:30

(8028:8571) ¿Por qué no había alguien que nos explicara, o a quien nosotros le pudiéramos decir que necesitábamos?, creo que se hubiera podido sacar un poquito de tiempo para hablarnos, unos minutos, eso no es mucho, no va retrasar tanto.

Y desde esta realidad, en cuanto pudieron asumieron el desarrollo de algunas actividades para el cuidado de su familiar: 5:9 (2878:2978) Me dijo: tráigame algo para vomitar, le avise a la doctora y me dijo: vea, ahí hay unos patos sáquelos. 6:33 (14762:14905) En la Uci, él no se dejaba bañar de ellas (personal), él no se dejaba tocar de ellas, yo llegaba y hacia lo que más podía. En este contexto emergieron personas que resignificaron los momentos que se experimentan durante la hospitalización: 8:4 (1107:2267) Nos abrió la puerta el celador, le dijo que entrara mientras me indicaba a mi que diera los datos, cuando me vio nuevamente me dijo camine y lo espera allí; muy formal el señor siempre estuvo pendiente de nosotros, iba, averiguaba, venía y me contaba, eso de verdad que me aliviaba en algo. 6:10 (2895:3761) Mi grupo de trabajo es una cosa que nadie se puede imaginar, ellos son humanos y todo el tiempo me llamaban, estuvieron pendientes, cubrieron mis turnos y nunca me cobraron, nunca me descontaron nada, mi jefe una mujer maravillosa, que me apoyo demasiado. 2:1 (0:187) Mi jefe me permitía salir un poquito antes para poder verla más tiempo, a medio día y por la tarde y eso me permitía estar mas tranquilo.

Se identificó como necesidades de cuidado, relacionadas con la experiencia de acompañar durante la hospitalización a un familiar con evento coronario agudo, la comunicación- educación, apoyo psico-emocional, soporte económico y sanitario efectivo: 7:21 (632:6033) Uno como familiar queda con dudas sobre como tratarla, como actuar en caso de otro infarto. 1:28 (9594:9957) no supimos que podía

hacer y que no, nos dijeron que no se quedara quieto pero que no hiciera esfuerzos, entonces ¿eso es que?, ¿puede de pronto lavar la losa, doblar la ropa?. 5:17 (4900:5078) Me preocupaba el dinero para transportarme, me gastaba 10 000 pesos en el taxi, me quedaba solo con el dinero para bajar y luego pensar en como volver a subir. 6:29 (11502:11632) Empecé a sacar plata de donde teníamos, de la cuanta de él, de la mía, nosotros quedamos totalmente en ceros sin nada [...] porque me toco pagar todas las ambulancias, la rehabilitación, todo porque la EPS (entidad prestadora de servicio) nunca autorizo. 8:38 (17097:17675) El acompañamiento debe ser para ambos, porque yo me sentí sola, yo cargaba con todo el miedo de quedar sola, enfrentaba mis propios problemas, enfrentaba los problemas de él, los problemas económicos por no poder trabajar, por necesitar para mis traslados, para los de él, para lo que le piden a uno en la clínica, no tenia con quien hablar y no podía contarle a mis amigos, mucho menos a mis padres porque ellos depende de mí, entonces yo no podía quejarme ante nadie; por eso pienso que el acompañamiento para ambos es importante.

DISCUSIÓN

Las familias de las personas que experimentan un evento coronario agudo, desarrollan alteraciones en su condición de salud, que van desde cambios psico-emocionales relacionadas con la tristeza, ansiedad y el estrés generados por la incertidumbre que acompaña el evento y la anticipación de la pérdida, además presentan alteración en los patrones de sueño-descanso, nutrición y confort; sin embargo es importante distinguir que estas alteraciones se encuentran presentes en los cuidadores familiares, independiente del evento que genero la hospitalización (Caicedo Martínez & Velásquez Gutiérrez, 2015; Jahuancama Villagaray & Espinoza

Moreno, 2017; Paul & Finney, 2015) y podrían además estar relacionadas con la tecnificación que existe durante la atención hospitalaria en servicios de alta complejidad, como resultan ser los servicios de urgencias y cuidados intensivos (García Ortega et al., 2016; Martínez Valls, 2017); razón por la cual, es vital emprender acciones y programas que promuevan una interacción genuina entre los profesionales de salud y los familiares, especialmente el profesional de enfermería quien desde su formación académica y sustento teórico reconoce a la familia como sujeto de cuidado (Jahuancama Villagaray & Espinoza Moreno, 2017). El desarrollo de estos programas demuestra resultados importantes en beneficio de los involucrados; diferentes instituciones han desarrollado protocolos de acogida a la familia (García Ortega et al., 2016), Modelo de Cuidado de Enfermería para la Familia de Paciente con Infarto Agudo al Miocardio (Avendaño García et al., 2015) que promueven la implementación de acciones de cuidado enfocadas a las necesidades familiares durante la experiencia de hospitalización disminuyendo los sentimientos de aislamiento, tristeza, ansiedad e incertidumbre relacionados con el evento; generando ambientes hospitalarios que redundan en cuidados integrales para la salud, mas allá de la atención biologicista imperante en las instituciones clínicas y hospitalarias de la actualidad; lo cual implica una clara diferenciación entre la atención en salud y el cuidado de la misma (Pereira Correa et al., 2019).

El establecimiento de una comunicación terapéutica, por parte de los profesionales de enfermería, resulta fundamental para resignificar el evento, tanto para el familiar como para el paciente; este proceso inicia durante la hospitalización, cuando la enfermera es competente para desarrollar una relación de cuidado que le permite identificar las necesidades en salud presentes en la

situación y apoyar la construcción y el desarrollo de medidas que permitan el restablecimiento integral de la misma (Pereira Correa et al., 2019); sin embargo, durante la atención se prioriza el tratamiento de la enfermedad y se relega la función del profesional de enfermería al desarrollo de actividades administrativas, lo cual compromete las practicas de cuidado enfermero ahondando la percepción de soledad presente durante la atención del evento y comprometiendo el desarrollo de conocimientos y habilidades necesarios para transitar la experiencia de enfermedad y hospitalización; lo cual requiere de espacios adecuados, escucha activa y efectiva, interacción genuina comprendiendo la comunicación como un proceso de relación, en este caso terapéutica (Bautista Rodríguez et al., 2016) que propicia el cuidado sensible, capaz de responder, según Pereira y colaboradores, a las interpretaciones, subjetivas por naturaleza, en expresión de lo vivido y que no tiene, necesariamente se relacionan exclusivamente al desarrollo de la patología y en tanto a los cuidados corporales provistos en la atención de la misma (Pereira et al., 2012).

La necesidad de reflexionar y fomentar una comunicación terapéutica entre el profesional de enfermería y el cuidador familiar, explica en gran medida el surgimiento de necesidades de cuidado relacionadas con la comunicación-educación, apoyo psico-emocional, soporte económico y sanitario efectivo, estos hallazgos se encuentran presente en los familiares independientemente a la patología asociada (Caicedo Martínez & Velásquez Gutiérrez, 2015; García Ortega et al., 2016; Jahuancama Villagaray & Espinoza Moreno, 2017; Martínez Valls, 2017) y continúan presentes posterior al alta hospitalaria, en cuidadores familiares de personas con enfermedades crónicas (Díaz et al., 2019), probablemente porque el impacto sobre la dinámica familiar, el desempeño y

desarrollo de los roles establecidos dentro del sistema y la necesidad de gestionar recursos económicos y de apoyo necesarios para afrontar la situación, se genera más por la crisis situacional que afrontan que por la etiología del cuadro.

CONCLUSIONES:

El infarto agudo del miocardio se interpreta como un acontecimiento que cambia vidas puesto que impactan el bienestar y la salud integral del núcleo familiar, generando manifestaciones a nivel físico, emocional, social y económico.

Se identifica el desarrollo de cuidados de enfermería, desde la visión particular determinista, desde la cual se responde a la dimensión física de la experiencia humana; razón por la cual resulta importante reflexionar sobre la transición epistemológica necesaria para equiparar los desarrollos teóricos disciplinares con la práctica profesional que se desarrolla en las instituciones de salud del departamento del Quindío.

La familia se reconoce como el pilar fundamental de la sociedad y por lo tanto como el sistema que apoyara la recuperación del estado de salud, la construcción de bienestar y la resignificación del evento por parte de la persona que desarrolla un infarto agudo del miocardio; por lo cual se consideran sujetos de cuidado para la profesión de enfermería desde la prevención de la enfermedad en los miembros familiares, la transformación de hábitos compartidos que puedan constituirse en factores de riesgo y la construcción de sentido atribuido a la experiencia de un evento de tan alto impacto.

BIBLIOGRAFÍA

Achury Beltrán, L. (2019). Efecto de la entrevista motivacional sobre la adherencia de pacientes cardiovasculares. *Enfermería Global*, 56, 459–471. Recuperado de <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.4.341611>

Alfaro- LeFevre, R. (2014). Valoración. En Wolters Kluwer (Ed.), *Aplicación del Proceso enfermero: Fundamento del razonamiento clínico*. (Octava, pp. 45–82).

Avendaño García, J., Estrada Ochoa, M., Gallegos Alvarado, M., & Canales Antuna, A. (2015). Efectividad del modelo de cuidado de enfermería para la familia de paciente con infarto agudo al miocardio en la unidad de cuidados intensivos. *Revista CUIDARTE*, 6(1), 923–931. Recuperado de <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v6i1.166>

Bautista Rodríguez, L., Arias Velandia, M., & Carreño Leiva, Z. (2016). Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. *Revista CUIDARTE*, 7(2), 1297. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.330>

Caicedo Martínez, I., & Velásquez Gutiérrez, V. (2015). Riesgo familiar y grado de salud de familias con adultos hospitalizados en una unidad de cuidado intensivo. *Cultura del cuidado*, 12(1), 16–28. Recuperado de <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/cultura/article/view/3825/3207>

Defunciones no fetales 2015. (s. f.). Recuperado de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/defunciones-no-fetales/defunciones-no-fetales-2015>

Díaz, L. C., Moreno, S. C., & Rojas, M. A. (2019). Percepción sobre el soporte social brindado a cuidadores familiares de

- personas con enfermedad crónica. *Cultura de los cuidados*, 23(55), 11–24. Recuperado de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/100832/1/CultCuid_55-11-24.pdf
- Espitia Cruz, S., & F, R. O. (2011). Percepciones y creencias en personas que padecieron un evento coronario agudo. *Avances en Enfermería*, 2, 307–318.
- García Ortega, D., García Graus, N., & Martínez Martín, M. (2016). La relación terapéutica con la familia del paciente crítico. *Metas de Enfermería*, 19(2), 49–59. Recuperado de <https://www.enfermeria21.com/revistas/met-as/articulo/80882/>
- García, R., Budó, M., Schwartz, E., Girardon-Perlini, N., Barbosa, M., & Da Silva, M. (2016). Cuidado familiar após infarto agudo do miocárdio. *Ciencia y Enfermería*, 22(2), 27–37.
- Hernández Sampieri, R. (2010). Investigación Cualitativa. En Mc Graw Hill (Ed.), *Metodología de la investigación* Sexta, pp. 468–506.
- Jahuancama Villagaray, O., & Espinoza Moreno, T. (2017). Relación terapéutica entre enfermera y familia basada en la teoría de Joyce Travelbee, en un hospital de Lima. *Health Care & Global Health*, 1(1), 31–35. Recuperado de <https://doi.org/10.22258/hgh.2017.8>
- Mallol Simmonds, M. (2017). Trastornos psiquiátricos frecuentes post infarto agudo al miocardio y su relación pronóstica. Revisión de la literatura. *Revista de Ciencias Médicas*, 42(2), 42–50. <https://arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/656/827>
- Martín-Crespo, M. C., & Salamanca Castro, A. B. (2007). *El muestreo en la investigación cualitativa*. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/290779618_El_muestreo_en_la_investigacion_cualitativa
- Martínez Valls, J. (2017). Restricciones familiares en UCI. Impacto emocional. *Publicaciones Didácticas*, 78, 167–169.
- Oliveira, B., Silva, A., Azevedo, P., & Silva, L. (2016). Impacto da doença coronariana no cotidiano das mulheres. *Revista Baiana de Enfermagem*, 1(1), 305.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Enfermedades cardiovasculares*. Enfermedades cardiovasculares. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
- Passos, S., & Pereira, Á. (2015). Cuidado sensible destinado a la familia con uno de sus miembros hospitalizado. *Index de Enfermería*, 24(3). Recuperado de <https://doi.org/10.4321/s1132-12962015000200006>
- Paul, R., & Finney, S. (2015). Family satisfaction with care on the ICU: Essential lessons for all doctors. *British Journal of Hospital Medicine*, 76(9), 504–509. Recuperado de <https://doi.org/10.12968/hmed.2015.76.9.504>
- Pereira, A., Souza da Silva, R., De Camargo, C., & Ribeiro de Oliveira, R. (2012). Volviendo a los planteamientos de la atención sensible. *Enfermería Global*, 11(1), 343–355. Recuperado de <https://doi.org/10.4321/s1695-61412012000100021>
- Pereira Correa, I., Agrela de Andrade, E., Andrade Abdala, G., & Dias Meira, M. (2019). Integralidad del ser humano y el cuidado en el proceso salud-enfermedad. *Cultura de los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades*, 54, 15–22. Recuperado de <https://doi.org/10.14198/cuid.2019.54.02>
- Ponte, K., Silva, L., Aragão, A., Guedes, M., & Zagonel, I. (2012). Contribuição do cuidado clínico de enfermagem para o conforto psicoespiritual

de mulheres com infarto agudo do miocárdio. *Escola Anna Nery*, 16(4), 666–673. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/s1414-81452012000400004>

Rondanelli, R., & Rondanelli, R. (2014). Estilo de vida y enfermedad cardiovascular en el hombre. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(1), 69–77. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/s0716-8640\(14\)70013-6](https://doi.org/10.1016/s0716-8640(14)70013-6)

Sancho Cantus, D. (2016). Cambios en la enfermedad coronaria en la mujer al año del evento cardíaco. *ENE Revista de Enfermería*, 10(10), 8–0.

Santiago de Castro, E. (2016). Experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo coronario de Barranquilla. *Avances en Enfermería*, 33(3), 381–390. Recuperado de <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v33n3.41841>

Valenzuela Contreras, L. M. (2016). La salud, desde una perspectiva integral. 9, 9,50–59. Recuperado de <http://www.revistasuacj.edu.uy/index.php/review/article/view/103/96>



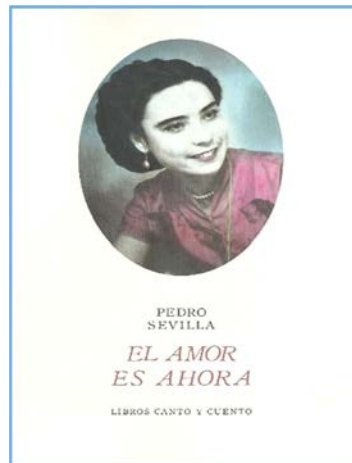
*Enfermedad y dolor en “El amor es ahora” de Pedro Sevilla**Illness and pain in “El amor es ahora” by Pedro Sevilla**Doença e dor em “El amor es ahora”, de Pedro Sevilla***Francisco Herrera-Rodríguez¹**

¹Catedrático E.U. de la Universidad de Cádiz (jubilado) (Historia de la Enfermería y Fundamentos e Historia de la Fisioterapia).

Correspondencia: Santo Domingo de la Calzada, 11-3º A. 11012-Cádiz.

Orcid: [ht0000-0001-5358-0756](https://orcid.org/0000-0001-5358-0756) Correo electrónico de contacto: fraherod57@gmail.com

Cómo citar este artículo: Herrera-Rodríguez, F. (2021). Enfermedad y dolor en “El amor es ahora” de Pedro Sevilla. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 25(59). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.59.04>



Pedro Sevilla (2019). *El amor es ahora*. Jerez de la Frontera (Cádiz): Libros Canto y Cuento. Primera edición. ISBN: 978-84-120357-8-0

Recibido: 16/12/2020 Aceptado: 13/01/2021



RESUMEN

Pedro Sevilla, escritor de Arcos de la Frontera (Cádiz), es fundamentalmente poeta, pero también cultiva la novela y la memoria, como es el caso de “El amor es ahora”, obra en la que reflexiona sobre la relación con su madre, pero también sobre el dolor ocasionado, en el seno familiar, en su entorno o en su persona, por enfermedades como el alzhéimer, el sida, el cáncer, la leucemia, o el alcoholismo y la heroína.

Palabras clave: Pedro Sevilla; literatura; memorias; enfermedad; “El amor es ahora”.

ABSTRACT

Pedro Sevilla, a writer from Arcos de la Frontera (Cádiz), is fundamentally a poet but he also cultivates the novel and the memory, such as “El amor es ahora”, a work in which he reflects on his relationship with his mother and also about the regret caused, within the family, in his environment or in his own person, by diseases such as Alzheimer, AIDS, cancer, leukemia, or alcoholism and heroin addiction.

Keywords: Pedro Sevilla; literatura; “memoirs”; illness; “El amor es ahora”.

RESUMO

Pedro Sevilla, escritor de Arcos de la Frontera (Cádiz), é fundamentalmente um poeta, mas também cultiva o romance e a memória, como é o caso de “El amor es ahora”, obra em que reflete sobre a sua relação com mãe, mas também sobre as dores causadas, no seio da família, no ambiente ou na pessoa, por doenças como Alzheimer, AIDS, câncer, leucemia ou alcoholismo e heroína.

Palabras chave: Pedro Sevilla; literatura; memorias; doença; “El amor es ahora”.

A Juan Manuel Fernández, librero en la Plaza de Mina de Cádiz, que me dio a conocer hace ya algunos años la obra del poeta Pedro Sevilla

El poeta Pedro Sevilla nació en Arcos de la Frontera en el año 1959, al día de hoy es autor de una amplia obra que abarca varios géneros literarios, siendo la matriz de toda su literatura la poesía, incluso cuando escribe en prosa. Su vida está muy vinculada a esta tierra, que ha dado poetas muy notables como Julio Mariscal Montes (1922-1977) o Antonio Hernández (1943), entre otros. En cuanto a la obra poética de este autor arcense encontramos títulos como “Y era la lluvia, amor” (1990), “Septiembre negro” (1992), “Sendero luminoso” (1994), “La luz con el tiempo dentro” (1995), “Tierra leve” (2002); en 2009 apareció una antología poética de su obra con el título “Todo es para siempre” y en 2018 publicó su poesía completa “Para cuando volvamos (1992-2018)”. Ha cultivado también la novela con títulos como “Extensión 114” (2000), “1977” (2002) o “Los relojes nublados” (2014). En el ámbito de la autobiografía, o memorias, se encuentran títulos como “La fuente y la Muerte” (2011) o “El pueblo, ya sabéis” (2018), aunque en las novelas citadas aflora la memoria como nudo poético de la narración.

También ha publicado “Diez de Julio” (1990), antología y estudio de uno de los poetas que considera como maestro fundamental de su vida y obra: Julio Mariscal Montes. Sobre este poeta dio a la luz un ensayo, “Julio Mariscal, treinta años después”, en la revista “Campo de Agramante” (2007), disponible en edición digital. Pedro Sevilla, en diversas ocasiones, y también en este libro que glosamos, ha subrayado el magisterio que ha ejercido en él

José Mateos, poeta jerezano, que ha cuidado esta edición de 150 ejemplares de “El amor es ahora”. Sevilla ha escrito también artículos en algunas revistas, periódicos y suplementos culturales de la provincia de Cádiz.

Como decimos, en la obra de este escritor, que habita en ese lugar tan privilegiado de la Sierra de Cádiz, que otea cada día desde la Peña de Arcos el discurrir de un río mítico como el Guadalete, la raíz y la sustancia es poética; poesía que entiende como:

“...un compromiso, un destino, una religión, (...) un poeta no debe aspirar a la felicidad ni a la Consejería de Cultura de la Junta, sino que tiene que sentarse a esperar, con dolor, con angustia, lo que casi siempre se ha ido antes de llegar”.

Pedro Sevilla, según sus palabras, ha aprendido de José Mateos, la necesidad de que el poeta no estorbe a la poesía, “...que la poesía brille por sí misma y no por las hazañas de su escribano”. Por eso, en su obra, siempre encontramos un discurrir poético, un río de pasado y presente que se amasa con la memoria y la vida. “El amor es ahora”, y otras obras del autor, entroncan con la autobiografía y las memorias, sí, sobre todo por su tono confesional, a veces expiatorio, también con el diario íntimo. Siente que “escribir es sembrar” y que todo ocurrió hace siglos, así lo expresa en el poema “Todo es para siempre”:

“Mi infancia también fue hace muchos siglos,

y alguien tiró las bardas

de piedra y sol, y se fue octubre.

Pero nada termina y esta tarde actual

siento la plenitud del tiempo que no cesa...”

Él sabe bien, como le enseñó su maestro Julio Mariscal, que la obra, que “la verdadera poesía no consigue serlo hasta que

deja de ser de uno para ser del lector”. En su caso, no cabe duda de que es así, porque su madre Angelina, su hermano Juanito José, el amigo alcohólico y el que muere en la cama, las enfermedades padecidas por él como el cáncer de colon o la leucemia, calan en nuestra conciencia y cambian la vida del lector, o al menos de este lector que junta aquí y ahora unas cuantas palabras para recomendar vivamente sus libros, como éste que glosamos que vio luz en 2019. Libro lleno de claridad y de emoción, donde el dolor y las enfermedades marcan el cauce poético por el que navega el autor.

En “El amor es ahora” aparecen las cuitas, las aventuras literarias y políticas del autor, incluso anécdotas de la vida cotidiana relacionadas con amigos y conocidos, pero emerge como un sol al amanecer la madre, Angelina, que ya versificó en un hermoso poema que aparece en “Tierra leve” (2002):

“No quiero, madre mía, explicar nada,

ni para mí la gloria dudosa de este arte

que se nutre del miedo: los diplomas,

los premios literarios,

son mentiras de oro que no habrán de moverme.

Si escribo es porque tengo

una duda con tus ojos de lluvia;

para que llores menos, si es posible,

y digan los del pueblo:

esa vieja de luto es la Angelina,

que le ha salido un hijo que hace versos

y escribe en los periódicos.”

En la literatura, en general, aparecen cartas, versos y prosas al padre, a la madre o al hijo; libros y poemas memorables como, por ejemplo, “Carta al padre” (Kafka), “Coplas a la muerte de su padre” (Manrique), “La casa encendida” (Rosales),

“Mortal y rosa” (Umbral) o “La hora violeta” (Sergio del Molino). Si empezamos a leer “El amor es ahora” por el final, encontraremos una carta del poeta Pedro Sevilla a su madre que ha muerto, Angelina, después de haber padecido esa despiadada enfermedad que asola a las personas, a las familias y a los días, el alzhéimer, esa enfermedad que altera los estados cognitivos, psicológicos y la conducta de las mujeres y de los hombres. Esta carta es uno de los textos más hermosos que han pasado por mi vida de lector, sólo esta carta justifica tener entre las manos este libro lleno de amor y tiempo; una carta “sellada con un beso y sin dirección ni fecha, porque ya eres eterna”:

“Querida madre: No sé dónde estás ahora porque la muerte no es un lugar ni un tiempo, pero sé que te llegará mi carta y la leerás con la misma emoción y expectación que leías las que te enviaba desde la Cataluña perdida, o las que mi padre te remitía desde Alemania, que unas veces te acongojaban y otras te llenaban el corazón de alas, de alegría azul como tus ojos”.

Alois Alzheimer anotó los naufragios de la memoria de Auguste D, llegó hasta su cerebro con el microscopio para entender el desastre que habitaba en sus neuronas, esas neuronas que Cajal poéticamente llamó las mariposas del alma, mariposas achicharradas y ennegrecidas que hacen que los recuerdos se diluyan en el aire buscando los páramos del olvido, que intercambian a los parientes en las fotografías y en la vida, y a veces, hacen resonar bofetadas que no se sabe de dónde salen, o sí, como aquella que le dio María Teresa León a Rafael Alberti, o como aquel día que Angelina nombra a su adorado hijo Juanito José como “Uno que se murió”.

Ahí está la pasión científica de Alois Alzheimer con la desdichada vida de Auguste D, que vivió poco más de 50 años, y aquí en “El amor es ahora” está el amor de

Pedro a Angelina, que desaprende las letras, que “necesita que alguien vele su sueño”, que necesita que alguien la vista y la lave o que le den una moneda para depositarla con alegría en la bolsa de la cuestación parroquial durante la misa, pero que sobre todo necesita que alguien la abrace como Sor Modesta, la monja mozambiqueña, que la abrazaba porque “abrazaba a Dios”:

“Ahora me asfixio y lloro viendo a mi madre hundirse en los pantanos del Alzhéimer, observando como los lagos azules de sus ojos se van ennegreciendo de lagunas de nada, enturbiándose de soledad y olvidos”.

Esa madre, Angelina, como tantas mujeres de la Sierra gaditana, pensaba que para doblegar el sarampión padecido por sus hijos lo mejor “era abrigo con algo rojo”. Abrigo con algo rojo, en ese trance vírico, a su Pedro y a su Juanito José. Ese Juanito José que la heroína y el sida agarraron fuerte hasta llevárselo por delante a mediados de los 90, en los años de plomo, cuando todas las metáforas del sida, recopiladas por Susan Sontag, aplastaban a los enfermos y a las familias, despreciados, humillados y en muchas ocasiones aislados socialmente:

“Mi hermano había pertenecido a una generación estafada, sin información, que había entrado en el desapacible y desquiciante mundo de la droga aleccionado por los cuatro sabihondos de siempre, esos que tienen siempre la boca llena de libertad y otras altisonancias”.

Esos muchachos “que acunaron a la heroína en sus brazos”, que tan bien reflejó Francisco Castro en su novela “Generación perdida”, y que Pedro Sevilla, con dolor de hermano, rescató del olvido en una novela contando la historia de Juanito José: “Extensión 114”, novela llena de memoria, de sombras y luces, como “La montaña mágica” de Thomas Mann o “Esta salvaje oscuridad” de Harold Brodkey. El tiempo

Cultura de los Cuidados

del dolor, de la heroína, del sida y de los hospitales como islas a la deriva:

“La «Extensión 114» es un avión infectado, iluminado, varado en un cielo que es siempre el mismo, que es cielo y es azul aunque ahora, por noviembre, toma el color y la frialdad de una cubertería de plata.

La nave, amarrada en la tercera planta del hospital, amarrada en la altura, tiene algo de Arca de Noé. En todo caso tiene algo de nave extraterrestre, sensación que acrecientan los uniformes de médicos y enfermeras, asépticos, azules, blancos, purísimos, como si estuviesen lavados en agua bendita (...).

En la «Extensión 114», al caer de la tarde, cuando la serpiente de alquitrán que lleva a la Costa comienza a tragarse al sol llenando los cristales de luz sanguinolenta, los enfermos se reúnen en una habitación del fondo para fumar y comentar la jornada, las fiebres y las paranoias de la jornada. La habitación, a la luz del sol moribundo, se llena de humo enrojecido como si estuviesen fumando en el infierno”.

Susan Sontag dio claves certeras para entender lo que sucedió con el sida, aquello de persona infectada igual a persona equivocada, que aún añadía más soledad y dolor a los enfermos y a las familias:

“Da la impresión de que las sociedades tuvieran necesidad de alguna enfermedad para identificar con el mal, que culpe a sus víctimas”.

Si nos hemos detenido en la novela “Extensión 114” es porque indefectiblemente los pasadizos de la memoria y del tiempo nos conducen a este libro que glosamos “El amor es ahora”. Los vasos comunicantes no son solo para los tratados de Física, sino que también de manera imperceptible y silenciosa nos conducen por el tiempo, por la memoria fijada con mordiente o amor en los libros, en libros como “La fuente y la muerte”:

“De los dos mi hermano era el más noble, tan parecido a mí y tan lejano. También en los hombres la vida se copia, se recrea y salta de un rostro a otro. Éramos muy parecidos y a veces, en mis elucubraciones, me he preguntado si no éramos un mismo yo que se comparte entre dos seres. Lo digo porque desde su muerte me siento demediado, medio muerto, y a veces me parece que estoy en la orilla porque nos intercambiamos, porque hay asuntos que él tramitaría con más nobleza y entonces yo paso a su muerte, me quedo muerto en su sitio, centinela de su eternidad, mientras él hace la gestión y vuelve”.

Así podemos transitar, también, de “La fuente y la muerte” a “El amor es ahora” en el que en la memoria de Pedro reaparece su lucha contra el cáncer de colon y la leucemia, todo mezclado con los pasillos de los hospitales, los quirófanos, la canción de Demis Roussos (“Bailaremos”), los pinchazos en las venas, la quimioterapia, los cuartos de aislamiento, el amor callado y presente de Josefa, la pérdida del pelo, o también cuando un espejo devuelve la imagen de Pedro y de Juanito José:

“La primera vez que fui a la barbería después de la operación me sorprendí en el espejo con la cara de mi hermano Juan José (...). Mirarse a un espejo, que normalmente es un acto amable, puede convertirse en algo terrorífico cuando nos enfrenta a nosotros mismos, o cuando nos enseña nuestro rostro en la muerte, el rostro que compartimos con un hermano muerto. El cáncer y el sida nos habían trabajado el rostro y nos habíamos convertido en los gemelos que no éramos, y sentado en el sillón tuve el convencimiento, absolutamente sereno, de que era mi hermano, de que yo era mi hermano muerto y había acudido a la barbería. Mi hermano y yo nos mirábamos, nos reunificábamos, y el barbero, que no sabía que estaba cortando el pelo a un cadáver, venga a preguntarme por mi estado de salud, cuando el vivo, el

realmente vivo, no estaba allí, ante el espejo, sino a saber dónde”.

Esos vasos comunicantes del tiempo pasado y del presente, nos permiten ver una manifestación amarga y dura del dolor cuando refleja la enfermedad de Juan José en “Extensión 114”:

“El dolor es tan denso, tan omnipotente, que lo acapara todo, lo anula todo. El dolor es como la masa de los agujeros negros: impide que la luz viaje”.

En cambio, cuando Pedro Sevilla escribe sobre sus enfermedades, en “El amor es ahora”, después de muchos padecimientos, pinchazos y llantos, escribe:

“Ahora tengo claro que el dolor ennoblece, que su tenaza ha forjado mi mejor metal y que todo debo transformarlo en amor, en entrega. Sigo luchando, claro. Pero luchando, sobre todo para que la enfermedad y el dolor no me sustraigan la capacidad de agradecer tanto bien, de darle las gracias a la vida. El amor es ahora, madre, y con él, con todo el amor que he cosechado llorando, te envío esta esquelita...”.

Pedro Sevilla cuando escribe de sus enfermedades afirma que el contacto con el dolor lo ha dignificado y lo ha acercado a la belleza del mundo, a la indulgencia y a la bondad, “pero ha de ser una bondad sin fines, una bondad doméstica, sin siglas ni preceptos”. Alguna vez que otra hemos recordado aquello que afirmaba Laín Entralgo:

“...el evento de enfermar es un mal a la vez biológico y biográfico, del cual es posible obtener algún bien”.

En esta línea de la lucha, de la esperanza y de obtener algún bien se encuentra, por ejemplo, la obra “Vivir a pulso. Diez relatos de superación y vida” (2017), prologada por Valentín Fuster, en la que autores como Luis

Mateo Díez, Bernardo Atxaga, Marta Rivera de la Cruz, Fernando Aramburu, Lorenzo Silva, Mercedes Salisachs, José María Merino, Gustavo Martín Garzo, Soledad Puértolas y Juan Manuel de Prada, cuentan las historias de personas que “a pesar de las enfermedades que padecen, convierten sus experiencias en inspiradores ejemplos de superación”. Pero también se debe recordar que no todo el mundo reacciona ante la enfermedad grave de la manera apuntada, con fe y esperanza, eso lo saben bien los sanitarios, sino que otras personas no están dispuestas a soportar el dolor y la enfermedad, en ese sentido se podrían recordar casos muy concretos, pero ahora me viene a la memoria el libro de Juan José Millás, “Vidas al límite” (2012), en el cual se recoge una crónica titulada “Son 15 minutos. Dejas de respirar. Y fuera”, en la que se cuenta la historia de un hombre de 66 años con un quiste radicular entre la S2 y la S3, “cerca de los esfínteres de la orina y de los excrementos”. La historia de un hombre llamado Carlos que quiso dejar constancia de su suicidio.

En las páginas de “El amor es ahora” se refleja también el particular infierno de los enfermos de alcoholismo, contando la historia de un hombre que busca a Pedro Sevilla, después de haber leído un artículo suyo sobre los padecimientos de estas personas que son incapaces de recordar lo que hicieron el día anterior, y así un día y otro, el alcohol es la obsesión de la mañana a la noche. La sensibilidad y la empatía del autor hacia estos enfermos parte también del ámbito familiar, o sea nuevamente el pasado y la memoria en acción. De esta relación entre el escritor que ha pasado por la dureza extrema del cáncer y el hombre que lo busca para hablar, y que se propone cada 24 horas no probar ni una gota de alcohol, así durante 20 años, surge la oportunidad de que el poeta asista a una reunión de Alcohólicos Anónimos:

“He formado parte de muchos colectivos humanos, pero en ninguno he sentido con tanta intensidad la piedad entre los hombres, la conmiseración, la solidaridad, el afecto, como en estos grupos de Alcohólicos Anónimos donde la gente lucha apoyándose en el hombro de otro, para mantenerse sobrio veinticuatro horas y después otras veinticuatro horas. Hombres y mujeres desesperados, desahuciados de la medicina, apartados de una sociedad que no entiende su mal -o lo entiende como perversión moral- y que se reúnen en las catacumbas de un colegio para contarse sus vidas anegadas por el alcohol”.

Un viaje a las catacumbas, como los cristianos que “proclamaban allí su religión de luz”, o los poetas que escriben “en las catacumbas del lenguaje” y los alcohólicos que “se abrazan y lloran en los bajos de un colegio de primaria que les ha cedido el Concejal de Educación del Ayuntamiento”. No se olvide que el poeta de Arcos de la Frontera también ha escrito una novela en la que demuestra su compromiso y conocimiento sobre esta enfermedad, “Los relojes nublados” (2014), título del que se ha señalado que “es la metáfora del tiempo sin tiempo de un alcohólico obsesionado con la memoria”.

En algunas de las páginas de “El amor es ahora” late un profundo mensaje cristiano de amor y de solidaridad, al igual que sucede en “El pueblo, ya sabéis”, libro éste que algunos pueden tener la tentación de calificar de castizo por su veta popular; una vez superada esta simplificación y este prejuicio, el lector podrá adentrarse en pasajes en los que a la luz de la memoria se rememora la infancia, con una prosa llena de claridad, belleza y emoción; libro en el que como no podía ser de otra manera, tratándose de Pedro Sevilla, aparecen recuerdos proustianos de la madre en una procesión de Semana Santa, seguramente en los años sesenta:

“Mi madre sólo pudo rozar el paso con sus manos de niña y arrancar una matita de romero de la canastilla. Me la dio a oler en su misma mano y ahora, mientras escribo esto, huelo aquel romero y huelo el jabón honrado de las manos de mi madre”.

En este mismo libro señala su sentimiento sobre el dolor y una visión cristiana de la vida:

“La resurrección, el hombre nuevo, la humanidad que supera el dolor y renace, que asume su dolor y se engrandece y ennoblece con él. La humanidad, en fin, que sabe que la muerte no puede tener la última palabra”.

En “El amor es ahora”, cuando escribe de sí mismo, como persona que ha padecido cáncer, y de su amigo que lucha cada día contra el alcoholismo, escribe lo siguiente:

“...éramos dos resucitados que se miraban cara a cara, que se condecoraban uno a otro mirándose a la cara porque incluso después de la resurrección necesitamos a los demás para ser verdad. Aunque Dios nos diga levántate y anda, no será verdad si no hay unos ojos mirándonos”.

Pedro Sevilla afirma que gracias a las enfermedades (“al dolor convertido en combustible moral”) y a los maestros, su vida y su poesía han rebrotado con savia nueva. Entre estos maestros destaca a dos: Julio Mariscal, poeta con el que comparte la claridad, la emoción y un pueblo, además de un profundo conocimiento de su obra, y José Mateos, del cual reivindica de su poesía las interrogaciones, los destellos y los asombros (“...ese instante que nos saca del tiempo”). Un José Mateos que escribe, en el prólogo a “La fuente y la muerte”, palabras esclarecedoras sobre la obra de Pedro Sevilla:

“Porque las memorias de Pedro Sevilla son, sobre todo, poesía y están hechas con un material tan frágil que parecen siempre a punto de quebrarse; están hechas con unos

recuerdos que van a desvanecerse de un momento a otro y con unas pocas palabras corrientes y desgastadas, pero tan exactas y delicadas como los hilos luminosos de una bombilla”.

No se pierdan, por favor, a este gran escritor, a este gran poeta, sean cristianos o no; no se pierdan su literatura porque es de las más notables y honestas de las letras españolas. Si no han leído su obra, es ésta una buena ocasión para empezar con “El amor es ahora”.



Figura 1: El escritor Pedro Sevilla en el salón de actos de la Biblioteca Pública Provincial de Cádiz [Presentación de “Para cuando volvamos. Poesía completa 1992-2018”]. (Fotografía: F.H.R., 3-XII-2018).



Figura 2: El escritor Pedro Sevilla y la periodista María Ángeles Robles en el salón de actos de la Biblioteca Pública Provincial de Cádiz [Presentación de “Para cuando volvamos. Poesía completa 1992-2018”]. (Fotografía: F.H.R., 3-XII-2018).

BIBLIOGRAFÍA

Castro, F. (2011). *Generación perdida*. Cangas do Morrazo: Pulp Books.

Herrera, F. (2011). *Las enfermedades de Sísifo. Reflexiones sobre literatura, medicina y enfermedad*. Cádiz: Imprenta Rimada.

Laín, P. (1987). La enfermedad humana. En: Albarracín Teulón, A. (dir.) *Historia de la enfermedad* (pp. XI-XVII). Madrid: Saned.

Mateos, J. (2016) Prólogo. Dos palabras. En: Sevilla, P. *La fuente y la muerte (Memorias)* (pp. 7-9). Sevilla: Editorial Renacimiento.

Millás, J.J. (2012) *Vidas al límite*.
Barcelona: Editorial Seix Barral, S.A.

Sevilla, P. (1990). *Diez de Julio. Antología y estudio de la obra de Julio Mariscal Montes*. Arcos de la Frontera: Ayuntamiento de Arcos de la Frontera.

Sevilla, P. (2000). *Extensión 114*.
Cádiz: Quorum Libros Editores.

Sevilla, P. (2002). *1977*. Cádiz: Quorum Editores.

Sevilla, P. (2002). *Tierra leve*.
Sevilla: Editorial Renacimiento (Paréntesis).

Sevilla, P. (2007). Julio Mariscal, treinta años después. *Campo de Agramante*, 8, 39-56. Recuperado de <http://www.cervantesvirtual.com/ndfark:/59851/bmch72c6> (Consultado el 6 de mayo de 2020).

Sevilla, P. (2011). *La fuente y la muerte (Memorias)*. Sevilla: Editorial Renacimiento.

Sevilla, P. (2014). *Los relojes nublados*. Sevilla: Ediciones Espuela de Plata.

Sevilla, P. (2017). *El pueblo, ya sabéis*. Jerez de la Frontera: Libros Canto y Cuento.

Sevilla, P. (2018). *Para cuando volvamos. Poesía completa 1992-2018*. Sevilla: Editorial Renacimiento.

Sevilla, P. (2019). *El amor es ahora*. Jerez de la Frontera: Libros Canto y Cuento.

Sontag, S. (1989): *El sida y sus metáforas*. Barcelona: Muchnik Editores.

VV.AA. (2017): *Vivir a pulso. Diez relatos de superación y vida*. Barcelona: Alfguara y Clínica Universidad de Navarra.



¿Salud, Cultura y Sociedad en la Patria Neonatal?
¿Health, Culture and Society in the Neonatal Homeland?
¿Saúde, Cultura e Sociedade na Pátria Neonatal?

Luis Alexander Lovera Montilla¹

¹ Estudiante Doctorado en Salud, Profesor Escuela de Enfermería Universidad del Valle. Coordinador grupo Interdisciplina SIBEN

Correspondencia: grupo Interdisciplina SIBEN. Escuela de Enfermería Universidad del Valle. Cali, 25360- Colombia.

Orcid: 0000-0002-8557-4278 Correo electrónico de contacto:
luis.alexander.lovera@correounivalle.edu.co

Cómo citar este artículo: Lovera-Montilla, L.A. (2021). ¿Salud, Cultura y Sociedad en la Patria Neonatal? *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 25(59). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.59.05>

Recibido: 10/12/2020 Aceptado: 11/01/2021



RESUMEN

El presente artículo de reflexión parte de la premisa de que los fenómenos humanos pueden ser conocidos cuando existe una intersubjetividad. Es decir, por medio de una participación vívida y compartida del sujeto con otros. Objetivo: realizar una reflexión relacionando dos momentos: uno, una parte de un documental y, dos, una vivencia de la experiencia en el trabajo en unidades de cuidado intensivo neonatal. Método: Se trabajó con un paradigma crítico social y un enfoque

descriptivo de un fragmento de una revisión documental y una vivencia. Resultados: Como resultado académico, tiene una doble pretensión: de un lado, constituirse en un aporte para quienes se ocupan de la producción de conocimiento, la asistencia o la investigación en el área neonatal y de las ciencias sociales y, por otro lado, ser un punto de partida para nuevas críticas y discusiones en salud y de la sociedad. Conclusión: Los discursos y el lenguaje con el que nos hemos formado la mayoría de nosotros en salud, continúa arraigándose y manteniéndose como un elemento colonizador. No obstante, es tiempo para

poner sobre la mesa de discusión, la necesidad de modelos nuevos de cuidado neonatal en co-construcción con la familia.

Palabras clave: Enfermería neonatal; cultura; síndrome de down; experiencia; poder.

ABSTRACT

This reflection article starts from the premise that human phenomena can be known when there is an intersubjectivity. That is, through a vivid and shared participation of the subject with others. Objective: to make a reflection relating two moments: one, a part of a documentary and, two, an experience in the work in neonatal intensive care units. Method: We worked with a critical social paradigm and a descriptive approach of a fragment of a documentary review and experience. Results: As an academic result, it has a dual purpose: on the one hand, to be a contribution to those involved in the production of knowledge, care or research in the neonatal area and the social sciences, and on the other. Conclusion: The discourses and language with which most of us have formed our health continue to take root and remain a colonizing element. However, it is time to bring to the table the need for new models of newborn care in co-construction with the family.

Keywords: Neonatal nursing; culture; down syndrome; experience; power.

RESUMO

Este artigo de reflexão parte da premissa de que os fenômenos humanos podem ser conhecidos quando existe uma intersubjetividade. Ou seja, através de uma participação viva e partilhada do sujeito com outros. Objetivo: realizar uma reflexão relativa a dois momentos: um, parte de um documentário e, dois, uma experiência no

trabalho em unidades de cuidados intensivos neonatais. Método: Trabalhámos com um paradigma crítico-social e uma abordagem descritiva de um fragmento de uma revisão documental e de uma experiência. Resultados: Como resultado acadêmico, tem um duplo objetivo: por um lado, ser uma contribuição para os envolvidos na produção de conhecimento, cuidados ou investigação na área neonatal e nas ciências sociais e, por outro lado, ser um ponto de partida para novas críticas e discussões na saúde e na sociedade. Conclusão: Os discursos e a linguagem com que a maioria de nós foi treinada em saúde continuam a criar raízes e continuam a ser um elemento colonizador. Contudo, é tempo de trazer para a mesa a necessidade de novos modelos de cuidados de recém-nascidos em co-construção com a família.

Palavras-chave: Enfermagem neonatal; cultura; síndrome de down; experiência; poder.

El presente artículo de reflexión parte de la premisa de que los fenómenos humanos solo pueden ser conocidos cuando existe una intersubjetividad. Es decir, por medio de una participación vívida y compartida del sujeto con otros (vivencias y lenguaje), en una realidad que se le presenta. Donde las relaciones sociales se encuentran enmarcadas en el lenguaje que puede tener contradicciones, tal como lo señala Habermas (Habermas et al., 2001).

A propósito de las categorías Salud-Familia- Cultura- Nacimiento- Sociedad, Sola Augusto, quien ha sido activista y además líder de un movimiento académico, interdisciplinar y social en Latinoamérica y en algunas latitudes en el mundo en pro del mejoramiento del cuidado neonatal y familiar por varias décadas a través de la educación en Sibem y, quien además es reconocido por ser defensor férreo y para

algunos otros desafiante, ha afirmado lo siguiente:

“Los equipos de salud neonatal son un accidente para una familia de un recién nacido que necesita ser hospitalizado.... o acaso, qué familia se programa para dejar hospitalizado a un bebe que acaba de nacer en manos de un desconocido (Ravalli, M 2011)”

En este escrito pretendo realizar una aproximación desde mi trabajo doctoral, enfocado en la interacción de las prácticas y significados que tienen las familias de niños con Síndrome Down y los profesionales en salud materno perinatal con respecto al Síndrome Down en el Valle del Cauca-Colombia, a una mejor comprensión del evento de salud y las tensiones existentes que están presentes y que emergen en relación a la hospitalización de un recién nacido enfermo, así como las situaciones presentadas en las dinámicas familiares y las interacciones que se generan entre los profesionales de salud y las familias, entendiendo lo anterior dentro de un contexto social, histórico y cultural, en el cual, los diferentes actores están permeados por su arraigo cultural y por un sistema de creencias y prácticas fundamentadas por sus experiencias (familias y profesionales). Con el objetivo relacionar dos momentos: uno, una parte de un documental acerca de lo humano y, dos, unas vivencias de la experiencia en el trabajo en unidades de cuidado intensivo neonatal, en especial el horario de visita de padres.

Para nutrir el desarrollo de este documento reflexivo, se trabajó con un paradigma un crítico social y un enfoque descriptivo de un fragmento de una revisión documental audiovisual derivada de la formación doctoral y una vivencia en el trabajo como enfermero neonatal del autor.

Debo señalar dos aspectos que llaman mi atención. Uno de ellos está basado en las siguientes preguntas: ¿Qué es lo que

nos hace humanos? ¿Qué amamos, por qué luchamos, de qué nos reímos, sobre qué lloramos? Estas preguntas fueron dando un giro en mi mundo neonatal, en el mundo donde me he movido por cerca de 21 años, especialmente la primera de ellas. En el filme “Human ” de Arthhus (Arthus-Bertrand 2015), las tensiones que se expresan en uno a través de la película en relación a las interacciones con los otros, resonaban en mi caso con las familias de bebés hospitalizados y con los profesionales del cuidado neonatal. El relato de Leonard al minuto 3:57 emana una expresión cargada de una profunda emocionalidad, no solamente por la tragedia descrita si no lo que llevo al desenlace final del testimonio; es decir, en ese caso, el acto de amor de una madre que siendo abuela también es víctima por la muerte de su hija y nieto a manos de un ser al cual ha perdonado desde el amor. “(...) la cárcel un entorno desprovisto de amor...”.

¿Pero cómo se conecta esto con lo neonatal? Durante varios años se ha venido señalando en las diferentes latitudes del mundo y en especial se ha venido haciendo un esfuerzo por marcar en Latinoamérica la necesidad apremiante de quitar, retirar, eliminar, abolir las famosas visitas a los padres a las unidades de cuidado intensivo neonatal. No existe ninguna justificación humana para prohibirle a un padre, a una madre, a un hermano o a un abuelo el poder estar con su ser querido. Algunas unidades neonatales aún tienen establecidos horarios para dejarles ver los hijos a los padres. Inclusive hay otras que “dan la oportunidad de un día para los abuelos” En ese sentido, el recién nacido es encarcelado en una incubadora y limitado al contacto con sus seres queridos. De hecho, algunas madres han señalado que su hijo es un hijo ajeno (Ocampo, 2013).

El relato de Leonard afirma que la cárcel es un entorno desprovisto de amor; me atrevería a señalar, por lo que he podido observar y comprobar, que algunas unidades neonatales encarnan lo mismo, también por las dinámicas que se ejercen allí, por los valores de los profesionales, por el tipo de formación del personal que labora allí, formados para producir resultados de indicadores de calidad, pero no de cuidado en sí. Donde la presencia de la familia no es valorada y que a través de los años está se ha mantenido en una relación horizontal entre las familias y los profesionales de salud. Algunas familias señalan que han sido maltratadas, ignoradas y no tenidas en cuenta por los servicios y profesionales del cuidado neonatal, lo que refleja una relación asimétrica y una relación de poder (Lopera, A & Bastidas, M., 2018).

El segundo punto que señalo, y este surge del debate sobre la naturaleza humana, justicia y poder ofrecido por Chomsky versus Foucault (Noam & Michel, 2006), señala este último la existencia de unos niveles de poder, aún algunos microscópicos; es decir, poderes que se encuentran ubicados por debajo poder direccional pero que tiene unos vasos comunicantes. Volviendo al caso de las unidades de cuidado intensivo neonatal, los nuevos modelos de contratación de personal y servicios de salud, donde se concibe la salud no como un derecho sino como un servicio-negocio, tiene una implicancia directa sobre lo señalado arriba, puesto que aquí el poder domina las relaciones entre los profesionales por mostrar resultados y eficiencia repercutiendo directamente sobre las familias, solo a manera de ejemplo. Ese mismo poder es ejercido dentro de hospitales y clínicas sin discriminación si es pública o privada y por supuesto en algunas unidades neonatales, en donde su presentación y validación es hecha con las famosas “normas” descritas y escritas por personas que en ocasiones no tienen las claridades

conceptuales, éticas y políticas de lo que es el cuidado neonatal - familiar y por supuesto, de lo humano.

Entonces volviendo a la pregunta de ¿que nos hace humanos?, más que una diferencia genotípica y fenotípica, están dos elementos tal como lo señalo Dunbar citado en Acevedo y Gomila que pueden explicar por qué somos humanos: a.) La imitación como base del aprendizaje social y b.) Entender y comprender el dolor (Acedo-Carmona & Gomila, 2016).

Como resultado académico, este documento tiene una doble pretensión: de un lado, constituirse en un aporte para quienes se ocupan de la producción de conocimiento, la asistencia o la investigación en el área neonatal y de las ciencias sociales y, por otro lado, ser un punto de partida para nuevas críticas y discusiones en salud y de la sociedad.

Así las cosas, a modo de conclusión, nada de humano se ve expresado en los actos cuando se prohíbe o se sigue la norma de tener un horario de visita para padres. Si es así, se está violando un derecho humano que tiene él bebe y es el de estar en la compañía de sus padres en un ambiente de amor; esto claro, entendiendo el derecho humano como una condición propia solo por el hecho de ser una persona en el mundo, donde ser libre es una garantía de una vida digna, sin distinción alguna de raza, color, sexo, origen o cualquier condición.

Entonces ¿Por qué no abolir las visitas a los padres en las unidades neonatales? O es que, en esta cuestión de la imitación como base del aprendizaje social, ¿la perpetuamos solo porque la norma lo dice, o por que las cosas se han hecho siempre así? Si la imitación como lo señaló atrás Dunbar, es parte de lo diferencial humano, porque no imitamos lo que, si deberíamos imitar, es decir, permitir las visitas a los padres de manera irrestricta las

24 horas. Sin embargo, el poder y la hegemonía bioclínica y médica allí sobre las familias en que nos hemos formado la mayoría, incluyéndome, continúa arraigándose y manteniéndose como un elemento colonizador enmarcado en el paradigma positivista. No obstante, es tiempo de poner sobre la mesa de discusión la necesidad de modelos nuevos de cuidado neonatal, donde se le permita a la familia participar en estos y en donde el trabajo interdisciplinar y articulado con la familia favorezca al recién nacido.

BIBLIOGRAFÍA

Acedo-Carmona, C., & Gomila, A. (2016). Una revisión crítica de la hipótesis del cerebro social de Dunbar. *Revista Internacional de Sociología*, 74(3), 037. Recuperado de <https://doi.org/10.3989/ris.2016.74.3.037>

Arthus-Bertrand (2015). Human[documental]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=N1WdfVWo1pQ&t=3s>

Habermas et al., (2001). *El ser que puede ser comprendido es lenguaje: Homenaje a H-G Gadamer*. Madrid: Ediciones Síntesis.

Lopera, A, & Bastidas, M. (2018). Experiencias en la atención médica de madres de niños y niñas con síndrome de down. Estudio cualitativo con técnicas etnográficas. *Acta Pediatr Mex*, 39(2), 109-120. <http://dx.doi.org/10.18233/APM39No2pp109-1201572>

Chomski, N., & Foucault, M. (2006). *La naturaleza humana: Justicia versus poder: Un debate*. Madrid: Katz Editores.

Ocampo, M. (2013). El hijo ajeno: Vivencia de madres de niños prematuros hospitalizados. *Aquichan*, 13(1), 69-80.

Ravalli, M. (2011). *Derechos de los recién nacidos prematuros: Derecho 9: Que sus familias los acompañen todo el tiempo (Primera)*. Buenos Aires: Fondo de las Naciones unidas para la infancia UNICEF.



Análisis de una narrativa de enfermería desde la teoría de los cuidados de Swanson

Analysis of a nursing narrative from the Swanson's caring theory

Análise de uma narrativa de enfermagem a partir da teoria do cuidado de Swanson

Luz Omaira Gómez Tovar¹; Cindy Lorena Valbuena Castiblanco² & Ángela María Henao Castaño³

¹Candidata a doctora en Enfermería, Docente Universidad Sucolombiana.

Orcid: 0000-0003-1054-8697. Correo electrónico: omaira.gomez@usco.edu.co

²Candidata a doctora en Enfermería, Universidad Nacional de Colombia.

Orcid: /0000-0001-8156-5924. Correo electrónico: clvalbuenac@unal.edu.co

³Doctora en Enfermería, docente de la facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

Orcid: 0000-0003-4203-0016. Correo electrónico: angmhenaocas@unal.edu.co

Correspondencia: Luz Omaira Gómez Tovar. Calle 9 N°14-03 Neiva – Huila – Colombia. CP 410010.

Correo electrónico de contacto: omaira.gomez@usco.edu.co

Cómo citar este artículo: Gómez Tovar, L.O., Valbuena-Castiblanco, C., & Henao-Castaño, Á.M. (2021) Análisis de una narrativa de enfermería desde la teoría de los cuidados de Swanson. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 25(59). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.59.06>

Recibido: 09/11/2020 Aceptado: 08/01/2021



Agradecimientos: Los autores expresan su agradecimiento a “Ana” y su familia, protagonistas de esta narrativa, quienes con su experiencia de vida aportaron al desarrollo del conocimiento de enfermería.

Declaración de conflicto de intereses: Ninguno. **Financiación:** El presente estudio no ha recibido ayudas económicas para su desarrollo.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la estructura conceptual teórica empírica de Enfermería, y los conceptos de la teoría de los Cuidados de Swanson, en una narrativa vivida en la práctica clínica. **Método:** Se realizó un análisis narrativo, partiendo de los elementos conceptuales, teóricos y empíricos del conocimiento de enfermería, en articulación con la teoría de mediano rango de los Cuidados de Kristen Swanson. **Resultados:** Se identificó la aplicación de tres conceptos teóricos de la doctora Swanson, conocer, estar con y hacer por, dentro de la narrativa. Los supuestos de Swanson y el enfoque del cuidado, fueron coherentes con la visión del mundo interactiva integrativa que considera la persona un ser holístico, activo e interactuante con su ambiente. Desde esta postura filosófica se logró el bienestar de la persona y su interacción con su ambiente y con su nueva realidad. **Conclusión:** Los cuidados son más efectivos cuando enfermería promueve que la persona se integre y participe activamente en su proceso de recuperación, partiendo de una visión integrativa donde el ser humano se valora de forma holística, y de aspectos conceptuales que ofrecen las teorías de enfermería.

Palabras clave: Teoría de enfermería; narración; atención de enfermería; enfermería holística.

ABSTRACT

Objective: To analyze the conceptual-theoretical-empirical structure of Nursing, and concepts of Swanson's theory of Caring, in a narrative lived in clinical practice. **Method:** A narrative analysis was carried out, starting from the conceptual, theoretical and empirical elements of nursing knowledge, in association with middle range theory of Care of Kristen Swanson. **Results:** The application of three

theoretical concepts of Dr. Swanson, knowing, being with and doing for, within the narrative, was identified. Swanson's assumptions and care approach were consistent with an integrative interactive world-view that considers the person a holistic, active and interactive being with their environment. From this philosophical position, the person well-being and her interaction with her environment and her new reality were achieved. **Conclusion:** Care is more effective when nursing encourages to person integrate and actively participate in their recovery process, starting from an integrative world-view where the human being is valued in a holistic way, and from nursing theories.

Keywords: Nursing theory; narration; nursing care; holistic nursing.

RESUMO

Objetivo: Analisar a estrutura conceitual teórica empírica da Enfermeira e os conceitos da teoria dos Cuidados de Swanson, em uma narrativa vivida na prática clínica. **Método:** Realizou-se uma análise narrativa com base nos elementos conceituais, teóricos e empíricos do conhecimento da enfermagem, em articulação com a teoria de médio alcance de Kristen Swanson. **Resultados:** identifique o aplicativo de três conceitos teóricos da docente Swanson, conhecer, estar com fazer por, dentro da narrativa. Os suportes de Swanson e o enfoque do cuidado, coerentes com a visão do mundo interativo integrativo que consideram a pessoa um ser holístico, ativo e interativo no ambiente. Desde esta postura filosófica, que registra a melhor experiência do pessoa e a interação com o ambiente e com a nova realidade. **Conclusão:** Os cuidados com os filhos são mais eficazes no tratamento da enfermaria que o pessoa se integra e participa ativamente no processo de recuperação, participando de uma visão integrativa do ser

humano se tiver um valor de forma hospitalar e de conceitos conceituais que registram as teorias de enfermagem.

Palavras chave: Teoria de enfermagem; narração; cuidados de enfermagem; enfermagem holística.

INTRODUCCIÓN

El conocimiento disciplinar de enfermería está configurado como estructura holárquica, compuesta por holones, que independiente y articuladamente, consolidan y evolucionan el conocimiento de enfermería (Fawcett & DeSanto Madeya, 2013). Uno de los holones corresponde al componente empírico, donde es posible la operacionalización de instrumentos (Durán de Villalobos, 2002; Gómez Ramírez & Gutiérrez de Reales, 2011; M. J. Smith & Liehr, 2018) y dentro del cual están las narrativas de enfermería, herramienta de documentación del cuidado que integra conocimiento de enfermería.

Su origen conceptual y teórico parte de los planteamientos de Boykin y Schoenhofer (Boykin & Schoenhofer, 1993) quienes afirmaron que son fuente del conocimiento de enfermería, y son una experiencia compartida del paciente y la enfermera. Es una forma escrita de presentar las experiencias que destacan los aspectos más significativos de la práctica (Gómez Ramírez & Gutiérrez de Reales, 2011). Por lo tanto, es fuente de conocimiento personal, experiencial y circunstancial de enfermería, fortalecen el desarrollo de la perspectiva teórica y científica, pueden ser punto de partida de investigaciones cualitativas, y dejan ver fenómenos de la realidad humana personal. Además, puede ser considerado un método que permite interpretar el significado que las personas dan a los acontecimientos (Joyce, 2015).

Partiendo de estas concepciones, estructura e importancia, se planteó como objetivo de este artículo: analizar la estructura conceptual teórica empírica desde la teoría de los Cuidados de Kristen Swanson, en una narrativa de enfermería vivida en la práctica clínica, para visualizar la importancia y utilidad de la aplicación de estos elementos en el ejercicio práctico de enfermería.

METODOLOGÍA

Para el desarrollo del análisis de la narrativa, desde una perspectiva teórica y disciplinar propia de enfermería, se hizo énfasis en los aspectos relevantes hallados en la narrativa, buscando explorar la interacción entre la persona y el ambiente, e identificar los significados para aprehender y comunicar la experiencia (Casey, Proudfoot, & Corbally, 2016). Se tomó la vivencia de una de las autoras del presente artículo durante su labor en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), esta fue plasmada de forma escrita y posteriormente revisada, corregida y analizada por las tres autoras.

El análisis se realizó empleando la estructura Conceptual-Teórico-Empírica (CTE) de Enfermería a través de un método inductivo, ya que, desde el conocimiento concreto correspondiente a la narrativa, se pasó a otros holones que representan formas de conocimiento más abstracto, como son la teoría, la filosofía y el metaparadigma. Así, se identificaron en la narrativa aspectos excepcionales y de impacto para la persona cuidada y la enfermera, hallando una interacción marcada con el ambiente, en el cual hacía parte enfermería, los cuidados, su familia y las características físicas, humanas y administrativas propias de la UCI.

Los tres autores hicieron múltiples relecturas de la narrativa en diversos momentos, ya que fue parte de un proceso académico. Se discutieron y argumentaron los elementos del CTE inmersos en la narrativa, haciendo un análisis concienzudo que reflejó su convergencia con la perspectiva filosófica y conceptual de la teoría de los Cuidados de Kristen Swanson (Swanson, 1991). De esta forma, se inició con la valoración de la teoría desde los pasos de significancia, consistencia interna, parsimonia, capacidad de prueba, adecuación empírica y pragmática (Fawcett & Garity, 2009); hallándose un cumplimiento general de estos pasos, además, coherencia entre los elementos de la presente narrativa. Para reducir la posibilidad de sesgo, los tres autores analizaron diversos argumentos y otros posibles abordajes, los cuales se presentaron en el marco del curso académico, para finalmente estructurar la siguiente narrativa y su CTE.

Narrativa de Enfermería: “Un Aprendizaje Compartido”

Ana ingresó a la UCI, con sólo 17 años y un diagnóstico de porfiria intermitente aguda, patología que le ocasionaba parálisis muscular total, requiriendo asistencia hasta para respirar. Yo la recibí desde su ingreso y a partir de ese momento me impactó su situación. Intenté establecer una relación con Ana, pero no fue fácil, se encontraba en una edad de cambios emocionales y poco interactuaba. Le hablaba pero ella cerraba sus ojos y negaba con su cabeza, entendía entonces que quería espacio y me alejaba. Esto afectaba hasta sus terapias, le explicaba la importancia de su participación y ella asentía, pero su mirada era triste. Me propuse poner más de mi parte, decidí acompañarla e involucrar a todo el personal de la UCI y a sus familiares en las

terapias, darle paseos fuera de la unidad, ponerle música y que le dieran su comida favorita, todo para animarla.

Me acercaba a ella esperando que decidiera participar, cambié las palabras por miradas y sonrisas, dándole su espacio y siendo cómplice de su proceso. Un día, durante la terapia la noté más animada, me decía “los dedos”, cuando los miré, vi que ya los movía. Su mirada era de felicidad y orgullosa me mostraba sus avances, yo la felicité por su logro y por decidir participar. Poco a poco tenía más avances, incluso me pedía que la dejara hacer movimientos por sí misma, como tomar los cubiertos, cepillarse o limpiar su rostro; y cada vez que lo lograba me miraba feliz, yo seguía motivándola. Pronto se recuperó y cuando fue su egreso me dijo: “Gracias por su ayuda, por animarme y estar junto a mí”. Le dije que este logro era por su esfuerzo, por su valentía, que me había enseñado que cada ser humano es esencialmente libre y con poder para lograr todo lo que se propone, así que el cuidado es efectivo cuando se decide participar activamente en él.

RESULTADOS

Análisis desde la estructura CTE de enfermería y según Teoría de los Cuidados de Swanson.

Estructura Conceptual (C): compuesta por metaparadigma, visión de enfermería y conceptos.

Metaparadigma de enfermería

Ser humano: Swanson (Swanson, 1993) define al ser humano como ser único que está en proceso de creación, dinámico, en crecimiento, con libre albedrío, que se identifica con la elección y la capacidad de decidir cómo actuar. En la narrativa se considera la persona como un ser activo,

partícipe en su proceso de mantenimiento y recuperación de la salud, holístico e interactuante. La persona es Ana, joven de 17 años con afectación en su situación de salud y por ende con necesidades físicas y emocionales. Según su edad estaba en el curso de vida correspondiente a la adolescencia, momento de cambios e inestabilidad emocional.

Salud: en su teoría, Swanson (Swanson, 1993) expone la salud como el restablecimiento del bienestar como un complejo proceso de cuidados y curación, incluye desprenderse del dolor interno, establecer nuevos significados, restaurar la integridad. En esta narrativa, la salud es comprendida como la condición de vida donde se mantiene la capacidad de interactuar con el ambiente interno y externo, para lograr el bienestar. Los dos conceptos se centran en la salud como bienestar. Esto es coherente con el concepto de ser humano, ya que al hacer mención a atributos como: desprenderse, establecer, restaurar y emerger, está partiendo del dinamismo, crecimiento y libre albedrío de la persona.

Enfermería: para Swanson (Swanson, 1993) enfermería es la disciplina conocedora de los cuidados cuyo objetivo es promover el bienestar de otros. En la narrativa se visualizan las acciones de cuidado que realiza enfermería para reestablecer el bienestar de Ana, según la necesidad de interacción con el ambiente interno y externo. Swanson vincula la enfermería como facilitador del bienestar, que favorece un nuevo significado. En la narrativa se observa una enfermera que interactúa con Ana, movilizó recursos y favoreció la interacción y participación de Ana.

Ambiente: Swanson (Swanson, 1993) define el ambiente como cualquier contexto que influye o que es influido por la persona. En la narrativa se reconoce al ambiente como la realidad externa e interna de la persona, con la cual interactúa y que afecta su proceso de vida. En la narración se evidencia un ambiente externo del que hace parte la enfermera, el personal de UCI, la familia, y los recursos físicos de la UCI. El ambiente interno de Ana se ve afectado por los cambios de su edad y estado de salud, sin embargo, este fue dinámico. Así, cada concepto del metaparadigma, desde la teoría de Swanson y los propuestos para esta narrativa, están interrelacionados.

Visión de Enfermería

De acuerdo a lo descrito en la narrativa, se evidencia que se tiene una visión o filosofía de enfermería Interactiva-integrativa, porque expresa un vínculo creado entre la persona y la enfermera, con la meta común de favorecer la recuperación y el bienestar de la Ana. En esta visión, la realidad es multidimensional, dependiente del contexto y de las condiciones circundantes; es objetiva y subjetiva (Fawcett, 2000; Gómez Ramírez & Gutiérrez de Reales, 2011; Newman, Smith, Pharris, & Jones, 2008). En la narrativa se observan las realidades cambiantes y multidimensionales de Ana: físicas y emocionales, con alteración de su salud y en total dependencia física.

Así mismo, esta visión considera a los seres humanos holísticos, integrales, activos e interactivos (Fawcett, 2000; Gómez Ramírez & Gutiérrez de Reales, 2011). Esto es concordante con la conceptualización de persona en la teoría de Swanson (Swanson, 1993) y con lo expuesto en la narrativa, donde Ana y la enfermera se presentan de manera holística y cada una desde su realidad. La enfermera interactuó al sensibilizarse, al

reconocer las necesidades físicas y emocionales de Ana, al interpretar las expresiones no verbales y entender su situación. Al igual, Ana expresó sus sentimientos, vivió su proceso de negación y luego decidió interactuar y vincularse en su recuperación de forma activa.

De esta forma, las intervenciones de enfermería se establecen como un proceso de interacción en el ambiente, orientado a la satisfacción de necesidades de la enfermera y la persona (Durán de Villalobos, 2002; Gómez Ramírez & Gutiérrez de Reales, 2011). En la narrativa el ambiente es cambiante, inicia con una dependencia que se modifica cuando Ana tiene avances en su movilidad. Al respecto, Newman y Fawcett (Fawcett, 2000; Newman et al., 2008) insisten que las relaciones entre los seres humanos son recíprocas y se retroalimentan; a su vez Swanson (Swanson, 1993) ve la interacción desde las perspectivas intra e interpersonal, al mencionar que cuando las enfermeras piensan sobre el otro, también deben pensar en sí mismas. Aspecto que se observa en la narrativa, donde se describe que el proceso de aprendizaje fue en doble vía.

La enfermera estimó el cambio diseñando las intervenciones que consideró pertinentes, las ajustó comprendiendo el curso de vida y las necesidades propias de la paciente, pasando de acciones a acompañamiento, de palabras de ánimo a silencio cómplice y sonrisas. Fue evidente que la paciente tuvo el poder, aceptó las terapias, las intervenciones y la interacción cuando ella lo decidió. Al final la enfermera comenta que la paciente agradeció reconociendo que “estuvo ahí”, lo que lleva a pensar que la paciente percibió y aceptó el apoyo de la enfermera. La enfermera le permitió ser a Ana, y Ana se permitió a sí misma ser e interactuar.

Conceptos

La teoría de los Cuidados (Swanson, 1991), parte del reconocimiento del cuidado como centro de la enfermería, en ella se describen cinco conceptos clave: conocimiento, estar con, hacer por, posibilitar y mantener las creencias. En ella la doctora Swanson (Swanson, 1993) argumenta que los cuidados se dan como un conjunto de procesos secuenciales creados por la propia actitud filosófica de la enfermera (mantener las creencias), la comprensión (conocimiento), los mensajes verbales y no verbales transmitidos al cliente (estar con) y las acciones terapéuticas (hacer por y posibilitar) y las consecuencias de los cuidados (desenlace deseado por el cliente).

Teniendo en cuenta este supuesto, la presente narrativa vincula los conceptos de conocer, estar con y hacer, los cuales se visualizan en su contenido.

Elementos Teóricos (T)

Con base en estos tres conceptos, se presentan las proposiciones que al respecto establece la doctora Swanson, y que se relacionan directamente con la narrativa de enfermería descrita.

Conocimiento: Es esforzarse por comprender el significado de un suceso en la vida del otro (Swanson, 1991). En la narrativa la enfermera buscó conocer el significado que tuvo Ana de su proceso de salud, interpretó sus expresiones, le dio espacio y tuvo en cuenta su curso de vida.

Estar con: Incluye estar allí en persona, transmitir disponibilidad y compartir sentimientos sin abrumar a la persona cuidada (Swanson, 1991). La enfermera acompañó a Ana desde su ingreso, la animó cuando se negaba a interactuar y logró vincularla en su recuperación.

Hacer por: Actuar con habilidad, competencia y proteger al que es cuidado,

respetando su dignidad (Swanson, 1991). En la narrativa, la enfermera movilizó los recursos y modificó parte del ambiente, de forma que tuvo en cuenta y resolvió las necesidades físicas y emocionales de Ana.

Elementos Empíricos (E)

En 2002 Swanson publica el instrumento Escala Profesional del Cuidado, donde los ítems son derivados de sus cinco conceptos (Vesga Gualdrón & Ruiz, 2013; Watson, 2002). En Colombia se realizó su adaptación semántica y transcultural (Posada Morales & María, 2013), la validación facial, de contenido (0.893) y consistencia interna con alfa de Cronbach de 0.907 (Vesga Gualdrón & Ruiz, 2013). La tabla 1 muestra la versión validada por Vesga & Ruiz, tomada de referencia para el análisis del componente empírico de este artículo.

Con base en los ítems que corresponden a los conceptos conocer, estar con y hacer por de este instrumento, y en paralelismo con la narrativa, se seleccionaron los atributos asociados:

Conocimiento. Este concepto se relacionó directamente con el ítem 8, en la narrativa de enfermería está contenido en los apartes: "...ella cerraba sus ojos y negaba su cabeza, entendía que quería espacio y me alejaba...", "...ella asentía con su cabeza, pero su mirada era triste".

Estar con. Se asoció con los ítems 5, reflejado en la narrativa: "...intenté establecer una relación con Ana" "...decidí acompañarla". Y en el ítem 7 se visualizó en la narrativa: "...entendía que quería espacio y me alejaba", "Me propuse poner más de mi parte", "Cada día me acercaba a ella". **Hacer por.** Incluido en los puntos 6, 10 y 15, evidentes en la narrativa con las acciones que realizó la enfermera. El vínculo de estos elementos conceptuales, teóricos y

empíricos de la teoría de Swanson y el contenido de la narrativa se visualizan en figura 1.

DISCUSIÓN

Al analizar estos resultados con la literatura, particularmente en la comprensión del ser humano desde la teoría de los Cuidados y en la narrativa, se encontró similitudes con lo descrito por Patestos et al. (Patestos, Anuforo, & Walker, 2019) desde una postura académica reconoce al ser humano como la sinergia de la totalidad, mente, cuerpo, espíritu, ambiente y cultura, así como los atributos, valores y comportamientos únicos y complejos, influenciados por el ambiente. El ser humano también es visto como una existencia bidimensional que puede avanzar (Nikfarid, Hekmat, Vedad, & Rajabi, 2018).

En similitud a la concepción del metaparadigma salud expuesto en los actuales resultados, Smith (M. C. Smith, 2019) argumenta este concepto como un proceso continuo definido por la persona, por lo tanto, la práctica de la enfermería debe abordarlo como un proceso dinámico, integrando el enfoque centrado en la persona y la práctica holística. En el caso del metaparadigma enfermería, Smith (M. C. Smith, 2019), sugiere reempazarlo por cuidado y lo conceptualiza como las intenciones, expresiones, comportamientos, acciones y experiencias, basadas en una base moral-ética-espiritual, que nutren la humanización, la salud, la curación y el bienestar.

En el metaparadigma ambiente, también se encontraron similitudes con las conceptualizaciones de autores que enmarcan su comprensión desde todo lo que

constituye un ambiente de curación según la perspectiva del paciente, reconociendo la influencia de los factores internos y externos para cada individuo (Patestos et al., 2019); también es definido como los factores internos y externos que afectan a una persona (Nikfarid et al., 2018). También puede caracterizarse por dimensiones físicas, sociales, culturales, políticas, económicas y metafísicas (M. C. Smith, 2019).

Los conceptos de la teoría de los cuidados aplicados en la narrativa fueron: conocer, estar con y hacer por, y los resultados de su aplicación hallados en este artículo, son congruentes con los resultados de una revisión sistemática realizada por Kalfoss y Owe (Kalfoss & Owe, 2015), donde hallaron que el concepto conocer es centrarse en el otro con una visión humanista de la persona, comprender la situación de otra persona en un proceso de interpretación, sensibilidad, inferencia, empatía, intuición y cognición intelectual e imaginación. Así mismo, el concepto de estar con, encuentran que es una relación de cuidado íntimo, sensible, con intuición y empatía, donde hay comprensión de los pensamientos y sentimientos. Finalmente, el concepto de hacer por en la revisión de Kalfoss está determinado por la competencia profesional que incluyen detectar, prevenir, escuchar, anticipar, educar, defender, monitorear y proporcionar tranquilidad.

CONCLUSIÓN

Los supuestos de la teoría de Swanson y el enfoque del cuidado de la presente narrativa son coherentes con los planteamientos de Fawcett y Neuman sobre la visión de enfermería interactiva integrativa, donde se considera a la persona de forma holística, como un ser activo y parte de un ambiente. A través de esta postura filosófica se logró el bienestar de Ana; cuando ella interactuó y participó en su recuperación, los cuidados

fueron efectivos, por lo cual, es importante que Enfermería busque que las personas sean protagonistas de su proceso de salud.

Las narrativas son una herramienta útil para articular el componente teórico y epistemológico de enfermería con la práctica, por lo cual, debe promoverse su realización y publicación.

BIBLIOGRAFÍA

Boykin, A., & Schoenhofer, S. O. (1993). *Nursing as caring a Model for Transforming Practice*. New York: National League for Nursing Press.

Casey, B., Proudfoot, D., & Corbally, M. (2016). Narrative in nursing research: An overview of three approaches. *Journal of Advanced Nursing*, 72(5), 1203–1215. <https://doi.org/10.1111/jan.12887>

Durán de Villalobos, M. M. (2002). Marco Epistemológico de la Enfermería. *Aquichan*, 2(2), 7–18. Retrieved from <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/17/34>

Fawcett, J. (2000). Structure and Use of Nursing Knowledge. In *Analysis and Evaluation of Contemporary Nursing Knowledge. Nursing Models and Theories*. (pp. 3–31). Retrieved from <https://pdfs.semanticscholar.org/a6ee/f371add72dc97af71b668eac687892b7db35.pdf>

Fawcett, J., & De Santo Madeya, S. (2013). *Contemporary Nursing Knowledge. Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*. (Third Edit). Philadelphia: F.A. Davis Company.

Fawcett, J., & Garity, J. (2009). *Evaluating Research for Evidence-Based*

- Nursing Practice. In *Soins; la revue de référence infirmière* (First Edit). Recuperado de <https://doi.org/10.1177/0894318412447555>
- Gómez Ramírez, O. Y., & Gutiérrez de Reales, E. (2011). *La Situación de Enfermería: Fuente y contexto del conocimiento de Enfermería, La Narrativa como medio para comunicarla*. (Primera Ed). Bogotá: Gráficas Ducal Ltda.
- Joyce, M. (2015). Using narrative in nursing research. *Nursing Standard*, 29(38), 36–41. <https://doi.org/10.7748/ns.29.38.36.e9008>
- Kalfoss, M., & Owe, J. (2015). Empirical Verification of Swanson's Caring Processes Found in Nursing Actions: Systematic Review. *Open Journal of Nursing*, 5(November), 976–986. <https://doi.org/10.4236/ojn.2015.511104>
- Newman, M. A., Smith, M. C., Pharris, M. D., & Jones, D. (2008). The focus of the discipline of nursing. *Advances in Nursing Science*, 31(1), 16–27. Recuperado de <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Nikfarid, L., Hekmat, N., Vedad, A., & Rajabi, A. (2018). The main nursing metaparadigm concepts in human caring theory and Persian mysticism: A comparative study. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 11, 1–9. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6150916/>
- Patestos, C., Anuforo, P., & Walker, D. J. (2019). Incorporating holism in nursing education through the Integrative Student Growth Model (ISGM). *Applied Nursing Research*, 49, 86–90.
- Peterson, S. J., & Bredow, T. S. (2013). *Middle Range Theories (3rd editio)*. St. Paul: Wolters kluwer Lippincott Williams & Wilkins.
- Posada Morales, M., & Ruíz, C. (2013). Adaptación Transcultural De La Escala De Cuidado Profesional (Cps): Adecuación Semántica. *Aquichan*, 13(1), 1–6. Retrieved from <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/rt/printerFriendly/2537/3060>
- Smith, M. C. (2019). Regenerating Nursing's Disciplinary Perspective. *Advances in Nursing Science*, 42(1), 3–16. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000241>
- Smith, M. J., & Liehr, P. R. (2018). *Middle Range Theory for Nursing* (Fourth Ed; S. P. Company, Ed.). New York.
- Swanson, K. M. (1991). Empirical Development of a Middle Range *Theory of Caring*. *Nursing Research*, 40(3), 161–166. Retrieved from <https://doi.org/10.1097/00006199-199105000-00008>
- Swanson, K. M. (1993). Nursing as Informed Caring for the Well-Being of Others. *Journal of Nursing Scholarship*, 25(4), 352–357. Retrieved from http://etd.repository.ugm.ac.id/index.php?mod=penelitian_detail&sub=PenelitianDetail&act=view&typ=html&buku_id=35829&obyek_id=4
- Vesga Gualdron, L. M., & Ruiz, C. H. (2013). *Validez y confiabilidad de la Escala de Cuidado Profesional (SCP) de la Dra. Kristen Swanson*. Versión en Español, 2013 (Universidad Nacional de Colombia). Retrieved from <http://bdigital.unal.edu.co/40135/1/1098615992.2013.pdf>
- Watson, J. (2002). *Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Science*. New York: Springer International Publishing.

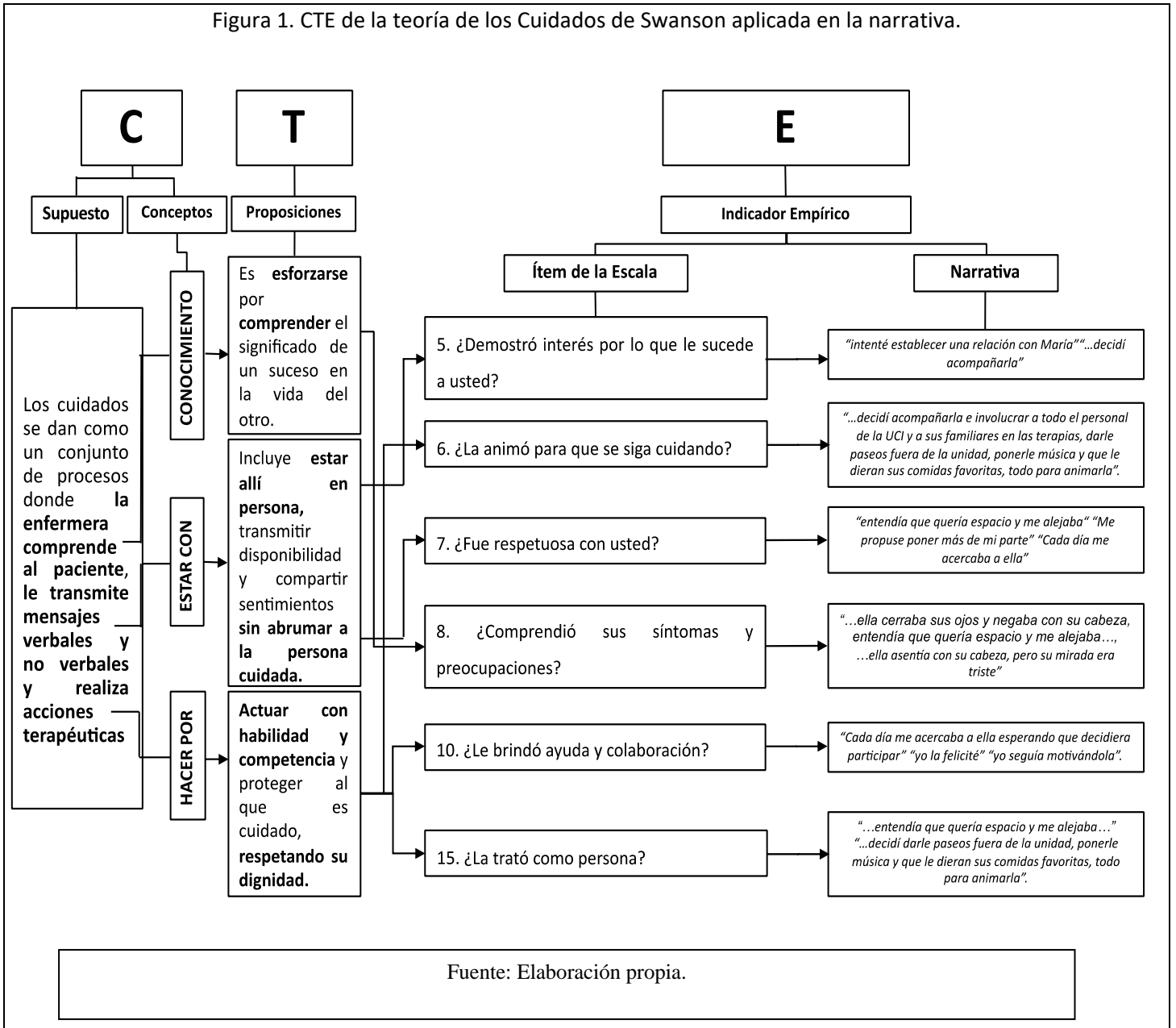
Tabla 1. Ítems de la Escala de Cuidado Profesional

Escala de Cuidado Profesional	
1.	¿La hizo sentir bien?
2.	¿Mostró una actitud positiva con usted y su embarazo?
3.	¿La escuchó con atención?
4.	¿Le permitió expresar sus sentimientos?
5.	¿Demostró interés por lo que le sucede a usted?
6.	¿La animó para que se siga cuidado durante el embarazo?
7.	¿Fue respetuosa con usted?
8.	¿Comprendió sus síntomas y preocupaciones?
9.	¿Demostró que estaba preparada para hacer su trabajo?
10.	¿Le brindó ayuda y colaboración?
11.	¿Se sintió cuidada durante el control de su embarazo?
12.	¿Le explicó en forma clara las indicaciones a seguir?
13.	¿Fue amable con usted?
14.	¿La trató como persona?

Fuente: Tomado del artículo "Validez y confiabilidad de la Escala de Cuidado Profesional, de la dra. Kristen Swanson, versión en español" (Vesga Gualdrón & Ruiz, 2013). Usado con autorización.



Figura 1. CTE de la teoría de los Cuidados de Swanson aplicada en la narrativa.



Cuidar en la era tecnocientífica: De la finitud al superhombre

Caring in the technoscientific era: From finitude to Overman

Cuidar na era tecnocientífica: da finitude ao super-homem

John Camilo García Uribe¹

¹ Enfermero profesional Universidad de Antioquia, maestrando en Bioética Universidad CES
Orcid:0000-0002-3810-5583.

Correspondencia: Medellín-Bello, Transversal 38aa# 59a 231 (Colombia)

Correo electrónico de contacto: Johnc.garcia@udea.edu.co

Cómo citar este artículo: García-Uribe, J.C. (2021) Cuidar en la era tecnocientífica: De la finitud al superhombre *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 25(59). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.59.07>

Recibido:02/11/2020 Aceptado: 10/01/2021



RESUMEN

El objetivo de este artículo de carácter reflexivo, es analizar la técnica y el cuidado como esencias humanas y como son su relaciones y efectos, en la contemporaneidad humanista enrutada hacia el posthumanismo. Metodología: La experiencia de cuidado en ámbitos altamente tecnificados, han creado cuestionamientos por el sentido y la esencia del cuidado en espacios tecnificados. A partir de estos dos grandes conceptos, se recorre un camino hermenéutico. Con referentes teóricos como Heidegger, Nietzsche y Mélich para buscar respuestas y nuevas preguntas en una contemporaneidad “dataísta” y tecnificada, que anula el cuidado como esencia humana. Conclusión: Una solución ante la posible obsolescencia del cuidado, no es dejar de

lado lo técnico, sino reavivar el cuidar del cuidado, resignificar el significado de la otredad que erróneamente es invisibilizada tras el telón de una obsolescencia programada y aparentemente necesaria. Cuidar del cuidado, es verdaderamente cuidar del otro y de esta casa común, es reconocer la finitud como orientación, como posibilidad, como una respuesta y una apertura al cuidado que permite cerrar brechas y abrir oportunidades. Es considerar lo técnico, no como un mecanismo emplazador-explotador, sino, por el contrario, cuidador.

Palabras Clave: Cuidado; técnica; humanismo; posthumanismo.

ABSTRACT

The objective of this reflective article is to analyze technique and care as human essences and how their relationship and effects are in the humanistic contemporaneity routed towards posthumanism. Methodology: The experience of care in highly technical areas have created questions about the meaning and essence of care in technical spaces. From these two great concepts, a hermeneutical path is traveled. With theoretical references such as Heidegger, Nietzsche and Mélich to search for answers and new questions in a "dataist" and technified contemporaneity, which nullifies care as a human essence. Conclusion: A solution to the possible obsolescence of care is not to leave the technical aside, but to revive the care of care, to resignify the meaning of otherness that is mistakenly made invisible behind the curtain of a programmed and apparently necessary obsolescence. Caring for care is truly caring for the other and for this common home, it is recognizing finitude as orientation, as a possibility, as a response and an opening to care that allows closing gaps and opening opportunities. It is to consider the technical, not as a locator-exploiter mechanism, but, on the contrary, a caretaker.

Keywords: Caring; technique; Humanism; Posthumanism.

RESUMO

O objetivo deste artigo reflexivo é analisar a técnica e o cuidado como essências humanas e como suas relações e efeitos estão na contemporaneidade humanística direcionada ao pós-humanismo. Metodologia: A experiência do cuidado em áreas altamente técnicas, criou questões sobre o significado e a essência do cuidado em espaços técnicos. A partir desses dois grandes conceitos, é percorrido um caminho hermenêutico. Com referenciais teóricos como Heidegger, Nietzsche e Mélich, para buscar respostas e novas questões em uma "dataista" e contemporaneidade tecnificada, que anula o cuidado como essência humana.

Conclusão: Uma solução para a possível obsolescência do cuidado não é deixar o técnico de lado, mas reviver o cuidado, ressignificar o significado de alteridade que por engano se torna invisível por trás da cortina de uma obsolescência programada e aparentemente necessária. Cuidar é realmente cuidar do outro e deste lar comum, é reconhecer a finitude como orientação, como uma possibilidade, como uma resposta e uma abertura ao cuidado que permite fechar lacunas e abrir oportunidades. É considerar o técnico, não como um mecanismo localizador-explorador, mas, pelo contrário, um zelador.

INTRODUCCIÓN

El cuidado y la técnica son existenciales del hombre, ambos son piezas fundamentales de los procesos de hominización y humanización. Ambos surgen de la condición humana de ser en el mundo, de estar arrojado (Heidegger, 2018) del extrañamiento frente al mundo (Esquirol, 2011), de su finitud (Melich, 2014), de la necesidad de otro (Levinas, 2012) y de su carencia. La técnica es la estrategia de la que se vale el hombre para sobrevivir adaptando el medio ambiente a sí mismo, mientras que los animales se adaptan al medio, lo técnico nos hace humanos (Montoya Suárez, 2008), y esa manera de adaptar el medio para la supervivencia y satisfacción de necesidades podría verse a groso como un cuidado, es decir la técnica como medio para el cuidado, o el cuidado como un gesto técnico, pero el cuidado no es esencialmente técnico. El cuidado es algo más, el cuidado como respuesta, como forma de ser en el mundo, precede y excede la existencia misma, desde antes de nacer se es cuidado, e incluso después de nacer se es cuidado, desde las patadas en el vientre, la respuesta frente al niño que llora al nacer, los cuidados después de morir, incluso los cuidados a los recuerdos e historias construidas, podría decirse de esta manera, que el cuidado precede y excede la técnica. Sin embargo, la actualidad tecnificada pareciera terminar sobreponiéndose ante el cuidado, ambos son consustanciales, son rasgos esencialmente humanos, pero han tomado rumbos

diferentes, a tal punto que uno termina subyugando al otro.

ESTADO DE LA CUESTIÓN

El origen fenomenológico del “cuidado” y la importancia del concepto de tiempo en la historia de la enfermería ya ha sido ampliamente abordado por otros autores (Siles González & Solano Ruiz, 2007), donde abordan la equivalencia etimológica entre los términos Cura y Cuidado desde la propuesta teórica de Martin Heidegger a la que vez se analiza el cuidado a través desde la ontología y el Mito de Higinio en la obra *Ser y Tiempo* de Heidegger. La relación entre el concepto tiempo y el cuidado tanto como concepto como practica es también trabajado por estos autores (Siles González & Solano Ruiz, 2007), diferenciando el tiempo cronológico “Crhonos” del tiempo que requiere cada cosa “Kairos”, la dimensión temporal del cuidado implica tanto de Crhonos como de Kairos, en la medida que implica una construcción de una temporalidad determinada por la relación cuidador y sujeto de cuidado tal como es postulado por (Habran & Battard, 2019) diferentes formas de producir relaciones de cuidado implican diferentes concepciones y orientaciones temporales, al considerar cómo diferentes formas de relaciones cuidador-cuidador pueden ayudar a construir el tiempo de manera diferente, pero también considerando el papel de las herramientas y otros actores, cuidar como expresión de un ser temporal, no puede ser mas que temporal, y esa temporalidad es construida, no son números llanos. Precisamente, por dicha asociación al tiempo, el cuidado no es ajeno al tiempo tecnificado del presente, de hecho, expresiones como el tiempo es oro, como tiempo, no son una metáfora profunda, sino una fría lectura de la realidad, en la que a través de los avances tecnológicos se busca reducir los tiempos de producción, incluso los tiempos de cuidado (aquellos peligrosos, en los que el principio de precaución debería prevalecer, como con el desarrollo de una vacuna) (Singh, 2020), el tiempo para cuidar y por supuesto la construcción de tiempo entre sujeto de cuidado y cuidador.

La técnica no como herramienta, sino como significante o constructo social, es solo uno de los factores que podría influir en la deconstrucción del cuidado o la bien conocida deshumanización en salud (Arredondo-González & Siles-González, 2009). En gran medida la técnica, es fruto de un paradigma científico positivista en la que existe una escisión entre el sujeto que investiga y el o lo investigado y a su vez está inmersa en un mundo mercantilizado y competitivo, donde la ganancia propia se sobrepone ante cualquier valor. Es en esta misma lógica de los tiempos actuales y venideros, donde los enfermeros y sujetos de cuidado hemos de vérnoslas.

MÉTODOS

La metodología, está fundamentada en dos pilares: La experiencia de cuidado en ámbitos altamente tecnificados que permite crear cuestionamientos por el sentido y la esencia del cuidado en espacios tecnificados. Desde la hermenéutica, , “que consiste ante todo en que uno puede considerar y reconsiderar lo que piensa su interlocutor, aunque no esté de acuerdo con él o ella , en la que se pone especial importancia al carácter móvil y finito de la existencia, donde la verdad y la forma de ver el mundo son siempre temporales” (de la Maza, 2005), desde los cuestionamientos y vacíos es posible construir, pero en mundo donde todo parece saberse o conocerse, pocas preguntas e interpretaciones surgen y con ello la normalización tiene lugar.

Esto, es precisamente una apuesta por trascender aquello que se ha instaurado de una manera dócil en la vida cotidiana y en el cuidado de enfermería. Es una exégesis y diálogo a través de postulados de la obra *Ser y Tiempo* de Heidegger, algunos axiomas de Nietzsche y una lógica interpretativa desde la filosofía de Mélich, a través de sus obras *Ética compasión* y *Lógica de la crueldad*, las cuales, aunque no parecen estar textualmente, están embebidas a lo largo y ancho de él. La insistencia en la finitud de la existencia y, por tanto, de la comprensión, pretende acentuar el alcance de todo conocimiento, en contraste con la pretensión de tener un conocimiento objetivo como el

que persiguen las ciencias, como si fuera posible asentar su carácter definitivo por el mero recurso del método y, lo que es más importante, como si de ese modo fuera posible que el ser humano lograra una comprensión definitiva de sí mismo (Armando, 2004). Es desde esta lógica crítica-argumentativa que se aborda el tema.

DESARROLLO DEL TEMA

La técnica y el cuidado como esencia del ser en el mundo

Para algunos, los primeros indicios de humanidad han sido los hallazgos arqueológicos de las herramientas utilizadas por nuestros antecesores, los homínidos, es decir la técnica (Harari, 2011). Para Ira Byock (2012), citando a Margaret Mead, los primeros signos de civilización no fueron anzuelos, ollas de barro o piedras de moler, sino un fémur roto que se había curado, en el reino animal si te rompes una pierna, mueres. No puedes huir del peligro, ir al río a tomar algo o buscar comida. Eres carne de bestias que merodean. Ningún animal sobrevive a una pierna rota el tiempo suficiente para que el hueso sane. Un fémur roto que se ha curado es evidencia de que alguien se ha tomado el tiempo para quedarse con el que se cayó, ha vendado la herida, le ha llevado a un lugar seguro y le ha ayudado a recuperarse. ¿Cuál es el valor de establecer que fue lo primero si el cuidado o la técnica? Si ambos surgen desde la condición humana, si ambos contribuyeron a constituir la humanidad de hoy en día, ¿por qué termina prevaleciendo una sobre el otro? ¿Cuáles son los efectos a largo plazo? ¿por qué habría de centrar el foco en que fue primero? Precisamente porque en la actualidad hay un descuido del cuidado y un dominio de lo técnico.

De acuerdo con Harari (2011), la prematuridad fisiológica al nacer fue una de las piezas claves en el proceso de hominización. Dado que contribuyó al desarrollo de las extraordinarias capacidades sociales de la humanidad. “Las madres solitarias apenas podían conseguir suficiente comida para su prole y para ellas al llevar consigo niños necesitados. Criar a los niños

requería la ayuda constante de otros miembros de la familia y los vecinos. Para criar a un humano hace falta una tribu. Así, la evolución favoreció a los que eran capaces de crear lazos sociales fuertes (Harari, 2011). Pareciera entonces, que la condición de invalidez y prematuridad favoreció no solo el cuidado, sino la cooperación y el establecimiento de vínculos sociales para cooperar a mayor escala y no solo eso, esa misma prematuridad, le da la maleabilidad necesaria al ser humano para ser educado, para aprehender una amplia gama de habilidades y entre ellas la técnica.

Ahora bien, si analizamos la condición humana, en términos de la carencia biológica descrita por Gehlen (1987) como una prematuridad al nacer, con falta de pelo y protección natural frente a la intemperie, falta de órganos de ataque y formación corporal para huida”. Todo ello hace del hombre un ser dependiente al nacer, que depende de otro y de su cuidado. El no tener pelo y tener piel es un llamado al tacto del otro, a la cercanía, es un grito de auxilio, es un llamado para ser cuidado, en la cercanía surgen las relaciones de cuidado que favorecen pasar de la carencia a la abundancia. La carencia biológica de las crías no solo es un llamado para ser cuidado, también es el motor de respuesta para que el ser humano adulto haga frente y compense la situación de invalidez y carencia de sus crías (Fernández, 2018), de la carencia surge el cuidado y desde el cuidado se trasciende la carencia para llegar a la abundancia.

El cuidado es esencialmente humano y precede la técnica, citando a la fábula de Higinio y el mito de cuidado, expuesto por Heidegger (Ser y Tiempo, s. f.)

“Al atravesar Cuidado a un río, ve un gredoso barro, y cogiéndolo meditabunda lo comenzó a modelar. Mientras piensa en lo que hiciera, Júpiter se presenta. Cuidado pide le dé espíritu y fácilmente lo consigue. Como Cuidado quisiese darle su propio nombre, niegase Júpiter y exige se le ponga el suyo. Mientras ellos discuten, interviene también la Tierra pidiendo que su nombre sea dado a quien ella el cuerpo diera. Tomaron por juez a Saturno, y éste, equitativo, juzga: ‘Tú, Júpiter, porque el espíritu le diste, en la muerte el espíritu y tú,

Tierra, pues le diste el cuerpo, el cuerpo recibid, reténgalo Cuidado mientras viva, porque fue la primera en modelarlo. Y en cuanto a la disputa entre vosotros por el nombre, llámesele hombre, ya que del humus ha sido hecho”. (p. 198).

El hombre tiene su origen en el cuidado y es retenido por el mientras viva en el mundo, sin cuidado perecemos, sin cuidado el ser en el mundo no es. Sin una tierra (se entienden todos los elementos de la naturaleza) que le permita ser, y lo dote de consistencia, el ser en el mundo no puede llegar ser, somos tierra y volvemos a ella. Sin Saturno como tiempo, como aquel el juez implacable en el que todo tiene principio y fin, llegaríamos a ser, pero dejaríamos de ser. Pareciera de manera ontológica, que el ser en el mundo no es solo cuidado, somos tiempo, somos tierra y somos algo más allá de lo natural. No obstante, cabe preguntar, ¿Tiene la técnica asidero esta fábula? La técnica es de lo que se valió cuidado para hallar al ser en el mundo, para forjarlo y moldearlo a partir de la tierra y para mantenerlo en el mundo. Un mundo en el que el cuidado es la esencia del hombre, la técnica esta al servicio del cuidado, todo esta permeado por cuidado, todos los ámbitos técnicos, antes que técnicos, deben ser cuidados. Allí pudiera estar la subversión al gran problema de nuestra era tecnológica pero descuidada en tantos aspectos. Sin embargo, vale la pena ahondar en otros aspectos esencialmente humanos, que motivan la técnica y el cuidado.

El ser en el mundo, es un ser arrojado, carente y vulnerable, en medio de esa condición de vulnerabilidad, se la hace propio ocultar esa condición de vulnerabilidad (Torralba Roselló, 2013), para maquillar esa circunstancia vulnerable, de necesidad, de atención y de cuidado. En ese esconder el hombre se vale de la técnica, inicialmente como medida paliativa, para huir y solo olvidar, pero ahora en la contemporaneidad, la esencia de la técnica moderna es ostensiblemente diferente de la técnica antigua (cuidadora), y con ello los alcances, efectos esperados y no esperados han mutado, al punto que ya no solo es paliativa y cuidado, sino también curativa respecto a la condición de vulnerabilidad

humana, para anularla desde todo punto de vista en una ruta que espera alcanzar la invulnerabilidad, la inmortalidad y la amortalidad. Porque para algunos, de acuerdo con Ayén (2015) “estar atados a un sustrato biológico es malo, nos hace sufrir. Si el carácter humano pudiera darse en otro tipo de soportes que no fueran biológicos, habría una serie de limitaciones que no tendríamos”. Mientras que, para otros, es la vulnerabilidad el motor y lo verdaderamente constituyente de lo humano.

Hoy en día, cada vez más, se busca anular la vulnerabilidad como condición humana, desde la muerte como fin de la existencia, hasta el dolor y el sufrimiento. Hoy se habla de la cura del envejecimiento (García-Barranquero, s. f.), y algunos más osados “afirman que hacia 2045, “llegaremos a la «muerte de la muerte», donde esta será opcional. Moriremos a causa de accidentes, pero nunca por muerte natural. Nos dirigimos hacia un futuro donde la muerte no tendrá dominio” (Cordeiro & Wood, 2018)”. No son solo libros, papers, y algunos científicos los interesados en esta causa, gigantes tecnológicos como Google, IBM y Microsoft, invierten millones de dólares en investigación y desarrollo en la lucha contra la muerte y el envejecimiento (Espallargas, 2019), y un movimiento filosófico se ha desarrollado entorno al posthumanismo. De manera superficial, podría parecer un capítulo de un libro de ciencia ficción, pero la realidad, deja en el aire algunas señales; de que todo esto puede materializarse a través de grandes avances en nanotecnología, biotecnología e inteligencia artificial. De este modo, los tiempos actuales son tiempos, en los que la esperanza y los ojos están puestos en la tecnociencia, como solución a nuestra condición de vulnerabilidad y como la vía para la supervivencia de la especie, sea en este o en otro planeta.

Este volcamiento a la tecnociencia tiene efectos a toda escala, en la medida que la esencia de la técnica moderna, radica en la técnica como estructura de emplazamiento (“Ge-stell”) descrito por (Heidegger, 1994), de modo que se ve la naturaleza y el hombre como recurso, recurso explotable del que no habría que tener cuidado alguno. El

superhombre contemporáneo está enmarcado en un modelo egocéntrico y tecnocrático, que parece hacerle honor a la teoría evolucionista, en la que las especies mejor adaptadas en medio de recursos finitos son las que más sobreviven, de manera que hay una pugna mas no una cooperación, ni mucho menos un cuidado por el otro, sino por el contrario un interés egocéntrico, en el que la tecnociencia tiene la respuesta a todos los problemas, desde el terrorismo, el hambre, el cambio climático, la pobreza y el desempleo, hasta la muerte misma. Sin embargo, en un campo en el que en el que la compasión del buen samaritano es olvidada tras la muerte de Dios (Nietzsche, 2001), y el cuidado queda relegado, la tecnología carece de la profundidad y el alcance necesarios para la continuidad de la vida en la tierra y del hombre como especie. Lo mas neurálgico no es ello, sino ver como el cuidado como técnica no surge como alternativa ante las crisis: desde las sanitarias-hasta las ambientales. Sino por el contrario, parece una pesadilla del eterno retorno Nietzscheano, en el que se recurre a lo mismo (lo técnico), con la excusa de cuidar para vivir de la mejor manera posible, una vida enmarcada en la temporalidad, el problema es que esa vida que se pretende cuidar y repetir no puede estar aislada, pues como seres abiertos hacemos parte de un sistema, donde todo esta interconectado tanto de manera física como fenomenológica.

En estos tiempos, la técnica deja de ser un instrumento, un hacer para cuidar y formar al hombre para ser una tecnociencia endiosada, en la que surge la posibilidad de una solución ante la muerte y/o la posibilidad de reemplazar aquello que se daña y perece con vasta facilidad. Con lo cual la necesidad de cuidar se hace superflua, innecesaria, un mero aditamento, llegando al punto, que nos preguntaremos el para qué cuidar si nada muere, o incluso, un punto cronológicamente más cercano, más próximo, en el que preguntamos para qué cuidar algo si lo puedo reemplazar por algo mejor. De esta manera, la tecnociencia es la luz que ilumina lo oscuro, es un Dios cada vez más explícito, omnipresente y omnipotente, cada vez más capaz de reemplazar a Cuidado, pero también capaz

de vencer a Júpiter como dador de vida, a Tierra como lugar de origen y morada y a Saturno como juez implacable de la temporaneidad.

La muerte de Dios y la coronación de la Tecnociencia

Las ficciones, la capacidad de pensar sobre cosas que realmente no existen, de manera individual y colectiva ha “permitido urdir mitos comunes tales como la historia bíblica de la creación, los mitos del tiempo del sueño de los aborígenes australianos, y los mitos nacionalistas de los estados modernos. Dichos mitos confirieron a los sapiens la capacidad sin precedentes de cooperar flexiblemente en gran número”(Harari, 2011). El mito o los mitos comunes de una sociedad favorecen y moldean un sinnúmero de interrelaciones, que trascienden la cooperación misma y generan otros mitos. No es la intención de este escrito hablar sobre los diferentes mitos que han surgido a lo largo de la historia del hombre, pero es necesario, hacer alusión al mito de Dios, o al menos a la creencia en Dios, como modelo de visión del mundo y con ello, de comportamiento y de cooperación , para luego analizar las implicaciones de “la muerte de Dios”, en las que otra creencia colectiva permea a cada persona y a cada rincón del planeta, el mito de la tecnociencia.

La muerte de Dios no es una expresión literal, de manera literal sería un sinsentido en la medida que Dios no muere. Dicha expresión no se refiere a un Dios como ser viviente, sino a la creencia en un Dios, un algo, que dotaba de sentido la existencia y con ello daba paso a una moral universalmente controladora. La muerte de Dios (Nietzsche, 2003) es una venda autoimpuesta, que cae de los ojos para contemplar la verdad, pero pareciera que necesitamos de una venda, de la dificultad, de algo que tenga que ser des-ocultado y revelado, el traer ahí, el hacer presente es un hacer humano. La ausencia de Dios dejaría un vacío abismal en la existencia del hombre, una carencia más. El hombre, el asesino, podría estar asesinando su propia humanidad, o creando una nueva, en la medida que algo tiene que necesariamente reemplazar a Dios, un nuevo sentido, un

nuevo mito y con ello tal vez una nueva humanidad. Mas se demora una Deidad en irse que otra en llegar, muerto Dios, endiosada la tecnociencia, esta, es ahora la esencia dominante del ser en el mundo, a través del Ge-stell (Heidegger, s. f.), en el que se dispone de recursos, esta cosifica la realidad, la vida y los seres, la esencia pasa a ser una nimiedad y la utilidad es la medida de todo lo explotable.

Muerto Dios, el superhombre ve en la tecnociencia, mas que un camino, un vuelo directo a al Olimpo, a las cosechas de ambrosia. No significa que muerto Dios no hay religiosidad, al contrario, el fervor tecnocrático mueve no solo cuerpos, sino subjetividades e intersubjetividades. La tecnociencia como deidad, es un proyectil magnético que sale disparado y a medida que avanza subvierte todo a su paso, con lleva la humanidad a la muerte. Muerto Dios, muerto el hombre, pero la muerte no es el fin, sino la transformación de lo humano es el surgir del superhombre, no como un hombre mejorado, sino un nuevo hombre. Un hombre deificado, inmortal, con dominio sobre la vida y la muerte, un hombre descuidadamente omnipotente. El advenimiento de un nuevo tipo de ser humano, un posthumano, el ultra hombre, aquella especie que reemplaza al sapiens, que sabe vivir sin Dios, sin centro, es romper la idea de que necesitamos un fondo, es romper todos los esquemas, es ser Dios, un ser que no necesita sentido para existir y por supuesto no se cuida, no cuida, y no requiere cuidados.

La Presencia de Dios además de sustentar y dar rumbo a la existencia del ser en el mundo, a travesaba la humanidad en su esencia, por ello las consecuencias de su muerte, de su ausencia, de su reemplazo y de finalmente su futilidad son a todo nivel, desde el sistema moral y de valores, hasta ámbitos en los que el cuidado, como ontología y como práctica, parecía ser eminentemente dominante y esencial, pero que finalmente ha quedado supeditado a un sistema tecnocientífico, emplazador, que sataniza la compasión y consiguientemente el cuidado por lo otro y el otro.

Cuidado de la salud y humanismo

Muerto Dios, se ha endiosado lo humano y con ello el humanismo surge como respuesta a la ausencia divina, como la nueva religión que moldea la relaciones del presente. Con esta nueva cosmogonía dominante, se transfixian todas las microesferas humanas, superfluas y esenciales. El cuidado de la salud, no se escapa de ello. La muerte de Dios trae consecuencias para cuidadores y sujetos de cuidado. Salud y enfermedad dejan de ser regalos o castigos divinos, para estar ligados a factores genéticos, epigenéticos, ambientales y estilos de vida. De esta manera, el estar saludable o enfermero se debe una interrelación de factores heredados, individuales, y sociales, enfermedades como el Cancer dejan de ser un castigo, para estar ligadas a genes cancerígenos, a exposiciones ambientales o hábitos como el tabaquismo. Pero de esta misma forma, la búsqueda de la salud ya no se espera provenga de poderes divinos, sino de acciones humanas (medicamentos, biotecnología, nanotecnología, entre otros). Los profesionales de la salud han dejado de ser enviados mesiánicos con poderes sobrenaturales o divinos para ser vistos como un actor más del modelo de mercado, del que ya no se espera un cuidado, sino al que se le exige un cuidado con "calidad". Los pacientes, ya no son tan pacientes, ahora son activos y algunas veces reactivos.

El cuidado de la salud, del ambiente y del otro, ha salido del enfoque orientador del actuar humano. ¿para que cuidar algo si se puede reemplazar por algo mejor? ¿para que mantener estilos de vida saludables, si la tecnología lo soluciona todo? Pero rara vez nos preguntamos, ¿cuál es el costo de todo esto? Costo social, familiar, ambiental y personal. Esta manera de solucionar produciendo y no cuidando, descuidando y malgastando, favorece la aparición de enfermedades obesidad, vigorexia, la depresión, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), el trastorno límite de la personalidad (TLP) o el síndrome de desgaste ocupacional (SDO), enfermedades hipercatatonicas, que requieren respuestas acordes al sistema de producción, es decir, la solución no es parar, la solución es producir nuevos medicamentos, un curso de coaching o la

implementación de nuevos desarrollos tecnológicos.

La sacralidad de la vida humana ya no proviene por el origen divino, sino por una superioridad especista, que ha determinado el poder y dominio sobre las demás especies y sobre el planeta entero. La sensación de superioridad y grandeza que poseemos gracias a la selección natural del más fuerte y mejor adaptado, parece ser suficiente para contemplar lo otro, no como otro necesario para mí, sino como un recurso del que se dispone y se explota. Así, El actuar humano y sus consecuencias deletéreas sobre otras especies y el ambiente, se tienden a justificar errónea y vilmente. Con este mismo enfoque, se ha sacralizado el valor de la vida humana sobre cualquier otra forma de vida y de igual forma parecieran existir vidas humanas más valiosas que otras. La sensación de la igualdad del valor de la vida es una mera apariencia, puesto que aquellos con más poder gozan de mayores cuidados. Y lo único igual para todos los seres vivos, está a punto de cambiar, de cambiar para algunos cuantos poderosos. Pues grandes esfuerzos se hacen para no solo mantener con vida a toda costa los seres humanos, sino que también se pretende anular la muerte o trasladar la “vida” a entidades no percederas. En este camino tortuoso de humanismo a posthumanismo, la tecnociencia cobra cada vez mas importancia, y parece zanjar más distancias entre el cuidado y producción. Sin embargo, el cuidado contiene la técnica, son consustancialmente humanos y es menester recordar y reavivar su importancia, para no perder la esencia humana.

El cuidado de la salud en la era tecnológica

Las nuevas tecnologías resuelven grandes problemas en el ámbito de la salud, ahora a través de avances de la tecnociencia es posible tratar y curar enfermedades que, antes incluso, eran desconocidas, gracias a marcapasos, cardiodesfibriladores implantables, monitores avanzados de signos vitales, biofármacos, prótesis artificiales, quimioterapia y un sinnúmero de scores y protocolos de atención basados en

la evidencia. Pero grandes avances, implican nuevos retos, nuevos problemas (Domingo, 2013). Desde el aumento significativo de la esperanza de vida y con ello de la población, la toma de decisiones frente a la vida y la muerte, hasta el acto de cuidado. Un cuidado cada vez más descuidado en su esencia y en la práctica, en el que pareciera que sin protocolos basados en la evidencia y sin aparatos tecnológicos este no tuviera lugar alguno, en el que importa más el monitor que el paciente, los signos se sobreponen a los síntomas, y los protocolos en muchos casos a las necesidades del paciente. A raíz de ello, entre un pleonasma (cuidado humanizado) y un oxímoron (deshumanización del cuidado), surgen discursos un tanto llamativos, pero que desvían la atención del foco del problema, un olvido de la esencia del cuidado.

Así como en la vida cotidiana la televisión nos atonta, nos aturde de tal forma que quedamos como prendados de ella. “Con un efecto entre mágico y maléfico es obra, creo, del exceso de la luz que con su intensidad nos toma. Mismo efecto que produce en los insectos, y aun en los grandes animales” (Sabato, 2000). De esa misma manera las pantallas de monitores y maquinas destinados al cuidado de la salud nos invaden y domestican, a tal punto que no se mira al paciente sino el monitor, el monitor siempre tiene la razón, y arroja más y mejores “datos” que el paciente. En un mundo en que los datos y el flujo de datos son el objeto de mayor valor, el cuidado se ciñe a los mejores datos obtenibles, la evidencia científica y las pantallas de monitores, dejando de lado aquellos datos erróneamente clasificados como inservibles, la subjetividad del otro.

En la sociedad de los datos, “no vemos lo que no tiene la iluminación de la pantalla, ni oímos lo que no llega a nosotros cargado de decibeles, ni olemos perfumes. Ya ni las flores los tienen” (Sabato, 2000) ahora cuesta tanto levantarse ante el llamado del otro, porque implica una desconexión de la red de datos, los oídos son sordos antes las voces humanas, pero están ávidos por escuchar las alarmas y los pitidos de las maquinas. De esta misma forma, se ha modelado el enfermar y recuperarse y con ello el cuidado mismo, ahora pululan los

blogs y consultas online a través de pantallas de celular y ordenadores, en las que, en algunos casos de manera superficial, se pretende dar soluciones a problemas tan profundos, que un sistema de datos binarios es incapaz de transmitir. Es el mismo dataísmo quien reduce a categorías, a números y a estadísticas la identidad del enfermo y del que cuida.

CONCLUSIÓN

En un escenario como este, hablar de deshumanización del cuidado, hace pensar que es posible cuidar de manera deshumanizada, mientras que humanizar el cuidado carece de especificidad, pues son tantas las características humanas, que bien, podría ser tecnificar el cuidado o permearlo de compasión. Por lo que una acepción más acorde y plausible, sería cuidar del cuidado. Cuidar del cuidado en un mundo tecnológico, humanista y capitalista. Para ello se requiere, explotar “el único recurso que con su uso no se acaba, sino que se expande: el conocimiento”(Harari, 2016). El conocimiento no para producir, sino para cuidar, un conocimiento que no dará frutos instantáneos, pero si tardíos y duraderos. El imperativo del conocimiento para cuidar abarca desde los instrumentos, técnicas y nuevas tecnologías, hasta el conocimiento del otro y de las interrelaciones que favorecen y permiten la vida en y del planeta. El conocimiento ilumina lo oscuro, nos saca de la caverna para romper el velo del ego, del ensimismamiento, del endiosamiento y del estado catatónico de hiperproducción y consumo, en el que la técnica anula el cuidado. El conocimiento para parar y cuestionar y con ello responder desde el cuidar. Para ello, la solución no es dejar de lado lo técnico, sino reavivar el cuidar del cuidado, resignificar el significado de la otredad que erróneamente es invisibilizada tras el telón de una obsolescencia programada y aparentemente necesaria. Cuidar del cuidado, es verdaderamente cuidar del otro y de esta casa común, es reconocer la finitud como orientación, como posibilidad, como una respuesta y una apertura al cuidado que permite cerrar brechas y abrir oportunidades, mientras que gastar y descuidar con la

esperanza en la muerte de la muerte abre brechas y quita oportunidades.

Es necesario cuidar del cuidado, tanto en el lenguaje como en la práctica implica recurrir a un cuidado desde aquella raíz latina “cogitare” (Corominas & Pascual, 2010) “cogito” pensamiento, como posibilidad de hacer un espacio en la mente propia para el otro, un espacio que es ante todo posibilidad de ser con el otro, para el otro y en esa posibilidad de ser se constituye la propia existencia, el cuidado como pensamiento es reconocer la finitud y la interdependencia, es una apuesta por la compasión, el com-partir y el con-vivir (Mélích, 2013), todas ellas, como relaciones duales requieren de hacer un espacio para el otro, en mente, en tiempo y cuerpo, para construir, trascender y evitar un futuro apocalíptico, des-cuidado, sin posibilidad a pausas, preguntas, diálogos, relaciones, a causa de un cuidado descuidado.

¿En un mundo sin cuidado quienes sobrevivirán?

BIBLIOGRAFÍA

- Armando, L. (2004). P U E R T O S La hermenéutica. 5.
- Arredondo-González, C. P., & Siles-González, J. (2009). Tecnología y Humanización de los Cuidados: Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. *Index de Enfermería*, 18(1), 32-36.
- Ayén, X. (2015). *Vamos a ser inmortales*. Recuperado de <https://www.lavanguardia.com/cultura/2015/08/09/54435718128/vamos-ser-inmortales.html>
- Byock, I. (2012). *The best care possible: A physician's quest to transform care through the end of life* (1.a ed.). NY: Avery Pub Group
- Cordeiro, J. L., & Wood, D. (2018). *La muerte de la muerte* (Vol. 1). Bilbao: Deusto.

- Corominas, J., & Pascual, J. M. (2010). *Diccionario crítico etimológico castellano e hispánico* (CE-F. 1. ed, 7. reimpr, Vol. 2). Madrid: Gredos.
- de la Maza, L. M. (2005). Fundamentos de la filosofía hermenéutica: Heidegger y Gadamer. *Teología y vida*, 46(1-2). Recuperado de <https://doi.org/10.4067/S0049-34492005000100006>
- Domingo, A. (2013). *El arte de cuidar. Atender, dialogar y responder* (1.a ed.). Madrid: Rialp.
- Espallargas, A. (2019). *Proyecto Gilgamesh: Objetivo, curar la muerte para 2045*. *GQ España*. Recuperado de <https://www.revistagq.com/cuidados/articulos/proyecto-gilgamesh-inmortalidad-humana-2019/32876>
- Esquirol, J. M. (2011). *Los Filósofos contemporáneos y la técnica: De Ortega a Sloterdijk* (Primera edición). Madrid: Gedisa.
- Fernández, M. A. (2018). Reflexiones en torno a la idea del hombre como ser carencial: Ortega, Gehlen y Sloterdijk. *Thémata Revista de Filosofía*, 58, 119-136.
- García-Barranquero, P. (2016.). Aportes científicos y filosóficos del pensamiento de Aubrey de Grey. *Gazeta de Antropología*, 32(2), 01 Recuperado de <http://hdl.handle.net/10481/43304> 12.
- Gehlen, A. (1987). *El hombre: Su naturaleza y su lugar en el mundo*. Madrid: Sígueme.
- Habran, Y., & Battard, N. (2019). Caring for or caring with? Production of different caring relationships and the construction of time. *Social Science & Medicine*, 233, 78-86.
- Harari, Y. N. (2011). *Sapiens: De animales a dioses*. Madrid: Debate.
- Harari, Y. N. (2016). *Homo Deus: Breve historia del mañana*. Madrid: Penguin Random House Grupo Editorial España.
- Heidegger, M. (s. f.). La pregunta por la técnica. *Revista de Filosofía*. Recuperado de file:///C:/Users/USUARIO-PC/Downloads/45002-1-158744-1-10-20170118.pdf
- Heidegger, M. (1994). *Conferencias y artículos* (E. Barjau, Trad.). Barcelona: Ediciones Serbal.
- Heidegger, M. (2018). *Ser y tiempo* (J. E. Rivera, Trad.; 3a ed.). Madrid: Trotta.
- Levinas, E. (2012). *Totalidad e infinito*. Madrid: Sígueme.
- Mélich, J. C. (2013). *Ética de la compasión*. Barcelona: Herder.
- Melich, J. C. (2014). *Lógica de la crueldad*. Barcelona: Herder.
- Montoya Suárez, O. (2008). De la Techne Griega a la técnica Occidental Moderna. *Scientia et Technica* Año XIV, 39.
- Nietzsche, F. (2001). *La Gaya Ciencia*. Madrid: Akal.
- Nietzsche, F. (2003). *Así habló Zaratustra: Un libro para todos y para ninguno*. Madrid: Alianza.
- Sábato, E. (2000). *La resistencia*. Barcelona: Seix Barral.
- Siles González, J., & Solano Ruiz, M. C. (2007). El origen fenomenológico del “cuidado” y la importancia del concepto de tiempo en la historia de la enfermería. *Cultura de los Cuidados*, 21, 19-27. Recuperado de <https://doi.org/10.14198/cuid.2007.21.04>
- Singh, J. A. (2020). COVID-19 vaccine trials: Duty of care and standard of prevention considerations. *Vaccine*, 38(48), 7578-7580. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2020.10.012>
- Torralla Roselló, F. (2013). *Hacia una antropología de la vulnerabilidad*. *Revista Forma*, 2. Recuperado de https://www.academia.edu/31666084/HACIA_UNA_ANTROPOLOGIA_DE_LA_VULNERABILIDAD

Pedro José Martínez Moreno. Practicante de la Armada: algo más que un personaje

Pedro José Martínez Moreno, a Navy Practitioner: more than just a personage

Pedro José Martínez Moreno. Practitioner da armada: mais que uma simples personagem

Manuel Cano Leal¹ & Mariana García González².

¹Miembro del Grupo de Investigación de Historia de la Enfermería Gaditana del Excmo. Colegio de Enfermería de Cádiz. Orcid: [0000-0002-3585-313X](https://orcid.org/0000-0002-3585-313X). Correo electrónico: manuelcl3@hotmail.com

²Miembro del Grupo de Investigación de Historia de la Enfermería Gaditana del Excmo. Colegio de Enfermería de Cádiz. Orcid: [0000-0003-4922-9204](https://orcid.org/0000-0003-4922-9204). Correo electrónico: cordo_besa@hotmail.com

Correspondencia: Excmo. Colegio Oficial de Enfermería de Cádiz. C/José del Toro, 11 1, 11004, Cádiz
Correo electrónico de contacto: manuelcl3@hotmail.com

Cómo citar este artículo: Cano Leal, M., & García González, M. (2021) Pedro José Martínez Moreno. Practicante de la Armada: algo más que un personaje. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 25(59).

Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.59.08>

Recibido: 04/11/2020 Aceptado: 12/01/2021



RESUMEN

Los Practicantes de la Armada, desde principios de siglo XX hasta finalizar la guerra civil, en las distintas zonas marítimas de nuestra geografía, fueron protagonistas destacados de la institución colegial. Eran profesionales muy bien formados y con amplias competencias laborales, gran bagaje de vivencias y con un elevado sentido del corporativismo como arma para defender unos derechos que no les eran reconocidos. El objetivo de este estudio consiste en describir la vida de Pedro J. Martínez desde la doble perspectiva de militar y practicante. Para ello, hemos empleado una metodología basada en el proceso heurístico de fuentes primarias de origen archivístico localizadas en el Archivo Central del Cuartel General de la Armada y Archivo del Colegio de Enfermería de Cádiz. También hemos obtenido importante información de la prensa profesional del momento, como es el caso de El Practicante Gaditano y recurrido a la documentación personal con la Catedrática Victoria Fernández Díaz. Toda la documentación obtenida ha sido analizada siguiendo las orientaciones de la disciplina histórica, especialmente la biográfica y de vida. Los resultados obtenidos en esta investigación nos llevan a perfilar a Martínez Moreno como un individuo que, por sus cualidades y conocimientos, destacaba en su actividad profesional y en el ambiente social. Cartagenero de nacimiento y practicante de la Armada, era algo más que un personaje. Desde su tierra natal, donde fue presidente del Colegio Departamental de Cartagena, fundador y propietario de la revista “El Practicante Moderno”, hasta llegar a la capital gaditana donde resultó elegido presidente del Colegio de Practicantes de Cádiz. No pasaba nunca desapercibido y destacaba en todos los ámbitos donde residía. También era un profesional militar muy considerado por sus superiores y así le era oficialmente reconocido. En cumplimiento al Decreto del Gobierno

provisional de la República de 23 de abril de 1931, prestó la preceptiva promesa de adhesión y fidelidad a la República. Esa lealtad, le costaría salir exiliado al finalizar la guerra civil, y morir años después, en tierra extranjera (Túnez), sin el reconocimiento debido y el mayor de los olvidos. Por tanto, las conclusiones extraídas de nuestro trabajo son que la vida de Pedro José Martínez Moreno se desarrolló de forma especialmente relevante tanto desde la perspectiva militar como sanitaria, dado que los diferentes cargos en las presidencias colegiales denotan unas habilidades sociales y profesionales altamente infrecuentes, del mismo modo que denotan su continuo y profundo compromiso con la profesión de enfermería desde la representatividad colegial.

Palabras clave: practicante armada; colegios practicantes; guerra civil.

ABSTRACT

The Navy Surgery Practitioners, from the beginning of the twentieth century until the civil war, the different maritime of our geography, they were prominent protagonist of the collegiate institution. They were very well trained professionals with extensive work skills, great baggage of experiences and with a high sense of corporatism as a weapon to defend rights that were not recognized to them. The objective of this study is describing the life of Pedro J. Martínez Moreno from the dual perspective of military and surgery practitioner. To do this, we have used a methodology based on the heuristic process of primary sources of archival origin located in the Central Archive of the Headquarters of the Navy and file of the College of Nursing of Cádiz. We have also obtained important information from the professional press of the moment, as is the El Practicante Gaditano and resorted to personal documentation with Professor Victoria Fernández Díaz. All the documentation obtained has been analyzed according to the orientation of historical discipline, especially biographical and life. The results obtained in this research lead us to profile Martínez Moreno as an individual who, for his qualities and knowledge, he exceeded in

his professional activity and in the social environment. Cartageno by birth and navy surgery practitioner, was more than just a character. From his homeland, where he was president of the Departmental College of Cartagena, founder and owner of the professional magazine “El Practicante Moderno”, until arriving in the capital of Cádiz where he was elected president of College of Surgery Practitioners of Cádiz. It never went unnoticed and stood out in all areas where he resided. He was also a military professional highly regarded by his superiors and thus was officially recognized. In compliance with the Decree of the Provisional Government of the Republic of 23 April 1931, it provided the mandatory promise of accession and fidelity to the Republic. That loyalty would cost him to go into exile at the end of the civil war, and die years later, in a foreign land (Tunisia), without due recognition and the greatest oblivion. Therefore, the conclusions drawn from our work are that the life of Pedro José Martínez Moreno developed in an especially relevant way from both the military and health perspective, given that the different positions in the collegiate presidencies denote highly infrequent social and professional skills, in the same way that they denote their continuous and deep commitment to the nursing profession from collegiate representation.

Keywords: Navy surgery practitioner, surgery practitioner College, civil war.

RESUMO

Os Praticantes da Marinha, desde o início do século XX até ao fim da guerra civil, nas diferentes áreas marítimas da nossa geografia, foram protagonistas notáveis da instituição colegial. Eram profissionais muito bem treinados, com vastas competências de trabalho, uma grande experiência e um forte sentido de corporativismo como arma para defender direitos que não eram reconhecidos. O objectivo deste estudo é descrever a vida de Pedro J. Martínez a partir da dupla perspectiva de militar e praticante. Para tal, utilizámos uma metodologia baseada no processo heurístico de fontes primárias de

origem arquivística localizadas no Arquivo Central do Quartel-General da Marinha e no Arquivo do Colégio de Enfermagem de Cádiz. Obtivemos também informações importantes da imprensa profissional da época, como é o caso de El Practicante Gaditano e recorreremos à documentação pessoal com a Professora Victoria Fernández Díaz. Toda a documentação obtida foi analisada seguindo as directrizes da disciplina histórica, especialmente a biografia e a história de vida. Os resultados obtidos nesta investigação levam-nos a traçar o perfil de Martínez Moreno como um indivíduo que, devido às suas qualidades e conhecimentos, se destacou na sua actividade profissional e no meio social. Cartaginês de nascimento e estagiário da Marinha, ele era mais do que uma personagem. Desde a sua pátria, onde foi presidente do Colégio Departamental de Cartagena, fundador e proprietário da revista “El Practicante Moderno”, até à capital de Cádiz, onde foi eleito presidente do Colégio de Praticantes de Cádiz. Ele nunca passou despercebido e destacou-se em todas as áreas onde viveu. Era também um profissional militar altamente considerado pelos seus superiores e foi oficialmente reconhecido como tal. Em conformidade com o Decreto do Governo Provisório da República de 23 de Abril de 1931, fez a promessa obrigatória de adesão e lealdade à República. Esta lealdade custar-lhe-ia ir para o exílio no final da guerra civil, e morrer anos mais tarde, numa terra estrangeira (Tunísia), sem o devido reconhecimento e o maior esquecimento. Portanto, as conclusões retiradas do nosso trabalho são que a vida de Pedro José Martínez Moreno se desenvolveu de uma forma particularmente relevante tanto do ponto de vista militar como do ponto de vista da saúde, uma vez que as diferentes posições nas presidências colegiadas denotam competências sociais e profissionais altamente invulgares, da mesma forma que denotam o seu compromisso contínuo e profundo com a profissão de enfermagem a partir da representatividade colegial.

Palavras-chave: praticante armado, colégios de praticantes, guerra civil.

INTRODUCCION

Los practicantes de la Armada en el último tercio del siglo XIX y primero del XX, soportaron situaciones extremas en el ámbito profesional, guerras coloniales, la guerra de África, etc. Todo ello aderezado con las vivencias propias de los navegantes. Conocimiento de otras culturas, cambios de destinos y por tanto de zonas geográficas diferentes, todo ello les proporcionaba una marcada personalidad y un enriquecimiento cultural y humanístico. Sin desmerecer para nada otros ámbitos laborales, en unos tiempos donde sobrevivir era una odisea, el practicante de la Marina destacaba en ciertos círculos, de una manera ostensible.

En el primer tercio del siglo XX, cinco de sus miembros presidieron la institución colegial gaditana, incluido su fundador y primer presidente José Núñez Ramírez. Si a todo ello, sumamos unas habilidades personales innatas, don de gente, presencia física, etc. donde nuestro personaje destacaba sobre sus propios compañeros, se puede concebir mejor esta biografía.

Mucho se ha escrito sobre la Sanidad militar española y sus protagonistas, médicos y practicantes, desde Clavijo y Clavijo S. (1925) Gracia Rivas, M. (1995) hasta de la Enfermería en la Defensa por González Yanes, J. (2014). Pero no son tantos los que han abordado su estudio desde la investigación biográfica, desde la relevancia colegial, aunque en los últimos años han estado motivados numerosos trabajos sobre biografías reflejados en los libros editados de los Congresos Nacionales de Historia de la Enfermería, que han sido apoyados por los Colegios Profesionales, proporcionando interesantes e inéditos trabajos sobre la historia de las instituciones colegiales.

Sin embargo, este Grupo de Investigación desde sus comienzos ha puesto verdadero interés en desarrollar el género biográfico de los protagonistas en la historia del Colegio de Cádiz, como la de Manuel Quignon Lubrano (Enfermería Gaditana, 2018), Julio Cabilla Alberto (Cuadernos de Investigación de Fondos del Archivo UCA, 2019) y el Reconocimiento a las Presidentas de los Colegios de Auxiliares Sanitarios de

Cádiz, Sección Enfermeras y Matronas (2018). A lo que podemos añadir el proceso de documentación para la realización de las cartelas biográficas correspondientes a los retratos que se encuentran en la Galería de Presidentes y Presidentas del Colegio de Cádiz.

Estas investigaciones, así como la que se recoge en este trabajo han sido llevadas a cabo mediante un proceso heurístico basado en la búsqueda de fuentes documentales, recogidos fundamentalmente en el Archivo Central del Cuartel General de la Armada y del Viso (expedientes militares), el Archivo del Colegio de Enfermería de Cádiz (expediente colegial) y recursos electrónicos como las consultas del Diario Oficial del Ministerio de Marina. También ha sido fundamental la contribución de la Catedrática Victoria Fernández Díaz, mediante entrevista oral y aportación de documentos de sus propias investigaciones que nos ha completado el recorrido profesional y personal de Pedro J. Martínez. Hemos de señalar El Practicante Gaditano, revista profesional colegial (1916-1939) como una fuente primordial para la obtención de datos, ya que fue su Director durante dos años.

DESARROLLO DEL TEMA

Pedro J. Martínez Moreno nace en Cartagena (Murcia) el seis de abril de 1889. Hijo de José y de Lucía. Estudia la carrera de Practicante en la Facultad de Medicina de la Universidad Central en Madrid, finalizándola con 17 años, en 1906. Recién finalizado los estudios, ingresa en la Cruz Roja como socio y en calidad de Practicante. A partir de este momento comienza una vida personal, profesional e institucional, tan intensa y peculiar, que difícilmente podremos encontrar alguien semejante. En 1907 fue nombrado practicante de la Sociedad de Seguros de Accidentes de Trabajo “La Alianza” y comenzó a trabajar como supernumerario de la Beneficencia Municipal de Cartagena.

Durante la Guerra del Rif, también llamada segunda Guerra de Marruecos en 1909, prestó relevantes servicios en la Cruz Roja, en la conducción de soldados heridos desde Melilla al Hospital de Marina de Cartagena, hecho por el que fue

condecorado. Siendo esta circunstancia quizás, la que le animó a entrar en la Armada.

El 20 de julio del mismo año aprueba el examen de ingreso en la Armada y pasa destinado al Hospital de Marina de Cartagena, pero por problemas de créditos presupuestarios del Ministerio, queda suspendido de empleo.

Mientras tanto ingresa en el Colegio de Practicantes de Madrid como socio corresponsal, demostrando su personalidad inquieta.

Practicante de la Armada

Una vez resuelto el problema económico ministerial, por otra parte, bastante habitual, fue elegido nuevamente aspirante y por R.O. de 26 de octubre de 1912 es nombrado 2º Practicante, pasando destinado a la Farmacia sucursal del Hospital de Marina de su ciudad.

Compatibilizando su trabajo profesional en la Armada con la institución colegial, se presenta al cargo y es nombrado Presidente del Colegio de Practicantes del Colegio Departamental de Cartagena (1912-15). También es fundador y propietario de la revista "El Practicante Moderno". Continuando con su desmedido afán corporativo, es elegido Delegado Presidente de la Asociación de Practicantes de la Armada del Departamento Marítimo cartagenero (Martínez 1934).

En 1913, mientras permanecía destinado en la enfermería del Arsenal de Cartagena, a finales de año padece un problema de salud y solicita licencia por enfermedad, en enero de 1914 le conceden dos meses, poniendo como estancia de descanso Madrid y Alicante. Era obligatorio indicar los domicilios, en el caso de haber más de uno, para notificación en caso de necesidad.

De vuelta al Hospital, el 10 de septiembre de 1915 cesa en el destino y embarca en el Contra-Torpedero

"Proserpina", tomando el cargo de su "clase"*. En la Armada, según el destino, el profesional podía ir como parte de la dotación o bien como cargo. Ir de cargo significaba ejercer de Jefe de la Enfermería, generalmente por la ausencia de médico y por ser el practicante más antiguo. En este caso, era el único sanitario a bordo.

Debido a la guerra en Marruecos, el 3 de diciembre de 1916, tras permutar voluntariamente con un compañero, desembarca del "Proserpina" y es pasaportado† a Larache. Destinado al Regimiento Expedicionario de Infantería de Marina, embarca en Cádiz en uno de los buques de transportes, iniciando el trayecto el 11 de enero de 1917.

Pedro José era un hombre de gran personalidad y de recia voluntad, eso quizás le ayudaba a la hora de conseguir destacar sobre los demás. Durante su estancia en Marruecos tuvo un incidente con un superior, que le pudo costar muy caro, sin embargo, supo salir airoso. Sucedió que un 2º Teniente de su batallón le ordenó explorar a un soldado que se encontraba enfermo en el calabozo. El Brigada‡ Martínez Moreno, le contestó que aquel soldado era de otro destino y que lo indicado sería avisar al médico o practicante del 2º Batallón, al cual pertenecía. El 2º Teniente, Vicente Serrano Scotto, insistió en su orden sin conseguir que el Suboficial Practicante le obedeciera. Acto seguido lo mandó arrestado a prevención, y Pedro José adujo que por su categoría militar no procedía dicha estancia. En un estado de rabia incontenible, el Oficial desenfundó su sable y le golpeó en el hombro, causándole una pequeña contusión. Aquel incidente trajo consigo partes por escrito de uno contra el otro, que se resolvió con una causa dirigida por el Teniente Coronel Rodríguez García, Juez Instructor. En la misma se condenó al Oficial Serrano por falta de consideración con un inferior, a 8 días de arresto y al Suboficial Martínez por falta de celo profesional, a 4 días§.

* De su especialidad.

† Trámite administrativo para poder desplazarse a otro destino.

‡ Categoría militar del Cuerpo de Suboficiales al que pertenecía en esos momentos.

§ Hoja Servicios CGA, Decreto Autoridad Judicial, folio 58

Cultura de los Cuidados

En tiempos bélico, un conflicto de esta naturaleza pudo acabar en un Consejo de Guerra y con un resultado imprevisible, no obstante Martínez Moreno demostró gran valor, defendiendo su integridad moral y profesional por encima del riesgo. Aquel incidente, le hizo ganar prestigio ante sus compañeros y antes sus superiores.

Permanece en zona de guerra los años 1917 y 1918, cesando el 28 de febrero de 1919, siendo destinado a la península.

En su hoja de servicio aparece un escrito informando de su estancia en Larache, donde destaca un párrafo:

...el 8 de octubre de 1918 regresó al campamento de Nador. Durante el tiempo que permaneció destacado en esta última posición, prestó excelentes servicios, reemplazando al médico, permaneciendo constantemente al lado de los numerosos enfermos que a consecuencia de las fiebres palúdicas existían y les era preciso su esmerado cuidado, haciendo un excelente trabajo con tal motivo y consiguiendo, gracias a su celo profesional y amor a los enfermos, reducir el número de éstos y la curación de la mayoría de ellos...

Larache 5 de mayo de 1919

El Jefe del Detall

Firma ilegible

Es destacable este informe, donde se alaba el comportamiento profesional y humano y donde se obvia el incidente con el Oficial. Una vez en su domicilio disfruta de los dos meses de licencia reglamentarios, indicando en esta ocasión como probables estancias de descanso, Granada y Cartagena.

El 25 de agosto embarca nuevamente, esta vez en el Contra-Torpedero "Cadarsó", tomando posesión de su cargo. Su estancia en el Cadarsó le costó una "Hoja de castigo". En la misma constaba que estaba rebajado de servicio en su domicilio por el Médico del Arsenal, al alegar no poder andar para acudir al destino. Sin embargo, la noche del día 15, es visto paseando por la calle y por medio de un retén es conducido a bordo. El Jefe del Estado Mayor manda un nuevo reconocimiento y ordena que si está enfermo sea llevado al Hospital y en caso contrario se incorpore a

su destino. Reconocido es dado de alta, reincorporado al trabajo:

...el 27 hizo su presentación por ser dado de alta, imponiéndosele diez días de arresto militar.

A bordo en Cartagena el 27 de diciembre de 1919

Firma

Segundo Comandante del Buque Cadarsó

Francisco Bernal

En la misma cuartilla de su Hoja de Servicio donde queda reflejado el incidente anterior, seguidamente, pero con fecha cinco años después, aparece el siguiente texto:

Por Decreto del Excmo. Sr. Capitán General del Departamento de Cartagena de 26 de diciembre del año último, le fue invalidada la nota que antecede.

A bordo en Ferrol 3 de enero de 1925

El Segundo Comandante del Buque Méndez Núñez

Firma ilegible

Las notas de castigo en las Hojas de Servicios eran tenidas en cuenta a la hora de los ascensos y para la obtención de menciones honoríficas y medallas militares. Es por ello por lo que Pedro José luchó denodadamente para que, una vez transcurrido el periodo reglamentario de validez, le fuera retirada y no siguiera ensombreciendo sus informes personales.

El 11 de junio de 1921 desembarca por haber cumplido las condiciones de navegación y es destinado al Hospital de Marina de Cartagena, cesa el 18 ocupando plaza en la enfermería del Arsenal de Cartagena, prestando servicio de guardias. El 26 de noviembre finaliza en este destino y por orden superior es destinado al 3º Regimiento de Infantería de Marina. La vida del practicante de la Armada en esa época constituía un continuo baile de distintos servicios, siendo los Hospitales de la Marina destinos obligatorios, al considerarlos esenciales para la formación continuada.

En 1922 continúa en el mismo destino y aprovechando este periodo de

estabilidad, se casa con Rosa del Valle Galarza en Cartagena (Fernández 2019).

El 11 de enero de 1923 cesa por haber ascendido a Practicante 1º y como “premio” es pasaportado para la sección de Ferrol. Una vez presentado es ubicado en el Servicio de Clínicas del Hospital de Marina de Ferrol, para posteriormente pasar destinado a la Base Naval de Ríos (Vigo). Un año después, continuando con su costumbre de participar de la vida colegial y aprovechando su prestigio y don de gente, se presenta a las elecciones, resultando elegido Presidente del Colegio de Practicantes de Vigo**.

El 20 de agosto de 1924 cesa en la Base por haber sido destinado al Crucero “Méndez Núñez”, donde permanece dos años. Dos años después, el 18 de agosto de 1926 desembarca del Crucero por haber cumplido las condiciones reglamentarias para el ascenso, pasando a la Sección del Departamento de Cartagena, haciendo su presentación el 18 de septiembre y siendo como es habitual redireccionado al Hospital de Marina, donde le conceden dos meses de licencia. El 29 de septiembre cesa en el Hospital de Cartagena y regresa nuevamente al Hospital de Ferrol.

En las Hojas de Servicio de los practicantes de la Marina, en el apartado de destinos de barcos, es frecuente observar un mínimo de siete u ocho distintos y muchos más en destinos de tierra, Arsenales, Bases Navales, Hospitales, Enfermerías, etc., pero de menor durabilidad. Cualquier profesional pasaba dos tercios o más de su vida laboral embarcado, sin tenerse en cuenta los años de antigüedad ni la edad de estos.

Pedro José no perdió la ocasión, y de 1926 a 1930, formó parte de la Junta Directiva del Colegio Departamental de Practicantes de Ferrol, siendo nombrado además delegado, para representar al Colegio en las Asambleas Nacionales en Madrid de 1926 y 1930, y de la Asamblea Regional Gallega del último año. Como

buen articulista que era, fue nombrado Redactor de “El Practicante Galaico”, y durante esos cuatro años de estancia en tierras gallegas, fue Presidente del Casino de Clases de Ferrol. Este último cargo que ejerció en distintas zonas marítimas, le servía como puerta de entrada en la sociedad local, pudiendo desarrollar y destacar por ello de sus habilidades personales.

El 7 de octubre de 1929, cesa en el hospital ferrolano y pasa provisionalmente embarcado al Buque Escuela “Emperador Carlos V”, donde al desembarcar el 28 de febrero de 1930, “le dieron las gracias”, una forma de felicitar, por celo, pericia y asiduidad, como ayudante en una operación a un oficial sueco. Así reza en su Hoja de Servicio††.

Por esas fechas, la situación política en España pasaba por momentos difíciles. El General Primo de Rivera había dimitido en enero de 1930 y los presidentes nombrados por el Rey Alfonso XIII, Berenguer y Aznar, no pudieron enderezar la situación. Las elecciones de abril de 1931 y sus resultados provocaron que “España se acostara monárquica y se levantara republicana”, en palabras del propio Aznar (Moreno V. 2019). El rey acepta su derrota y se exilia voluntariamente antes de que la situación lo obligara, proclamándose inmediatamente la II República el 14 de abril.

El Gobierno provisional de la República, dentro de lo que se denominó Ley de Azaña, publicó un Decreto de 23 de abril de 1931 (B. O. 91), donde los miembros de las FFAA debían prestar la promesa de adhesión y fidelidad a la República. El texto se ajustaría a la siguiente fórmula:

Prometo por mi honor servir bien y fielmente a la República, obedecer las leyes y defenderla con las armas (Huerta 2016: 475).

Martínez Moreno prometió y firmó dicha adhesión, cuyo incumplimiento le habría provocado el pase forzoso a retirado del Ejército, con los haberes que le hubieran

** Estos Colegios de provincias desaparecerían con la Ley de Colegiación obligatoria y los nuevos Estatutos que establecen un único

Colegio en las capitales de provincias. Gaceta de Madrid núm. 363 de 29.12.1929

†† Real Orden 11 de julio 1930. Boletín Oficial nº 160

correspondido. Intención que nunca llegó a plantearse, dado su afinidad ideológica con el régimen establecido.

En septiembre de ese mismo año cesa en el Hospital de Ferrol y es destinado a la Comandancia de Marina de Santa Cruz de Tenerife. A esta nueva etapa de su vida profesional, llega con el ascenso recién conseguido de Primer Practicante de Primera.

En la capital canaria, utilizando sus ya conocidas dotes de líder, es elegido presidente del Colegio de Practicantes de la ciudad y administrador de la Revista “El Practicante Tinerfeño”. No satisfecho con estos cargos, es propuesto también como presidente del Casino de Clases “Amistad 12 de enero” de Tenerife. Posteriormente, por los méritos contraídos, sería nombrado Presidente Honorario del Colegio canario. Todo ello a pesar del poco tiempo que permaneció destinado en la citada Comandancia de Marina, ya que el 11 de abril de 1932, recién ascendido nuevamente a Oficial 3º, es destinado a la Enfermería del Arsenal de La Carraca, donde hizo su presentación el 12 de mayo.

Este nuevo destino, por orden del Vicealmirante Jefe de la Base, tendría que compatibilizarlo, ya que interinamente es también comisionado a la Escuela Naval Militar en San Fernando (Cádiz), y por si fuera poco, atendería al Dispensario de la Comandancia de Marina de Cádiz. El famoso Decreto de 23 de abril de 1931, había facilitado la baja de muchos profesionales sanitarios que, por el hecho de no firmar el documento de adhesión a la República, eran pasados a retiro sin detrimento del sueldo que les correspondía. Eso explicaría la falta de practicantes en la Armada y el pluriempleo de estos.

Afortunadamente, el 11 de enero de 1933, cesa del cargo adicional de la Escuela Naval, pero el alivio le dura poco ya que diez días después lo nombraron responsable del cargo de material quirúrgico, que precisamente habían enviado desde la Comandancia de Marina de Santa Cruz de Tenerife, así como del material que había en el Almacén General del Arsenal de La Carraca.

COLEGIO DE PRACTICANTES DE CADIZ

La primera noticia de ámbito colegial que conocemos de Martínez Moreno en Cádiz, es en el número 188 de “El Practicante Gaditano” de junio de 1932, donde se le da la bienvenida por su colegiación. Este dato apunta el compromiso que tenía con la institución profesional y su constante implicación con la misma. En las elecciones celebradas en mayo de 1933, resulta elegido Presidente del Colegio de Practicantes de la provincia gaditana.

Nada más comenzar su legislatura, el recientemente nombrado Director de El Practicante Gaditano, Manuel Castellón Sánchez, dimite al obtener una plaza de practicante en Jimena (Cádiz). La Junta directiva concedora de las cualidades literarias del recién elegido presidente, lo propone para que se haga cargo de la dirección, aceptando sin condiciones, concedor de la importancia de dirigir un medio de comunicación tan influyente en el plano profesional y social. Pedro José le da un impulso importante al boletín, cambiando y mejorando el formato que en los últimos años había perdido bastante calidad y disminuido el interés general.

Aprovechando esta ocasión, nada más entrar escribió la que sería su carta de presentación como Presidente.

Por MARTINEZ MORENO

La reciente nombrada Junta Directiva que me honro en presidir, está compuesta en su totalidad por hombres nuevos, con nuevos ideales y nuevas normas para aplicarlos y conseguirlos, que desean ávidamente otro porvenir más lisonjero para la clase a que pertenecen, que para conseguirlo, veían no era el procedimiento más adecuado el que de algún tiempo al presente venían desarrollando los anteriores dirigentes de nuestro Colegio, siendo a nuestro juicio base primordial el cambio absoluto de las normas, por otras de efectos más rápidos, para lo cual en el pasado mes de enero propusimos la imprescindible reforma del vigente Reglamento, por otro eminentemente democrático. No lo creyeron así algunos compañeros de la anterior Directiva,

iniciando nosotros, como consecuencia la campaña, enfocada a conseguir el cambio radical de táctica, pues la conducta seguida la más adecuada para la pronta anulación total del Colegio como entidad oficial. El dilema era ¡renovarse o morir!, y consciente de nuestro deber, muy a pesar nuestro, nos vimos obligados por las circunstancias a informar a la clase de la provincia de lo que veía sucediendo en el Colegio.

De sobra sabíamos, al poner las cartas boca arriba, nos quedábamos obligados, no solamente indicar la orientación conveniente, sino también ejecutarla, para lo cual expusimos el programa a realizar y acoplamos una candidatura de Junta, comprometiéndonos de antemano (caso de salir elegidos) a cumplir con férrea voluntad nuestros cometidos en los cargos, para demostrar a la clase nuestro aserto...

Martínez Moreno finalizaba:

*Ahora solo nos permitimos pedirnos una cosa; solo una cosa...
¡COLABORACION, AMPLIA
COLABORACION! (El Practicante
Gaditano, nº 200, junio de 1933)*

Comenzaba de esta manera una época de cambios y una politización velada de la institución colegial. Hay que contextualizar para entender que era una época donde la sociedad española había sufrido un cambio radical en el sistema político de gobierno y existía una implicación político-social de la población en general, donde los practicantes y los Colegios no eran ajenos a ello. La mayoría de los miembros de la Junta de Gobierno, durante la guerra civil y posteriormente, padecieron situaciones complicadas y en algunos casos dramáticas, incluido el presidente Martínez Moreno, como veremos más adelante.

Siguiendo con su trayectoria militar, el 5 de octubre, sin desatender sus actuales destinos, embarca interinamente en el Crucero “Méndez Núñez”, desembarcando mes y medio después, al haber sido relevado.

En la primera semana de enero de 1934, se hace cargo del destino de Auxiliar del Subdirector y encargado del instrumental

quirúrgico del Hospital de Cádiz. En marzo, queda disponible forzoso en la Base Naval principal de Cádiz y sin cesar en esa situación, pasa destinado a la Escuela Naval Militar en San Fernando. La interinidad en los destinos y los continuos cambios hacían estragos en las vidas de esos practicantes que tenían que desdoblarse para poder atender todas las actividades que les eran asignadas. Ninguna de estas circunstancias mermaba las pretensiones de Martínez Moreno por compatibilizar las actividades asumidas institucionalmente. No obstante, resulta sorprendente comprender qué le impulsaba a sobrellevarlo, y es que el año que nos ocupa, otra vez, ahora en septiembre, fue cambiado de destino pasando al Arsenal de La Carraca en San Fernando.

Debido quizás a estas agobiantes circunstancias y deseando acercarse a sus familiares, solicitó con carácter interino y voluntario ir destinado al Hospital de Marina de Cartagena, tomando posesión en octubre. Todo ello sin dejar de presidir el Colegio de Practicantes de Cádiz, aunque ya se podía prever su próximo cese.

Termina el ajetreado año 34 y en febrero de 1935 es destinado al Polígono de Tiro Naval Janer en Galicia. Previamente el 27 de enero, había sido sustituido en el Colegio de Practicantes de Cádiz por una nueva Junta de Gobierno, presidida por Julio Cabilla y Alberto, que en su día fuera primer Director de la Revista El Practicante Gaditano. De esta forma, Martínez Moreno, termina su recorrido por tierras gaditanas y en la institución colegial.

Cansado de tantos cambios y en medio de una situación política complicada, debió sufrir algún problema de salud, que le sirvió para la concesión de dos meses de licencia por enfermo, anticipada por la Superior Autoridad de la Base Naval de Ferrol, como resultado del reconocimiento médico.

En 31 de mayo se presentó al finalizar la licencia concedida, pasando a la situación de disponible forzoso, en Madrid. Este destino, aunque el carácter parece obligado, el hecho de que los dos meses de licencia los pasara en la capital, y diversas circunstancias posteriores, invita a pensar

que había tenido contactos con altas instancias militares, donde por otra parte se movía con cierta soltura, algo que conociendo su larga trayectoria no debe extrañar.

En junio, toma posesión de su nuevo destino de Oficial 2º del Centro Estadístico Sanitario, en el Cuartel General de la Armada, además de ocuparse interinamente de atender la asistencia del personal de Marina destinado en Madrid.

Este cargo, como tantos otros, tampoco le duraría mucho y el 14 de octubre cesa en los puestos anteriores, embarcando en el Crucero “Méndez Núñez”. En su hoja de Servicio éste es el último apunte que aparece. A partir de este momento los datos militares obtenidos son de diarios oficiales publicados durante la guerra civil.

En el Diario Oficial del Ministerio de Marina de 23 de abril de 1936, en la sección de recompensas, aparece un listado de marinos otorgándoles la Orden del Mérito Naval con distintivo blanco, entre otros al Oficial tercero D. Pedro José Martínez Moreno, con motivo del quinto advenimiento de la República. Hay que subrayar que fue el único Auxiliar de Sanidad (Practicante) que lo recibió, evidenciando el “compromiso personal” con las autoridades militares, ya que este tipo de condecoraciones eran concedidas por conocimiento expreso del premiado.

En la Gaceta de la República de 2 de diciembre de 1936, en la sección de Negociado de Sanidad, aparece la noticia que el Oficial segundo del Cuerpo de Auxiliares de Sanidad D. Pedro José Martínez Moreno cesa de prestar sus servicios de Asistencia al personal en Madrid y pasa destinado a las órdenes del Jefe de la Base Naval principal de Cartagena.

El 22 de julio de 1937 (D.O. nº 233) es destinado al crucero “Libertad”, buque insignia de la Flota republicana, relevando a un compañero, José Vidal Espiñeira, que a su vez ocuparía su anterior destino en la Base Naval de Cartagena. Resulta un poco sorprendente esta permuta al que sería su último destino en activo, lo que hace pensar

que intuía el trágico final de la fratricida guerra y su complicada situación personal.

Aún encontramos una nueva notificación de su vida laboral activa en el Diario Oficial de 28 de septiembre de 1937, donde es ascendido a Oficial segundo (Teniente), como premio a su lealtad.

El 5 de marzo de 1939, ante los acontecimientos que anunciaban el final de la guerra civil, la Flota republicana se ve obligada a salir del puerto de Cartagena, con el crucero “Libertad” liderándolo y con Pedro José Martínez Moreno en su dotación. Los buques se refugian en Bizerta (Túnez), donde son entregados a las autoridades tunecinas y sus dotaciones internadas en el campo de concentración de Meheri Zebbeus.

Un mes antes de estos trágicos momentos, se publicó en el BOE de 13 de febrero de 1939, la ley de 9 de febrero de 1939 de Responsabilidades Políticas, en la que legitima la sublevación militar y la guerra civil, culpando a quienes por sus actos u omisiones contribuyeron a su desarrollo.

En el Diario Oficial del Ministerio de Marina de 5 de septiembre de 1940, en la Sección de personal, apartado Bajas, aparece el siguiente comunicado:

Por no haber constancia de que haya hecho su presentación a las Autoridades nacionales el personal de los Cuerpos Auxiliares y demás subalternos que a continuación se relaciona, procedente de la zona roja, se dispone cause baja en la Armada, con arreglo a lo preceptuado en la ley de 10 de febrero de 1939, sin perjuicio de que, en el caso de que con posterioridad a la fecha de esta disposición se acredite la presentación de dicho personal a las Autoridades nacionales, se rectifique la misma, señalando a los que le afecte la situación reglamentaria que le corresponda.

En la lista aparecía:

*Cuerpo de Auxiliares de Sanidad:
Oficial tercero, D. Pedro José Martínez Moreno.*

Por tanto, todos los militares profesionales, al finalizar la guerra civil, que no acudieron a presentarse en sus respectivos destinos y se desconocían sus

paraderos, eran dados de baja automáticamente.

A la baja oficial de la Armada se unió una acusación proveniente del juzgado del TERMC^{††}, debido a que estando destinado en el Hospital de San Carlos, el 14 de febrero de 1933 solicitó formar parte de la Logia Igualdad nº 53 (GCFS-GOE^{§§}-GLRME^{***}) de San Fernando (Cádiz), a la que pertenecían varios compañeros de su profesión, pero aunque las aplomaciones^{†††} suscritas por tres miembros del taller lo consideraron en línea recta, es decir, digno de pertenecer a la Orden, su iniciación quedó en suspenso por indicación de la obediencia regional, “mientras se comprueban ciertos extremos”. Aunque lo intentó de nuevo con posterioridad, nunca fue admitido en la Orden.

Es por ello por lo que en 1945 y en su ausencia, el juzgado nº 1 del TERMC le incoó el sumario 455/1945, para comprobar su pertenencia a la Masonería.

Realizados los trámites del caso, se dictó el 15.10.1945, un auto de sobreseimiento provisional, de acuerdo con el párrafo primero del artículo 641 de la LEC^{††††}, puesto que no resultaba debidamente justificada la “perpetración del delito”, y se procedió a archivar las actuaciones sin ulterior curso y “hasta nuevos méritos”. (De Paz, 2004:276)

Martínez Moreno, desconocemos si ajeno a todo lo anterior, vivió en Túnez hasta el 14 de abril de 1957, en que falleció y fue enterrado en El Borgel, en la sección F, Cuadrado I, tumba nº 240. (Fernández 2018).

CONCLUSIONES

Pedro José Martínez Moreno, era un Practicante de la Armada que destacaba sobremanera en el ámbito profesional y en sus cualidades particulares, obteniendo

mucho beneficio de sus habilidades interpersonales.

Las habilidades personales nos ayudan a tener una comunicación más beneficiosa con los demás, a expresar mejor lo que decimos y a entender lo que se nos quiere comunicar. Las habilidades interpersonales forman un conjunto de comportamientos y hábitos necesarios para garantizar una adecuada interacción, mejorar las relaciones personales y alcanzar los objetivos de la comunicación.
^{§§§}

Es más que posible que Pedro José, sea único en la historia de la representatividad institucional colegial, tanto en las distintas presidencias como en el resto de las responsabilidades.

En el ámbito militar tampoco pasó desapercibido como hemos podido apreciar, siendo condecorado en distintas ocasiones, a destacar la Medalla de Marruecos, la Medalla de Homenaje a SS MM (Sus Majestades Alfonso XII y Victoria Eugenia), la Cruz de Plata del Mérito Naval con distintivo rojo y por último la Orden del Mérito Naval con distintivo blanco, con motivo del quinto advenimiento de la República.

Todo lo anterior no le sirvió de nada a Pedro José y se convirtió en una víctima más del mayor fracaso de la convivencia ciudadana, que supuso el enfrentamiento armado entre los habitantes de un mismo pueblo, de una misma nación.

Actualmente ignoramos todo lo relacionado con su vida en Túnez. Conociendo al personaje, cuesta trabajo creer que su vida en tierras del norte de África pasara inadvertida. Seguiremos investigando.

FUENTES Y BIBLIOGRAFÍA

^{††} Tribunal Especial para la represión de la Masonería y el Comunismo, creado por Ley de 01.03.1940

^{§§} Gran Consejo Federal Simbólico del Gran Oriente Español

^{***} Gran Logia Regional del Mediodía de España

^{†††} Entrevistas para ingresar en la Masonería

^{††††} Ley de Enjuiciamiento Criminal

^{§§§} <https://www.universidadviu.es/las-habilidades-interpersonales-en-el-desarrollo-profesional/>

Fuentes primarias documentales escritas y orales

Archivo Central del Cuartel General de la Armada. Madrid. Hoja de Servicios.

Archivo Colegio de Enfermería de Cádiz. Expediente colegial.

Archivo General de la Marina Álvaro de Bazán. Viso del Marqués, Ciudad Real. Expediente Militar.

Diario Oficial del Ministerio de Marina. Madrid, 5 de septiembre de 1940.

El Practicante Gaditano. Boletín del Colegio de Practicantes de Cádiz (1933). Junio, Nº 200.

Fernández Díaz, V. (2018) Catedrática jubilada de francés en la Escuela de Idiomas, Máster de Historia en la Universitat de València. Documentación personal.

BIBLIOGRAFÍA

Cano Leal M. y García González, M. (2018). Proceso de investigación en el reconocimiento a las Presidentas del Colegio de Auxiliares Sanitarios de Cádiz, Secciones de Matronas y Enfermeras (1952-1977). *Enfermería Gaditana*. Revista digital del Excmo. Colegio de Enfermería de Cádiz. Recuperado de <https://enfermeriagaditana.coecadiz.com/prceso-de-investigacion-en-el-reconocimiento-a-las-presidentas-del-colegio-de-auxiliares-sanitarios-de-cadiz-secciones-de-matronas-y-enfermeras-1952-1977/>

Cano Leal, M. (2018). Manuel Quignon Lubrano. *Enfermería Gaditana*. Revista digital del Excmo. Colegio de Enfermería de Cádiz. Recuperado de <https://enfermeriagaditana.coecadiz.com/manuel-quignon-lubrano/>

Clavijo y Clavijo, S. (1925). *Historia del Cuerpo de Sanidad de la Armada (Génesis; perspectiva de siglos; ruta de libertad; sus celebridades)*. Tipografía de Fernando Espín Peña.

De Paz Sánchez, M. (2004) *Militares Masones de España. Diccionario*

biográfico del Siglo XX. Alzira-Valencia<..Centro Francisco Tomás y Valiente UNED..

Fernández Fernández, M.L., García Martínez, A.C. y García Martínez, M.J. (2015) *Un siglo cuidando a la sociedad. Centenario del reconocimiento oficial de la Enfermería en España*. Santander: Colegio de Enfermería de Cantabria.

García González, M. y Cano Leal, M. (2019) Julio Cabilla Alberto, practicante y periodista de Cádiz (1897-1955). *Cuadernos de Investigación de Fondos del Archivo UCA*. Recuperado de <https://revistas.uca.es/index.php/cifa/article/view/4966/5351>

Gracia Rivas, M. (2006). La sanidad naval española. *Cuadernos de Historia Moderna. Anejos*, 5, 579-3826.

González Yanes, J. (2014). *Historia de la Enfermería en la Defensa*. Ejército de Tierra. Regulación normativa y marco jurídico de funciones profesionales. Recuperado de http://aniorte-nic.net/archivos/trabaj_historia_enfermeria_defensa_ejercito_tierra.pdf

Huerta Barajas, J. A. (2016). *Gobierno y Administración Militar en el II República Española* (14 de abril de 1931/18 de julio de 1936). Madrid: BOE.

Sánchez Macarro, C., García Martín ez, A.C. y García Martínez, M.J. (2017) *Los Colegios Profesionales de Enfermería, su función social e institucional*. Salamanca: Colegio de Enfermería de Salamanca.

El envejecimiento activo en la antigua Roma: ¿mens sana in corpore sano?

Active ageing in ancient Rome: mens sana in corpore sano?

Envelhecimento ativo na antiga Roma: mens sana in corpore sano?

Alfonso López-Pulido¹

¹Director del Área de Másteres en Didáctica y Organización Escolar. Facultad de Educación. Universidad Internacional de La Rioja (UNIR), Logroño (La Rioja), España. Orcid: [0000-0003-2365-1108](https://orcid.org/0000-0003-2365-1108).

Correspondencia: Avda. de la Paz, 137, 26006 Logroño (La Rioja-España)

Correo electrónico de contacto: alfonso.lopezpulido@unir.net

Cómo citar este artículo: López-Pulido, A. (2021). El envejecimiento activo en la antigua Roma: ¿mens sana in corpore sano? *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 25(59). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.59.09>

Recibido: 07/11/2020 Aceptado: 22/01/2021



RESUMEN

Tomando como punto de partida el verso 356 de la sátira X de Juvenal—mens sana in corpore sano— y el análisis y estudio de su errónea interpretación, se detalla cómo uno de los elementos propios del modelo del envejecimiento activo, el del ejercicio físico practicado por los ancianos, ya estaba presente en los escritos de varios personajes de la antigua Roma. A través de la exégesis de las fuentes literarias, se demuestra la relación que existe entre la antigua Roma y nuestros días, en lo tocante al modelo de envejecimiento activo y particularmente en

lo que se refiere a la práctica del ejercicio físico por parte de los senectos. Varios textos de Cicerón, Séneca, Plinio el Joven, Plutarco, Juvenal y Galeno, reflejan la existencia de conceptos propios del modelo de envejecimiento activo en una fecha tan temprana como son los siglos I a.C.-II d.C. Se trata de comentarios, descripciones y consejos, que muestran la importancia que se le daba al ejercicio físico, como garante de calidad de vida, desde una perspectiva empírica y también teórica.

Palabras clave: Mente; cuerpo; alma; ejercicio; anciano.

ABSTRACT

Taking as a starting point the verse 356 of the satire X by Juvenal –mens sana in corpore sano- and the analysis and study of its misinterpretation, is described in detail as one of the proper elements of the model of active aging, the physical activity practiced by the elderly, it was present in the writings of several notable people in Ancient Rome. Through the exegesis of literary sources, we see that there is a relation between Ancient Rome and our time, with respect to the model of active aging and particularly in respect to the practice of physical exercise by the elderly. Various texts by Ciceron, Seneca, Plinio the Young, Plutarco, Juvenal and Galeno, reflect the existence of proper concepts of the model of active aging dating back as early as the I b.C -II a.C. It is about commentaries, descriptions and advises, that show the importance given to physical exercise as guarantor of quality of life from an empirical and theoretical perspective as well.

Keywords: Mind; body; soul; physical activity; elderly.

RESUMO

Tomando como ponte partida o verso 356 de a sátira X de Juvenal –mens sana in corpore sano- e o análise de estudo errado de interpretação é detalhado como um dos elementos propios do modeo do envelhecimento ativo, do exercício físico praticado por os anciãos já estava presente nos escritos de varios personagens da Antiga Roma. Através da exegese das fontes literárias, isso mostra a relação que existe entre a Antiga Roma e nossos días no tocante ao modelo de envelhecimento ativo e particularmente no que se refere na prática do exercício físico por parte dos senectos. Varios textos de Cicerón, Séneca, Plinio o Jovem, Plutarco, Juvenal e Galeno, revelam

a existencia de conceitos possuidos do modelo de envelhecimento activo de una data precoce como são os siglos I a.C.-II d.C. É sobre comentarios, descrições e conselhos, que mostram a importancia que foi dado ao exercício físico como garantia de qualidade de vida, desde una observação empirica e também teórica.

Palabra chave: Mente; corpo; alma; exercício; ancião.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de los tiempos, el verso 356 de la Sátira X — mens sana in corpore sano— de Décimo Junio Juvenal (c. 50-c.130 d.C.), ha sido enarbolado y servido de lanza para demostrar que la mente no puede estar sana en un cuerpo enfermo, y, en consecuencia, es imprescindible que todas las personas practiquen el ejercicio físico.

Sin embargo, la frase está totalmente sacada de contexto, tanto por los versos que la preceden como por aquellos que la suceden. Es más, los versos posteriores abogan más por la salud del alma, precisamente aquello en lo que Lucio Anneo Séneca (c. 4 a.C.-65 d.C.), unos años antes, había hecho hincapié cuando recomendaba que se practicara ejercicio físico. Es decir, que debíamos, a diario, ejercitar el cuerpo, pero, sobre todo, el alma.

La frase completa de Juvenal lo que indicaba era que debía pedirse a los dioses que nos diesen una mente sana en un cuerpo sano:

Para que puedas, no obstante, pedir algo y prometer a los santuarios las entrañas y las salchichas sagradas de un cochinito blanco, hay que rogar por una mente sana en un cuerpo sano. Demanda un ánimo vigoroso, que no se aterrorice ante la muerte, y que considere el último tramo de la vida como un regalo de la naturaleza [...] (Juvenal, Sátiras, X 353-358).

De ello podemos colegir que el poeta abogaba por esperar de la divinidad la salud física y mental, y, en modo alguno, estaba haciendo depender lo mental de lo físico.

Debemos remarcar la influencia senequista (Dick, 1969), claramente ejemplificada en este pasaje: «Aun cuando des las gracias a los dioses por tus antiguos votos, formula otros nuevos: pídeles rectitud de la mente, buena salud del alma y luego también del cuerpo» (Séneca, Epístolas morales a Lucilio, I, 10 4).

No vamos a centrar la discusión en el ámbito filológico, ya que, en latín, mens, en una de sus acepciones, significa alma y no mente, y, más aún, si en los versos que suceden al 356 de la sátira X, tal y como acabamos de indicar, se habla del alma y esta aparece bajo su forma más habitual, la de animum. Por ello, sostendremos que Juvenal se refería a la mente, pero estableceremos las semejanzas y diferencias con lo escrito por Séneca e incluso Cicerón (106-43 a.C.) —cuidar el alma y el cuerpo—, aunque no dejaremos de añadir más asertos polémicos, como el de Ovidio: «El influjo de mi espíritu enfermo (es decir, el alma) estropea los miembros de mi cuerpo.» (Ovidio, Tristes, III, 8 25).

Pese a lo expuesto, debemos reconocer que el cuerpo y la mente están indisolublemente unidos y que se influyen mutuamente, de tal forma que si desatendemos a cualquiera de los dos, las repercusiones en el otro serán inevitables. Así, por ejemplo, descuidar el cuerpo de tal forma que influya negativamente en la mente, nos traerá consigo una mala calidad de vida, y, por el contrario, no ejercitar la mente, también repercutirá en algunas acciones corporales (Alba Martín, 2015).

Por último, debe mencionarse que el objetivo de la investigación es el de

demostrar la relación que existe entre la antigua Roma y nuestros días, en lo tocante al modelo de envejecimiento activo y particularmente en lo que se refiere a la práctica del ejercicio físico por parte de los senectos.

ESTADO DE LA CUESTIÓN

El estudio de la ancianidad en la Roma antigua o, de una forma más general, en la Antigüedad clásica, ha sufrido un escaso predicamento. Pese a la existencia de tratados sobre esta etapa de la vida, tanto en el mundo griego como en el romano, era un tema poco lucido y con escaso atractivo. Esta cuestión es la que hace aún más soberbio el De senectute de Cicerón, verdadero encomio de la vejez y el primer tratado de gerontología que poseemos. Después de esta obra, de mediados del siglo I a.C., no encontramos ninguna obra ni tampoco poseemos noticias de que hayan visto la luz textos dedicados, por entero, al tratamiento de la edad propecta. Existen fragmentos de ello en obras de tipo más general o en tratados sobre medicina, como es el caso de Galeno (129-c. 216 d.C.), particularmente en el libro V de Sobre la conservación de la salud. En el plano de la investigación académica, si damos un salto cronológico y nos situamos en el siglo XX, el tema, como ya se ha señalado, no ha sido muy estudiado, no recibiendo el tratamiento que han tenido otras etapas de la vida como la infancia o la juventud u otros aspectos como la familia, la mujer, la muerte o la esclavitud.

Sin embargo, debemos destacar a un investigador belga, S. Byl, quien es quizá, a lo largo de la segunda mitad de la pasada centuria, el que ha tratado de una forma más pormenorizada la cuestión de la ancianidad, pero centrado en Grecia. Obras importantes también son las de B.E. Richardson, E. Eyben, W. Suder, J.U. Krause y U. Mattioli. En tiempos más recientes, es preciso señalar

los trabajos de síntesis de H. Brandt, K. Cokayne y T. Parkin.

En España, el panorama es aún más desolador, ya que son muy pocos los investigadores que han estudiado la vejez en el Mundo clásico. Sin mencionar algunas aportaciones aisladas u ocasionales, deben destacarse los trabajos de M. Gómez Pérez —centrados en Grecia y en el aspecto concreto de la muerte por inedia—, de S. Casamayor Mancisidor —focalizados en Roma y en las mujeres— y los de A. López-Pulido —que abarcan la Antigüedad clásica y que se centran en todo lo relativo a la geriatría, la gerontología preventiva y los cuidados—.

Cuestión aparte la constituyen los trabajos científicos, que se cuentan por millares, que se han encargado del estudio de la ancianidad, desde puntos de vista y perspectivas diversas, especialmente a partir de la década de 1960, de forma tal que sea una labor imposible la de poder resaltar, por razones de espacio, obras de conjunto o artículos concretos, dada la variedad y calidad de los trabajos publicados. Si nos ceñimos a los estudios con perspectiva histórica, en nuestro país podemos citar como referentes a L. Sánchez Granjel y a J. M. Ribera Casado. No obstante, en lo relativo a la salud y los cuidados, destacamos las aportaciones de J.L. García Sierra y P. González González, ya que muestran un fuerte paralelismo con lo indicado por los textos antiguos, corroborando claramente los asertos del pasado.

De forma complementaria, se pueden apreciar estudios relativos a la sociología de la vejez (Sánchez Martínez y López Doblás, 2017; López Doblás y Díaz Conde, 2018). En ellos se puede reflejar la importancia de que los ancianos desarrollen actividades colectivas con el fin de contrarrestar los efectos de la soledad, mejorando sustancialmente su salud mental y por ende, física.

FUENTES Y MÉTODOS

En cuanto a las fuentes, es preciso deslindar entre los textos de los autores clásicos —base y punto de partida de nuestro estudio— y los trabajos de especialistas contemporáneos del área de la salud.

En el caso de los textos de los autores clásicos nos hemos visto obligados a recurrir a un amplísimo abanico de fuentes, muchas de ellas dispersas, pues, salvo el caso del *De senectute*, la información se halla en estado fragmentario. También debemos resaltar el que esas fuentes, a las que deberíamos sumar la iconografía, son tendenciosas y parciales por lo general, pues tanto en el arte como en la mitología se exageran, se generalizan, se exaltan o se suavizan, aquellos aspectos que interesan al estamento del que proceden o para el que se escribe. La ancianidad solo se vislumbra en los grupos privilegiados, cuyos miembros solían alcanzar edades más elevadas que los pertenecientes a las capas populares de la sociedad. Pero ello tampoco impide el que sea posible extraer la esencia verdadera, el núcleo en el que basar este análisis sobre la vejez en el Mundo clásico. Así, hemos acudido a cartas y toda suerte de textos autobiográficos ofrecidos en versión literaria, pero también a fuentes de información indirecta, como lo es la literatura en toda su amplitud, desde la reflexión filosófica a las obras de creación, tanto novelas como obras teatrales y composiciones poéticas, ya que presentan, de forma real o modificada, la realidad humana que recrean. Importantes son los testimonios provenientes de la literatura médica por constituir un inestimable caudal de datos: el análisis y posible diagnóstico de las enfermedades, el saber cómo los antiguos se enfrentaban a la vejez y qué opinión tenían acerca de ella, así como su reacción ante la muerte. Se han intentado situar, en sus justos términos, los testimonios de los autores antiguos, soslayando multitud de

interpretaciones erróneas que, sobre ellos, se habían ido vertiendo por investigaciones recientes sobre el envejecimiento, que, en multitud de ocasiones, se han ido deteniendo en cómodos lugares comunes y en reducciones simplistas que han empañado y, aún más, han dejado en meros estereotipos, a los protagonistas del vasto universo del ideario antiguo sobre la senectud, puesto que las descripciones de cómo vivían algunos personajes reales su edad proveya, los anhelos de los jóvenes de cuál debería ser su vejez y los consejos acerca de qué debía hacerse para llegar a la ancianidad en las mejores condiciones y disfrutar de ella, nos han aportado una imagen antigua que no difiere, en lo más mínimo, de nuestra visión actual y que hace que eliminemos el tópico tan manido, presente en nuestro imaginario colectivo, de que en el Mundo antiguo nadie llegaba a viejo.

Esta aproximación a lo que las fuentes clásicas nos muestran sobre los ancianos y la senectud, lo que descubrieron sobre sus enfermedades y lo que prescribieron para hacer más amena esa edad, reflejado todo ello en una doctrina que tuvo una larga pervivencia en el tiempo, en algunos casos hasta la llegada del Renacimiento y en otros hasta la Revolución Industrial, nos han hecho percibir la existencia de un trasfondo que en nuestros días se aprecia en la literatura científica sobre la vejez. Esta cuestión nos ha llevado a constatar la presencia, ya en el Mundo clásico, de la gerontología y la geriatría, dotadas de una base sólida, un sistema homogéneo y unos objetivos claramente definidos. Puede sostenerse que la cultura griega forjó una antropología que le llevó a intentar explicar el proceso del envejecimiento, con unos parámetros que han estado en vigor hasta épocas recientes. La medicina griega y su prolongación en Roma, responden a tal concepción con una doctrina sobre el cuidado del anciano, de largo recorrido temporal, especialmente en

todo lo relativo a los estudios sobre la dieta y su influencia en la génesis de los modos de enfermar, con la finalidad de encontrar los medios para conservar la salud y prever sus efectos sobre el envejecimiento, a pesar de que los médicos griegos y romanos no hicieran distinción en los modos de enfermar de adultos y ancianos, lo que suponía considerar que los deterioros del envejecimiento no tenían expresión particularizada en la patología. La base del conocimiento de la senectud y de los propios ancianos, establecida y transmitida por la ciencia médica antigua, es firme en aspectos tales como la descripción, la identificación de realidades y los objetivos que deben alcanzarse, sin olvidar la prescripción de múltiples recetas y recomendaciones, muchas de las cuales guardan aún hoy su vigencia.

Como ya hemos mencionado, el uso de las fuentes escritas, para este período, posee, entre otros inconvenientes, el de tener un límite dado por la procedencia de la información, que es vertida por un sector minoritario de la población y no de las masas populares, que fueron, hasta etapas muy recientes, realidades mudas. Esto hace que nuestras investigaciones observen los sentimientos y las creencias que determinaban la vida social y política, factores espirituales que reflejaban una situación concreta, desde una óptica reducida que nos aporta una visión del pasado de la vejez protagonizada sólo por una minoría, la compuesta por quienes pudieron esquivar los muchos peligros de la vida y consiguieron llegar a una edad que socialmente no era considerada como tal, pues se entendía como simple prolongación de la madurez.

Lo expuesto ha dado lugar a que se haya empleado el análisis del método histórico-filosófico desde el punto de vista de la hermenéutica, puesto que una investigación basada en los textos hace

imprescindible una interpretación que posibilite la reflexión sobre qué nos decían y qué nos ocultaban aquellos escritos. De esta forma, las fuentes escritas cobran vida de la mano de la hermenéutica, que aparece como la facilitadora de las herramientas que nos hacen comprender a los distintos autores (Fraile y als., 2012).

En cuanto a las investigaciones de especialistas contemporáneos del área de la salud, destacamos los trabajos de García Sierra y González González, ya que con ellos claramente podemos establecer un paralelismo casi anastático con las fuentes de la época clásica, como ya mencionamos más arriba. A ellos debemos sumarles algunas aportaciones de otros autores que tratan la importancia del ejercicio físico en el modelo de envejecimiento activo y que traemos a nuestro estudio como simples ejemplos ilustrativos, siendo conscientes de la inmensa literatura científica que hay sobre este particular y que, por razones de metodología y de espacio, no puede verse reflejada en estas páginas.

Ancianos y ejercicio físico

En la antigua Roma, de una forma empírica, al menos los pensadores y la gente adinerada estaban convencidos de las virtudes del ejercicio físico en la vejez, posiblemente porque eran conscientes de que había que luchar contra la inactividad y dicho ejercicio era una forma de lograrlo. Ello prueba la conexión que existe entre la antigua Roma y nuestros días, en lo tocante al modelo de envejecimiento activo, especialmente en la relación que este posee con la facultad de los ancianos de permanecer sanos, con lo que disminuirían los presupuestos destinados al ámbito de la sanidad y los servicios de atención social, así como con la posibilidad de alargar la vida laboral y prolongar su presencia en actividades sociales y políticas (Foster y Walker, 2015).

Son numerosas las investigaciones que demuestran que el mantenimiento de la actividad física y practicar ejercicio son beneficiosos para los ancianos y, especialmente, para evitar la discapacidad y reducir la dependencia funcional y las probabilidades de enfermedad cardiovascular y depresión (Casas e Izquierdo, 2012; Oliver, Hudson y Thomas, 2016). A ello se le debe sumar que incrementa aspectos tales como el bienestar subjetivo y la calidad de vida, y aumenta la potencia de los músculos y la elasticidad de las articulaciones (Bohórquez, Lorenzo y García, 2014).

En el mundo romano podemos partir desde Cicerón y llegar hasta Galeno, si bien este último es quizá el primero en teorizar sobre bases sólidas y bien fundamentadas (López-Pulido, 2015).

Así, Cicerón realiza un esfuerzo considerable por evitar la idea, generalmente asentada, de que todas aquellas limitaciones que la vejez lleva aparejadas constituyen un hándicap imposible de superar para obtener una buena calidad de vida. Por otra parte, combate el axioma, aún presente en nuestros días, de que ancianidad y enfermedad son idénticos conceptos (Ribera Casado, 2001; López-Pulido 2018). A todo lo indicado, le suma la exposición del convencimiento de que aspectos como la disminución de la capacidad física no son tan preocupantes y más aún considerando que contamos con argumentos propios de la geriatría preventiva. Así, nos dice en dos de sus obras:

Es preciso llevar un control de la salud, hay que practicar ejercicios moderados, hay que tomar la cantidad de comida y bebida conveniente para reponer las fuerzas, no para ahogarlas. Y no sólo hay que ayudar al cuerpo, sino mucho más a la mente y al espíritu. Puesto que también éstos se extinguen con la vejez, a menos que les vayamos echando aceite como a una lamparilla. (Cicerón, Sobre la vejez, XI 36).

Lo segundo es que yo me hallo mejor, primeramente en la salud corporal, la cual tenía estragada con la falta de ejercicio (Cicerón, Cartas a los familiares, IX XVIII, 1-2).

Debe destacarse esta insistencia en que, para los senectos, es una obligación la de mantenerse activos físicamente. Esta idea la consideraba fundamental para poder disfrutar de una vejez en las mejores condiciones, señalando la importancia que tienen una buena alimentación, los baños, el ejercicio físico y las fricciones con aceite (López-Pulido, 2013).

Así, según Galeno, los cuerpos requieren en cada edad, en lo tocante al régimen de alimentación y al tipo de vida, los opuestos a la naturaleza propia del cuerpo en cada etapa vital (Sobre los lugares de las afecciones, XIX 683-684). Debemos destacar, en este sentido, los ejercicios gimnásticos unidos a un buen régimen dietético:

Es menester procurarle calor y humedad, que anida y reside en los baños calientes de aguas dulces, en el vino y en los alimentos portadores de calor y humedad, en los ejercicios físicos, fricciones y movimiento (Sobre la conservación de la salud, V 319).

Señalaba que era mejor que se practicasen en los gimnasios, en los que, con el objetivo de no resultar nocivos para la salud de los ancianos, no debía hacer ni demasiado frío ni excesivo calor. Recomendaba que se realizasen ejercicios gimnásticos y ejercitasen el cuerpo para impedir la extinción del poco calor que existe en su organismo, el cual es reanimado gracias a la práctica deportiva. Esta, debía ser suave y constituida por aquellos ejercicios a los que estén más habituados y eliminando los movimientos violentos, puesto que el calor senil es similar a una llama: si se agita bruscamente, se apaga de forma súbita (Sobre la conservación de la

salud, V 320). En realidad, Galeno, cuando nos insiste en que debe tratarse de paseos y movimientos sin fatiga, siempre teniendo en cuenta la fuerza del sujeto, no hace otra cosa que recoger el pensamiento hipocrático: ningún anciano tenía necesidad de un reposo total ni tampoco de ejercicios violentos. Además, señala la conveniencia de llevar a cabo un detallado análisis individual del anciano, ya que todos los ejercicios no se ajustan a la capacidad física y a la propia constitución corporal de cada uno (Sobre la conservación de la salud, V 327), lo que prueba el conocimiento que existía sobre los diagnósticos diferenciados e individuales. Esta cuestión se halla en las recomendaciones de la OMS (2015), relativas a la actividad física en las personas mayores de 65 años, que indican que debe adaptarse a las limitaciones o capacidad de cada individuo.

Volviendo a ejemplos concretos, debemos resaltar la preocupación de Séneca en todas las cuestiones relacionadas con la salud y con la práctica del ejercicio físico. Ello queda claramente ejemplificado en dos de las cartas que le envió a su amigo Lucilio —Epístolas morales a Lucilio—, en las que describe sus prácticas deportivas:

Existen ejercicios fáciles y cortos que rinden el cuerpo al instante y ahorran tiempo, del que hay que llevar una cuenta especial: la carrera, el movimiento de manos con algún peso, el salto ora de altura, ora a distancia, o bien el que yo llamaría salto de los salios o, para expresarlo con mayor rudeza, salto del batanero. Se trata de un salto que consiste en levantar alternativamente los pies. Escoge la práctica sencilla y fácil de cualquiera de estos. (Epístolas morales a Lucilio, II 15, 4).

Podemos decir que Séneca tenía un programa de entrenamiento, cuestión que parece que incrementa el rendimiento cognitivo (Kamijo y als., 2011). Se ha llegado a la conclusión de que un hábito que

incorpore, al menos, tres sesiones semanales de ejercicio físico, reduce algunos factores de riesgo relacionados con ciertas afecciones. Esto hace que aumente la calidad de vida, disminuya la incidencia de la depresión y la ansiedad y mejore las relaciones interpersonales (Vidarte, Vélez, Sandoval y Alfonso, 2011), teniendo concomitancias en el aumento de las sensaciones relacionadas con la satisfacción y el bienestar (Olson, Fanning, Awick, Chung y McAuley, 2014). Asimismo, podemos establecer una asociación con el Modelo multidimensional-multinivel de envejecimiento activo de Fernández-Ballesteros (2002, 2009), que establece que el envejecimiento tiene relación con transformaciones que demandan determinados acomodos y acoplamientos. Estas adaptaciones se ven favorecidas mediante elementos pertenecientes al sujeto en sí —regulación emocional, autoeficacia, habilidades cognitivas— y a través de otras cuestiones que tienen que ver con el entorno —contexto facilitador, posibilidades educativas y de ayuda familiar y social, estrés—. El envejecimiento activo, a la luz de este modelo, se interpreta como el resultado de las diversas adaptaciones que el individuo va realizando durante su vida y mediante las que adquiere un buen desarrollo cognitivo, social, físico y emocional-motivacional.

Además, las investigaciones de los últimos años apuntan en la dirección de que la práctica regular de un ejercicio físico constante y pautado es la causa de beneficios a nivel cognitivo (Sanabria, 2015).

Veamos el programa de entrenamiento de Séneca:

Una parte mínima la he destinado al ejercicio corporal, y por este motivo doy gracias a la vejez: no me exige un costo elevado. Apenas me muevo, me encuentro cansado; mas la fatiga es el término del ejercicio, aún para los más vigorosos. ¿Preguntas por mis instructores de

gimnasia? Me basta con el de Faro, esclavo, como bien sabes, amable, pero lo sustituiré: ahora busco uno más joven. Por cierto, este dice que los dos pasamos la misma crisis porque a ambos se nos caen los dientes. Mas apenas si lo puedo alcanzar en la carrera y dentro de muy pocos días no podré. [...]¿Quieres saber, con todo, cómo ha terminado nuestra competición de hoy? Lo que raramente acontece a los corredores, empatamos. Después de esta competición fatigosa me sumergí en agua fría. (Epístolas morales a Lucilio, X 83, 3-5).

De esta forma, el anciano Séneca, perpetuo enfermo, gracias a la asidua práctica del ejercicio gimnástico, logró que su salud mejorase de forma considerable, puesto que existe una estrecha dependencia entre salud, enfermedad, cultura y sanación (De la Pienda y Pachón, 1999). En este sentido, podemos destacar que los componentes individuales que se hallan relacionados positivamente con la puesta en práctica de ejercicios físicos son la confianza en que serán beneficiosos, el disfrute obtenido, el nivel de salud percibida, la motivación intrínseca y la autoeficacia (Cavill, Kahlmeier y Racioppi, 2006).

Otras referencias similares las encontramos en las obras de Plutarco (c. 46-c.125 d.C.) y de Plinio el Joven (61-c.112 d.C.).

Así, en Plutarco podemos rastrear elementos propios de la gerontología preventiva, ya que considera necesaria la práctica del ejercicio físico, si bien incluye un importante matiz, que debe hacerse de una forma moderada:

Pues no se nos ocurre dejar los cuerpos totalmente inactivos y sin ejercicio porque no podamos manejar el pico o las halteras, practicar el lanzamiento de disco o el combate con armas como antes, sino que practicando ejercicios pasivos (mecerse en columpios o literas), paseos y, como algunos, el juego de pelota de forma

moderada y la conversación, se activa la respiración y se reaviva el calor vital. No nos quedemos viendo cómo nos volvemos completamente torpes y congelados por la inactividad. (Sobre si el anciano debe intervenir en política, 793B-C).

Por su parte, Plinio el Joven nos ejemplifica un modelo de ancianidad sosegada, cómoda, activa y juiciosa, la de su amigo Espurina, que después de una vida repleta de éxitos militares y políticos, había decidido, a la edad de setenta y siete años, dedicarse al ocio en sus propiedades:

Por la mañana permanece en la cama durante una hora, a continuación pide las sandalias y recorre a pie una distancia de cuatro millas para ejercitar tanto su cuerpo como su espíritu. Cuando se le anuncia la hora del baño, da desnudo un paseo al sol, si no hace viento. Después juega a la pelota con ardor y durante mucho tiempo, pues también combate la vejez con este tipo de ejercicio. El resultado es que Espurina ha conservado a los setenta y siete años intactos el sentido de la vista y el oído; además, un cuerpo ágil y lleno de vigor (Cartas, III 1, 2-12.)

El mismo Plinio el Joven continúa en ese mismo argumentario para describirnos a qué se dedica su amigo Pomponio Baso una vez ha puesto fin a sus obligaciones:

Me ha causado una gran alegría el saber por amigos comunes que planificas y pasas el tiempo de tu retiro de un modo adecuado a tu natural sabiduría: vives en un lugar muy agradable, haces ejercicios físicos ahora en la playa, ahora en el mar (Cartas, IV 23, 1-2).

Como ya hemos visto reflejado en algunos de los textos anteriores, un juego que se practicaba era el de pelota, uno de los deportes más seguidos por todas las edades y condiciones sociales. En el caso de los ancianos estaba incluso recomendado por los médicos:

Vemos a un viejo calvo, vestido con una túnica rojiza, que jugaba a la pelota con unos esclavos [...] calzaba sandalias y se entrenaba con pelotas verdes. Ya no volvía a coger la pelota que se le caía al suelo, sino que un esclavo tenía un saco lleno e iba abasteciendo a los jugadores de nuevas pelotas. (Petronio, El Satiricón, 27 1-3).

Su popularidad se debe a que era considerado la forma de ejercicio más completa para lograr el mayor beneficio físico y corporal. Asimismo, se le calificaba como un entrenamiento óptimo y como la mejor forma para el mantenimiento de la salud (García Morilla, 2010).

Este deporte podía revestir varias modalidades, según el tipo de pelota que se emplease. Para el caso que nos ocupa, nos interesa el follis.

Se trataba de una piel cosida, inflada con el aire de un fuelle, de ahí su nombre. Era la pelota de más tamaño, algo así como un balón, y también la más ligera y blanda. Estas características de peso y volumen influían en el juego, ya que su lanzamiento era lento y aunque exigía ciertos ejercicios del cuerpo, nunca resultaban excesivos, por lo que era ideal para su práctica por los ancianos (Guillén, 2002): «Alejaos, jóvenes: a mí me va la edad débil: conviene que jueguen con el balón los niños y los viejos» (Marcial, Epigramas, XIV 47).

Sin embargo, a veces podía ser un poco más pequeña y, entonces, se la denominaba como follículus. El propio Galeno trata los beneficios, tanto para el alma como para el cuerpo, del juego con este tipo de pelota pequeña, en un opúsculo titulado Sobre el ejercicio con la pelota pequeña, en el que también comenta las técnicas y reglamentos de los distintos tipos de juegos.

Según Galeno, además de proporcionarle salud al cuerpo y de contribuir a la armonía de las condiciones

del alma, el juego de pelota tenía una valiosa función rehabilitadora, por lo que lo aconsejaba para la recuperación de los que habían sufrido algún tipo de enfermedad y para los ancianos:

Este ejercicio, por lo tanto, es el más suave de todos y, consecuentemente, utilísimo para proporcionar descanso a los que lo necesitan, muy apropiado para recobrar la energía saludable, y el más idóneo para el anciano y para el adolescente. (Sobre el ejercicio con la pelota pequeña, IV 22-1).

Por último, merece la pena destacar que el anciano de uno de los textos anteriores, Trimalción, en *El Satiricón*, está jugando en una de las dependencias de las termas, llamadas *sphaeristeria*, que eran unos espacios circulares delimitados para los juegos de pelota. Este cuestión nos permite enlazar con la importancia que en Roma, tenían las termas, que, además de su función primordial, la de ser unos establecimientos dedicados a los baños, con todas las estancias dedicadas a los mismos, estaban integradas por multitud de dependencias — bibliotecas, salas de reuniones, tiendas—, siendo una de ellas la palestra, dedicada a los ejercicios atléticos. La progresiva difusión de las propiedades higiénicas y terapéuticas del baño, dieron lugar a que las termas fuesen un constituyente imprescindible de la fisonomía urbana. En este sentido, deben destacarse los dictámenes hipocráticos, que indicaban que el agua «con algunas de sus funcionalidades, como son la inmersión, no solo servía para limpiar y depurar, sino que incluso podía purificar el alma» (Moreno-Martínez, Gómez y Hernández-Susarte, 2016).

Este recorrido por algunos testimonios de la época romana, que evidencian la importancia concedida a la práctica del ejercicio físico por parte de los ancianos, podemos corroborarlo con dos recomendaciones ya basadas en presupuestos científicos:

Los ancianos deben mantener unos niveles de salud y forma física atacando la inactividad mediante el ejercicio, teniendo en cuenta las siguientes precauciones: no llegar ni al dolor ni a la fatiga; evitar los esfuerzos violentos; y que sean gimnasia y marcha hasta más de los ochenta años. (García Sierra, 1981).

Son convenientes los deportes suaves o lentos para los ancianos, dadas sus virtudes sobre los aparatos locomotor, circulatorio, respiratorio y digestivo. (González González, 1983).

Para finalizar, podemos mostrar un ejemplo más de los beneficios que aporta a los senectos la actividad física. En un estudio empírico que se llevó a cabo con dos muestras de ancianos mayores de 65 años y de ambos sexos, se demostró que existe una correlación significativa entre la práctica del ejercicio físico y la reducción de las visitas a los centros sanitarios, la mejora en el nivel de participación social, el aumento de los niveles de salud y la mejora de la capacidad funcional (Barrera-Algarín y Sarasola Sánchez- Serrano, 2018)

CONCLUSIONES

El presente trabajo demuestra cómo una frase sacada de contexto ha dado lugar a millares de citas equivocadas, que, sin pretenderlo en absoluto, nos lleva a descubrir que se conocían los efectos que sobre el cuerpo sano ejercía la práctica de ejercicios físicos, y, en nuestro caso particular, por parte de los ancianos.

Curiosamente, y por los felices azares de la Historia, el axioma *mens sana in corpore sano* se cumple y los propios antiguos ya lo vieron claramente. Lo que nos dice Juvenal se explica en el contexto de uno de los elementos del envejecimiento activo: el del ejercicio físico. De esta manera, una formulación, un ruego, una petición a la

divinidad, referente a la salud, se ha convertido en un principio verdadero, claro, inequívoco. En él se demuestra la necesidad de equilibrio de los cuatro principios o cualidades del cuerpo: húmedo, seco, frío y caliente, puesto que la enfermedad aparece al producirse la prevalencia excesiva de alguno de ellos. Se trata de la enfermedad como monarquía y de la salud como isonomía, según lo expresaba Alcmeón de Crotona (s. V a.C.) en una metáfora política empleada por los hipocráticos. Estamos también ante la eukrasía del cuerpo, es decir, la buena y proporcionada mezcla que hace que el cuerpo esté sano, idea señalada por Aristóteles, Plutarco y Galeno.

Lo que fue testado empíricamente en la antigua Roma, se ha demostrado científicamente en la actualidad. Esto ha conducido a la trasposición temporal de conocimientos beneficiosos para la salud de los ancianos. Ello es el producto del interés que mostraron con relación a cómo contrarrestar los efectos de la senectud, lo cual queda probado por la existencia de medios, algunos reflejados con gran detalle, sobre todo en cuanto a su descripción, que podían acelerar o retrasar su llegada, haciendo hincapié en la importancia de los cuidados que se adoptasen, la dieta alimenticia y el ejercicio físico.

Esta investigación ha permitido una primera aproximación a la actividad física de los ancianos en la Antigüedad. El análisis ha contribuido a comprobar su validez filosófica en la actualidad, siendo un axioma que guía las políticas de envejecimiento activo, ya que la ancianidad constituye un tema central en las investigaciones, ocupando una parte importante de la agenda política y social, especialmente en lo relativo a los recursos económicos que deben asignarse (Rivero y Agoiz, 2019).

A partir del presente trabajo se pueden desarrollar futuras líneas de investigación en materia de actividad física

en ancianos en la Antigüedad. Estas podrían realizarse mediante análisis comparativos de las narrativas existentes no únicamente en Roma, sino también en Grecia o Egipto. A través de los análisis históricos, se podría apreciar la dependencia histórica del conocimiento, así como si en épocas pasadas carentes de una comunicación tan directa como la actual, existía una misma comprensión de la relevancia de la actividad física para los ancianos.

Por tanto, lo que de una forma empírica, debida al genio romano, pragmático ante todo, fue testado en la Roma antigua, ha tenido su demostración científica en nuestros días, lo que da lugar a una amplísima transposición temporal de unos conocimientos beneficiosos para la salud de los senectos.

BIBLIOGRAFÍA

Alba Martín, R. (2015). El Concepto de cuidado a lo largo de la Historia. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 19, 41.

Disponble en:
<http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.41.12> >.

Barrera-Algarín, E. y Sarasola Sánchez-Serrano, J.L. (2018). Impacto beneficioso de la actividad física sobre la autoestima y la situación social en las personas mayores. *Revista de Humanidades*, 34, 59-86.

Bohórquez, M.R., Lorenzo, M. y García, A.L. (2014). Actividad física como Promotor del Autoconcepto y la independencia personal en personal mayores. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 9 (2), 533-546.

Casas Herrero, A. e Izquierdo, M. (2012). Ejercicio físico como intervención

- eficaz en el anciano frágil. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra.*, 35 (1), 69-85.
- Cavill, N., Kahlmeier, S. y Racioppi, F. (Eds.) (2006). *Physical activity and health in Europe: evidence for action*. Copenhague: WHO.
- Cicerón (2003). *De senectute*. Chicoutimi: Universidad de Québec.
- Cicerón (1996). *Cartas a los familiares*. Madrid: Ediciones Clásicas.
- De la Pienda, J. y Pachón Rebollo, N. (1999). Un diagnóstico antropológico de la «Medicina científica». *Thémata. Revista de Filosofía*, 21, 139-165
- Dick, B.F. (1969). Seneca and Juvenal 10. *Harvard Studies in Classical Philology*, Vol. 73, 237-246.
- Fernández-Ballesteros García, R. (Dir.) (2002). *Vivir con vitalidad*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros García, R. (Dir.) (2009). *Envejecimiento Activo. Contribuciones de la Psicología*. Madrid: Pirámide.
- Foster, L. y Walker, A. (2015). Active and Successful Aging: A European Policy Perspective. *The Gerontologist*, 55 (1), 83-90.
- Fraile Bravo M; Tirado Altamirano F; Prieto Moreno J; Hernández Neila L.M., Magdaleno Bravo E., Sánchez Solís L. (2012) Naturalis historia de Plinio: concepción y terapéutica. A propósito de los cuidados de la mujer. *Cultura de los Cuidados*. (Edición digital) 16, 33. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2012.33.07>.
- Galeno (2016). *Sobre la conservación de la salud*. Madrid: Ediciones Clásicas.
- Galeno (2005). *Sobre el ejercicio con la pelota pequeña*. Madrid: Gredos.
- García Morilla, S. (2010). Los juegos, espectáculos y las manifestaciones físicas en las Etimologías de San Isidoro. *Materiales para la Historia del Deporte*, VIII, 52-55.
- Guillén, J. (2002). *Vrbs Roma*. Salamanca: Sígueme.
- Hipócrates (2001). *Tratados*. Madrid: Gredos.
- Kamijo, K., Pontifex, M. B., O’Leary, K. C., Scudder, M. R., Wu, C.-T., Castelli, D. M., y Hillman, C. H. (2011). The effects of an afterschool physical activity program on working memory in preadolescent children. *Developmental Science*, 14, 1046-1058.
- López Doblaz, J., y Díaz Conde, M. P. (2018). El sentimiento de soledad en la vejez. *Revista Internacional de Sociología*, 76 (1). Recuperado de <https://doi.org/10.3989/ris.2018.76.1.16.164>.
- López-Pulido, A. (2010). Dolor y ancianidad en el Mundo antiguo. *Revista de Enfermería Gerontológica*, 14, 7-19.
- López-Pulido, A. (2013). La vigencia de los clásicos: el ejemplo de Cicerón. *Gerokomos*, 24 (2), 56-62.
- López-Pulido, A. (2015). *La ancianidad en la Antigüedad Clásica*. Barcelona: SEEFG.
- López-Pulido, A. (2018). La vejez como enfermedad: un tópico acuñado en la Antigüedad clásica. *Gerokomos*, 29 (4), 156-159.
- Marcial (2001). *Epigramas*. Madrid: Gredos.
- Moreno-Martínez, F.J., Gómez García, C.I., y Hernández-Susarte, A.M^a. (2016). Evolución histórica de la higiene corporal: desde la edad antigua a las sociedades modernas actuales. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 20 (46). Recuperado de

<http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2016.46.11>

> .

Oliver, E.J., Hudson, J. y Thomas, L. (2016). Processes of identity development and behavior change in later life: exploring, self-talk during physical activity uptake. *Ageing and Society*, 36, 1388-1406.

Olson, E.A., Fanning, J.T., Awick, E.A., Chung, H.D. y McAuley, E. (2014). Differential Trajectories of Well-Being in Older Adult Women: The Role of Optimism. *Applied Psychology: Health and Well-being*, 6 (3), 362-380.

OMS (2015). *Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Luxemburgo: OMS.

Ovidio (2001). *Tristes*. Madrid: Gredos.

Petronio (2001). *El Satiricón*. Madrid: Gredos.

Plinio el Joven (2005). *Cartas*. Madrid: Gredos.

Plutarco (2003). *Sobre si el anciano debe intervenir en política*. Madrid: Gredos.

Rivero, S. C., y Agoiz, A. B. (2019). Envejecimiento activo y ciudadanía senior. *Empiria: Revista de metodología de ciencias sociales*, (43), 59-87.

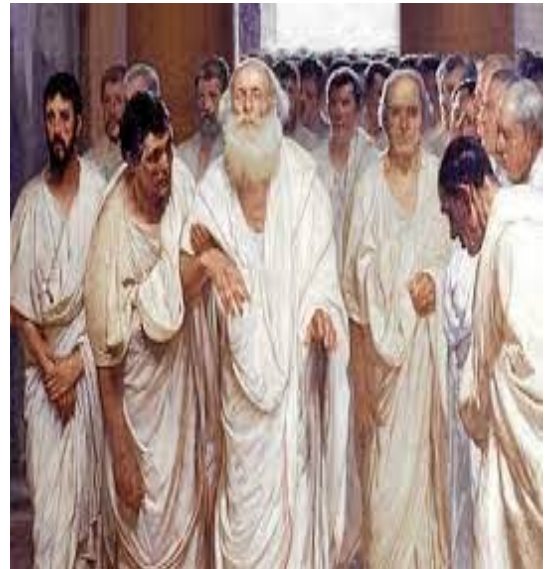
Sanabria, D. (2015). Mens sana in corpore sano, pero ¿por qué? *Ciencia Cognitiva*, 9:3, 46-48,

Sánchez Martínez, M., y López Doblas, J. (2017) Presente y futuro de la vejez en España. Conclusiones de un Estudio Delphi. *Revista Internacional de Sociología*, 75 (2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3989/ris.2017.75.2.15.44>

Séneca (2001). *Epístolas morales a Lucilio*. Madrid: Gredos.

Vidarte Claros, J.A., Vélez Álvarez, C., Sandoval Cuéllar, C., y Alfonso Mora,

M.L. (2011). Actividad física: estrategia de promoción de la salud. *Hacia la Promoción de la Salud*, 16 (1), 202-218.



Admisión de hombres en la licenciatura de Enfermería en Brasil: Uniforme e Identidad Profesional

Admission of men in nursing undergraduation in Brazil: Uniform and Professional Identity

Ingresso de homens na Graduação em Enfermagem: Uniforme e Identidade Profissional

Pacita Geovana Gama de Sousa Aperibense¹; Camila Pureza Guimarães da Silva²; Gilberto Tadeu Reis da Silva³; Tânia Cristina Franco Santos⁴; Sagrario Gómez-Cantarino⁵; & Maria Angélica de Almeida Peres⁶

¹PhD. Professora Adjunta da Universidade Federal do Rio de Janeiro Campus Macaé Professor Aloísio Teixeira. Brasil. Orcid: 0000-0002-3176-2134. Correo electrónico: pacitageovana@yahoo.com.br

²PhD. Hospital Federal de Bonsucesso. Ministério da Saúde. Brasil. Orcid: 0000-0002-9957-6944. Correo electrónico: camilapureza37@gmail.com

³Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor Titular da Universidade Federal da Bahia. Brasil. Orcid: 0000-0002-0595-0780 Correo electrónico: gtadeucceis@uol.com.br

⁴PhD. Professora Titular da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Brasil. Orcid: [0000-0003-2325-4532](https://orcid.org/0000-0003-2325-4532). Correo electrónico: taniacristinafsc@gmail.com

⁵PhD. Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Terapia Ocupacional. Universidad de Castilla-La Mancha. Campus de Toledo (UCLM). PhD. Orcid:0000-0002-9640-0409. Correo electrónico: sagrario.gomez@uclm.es

⁶Professora Associada da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Brasil. Orcid:0000-0002-6430-3540. Correo electrónico: angelica.ufrj@uol.com.br

Correspondencia: Universidad de Castilla-La Mancha (UCLM). Campus Toledo. Avda. Carlos III, s/n. 45071 (Toledo). Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Terapia Ocupacional. Correo electrónico de contacto: Sagrario.gomez@uclm.es

Cómo citar este artículo: Gama de Sousa Aperibense, P. G., Pureza Guimarães da Silva, C., Tadeu Reis da Silva, G., Franco Santos, T. C., Gómez-Cantarino, S., & de Almeida Peres, M. A. (2021). Admisión de hombres en la licenciatura de Enfermería en Brasil: Uniforme e Identidad Profesional. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 25(59). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.59.10>

Recibido:23/11/2020 Aceptado: 22/01/2021



RESUMEN

Objetivo: Este estudio tiene como objetivo analizar el papel del uniforme en el proceso de transformación de la identidad profesional de la enfermería tras la entrada de hombres en la Escuela de Enfermería Anna Nery. **Referencial teórico y método:** Estudio histórico-social, cualitativo. Utilizando fuentes escritas, fotográficas y orales (técnica Historia Oral temática), con veinte informantes. Como referencial teórico se manejaron los conceptos de identidad de Claude Dubar y Roland Barthes relacionado con vestuarios y significados simbólicos. **Resultados:** La primera escuela que implementó la Enfermería Moderna en Brasil fue Anna Nery, liderado por la Fundación Rockefeller. Las modificaciones en la selección de enfermería de pregrado (1960), condujeron a romper el modelo social y pedagógico de la Escuela, que formaba exclusivamente a mujeres. El ingreso del hombre, en la promoción de 1971, alteró el proceso de construcción en relación con la identidad profesional, que significaban los uniformes y rituales para su uso, una estrategia de control jerárquico y disciplinario. **Conclusiones:** Los uniformes perdieron su fuerza simbólica como elemento distintivo de los estudiantes de esta institución en la sociedad. A la vez que mantuvieron su función de identificar a un grupo e influir en la construcción de la identidad profesional de los enfermeros.

Palabras Clave: Historia de la enfermería; identidad profesional; uniforme; ropa; educación de enfermería; imagen.

ABSTRACT

Objective: This study aims to analyse the role of the uniform in the process of transforming the professional identity of nursing after the entry of men into the Anna Nery School of Nursing. **Theoretical reference and method:** Historical-social,

qualitative study. Using written, photographic and oral sources (thematic oral history technique), with twenty informants. As a theoretical reference, the concepts of identity of Claude Dubar and Roland Barthes related to costumes and symbolic meanings were used. **Results:** The first school to implement Modern Nursing in Brazil was Anna Nery, led by the Rockefeller Foundation. Changes in the selection of undergraduate nurses (1960) led to a break with the social and pedagogical model of the School, which trained exclusively women. The entry of men, in the 1971 promotion, altered the construction process in relation to professional identity, which meant uniforms and rituals for their use, a strategy of hierarchical and disciplinary control. **Conclusions:** The uniforms lost their symbolic force as a distinctive element of the students of this institution in society. At the same time, they maintained their function of identifying a group and influencing the construction of the professional identity of nurses.

Keywords: History of nursing; professional identity; uniform; clothing; nursing education;

RESUMO

Objetivo: Este estudo visa analisar o papel do uniforme no processo de transformação da identidade profissional da enfermagem após a entrada dos homens na Escola de Enfermagem Anna Nery. **Referência teórica e método:** Estudo histórico-social, qualitativo. Utilizando fontes escritas, fotográficas e orais (técnica de História Oral temática), com vinte informantes. Como referência teórica, foram utilizados os conceitos de identidade de Claude Dubar e Roland Barthes relacionados a fantasias e significados simbólicos. **Resultados:** A primeira escola a implementar a Enfermagem Moderna no Brasil foi Anna Nery, liderada pela Fundação Rockefeller.

As mudanças na seleção de enfermeiras de graduação (1960) levaram a uma ruptura com o modelo social e pedagógico da Escola, que formou exclusivamente mulheres. A entrada dos homens, na classe de 1971, alterou o processo de construção em relação à identidade profissional, o que significou uniformes e rituais para seu uso, uma estratégia de controle hierárquico e disciplinar. Conclusões: Os uniformes perderam sua força simbólica como elemento distintivo dos estudantes desta instituição na sociedade. Ao mesmo tempo, eles mantiveram sua função de identificar um grupo e influenciar a construção da identidade profissional dos enfermeiros.

Palavras-chave: História da enfermagem; identidade profissional; uniforme; vestuário; educação em enfermagem; image.

INTRODUCTION

Professional Uniforms have identity elements that inform which group a person belongs, evidencing class, hierarchical position and activity exercised. They also function as distinctives between people in the same profession or institution. Nursing is included in the group of professions highlighted by the use of the uniform, due to the use of Indumentaria with symbolic elements, such as the CAP, which served to distinguish nurses throughout their history (Peres e Padilha, 2014).

The phase of the Modern Nursing initiated by Florence Nightingale in England in the NINETEENTH century, brought as a professional identification element The nurse uniform that allowed socially to build the image of women who had training to exercise the Nursing care, until then offered by religious and other people without specific training.

Nursing student uniforms at the current Anna Nery School of Nursing (EEAN) of the Federal University of Rio de

Janeiro (UFRJ) had followed since its opening in Rio de Janeiro, Brazil, in 1923, the patterns used in the North American nursing Schools, whose teaching model was brought to Brazil with the incentive of the Foundation Rockefeller.

"The clothing is a system as a structure whose elements never have its own value, but they are significant because they are interconnected by a set of collective norms" (Barthes, 2005, p. 266; Porto e Oguisso, 2010). To maintain this line of reasoning, it is useful to claim Lurie (1997) that one can include the uniform in terms of apparel and clothing, characterizing it as a specific type of attire determined by external authorities (Lurie, 1997). So, is that over time the uniforms in the EEAN were made of clothes (dress, skirt, long pants and blouse) and accessories (apron, coat, brooch, cap, armband, briefcase, hat, among others). There were preliminary, hospital and public health uniforms in summer, winter and gala versions. Depending on the time, there was the insertion or removal of some of these accessories, as well as changes in the models and colors of the clothes, which has been the object of scientific studies that investigate the function of the uniform in Nursing teaching (Almeida, et al., 2016; Peres e Padilha, 2014).

By integrating a Brazilian public university since 1937, the EEAN was driven to Organizational changes by virtue of the University Reform of 1968 (RU/68), which caused the rupture of gender in the Nursing Course by establishing the unified vestibular for admission to the higher education system, removing from the Teaching Units the control over (Bernardes, Oliveira, Kaminitz, et al., 2018). The selective process in View of this new educational policy, in times of dictatorship, the first men entered the EEAN to start the course in 1971 (Pires, 2018).

With the arrival of the first male students in the EEAN, the uniform became a

key issue, triggering a process of transformation in the construction of the professional identity of future nurses, who gradually introduced thoughts and Modern habits, which would be adopted by the teachers. The youngsters of the decade of 1970 were more arable and had convictions arising from Marxist theories and others considered out of the acceptable canon (Braguini, 2015). Thus, the academic space of the school suffered influences from the male presence previously unprecedented in the student body and demanded from its leaders efforts to ensure internal discipline, for which the uniform was traditionally used in this school.

It is Known that clothing is a form of manifestation of identities and, in this sense, the uniform represents a collective identity (Dubar, 2005; Lurie, 1997). The Garment constitutes a generic whole formed by the relationship between clothing and attire. In the full sense, it is a "social model", a more or less standardized image of predictable collective conducts (Barthes, 2005). The clothing, regardless of the time, has the function of distinguishing the social class to which the individual belongs and signifies the role that he represents in society, as well as the function that plays in this social group (Martins e Martins, 2011). It is therefore possible to affirm that the image of health professionals, more specifically of the nurse, was formed in the collective imaginary based on a visual identity created by the use of the uniform (Aperibense, et al, 2019).

The Objective of this study was to analyze the role of the uniform in the process of transforming the professional identity of nurses after the entry of men in the Anna Nery School of Nursing.

METHODOLOGY

A socio-historical Study of qualitative approach, for which sources were

used textual, photographic and oral primaries. The first two belong to the Center of Documentation of the EEAN/UFRJ and were selected for treating the uniforms in the temporal and spatial analysis of the study. In the documents, the written clothing was searched, while in the photographs we investigated the imagnetic garment used by undergraduate students, enabling them to describe and analyze them, contextualized in the time they were inserted, according to the fashion of Time (Barthes, 2009). Oral sources were produced by the technique of Thematic Oral History with former students and teachers who experienced the period studied. The Network was initially built by a former student and EEAN teacher who had indicated another two collaborators and so on, totaling 20 interviews. This article is based on interviews of eleven collaborators: eight women and three men. Digital Recorders were used to record audio and a data collection tool had directed the interviews. It Continued with the steps of transcription and validation of oral sources, as indicated by Meihy (Meihy e Holanda, 2013; Meihy e Ribeiro, 2011).

The research had followed the systematic characterized by collection, organization and critical evaluation of data, considering the historical-social context in which they were produced, to avoid anachronism. The theoretical basis underlying the analysis and discussion of the data was guided by the writings of Roland Barthes and Claude Dubar, as well as authors of nursing history and of fashion and clothing history. When one works with an object of symbolic and cultural value as the uniform it is necessary to critically consider the set of elements that indicate the historical problem, the social and cultural life of a group and society at the time, in order to understand social relations, life and daily life established through its use.

RESULTS

Admission of males in the nursing course and changes in the social space of the Anna Nery School of Nursing

One of the most significant changes in the history of the Brazilian Nursing Schools involved the advent of the unified vestibular (which was a single process of examination for all candidates in order for them to enter in the health field courses of public universities in Brazil) by the area of knowledge and the admission to the various careers through a classification system. After the implementation of the RU/68, it was no longer allowed to restrict access to the undergraduate nursing course only to women, since the vestibular exam became unique for candidates for undergraduate courses in health area, including nursing. Thus, in the year 1971, there was the entrance of the first students by vestibular in the EEAN, with 20% of the 52 candidates classified were men (Escola de Enfermagem Anna Nery [EEAN], 1974).

Until the entry of male students in the EEAN, from 1923 to 1970, the nursing course was appropriate for the training of exclusively female professionals, known in society as "Nurses Ananéri", who had in uniform as an important symbol of Professional identity. However, the entry of male students into the EEAN in the second half of the twentieth century, post-RU/68, was inevitable. Despite all efforts of the leaders of the School to maintain its feminine tradition, it was not possible to leave the men out of this process, as a collaborator had identified:

And we could not deny the entry of the man because it was a universal movement which had arrived in the Brazilian universities. The Anna Nery School was also the last stronghold of the UFRJ to accept male gender individuals. We had to make deals (V. De Carvalho, personal communication, October 05, 2014).

Thus, 1970's claimed for changes due to the political situation experienced in the country. It was a time of change in philosophy, thinking, and lifestyle, in the world as a whole. Another collaborator recognizes this in the attitude of the young people of the time: "The tradition was maintained over the years until the reform [University Reform of 1968] came and asked for something else, because the young people came differently" (L. Paim, personal communication, October 12, 2014).

The aforementioned excerpt of the speech of the collaborator describes as well as the development of higher education nursing in Brazil had provided new times for the EEAN, which transformed its daily life little by little, sometimes abruptly. The entry of man into the student body of the School was also a difficult issue for the students themselves:

When the men arrived, they also became shy of receiving that way of Women giving orders. So It was an atypical cultural movement for the school . . . This first barrier was more difficult, more barren as the whole barrier of an innovation . . . It was one of the greatest innovations because it was an innovation that culturally offended the man himself (L. Paim, personal communication, October 12, 2014).

The outcomes express the issue of dealing with a change in the institutional and professional identity previously unknown in the EEAN, where the profile of the social body was drastically altered, because, "concomitantly at the time when medical professors were removed from its Faculty, male students began to integrate its student body" (Lassala, 2007, p.14). The hierarchical question was altered when there was the presence of male students subordinated to female nurse teachers, respected in their

symbolic image of the institution's governing authority and teaching.

The difficulty in the new dimension that would acquire the relationships between teachers and students was based on the fact that the EEAN was a School for female students, in which the male presence had never been considered.

This mixture was a great mix in my view, but at first it was frightening [emphasis], because we had a feminine technique of teaching women, and we began to learn to deal with men who, on the other hand, the only men we dealt with were doctors (L. Paim, personal communication, October 12, 2014).

The difficulty in dealing with the male gender had forced the School to adapt itself with more rigor in order to maintain its tradition. Some students, even men, gave up the course for both disciplinary rigor and the issues that males suffered at school.

The organization and functioning of the School was all based on the relationship with the female gender both structurally and in its philosophy. In this way, many adaptations needed to be done. With regard to the rituals of the EEAN, the ceremonies of the Reception of Caps/Imposition of Insignia and the undergraduation itself did not undergo major transformations in its essence, but were adapted by virtue of the presence of men in the student body, in a way that it became necessary to create uniforms for this group.

The adjustments by which the EEAN had passed had been gradually and one could notice that this walk progressed slowly, however, firmly, after all it meant the change of habits incorporated at almost 50 years ago, especially in the context of the pedagogical experience (Lassala, 2007). In a broader context, the promulgation of Law 5540/68 (University Reform Law)

determined profound modifications both in the physical space and in the social environment of the EEAN, reflecting in the uniforms

Creation of the male uniform and changes in the hospital uniform

The students of the EEAN were standardized for the first time in the Ceremony of Reception of the Cap/Imposition of Insignia at the end of the basic cycle, which occurred before entering the 4th period of the course. Since then, the uniform was mandatory in the classes and in the fields of practice.

There were several adaptations that the School had to perform in the most different aspects, from its physical space, which had no restroom infrastructure and male locker room, even in its pedagogical strategies, as the insertion of male students in each practice scenario occurred, male versions of the uniforms were created. The first to get this version was the hospital uniform, used in the Capping Ceremony/Imposition of Insignia, when, as the name refers, the students received the student pin and the white cap and, in the case of men, only the pin.

According to the clothing-written identified in the speech of the collaborators, this male uniform was composed of a short sleeve social blouse and social trousers, both in the color light blue, white shoes and white socks. The collaborator describes "It was the same fabric and the same color as our [women's], blue. It Was pants and a short coat, and white shoes". (M. J. Coelho, personal communication, October, 18, 2014).

A unique color photo was found that allows you to identify the colour and some details of the male uniform (Image 1). The picture has been magnified for better observation of details (Students at the Capping Ceremony/Imposition of Insignia

of the EEAN. Detail of the collar of the primary uniform used by the male student. The insignia on the left side of the blouse is also Observed). It is possible to observe in it that, unlike the dress of female students, the male uniform had a collar of military type, whose characteristics are higher collar, closer to the neck, with a small opening at the height of the trachea (Kauling, 2016).

Figure 1. Hospital male uniform



Source: EEAN. Year: S/d. Location: CEDOC/EEAN/photo Bank/daily life/3.19.0836.1.

It is worth noting that there was an attempt to create a cap model for male students. Called bibico, it's a small cloth bonnet, elongated shape, proper of military or student uniforms; a cap, by virtue of the format, which gives it two ends, it was similar to the military's cap (to which the collaborator of the following report referred to as caps), but did not come to be used (Lassala, 2007). A collaborator highlights:

Only with the entrance of the male elements is that there was a breach of protocol, which could not use the cap and they did not fit well to the caps, as to say, because it did not fit, some had too much hair, also we could not ask the men to shave their heads, right? Because this wasn't going to work out right (V. DeCarvalho, personal communication, October 05, 2014).

There is a visual antagonism of the indumental of both sexes that portrays the social oppositions they have experienced, which notably opens up to the singularities of the feminine culture and to the class differences within the Society (Souza, 1987; Porto y Santos, 2010). Propagandas de remédio na imprensa ilustrada e a imagem da enfermeira brasileira (1920-1925). *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(3), 819-826. <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000300038>). In other words, the presence of the male student in the EEAN emphasized differences that began to change its entire social environment, opening space for criticism of the traditional model of training that was still sustained in that very differentiated environment from the other Nursing schools in the country.

The identity formed in that previously exclusively feminine social space began to be altered with the new image of the student body visually transformed by uniformed men. The construction of a new professional identity of male and female Nurses was initiated in the EEAN.

In the 1970's there was dissatisfaction with the use of uniform both by the model and by the lack of practicality of its use. The uniform became a controversial issue, triggering conflicts between teachers and students. The main reasons were associated with the color of the clothing (blue) and the use of the cap. These conflicts were justified by the fact that all students in the field of Health of UFRJ were inserted in the same space of teaching and coexistence - the Health Sciences Center (CCS). This situation caused nursing students to feel themselves highlighted, since they wore blue uniforms (for men and women) and the cap (for women), while the other health-care students wore all white uniforms, without any attachment to the head.

The change of identity occurred gradually in the students influenced by the

new university educational context of the 1970's. The students of the time referred emotion for the ritualistic ceremony that involved the uniform and identified them as a group of EEAN apprentices. However, they did not feel comfortable with the model used: "It was very exciting, but it was a uniform that, for us, had nothing to do with nursing. It hurt, it was very hot, it hurt and difficult [emphasis] for anybody, because it was transroasted at the height of the chest" (M.T. L, Lisboa, personal communication, September, 27, 2014). And the other student "It was very ugly [emphasis]. Its color was very ugly, but it was to differentiate us as a student". (M.C.D, Loyola, personal communication, October, 16, 2014).

The azure Hospital Uniform was abolished in 1978 and replaced by the white dress, formerly worn at undergraduation. Since then, the white color was instituted for the hospital uniforms of students in the EEAN, and the other accessories were maintained as a hairnet cap and a cap in the women's hair. The purpose, according to Coelho was to standardize them to students from different professional areas, now inserted in the same practice scenario, however, the cap was maintained for women (Coelho, 1997; Carvalho, et al, 1978; Carvalho e Castro, 1979).

The use of white was a stronger identity factor. Despite the whole process of Training of students professional identity by means of rituals and habits, using the white, they recognized themselves more as future nurses, because they were apparently closer to the image of their teachers, differentiating themselves in the real garment only by the friezes in the navy blue color of the cap.

With the extinction of the blue uniform in 1978, the male hospital uniform also became white, composed of a social shirt with a built-in buttoning, military collar, folded short sleeve and basic pocket

at the height of the left chest, social trousers, social white shoes and socks, as it can be seen in image 2.

Figure 2. Capping Ceremony
o/Imposition of Insignia of the vestibular
class of 1980 -hospital male uniform



Source: EEAN. Location:
CEDOC/Bank of Photos/Rituals/1.31.0124.1
and 1.31.0121.1 Year: 1981-82?

For the garment-image it is possible to observe that, for men, the accuracy in the measure of clothes was done by the trim of the shoulders, the closure of the blouse to the waist and the trousers bar. It also Highlights its impegability in the whiteness of the fabric and how it is well presented.

The photographic record of the male hospital uniform of the Year 1985 (Image 3) shows that, until the end of the temporal cut of this research, it did not change. You can see the undergraduates by taking the student oath and sitting down during the ritual. In Image 3 It is still more clearly observed that the student's shirt had three front pockets, one on the top left where the insignia was placed, and two below, close to the waist, one on each side. It is Also evident that the trousers had pocket and to completed the accessory uniform was the use of the watch.

Figure 3. Ceremony of the Reception of the Cap/Imposition of Insignia of the vestibular class of 1984.



Source: Collaborator's personal collection. Year: 1985

On the care of men with hair it is identified that the rigor with the appearance was still being charged in the same way, however, it was not a requirement, since, despite the pressures, students could refuse to cut their hair or shave the beard (they should just keep it trimmed), according to the following reports, "Many colleagues who had a beard, they made pressure to remove the beards, mustache, and they also refused" (G.L, Mendonça, August 05, 2015).

And I had a very close proximity [with the teachers] and they said all the time "cut that hair" [laughter], "a nurse is not to wear long hair" . . . What happened or emerged were guidelines to always keep the beard trimmed, so that no doors were opened for any deployment to the contamination process. But in my memory, I confess that there is nothing to bring me a direct ban (W. O, Barros, personal communication, August, 10, 2015).

The report described by the collaborator shows that the forms of spatial Organization and the disciplinary regimes of the EEAN, which determined the control of the bodies of the students, lost strength in the

decade of 1980, when the dictatorship was declining, at the same time in That strengthened the pro-democracy movements. Dealing with this new form of behavior in the School demanded from the leaders the definition of new strategies to adapt to the new political-social context that was presented at the university.

Public health uniform: Introducing jeans as fitness for new times

The Public Health Uniform in the EEAN has also undergone alterations over time, as already studied by other researchers. This study showed that the navy blue and white colors were used in this uniform in the 1960's and the beginning of the 1970's (Peres & Barreira, 2003; Peres & Padilha, 2014).

With The entrance of the male students was created a uniform of Public Health for them and modified their colors for azure and navy blue. However, this garment-image was not found in any photographic record during the research, so that it was only possible to access the garment-written based on the report of the collaborators. Male students used the model of public health uniform composed of azure blouse with pocket on the left side of the blouse, worn inside the pants that was navy blue, shoes, belt and half black.

The change in the color of the students' blouse in the public health stage may have been adopted as a differentiator between students and professors, since there was no longer the accessory clamp to differentiate them as in previous decades (Almeida, 2016). Thus, the following picture is the closest image that depicts the color mentioned in the interviews (Image 4), although not the year in which there was a change in the Uniform (1971), but a decade later (1981), taken on the occasion of a parade of uniforms at an event In the EEAN. It was not possible to identify the exact year in which the cuff ceased to be part of the uniform. The collaborator who mentions this

accessory it for the last time, had studied in the period from 1957 to 1960.

Figure 4. Pictures of Nurse's uniforms
Parade held at EEAN School
birthday celebration. Year: 1981.



Source: EEAN. Location:
CEDOC/Stock Photos/Events/4.07.1113.1

The second model from right to left uses the Public Health uniform of Public Health with the white blouse. The second model from left to right uses the Public Health uniform with the light blue blouse.

The second change in the Public Health uniform occurred in 1985 when the EEAN adopted the use of jeans with white blouse and white coat, after a class claim such alteration, since this model was already used by the students in the first three periods of the course since the implementation of the Curriculum New Methodologies, in 1978.

Contrary to the change in the hospital uniform, according to reports of the collaborators, the changes in the uniform of Public Health were not difficult to occur, did not require discussions in a Congregation meeting or something that was worth it. The need to adapt the uniform to time was mainly present because students and teachers were exposed to the external environment for which they were dressed, in order to represent a professional category of the health area.

The Construction of professional identity is evident in the reports of some collaborators as they point out that one of the reasons for not using the Uniform navy Blue/Azure was to avoid being confused with bus drivers and bus clerks in the city. As the collaborator says "So many bus drivers were honking and opening the bus door for us to enter [laughter] as if we were work colleagues" (T. S, Sanches, personal communication, August, 23, 2015).

With the philosophy of Curriculum New Methodologies to integrate theory into practice, Students began to go to the practice field since the first period of the course, therefore, before the ceremony of Reception of the Cap/Imposition of Insignia. Thus, in the first three periods, according to the garment-written and the garment-image, the uniform adopted at the time was composed of trousers or skirt dark jeans, blouse and white coat.

The coat model was the "Barber's coat" - length to hip height, with frontal buttoning and three basic pockets also frontal (one above, at the height of the chest, on the left; two below, one on each side) as observed in image 5.

Figure 5. Frontal Image of Barber's coat. The layout of the pockets is Highlighted.



Source:
www.saimonfardamentos.com.br/jaleco-unisex.

When entering the public health practice, EEAN students did not feel comfortable with the uniform of navy blue/azure fabric, claiming that it restricted

movements when they needed to walk through places of difficult access as slopes, staircases, alleys and alleyways of the communities.

It was very uncomfortable for you to walk in a shantytown, which were needy communities, hills, having to go up and down the hills with that kind of clothes than if these clothes were just a pair of jeans, we understood how much more appropriate than that kind of uniform (A. J. De Almeida Filho, personal communication, August, 02, 2014).

There were embarrassing situations during the space to walk in the needy shantytowns, that actually the skirt with socks was an not adequate. . . . There were these situations, of dirt, of sewage running in the open. So, that's when it changed, both from the students and from the teachers (M.C.C, Pedro, personal communication, October, 29, 2014).

Considering this report of a teacher at the time, the proposal to educate students with a more critical view and really inserted in the university environment, added to the political opening period that we lived, incited the debate and argumentation, which were also stimulated by the EEAN teachers, as shown in the following report:

The first class of the new curriculum came out and we taught students that they had to negotiate everything. [...] So we learned this thing about the active student. We had to learn to deal with their disputes, with the claims, with the negotiations (I. S, Porto, personal communication, August, 23, 2014). In This way, the class of 1985 was organized to bring to the leaders the decision not to use that public health uniform anymore:

My class in general, contested very much the use of this uniform [navy

blue/azure]... The class remained adamant in the position of not wearing this public health uniform...After much inflexibility on our part, difficulty of flexibility on the part of the school authorities, who were represented in this environment, reached a conclusion that one would have to use another possibility of uniform...This was in the second half of 85 [1985], from there that uniform never returned (A. J. DeAlmeida Filho, personal communication, August, 02, 2014).

In fact, the arguments were based on the utilitarian question of clothing and the cost/benefit that the making of this uniform represented to the students, after all they did not receive the uniform from the School, nor help of cost, as the students of the first half of the century XX. Moreover, it was a model that would not to be used at any other time during undergraduation, unless the student chose, after graduating, to attend Public Health Qualification, however this was not the majority option.

Thus, to meet the demands of this class, the EEAN instituted as a Public Health Uniform for students, the trousers or skirt dark jeans and polo shirt with the Minerva of the UFRJ and the acronym of the School embroidered on the left to identify the students by the institution it belonged.

In image 6 It is possible to observe the use of the coat by the students of the EEAN as part of the uniform over the white blouse. Female students wore skirt or jeans. There was the ID badge and the briefcase was still being used as an accessory to the uniform. It was required that the shoes should be closed shoes, no longer requiring to be the color escarpin just like the bag (blue or black).

In the logic of the implementation of innovative methodologies, there was also room for incorporating a more consistent style of clothing with the reality of fashion,

in order to facilitate the use of the uniform. Thus, we had adopted the dark jeans and the white coat.

Figure 6. eean students in intern field of the first period. place: colégio lemos cunha (ilha do governador). year: 1980.



Source: EEAN. Location: Stock Photos/daily/3.27.0915.1.

Whatever the model or cut, "Indigo blue fabric is associated with informal attire" (Callan, 2007, p.172). While the trousers or skirt navy blue gave a connotation of greater seriousness to the uniform, with the change perceives the air stripped of the jeans, in spite of all being with the same pattern of tone and model of the fabric.

An aspect that justified the use of jeans in the uniform was its practicality for daily use, facilitating the execution of nursing activities in the fields of practice. With The popularity of this piece among women, the skirt naturally fell into disuse in the female Public Health uniform of the EEAN. Fashion, being a phenomenon of certain societies and times, suffers much important influence in relation to gender issues. Thus, with the emancipation of women and their insertion in the labor market, they adhered to the efficiency and the stripping, characteristic traits of man, going to wear long trousers, which offered more versatility and mobility.

Thus, it can be affirmed that the Curriculum New Methodologies, while

innovating in the didactics of higher education, had also adapted itself to fashion, showing its adequacy to the new times of modern society at the time. The EEAN became politically transformed, as it occurred in the national context, in a broader way. It began to listen and negotiate with the students, showing that a new professional identity should be formed to accompany the development of nursing in society.

CONCLUSION

This brief panorama of facts that influenced the teaching and practice of nursing in the country, when observed its political-social circumstances, allows a change in the professional identity of the nurse and, consequently, of the students of nursing from the RU/68. For the EEAN, the modifications in the selection process for admission to undergraduate nursing courses led to a rupture in its social and pedagogical model that, until then, maintained an institutional discipline in the exclusive training of female students.

The entry of male students altered the process of constructing the professional identity of the EEAN, which had in the use of uniforms and rituals such as the Cappin Ceremony/Imposition of Insignia a strategy of hierarchical and disciplinary control.

The study showed that the efforts of the EEAN to soon create a male hospital uniform and the male cap, which never came to be used, did not impede the advances and adjustments in the models of the uniforms. The implementation of a new curriculum in the school in 1978 opened up space to expand the participation of students in the decisions of the institution that gradually became encouraged by the professors. The changes in the national political regime also brought greater freedom to universities and

the EEAN accompanied politically these advances.

The inclusion of students and teachers in the communities for public health education resulted in adaptations in the public health uniform in order to acquire more practicality. The use of jeans in society represented the fashion of youth and the students knew how to organize to include this piece in the uniform of the EEAN. The creation of basic cycles of teaching by area also influenced the way of dressing the students, who sought to identify themselves also by clothing with university students of other courses with whom they lived.

Thus, faced with so many influences and social transformations, the uniforms of the EEAN lost their symbolic strength as an element of distinction of the students of this institution in society, becoming a larger group of college students in the area of health, while maintaining its role in identifying a group and influencing the construction of the professional identity of nurses.

BIBLIOGRAPHY

Almeida, R. C. (2016). *Papel do Vestuário na Construção da Identidade Profissional da Enfermeira de Saúde Pública da Capital da República: Décadas de 1930 e 1940*. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação). Faculdade de Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro: RJ.

Almeida, R. L. M., Aperibense P. G. G. de S., Rodrigues, A. A. P.R., Figueiredo, M. A. G., Santos, T. C. F., Almeida Filho, A. J., Peres, M. A. (2016). Vestuario de las Alumnas en una Escuela de Enfermería Brasileña: las Relaciones con la Identidad Profesional (1947-1965). *Cienc. enferm.* 22(3),125-136.

<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532016000300125>

Aperibense, P. G. G. de S., Guimarães, C. P., Almeida Filho, A. J., Santos, T. C. F., Nelson, S., Peres, M. A. de A (2019). Uniform nursing students: strategy for the construction of professional identity (1950-1960). *Texto Contexto Enferm.* 28:e20170593. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2017-0593>

Bernardes MMR., Oliveira AB., Kaminitz S., Gomes AMT., Marques SC & Porto FR. (2018). The Brazilian Army nurses' uniforms: visual identity in World War II. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(1):111-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0414>

Braghini, K. M. Z. (2015). Juventude e pensamento conservador no Brasil. A constituição de uma “vanguarda brasileira” em tempos de ditadura civil-militar no Brasil (1961-1970). [Conference presentation]. 37^a Reunião Nacional da ANPEd, Florianópolis, Brasil. http://www.anped.org.br/sites/default/files/t_rabalho-gt02-3636.pdf

Barthes, R (2005). *Imagem e Moda*. São Paulo: Martins Fontes.

Barthes, R (2009). *Sistema da Moda*. São Paulo: WMF Martins Fontes.

Brasil (1969). *LEI nº 5.540, de 28 de novembro de 1968. Fixa normas de organização e funcionamento do ensino superior e sua articulação com a escola média, e dá outras providências*. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L5540.htm

Calazans, M. E (2004). Mulheres no Policiamento Ostensivo e a Perspectiva de uma Segurança Cidadã. *São Paulo Perspec.* 18(1),142-150.

- Callan, G. O (2007). *Enciclopédia da moda: de 1840 à década de 90. Verbetes brasileiras*. São Paulo: Companhia das letras.
- Carvalho, V., & Castro, I. B (1979). *Reflexões sobre a Prática da Enfermagem*. [Conference presentation]. 31º Congresso Brasileiro de Enfermagem; Fortaleza, Brasil.
- Coelho, C. P. (1997). *Escola de Enfermagem Anna Nery: suas histórias, nossas memórias*. Rio de Janeiro: Cultura médica.
- Dubar, C (2005). *A socialização: construção das identidades sociais e profissionais*. São Paulo: Martins Fontes.
- Escola de Enfermagem Anna Nery (1971). *Ficha dos alunos do vestibular de 1971. Localização: Módulo GR, caixa 63, ano 1974, origin: Undergraduate courses, content nursing graduation 1974*. Description: folders with school records of students from the 1971 entrance examination.
- Kauling, G. B. (2016). *Nomenclaturas de modelos e desenho técnico manual*. Instituto Federal de Santa Catarina. *Apostila de Desenho Técnico*. Recuperado de https://wiki.ifsc.edu.br/mediawiki/images/9/9b/Apostila_Desenho_T%C3%A9cnico_Parte_01.pdf
- Lassala, M. L. G (2007). *A reconfiguração do espaço social da escola de enfermagem Anna Nery no contexto da reforma universitária de 1968*. PhD thesis, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- Lurie, A (1997). *A linguagem das roupas*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Martins, E. F., Martins, C. J (2001). The Uniform as a Representative Object in Health Care Area. *Verso e Reverso* 25(59),100-108.
- <http://revistas.unisinos.br/index.php/versoerverso/article/view/ver.2011.25.59.03>
- Meihy, J. C. S. B., Holanda, F (2013). *História Oral: como fazer, como pensar*. 2ed. 2ª reimpressão. São Paulo: Contexto.
- Meihy, J. C. S. B., Ribeiro, S. L. S (2011). *Guia prático de História oral*. São Paulo: Contexto.
- Peres, M. A. A., Barreira, I. A (2003). Significado dos uniformes nos primórdios da Enfermagem Moderna”. *Esc. Anna Nery* 7(1),25-38. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127717968004>
- Peres, M. A. A., Padilha, M. I. C. S (2014). Uniform as a Sign of a New Nursing Identity in Brazil (1923-1931). *Esc. Anna Nery*. 18(1),112-121. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140017>
- Pires, C (2018). The Social Tissue of the Brazilian University and the Cultural Expression of a Crisis. *Revista Espaço Pedagógico* 25(3),634-646. <http://seer.upf.br/index.php/rep/article/view/8568>
- Porto, F, & Oguisso, T. (2010). Guerra da Tríplice Aliança. En Fernando Porto and Amorin Wellington. (Yendis.), *Historia de Enfermagem Brasileira* (pp. 12-19). Brasil: Câmara Brasileira do livro.
- Porto, F, & Santos Franco, TC. (2010). Propagandas de remédio na imprensa ilustrada e a imagem da enfermeira brasileira (1920-1925). *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(3), 819-826. <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000300038>
- Souza, G. M (1987). *O espírito das roupas: a moda no século dezenove*. São Paulo: Companhia das Letras.

ANTROPOLOGÍA

Reflexionando sobre las medidas coercitivas en salud mental. Análisis bioético y antropológico

Reflecting on coercive measures in mental health. Bioethical and anthropological analysis

Refletindo sobre medidas coercitivas em saúde mental. Análise bioética e antropológica

Sergio Ramos Pozón¹

¹Doctor en Filosofía. Profesor asociado. Universidad de Barcelona. Escola d'Infermeria. Orcid: 0000-0002-5772-6676.

Correspondencia: Feixa Llarga, s/n CP 08907 L'Hospitalet Llobregat (Barcelona)

Correo electrónico de contacto: sergioramos@ub.edu

Cómo citar este artículo: Ramos-Ponzón, S. (2021). Reflexionando sobre las medidas coercitivas en salud mental. Análisis bioético y antropológico. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 25(59). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.59.11>

Recibido: 23/11/2020 Aceptado: 22/01/2021



RESUMEN

Las medidas coercitivas en salud mental implican un significativo sufrimiento para pacientes, familiares y profesionales. Generan mucho debate ético sobre su legitimidad y/o su rechazo. Estos desafíos éticos para Enfermería han parcialmente delimitados. Los aspectos teóricos, filosóficos y éticos que se derivan de su uso han sido objeto de estudio por parte de Enfermería, aunque han sido analizados superficialmente. Este artículo arroja luz

sobre esa laguna y explica los conceptos “vulnerabilidad”, “mejor interés”, y “competencia”. Además, se exponen algunas teorías éticas para fundamentar la relación asistencial. Por último, se presentan algunos estudios empíricos sobre la percepción de los afectados por estas prácticas coercitivas. El objetivo fundamental de este artículo es elaborar un marco teórico antropológico y ético que propicie una reflexión crítica sobre las razones de su uso o abandono de las medidas de contención en salud mental. Metodología:

Reflexión teórica sobre la temática, utilizando la bibliografía relevante y actualizada extraída del buscador Pubmed. Se utilizan las siguientes palabras clave en inglés: challenges, ethics, mental health, nursing, coercion and coercive measures para detectar cuáles son los problemas éticos subyacentes. Por otro lado, usamos los términos vulnerability, mental capacity, y best interest para su análisis conceptual.

Resultados: Aportamos un marco teórico antropológico y ético para que el equipo de Enfermería sepa comprender y justificar con más rigor la temática de las contenciones en salud mental. **Conclusiones:** Las medidas coercitivas generan una gran controversia y disputa entre quienes las aplican y quienes las reciben. La literatura ha detectado una gran cantidad de dilemas éticos subyacentes; sin embargo, se comparte la idea de que hay una carencia conceptual. Pese a que es posible identificar algunos conceptos clave, como los aportados en este artículo, que nos permita tener herramientas conceptuales para entender mejor este contexto asistencial; creemos que la aplicación de la coerción ha de estar guiada por una ética del cuidado, una ética hermenéutica y una ética dialógica cordial, que marquen derechos y deberes.

Palabras clave: Medidas coercitivas; salud mental; bioética

ABSTRACT

Coercive measures in mental health mean a significant suffering for patients, families and professionals. They generate ethical debate about their legitimacy and / or their rejection. Such ethical challenges for Nursing have been partially delimited. The theoretical, philosophical and ethical aspects that derive from its use have been studied by Nursing, although they have been superficially analyzed. This article sheds

light on that gap and explains the concepts "vulnerability", "best interest", and "capacity". Besides, this article presents some ethical theories to support the relationship. Finally, some empirical studies are presented on the perception of those affected by these coercive practices. **Objective:** The main objective of this article is to elaborate an anthropological and ethical theoretical framework that encourages critical reflection on the reasons for the use or abandonment of containment measures in mental health. **Methodology:** Theoretical reflection on the subject, using the relevant and updated bibliography extracted from the Pubmed search engine. The following keywords in English are used: challenges, ethics, mental health, nursing, coercion, and coercive measures to detect the underlying ethical issues. On the other hand, we use the terms vulnerability, mental capacity, and best interest for its conceptual analysis. **Results:** We provide an anthropological and ethical theoretical framework so that Nursing knows how to understand and justify more rigorously the issue of contentions in mental health. **Conclusion:** Coercive measures generate controversy and dispute between those who apply them and those who receive them. The literature has detected a considerable number of underlying ethical dilemmas; however, the idea that there is a conceptual deficiency is shared. Although it is possible to identify some key concepts, such as those provided in this article, which allows us to have conceptual tools to better understand this healthcare context; We believe that the application of coercive measures must be guided by an ethic of care, a hermeneutical ethic and a cordial dialogic ethic, which mark rights and duties.

Key words: Coercive measures; mental health; nursing; bioethics.

RESUMO

Medidas coercitivas em saúde mental implicam sofrimento significativo para pacientes, familiares e profissionais. Eles geram muito debate ético sobre sua legitimidade e / ou rejeição. Esses desafios éticos para a enfermagem foram parcialmente delimitados. Os aspectos teóricos, filosóficos e éticos decorrentes de sua utilização foram estudados pela Enfermagem, embora tenham sido analisados superficialmente. Este artigo lança luz sobre essa lacuna e explica os conceitos de "vulnerabilidade", "melhor interesse" e "competição". Além disso, algumas teorias éticas são expostas para embasar a relação de cuidado. Por fim, são apresentados alguns estudos empíricos sobre a percepção dos afetados por essas práticas coercitivas. Objetivo: O objetivo principal deste artigo é desenvolver um referencial teórico antropológico e ético que estimule a reflexão crítica sobre os motivos do uso ou abandono de medidas de contenção em saúde mental. Metodologia: Reflexão teórica sobre o assunto, utilizando a bibliografia relevante e atualizada extraída do motor de busca Pubmed. São utilizadas as seguintes palavras-chave em inglês: desafios, ética, saúde mental, enfermagem, coerção e medidas coercitivas para detectar quais são os problemas éticos subjacentes. Por outro lado, usamos os termos vulnerabilidade, capacidade mental e melhor interesse para sua análise conceitual. Resultados: Fornecemos um referencial teórico antropológico e ético para que a equipe de Enfermagem saiba compreender e justificar com mais rigor a questão das contendas em saúde mental. Conclusões: As medidas coercitivas geram grande polêmica e disputa entre quem as aplica e quem as recebe. A literatura detectou um grande número de dilemas éticos subjacentes; no entanto, a ideia de que há uma deficiência conceitual é compartilhada. Embora seja possível identificar alguns conceitos-chave, como os apresentados neste artigo, o que nos permite ter ferramentas conceituais para melhor

compreender este contexto de saúde. Acreditamos que a aplicação da coerção deve ser pautada por uma ética do cuidado, uma ética hermenêutica e uma ética dialógica cordial, que marcam direitos e deveres.

Palabras clave: Medidas coercitivas; saúde mental; enfermagem, bioética

INTRODUCCIÓN

En el ámbito socio-sanitario, frecuentemente en psicogeriatría y salud mental, se aplican, por parte de Enfermería, varios tipos de medidas coercitivas: mecánica, farmacológica, etc., consistentes en un dispositivo, físico o mecánico, para restringir los movimientos de una parte del cuerpo o, incluso, su totalidad, evitando así prevenir algún riesgo o peligro de lesión para la persona. Aunque es obvio que se podrían mencionar otras formas de medidas coercitivas como son la intimidación, la coacción, etc., (formas de control psicológico) las cuales podrían limitar la libertad de la persona, su derecho a la autonomía y la información, y en consecuencia una violación de los derechos humanos.

Sea como fuere, nos gustaría centrarnos en las formas más físicas (contención mecánica, farmacológica, etc.), pues son medidas que suscitan mucho debate, razón por la cual se insta a buscar estrategias para no aplicarlas (cambio de políticas en los hospitales, un mejor entrenamiento de los profesionales para manejar las crisis, etc.) (Nanjegowda et al., 2019). Varias son las experiencias que reducen significativamente las contenciones (Gooding et al., 2018). Ejemplos de ellos son *Open Dialogue* en Finlandia, el sistema de atención en Islandia; las hospitalizaciones sin contenciones a Trieste; las experiencias sin tratamientos involuntarios en Alemania,

o incluso en Suiza con contención 0 (Kinzkler 2016; Seikkula y Olson, 2003). Esta reivindicación se debe a que comportan reacciones adversas y complicaciones (úlceras por presión, asfixia...) (Rakhmatullina, et al., 2013) y dilemas ético-legales que ponen en duda su legitimidad (Kallert, et al., 2011). Los aspectos teóricos, filosóficos y éticos que se derivan de su uso han sido objeto de estudio por parte de Enfermería. Los dilemas éticos que se presentan pueden ser muy variados, pues incide el contexto, el tipo de pacientes (adolescencia o personas mayores), el servicio (unidad de agudos, unidad de rehabilitación o psicogeriatría) o los profesionales (su formación o su coordinación) (Hem, et al., 2014).

Hace décadas que se viene reflexionando sobre estas prácticas, sin embargo, la literatura parece indicar que hay muy pocos estudios que analicen en profundidad los desafíos subyacentes (Hem, et al., 2018, 2014; Norvoll, et al., 2017; y Haugom, et al., 2019). En síntesis, se ha detectado la carencia de un *background*, una serie de conceptos que puedan dar a entender un poco mejor el porqué de estas medidas coercitivas; qué relación puede haber entre el principio de autonomía del paciente y la obligación de los profesionales para buscar el “mejor interés” que justifique su uso; o incluso cuándo sería legítimo aplicarlas o no. Estas dudas generan un *estrés moral* entre los profesionales sanitarios, principalmente en Enfermería (Haugom, et al., 2019; Norvoll, et al., 2017).

En este artículo queremos exponer cómo la bioética puede contribuir a una mejor comprensión de esta temática: elaborando un marco teórico antropológico y bioético que propicie una reflexión crítica sobre las razones de su uso o abandono. Esto puede ayudar a mejorar los cuidados en salud mental, pues habrá más consciencia de los dilemas éticos, los motivos por los que se

originan y las razones últimas de su pertinencia o rechazo. En este sentido, nos proponemos analizar los siguientes conceptos: “vulnerabilidad”, “mejor interés”, y “competencia”; indagaremos qué teorías éticas pueden ayudar a fundamentar la relación asistencial; y, por último, deseamos exponer algunos estudios empíricos sobre la percepción de los afectados por estas prácticas coercitivas.

El objetivo fundamental de este artículo es elaborar un marco teórico antropológico y ético que propicie una reflexión crítica sobre las razones de su uso o abandono de las medidas de contención en salud mental.

METODOLOGÍA

Se ha desarrollado un proceso de reflexión teórica sobre la temática, utilizando la bibliografía relevante y actualizada extraída del buscador Pubmed. Se utilizan las siguientes palabras clave en inglés: challenges, ethics, mental health, nursing, coercion y coercive measures para detectar cuáles son los problemas éticos subyacentes. Por otro lado, usamos los términos vulnerability, mental capacity, y best interest para su análisis conceptual.

DESARROLLO DEL TEMA

El concepto vulnerabilidad

Utilizamos el concepto “vulnerabilidad” para referirnos a personas, grupos, colectivos, etc., sin explicar en qué consiste ni qué indica, creyendo que todos sabemos a qué nos referimos. Pero esto dista de la realidad, pues es un concepto difícil, complejo y confuso. Ha sido objeto de análisis por parte de la filosofía y de la ética médica (Bolt, 2019). Rendtorff (2002) propone una alternativa europea al principialismo norteamericano al defender los principios bioéticos de autonomía, dignidad, integridad y vulnerabilidad.

Sostiene que la vulnerabilidad es ontológicamente anterior a los otros principios. Expresa dos ideas básicas. Por un lado, la finitud y fragilidad de la vida en la que las personas capaces de autonomía insertan la posibilidad y necesidad de una moralidad. Por otro, es un principio moral que señala una responsabilidad de cuidados hacia los vulnerables (aquellos cuya autonomía, dignidad o integridad pueden ser susceptibles de ser amenazadas).

En la literatura hallamos otros enfoques, como es el caso de Ten Have (2014) quien propone tres tipos. La *biológica*, propia de las características de la persona; la *social*, derivada de la consecuencia de acontecimientos como las guerras, los crímenes o la pobreza; y la *cultural*, en relación con la diversidad cultural y cómo éstas realizan taxonomías a los individuos o grupos, catalogándolos de más o menos vulnerables.

Es interesante, también, la propuesta de Rogers, et al. (2012) quienes consideran que puede ser *inherente* (propia del ser humano, asociada a la corporeidad y a su dependencia con los otros), *situacional* (causada o exacerbada por el contexto personal, social, político o económico de una persona o grupo social) o *patogénica* (caracterizada por opresión, dominación, injusticia, violencia política... ejercida a colectivos indefensos: discapacidad intelectual, patología mental, personas mayores, etc.).

Por nuestra parte, añadiríamos una cuarta categoría, a saber: *vulnerabilidad ética*, la cual englobaría cuestiones *ético-legales*, que generen vínculos y obligaciones para fomentar y respetar la dignidad de la persona. Ésta se relacionaría con la *patogénica*, ya que ciertas personas son más susceptibles de ser dañadas (menores, personas con patología mental o déficits cognitivos, etc.). Hemos de intentar que las personas puedan ejercer su autonomía, que se respeten sus *tempos*, sus deseos, y que no

se transgredan sus proyectos de vida. No se trata de enfocarse en el colectivo de personas, sino en los derechos que tienen y de las obligaciones que genera el respeto a todo ser humano. Y aunque haya contextos específicos en los que se tenga que protegerle mediante algún tipo de paternalismo, como es el caso de la contención, éste siempre debería ser la excepción a la regla de respetar su dignidad.

En cualquier caso, el concepto de vulnerabilidad es amplio y complejo, razón por la cual ha sufrido una gran variedad de críticas (Levine, 2004; Clarck y Preto, 2018; y Rogers, et al., 2012). Se ha censurado su falta de concreción o dispersión dada su dificultad para establecer quiénes son los sujetos o grupos vulnerables; se ha desacreditado por incurrir en falacia naturalista ya que deriva de una dimensión esencial y universal una obligación ética, pues de una condición factual no se deriva fundamento normativo; se ha sostenido que adolece de un paternalismo injustificado al querer proteger al vulnerable; de conllevar una estigmatización o exclusión hacia estas personas; o incluso de poner demasiado ímpetu en los déficits y la dependencia, dejando a un segundo plano los desafíos y oportunidades que puede derivar la propia vulnerabilidad.

¿Qué aportaría la vulnerabilidad respecto a las personas con problemas de salud mental a las que se les aplica contenciones? La enfermedad mental ya de por sí puede ser discapacitante para muchas áreas de la vida, tanto a nivel personal (problemas cognitivos, biológicos, dificultades de autocuidado, etc.) como interpersonal (relaciones sociales, afectivas...). Además, esto se podría acentuar debido a los efectos de la medicación y/o por motivos de adicciones. A su vez, situaciones particulares dentro del ámbito hospitalario realzan esta situación: delirios intensos, agitación psicomotriz, conductas auto/heteroagresivas, etc. Por

todo ello, les hace aún más vulnerables. Por tanto, es importante prestar atención a la vulnerabilidad situacional.

Una mayor conciencia de la fragilidad del ser humano nos haría recordar nuestra obligación de cuidado hacia ellos, por lo que un trato no apropiado podría ser indigno (vulnerabilidad patológica). Ahora bien, aquí podríamos incurrir en paternalismos injustificados y a privaciones de libertad si no se justifica meticulosamente una intervención en contra de la voluntad del paciente; razón por la cual se deriva una vulnerabilidad ética que señala derechos y obligaciones. Por este motivo, hay que saber cuándo un paciente puede decidir libremente sobre su propio cuerpo, pues podría rechazar las contenciones. Y aquí el concepto clave será el de competencia para tomar una decisión.

Competencia para tomar decisiones

Uno de los pilares de la actual relación asistencial es que el paciente puede legítimamente decidir qué tipo de intervenciones médicas desea y cuáles no (principio de autonomía), siempre y cuando sea una decisión razonable, autónoma y libre. Una contención no deja de ser un tratamiento. Esa autonomía es la que se asocia en la toma de decisiones con el término competencia. Desde un punto de vista funcional, la competencia es definida como las aptitudes y habilidades psicológicas suficientes que demuestren que es una decisión libre y autónoma, y se valoran 4 ítems: comprensión, apreciación, razonamiento y elección de una decisión (Appelbaum, 2007). Ahora bien, también es generalizada la idea de que, dependiendo de la gravedad de la situación, se requerirá un mayor o menor grado de competencia.

Muchas veces se cree que estos pacientes carecen de competencia; empero, los estudios empíricos desmontan este mito,

pues la gran mayoría sí que pueden decidir de forma responsable (Calcedo, et al., 2020; Pons, et al., 2020). Por tanto, y aunque la problemática es más complicada y requeriría un mayor análisis, podríamos decir que, a primera instancia, si un paciente es competente puede aceptar o rechazar estas medidas coercitivas.

En gran medida se ha criticado este enfoque biologicista, funcionalista, pues puede ser discriminatorio hacia los que padecen trastornos mentales, pues pueden tener dificultades para tomar decisiones por sí mismo. Además, minimiza la voz de los afectados (sus valores, preferencias, etc.) e ignora el contexto, pues se ciñe a las habilidades de razonamiento. Por eso, se insta a una reformulación de la competencia para que la autonomía sea relacional (y no individual, liberal), que genere vínculos de cuidado para el vulnerable, que se tenga en cuenta la identidad (sus valores, su cultura...) de la persona, y todo esto insertándose en un contexto narrativo, hermenéutico y dialógico, más que un análisis interno de variables psicológicas (Kong, 2017).

¿Qué aporta este concepto? En primer lugar, es un criterio ético-legal que marca cuándo un paciente, a primera instancia, podría aceptar y/o rechazar una intervención médica, como la que tratamos en este artículo. En segundo lugar, que esta decisión no ha de estar delimitada únicamente por factores biológicos, sino que la hemos de insertar en un contexto relacional y una hermenéutica ética que haga aflorar los valores, las vivencias, etc., del paciente que pueden ayudar a que se respete con mayor o menor medida las decisiones sensatas, razonadas y razonables. El concepto de competencia proporciona un criterio a valorar en la aceptación o rechazo de la coerción, pues legalmente si no dispone de un grado suficiente de competencia no tiene la oportunidad de decidir por él mismo;

aunque este concepto en la praxis debería hundir sus raíces en un contexto asistencial relacional y no en una mera decisión puntual sin que se valore más aspectos que los de seguridad y bienestar. Esto ayudaría a crear relaciones asistenciales más cercanas, humanas, y no tan deshumanizadas y descontextualizadas.

Y es que, pese a esta petición de introducir al paciente en la toma de decisiones, apreciamos cómo esos vínculos que indican cuidados son interpretados y motivados por algún tipo de paternalismo injustificado para proteger al vulnerable, recurriendo al criterio del mejor interés como justificación (Hem, et al., 2018; y Vuckovich y Artinian, 2005). El problema es que no siempre sabemos cuál ni qué es el “mejor interés”.

El criterio del “mejor interés”

El criterio del mejor interés implica establecer qué es lo que más beneficia a la persona sin tenerle en cuenta, siendo esto la esencia del paternalismo. La dificultad radica en mostrar y justificar por qué le beneficia, y qué tipo de intereses son los que siempre han de preservarse. No obstante, dibujado así, se presenta como un concepto vago, general y poco preciso, siendo necesaria una mayor explicación.

La propuesta de Kopelman (1997 y 2007) aboga por unos criterios distintivos para la comprensión del criterio.

1. La decisión ha de respetar un mínimo *umbral* de cuidados aceptables desde el punto de vista médico, permitiendo así valorar qué daños y beneficios han de tenerse en cuenta.
2. La opción a tomar ha de ser compatible con los deberes morales y legales hacia el paciente por el cual se decide.
3. Puede ser usado como un *ideal* que señale un “bien” o cuáles son nuestros deberes

prima facie hacia la persona. Esta propuesta ayudaría a elaborar políticas sociales sobre qué derechos se tiene como ciudadano.

4. Es un estándar de moderación que sirve como referencia para detectar cuáles son las mejores opciones entre las alternativas.

5. Los intereses a tener en cuenta engloban los aspectos médicos, pero también otras facetas como la seguridad personal, el desarrollo cognitivo y emocional, etc., tanto del afectado como de otros agentes (la familia y la comunidad). Por tanto, el mejor interés resultará del balance entre la diversidad de intereses que se puedan dar en la decisión.

Buchanan y Brock (1989:122-134) también proponen modelos teóricos sobre este concepto. Ellos lo utilizan para referirse a aquellos intereses que son más importantes que otros, y éstos son los que propician una mayor contribución al bien de la persona. Con ello, el CMI determina una cierta obligación para defender cuál es el beneficio *neto* para cada opción, es decir, en última instancia la opción que resulte ser la del mejor interés será aquella que ponderando riesgos-beneficios aporte una mayor cantidad de beneficios en comparación con los riesgos.

La literatura ha mostrado que este criterio tiene insuficiencias (Diekema, 2011; y Salter, 2012). En primer lugar, es complicado determinar cuáles son esos mejores intereses, y aunque se suele pensar que siempre hay acuerdo es poco probable hacer ese cálculo neto sobre pros y contras con total precisión. En segundo lugar, es un concepto *vago, amplio e indeterminado*, pues no señala qué valores tiene la persona que juzga qué es lo mejor, lo que acaba por no justificar por qué ni en base a qué lo considera.

¿Qué aportaría este concepto en relación con las medidas coercitivas? En primer lugar, rechaza que estas decisiones hayan de ser unilaterales. Por un lado, el

paciente aportará valores, deseos... que reivindiquen el papel de la autonomía. Deberíamos introducir los valores, sentimientos, creencias, etc., presentes y pasados. Por otro, los profesionales han de introducir sus valores, sus experiencias (presentes y pasados), los motivos de por qué podrían ser indicadas estas medidas coercitivas para que se proporcione seguridad, se evite daños, etc. Por lo tanto, aquellos intereses que han de introducirse en la decisión son los que aportan ambos colectivos. En segundo lugar, que el cálculo neto sobre el mejor interés ha de incorporar dichos intereses; y en esta ponderación se requiere un análisis sobre qué nivel de riesgo habría que asumir puesto que deberemos evaluar el grado de competencia del paciente, la gravedad de la situación y a su vez valorar qué medidas son las menos restrictivas para evitar daños y respetar la autonomía del paciente vulnerable.

Como hemos visto, este concepto señala una obligación moral de cuidado y de ejercicio reflexivo que fomente el respeto por dichos bienes: autonomía, seguridad del paciente y/o terceros, para un seguimiento terapéutico, etc. Para poder conocer en profundidad todo esto es preciso un enfoque narrativo en el que se vivencien, expliquen y argumenten dichos bienes en un contexto y momento concreto.

Hermenéutica, éticas del cuidado y reconocimiento recíproco

En líneas generales, podemos concebir la hermenéutica como una interpretación de textos; una tarea epistemológica de fundamentación para las ciencias humanas o sociales; y/o un análisis de la vida desde la categoría de *sentido* (Moratalla, 2016). Ahora bien, es posible también una ética hermenéutica que analice la experiencia de la vida moral y que esté sustentada en una razón práctica dialógica. El carácter narrativo de la experiencia humana y la manera subjetiva de quien

interpreta constituyen del mismo modo pilares fundamentales para poder reconstruir los juicios morales. Se trataría de observar e interpretar el contexto, sus circunstancias, las vivencias de los afectados, etc. (Missel y Birkelund, 2020; Brammer, 2020; y Carnevale, 2019). El diálogo, entonces, adquiere un papel fundamental, pues envuelve los valores, las normas, las preferencias, etc., que presentan los distintos afectados. Es necesario conocerlos para tener una mayor comprensión de la situación. Ahora bien, no hacemos alusión a debatir *sobre* los afectados (sus puntos de vista, sus deseos...), sino a dialogar *con* los afectados para alcanzar consensos sobre decisiones de incertidumbre. Esto insta a que haya reflexión sobre los pensamientos, valores, sentimientos, etc., de los implicados (mayor consciencia del otro y de sí mismo), lo cual podría propiciar mayor objetividad a la hora de decidir de forma responsable, una humildad (para reconocer y apreciar al otro, pero también para despojarnos de nuestros prejuicios), una sinceridad de los participantes, y una constatación de las posibles limitaciones si las hubiere.

Y en ese diálogo ya se parte de una serie de premisas que son las que se van a tener que respetar (intereses). Esa deliberación presupone además una “ética cordis”, un reconocimiento cordial que abraza los deseos de justicia y de compadecerse por el vulnerable (Cortina, 2007). Y es que a fin de cuentas si las personas viven en entornos coercitivos, restrictivos y poco respetuosos, sus deseos, su libertad y su dignidad quedarán dañados, siendo difícil pasar el cribaje de una perspectiva ética universalizable.

Desde este enfoque ético, hermenéutico y dialógico, es enriquecedora la lectura de Ricoeur que han hecho algunos autores (Moratalla, 2007; Missel y [Birkelund](#), 2020). Aunque no podemos reconstruir toda su propuesta, es interesante

Cultura de los Cuidados

para este trabajo señalar los 3 niveles (Moratalla, 2007) en los que se inserta la práctica médica y enfermera, pues nos van a permitir comprender con más rigor conceptual todo el contexto de las medidas coercitivas, ya sea tanto a nivel de prescripción (Medicina) como de la aplicación (Enfermería) de la medida coercitiva.

En primer lugar, en el nivel *prudencial* la facultad de juzgar se inserta en situaciones particular, a saber: un médico concreto con un paciente específico en el que hay un pacto de cuidados, un pacto de confianza que les unirá porque el paciente sufre y su médico puede ayudarlo. En segundo lugar, el nivel *deontológico* viene a sellar ese pacto. Ya no es solo una cuestión de confianza, sino de justicia. Se entablan derechos y obligaciones. Por último, el nivel *reflexivo* va más allá del pacto deontológico recogiendo lo que no está regulado propiamente, pero que adquiere total sentido. Los conceptos de salud, enfermedad, sufrimiento, etc., han de ser “leídos” e “interpretados”. Se trata de identificar valores, circunstancias significativas del caso que aporten significado, el modo en el que inciden las distintas prácticas médicas en los afectados, los proyectos de vida y sus expectativas, etc. No son elementos aislados, sino que adquieren importancia para entender y/o justificar las diversas propuestas clínicas.

Ese pacto de cuidados es el que deberíamos recuperar en el contexto de la salud mental. Habrá que interpretar, escuchar, etc., qué nos dicen los afectados sobre el cuidar. Ahora bien, es significativo recordar que, al explicar el concepto de vulnerabilidad, alertábamos del peligro de incurrir en falacia naturalista. Sostenemos que ha de señalar una parte del ser humano susceptible de abuso, razón por la cual ha de articularse con otros conceptos tales como la empatía, la solidaridad, la responsabilidad, el mejor interés, etc. De este modo, se

debería despertar ese sentimiento de querer ayudarlo -no de conmiseración o pena, sino de compasión-. Rogers, et al. (2012:20) proponen, citando a Goodin (1985), el *principio de protección del vulnerable*, que alude a la obligación de prevenir daños o proteger intereses de los vulnerables. A su vez, Goodin presenta la categoría de “necesidades vitales”, aquellas sin las cuales el ser humano podría ser dañado o imposibilitar que ejerza su autonomía. Estas necesidades están interrelacionadas con factores sociales, políticos, personales y de identidad. Es lo que en cierto modo señalábamos con el “mejor interés”.

A nuestro modo ver, consideramos que este *principio de protección del vulnerable* es el que subyace en la obligación ética de cuidado, pues engloba los conceptos éticos comentados, generando vínculos afectivos para que las personas puedan ejercer sus derechos en las mismas condiciones que cualquier otra persona, para que ejerciten su autonomía y se respete su dignidad. Es por eso que abogamos por la vulnerabilidad ética al reivindicar una ética del cuidado, que a su vez sea de responsabilidad, para prevenir de daños (físicos, emocionales o psico-sociales), tanto a la persona como a terceros, y proteger sus intereses. Varios autores han desarrollado teorías del cuidado recogiendo la esencia de la vulnerabilidad (Cestari, et al., 2017; Santi, 2015; Waldow y Borges, 2008).

Esa obligación ética de cuidado conlleva la idea de reconocimiento del otro, en tanto vulnerable al que hay que proteger y/o capacitar para que pueda ejercer su autonomía. Axel Honneth (1999:32) defiende una tripartición sobre las diversas formas de *reconocimiento*: 1) la *esfera del amor*; 2) la *esfera del derecho*; y 3) la *esfera del reconocimiento social*. En la *esfera del amor* el sujeto es reconocido como un *individuo* que tiene unos deseos y necesidades. En la *esfera del derecho* es reconocido como persona, con derechos y

obligaciones. Por último, en la *esfera del reconocimiento social* la persona adquiere un valor constitutivo para una comunidad en la que hay un sentimiento de solidaridad y preocupación por su bienestar.

Si no hay estos reconocimientos se produce una *experiencia de desprecio personal* caracterizada en tres formas elementales (Honneth, 1992 y 1996). Una de ellas es cuando a la persona se le retira por la fuerza todas las posibilidades de ser dueño de su propio cuerpo, como son los casos de tortura o violación. Ahora bien, lo significativo no es el dolor corporal, sino “su unión con el sentimiento de estar expuesto indefenso a la voluntad de otro sujeto hasta la privación consciente de la realidad” (Honneth, 1992:81).

Que la persona esté supeditada a otra significa que se le retiran derechos, pues se niega la participación libre en una comunidad. La persona es reconocida como sujeto con la capacidad de emitir juicios morales, razón por la cual negar esta posibilidad significa privarle de este derecho a la igualdad.

Otra forma de humillación reside en negarle el valor social de un individuo o grupo, convirtiéndose en ofensa o deshonra. Los conceptos de dignidad, honor o status señalan el aprecio social que damos a la ciudadanía. No respetar esto representa desprestigiar formas de vida o convicciones individuales elegidas libremente.

¿Qué aportan estas teorías respecto a las contenciones en salud mental? Una bioética hermenéutica supondría la necesidad de observar e interpretar el contexto, sus circunstancias, las vivencias de los afectados, etc., para valorar si la medida en su conjunto es positiva o no. No podemos partir siempre de su negativa o de su aceptación. El momento *prudencial* es en el que se inserta la coerción: un paciente requiere un cuidado y un profesional puede aportarlo; el *deontológico* señala los

aspectos normativos que marcan derechos y obligaciones; y el reflexivo es el que valora el estado de salud, la patología (su curso, su sintomatología, su gravedad, etc.) y su sufrimiento. Y es ahí donde se establece la obligación ética de cuidado del vulnerable. Esto podría ser porque puede manifestar conductas auto-heteroagresivas, las cuales deberíamos evitar para proteger los intereses del paciente y/o de terceros; pero también para evitar una caída, para aplicar un tratamiento, etc. No obstante, deberíamos percatarnos del peligro de incurrir en paternalismos injustificados, pues esa obligación de cuidado comporta también contar con el paciente para saber cómo actuar en el caso de que se “precise” contener. Esto es la base de un reconocimiento recíproco en las tres esferas (el sujeto tiene deseos y necesidades, pero también derechos y obligaciones, lo cual genera preocupación para que todo ello se respete), evitando de esta manera las *experiencias de desprecio personal*. Un buen ejemplo de contar con la persona en las decisiones es proponiéndole que haga un documento de voluntades anticipadas o una planificación de decisiones anticipadas. Estas herramientas contribuyen a una mejora ética y asistencial, pues reducen el empleo de medidas coercitivas, fomenta una relación asistencial basada en la confianza y respeta el proyecto de vida del paciente (Ramos, 2015; y Ramos y Robles, 2015).

Pero para poder insertar, desvelar y conocer los aspectos narrativos y experienciales del acto de contener, deberíamos averiguar qué nos dicen los estudios empíricos sobre cómo afecta esto a los pacientes, sus familiares y a los profesionales.

Perspectiva de los afectados: pacientes y sus familias, y profesionales

Una mirada hermenéutica aboga por conocer los valores, sentimientos, etc., de los

afectados dentro de su contexto. Las circunstancias específicas, las personas y sus experiencias concretas son las que determinarán la legitimidad del uso de medidas coercitivas, razón por la cual no es apropiado aceptarlas o rechazarlas *a priori*.

El equipo de Enfermería es uno de los afectados por tales medidas, pues son éstos los que aplican la coerción. Muchos profesionales las apoyan con el objetivo de lograr la seguridad y bienestar de sus pacientes, aunque siempre como último recurso. Son conscientes de que deteriora la relación asistencial e inciden en el hecho de que es preciso más empatía, mejoras en la organización hospitalaria y una relación enfermera-paciente más humana (Raveesh et al., 2016; Kinner et al., 2017; Muhir et al., 2018; Gerace y Muir, 2019; Gowda et al., 2018). Tanto Chambers et al. (2015) como Doedens et al. (2020) encuentran que entre las enfermeras se dan sentimientos de disonancia cognitiva y emocional, pues aunque las usan para ayudar a sus pacientes, generan sentimientos negativos (miedo, ansiedad, etc.) y de rechazo ante tales medidas, deteriorando así la relación asistencial. Ahora bien, no todos los profesionales lo consideran como algo muy negativo. Dahan et al. (2018) observan que en relación al nivel de implicación personal durante el acto de la contención los participantes tienen un punto de vista u otro; es decir, a mayor participación activa menos sensación de ser un acto humillante (pues se hacen por el bien del paciente). Incluso estando en la misma sala, quienes no participan sí que lo viven como un acto denigrante.

Por parte de los pacientes, se suele observar cómo la gran mayoría sostienen que las contenciones son un acto frustrante y negativo, conllevando injusticia y un atentado contra los derechos humanos, traduciéndose en un empeoramiento de la relación asistencial. Por otro lado, quienes son favorables a los ingresos y los

tratamientos involuntarios lo consideran positivo para recibir un tratamiento o para evitar conductas auto/heteroagresivas, por lo que se sintieron más seguros (Katsakou et al., 2012 y 2011; y Gabriel, 2016). Ahora bien, de nuevo encontramos ambivalencia de sentimientos (Katsakou et al., 2012), pues algunos lo vivieron como positivo, otros como negativo, y otros tuvieron sentimientos mezclados. Es significativo decir que, incluso dentro de aquel colectivo de pacientes que ven positivamente el uso de medidas coercitivas, a más veces las reciben menos motivos encuentran para su justificación (Brady et al., 2017). Pero lo que es característico es que todos quieren ser entendidos y escuchados, anhelando una relación más empática y de confianza, lo cual podría prevenir conductas susceptibles de desembocar en algún tipo de contención (Looi, et al., 2015).

Por último, y muy poco estudiado, analizaremos el papel que juega la familia en la toma de decisiones. Es preciso incorporarla, no solo en lo relativo a las contenciones -a modo de consentimiento por representación-, sino de todo el proceso asistencial en el que el paciente no pueda decidir por sí mismo. Y es que pueden tener sentimientos negativos de culpa o preocupación por no poder ayudar en la recuperación de su familiar. Pese a querer participar más, denuncian la poca información que reciben, tanto durante el ingreso hospitalario como en el alta (poca información sobre el tratamiento, sobre cómo manejar recidivas, etc.) (Jankovi et al., 2011). Nuevamente hallamos ambivalencia entre los propios familiares, pues algunos tienen sentimientos negativos hacia los profesionales y el sistema en conjunto, pues describen el cuidado recibido como inhumano y hostil; mientras que otros lo consideran positivamente al verse envueltos en la toma de decisiones lo cual también puede reducir la ansiedad (Førde et al., 2016).

¿Qué aporta ese análisis respecto a las contenciones? En primer lugar, una obligación ética conocer los motivos, las circunstancias, los valores, el modo en el que lo vivencian los afectados, etc., si queremos comprender con más profundidad las razones últimas de la pertinencia o no de las medidas coercitivas. Esto nos proporcionará más motivos fundamentados empíricamente para un debate crítico. En segundo lugar, esta revisión proporciona la idea de que no hay unanimidad a la hora de aseverar que “siempre o nunca” se deberían aplicar medidas coercitivas. Por lo tanto, es preciso ir caso por caso para ver la legitimidad o el rechazo. Además, este análisis ha suscitado la idea compartida por todos los afectados que quieren participar en la toma de decisiones, y de que se insta a que haya una mejora asistencial más humana, respetuosa y empática. En este sentido, se hacen necesarios esos elementos distintivos que componen el cuidado y que algunos autores han constatado con la caracterización de las “5 C”, a saber: compasión, competencia, confianza, conciencia y compromiso (Roach, 2002) e incluso otras versiones que incluyen la compasión, el coraje y la comunicación (Baillie, 2017).

CONCLUSIONES

Las medidas coercitivas generan una gran controversia y disputa entre quienes las aplican y quienes las reciben. La literatura ha detectado una gran cantidad de dilemas éticos subyacentes; sin embargo, se comparte la idea de que hay una carencia conceptual, un *background* sólido que intente explicar qué tipo de cuidados dignos requiere un paciente con problemas de salud mental cuando se propone contenerle para prevenir algún riesgo o peligro. Sin ello, se incurre en el peligro de “justificaciones injustificadas”. Por eso, este artículo ha propuesto un marco teórico antropológico y bioético para la comprensión de este

contexto asistencial, aportando definiciones sobre los conceptos de vulnerabilidad, mejor interés y competencia. Esto sin duda nos permitirá conocer más a la persona, sus necesidades y debilidades, o sus intereses básicos. Por tanto, desde un punto de vista antropológico, nos proporcionará herramientas teóricas para comprender mejor al ser humano, y desde una perspectiva asistencial a fundamentar las peticiones de solicitud o rechazo de las medidas coercitivas. Ahora bien, parece sensato sostener que la aplicación de las medidas coercitivas han de estar guiadas por una ética del cuidado, una ética hermenéutica y una ética dialógica cordial, que marquen derechos y deberes.

El enfoque narrativo juega un papel decisivo, a saber: ayuda a comprender e interpretar las vivencias, los motivos, los deseos, etc., de los implicados. La legitimidad o no de medidas coercitivas tendrá mucho que ver con ese contexto, junto con un enfoque dialógico que ayude a compartir esos elementos narrativos. Ese modelo comunicativo ha de estar inmerso en una obligación ética de cuidado hacia el vulnerable, que respete al máximo la persona y su dignidad.

BIBLIOGRAFÍA

Appelbaum P. (2007). [Clinical practice. Assessment of patients' competence to consent to treatment.](#) *N Engl J Med.*, 1;357(18),1834-40.

Baillie L. (2017). An exploration of the 6Cs as a set of values for nursing practice. *Br J Nurs.*, May 25;26(10), 558-563.

Bolt J. (2019). The concept of vulnerability in medical ethics and philosophy. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 4:6.

- Brady N, Spittal M, Brophy L, y Harvey C. (2017). Patients' experiences of restrictive interventions in Australia: Findings from the 2010 Australian survey of psychosis. *Psychiatr Serv*, 68(9), 966–9.
- Brammer J. (2020). Phenomenology and hermeneutics as a basis for sensitivity within health care. *Nursing Philosophy*, 2020;00:e12338. doi.org/10.1111/nup.12338.
- Buchanan A., y Brock D. (1989). *Deciding for Others. The Ethics of Surrogate Decision Making*. New York: Cambridge University Press.
- Calcedo A., Fructuoso J., Martinez J., et al. (2020). A meta-review of literature reviews assessing the capacity of patients with severe mental disorders to make decisions about their healthcare. *BMC Psychiatry*, 20:339.
- Carnevale F. (2019). A hermeneutical rapprochement framework for clinical ethics practice. *Nurs Ethics*, May;26(3), 674–687.
- Cestari V, Moreira T, Pessoa V, et al. (2017). The essence of care in health vulnerability: a Heideggerian construction. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(5),1112-1116.
- Chambers M, Kantaris X, Guise V, y Välimäki M. (2015). Managing and caring for distressed and disturbed service users: The thoughts and feelings experienced by a sample of English mental health nurses. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 22(5), 289–97.
- Clark B., y Preto P. (2018). Exploring the concept of vulnerability in health care. *CMAJ*, 19;190:E308-9. doi: 10.1503/cmaj.180242.
- Cortina A. (2007). Ethica cordis. *Isegoría*, 37,113-126.
- Dahan S, Levi G, Behrbalk P, et al. (2018). The Impact of 'Being There': Psychiatric Staff Attitudes on the Use of Restraint. *Psychiatr Q*, 89(1), 191–9.
- Diekema D. (2011). Revisiting the Best Interest Standard: Uses and Misuses. *The Journal of Clinical Ethics*, 22(2,):128-133.
- Doedens P, Vermeulen J, Boyette L, et al. (2020). Influence of nursing staff attitudes and characteristics on the use of coercive measures in acute mental health services—A systematic review. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 27(4),446-459.
- Førde R., Norvoll R., Hem M., y Pedersen R. (2016). Next of kin's experiences of involvement during involuntary hospitalisation and coercion. *BMC Medical Ethics*,17,76.
- Gabriel A. (2016). Perceptions and Attitudes towards Involuntary Hospital Admissions of Psychiatric Patient. *J Psych Behav Sci*, 2(1), 013
- Gerace A., y Cochran E. (2019). Perceptions of nurses working with psychiatric consumers regarding the elimination of seclusion and restraint in psychiatric inpatient settings and emergency departments: An Australian survey. *Int J Ment Health Nurs*, 28(1), 209–25.
- Goodin R. (1985). *Protecting the vulnerable*. Chicago: University of Chicago Press.
- Gooding P., McSherry B., Roper C., y Grey F. (2018). *Alternatives to Coercion in Mental Health Settings: A Literature Review*. Melbourne Social Equity Institute. Recuperado de https://socialequity.unimelb.edu.au/data/assets/pdf_file/0012/2898525/Alternatives-to-Coercion-Literature-Review-Melbourne-Social-Equity-Institute.pdf
- Gowda, G., Lepping, P., Ray, S., et al. (2018). Clinician attitude and perspective on the use of coercive measures in clinical practice from tertiary care mental health

establishment – A cross-sectional study. *Indian J Psychiatry*, 59(4), 2017–8.

Haugom E., Ruud T., & Hynnekleiv T. (2019). Ethical challenges of seclusion in psychiatric inpatient wards: a qualitative study of the experiences of Norwegian mental health professionals. *BMC Health Services Research*, 19, 879.

Hem M, Molewijk B., & Pedersen R. (2014). Ethical challenges in connection with the use of coercion: a focus group study of health care personnel in mental health care. *BMC Medical Ethics*, 15,82.

Hem M., Gjerberg E., Husum T., y Pedersen R. (2018). Ethical challenges when using coercion in mental healthcare: A systematic literature review. *Nurs Ethics*, 25(1), 92–110.

Honneth A. (1992). Integridad y desprecio. Motivos básicos de una concepción de la moral desde la teoría del reconocimiento. *Isegoría*, núm. 5.

Honneth A. (1996). Reconocimiento y obligaciones morales. *Revista Internacional de Filosofía Política*, núm. 8.

Jankovi J., Yeele K., Katsako Ch., et al. (2011). Family Caregivers' Experiences of Involuntary Psychiatric Hospital Admissions of Their Relatives – a Qualitative Study. *PLoS One*, 6(10), e25425.

Kallert T, Mezzich J, y Monahan J (eds) (2011). *Coercive treatment in psychiatry: clinical, legal and ethical aspects*. Oxford: Wiley-Blackwell.

Katsakou C, Rose D, Amos T, et al. (2012). Psychiatric patients' views on why their involuntary hospitalisation was right or wrong: A qualitative study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 47(7),1169–79.

Katsakou C., Marougka S., Garabette J., et al. (2011). Why do some voluntary patients feel coerced into hospitalization? A mixed-methods study. *Psychiatry Res*, 15;187(1-2),275-82.

Kinner S, Harvey C, Hamilton B, et al. (2017). Attitudes towards seclusion and restraint in mental health settings: Findings from a large, community-based survey of consumers, carers and mental health professionals. *Epidem Psychiatr Sci*, 26(5), 535–44.

Kong C. (2017). *Mental Capacity in Relationship*. Cambridge: Bioethics and Law.

Kopelman L. (1997) The Best-Interest Standard as Threshold, Ideal, and Standard of Reasonableness. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 22,271-289.

Kopelman L. (2007). The Best Interests Standard for Incompetent or Incapacitated Persons of All Ages. *Childhood Obesity*, 187-196.

Levine C. (2004). The Limitations of “Vulnerability” as a Protection for Human Research Participants. *American Journal of Bioethics*, 4(3),44-49.

Looi G, Engström A, y Sävenstedt S. (2015). A self-destructive care: Self-reports of people who experienced coercive measures and their suggestions for alternatives. *Issues Ment Health Nurs*, 36(2),96–103.

Missel M., [Birkelund R.](#) (2020). Ricoeur's narrative philosophy: A source of inspiration in critical hermeneutic health research. *Nurs Philos*, Apr;21(2),e12254. doi: 10.1111/nup.12254.

Moratalla D. (2007). Bioética y hermenéutica. La aportación de Paul Ricoeur a la bioética. *Veritas*, 17(2):281-312.

Moratalla D. (2016). Bioética hermenéutica. En: Ferrer J, Lecaros J, y Molins R. (coords). *Bioética: el pluralismo de la fundamentación*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.

Muir E., O’Kane D., y Oster C. (2018). Fear and blame in mental health

nurses' accounts of restrictive practices: Implications for the elimination of seclusion and restraint. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27:1511–1521.

Nanjegowda B., Gowda G., y Gowda M. (2019). Alternatives to use of restraint: A path toward humanistic care. Alternatives to use of restraint: A path toward humanistic care. *Indian J Psychiatry*, 61,S693-7.

Norvoll N., Hem N., y Pedersen R. (2017). The Role of Ethics in Reducing and Improving the Quality of Coercion in Mental Health Care. *HEC Forum*, 29,59–74.

Pons E., Salvador L., Calcedo A., et al. (2020). The capacity of schizophrenia and bipolar disorder individuals to make autonomous decisions about pharmacological treatments for their illness in real life: A scoping review. *Health Sci Rep*, 00:e179. <https://doi.org/10.1002/hsr2.179>

Ramos S., y Robles B. (2015). La relación médico-paciente en salud mental: el documento de voluntades anticipadas y la planificación anticipada de las decisiones. *Rehabilitación Psicosocial*, 12(1),18-24.

Ramos S. (2015). Las voluntades anticipadas en salud mental: hechos y valores. *Revista de Psiquiatría y Salud mental*, 08:244-245.

Rakhmatullina M., Taub A., y Jacob Th. (2013). Morbidity and Mortality Associated with the Utilization of Restraints. A Review of Literature. *Psych Quarterly*, 84,499–512.

Raveesh B, Pathare S, Noorthoorn E, et al. (2016). Staff and caregiver attitude to coercion in India. *Indian J Psychiatry*, 58(6),221–9.

Rendtorff J. (2002). Basic ethical principles in European bioethics and biolaw: Autonomy, dignity, integrity and vulnerability-Towards a foundation of

bioethics and biolaw. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 5,235-244.

- Roach M (2002) *Caring, the Human Mode of Being: A Blueprint for the Health Professions*. Canadian Hospital Association Press, Ottawa. Segunda edición.

Rogers W, Mackenzie C, y Dodds S. (2012). Why bioethics needs a concept of vulnerability. *Int J Fem Approaches Bioeth*, 5(2), 11–38.

Salter E. (2012). Deciding for a child: a comprehensive analysis of the best interest standard. *Theor Medi Bioethi*, 33,179-98.

Santi M. (2015). Vulnerabilidad y ética de la investigación social: perspectivas actuales. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 2(29), 52-73.

Seikkula J., y Olson M. (2003). *The Open Dialogue Approach to Acute Psychosis: Its Poetics and Micropolitics*. *Family Process*, 42.3,403–18.

Ten Have H. (2014). *The Principle of Vulnerability in the UNESCO Declaration on Bioethics and Human Rights*. En Tham J, García A, Miranda G (Eds). *Religious Perspectives on Human Vulnerability in Bioethics*. Springer, 15-28.

Vuckovich P, y Artinian B. (2005). Justifying coercion. *Nurs Ethics*,12(4), 370–380.

Waldow V, y Borges R. (2008). El proceso de cuidar según la perspectiva de la vulnerabilidad. *Revista Latinoamericana Enfermagem*, 16(4),765-771.

Zinkler M. (2016). Germany without Coercive Treatment in Psychiatry—A 15 Month Real World Experience. *Laws*, 5.15,1–6.

Lepra: las repercusiones diarias en las trayectorias de la vida
Leprosy: the daily repercussions on life trajectories
Hanseníase: as repercussões cotidianas nas trajetórias de vida

Rafael Rodrigo da Silva Pimentel¹, Rafaely de Cassia Nogueira Sanches², Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic³, Marcelo José dos Santos⁴, Márcia Glaciela da Cruz Scardoelli⁵

¹Enfermeiro. Mestrando em Gerenciamento em Enfermagem. Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. Orcid: [0000-0002-9461-1472](https://orcid.org/0000-0002-9461-1472). Correo electrónico:rafaelpimentel@usp.br.

²Doutoranda em Enfermagem. Universidade Estadual de Maringá. Maringá, PR, Brasil. ORCID: [0000-0002-1686-7595](https://orcid.org/0000-0002-1686-7595). Correo electrónico: rafaely.uem@gmail.com.

³Doutora em Enfermagem. Docente de Enfermagem. Universidade Estadual de Maringá. Maringá, PR, Brasil. ORCID: [0000-0001-9825-3062](https://orcid.org/0000-0001-9825-3062). Correo electrónico: kikanovic2010@hotmail.com.

⁴Doutor em Ciências. Docente de Enfermagem. Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. ORCID: [0000-0003-0140-2469](https://orcid.org/0000-0003-0140-2469). Correo electrónico: mjsan1975@usp.br.

⁵Doutoranda em Enfermagem. Mestre em Enfermagem. Docente de Enfermagem e Medicina. Centro Universitário de Maringá. Maringá, PR, Brasil. ORCID: [0000-0003-0627-7353](https://orcid.org/0000-0003-0627-7353). Correo electrónico: grajacruz@gmail.com.

Correspondencia: Rafael Rodrigo da Silva Pimentel. Endereço: Rua alvarenga,1621 – CEP: 05509-003, Butantã, São Paulo - SP. Brasil. Correo electrónico de contacto: rafaelpimentel@usp.br.

Cómo citar este artículo: Pimentel, R.R.S., Sanches, R.C.N., Radovanovic, C.A.T., Santos, M.J., & Scardoelli, M.G.C. (2021). Lepra: las repercusiones diarias en las trayectorias de la vida. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 25(59). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.59.12>

Recibido:07/11/2020 Aceptado: 20/01/2021



RESUMEN

Objetivo: comprender las repercusiones de la lepra en la vida cotidiana de las personas que viven con la enfermedad. Método: Investigación cualitativa, descriptiva y exploratoria que utilizó la historia oral temática, realizada con nueve personas en tratamiento de lepra. Los datos

se recopilaron de mayo a julio de 2016, a través de un cuestionario semiestructurado que consta de datos de identificación y una pregunta orientadora. Las entrevistas fueron grabadas y luego transcritas y sometidas a un análisis de contenido temático categórico. Resultados: los hallazgos se organizaron en tres categorías: cambios en la vida diaria después del diagnóstico de lepra; Sentimientos desencadenados por el diagnóstico y;

Revelando las diferentes formas de lidiar con la lepra: estigma y prejuicio. Conclusión: la lepra trae cambios en la vida de la persona afectada y sus familias, y depende de los profesionales de enfermería, además de monitorear el tratamiento, identificarlos y realizar acciones para que el individuo pueda luchar contra el estigma, los prejuicios y la exclusión social.

Palabras clave: Enfermería en salud pública; enfermedades desatendidas; lepra; prejuicio; marginación social.

ABSTRACT

Objective: To understand the repercussions of leprosy on the daily lives of people living with the disease. **Method:** Qualitative, descriptive and exploratory research that used the thematic oral history, conducted with nine people undergoing leprosy treatment. Data were collected between May and July 2016, through a semi-structured questionnaire composed of identification data and a guiding question. The interviews were recorded and later transcribed and subjected to categorical thematic content analysis. **Results:** The findings were organized into three categories: Daily changes after diagnosis of leprosy; Feelings triggered by the diagnosis and; The unveiling of different ways of dealing with leprosy: stigma and prejudice. **Conclusion:** Leprosy brings changes in the life of the affected person and their families, and it is up to the nursing professionals, besides the follow-up in the treatment, to identify them and to take actions so that the individual can fight against stigma, prejudice and social exclusion.

Keywords: Public Health Nursing; neglected diseases; leprosy; prejudice; Social Marginalization.

RESUMO

Objetivo: Compreender as repercussões da hanseníase no cotidiano das pessoas que vivem com a doença. **Método:** Pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, que utilizou a história oral temática, realizada junto a nove pessoas em tratamento da hanseníase. Os dados foram coletados entre maio a julho de 2016, por meio de questionário semiestruturado

composto por dados de identificação e uma questão norteadora. As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas e submetidas a análise de conteúdo temático-categorial. **Resultados:** Os achados foram organizados em três categorias: Mudanças no cotidiano após o diagnóstico da hanseníase; Sentimentos desencadeados frente ao diagnóstico e; O desvelar das diferentes formas de lidar com a hanseníase: estigma e preconceito. **Conclusão:** A hanseníase traz mudanças na vida da pessoa acometida e de seus familiares, cabendo aos profissionais de enfermagem, além do acompanhamento no tratamento, identificá-las e realizar ações para que o indivíduo consiga lutar contra o estigma, preconceito e a exclusão social.

Palavras-chave: Enfermagem em Saúde Pública; doenças negligenciadas; hanseníase; preconceito; marginalização social.

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa que tem seu desenvolvimento crônico, lento e progressivo, ocasionada pelo *Mycobacterium leprae*, o qual possui um tropismo neural pelos nervos periféricos e a pele. É uma doença que pode gerar incapacidades e deformidades no corpo do indivíduo e que acomete principalmente os olhos, as mãos e os pés (Brasil, 2018).

No ano de 2016, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou a estratégia global de eliminação da hanseníase a ser desenvolvida entre os anos de 2016-2020, pautada em três pilares: fortalecer o controle, a coordenação e as parcerias do governo; combater a hanseníase e suas complicações; enfrentar a discriminação e promover a inclusão (World Health Organization, 2016).

O Brasil é responsável por mais de 80% dos casos de hanseníase diagnosticados nas américas e ocupa a segunda posição no mundo (World Health Organization, 2016). Em 2015, foram identificados 28.761 casos no país que representou um índice de 1,01 casos novos da doença para cada 10 mil habitantes, o que não possibilitou atingir a meta preconizada pela OMS de menos de um

caso para cada 10 mil habitantes (Ribeiro et al., 2018).

Conhecida nos tempos bíblicos como "lepra", as pessoas que tinham a doença eram excluídas da sociedade e obrigadas a viverem isoladas em leprosários ou colônias. Assim, atualmente o impacto da doença provoca grandes modificações no cotidiano das pessoas acometidas, deixando-as suscetíveis ao preconceito, ao sofrimento, ao abandono, aos problemas psicossociais e as deformidades (Monte & Pereira, 2015).

A partir da descoberta da sulfona que compreendeu o período entre 1944 a 1986, surgiu o tratamento da hanseníase em nível ambulatorial que posteriormente foi substituído em 1986 pela Poliquimioterapia (PQT). Essa última substância é constituída por uma junção de medicamentos, o que tornou o tratamento simples e de alta eficácia, promovendo a eliminação da hanseníase, contudo não diminuindo o preconceito, o estigma e a exclusão social (Santos et al., 2015).

Para promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas que vivem com hanseníase, torna-se essencial buscar compreender as alterações que decorreram no seu processo de adoecimento e tratamento, e entender as modificações nas relações pessoais, familiares e sociais após o acometimento da doença.

Deste modo, entender o cotidiano das pessoas em tratamento para hanseníase é essencial para os profissionais de saúde, que devem desenvolver um olhar ampliado sobre a vida das pessoas e suas relações sócio familiares e atuar na transformação da sociedade ao lidar com a doença contagiosa, negligenciada e estigmatizante.

Face ao exposto, apreender as vivências das pessoas acometidas pela hanseníase é recontar as suas histórias regadas de sofrimento, preconceito e luta contra a doença, recordando e revivendo momentos significativos de suas trajetórias de vida (Monte & Pereira, 2015). Neste sentido, este estudo objetivou compreender as repercussões da hanseníase no cotidiano das pessoas que vivem com a doença.

METÓDO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva e exploratória, que utilizou a história oral temática como referencial metodológico.

A modalidade de história oral temática é operacionalizada por meio dos depoimentos das vivências e percepções singulares de um indivíduo em um determinado tema, explorando em profundidade todos os aspectos possíveis de sua trajetória (Mendes & Rodolpho, 2016). O protagonista dessa modalidade de história oral é o entrevistado que descreve o mais livremente possível suas experiências pessoais, em que não se busca a verdade, mas sua existência moral (Meihy & Holanda, 2013).

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: apresentar o diagnóstico e estar em tratamento para hanseníase a partir de junho do ano de 2015, visto que a operacionalização do tratamento pode ser direcionada tanto em paucibacilar que tem duração de seis meses, quanto multibacilar, que tem duração de doze meses, o que possibilitou, que a coleta de dados ocorresse com os indivíduos ainda em tratamento; com idade superior a 18 anos.

Foi realizado um levantamento dos casos notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do serviço de vigilância epidemiológica de um município localizado na região noroeste do estado do Paraná - Brasil, para obtenção do endereço residencial e a respectiva unidade básica de saúde que realiza a condução terapêutica das pessoas que vivem com hanseníase. Assim, por meio deste levantamento foram identificadas 20 pessoas em tratamento para a hanseníase.

O referido município tem um porte populacional de 563 mil habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2019), possuindo para a assistência das pessoas que vivem com hanseníase o acompanhamento terapêutico que é realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e o acompanhamento clínico-terapêutico que é realizado por um ambulatório de especialidades gerenciado por um consórcio intermunicipal de saúde.

Foram abordadas 12 pessoas acometidas pela hanseníase. Desses, um entrevistado foi excluído por não apresentar habilidades cognitivas para responder as questões e dois entrevistados, não aceitaram participar do estudo. Assim, participaram do estudo nove pessoas acometidas pela hanseníase, sendo que esta quantidade de participantes foi embasada no critério de reincidência das informações, isto é, quando o conteúdo das informações começou a se repetir foi o momento para finalizar a coleta (Bardin, 2011).

O contato inicial com os entrevistados ocorreu por meio de visita domiciliar acompanhada pelos agentes comunitários de saúde, a fim de realizar o convite e a solicitação da participação por meio das apresentações e orientações sobre os objetivos do estudo. Após consentimento, todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias, para então iniciar a coleta. As entrevistas apreendidas com auxílio de um questionário semiestruturado, composto por dados de identificação e uma questão norteadora: Fale-me sobre as repercussões que a hanseníase trouxe na sua trajetória de vida.

A coleta das entrevistas ocorreu no período de maio a julho de 2016, realizada no domicílio dos participantes, as quais foram gravadas com duração em média de 13 minutos e posteriormente transcritas na íntegra, garantindo fidelidade dos depoimentos, respeitando as fases da pré-entrevista, entrevista e pós-entrevista.

Na sequência foi realizada a transcrição e por fim, a textualização dos depoimentos por meio das correções dos vícios de linguagem e ruídos com o intuito de obter-se um texto mais limpo e compreensível. Ainda nesta etapa, foi definido o tom vital que reflete a essência e o marco central das histórias de cada entrevistado (Meihy & Holanda, 2013).

Após a textualização, foi realizada a etapa de conferência, quando se solicitou a validação dos depoimentos para os entrevistados, com intuito de seguir fielmente as suas histórias de vida. Na sequência foi requerida a assinatura da carta de cessão que tem por finalidade permitir o

uso dos depoimentos e dos áudios, para posterior divulgação dos resultados.

Na sequência, foram realizadas leituras e releituras a fim de obter-se a exaustão, os dados coletados foram submetidos à análise de conteúdo (Bardin, 2011), visando identificar os núcleos temáticos presente na comunicação dos sujeitos que são relevantes em relação aos objetivos propostos. Para tanto foram executadas as seguintes etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados: inferência e interpretação (Bardin, 2011).

O estudo foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa da instituição responsável e aprovado, com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 54356016.3.0000.5539, parecer nº 1.474.069/2016 conforme à resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Brasil. Em decorrência desse último item, os entrevistados foram identificados por codinomes expressos por meio das percepções do pesquisador durante a apreensão das histórias de vida, sendo eles: Tristeza, Serenidade, Tranquilidade, Alegria, Cumplicidade, Simplicidade, Força, Calma e Negação.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Participaram deste estudo, nove pessoas que viviam com hanseníase, as quais estavam em acompanhamento terapêutico em seis unidades básicas de saúde. Tais participantes possuíam de 24 a 81 anos de idade; cinco eram do sexo feminino; quatro eram casados, dois viviam juntos, um era solteiro, um divorciado e uma era viúva. Em relação à condição laboral, quatro estavam empregados, três eram aposentados, uma era autônoma e um estava desempregado. Quanto à forma clínica da hanseníase, quatro participantes apresentavam a Dimorfa, três a Tuberculóide e duas a Virchowiana.

Os dados sociodemográficos identificados na caracterização corroboram com alguns estudos nacionais e internacionais que apresentam o baixo poder aquisitivo e a escolaridade insuficiente, como fatores de risco para o desenvolvimento da hanseníase e do

diagnóstico tardio (Monte & Pereira, 2015; Ericeira et al., 2016; Pescarini et al., 2018).

Frente à escolha da história oral como referencial metodológico a definição do tom vital significa requalificar a entrevista, sendo determinante na construção dos depoimentos. Conforme apresentado no Quadro 1, o tom vital é uma frase escolhida que pode ser representada como um farol que guiará o leitor no processo de compreensão dos depoimentos (Meihy & Holanda, 2013).

Quadro 1 - Apresentação do tom vital de cada depoimento

Nome	Tom Vital
Tristeza	<i>Graças a Deus não passei para ninguém.</i>
Serenidade	<i>Trouxe muitos problemas, principalmente emocional. Muitas reações, nossa, mudou totalmente meu estilo de vida.</i>
Tranquilidade	<i>Marcas para todo o corpo. Isso aí foi meio difícil!</i>
Alegria	<i>O povo não gosta de ficar beirando a gente, porque é uma doença que parece que pula.</i>
Cumplicidade	<i>A minha cor já mudou, estou mais preta.</i>
Simplicidade	<i>Eu vivia bem porque ninguém sabia disso, dessa doença, doença invisível!</i>
Força	<i>Eu dizia para não ficar perto da vó antes de eu tomar o medicamento. Que a vó não quer que pegue essa doença.</i>
Calma	<i>Com os amigos a gente não comenta isso aí, é uma coisa para você, que você tem que saber, você tem que se cuidar.</i>
Negação	<i>Quando saiu essas manchas não sentia nada... Daí foi saindo essas manchas.</i>

Fonte: Elaborado pelos autores

Deste modo, foi definido o tom vital de cada depoimento e a partir daí os conteúdos provenientes das falas dos entrevistados e resultaram na configuração de três categorias temáticas.

Mudanças no cotidiano após o diagnóstico da hanseníase

Compreende-se a doença como um agravo incapacitante, de modo que a ausência do tratamento precoce e adequado pode resultar sequelas físicas, psíquicas e sociais nas pessoas acometidas (Pinheiro et al., 2019). Foram reunidos nesta categoria os aspectos relacionados às transformações que a doença provoca na vida dos entrevistados, como as alterações na rotina diária, no contexto familiar, no estilo de vida e no âmbito laboral.

A tomada diária do medicamento e as recorrentes idas aos serviços de saúde foram apreendidas nas falas de Tristeza e Tranquilidade como uma mudança regada de desânimo e desconforto pela incorporação de novos hábitos em sua rotina:

“Muda que você tem que ficar indo sempre no médico, tomando remédio, muda tudo. Mas, muda muito!”. (Tristeza)

“Alterou por causa do remédio, porque tem que ficar tomando a primeira dose no posto, depois ficar tomando em casa”. (Tranquilidade)

Estudo realizado com o objetivo de identificar os motivos da não adesão ao tratamento por pessoas acometidas pela hanseníase aponta que a doença insere várias mudanças no cotidiano e cabe ao profissional de saúde fornecer o apoio para realizar as adaptações necessárias, com o intuito de reforçar a importância da continuidade do tratamento (Luna et al., 2010). Neste sentido, conhecer as histórias dessas pessoas, permite ao profissional de saúde, um amplo mapa das dimensões que influenciam diretamente nas escolhas e comportamentos dos sujeitos frente ao tratamento da hanseníase.

Ao deparar-se com a condição crônica a família enfrenta uma série de dificuldades desencadeadas pela inserção de novas rotinas ao cotidiano. As falas abaixo

expressam a preocupação quanto à possibilidade de transmitir a doença, impactando na intimidade e no sofrimento decorrente do afastamento dos seus familiares:

“Mudou dentro de casa com os filhos, a gente tinha mais intimidade de usar as coisas juntas, eu não to usando sabe, cortador de unha, muita coisa. Mas no sentindo de prevenção, no sentido de amor é o mesmo [...]”. (Tristeza)

“No começo, quando eu estava atacada mesmo, não estava tomando medicamento, eu separava meu copo, meu prato, meu talher. [...] Tanto que eu tenho meu neto e ele gosta de ficar me abraçando, me beijando e eu dizia para não ficar perto da vó [...]. Fica aquela tensão”. (Força)

As crenças e mitos em relação às supostas formas de transmissão, representados pela segregação de objetos de uso diário e alterações no comportamento como separar talheres, copos, pratos, roupas de cama; não beijar; afastar-se das crianças entre outros, provocam repercussões sociais e sentimentais, ocasionando distanciamento de seus familiares, que reforçam o estigma e a exclusão social (Palmeira et al., 2014; Dako-Gyeke, 2018; Pelizzari et al., 2016).

Assim, os indivíduos possuem um imaginário da transmissão da doença que perpassa a representação social da hanseníase mesmo após o fornecimento de explicações com bases científicas, em relação ao fato de não ocorrer mais o contágio após o início do tratamento. Essas orientações são realizadas com intuito de desconstruir esse pensamento estigmatizante (Dako-Gyeke, 2018).

As limitações nas atividades laborais apresentadas nos depoimentos a seguir desvelam a modificação de suas funções sociais tanto atuantes na sociedade, quanto de provedores de sua família, resultando na sensação de inutilidade e insatisfação pessoal, ocasionadas pela mudança drástica no seu cotidiano.

“Mudou assim, em termo de trabalho, que eu tenho dificuldade para varrer a casa, escovar uma roupa, lavar uma louça, então isso me atrapalhou muito. Me prejudicou porque eu trabalhava como

diarista e agora só em casa mesmo, quando me ataca nem louça consigo lavar. Tem que esperar melhorar. Então não posso forçar muito a mão, nem pegar peso”. (Força)

“Eu acho que eu estava muito fraco, que diabo estava acontecendo, né, peguei e falei para eles [supervisores], não estou aguentando mais trabalhar”. (Alegria)

“Nossa, até para trabalhar ficou complicado. No começo não estava conseguindo nem trabalhar”. (Serenidade)

Em estudo realizado com 47 pessoas acometidas pela hanseníase com sintomas depressivos, demonstrou que o sentimento de inutilidade ficou evidente, provocado pela perda da força, da sensibilidade e da dor intensa, que dificulta a permanência no ambiente de trabalho (Ericeira et al., 2016).

No que tange aos homens e mulheres, as formas de manifestação da doença, apesar de serem semelhantes, provocam diferentes representações no contexto social. Com relação às mulheres, as alterações na aparência provocam um impacto em sua autoestima e em seu emocional. Nos homens à diminuição da força física reflete na dificuldade de realizar suas atividades de trabalho, impossibilitando-o de manter o seu papel social enquanto provedor de sua família (Pelizzari et al., 2016).

Sentimentos desencadeados frente ao diagnóstico

Diante das falas apresentadas, são possíveis vislumbrar que o surgimento da hanseníase desperta sentimentos de medo, desespero e angústia, os quais podem ser gerados frente a falta de informações e pela preocupação quanto a transmissão da doença no meio familiar.

“Ah, quando eu descobri, que eu tinha [...] assim, me senti apavorado, aí a doença, sei lá, sente que ela aposenta mais no corpo”. (Alegria)

“No começo você fica com medo, sei lá. Não sei nem explicar, nervosismo. Foi um período difícil [...], até agora quando lembro me incomoda (choro). Fico com medo de ter passado para família. Entra uma tristeza [...], não tinha muita informação. A gente deixando as pessoas que moram com a

gente, tomando vacina. É um desespero”. (Tristeza)

“Mas fé em Deus. Tenho medo dos meus filhos e marido desenvolver isso aí, mesmo tomando a BCG [vacina]”. (Serenidade)

Ao relatar sua história de vida, Tristeza se emocionou ao relembrar os momentos vividos frente ao diagnóstico que resultaram em medo e sofrimento de que seus familiares pudessem contrair a hanseníase, que para ela é uma doença considerada excludente, preconceituosa e estigmatizante.

O convívio dos familiares com pessoas acometidas pela hanseníase desencadeia o sentimento de medo advindo da possibilidade do contágio da doença, repercutindo em sofrimento e tristeza do indivíduo (Monte & Pereira, 2015).

No tocante ao sentimento desencadeado pelo descobrimento da enfermidade, os entrevistados ao reviverem o momento do diagnóstico emergiram a tristeza, evidenciada nos depoimentos pelo desânimo e a depressão, sendo apreendidos no depoimento de Força os sinais de surgimento da doença marcando o seu corpo e desfigurando sua imagem com manchas que refletem em sua autoestima.

“Eu fiquei triste, porque quando ela veio, veio de uma vez, com as manchas e o inchaço”. (Força)

“Mas no começo dava desânimo, sabe”. (Alegria)

“Depressão sabe, a gente fica nervoso, muito nervoso”. (Serenidade)

Os aspectos emocionais envolvidos no desencadeamento da hanseníase também podem ser associados às marcas físicas e sociais que perpassa a doença, refletindo na tristeza que provoca alterações psicológicas na pessoa acometida (Palmeira et al., 2014; Peters et al., 2016). Em estudo realizado com pessoas acometidas pela hanseníase mostrou que 38% apresentaram sintomas depressivos, sendo a tristeza o sentimento mais evidente (Ericceira et al., 2016).

A vivência da condição crônica vem permeada de mecanismos utilizados para

superar as alterações advindas da doença. Nos depoimentos foi possível observar que a esperança de cura associada à fé são ferramentas importantes na busca de força e apoio para enfrentar o tratamento.

“Depois que o médico passou a medicação, aí fiquei com aquela certeza de ser curada. Não é que nem era antes de eu descobrir esse problema, eu fico, preocupada, triste, mas no mesmo instante é confiar em Deus que eu vou me curar”. (Força)

“A gente que tem uma doença dessas assim, que não é fácil sarar e eu tenho fé em Deus que eu já estou sarado [curado]”. (Alegria)

O processo de enfrentamento da hanseníase e seu tratamento envolve a busca por mecanismos que suprimem os sentimentos negativos advindos do diagnóstico, inserindo a crença e a religiosidade por meio da fé e da esperança de cura como amparo aos anseios e angústias permeados pela doença (Palmeira et al., 2014). Por isso é de extrema importância que o profissional de saúde esteja preparado para propor ações e estratégias de apoio da família e da pessoa acometida no enfrentamento dessa condição.

O desvelar das diferentes formas de lidar com a hanseníase: estigma e preconceito

Foram identificados que as relações sociais e familiares são vistas como formas para o apoio no enfrentamento da hanseníase. Entretanto, devido ao histórico milenar da doença e do desconhecimento, as pessoas acometidas pela hanseníase vivenciam constantemente o receio da rejeição, da discriminação e do isolamento social, advindos dos amigos e familiares, fazendo com que elas elaborassem estratégias para omitir a doença.

O receio foi identificado nos depoimentos de Tristeza, Negação e Alegria. Todos sentiram muito receio do estigma e da discriminação ao imaginar que alguém soubesse que estavam doentes.

“Então, com o pessoal de casa eu me cuido, me vigiando. E com os vizinhos eu

não comento. Então mais com as pessoas íntimas eu comento”. (Tristeza)

“Só alguns sabem outros não sabem”. (Negação)

“Não, porque ninguém sabe disso né. E eu também não gosto nem de falar nisso, sabe por quê? Na hora que a gente começou aqui [tratamento], a gente foi lá no posto né, o povo ficou em pânico, achando que era uma doença do outro mundo”. (Alegria)

Estudo realizado na Indonésia apontou que o fato de contar para as pessoas sobre o diagnóstico da hanseníase pode desencadear o estigma e a discriminação, fazendo com que a pessoa acometida pela hanseníase omita o diagnóstico de seus amigos, vizinhos e da família que deveria ser a sua fonte de apoio e o refúgio para o enfrentamento desta doença (Peters et al., 2016).

No depoimento apresentado a seguir, observa-se o quanto o profissional de saúde tem o cuidado e a cautela de orientar o seu paciente para que ele evite identificar-se e falar sobre a doença com outras pessoas que não lhe são próximas.

“E o médico falou para mim que eu não podia ficar falando isso para os outros [...]. Mas eu não falava nada disso para ninguém não, ficava na minha só”. (Alegria)

O profissional de saúde ao tentar evitar que a pessoa acometida pela hanseníase sofra com a discriminação e o preconceito, acaba fornecendo orientações que em sua concepção são ideais para evitar danos psicológicos ao seu paciente, entretanto este profissional só reforça ainda mais o estigma e a exclusão social (Grzybowski et al., 2016).

Contudo, este tipo de orientação não provoca o rompimento das barreiras permeadas pelo pensamento estigmatizante da sociedade. Pois cabe aos profissionais da saúde a realização da educação permanente constantemente, tanto para equipe de saúde quanto para a família e comunidade, com o intuito de fornecer um atendimento humanizado ao seu paciente, e promover o conhecimento das formas de transmissão e tratamento da hanseníase, diminuído dessa

maneira o preconceito (Noordende et al., 2019).

Nas trajetórias de vida apresentadas a seguir, é possível identificar que o afastamento das pessoas de convívio anterior ao diagnóstico da hanseníase refletiu no isolamento social como consequência do preconceito, da falta de solidariedade, gerando assim, o sofrimento, a tristeza e a baixa autoestima da pessoa acometida pela hanseníase.

“Tipo assim afastamento das pessoas, não forte assim, as pessoas fingem que não é, mas você sente, percebe. Em casa não, tranquilo. Mas fora de casa, se perceber que a pessoa está incomodada com aquela situação. Finge que não, mas você sente. Se quiser pegar na mão, ela não pega na mão”. (Tristeza)

“A gente fica um pouco sistemática, porque não é todas as pessoas que sabem do problema, querem ficar perto da gente, aquela cisma de pegar. Se você entra numa circular e está com uma blusa de alcinha e mostra a mancha, já fica com vergonha, as pessoas ficam olhando para gente, às vezes não quer sentar-se perto. Tem gente sistemática, acha que pega. Quando eu fiquei com mais vergonha foi quando ela veio, por causa do inchaço, das machas”. (Força)

Ao partilhar o diagnóstico com a família, as pessoas que vivem com hanseníase sentem-se apoiadas e encontram nesse sentimento a força para lidar com a doença. Todavia, a revelação diagnóstica entre amigos e a comunidade a qual pertencem, expressam fortes marcas de comportamentos preconceituosos, estigmatizantes e discriminatórios que reforçam o isolamento social e que fere o seu psicológico com lembranças que se perpetuam em toda a sua trajetória (Grzybowski et al., 2016).

Estudo realizado na Índia em 2018 evidenciou o estigma e a exclusão social de pessoas acometidas pela hanseníase quando os membros da comunidade não compartilhavam o mesmo ambiente, não interagiam, conversavam, sentavam-se, alimentavam-se ou tocavam em pessoas com hanseníase (Noordende et al., 2019). Isso demonstra que o estigma ainda está presente

na sociedade, manifestando-se internamente ao não compartilhar o diagnóstico e socialmente por desconhecimento, medo do preconceito e da exclusão social da família e comunidade.

Na fala de Alegria foi identificado que o compartilhar o diagnóstico é realizado apenas com as pessoas que tem intimidade e confiança, esperando que estas forneçam apoio e as compreensões necessárias no enfrentamento da hanseníase. No entanto, o ambiente laboral foi um campo fértil para o desenvolvimento de comportamentos estigmatizantes por parte dos colegas de trabalho, ocasionado devido ao desconhecimento da doença e provocando o rompimento dos laços de confiança e amizade.

“Porque onde eu trabalhava, teve uns caras que era mais chegado, que eu andei falando para eles sabe, aí tudo quanto é manchinha que dava neles, às vezes era até um calo, eles corriam lá e fazia um exame [...]”. (Alegria).

Estudos apresentaram que o ambiente ocupacional também é um campo fértil para o desenvolvimento do preconceito das pessoas acometidas pela hanseníase, afetando o seu convívio e o desempenho de suas atividades laborais (Peters et al., 2016; Grzybowski et al., 2016).

Como limitação deste estudo destaca-se a impossibilidade de generalização dos resultados visto que se optou pela abordagem do fenômeno em profundidade.

Entretanto, o estudo apresenta contribuições significativas ao elucidar as trajetórias de pessoas que vivem com a hanseníase abordando as mudanças em seu cotidiano, os sentimentos vivenciados e o preconceito, estigma e exclusão social que ainda permanecem latentes em nossa sociedade.

Neste sentido, a realização de investigações futuras que sejam contempladas abordagens de referenciais teóricos que permitam ampliar as compreensões desencadeadas pela hanseníase na família como rede de apoio principal no enfrentamento da doença.

CONCLUSÃO

O acometimento pela hanseníase favorece o surgimento de modificações no cotidiano, que neste estudo estavam relacionadas às alterações na rotina, no ambiente familiar, no desempenho de suas atividades laborais e no estilo de vida, que afetam significativamente a pessoa acometida pela hanseníase. Ao vivenciarem a descoberta da hanseníase as pessoas demonstraram sentimentos de medo, tristeza, e esperança, que são desencadeados com o surgimento desta nova condição crônica que impacta no cotidiano e remetem diversas alterações sociais, físicas e emocionais.

REFERÊNCIAS

- Bardin, L (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Dako-Gyeke, M. (2018). Courtesy stigma: a concealed consternation among caregivers of people affected by leprosy. *Social Science & Medicine*, 196, 190–6. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.11.030>.
- Ericeira, V.V.L., Costa Filho, M.R., Aquino, D.M.C., Paiva, M.F.L., Corrêa, R.G.C.F., & Costa, L.D.L.N (2016). Sintomas depressivos secundário ou reativo em adultos doentes com hanseníase. *Revista Enfermagem UFPE*, 10(9), 3251-8. Recuperado de <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i9a11404p3251-3258-2016>.
- Grzybowski, A., Sak, J., Pawlikowski, J., & Nita, M. (2016). Leprosy: Social implications from antiquity to the present. *Clinics in Dermatology*. 34(1), 8–10. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2015.10.009>.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2019). *Cidades Londrina*. Recuperado em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/londrina/panorama>.
- Luna, I.T., Bezerra, E.P., Alves, M.D.S., & Pinheiro, P.N.C (2010). Adesão

ao tratamento da Hanseníase: dificuldades inerentes aos portadores. *Revista Brasileira Enferm*, 63(6), 983-90. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000600018>.

Matumoto, S (2015). Meaning of leprosy for people who have experienced treatment during the sulfonic and multidrug therapy periods. *Revista Latinoamericana Enferm*. 23(4), 620-7. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0323.2596>.

Mendes, A. & Rodolpho, J.R.C. (2016). História oral. In: Borges, ALV & Hoga, LAK (Coords.). *Pesquisa empírica em saúde*. Guia prático para iniciantes (pp.78-84). São Paulo: EEUSP.

Meihy, J.C.S.B. & Holanda, F. (2013). *História oral como fazer como pensar*. 2nd ed. São Paulo: Editora Contexto.

Ministério da Saúde (BR) (2018). Caracterização da situação epidemiológica da hanseníase e diferenças por sexo, Brasil, 2012-2016. *Boletim Epidemiológico* nº 49, vol. 4. Brasília: Autor. Recuperado em <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/31/2018-004-Hanseniasi-publicacao.pdf>.

Monte, R.S. & Pereira, M.L.D (2015). Hanseníase: representações sociais de pessoas acometidas. *Revista Rene*, 16(6), 863-71. Recuperado de <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/2221/pdf>.

Noordende, A.T.V., Korfage, I.J., Lisam, S., Arif, M.A., Kumar, A., & Brakel, W.H.V. (2019). The role of perceptions and knowledge of leprosy in the elimination of leprosy: A baseline study in Fatehpur district, northern India. *PLOS Neglected Tropical Diseases*, 13(4), e0007302. Recuperado de <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0007302>.

Palmeira, I.P., Queiroz, A.B.A., & Ferreira, M.A (2014). Quando o preconceito marca mais que a doença. *Tempus Actas Saúde Coletiva*, 8(3), 53-66. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v6i3.1163>.

Pelizzari, V.D.Z.V., Arruda, G.O., Marcon, S.S., & Fernandes, C.A.M (2016). Percepções de pessoas com hanseníase acerca da doença e tratamento. *Revista Rene*, 17(4), 466-74. Recuperado de <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4933>.

Peters, R.M.H., Zweekhorst, M.B.M., Brakel, W.H.V., & Bunders, I.J.F.G (2016). People like me don't make things like that': Participatory video as a method for reducing leprosy-related stigma. *Global Public Health*, 11(5-6), 666-682. Recuperado de <https://doi.org/10.1080/17441692.2016.1153122>.

Pinheiro, M.G.C., Lins, S.L.F., Gomes, B.R.S., Simpson, C.A., Mendes, F.R.P., & Miranda, F.A.N (2019). Análise contextual da atenção à saúde na alta em hanseníase: uma revisão integrativa. *Revista Gaúcha Enferm*, 40, e20180258. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180258>.

Santos, K.S., Fortuna, C.M., Santana, F.R., Gonçalves, M.F.C., Marciano, F.M., & Pescarini, J.M., Strina, A., Nery, J.S., Skalinski, L.M., Andrade, K.V.F., Penna, M.L.F et al. (2018). Socioeconomic risk markers of leprosy in high-burden countries: A systematic review and meta-analysis. *PLOS Neglected Tropical Diseases*, 12, e0006622. Recuperado de <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0006622>.

Ribeiro, M.D.A., Silva, J.C.A., & Oliveira, S.B (2018). Estudo epidemiológico da hanseníase no Brasil: reflexão sobre as metas de eliminação. *Revista Panamericana Salud Publica*, 42, e42. Recuperado de <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.42>.

World Health Organization (WHO) (2016). *Global Leprosy Strategy 2016-2020: Accelerating towards a leprosy-free world, (Relatório)*. WHO Regional Office for South-East Asia. Recuperado em <https://apps.who.int/iris/handle/10665/208824>.

A propósito de “De Caníbales”, de Michel de Montaigne: un pionero en el relativismo cultural

"Of Cannibals", by Michel de Montaigne: a pioneer in cultural relativism

Sobre " Dos Canibais", de Michel de Montaigne: um pioneiro no relativismo cultural

Cristo Manuel Marrero González¹

¹Enfermero en el Servicio Canario de la salud. Área de salud de Tenerife (España). Doctor por la Universidad de La Laguna (España). Estudiante de Antropología Social y Cultural de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (España). Orcid:0000-0002-6202-2411

Correspondencia: Calle Infante Juan Manuel 16, 38010. Santa Cruz de Tenerife. Tenerife. España.

Correo electrónico de contacto:cmarrerogonzalez@gmail.com

Cómo citar este artículo: Marrero-González, C. (2021). A propósito de “De Caníbales”, de Michel de Montaigne: un pionero en el relativismo cultural. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 25(59).

Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.59.13>

Recibido:11/11/2020 Aceptado: 18/01/2021



RESUMEN

En este documento se hace un análisis de uno de los ensayos, “De Caníbales”, que escribió Michel de Montaigne (1533-1592) en la época renacentista. El objeto del presente documento es mostrar, mediante análisis reflexivo, las aportaciones que da este autor al llamado relativismo cultural desde el contexto histórico del siglo XVI. Dada la época, el ensayo es considerado “rompedor” dado el planteamiento y reflexión que hace el autor aproximándose a lo que más tarde en

la Antropología se conocería como relativismo cultural en un tiempo donde la cultura europea se consideraba superior a la del resto de los pueblos. Al comparar las prácticas que hacen los precolombinos, relacionadas con el canibalismo, con las que hacen los europeos, el autor se da cuenta de que “nosotros” deberíamos hacernos mirar si nuestras prácticas realmente son mejores que las de los “otros”-los amerindios-. No obstante, hoy los planteamientos de Michel de Montaigne siguen estando presentes en un mundo donde se debate acerca de los

Derechos Humanos y el relativismo cultural.
Universalismo vs. Relativismo.

Palabras clave: Antropología; relativismo cultural; Derechos Humano; Michel de Montaigne; De Caníbales.

ABSTRACT

In this paper an analysis is made of one of the essays, "Of Cannibals", written by Michel de Montaigne (1533-1592) in the Renaissance period. The document's purpose is to describe, through reflective analysis, the contributions that this author gives to the so-called cultural relativism from the historical context of the 16th century. Given the time, the essay is considered "avant-garde" given the approach and reflection made by the author approaching what later in anthropology would be known as cultural relativism at a time when European culture was considered better than the rest of cultures in the world. By comparing the practices that pre-Columbians do, related to cannibalism, with those that Europeans do, the author realizes that "we" should think if our practices are really better than those of "others" -the Amerindians -. However, to this day, Michel de Montaigne's ideas are still present in a world where Human Rights and cultural relativism are debated. Universalism vs. Relativism.

Keywords: Anthropology; cultural relativism; Human Rights; Michel de Montaigne; Of Cannibals.

RESUMO

Neste artigo, é feita uma análise de um dos ensaios, "Dos Canibales", escrito por Michel de Montaigne (1533-1592) no período do Renascimento. O objetivo deste documento é mostrar, por meio de uma análise reflexiva, as contribuições que este

autor dá ao chamado relativismo cultural a partir do contexto histórico do século XVI.

Dado o tempo, o ensaio é considerado "vanguardista", dada a abordagem e a reflexão feita pelo autor abordando o que, mais tarde, a antropologia seria conhecida como relativismo cultural, na época em que a cultura europeia era considerada melhor do que o resto das culturas do mundo. Comparando as práticas que os pré-colombianos fazem, relacionadas ao canibalismo, com essas que os europeus fazem, o autor percebe que "nós" devemos pensar se nossas práticas são realmente melhores do que as dos "outros" - os ameríndios -. No entanto, até hoje, as idéias de Michel de Montaigne ainda estão presentes em um mundo onde os Direitos Humanos e O relativismo cultural é debatido. Universalismo vs. Relativismo.

Palavras-chave: Antropologia; relativismo cultural; Direitos Humanos; Michel de Montaigne, Dos Canibais.

INTRODUCCIÓN

Michel de Montaigne (1533-1592) escritor renacentista francés autor de una única obra titulada "Ensayos". En dicha obra, el autor, en uno de sus capítulos, se centrará en sus reflexiones acerca de la naturaleza de los indígenas de la América precolombina desmarcándose del pensamiento preponderante de su época. De Montaigne se acerca al llamado relativismo cultural para tratar a las gentes de estos pueblos.

En este documento se abordarán las ideas del autor en el capítulo "De Caníbales", haciéndose una reflexión acerca del relativismo cultural, la idea del "buen salvaje" y del etnocentrismo imperante durante el sometimiento de América. Como señala Moreno Feliu (2014:396), la fuente en la que se basa Montaigne para hablar de estas etnias es Villegaignon quien emigró al actual

Brasil y le narra sus vivencias años después de que se produjera el descubrimiento de América. Michel de Montaigne describe a esta persona como alguien sencillo que ha vivido de primera mano lo acontecido en esas tierras. Al ser una persona “simple”, posee un relato más veraz que el que pueda tener otra persona con mayor formación, y que en el empeño de argumentar pueden tener un discurso menos fiel a la realidad. Montaigne a lo largo de sus ensayos, observamos una narración de discurso llano, sencillo y cercano.

El autor ya nos deja entrever la importancia de no juzgar sin conocer, ni de llevarse por ideas preconcebidas. Alguien “culto”, podría estar condicionado para relatar de forma fiel lo que acontece en América debido a sus ideas preconcebidas. Como menciona Morales González (2018), en su estudio sobre Montaigne, una de las más bellas escuelas son los viajes que nos permiten librarnos del “violento prejuicio de la costumbre”, y, por ende, del prejuicio del etnocentrismo.

En toda la colección de Ensayos de este autor, hay un estilo característico por parte de este como filosofar sin filósofos, el uso de lenguaje llano y empleo de relatos extraordinarios. En “De caníbales”, sin lugar a duda, encontramos reflexiones argumentadas desde su punto de vista de persona en retiro y un lenguaje llano (Morales González, 2018).

La palabra “caníbal” deriva de “Caribe”. Colón había atribuido la palabra caníbal a las gentes que practicaban lo que desde la época griega se conocía como antropofagia (Moreno Feliu: 396).

ACERCA DE “DE CANÍBALES”

El autor comienza el capítulo haciendo ya una mención al concepto de bárbaro y a cuestionar el significado de tal concepto, construido desde el

etnocentrismo. A ello se refiere al poner como ejemplo al rey romano Pirro que al tratar de avanzar con su ejército más allá de Italia apreció que a lo que los romanos llamaban bárbaros (pudiéndoles considerar inferiores que ellos), tenían una respetable estrategia militar. Así pues, ya Montaigne nos viene a anticipar que una cultura no tiene razón a ser superior a otras. En nuestro tiempo contemporáneo, occidente ha utilizado el término de “salvaje” de forma similar a cómo desde la Edad Antigua se utilizaba el de bárbaro (Levi-Strauss, 2012: 47-48). A partir de este punto, el autor reflexiona sobre si realmente son bárbaras las gentes de la América precolombina, según los testimonios de Villegaignon. ¿Por qué se les ha de considerar bárbaros por tener una comprensión de las cosas y de la naturaleza distinta de la cultura europea? Nuestra cultura no posee la verdad absoluta sobre todas las cosas. Además, Montaigne nos invita a pensar sobre la idea del buen salvaje de la que Jacques Rousseau hablaría más tarde durante la Ilustración (Moreno Feliu, 2014: 396). Los pueblos de la América precolonial obedecen a las leyes naturales. Ellos se rigen por la naturaleza, sin corromperse. Los hombres libres que se rigen por la naturaleza son nobles y no han sido adulterados con el pensamiento o cultura que se ha dado en el viejo continente. Tienen una mayor “inocencia”.

Montaigne al relatar sobre la geografía del lugar que Villegaignon le describe, encuentra similitudes con los antiguos relatos de la antigua Grecia cuando en estos se describen lugares más allá del estrecho de Gibraltar. Estos lugares eran de bosques frondosos, fértiles y extensos con grandes ríos. Se nos intenta transmitir que hay similitudes entre América y las descripciones de los lugares que la mitología griega nos narra. Sin embargo, pese a las similitudes que encuentra el autor, descarta que se trate de la Atlántida, por ejemplo. Hay un uso del modelo de la similitud, que se dio

en el Renacimiento, para explicar la naturaleza de América (Moreno Feliu 2014: 157-159).

Raymond Williams (En Moreno Feliu, 2014: 221), al describir como palabra clave “naturaleza” nos habla de que precisamente la naturaleza del hombre-uno de los posibles sentidos que puede tener la palabra naturaleza-, se encuentra en los corazones bondadosos del ser humano alejados éstos del pensamiento artificial y corrompedor de los sujetos que viven en la Civitas. Montaigne coincide en mayor o menor medida con Joseph de Acosta al apreciar aspectos admirables en la cultura precolombina (Moreno Feliu, 2014:38-43). Estos grupos al vivir en el “estado de naturaleza”, como sociedades igualitarias, desconocen las más oscuras facetas del ser humano que hemos vivido desde que el hombre en nuestro contexto convive en sociedad y no en comunidad: competitividad, maldad u odio. Montaigne nos expresa en que tal vez la tan perfecta República de Platón se quedaría lejos de la noble vida que mantienen los precolombinos.

He aquí pues que Montaigne, como argumenta Moreno Felú (2014: 396), se desliga del pensamiento etnocentrista establecido en Europa y comienza a ser pionero en la argumentación del relativismo cultural al intentar transmitir que una cultura no es superior a otra, sino diferente y de que cada cultura se ha de comprender en sus propios términos. Solo se les puede llamar bárbaros porque tienen costumbres distintas, no porque sean inferiores o peores. Montaigne, se aleja del significado de bárbaro construido en la época en la que vivió. Las ideas de Montaigne entroncan con las ideas de Levi-Strauss en su manifiesto “Raza e Historia” para rechazar el etnocentrismo y centrarse en el relativismo cultural (Levi-Strauss, 2012: 47-53). Levi-Strauss y Montaigne coinciden al rechazar la idea de bárbaro como alguien salvaje o no

civilizado como se estaba utilizando desde la época griega, y aún en la renacentista.

“Cada cual llama barbarie a lo que no está acostumbrado cuando no se tiene otro ejemplo que el de uno. Peligrosa idea pensar que el mundo transcurre como sucede en casa.” (Morales González, 2018).

Nuestro ensayista nos describe la vida sencilla y “natural” en la que viven los indígenas en América, con sus costumbres y cultura. Se adentra en el “arte de la guerra” de estos pueblos. En esta parte Montaigne nos hace otra referencia al relativismo cultural al explicarnos qué hacen con sus prisioneros de guerra. Existe en estas culturas el canibalismo- recordemos el origen de la palabra caribe y canibalismo- al matar al prisionero y luego ser comido. Lejos de condenar esta práctica, o de horrorizarse ante la misma, se hace una reflexión intentando tener, creo, una “mirada distante” y se para a pensar que en nuestra cultura hacemos cosas tan horribles, o más, incluso, que el propio canibalismo como son las torturas que se hacían en la inquisición católica. De hecho, manifiesta que es más atroz quemar a una persona viva, previa tortura, que matarla y a posteriori devorarla.

Pero incluso, sin tener necesidad de llegar al canibalismo, los precolombinos no realizan torturas tan horrosas como las inquisitorias. Se observa una apreciación a la idea de buen salvaje, incluso en esta faceta. Moreno Feliu (2014:86), nos explica que con la idea de bárbaro en Montaigne existe un doble sentido. Uno con la idea embrionaria del buen salvaje y el otro a nivel moral. ¿Quiénes somos nosotros para hablar de una moralidad superior, si hacemos cosas más atroces que las que hacen los propios indígenas supuestamente “no civilizados”? Los conquistadores del nuevo mundo utilizan un retrato de la condición humana del paradigma aristotélico consolidado en la Edad Media con las ideas cristianas e imperante en la época. Montaigne rompe con dicho paradigma (Raga Rosaleny, 2013).

Es entonces cuando volvemos a Levi-Strauss (2012: 49), cuando nos habla de la paradoja del relativismo cultural: “el bárbaro, en primer lugar, es el hombre que cree en la barbarie”. Referentes de la secta estoica como son Crisipo y Zenon pertenecientes a la cultura griega que ha inspirado a occidente y al Renacimiento en Europa, ya justificaban el canibalismo. Por tanto, cabe preguntarse, ¿quiénes son los bárbaros o salvajes? Cultura griega que para referirse a “los otros”, los llamaba bárbaros.

Michel de Montaigne no daba crédito al punto de vista según el cual el mundo se divide en una jerarquía natural de superiores e inferiores. Es así como está haciendo una crítica a la pedantería e imperialismo europeo que se daba invitando a hacer la reflexión de re-naturalizar al ser humano perdido cuya condición hemos perdido seamos caníbales, europeos, antiguos o modernos (Raga Rosaleny, 2013).

CONCLUSIÓN Y REFLEXIÓN

Ya en nuestra contemporaneidad, el relativismo cultural sigue encontrándose en un profundo debate con personas a favor y detractores. Existe un conflicto entre relativismo y universalismo, es decir, relativismo cultural y Derechos Humanos. La reflexión de Hinton que recoge Moreno Feliu (2014:88), nos hace pensar de las dificultades que se presentan para responder o condenar hechos que pueden ocurrir en determinadas culturas como son los genocidios, dado que se puede incurrir en una actitud etnocéntrica.

De todas formas, antes de realizar cualquier juicio de valor sin conocimiento de causa, habría que adentrarse en una cultura determinada para poder hacer realmente una valoración y hacer un examen de reflexión sobre nuestra cultura y la de “los otros”: quizá hacer uso de la “mirada distante”. Montaigne en el siglo XVI lo hizo, como

hemos visto. Incluso, tal vez, hizo uso también de la mirada distante. Kottak (2011:41-42), nos transmite que con el relativismo cultural no podemos usar ideas estandarizadas de una sociedad determinada para evaluar una conducta que se da en otra cultura. En paralelo a los derechos humanos, Kottak (2011:42) habla de que existen los Derechos Culturales. Cosa que quizás Herskovits echó en falta al elaborarse la carta de los Derechos Humanos por parte de Naciones Unidas (Moreno Feliu, 2011:86; 376-381). La inspiración de la misma parte del siglo XVIII, en la que se dio la Ilustración y la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano en Francia. Es decir, existe una concepción occidental al haberla elaborado sin tener en cuenta al resto de culturas. Además de que se ha obviado que los seres humanos convivimos en grupos culturales, y la cultura es la que nos construye como tales. La inspiración de la que parte la elaboración de los Derechos Humanos se ha quedado obsoleta teniendo en cuenta el etnocentrismo presente de la época.

Al volver a Kottak (2011:43), éste intenta transmitir la importancia de que por encima del relativismo cultural existen unos estándares universales de justicia y moralidad que no deben ser obviados. Las antropólogas no deben aprobar costumbres que estén relacionadas con el infanticidio, el canibalismo o la tortura. Así pues, Kottak refiere que hay antropólogos que se niegan realizar trabajo de campo en determinados lugares porque les parecen horribles ciertas prácticas que se dan. El debate es arduo y complejo. Tal es así que Kottak termina el párrafo y le hace la siguiente pregunta al lector: “¿Qué opina usted?” (Kottak, 2011:43). Desgraciadamente, los antropólogos durante los siglos XIX y XX para mantener una “objetividad científica” del relativismo cultural hacían la vista gorda para estudiar a las culturas, aunque se dieran hechos tan atroces como son las masacres o

torturas humanas. Parece entonces un gran logro para la Antropología haber reflexionado sobre esta actitud que se daba durante el modelo clásico (Moreno Feliu: 87-88). Sin Democracia, sin autogobierno donde los ciudadanos puedan ejercer derechos y tener libertades, no puede haber un Humanismo. La Antropología como disciplina no puede ser “una mera espectadora” y neutral sobre lo que acontece en un lugar y tener espíritu crítico (García-Alonso, 2016: 14-17).

No obstante, los Derechos Humanos no son entes estáticos, y como se promulgó en la Asamblea de la Asociación Americana de Antropología en 1999 (En Moreno Feliu, 2014: 392-393), la comprensión de los Derechos Humanos evoluciona constantemente y la Antropología debe contribuir al conocimiento activo de la condición humana. La Antropología debe ser protagonista en lo que al relativismo cultural se refiere. Del respeto por los derechos culturales y de encontrar un acuerdo moral universal para determinar aquello que es susceptible de ser condenado en cualquier cultura, incluida la nuestra. Algo que puede ser condenable en nuestra cultura europea, es el hecho de cómo se ha dado la acogida a los refugiados sirios en estos últimos años, quedándose Europa “muy corta” a la hora de darles asilo político. El asilo político es un Derecho Universal Humano.

Tal y como defiende Benhabib (2008), existe un derecho moral fundamental, el “derecho a tener derechos” de todo ser humano, esto es, de ser reconocido por otros y de reconocer a otros a su vez como persona merecedora de respeto moral y de derechos legalmente garantizados en el seno de una comunidad humana. Reflexiono y pienso que nos comportamos como bárbaros por como tratamos al otro: en sociedades o países donde la inmigración ha aumentado, las ideas u opiniones de origen etnocéntrico han

terminado por crear corrientes de opinión al ver al inmigrante como un problema - xenofobia- (Alaminos et al, 2010).

Pese a que observamos a Montaigne como un vanguardista en su pensamiento, el economista Amartya Sen argumenta que por ejemplo la defensa de la tolerancia universal se promueve en la India muchos siglos antes de que se promoviera en Occidente, como se recoge en el ensayo de García-Alonso (2016:20). Este hecho es relevante para darnos cuenta de que Occidente no tiene “verdades absolutas” o superiores. La autocrítica que hemos de hacer en nuestra civilización occidental mirando no solo al presente, sino a nuestra historia reciente en el siglo XX, debe ser profunda y saber aprender de los que llamamos “otros”. El trato que damos a las comunidades minoritarias en diferentes países no es de recibo.

Aún como estudiante de Antropología Social y Cultural, me queda mucho por observar, reflexionar, leer y comprender. Admiro a Montaigne porque ya en su época desafía al pensamiento establecido. Parece que su tiempo de reflexión le hizo ser un adelantado a su tiempo. Es “chocante” como en dicha época se pudiera cuestionar sus propias prácticas, no considerándolas mejores que las de los nativos americanos. Ha sido un cuestionamiento al pensamiento autoritario de la época, al examinar a su propia sociedad y detenerse en que también nosotros podemos ser horribles o más que las culturas amerindias. Por ello, traslado a usar sus reflexiones a este siglo XXI y reflexionar sobre si aún nosotros hacemos prácticas o tenemos costumbres que pueden ser condenables antes de juzgar a las de otras culturas. Como hicieron Montaigne o Levi-Strauss. Porque para raros, nosotros (Bohannon, 1996).

Pero hago una reiteración a la argumentación que anteriormente realizaba Kottak (2011: 43), en que, si en una cultura

se dan casos como los infanticidios, por ejemplo, existan cláusulas morales universales para en determinados casos condenar algo propio de una cultura. La Antropología podría instar a reelaborar una carta de Derechos Humanos donde se tengan en cuenta los puntos de vista de los demás pueblos del mundo, incluidos los pueblos indígenas. Es necesario concebir al ser humano no como un ente individual único, sino que se forja gracias a un grupo cultural. Y además sería necesario incluir dichas cláusulas morales universales. Es muy ambicioso, tal vez quijotesco, pensar así, pero, la Ilustración se dio en un momento histórico determinado con un pensamiento concreto y nuestra época es muy distinta a la de aquel de entonces. De forma prudente, puedo decir que Montaigne estuviera más adelantado, en parte, a ilustrados como Rousseau que nombraba la idea del “buen salvaje” también recurrente en la escuela literaria del Arcadismo (Cándido, 1968: 15-20). Así, Rousseau al imaginar las características del lenguaje primitivo (Velasco Maillou, 2003: 29-41), apreciaba a los pueblos ágrafos como salvajes al no considerar que éstos tuvieran una lengua como tal. Los pueblos ágrafos, como los indios, serían reductos de hombres primitivos o no suficientemente evolucionados para la época del siglo de las luces.

No quisiera pasar por alto la posible sabiduría que nos brinda Michel de Montaigne a Enfermería. Quizá la “moraleta” que podamos aprender esté relacionada con las personas de otras culturas a las que brindamos atención y cuidados: competencia cultural (Spector, 2016). En muchas ocasiones presentamos muchos prejuicios e ideas preconcebidas al atender a una persona migrante y comprendemos que, al practicar otras costumbres, que pueden “chocarnos”, tenemos juicios etnocentristas. Hace algunos años, ya reflexioné acerca de la importancia

de la competencia cultural (Marrero, 2013) y el deseo de querer conocer al otro para dar una mejor atención.

Dar formación sobre Competencia Cultural en las profesiones sanitarias no deja de suponer un reto porque a nivel perceptivo-cognitivo es muy difícil desprenderse del etnocentrismo. Se necesita hacer mucha autocrítica de nuestros valores y creencias antes de criticar a los del resto como bien de forma tan llana y sencilla nos invitaba Montaigne. Desde luego, desde la Academia o Universidad se debe de fomentar el uso del juicio en Enfermería en las asignaturas relacionadas con Teorías y Métodos en Enfermería o en Ética. El juicio, o razonamiento crítico, y de actuación de una enfermera ante el cuidado de personas de distintas culturas no puede partir con etnocentrismo sino con sensibilidad cultural y ponerse en el lugar del que llamamos “otro” -el otro no está fuera de la cultura, sino que es constitutivo de ella (Benhabib, 2008)-. Quizá eso nos aconsejara Michel de Montaigne, porque en este mundo cada vez más globalizado y a la vez más desigual, habrá que tener sensibilidad cultural y tampoco caer en lo que la filósofa Adela Cortina (2017), ha acuñado como aporofobia.

BIBLIOGRAFÍA

- Alaminos, A., López, C., & Santacreu, O. (2010). Etnocentrismo, Xenofobia y Migraciones Internacionales en una Perspectiva Comparada. *Convergencia, Revista de Ciencias Sociales*, 17(53), 91-124.
- Bohannon, P. (1996). *Para Raros, Nosotros*. (2ª reimpresión) Madrid: Editorial Akal.
- Benhabib, S. (2008). Otro universalismo: Sobre la Unidad y Diversidad de los Derechos Humanos. *Isegoría*, (39), 175-203.

<https://doi.org/10.3989/isegoria.2008.i39.62>
7

Cándido, A. (1968). *Introducción a la Literatura de Brasil*. Madrid: Monte Ávila Editores.

Cortina, A. (2017). *Aporofobia, el Rechazo al Pobre: un Desafío para la Democracia*. Barcelona: Paidós.

Feliu, P. M. (2014). *De lo Lejano a lo Próximo: un Viaje por la Antropología y sus Encrucijadas*. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces.

García-Alonso, M. (2016). *Ética y Antropología*. (2ª reimpresión) Madrid: Editorial UNED-Universidad Nacional de Educación a Distancia-.

Kottak, C.P. (2011). *Antropología Cultural*. (14ª edición). México DF: McGraw Hill. ISBN:978-607-15-0555-2.

Lévi-Strauss, C. (2012). *Raza y cultura*. (5ª edición). Editorial Cátedra. ISBN: 978-84-376-1188-4.

Marrero González, C. M. (2013). *Competencia Cultural. Enfoque del Modelo de Purnell y Campinha-Bacote en la Práctica de los Profesionales Sanitarios*. ENE, Revista de Enfermería, 7(2).

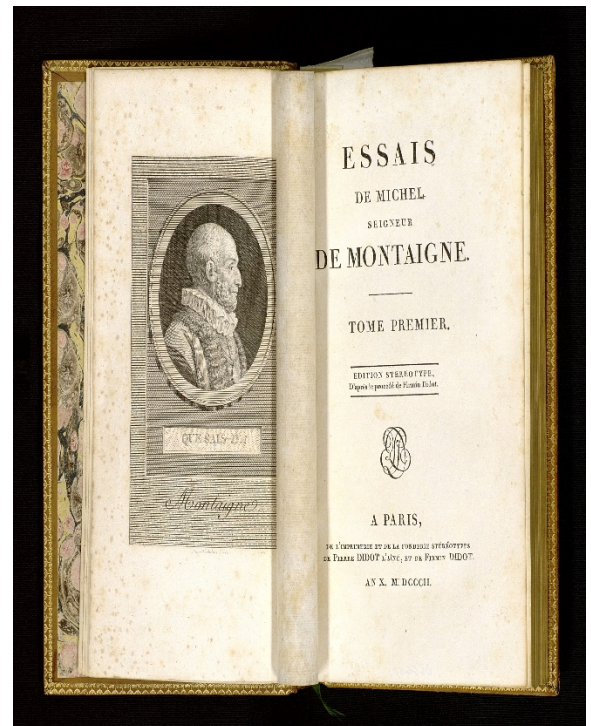
Morales González, J. (2018). Estudio y Sabiduría Popular en los Ensayos de Michel de Montaigne. En Claves del Pensamiento. *Revista de Filosofía, Arte, Literatura, Historia*, 12(24), 57-83.

Raga Rosaleny, V. (2013). Cultura y Naturaleza: Montaigne en América. *Alpha (Osorno)*, (37), 91-104. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22012013000200007>

Spector, R.E. (2016). Cultural Competence. *Cultura de los Cuidados*, 44(20), 9-14. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2016.44.01>

Velasco Maillo, H. (2003). Hablar y Pensar, Tareas Culturales. *Temas de Antropología*

Lingüística y Antropología Cognitiva. (6ª reimpresión). Madrid: Editorial UNED.



La relación terapéutica como eje de los cuidados enfermeros en las unidades de agudos de salud mental: análisis del contexto en Cataluña

The therapeutic relationship as the core of nursing care in acute mental health units: analysis of the context in Catalonia

A relação terapêutica como núcleo central dos cuidados de enfermagem em unidades de saúde mental aguda: análise do contexto na Catalunha

Diana Tolosa Merlos¹, Antonio R. Moreno Poyato², Pilar Delgado Hito³ (Grupo de trabajo MiRTCIME.CAT)

¹Máster Universitario en Liderazgo y Gestión de Servicios de Enfermería por la Universidad de Barcelona. Enfermera de Salud Mental en Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions en el Parc de Salut Mar. Orcid: 0000-0001-7668-0557. Correo electrónico: dtolosa@parcdesalutmar.cat

²Doctor por la Universidad Rovira i Virgili. Enfermero Especialista en Salud Mental.

Profesor Departamento de Salud Pública, Salud Mental y Materno-Infantil, Escuela de Enfermería, Universidad de Barcelona. Orcid: 0000-0002-5700-4315. Correo electrónico: amorenopoyato@ub.edu

³Doctora por la Universidad de Montreal. Profesora del Departamento de Enfermería Fundamental y Médico-quirúrgica, Escuela de Enfermería, Universidad de Barcelona. Grupo de Investigación Enfermera del Instituto de Investigación Biomédicas de Bellvitge (GRIN-IDIBELL). Orcid: 0000-0001-7077-3648. Correo electrónico: pdelgado@ub.edu

Correspondencia: Antonio R. Moreno Poyato, Departamento de Salud Pública, Salud Mental y Materno-Infantil. Escuela de Enfermería, Campus Bellvitge. Pavelló de Govern, 3a planta, despatx 305.C/ Feixa Llarga, s/n. 08907-L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)

Correo electrónico de contacto: amorenopoyato@ub.edu

Cómo citar este artículo: Tolosa-Merlos, D., Moreno-Poyato, A.R., Delgado-Hito, P. (2021) La relación terapéutica como eje de los cuidados enfermeros en las unidades de agudos de salud mental: análisis del contexto en Cataluña. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 25(59). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.59.14>

Agradecimientos: Agradecemos a todas las enfermeras participantes y la Fundació Infermeria i Societat del Colegio de Enfermeras y Enfermeros de Barcelona por su financiación (PR-218/2017).

Conflicto de intereses: Los autores declaran que no hay ningún conflicto de intereses.

Recibido: 29/11/2020 Aceptado: 10/01/2021



RESUMEN

Múltiples factores de tipo individual y contextual condicionan la calidad de la relación terapéutica en unidades de salud mental. El objetivo fue describir las características de estructura, de equipo, de normativa y de dinámica de cuidados que intervienen en el establecimiento de la relación terapéutica en las unidades de salud mental de Cataluña. El estudio forma parte un proyecto multicéntrico que incluye 18 unidades de salud mental de Cataluña y que pretende mejorar la relación terapéutica a través de una Investigación-Acción Participativa. Este trabajo es la primera etapa en la cual se realizó un análisis del contexto de estudio. Los datos se recogieron a través de guías observacionales cumplimentadas por las enfermeras coordinadoras de cada centro. Los resultados se agruparon en 3 temas: i) estructura de las unidades y dimensión de las plantillas, ii) normativa y dinámica de las unidades y iii) indicadores de calidad de los cuidados. La principal conclusión del estudio es la gran variabilidad observada en las unidades en relación con su estructura, ratios y normativas. Debido a estos factores del entorno, los cuidados que se brindan y, en consecuencia, la relación terapéutica; es considerablemente distinta en función del área en la que reside cada paciente.

Palabras clave: Relación terapéutica; cultura de cuidados; investigación-acción participativa; unidades de salud mental.

ABSTRACT

Multiple individual and contextual factors influence the quality of the therapeutic relationship in mental health units. The objective was to describe the

characteristics of structure, teamwork, ward rules and care dynamics that intervene in the establishment of the therapeutic relationship in mental health units in Catalonia. The study is part of a multi-centre project that includes 18 mental health units in Catalonia, and which aims to improve the therapeutic relationship through Participatory Action-Research. This work is the first stage in which an analysis of the study context was carried out. The data were collected through observational guides filled in by the coordinating nurses of each centre. The results were grouped into 3 themes: i) structure of the units and size of the teamworks, ii) rules and dynamics of the units and iii) indicators of quality of care. The main conclusion of the study is the great variability observed in the units in relation to their structure, ratios and rules. Due to these environmental factors, the care provided and, consequently, the therapeutic relationship, is considerably different depending on the area in which each patient resides.

Keywords: Therapeutic relationship; culture of care; participatory action-research; mental health units.

RESUMO

Vários fatores individuais e contextuais condicionam a qualidade da relação terapêutica nas unidades de saúde mental. O objetivo foi descrever as características da estrutura, trabalho em equipa, regulamentação e dinâmica de cuidados que intervêm no estabelecimento da relação terapêutica em unidades de saúde mental na Catalunha. O estudo faz parte de um projeto multicêntrico que inclui 18 unidades de saúde mental na Catalunha e que visa melhorar a relação terapêutica através da Investigação-Ação Participativa. Este trabalho é a primeira etapa em que foi realizada uma análise do contexto do estudo. Os dados foram recolhidos através de guias

observacionais preenchidos pelos enfermeiros coordenadores de cada centro. Os resultados foram agrupados em 3 temas: i) estrutura das unidades e tamanho dos gabaritos, ii) regulamentação e dinâmica das unidades e iii) indicadores de qualidade da atenção. A principal conclusão do estudo é a grande variabilidade observada nas unidades em relação á sua estrutura, relações e regulamentos. Devido a estes fatores ambientais, os cuidados prestados e, conseqüentemente, a relação terapêutica, são consideravelmente diferentes dependendo da área em que cada paciente reside.

Palavras-chave: Relação terapêutica; cultura de cuidados; investigação-ação participativa; unidades de saúde mental.

INTRODUCCIÓN

La Relación Terapéutica (RT) es la piedra angular de la enfermería de salud mental y una de las herramientas con mayor entidad para la enfermera en su práctica clínica, siendo su adecuado establecimiento especialmente relevante para aumentar la efectividad de cualquier intervención enfermera en las unidades de agudos de salud mental (McAndrew, Chambers, Nolan, Thomas, & Watts, 2014). No obstante, si bien es cierto que las enfermeras de salud mental parecen ser conocedoras de la importancia de la RT en las unidades de salud mental, la revisión de la literatura nos lleva a pensar que los conocimientos teóricos de la misma no son suficientes para crear un buen vínculo y establecerla adecuadamente en la práctica clínica diaria (A.R. Moreno-Poyato et al., 2016). En este sentido, cobra especial relevancia el conocimiento del entorno y de la cultura de los cuidados en nuestra práctica clínica diaria con el fin de poder contextualizar la situación actual de las unidades de hospitalización de salud mental.

La literatura señala que el trabajo centrado en tareas y el tiempo que éstas consumen en materia de cuidados de salud mental dificultan la individualización de los mismos y, en consecuencia, la efectividad de la RT (Hopkins, Loeb, & Fick, 2009). Asimismo, existe evidencia que sugiere que, a pesar del aumento de ratio de profesionales en los distintos dispositivos, cada vez se está menos tiempo con el paciente (Sharac et al., 2010). Las enfermeras identifican el elevado tiempo empleado en tareas administrativas, las sensaciones negativas, las expectativas poco realistas de los pacientes y su propia incapacidad para decirles la verdad en relación a las mismas como los elementos que con mayor frecuencia limitan la RT (Hopkins et al., 2009). Además, tener la impresión de que están muy presentes en su trabajo diario conceptos socialmente inaceptables como la segregación, la coerción y el control, hace que éste sea vivido por ellas como poco motivador, rutinario y con funciones exclusivamente de control social (Gabrielsson, Sävenstedt, & Zingmark, 2015).

Además, hay estudios que también sugieren la idea de que la relación terapéutica en la práctica clínica está influenciada por factores relacionados con las características estructurales de las unidades, la normativa instaurada y las culturas de trabajo de las mismas, las cuales dificultan la individualización de los cuidados y, por tanto, la efectividad de la RT (Gabrielsson, Sävenstedt, & Olsson, 2016). En este sentido, un estudio reciente vincula por primera vez otros factores con una RT de calidad. Éstos son: 1) disponer de un entorno para la práctica más favorable, 2) más bases para unos cuidados enfermeros de calidad, 3) calificaciones académicas altas de las enfermeras y 4) mayor experiencia de las mismas (Roviralta-Vilella, Moreno-Poyato, Rodríguez-Nogueira, Duran-Jordà, & Roldán-Merino, 2019).

Existe en nuestro entorno una escasez de trabajos que profundicen en el conocimiento, comprensión y desarrollo de los factores contextuales relacionados con las unidades de salud mental, y que, asimismo, intervienen directamente en la RT y en, consecuencia, en la calidad de la atención durante la hospitalización. Por lo tanto, se hacen necesarios estudios que permitan estimular el pensamiento crítico en las enfermeras, que favorezcan la toma de conciencia de la importancia de la RT para los resultados de salud del paciente y mejorar así los cuidados enfermeros en dichas unidades.

En este sentido, el objetivo de este estudio fue describir las características de estructura, de equipo, de normativa y de dinámica de cuidados que intervienen en el establecimiento de la relación terapéutica en las unidades de agudos de Salud Mental de Cataluña.

METODOLOGÍA

Este estudio forma parte de un proyecto multicéntrico en el que participan las unidades de agudos de Salud Mental (SM) de Cataluña (MiRTCIME.CAT) y que tiene como finalidad principal mejorar la relación terapéutica enfermera-paciente mediante la implementación de evidencias. Para ello se planteó una aproximación cualitativa mediante una Investigación-Acción Participativa (IAP), enmarcada en el paradigma constructivista. Es un método que busca generar cambios y que integra investigación y acción social (Abad Corpa, Delgado Hito, & Cabrero García, 2010). Su proceso está formado por ciclos y etapas que se van sucediendo y, concretamente, este trabajo corresponde a la primera etapa en la cual se pretendía efectuar un análisis inicial del contexto de estudio.

Se invitaron a participar en el proyecto a las 21 unidades de agudos de SM de Cataluña, de ellas 18 aceptaron. El equipo

investigador junto a la dirección enfermera de cada hospital propuso a una enfermera representante para cada centro, una enfermera que reuniera condiciones de respeto, credibilidad y liderazgo para el resto de compañeras de la unidad, de tal manera que pudiera realizar funciones dentro del mismo equipo investigador tales como reclutamiento de participantes, recogida de datos y difusión de los mismos.

En esta etapa del proyecto, la información se recogió a través de guías que cumplieron las enfermeras representantes de cada uno de los centros. Las guías fueron elaboradas por el equipo de investigación y recopilaron datos cuantitativos y cualitativos. Por un lado, variables relacionadas con las características de las unidades como el tipo de hospital, número de camas, ratio enfermera-paciente, espacios destinados a la interacción enfermera-paciente, servicio de urgencias propio, normativa e indicadores de calidad. Y, por otro lado, un guion de observación que recogía una descripción en cuanto a la estructura, a los equipos enfermeros y a la dinámica de cuidados asociada con la relación enfermera-paciente de cada uno de los centros. El análisis de los datos obtenidos se efectuó mediante estadística descriptiva para los datos cuantitativos y mediante análisis de contenido para los cualitativos, al ser el enfoque más adecuado para la categorización de este tipo de datos de acuerdo con criterios empíricos o teóricos (Mayring, 2000).

Entre los criterios de rigor del trabajo debe mencionarse que se solicitó y obtuvo permiso por parte los comités de ética de todos los centros participantes, siempre preservando el anonimato y la estricta confidencialidad, siendo enumerado y codificado tanto el nombre de las unidades como el de los participantes. También se tuvo en cuenta la reflexividad de los investigadores para con el fenómeno de estudio tomando conciencia del mismo y

para con las enfermeras participantes para que su subjetividad no condicionara la recogida de datos, de tal forma que, en el grupo de trabajo previo a la elaboración de las guías, se realizaron ejercicios piloto para realizar una observación lo más objetiva posible. Asimismo, se realizó una devolución resumida de los datos emergidos a los participantes para garantizar el criterio de credibilidad.

RESULTADOS

Se muestran resultados obtenidos del análisis de 17 guías de observación de las 18 unidades participantes. Los hallazgos se agrupan en 3 grandes bloques: i) las características de estructura de las unidades y de dimensión de las plantillas de enfermeras, ii) las características de la normativa y dinámica de las unidades y iii) las características de los indicadores de calidad de los cuidados.

Estructura de las unidades y dimensión de las plantillas de enfermeras

En la tabla 1 se muestran los resultados cuantitativos respecto a las características de estructura y dimensión de los centros. En primer lugar, se identificaron diferencias en cuanto al tipo de centro, dado que existían unidades ubicadas en hospitales de agudos con distintas especialidades, unidades en centros de atención psiquiátrica y sociosanitaria, y unidades en centros psiquiátricos monográficos. No obstante, cabe mencionar que la mayor parte de unidades se encontraban en hospitales con otras especialidades médicas. Asimismo, debe destacarse que entre todos ellos se identificaron diferencias en cuanto a su población de referencia, relacionándose los hospitales generales con distintas especialidades con la asistencia a una población predominantemente urbana y concentrada geográficamente y, por el

contrario, relacionándose directamente los hospitales psiquiátricos monográficos con la dispersión geográfica de la población, que además era de ámbito más rural que urbano. En este sentido, el análisis de las guías reflejó que la población inmigrante estaba presente tanto en las zonas urbanas como en las rurales y que sus particularidades culturales e idiomáticas constituyen una de las principales dificultades para unos cuidados enfermeros individualizados, así como para el establecimiento de una relación terapéutica efectiva.

Por otro lado, se observó una amplia variabilidad en el número de camas destinado a la hospitalización de personas con problemas de salud mental en dichos centros, existiendo un predominio de las unidades de más de 30 camas, seguidas de las unidades que disponían de entre 21 y 30 camas y, por último, las unidades con menos de 20 camas, que eran las minoritarias. Además, de los 17 centros, 14 de ellos disponían de servicio de urgencias de psiquiatría propio, mientras que los 4 restantes no, si bien es cierto que no todos los que sí disponían de él tenían una enfermera única y exclusivamente para dicho servicio.

En relación con las ratios de los equipos enfermeros, debe destacarse que los resultados reflejaron una gran heterogeneidad entre los centros, pues existían diferencias llamativas con respecto a las ratios enfermera-paciente obtenidas utilizando como referencia la ratio del turno de mañana. El rango de intervalos oscilaba entre los 16 pacientes por enfermera que equivalía a más de un tercio de los casos, y el intervalo de menos de 10 pacientes por enfermera que equivalía a menos de una quinta parte de los casos.

Se observaron también diferencias estructurales relevantes respecto a los espacios físicos destinados tanto a las actividades habituales de los pacientes en las

unidades, como a los propios equipos enfermeros. Estas diferencias estaban relacionadas con la antigüedad de las

unidades (algunas estaban reformadas, pero otras no), el tipo de habitación (individual o colectiva), el control de enfermería (abierto o cerrado), la disponibilidad de estancias para que el personal pudiera desconectar, los despachos médicos dentro o fuera de la unidad, o bien los espacios propios para la interacción individual enfermera-paciente y los espacios comunes para la interacción grupal.

“La unidad es antigua y tiene habitaciones bastante degradadas con humedades en las paredes, armarios rotos o marcas de golpes en las paredes. Cuando ingresan los pacientes el estado de las instalaciones y habitaciones da mal aspecto.” GO-06, “...no hay espacios de salida para tomar el aire, siendo una unidad cerrada”, “elevado número de pacientes por enfermera (1 enfermera para 30 pacientes) con elevadas cargas de trabajo...” GO-07

Como se observa en la tabla 1, solamente algo más de una tercera parte de los centros sí disponía de estos espacios para la interacción individual, mientras que el resto no disponía de ellos, si bien, el análisis cualitativo destacó que estos espacios de trabajo con el paciente eran poco adecuados y que habitualmente se llevaban a cabo las intervenciones enfermeras con poca intimidad.

“...durante las comidas, en el momento de administrar la medicación, se realiza una interacción breve con el usuario, aprovechando para presentarnos si no nos conocía, realizar educación sanitaria sobre la dieta y la medicación, así como recoger quejas y demandas para transmitir a sus psiquiatras referentes” GO-17.

Tabla 1. Características de estructura y de dimensión de enfermeras de las unidades

Variable	n	%
Tipo de hospital		
Psiquiátrico monográfico	3	16.7
Psiquiátrico y sociosanitario	4	22.2
Agudos distintas especialidades	11	61.1
Número de camas		
Hasta 20 camas	2	11.1
De 21 a 30 camas	5	27.8
Más de 30 camas	11	61.1
Servicio propio de urgencias de psiquiatría		
Si	14	77.8
No	4	22.2
Espacio propio para la interacción enfermera-paciente		
Si	7	38.9
No	11	61.1
Espacios comunes para intervención grupal		
Si	14	77.8
No	4	22.2
Ratio paciente/enfermera turno de mañana		
Hasta 10 pacientes/enfermera	3	16,7
De 11 a 16 pacientes/enfermera	7	38,9
Más de 16 pacientes/enfermera	8	44,4
Media enfermeras especialistas en plantilla por unidad (DE)	4.56	(4.9)

DE: Desviación Estándar

Normativa y dinámica de funcionamiento de las unidades

Respecto a las características de la normativa y dinámica de las unidades, en lo referente a las normativas internas y basándonos en los aspectos estudiados, se observó, en general, mayor similitud (Tabla 2).

En cuanto a las llamadas telefónicas, eran limitadas en todos los centros, así como los horarios de visita, que eran limitados en una franja de un turno, limitados en franja de turno de mañana y de tarde o bien libres. El análisis cualitativo destacó la introducción del uso del teléfono móvil, también limitado, en algunas de las unidades estudiadas.

“se puede utilizar el teléfono móvil siempre que se haga un uso responsable y siendo el usuario quien se responsabiliza en caso de pérdida o de mal uso del mismo” GO-16

Con respecto a los permisos de salida, predominó también el modelo más restrictivo, ya que la mayor parte de los centros que exigían que éstos se llevaran a cabo acompañados de algún familiar.

Otro de los aspectos que se estudió y que ya no resultó tan homogéneo fue el relacionado con el tipo de ropa de los pacientes durante la hospitalización, pues se observó que más de la mitad de los centros permitía el uso de ropa de calle, mientras que el resto sólo permitía el uso de pijama, siguiendo el modelo de hospitalización y cuidados tradicional.

En lo referente al tabaco, la normativa, amparada por la ley antitabaco (Ley 42/2010, de 30 de diciembre de 2010), volvió a ser bastante unánime, pues seguía estando prohibido en la mayoría de centros y

permitido, pero con horarios establecidos, en los mínimos.

Por lo referente a la disponibilidad de usar las habitaciones sin limitaciones, se observó que la mitad de los centros mantenían las habitaciones abiertas todo el día, mientras que la otra mitad permanecían cerradas, salvo en las horas de descanso. Directamente relacionado con el uso de las habitaciones nos encontramos con la normativa respecto a las propias pertenencias, habiendo centros en los que los usuarios disponían de ellas de forma libre, centros en los que disponían de ellas solicitándolas al equipo enfermero y centros en los que había que solicitarlas al equipo enfermero y usarlas bajo su supervisión, siendo estos últimos la mitad de los centros estudiados.

Con respecto a las dietas de los pacientes durante la hospitalización, existía la posibilidad de elegir menú y repetir algún plato del mismo en tres cuartas partes de los centros, mientras que no era posible hacerlo en la cuarta parte restante.

En este orden de cosas, también se observó la diversidad en cuanto a las dinámicas de trabajo establecidas, en las cuales, según el análisis cualitativo, predominaban las tareas administrativas de las enfermeras:

“...si la enfermera ese día tiene pocas tareas a primera hora, puede dedicarse a interactuar con sus usuarios” GO-01, “... a partir del desayuno y, una vez terminadas las tareas diarias, se van atendiendo demandas según las necesidades de los usuarios o de los médicos, se atienden urgencias si las hay, se preparan altas, se atienden llamadas familiares... las enfermeras están en el control de enfermería, escribiendo informes de alta, el evolutivo del turno o los PAE's.” GO-03, “...comprobación y validación informática de las dietas, preparación de la medicación de los permisos diarios, realización y

complementación del plan de curas, registro evolutivo, registro en las historias clínicas, atención/gestión de altas y de ingresos.” GO-16

Todos los centros coincidieron en que la mayor parte de las interacciones enfermera-paciente se realizaban sin una planificación sistematizada, aspectos identificados en las guías como elementos que dificultaban el proceso de la relación terapéutica. En cuanto a la asignación de pacientes, en la mitad de los centros se realizaba por equipos, en una tercera parte se realizaba por estructura de la unidad y en el resto se hacía de forma arbitraria. En este sentido, las enfermeras también destacaron en las guías la importancia del trabajo en equipo, de la mano del resto de profesionales, en especial de los médicos, y del papel de la enfermera como referente de los cuidados de cada paciente. Asimismo, destacaron el hecho de que, en muchas unidades, los despachos del resto del equipo interprofesional se encuentran fuera de la misma, generando distancia física entre los ellos:

“el personal médico se encuentra en una zona a parte de la unidad, lo que ocasiona que no visualice de forma directa lo que en la unidad ocurre. Es enfermería quien tiene que ir informando del clima de la unidad para poder adelantarnos a posibles problemas” GO-03

Respecto a las visitas programadas conjuntas médico-enfermera se llevaban a cabo de esta forma en un tercio de los casos, mientras que en los dos tercios restantes no, aspecto que también destacó en el análisis cualitativo por el hecho de que las enfermeras sentían el predominio del modelo biomédico en los cuidados:

“La unidad no dispone de equipo educativo, pese a que es una demanda que se reitera tanto por usuarios como por el equipo que en ella trabaja. Posiblemente esté en vías de negociación” GO-16, “Las actividades

terapéuticas como tal son escasas. Más allá de las visitas del médico psiquiatra o del psicólogo, no existen programadas actividades grupales con ese fin” GO-13, “Las enfermeras forman equipo con un auxiliar de referencia, pero no con el médico, ya que el reparto de ingresos con los psiquiatras es indiferente a su diagnóstico, ubicación o enfermera.” GO-12

Sí existían más similitudes en lo referente a las reuniones de equipo con presencia de enfermera, pues se realizaban en la gran mayoría de los centros, si bien en las guías se destacaba que estas reuniones de equipo se llevaban a cabo de forma regular y el orden del día solía ser el plan terapéutico de cada paciente. En este sentido, las enfermeras no disponían de espacios de reflexión conjunta acerca del día a día de las unidades. Otro de los elementos estudiados fue la actividad ocupacional, que se llevaba a cabo en dos terceras partes de los centros, aunque la oferta de actividades regladas y establecidas era escasa, mientras que en el tercio restante ni tan solo se contemplaba esta actividad dentro del plan terapéutico de los pacientes.

Y, por último, se estudiaron también las reuniones tipo asambleas de pacientes, siendo una estrategia que casi la mitad de los centros celebraba regularmente y utilizaba para dar voz a sus opiniones y sugerencias en cuanto a la normativa y a la convivencia en las unidades y, por el contrario, no sucedía así en la otra mitad de los centros.

Tabla 2. Características de la normativa y dinámica de las unidades

Variable	n	%
Normativa: llamadas		
De forma limitada	18	100.0
De forma ilimitada	0	0.0
Normativa: horario visitas		
Libres a lo largo del día	2	11.1
Limitadas en franja de turno de mañana y de tarde	7	38.9
Limitadas a una franja de un turno	9	50.0
Normativa: permisos		
Solo/a	1	5.6
Acompañado/a de familiar	16	88.9
Sin posibilidad	1	5.6
Normativa: ropa		
Si	11	61.1
No	7	38.9
Normativa: tabaco		
Sin límite pero en horarios establecidos	1	5.6
Con límite en horarios establecidos	2	11.1
Prohibido	15	83.3
Normativa: habitaciones		
Abiertas todo el día	9	50.0
Cerradas salvo horas de descanso	9	50.0
Normativa: pertenencias		
De forma libre	5	27.8
Solicitándolo al equipo	4	22.2
Solicitándolo al equipo y bajo supervisión	9	50.0
Normativa: dietas		
Elegir menú y repetir	4	22.2
Repetir plato o postre de forma habitual	1	5.6
Repetir plato o postre de forma aislada	8	44.4
No hay opción de repetir	5	27.8
Nivel de rigidez normativa (DE)	19.11	(2.3)
Tipo de asignación de pacientes		

Por equipo	9	50.0
Por estructura de la unidad	6	33.3
De forma arbitraria	3	16.7
Visitas programadas conjuntas médico-enfermera		
Si	6	33.3
No	12	66.7
Reuniones de equipo con presencia de enfermera		
Si	17	94.4
No	1	5.6
Actividades ocupacionales		
Si	12	66.7
No	6	33.3
Asambleas con pacientes		
Si	8	44.4
No	10	55.6

DE: Desviación Estándar

Indicadores de calidad de cuidados

Respecto a las características de los indicadores de calidad de cuidados de las unidades se estudiaron los datos correspondientes al año 2017 (Tabla 3).

El número de horas disponibles del equipo enfermero por paciente y día era de una media de 4, mientras que el número de horas disponibles de la enfermera por paciente y día era de 1,8.

Otro indicador de calidad estudiado fue la tasa de pacientes en contención mecánica. Los resultados indicaron que se aplicaba esta medida, de media, una vez cada tres días por unidad. Además, en este sentido, se indicó también que todos los centros realizaban un registro y seguimiento del protocolo pertinente, tratándose en casi la totalidad de los centros de protocolos o procedimientos basados en la evidencia científica.

Tabla 3. Características de los indicadores de calidad de cuidados de las unidades

Variable	n	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Tasa de horas disponibles equipo enfermero por paciente y día	17	2.1	8.6	4.057	1.8950
Porcentaje de protocolos o procedimientos basados en la evidencia científica	18	56	100	97.56	10.371
Tasa de horas disponibles enfermero/a por paciente y día	17	.6	4.0	1.882	.9949
Tasa de pacientes con contenciones mecánicas	16	49.5	241.0	142.893	47.2706
Porcentaje de pacientes con contenciones mecánicas a los que se les aplica un protocolo y tienen un registro de seguimiento estudiado	18	100	100	100.00	0.000

DISCUSIÓN

El presente estudio pretendía describir las características de estructura, de dotación de equipo, de normativa y de dinámicas de cuidados que intervienen en el establecimiento de la relación terapéutica en las unidades de agudos de SM de Cataluña. En este sentido lo primero que se debe destacar es la gran variabilidad que existe en la mayor parte de aspectos estudiados relacionados con estructura, ratios y normativas. Sin embargo, desde un punto de visto global, en cuanto a la cultura de

cuidados de las unidades, no existen grandes diferencias a la hora de identificar los elementos que más afectan al establecimiento de la RT enfermera-paciente.

Concretamente, los resultados indicaron una gran diversidad en cuanto a la estructura arquitectónica de las unidades, pues muchas de ellas siguen siendo pequeñas, antiguas y con una alta concentración de pacientes. Alexander y Bowers (2004) ya señalaban la necesidad de estructuras grandes y amplias, así como el uso de una comunicación verbal y unas normativas claras como factores favorecedores de la relación enfermera-paciente, siendo éstos, además, factores que contribuyen a evitar comportamientos violentos. En una revisión sistemática reciente de estudios llevados a cabo en distintos países acerca de las experiencias de los pacientes en las unidades de salud mental, se destacan los aspectos de la relación enfermera-paciente como fundamentales para su recuperación, como son el hecho de mantener una relación de alta calidad y disponer de un entorno físico y social seguro y saludable (Staniszewska et al., 2019).

En cuanto a la normativa, los resultados indicaron una menor diversidad y van en la línea de la disminución de la rigidez normativa. En relación a este intento de individualizar y humanizar el cuidado, cabe destacar que muchas unidades de agudos ya han iniciado esta transición del modelo tradicional de cuidados hacia un modelo más humanista, revisando y actualizando sus normativas e incorporando, por ejemplo, el uso del móvil o la ropa de calle durante la hospitalización. En este sentido, las instituciones tienen un papel fundamental para retomar el hilo del cuidado desde una perspectiva más humanista, dejando atrás el modelo biologicista y devolver así el protagonismo al paciente (Moreno-Poyato, 2019).

Por lo referente a las dinámicas de cuidados, los resultados indicaron que existe cierta distancia entre los equipos de trabajo, los cuales se observaron poco cohesionados. La falta de tiempo por la absorción de las tareas administrativas, los espacios de interacción poco adecuados o incluso ausentes, las ratios elevadas y las dificultades para el trabajo en equipo (Hanrahan & Aiken, 2008), son limitaciones percibidas por las enfermeras de forma insatisfactoria, por lo que, a menudo, no pueden satisfacer las expectativas de los pacientes ni las suyas propias para brindar unos cuidados óptimos y lograr una relación terapéutica de calidad (Gabrielsson et al., 2016).

Asimismo, intervenciones como las acogidas de ingreso, los cuidados específicos o la preparación de la medicación solían realizarse entre varias interrupciones, con los riesgos que ello conlleva. Y, por último, destacó también que la mayoría de demandas y de interacciones con el paciente se realizaban en medio del pasillo y de forma improvisada.

El hecho de disponer de un tiempo regulado para las interacciones enfermera-paciente, al igual que en propuestas que se están llevando a cabo en otros países como en Suecia, se está erigiendo como una herramienta facilitadora de la recuperación, pues poder disponer de estos espacios de tiempo regulados, contribuye a mejorar las expectativas del paciente durante el ingreso y, con ello, a mejorar su recuperación. Tanto es así, que incluso cuando no se ha podido llevar a cabo y este espacio ha estado ausente, se ha observado un distanciamiento de los pacientes respecto a las enfermeras (Molin, Graneheim, Ringnér, & Lindgren, 2018).

CONCLUSIONES

Los factores estudiados, en especial, las estructuras, las ratios y las dinámicas de cuidados hacen que cada centro sea distinto

y particular, pero todos ellos afectan, según las enfermeras, en mayor o menor medida al establecimiento de la RT. Además, a todo ello, hay que sumarle las políticas de cuidados a nivel organizacional. En este sentido, debido a estos factores del entorno, los cuidados que se brindan son considerablemente distintos en función del área geográfica en la que reside cada paciente.

Asimismo, entre las implicaciones para la práctica se recomienda diseñar acciones para mejorar el entorno de trabajo, así como la atención enfermera en las unidades de salud mental. En cuanto a las estructuras de las unidades, se recomienda la búsqueda o creación de espacios físicos adecuados para realizar intervenciones enfermeras con confort e intimidad. Con respecto a las dinámicas y culturas de cuidados, se recomienda implementar espacios terapéuticos reservados en la jornada laboral de las enfermeras para realizar un seguimiento de la hospitalización centrado en las expectativas y en las necesidades de salud del paciente, trabajando el vínculo terapéutico y acordando los objetivos conjuntamente.

BI BLIOGRAFÍA

Abad Corpa, E., Delgado Hito, P., & Cabrero García, J. (2010). La investigación-acción-participativa. Una forma de investigar en la práctica enfermera. *Revista de Investigación y Educación En Enfermería*, 28(3), 464–474.

Alexander, J., & Bowers, L. (2004). Acute psychiatric ward rules: A review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(5), 623–631. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2004.00770.x>

Gabrielsson, S., Sävenstedt, S., & Olsson, M. (2016). Taking personal responsibility: Nurses' and assistant nurses'

experiences of good nursing practice in psychiatric inpatient care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(5), 434–443. <https://doi.org/10.1111/inm.12230>

Gabrielsson, S., Sävenstedt, S., & Zingmark, K. (2015). Person-centred care: clarifying the concept in the context of inpatient psychiatry. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(3), 555–562. <https://doi.org/10.1111/scs.12189>

Hanrahan, N. P., & Aiken, L. H. (2008). Psychiatric nurse reports on the quality of psychiatric care in general hospitals. *Quality Management in Health Care*, 17(3), 210–217. <https://doi.org/10.1097/01.QMH.0000326725.55460.af>

Hopkins, J. E., Loeb, S. J., & Fick, D. M. (2009). Beyond satisfaction, what service users expect of inpatient mental health care: a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(10), 927–937. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01501.x>

Mayring, P. (2000). Qualitative Content Analysis. *Forum: Qualitative Social Research*, 1(2), 1–10. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>

McAndrew, S., Chambers, M., Nolan, F., Thomas, B., & Watts, P. (2014). Measuring the evidence: reviewing the literature of the measurement of therapeutic engagement in acute mental health inpatient wards. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(3), 212–220. <https://doi.org/10.1111/inm.12044>

Molin, J., Graneheim, U. H., Ringnér, A., & Lindgren, B.-M. (2018). Patients' experiences of taking part in Time Together - A nursing intervention in psychiatric inpatient care. *International Journal of Mental Health Nursing*. <https://doi.org/10.1111/inm.12560>

Moreno-Poyato, A.R., Montesó-Curto, P., Delgado-Hito, P., Suárez-Pérez, R., Aceña-Domínguez, R., Carreras-Salvador, R., ... Roldán-Merino, J. F. (2016). The Therapeutic Relationship in Inpatient Psychiatric Care: A Narrative Review of the Perspective of Nurses and Patients. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(6), 782–787. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.03.001>

Moreno-Poyato, A. R. (2019). La relación terapéutica en la enfermería de salud mental del siglo XXI: integrando reflexión teórica y evidencia empírica. *Revista de Enfermería y Salud Mental*, (13), 24–28. <https://doi.org/10.5538/2385-703X.2019.13.24>

Roviralta-Vilella, M., Moreno-Poyato, A. R., Rodríguez-Nogueira, Ó., Duran-Jordà, X., & Roldán-Merino, J. F. (2019). Relationship between the nursing practice environment and the therapeutic relationship in acute mental health units: A cross-sectional study. *International Journal of Mental Health Nursing*, inm.12648. <https://doi.org/10.1111/inm.12648>

Sharac, J., McCrone, P., Sabes-Figuera, R., Csipke, E., Wood, A., & Wykes, T. (2010). Nurse and patient activities and interaction on psychiatric inpatients wards: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 47(7), 909–917. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.03.012>

Staniszewska, S., Mockford, C., Chadburn, G., Fenton, S. J., Bhui, K., Larkin, M., ... Weich, S. (2019). Experiences of in-patient mental health services: Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 214(6), 329–338. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.22>

Cuidados para el manejo de delirio en Unidades de Paciente Crítico: una revisión integrativa*

Care management of delirium in Critical Patient Units: an integrative review

Cuidados para o manejo de delirium em Unidades de Pacientes Críticos: uma revisão integrativa

Gabriela Flores-Oñate¹; Paula Ceballos-Vásquez² & Rocio Mejías-Parada³

¹Enfermera, Especialista en Cuidados Críticos del Adulto. Hospital Base Curicó, Chile. Orcid: 0000-0002-2198-8252. Correo electrónico: eu.gabrielaflores@gmail.com

²Enfermera. Doctor en Enfermería. Departamento de Enfermería. Universidad Católica del Maule, Talca, Chile. Orcid: 0000-0002-3804-5146. Correo electrónico: pceballos@ucm.cl.

³Enfermera, Especialista en Cuidados Críticos del Adulto. Hospital Regional de Talca, Chile. Correo electrónico: rocio_mejias_@hotmail.com

Correspondencia: Paula Ceballos-Vásquez. Avenida San Miguel #3505 C.P: 3480112.
Correo electrónico de contacto: pceballos@ucm.cl.

Cómo citar este artículo: Flores-Oñate, G., Ceballos-Vásquez, P., & Mejías-Parada, R. (2021). Cuidados para el manejo de delirio en Unidades de Paciente Crítico: una revisión integrativa. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 25(59). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.59.15>

Recibido: 02/11/2020 Aceptado: 12/01/2021



* Trabajo que emerge del Módulo de Análisis Crítico Bibliográfico en el marco del Programa de Especialización en Cuidados Críticos del Adulto

perteneciente a la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica del Maule.

RESUMEN

Objetivo: analizar en la evidencia bibliográfica los aspectos que influyen en el desarrollo del delirio, manejo, evaluación objetiva para su pesquisa y los cuidados relacionados a la promoción y prevención de éste en los usuarios hospitalizados en unidades críticas. **Metodología:** Se realizó una revisión integrativa, en bases de datos CINAHL; SCOPUS y Scielo. Fueron seleccionados 19 artículos limitados por año (2016-2017). **Resultado:** Se identificaron cuatro factores que impactan en el delirio: la fisiopatología/factores de riesgo, la prevención y promoción, la evaluación objetiva y el manejo en unidades críticas. **Conclusión:** La Gestión del Cuidado se encuentra a cargo de Enfermería, por ende, es fundamental no dejar esta temática de lado debido a que su incidencia aumentará los días de hospitalización, días de ventilación mecánica y mortalidad, impactando negativamente en la calidad de los cuidados.

Palabras clave: Delirio, enfermería; cuidados críticos; unidades de cuidados intensivos.

ABSTRACT

Aim: To identify aspects that influence the development of delirium, its management, evaluation and care in relation to the promotion and the prevention of delirium. **Methodology:** An integrative review was carried out in the following databases; CINAHL, SCOPUS and Scielo. 19 articles were selected, limited by year (2016-2017). **Result:** Four factors that have an impact on delirium were identified: pathophysiology / risk factors, prevention and promotion, objective evaluation and management in critical units. **Conclusion:** Nursing is in charge of care management, therefore, it is essential not to leave this issue

aside because its incidence will increase the days of hospitalization, days of mechanical ventilation and mortality, negatively impacting the quality of care.

Keywords: Delirium; nursing; critical Care; intensive care units

RESUMO

Objetivo: Identificar aspectos que influenciam o desenvolvimento do delirium, seu manejo, avaliação objetiva para sua pesquisa e cuidados relacionados à promoção e prevenção deste. **Metodologia:** Uma revisão integrativa foi realizada nas bases de dados da CINAHL; SCOPUS e Scielo. Foram selecionados 19 artigos limitados por ano (2016-2017). **Resultado:** Foram identificados quatro fatores que têm impacto no delirium: fisiopatologia / fatores de risco, prevenção e promoção, avaliação objetiva e manejo em unidades críticas. **Conclusão:** A gerência do cuidado é responsável pela enfermagem, portanto, é imprescindível não deixar de lado essa questão, pois sua incidência aumentará os dias de internação, dias de ventilação mecânica e mortalidade, impactando negativamente na qualidade do cuidado.

Palavras-chave: Delirium; enfermagem; cuidados críticos; unidades de terapia intensiva.

INTRODUCCIÓN

El delirio se manifiesta como un cambio agudo y fluctuante del estado mental, caracterizado por nivel alterado de conciencia o un pensamiento desorganizado, y es una forma frecuente y grave de disfunción cerebral que se produce en los pacientes críticos (Barr et al., 2013; Salluh et al., 2015). El delirio se puede manifestar de diferentes formas, y, por ende, se ha clasificado en 3 subtipos: la persona con

delirio hiperactivo puede presentar agitación, inquietud, conductas agresivas con el entorno y consigo mismo, al punto tener caídas, auto-extubaciones, autoretiro de vías, sondas y catéteres, etc. Mientras que en el delirio hipoactivo, la persona suele estar somnolienta, inatento, con menos cambios de humor y menos alteraciones del ciclo sueño-vigilia, por ello, suele pasar desapercibido debido a su presentación tenue y letárgica. Por último, se produce un delirio de tipo mixto, el cual tiene manifestaciones de tipo hipo e hiperactividad de manera secuencial (Palencia et al., 2008). Estudios demuestran que el delirio hiperactivo se presenta entre un 1 a 23%, el hipoactivo entre un 19 y 68% y el mixto entre un 14 y 55%. Autores señalan que está asociado a aumento de la mortalidad, duración de la ventilación mecánica, estadía prolongada en Unidades Críticas (UCI), y problemas de salud mental a largo plazo (Van de Boogaard et al., 2012; Reade et al., 2014), por lo tanto, representa un desafío para los profesionales que se desempeñan en UCI, y un problema de salud pública (Bui et al., 2017). En la actualidad, no se reconoce con exactitud la causa de este trastorno (Ely et al., 2004), sin embargo, se ha logrado evaluar, clasificar y manejar cuando existe un equipo de salud competente (Salazar et al., 2012). Por ello, emerge la pregunta ¿Un cuidado competente, podría aportar al manejo integral del delirio? El objetivo de esta revisión integrativa fue analizar en la evidencia bibliográfica los aspectos que influyen en el desarrollo del delirio, manejo, evaluación objetiva para su pesquisa y los cuidados relacionados a la promoción y prevención de éste en los usuarios hospitalizados en unidades críticas. Y así, entregar directrices concretas al equipo de salud que se desempeña en UCI, respecto al delirio en pacientes críticos.

PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS DE LA REVISIÓN INTEGRADORA

Se realizó búsqueda de literatura científica sobre delirio en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), en las bases de datos: Scopus, CINAHL y Scielo, para ello, se utilizaron los descriptores “Delirium” e “Intensive Care Unit” y como operador booleano el conector AND. Se obtuvieron primeramente 4500 artículos, los cuales se redujeron a 95 según los criterios de limitación; año (2016-2017), texto completo, publicaciones académicas, idioma (inglés-portugués-español) y edad (mayores de 18 años), los cuales se redujeron a 23, tras excluir por relevancia en el título, resumen y palabras claves. Finalmente, tras realizar una revisión de los artículos y de extracción de datos, se incluyeron 19 artículos, todo lo señalado se resume en la figura N°1. Como criterios de inclusión se indican: estudios realizados en personas mayores de 18 años, hospitalizados en Unidades Críticas (UCI y urgencia) y tener incorporado en el título, resumen y/o palabras claves, los conceptos de delirio y/o Unidad de Cuidados Intensivos. Los criterios de exclusión fueron: estudios en personas con trastornos neurológicos, estudios exclusivos de una patología o en el uso de un medicamento en específico. En la tabla 1 se describen los artículos seleccionados según autor, objetivo, método, muestra y aportes para la revisión

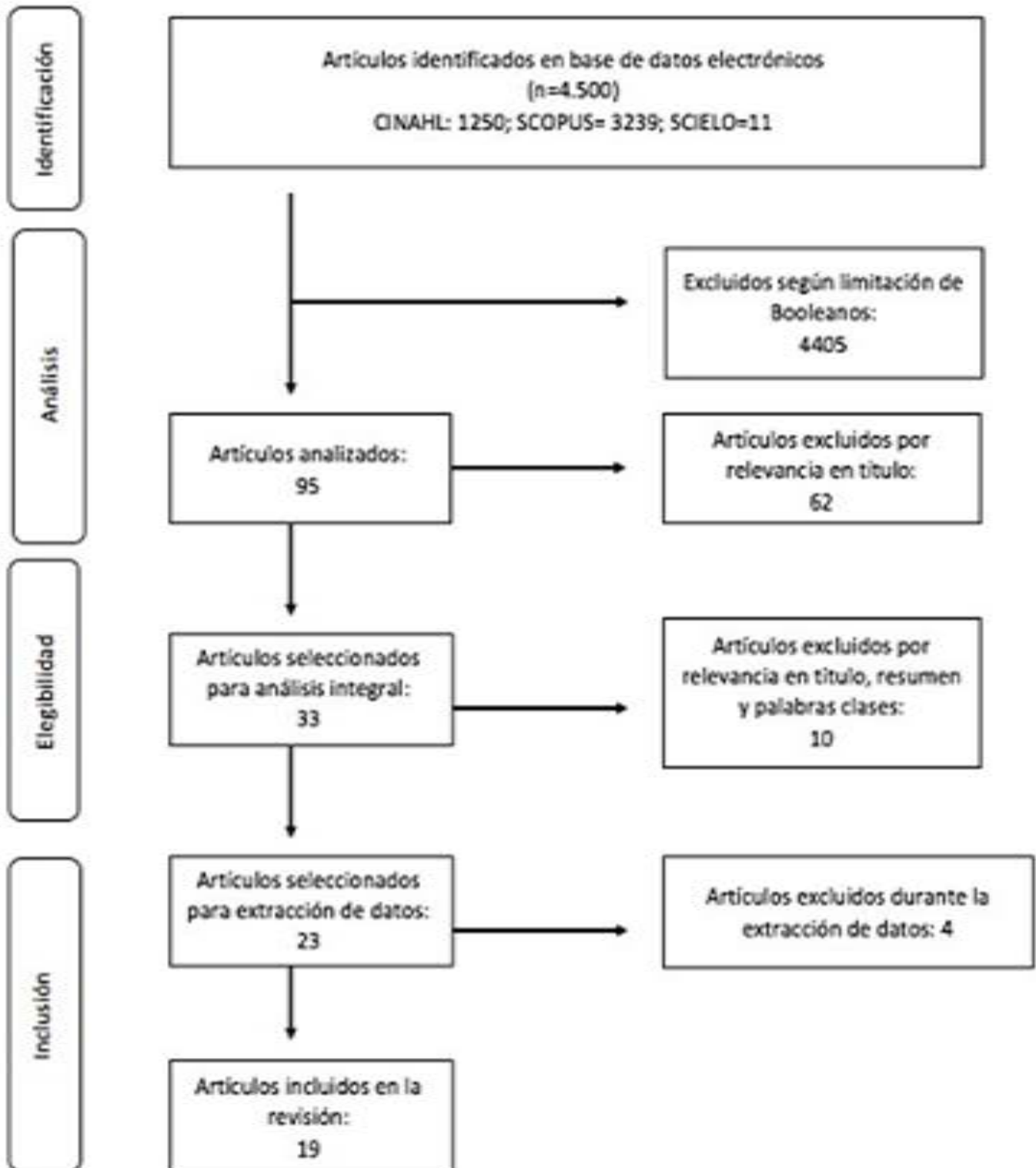


Figura 1. Proceso de selección de estudios- PRISMA diagram flow
Fuente: Elaboración Propia

Tabla 1. Artículos seleccionados para el análisis

Identificación del Estudio	Objetivo	Método y Muestra	Aportes para la Revisión
E1 Pereira et al., (2016)	Identificar los factores de riesgos modificables por enfermeros, asociados con el desarrollo del delirio en hospitalizados en una UCI intensivos nivel II de un hospital central	Exploratorio-descriptivo. 57 usuarios hospitalizados y seleccionados de forma intencional.	Se identificaron factores de riesgo modificables en el desarrollo del delirio, estos se relacionan con alimentación, hidratación, gestión de dispositivos clínicos, promoción de la visita. oxigenoterapia adecuada, etc. Es relevante posicionar a enfermeros, por sobre todo a los especialistas, en la gestión de riesgo creando y manteniendo ambientes terapéuticos más seguros.
E2 Ditrich et al., (2016)	Determinar la incidencia y los factores predictivos del delirio de nueva aparición y su impacto en el resultado en pacientes adultos críticamente enfermos	Cohorte Prospectivo 240 usuarios	La incidencia de delirio en personas con infecciones del torrente sanguíneo es alta (60% de la muestra evaluada). Los usuarios delirantes tuvieron una mortalidad de casi el doble y las probabilidades de tener delirio aumentaron a mayor número de catéteres y drenajes. Se utilizó como predictor, el puntaje Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC.)
E3 Kim et al., (2016)	Desarrollar puntuación de predicción del delirio que permita la identificación de individuos con alta probabilidad de delirio postoperatorio.	Prospectivo Observacional 561 usuarios	Se identificaron aquellos usuarios con mayor predisposición a desarrollar delirio. Por medio de un Delphi, se determinaron los posibles factores de riesgo para el delirio post operatorio. Se puntualiza la importancia de enfermería, utilizando la escala Nursing delirium screening checklist (Nu-DESC.)
E4 Morandi et al., (2017)	Evaluar el (ABCDEF) Bundle para implementar las guías de Dolor, Agitación y Delirio.	Encuesta transversal en línea 1521 médicos encuestados de 47 países	El (ABCDEF) Bundle aborda una práctica objetiva en la UCI que se asocia finalmente a la seguridad del paciente. Integra la evaluación, prevención y manejo del dolor, despertar y respirar espontáneas, analgesia, sedación, delirio, movilidad y participación de la familia.
E5 Goulart et al., (2017)	Evaluar efecto de un modelo de visita prolongada comparado con un modelo de visita restringida sobre ocurrencia de delirio	Estudio Prospectivo de un antes y un después en un solo centro 286 usuarios de UCI	Los usuarios con modelos de visita extendida (12 horas) tuvieron una duración más corta de delirio/coma, además, disminuyó el estrés, la ansiedad y se optimizó la orientación a diferencia de aquellos usuarios que presentaron un modelo de visita restringida (4,5 horas).
E6 Sullinger et al., (2016)	Evaluar impacto de implementar un protocolo de tratamiento de delirio v/s cantidad de días sin delirio experimentado por usuarios.	Observacional Prospectivo 593 usuarios Críticos	La implementación de un protocolo de delirio con intervenciones farmacológicas y no farmacológicas redujo significativamente los días delirantes y la duración de estadía en UCI. Además, se demostró que las intervenciones con el Bundle ABCDEF son beneficiosas en el paciente crítico.

E7 Wood et al., (2017)	Comprobar si la oxigenación deficiente del tejido cerebral (BtO ₂) durante las primeras 24 horas de enfermedad crítica se correlaciona con la proporción de tiempo de delirio	Observacional Prospectivo 88 usuarios	La oxigenación cerebral deficiente durante las primeras 24 horas de una enfermedad crítica contribuye al desarrollo del delirio.
E8 Bui et al., (2017)	Comparar proporciones de usuarios con delirio detectados por CAM-ICU que recibieron la documentación administrativa para el delirio utilizando la clasificación ICD-9-CM.	Cohorte-retrospectivo 1055 usuarios en UCI quirúrgica	La clasificación internacional de enfermedades (ICD), en la novena revisión (ICD-9-CM) solo presentó 32 códigos implícitos y explícitos para identificar el delirio. La ICD-9-CM en comparación con el CAM-ICU presenta estimaciones sesgadas y poca sensibilidad, por lo que subestimaría la prevalencia del delirio. Además fue más propenso a identificar delirio hiperactivo/mixto que el hipoactivo.
E9 Wolters et al., (2016)	Determinar si el delirio durante la estancia en la UCI se asocia con problemas de salud mental a largo plazo	Cohorte-Prospectivo Encuesta a 567 usuarios evaluados 1 año después del alta de una UCI Médico-Quirúrgica	La aparición del delirio durante la estancia en UCI no aumentó el riesgo de estos problemas de salud mental a largo plazo. Se utilizó como herramienta el "algoritmo de 5 pasos para la clasificación del estatus mental", que incluye la escala de agitación de Richmond, CAM-ICU, entre otras evaluaciones.
E10 Xing et al., (2017)	Evaluar el conocimiento, actitudes y manejo respecto al delirio de médicos y enfermeras de UCI, y evaluar las barreras percibidas relacionadas con la monitorización del delirio en la UCI en China.	Encuesta descriptiva con cuestionario de autoinforme a 1556 enfermeros y médicos (2:1) de 74 hospitales en total.	Se reconoce la necesidad crítica de educar a enfermeras y médicos sobre evaluación rutinaria y tratamiento oportuno del delirio en la UCI. Si bien es evaluado por el 81% del personal (56,6% por médicos y 18,65% por enfermeros), solo el 31,6% utilizó una herramienta de fiabilidad y validez como el CAM-ICU o la ICDSC. Además solo el 17,7% realizó la evaluación de la sedación como parte fundamental del delirio.
E11 Da Silba et al., (2017)	Contar la experiencia de formación de enfermeras para la implementación de la evaluación sistemática de delirio por el CAM-ICU	Relato de experiencia Se instrumentalizó a 60 enfermeros de una UCI de un hospital de tercer nivel en Sao Paulo	El proceso de implementación de evaluación de CAM-ICU se compuso de 4 etapas: 1) Análisis de situación; 2) Planificación; 3) Formación del personal: 15 días en fase teórica y 15 días más en entrenamiento práctico; y 4) Evaluación aplicación del instrumento. La experiencia mostró aumento de pacientes diagnosticados, como también dificultad para aplicar la escala de sedación y agitación de Richmond.
E12 Green et al., (2017)	Validar la EDTB-ICU (Edinburgh Delirium Test Box-ICU) para detectar y cuantificar la falta de atención en pacientes con delirio.	Estudio exploratorio Prospectivo de casos y controles de 20 usuarios	La herramienta de evaluación Edinburgh Delirium Test Box-ICU (EDTB-UCI) proporciona un método fácil de aprender, es objetivo, rápido (3-7 minutos), sensible y específico para detectar el delirio en UCI. La evaluación es adecuada para su uso en pacientes verbales y no verbales (Intubados). Destaca la participación de enfermería en el estudio.
E13 Mori et al., (2016)	Identificar incidencia de delirio, comparar los datos demográficos y clínicos de los pacientes con y sin delirio, y verificar los factores relacionados con el delirio en pacientes críticos.	Cohorte prospectiva 149 usuarios hospitalizado en la UCI de un hospital universitario.	Los factores relacionados con delirio fueron; edad avanzada, uso de sedantes y analgésicos. El cuidado de enfermería es relevante para prevenir delirio a través de medidas no farmacológicas principalmente en pacientes ancianos.

E14 Khan et al., (2017)	Evaluar la fiabilidad y la validez de una herramienta de severidad del delirio de la UCI el Método de evaluación de confusiones para la escala de gravedad del delirio ICU-7.	Cohorte observacional 518 pacientes de UCI médicas, quirúrgicas y progresivas de tres hospitales académicos	La escala de gravedad del delirio CAM-ICU-7 es válida, confiable, y la medida práctica de la severidad del delirio entre los pacientes de la UCI. A diferencia del DRS-R-98, por su uso limitado en UCI, debido a la cantidad de tiempo requerido para la aplicación, requisitos de entrenamiento extensos y los factores clínicos específicos de la UCI, incluida gravedad de la enfermedad y ventilación mecánica.
E15 Yang et al., (2017)	Evaluar los factores de riesgo para el delirio en pacientes con sedación secuencial.	Estudio planificado, pacientes seleccionados de un estudio previo 141 pacientes	Los factores de riesgo significativos son: edad avanzada (≥ 51 años), fumadores, puntaje SOFA (≥ 14) y dosis de mantenimiento de midazolam con fentanilo. Al utilizar sedación secuencial, con dexmedetomidina se demostró menor riesgo de delirio comparado con el uso de midazolam.
E16 Boettger et al., (2017)	Evaluar impacto de sedación sobre la fenomenología del delirio medido por DRS-R-98 y el diagnóstico de delirio determinado por DSM-IV-TR.	Estudio prospectivo de cohortes 225 usuarios	La somnolencia aumenta ocho veces las probabilidades de desarrollar un delirio más severo. Además, ésta por sí misma causa deterioro atencional, alteraciones en el ciclo sueño-vigilia y anomalías del lenguaje, por lo tanto, su perturbación en la conciencia aumenta el delirio.
E17 Garpestad, y Devlin, (2017)	Evaluar la relación causal entre la polifarmacia y el delirio en estado crítico, adultos mayores.	Análisis de cohorte	La polifarmacia es común en los adultos mayores (AM) en estado crítico. Se produce delirio en más del 50% de los AM ingresados en la UCI por la administración de medicamentos usados en forma rutinaria (anti-psicóticos). Se deben implementar intervenciones no farmacológicas como movilización temprana, la modulación ambiental y promoción del sueño antes de que se utilicen opciones farmacológicas en un usuario con delirio.
E18 Darbyshire et., al. (2016)	Desarrollar una visión general amplia de las experiencias de los pacientes de tratamiento en una UCI.	Análisis secundario de entrevistas originales 77 entrevistas (40 usuarios, 37 familiares)	Los usuarios y familia, están preocupados por su estado mental. Los miembros del equipo de la UCI deben desarrollar estrategias de afrontamiento como la movilización temprana, una estructura diaria claramente definida, orientación repetida y reducción del ruido, demostrándose con ello, la disminución de la incidencia del delirio dentro y fuera de la UCI.
E19 Kanji et., al. (2016)	Investigar validez de la Herramienta de evaluación del dolor en pacientes con evidencia de delirio.	Estudio prospectivo de cohortes.	Herramienta de observación del dolor de cuidados intensivos es una herramienta válida y confiable para detección del dolor en pacientes adultos de la UCI delirantes no comatosos.

Fuente: Elaboración propia

afectar al usuario desde la unidad de emergencias (Carrasco y Zalaquett, 2017).

RESULTADOS E INTERPRETACIÓN

A partir del análisis de los documentos seleccionados, emergen cuatro factores que se relacionan con el desarrollo, manejo y evaluación objetiva del delirio, como son: a) La fisiopatología del delirio/factores de riesgos; b) Promoción y prevención para un cuidado integral; c) evaluación objetiva; y d) manejo del delirio en Unidades Críticas.

a) Fisiopatología del delirio/ Factores de riesgo del delirio: De manera general, los expertos afirman que el Delirio, representa la disfunción neurológica más frecuente en pacientes internados en las unidades de terapia intensiva (Da Silva et al., 2017), está presente casi en el 50% de los pacientes ventilados de forma espontánea (Thomason et al., 2005; Salluh et al., 2010;) y hasta el 80% de los pacientes ventilados mecánicamente (Pandharipande, 2007; Giral, 2008;). De manera específica, la fisiopatología de las personas deliriosas con enfermedades críticas, aún no se conoce bien (Pisani et al., 2009; Shehabi et al., 2010), pero la etiología parece ser multifactorial y estudios previos han sugerido que el delirio está asociado principalmente con el grado de falla multiorgánica, citosinas inflamatorias, daño microvascular, trombosis, alteración del metabolismo oxidativo e inflamación sistémica (Vitkovic et al., 2000; Giral, 2008; Gofton, 2012; Hughes et al., 2013). Otros estudios neuropatológicos, sugieren que la isquemia neuronal difusa es común en pacientes críticamente enfermos, afectando principalmente las áreas del cerebro susceptibles a lesión hipóxica-isquémica, como las cuencas en la corteza frontal (Sharchar et al., 2004), por lo tanto, la mala perfusión cerebral puede contribuir al delirio (Wood et al., 2017), situación que puede

Respecto a los factores de riesgo, se destaca: Edad avanzada, tabaquismo (Yang et al., 2017), alcoholismo, que si bien la asociación aún no es clara, puede extenderse más allá de la abstinencia alcohólica, puede estar relacionado a deficiencias nutricionales o tener un marcador desconocido para el desarrollo del delirio (Wood et al., 2017), actividad física baja, bajo índice de masa corporal ($<18,6$ kg/m²), discapacidad auditiva, fibrilación auricular, antecedentes de accidente cerebrovascular, insuficiencia renal crónica, trastornos del sueño, depresión, antecedentes de delirio, medicación con benzodiazepinas, medicamentos neurolépticos, analgésicos opioides y múltiples medicamentos, polifarmacia, la cual se asocia con aumento de los eventos adversos, mayor interacción de los medicamentos y aumento de los costos (Garpestad y Devlin, 2017), la infección al torrente sanguíneo, inserción de catéteres y drenajes (Dittrich et al., 2016) y finalmente, el adormecimiento o somnolencia identificado con un RASS -1 (Boettger et al., 2017). Por otra parte, los factores precipitantes del delirio fueron la cirugía de emergencia, cirugía abierta, los catéteres permanentes múltiples, uso de analgésicos opioides y benzodiazepinas, la admisión a la unidad de cuidados intensivos (UCI), el ingreso a la sala de emergencias (Kim et al., 2016; Mori et al., 2016), puntaje SOFA (≥ 14) (Yang et al., 2017), y el delirio hiperactivo genera estancias más cortas y una menor mortalidad hospitalaria. (Robinson et al., 2011; Swan, 2014).

b) Prevención y promoción del delirio para un cuidado integral: Dentro de las medidas preventivas para el delirio, se destacan la reducción de los factores de riesgos (mencionados en el punto anterior), y, por otra parte, se reconocen algunas acciones destinadas a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. Según

ésta afirmación, y basados, en los artículos académicos revisados, se sugieren las siguientes acciones:

- Disponer un modelo predictivo del delirio en las UCI, lo que permitirá identificar a los usuarios de alto riesgo, para monitoreo e implementación proactiva de estrategias preventivas (Kim et al., 2016).
- Contar con herramientas de evaluación de delirio, así se podrá identificar a usuarios con mayor predisposición al delirio y, además, se podrían optimizar los recursos (Kim et al., 2016).
- Potenciar la “gestión del riesgo” en la UCI, puntualmente por parte de los enfermeros especialistas, ya que ellos tienen las competencias en el ámbito de la creación y el mantenimiento de entornos terapéuticos seguros (Pereira et al., 2017).
- Optimizar el manejo del dolor y la sedación (Reade, Finfer, 2014).
- Contar con un modelo de visita extendida, ya que acorta la duración del delirio, disminuye el estrés y la ansiedad (Gourlart et al., 2017).
- Implementar un protocolo de delirio con intervenciones farmacológicas y no farmacológicas (Sullinger et al., 2016). Sin duda alguna, uno de los aspectos más importantes es el tratamiento farmacológico, y si bien, es parte del rol médico, enfermería sugiere y participa activamente en la administración del tratamiento (Morandi et al., 2011), y debe conocer cuáles son los medicamentos que puedan causar el delirio, ya coordinar modificaciones (Oto et al., 2011).
- Utilizar el Bundle ABCDEF de cuidados críticos que integra: la evaluación, prevención y manejo del dolor, despertar y respirar espontáneas, analgesia, sedación, delirio, movilidad temprana y participación de la familia. (Morandi et al., 2017; Sullinger et al., 2016).

Es necesario fortalecer la promoción de salud a todo nivel, la cual se puede realizar a través de la educación para el usuario y la familia en temas relacionados a:

- Estrategias de afrontamiento como la movilización temprana, la orientación repetida y la reducción del ruido (Darbyshire et al., 2016)
- Necesidad de educar a estos profesionales respecto a la evaluación rutinaria y tratamiento oportuno del delirio, ya que solo el 31% de lo que evaluaron el delirio utilizaron una herramienta validada. (Xing et al., 2017)

De tal manera para poder promover y prevenir los factores que, relacionados al delirio en los usuarios hospitalizados en UCI, se debe saber sobre la gestión del cuidado, ya que ésta es una labor rigurosa que requiere de análisis, deducción, discernimiento y conocimiento; es decir, la aplicación de “juicio enfermero”, sustentado en el ser, saber y quehacer de la Enfermería como profesión y disciplina. (Ceballos-Vásquez et al., 2015).

c) Evaluación objetiva del delirio

Existen escalas para evaluar el delirio, entre las cuales se destacan: Confusión Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU); Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC); Edinburgh Delirium Test Box-ICU (EDTB-ICU); Nursing delirium screening checklist (NuDESC); CAM-ICU 7; Delirium Rating Scale-Revised-98 (DRS-R-98); Cognitive Test for Delirium; Neecham Scale y Delirium Detection Score. Sin embargo, las guías 2013 de la Sociedad de Medicina de Cuidados Críticos (SCCM), recomiendan el uso del método de evaluación de confusiones para la UCI (CAM-ICU) o la lista de verificación de detección de delirium de cuidados intensivos (ICDSC), ya que las reconoce como herramientas validadas y confiables en la UCI (Barr et al., 2013). Por

lo señalado, se sugiere la incorporación de CAM-ICU en la valoración de enfermería para usuarios críticos (Barr et al., 2013). Se evidencia también que los encargados de objetivar el delirio son los enfermeros y/o médicos, debido a que son los que deben realizar una valoración diaria del usuario. Los artículos recomiendan contar una herramienta de evaluación para el delirio, que sea objetiva y validada, y debería ser aplicada al menos una vez por turno o cada 12 horas (Pereira et al., 2016; Da Silva et al., 2017).

d) Manejo del delirio en Unidades Críticas

e)

Respecto al manejo, los artículos recomiendan primeramente contar un equipo capacitado, reconociendo de manera precoz esta alteración, entregando un manejo y tratamiento oportuno (Xing et al., 2017). Utilizar una herramienta de evaluación, contar con un protocolo para el manejo del delirio que entregue indicaciones que sean conocidas por todo el personal y de esta forma lograr estandarizar los cuidados (Sullinger et al., 2016). El uso de los BUNDLE ABCDEF para Cuidados Críticos ayudaría a tener un mejor manejo (Morandi et al., 2017). Y, por último, tener en cuenta todos los factores de riesgo que puedan propiciar el desarrollo del delirio, incluyendo el manejo de la oxigenación, por sobre todo en las primeras 24 horas, ya que son las horas claves de esta alteración (Wood et al., 2017).

CONCLUSIONES

Aunque se estudia hace algunas décadas, aún no se conoce de manera clara, su etiología. Si bien, se reconocen muchos factores que influyen para su desarrollo, como la edad avanzada, polifarmacia, multiplicidad de elementos invasivos, uso de sedantes entre otros. Aún existe un desconocimiento por parte del equipo de salud en la identificación del delirio, en su promoción, prevención y manejo de éste. A

pesar de ello, existen herramientas validadas para evaluarlo. Enfermería es fundamental en la pesquisa y el actuar precoz, puesto que es el profesional de salud que pasa la mayor parte del tiempo al cuidado del paciente, conociéndolo desde su ingreso y durante toda su evolución intrahospitalaria hasta el alta.

La Gestión del Cuidado en la legislación chilena, es rol de enfermería, por ende, es fundamental relevar esta temática, debido a que su incidencia aumentará los días de hospitalización, días de ventilación mecánica y mortalidad sólo por no encontrarse familiarizados con un tema tan recurrente en UCI. Finalmente sería interesante seguir investigando en Chile y el mundo, sobre el uso de una herramienta objetiva para evaluar el delirio en el usuario crítico e instalar un protocolo de manejo.

BIBLIOGRAFÍA

Barr, J., Fraser, GL., Puntillo, K., Ely, EW., Gélinas, C., Dasta, JF., Davidson, JE., Devlin, JW..., y Jaeschke, R. (2013). Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit. *Critical Care Medicine*. 41(1), 263-306.

Boettger, S., Nuñez, D., Meyer, R., Richter, A, Fernández, S., Rudiger, A., Schubert, M., y Jenewein, J. (2017). Delirium in the intensive care setting and the Richmond Agitation and Sedation Scale (RASS): Drowsiness increases the risk and is subthreshold for delirium. *Journal of Psychosomatic Research*, 103,133–39.

Bui, L., Pham, V., Shirkey, B., y Swan, J. (2017). Effect of delirium motoric subtypes on administrative documentation of delirium in the surgical intensive care

unit. *Journal of clinical monitoring and computing*, 31, 631-40.

Carrasco, M., y Zalaquett, M. (2017). Delirium: una epidemia desde el servicio de urgencia a la unidad de paciente crítico. *Revista Médica de Clínica las Condes*, 28 (2), 301-10.

Ceballos, P., Jara, A., Stiepovich, J. Aguilera, P. y Vílchez, V. (2015). La gestión del cuidado: una función social y legal de la enfermería chilena. *Revista de Enfermería Actual en Costa Rica*, 29, 1-12. doi: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i29.19733>.

Da Silva, R., Ribeiro, M., Pires, E., Meira, L., Lepre, D., y De Oliveira, N. (2017). Nurses' training in the use of a delirium-screening tool. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38 (1). doi: 10.1590/1983-1447.2017.01.64484.

Darbyshire, J., Greig, P., Vollam, S., Young, D., y Hinton, L. (2016). I Can Remember Sort of Vivid People . . . but to Me They Were Plasticine. Delusions on the Intensive Care Unit: What Do Patients Think Is Going On? *PLOS ONE* 11 (4). doi:10.1371/journal.pone.0153775.

Dittrich, T., Tschudin-Sutter, S., Widmer, A., Rüegg, S., Marsch, S., y Sutter, R. (2016). Risk factors for new-onset delirium in patients with bloodstream infections: independent and quantitative effect of catheters and drainages- a four-year cohort study. *Annals of intensive care*, 6 (1), 104.

Ely, E., Shintani, A., Truman, B., Speroff, T., Gordon, S., Harrell, F., Inouye, S... y Dittus, R. (2004). Delirium as a Predictor of Mortality in Mechanically Ventilated Patients in the Intensive Care Unit. *Journal of the American Medical Association*. 291(14), 1753-62.

Garpestad, E., y Devlin, J. W. (2017). Polypharmacy and Delirium in Critically Ill Older Adults. *Clinics in Geriatric Medicine*, 33(2), 189–203.

Girard, T., Kress, J., Fuchs, B., Thomason, J., Schweickert, W., Pun, B., Taichman, D....y Ely, E. (2008). Efficacy and safety of a paired sedation and ventilator weaning protocol for mechanically ventilated patients in intensive care (Awakening and Breathing Controlled trial): a randomized controlled trial. *The Lancet*, 371(9607), 126–34.

Girard, T., Ware, L., Bernard, G., Pandharipande, P., Thompson, J., Shintani, A., Jackson, J.C., y Ely, E. (2012). Associations of markers of inflammation and coagulation with delirium during critical illness. *Intensive Care Medicine*, 38(12), 1965–1973.

Gofton, T., y Young, G. (2012). Sepsis-associated encephalopathy. *Nature Reviews Neurology*, 8:557. <http://dx.doi.org/10.1038/nrneurol.2012.183>

Goulart, R., Tonietto, T., Barbosa, D., Gutierrez, F., Ascoli, A., Cordeiro, L... y Teixeira, C. (2017). Effectiveness and Safety of an Extended ICU Visitation Model for Delirium Prevention: A Before and After Study. *Critical Care Medicine*, 45 (10), 1660–7.

Green, C., Hendry, K., Wilson, E., Walsh, T., Allerhand, M., MacLulich, A., y Tiegies, Z. (2017). A Novel computerized Test for Detecting and Monitoring Visual Attentional Deficits and Delirium in the ICU. *Critical Care Medicine*, 45(7), 1224-31.

Hughes, C., Morandi, A., Girard, T., Riedel, B., Thompson, J., Shintani, A., Pun..., y Pandharipande, P. (2013). Association between Endothelial Dysfunction and Acute Brain Dysfunction

- during Critical Illness. *Anesthesiology*, 118(3), 631–39.
- Kanji, S., MacPhee, H., Singh, A., Johanson, C., Fairbairn, J., Lloyd, T., MacLean, R. y Rosenberg, E. (2016). Validation of the Critical Care Pain Observation Tool in Critically Ill Patients with Delirium: A Prospective Cohort Study. *Critical Care Medicine*, 44(5), 943–7.
- Khan, B., Perkins, A., Gao, S., Hui, S., Campbell, N., Farber, M.,... y Boustani, M. (2017). The Confusion Assessment Method for the ICU-7 Delirium Severity Scale: A Novel Delirium Severity Instrument for Use in the ICU. *Critical Care Medicine*, 45(5), 851–7.
- Kim, M., Park, U., Kim, H., y Cho, W. (2016). Delirium Prediction Based on Hospital Information (Delphi) in General Surgery Patients. *Medicine*, 95 (12).
- Morandi, A., Piva, S., Wesley, E., Myatra, S., Salluh, J., Amare, D., Azoulay, E., Bellelli..., y Latronico, N. (2017). Worldwide Survey of the “Assessing Pain, Both Spontaneous Awakening and Breathing Trials, Choice of Drugs, Delirium Monitoring/ Management, Early Exercise/ Mobility, and Family Empowerment” (ABCDEF) Bundle. *Critical Care Medicine*, 20 (30).
- Morandi, A., Vasilevskis, EE., Pandharipande, PP., Girard, TD., Solberg, LM., Neal, EB., Koestner, T..., y Kripalani, S. (2011). Inappropriate medications in elderly ICU survivors: where to intervene? *Archives of Internal Medicine*, 171(11):1032–4.
- Mori, S., Tsuchihashi Takeda, JR., Angotti Carrara, FS., Rizzo Cohrs, C., Viski Zanei, SS., y Yamaguchi Whitaker, I. (2016). *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 50(4), pp. 585-91.
- Oto, J., Yamamoto, K., Koike, S., Imanaka, H., y Nishimura, M. (2011). Effect of daily sedative interruption on sleep stages of mechanically ventilated patients receiving midazolam by infusion. *Anaesthesia Intensive Care*, 39, 392–400.
- Pandharipande, P., Pun, B., Herr, D., Maze, M., Girard, T., Miller, R., Shintani, A..., Ely, E. (2007). Effect of sedation with dexmedetomidine vs lorazepam on acute brain dysfunction in mechanically ventilated patients: the MENDS randomized controlled trial. *JAMA*, 298(22), 2644-53.
- Palencia, E., Romera, M., Silva, J., y grupo de trabajo de analgesia y sedación de la Semicicyuc. (2008). Delirio en el paciente crítico. *Medicina Intensiva*, 32(1), 77-91.
- Pereira, J., Dos Reis, F., Caetano, R., Pinto, M., Batista, M., Galhardas, M., y Santos, M. (2016). Delírium no doente crítico: fatores de risco modificáveis pelos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referencia*, 4(9),29-36.
- Pisani, M. A., Kong, S. Y. J., Kasl, S. V., Murphy, T. E., Araujo, K. L. B., y Van Ness, P. H. (2009). Days of Delirium Are Associated with 1-Year Mortality in an Older Intensive Care Unit Population. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 180(11), 1092–97.
- Reade, M., Phil, D., y Finfer, S. (2014). Sedation and Delirium in the Intensive Care Unit. *The New England Journal of Medicine*. 370, 444-54.
- Robinson, T., Raeburn, C., Tran, Z., Brenner, L., y Moss, M. (2011). Motor subtypes of postoperative delirium in older adults. *The Archives of Surgery*, 146(3), 295–300.
- Salazar, N., Griñen, H., Jirón, M., Rojas, L., Escobar, L., Berasaín, M., y Romero, C. (2012). Impacto del cuidado multidisciplinario en los desenlaces clínicos de los pacientes Críticos. *Revista Chilena de Medicina Intensiva*, 27(1), 12-22.

Salluh, J.I., Soares, M., Teles, J.M., Ceraso, D., Raimondi, N., Nava, V.S., Blasquez, P., Ugarte, S..., y Rocha, M.G., Delirium Epidemiology in Critical Care Study Group. (2010). Delirium epidemiology in critical care (DECCA): an international study. *Crit Care*, 14(6), 210.

Salluh, J., Wang, H., Schneider, E., Nagaraja, N., Yenokyan, G., Damluji, A., Serafim, R., y Stevens, R. (2015). Outcome of delirium in critically ill patients: systematic review and meta-analysis. *British medical journal*. 350, h2538.

Severgnini, C., Dornelles, A., Bessel, M., Meira, J., Skrobik, Y., y Teixeira, C. (2017). Effectiveness and Safety of an Extended ICU Visitation Model for Delirium Prevention: A Before and After Study. *Critical Care Medicine*, 45(10), 1660-67.

Sharshar, T., Annane, D., de la Grandmaison, GL., Brouland, JP., Hopkinson, NS., y Françoise, G. (2004). The neuropathology of septic shock. *Brain Pathology*, 14(1): 21–33.

Shehabi, Y., Riker, R.R., Bokesch, P.M., Wisemandle, W., Shintani, A., y Ely, W. SEDCOM (Safety and Efficacy of Dexmedetomidine Compared With Midazolam) Study Group. (2010). Delirium duration and mortality in lightly sedated, mechanically ventilated intensive care patients. *Critical Care Medicine*, 38(12), 2311-18.

Sullinger, D., Gilmer, A., Jurado, L., Hall, L., Steelman, J., Gallagher, A., Dupre, T., y Acquista, E. (2016). Development, Implementation, and Outcome of a Delirium protocol in the Surgical Trauma Intensive Care Unit. *Annals of Pharmacotherapy*, 51(1), 5-12.

Swan, J. (2014). Decreasing inappropriate unable-to-assess ratings for

the confusion assessment method for the intensive care unit. *AJCC*, 23(1):60–9.

Thomason, J., Shintani, A., Peterson, J., Pun, B., Jackson, J., y Ely, E. (2005). Intensive care unit delirium is an independent predictor of longer hospital stay: a prospective analysis of 261 non-ventilated patients. *Critical Care*, 9(4), 375.

Van den Boogaard, M., Schoonhoven L., Evers, A., Van der Hoeven, J., Van Achterberg, T., y Pickkers, P. (2012). Delirium in critically ill patients. *Critical Care Medicine*, 40 (1), 112-118.

Vitkovic, L., Konsman, JP, Bockaert, J., Dantzer, R., Homburger, V., y Jacque, C (2000). Cytokine signals propagate through the brain. *Molecular Psychiatry*, 5(6), 604–15.

Wood, M., Maslove, D., Muscedere, J., Day, A., y Gordon, J. (2017). Low brain tissue oxygenation contributes to the development of delirium in critically ill patients: A prospective observational study. *Journal of Critical Care*, 41, 289-95.

Wolters, A., Peelen, L., Welling, M., Kok, L., de Lange, D., Cremer, O., Van Dijk, D..., y Veldhuijzen, D. (2016). Long- Term Mental Health Problems after Delirium in the ICU. *Critical Care Medicine*, 44 (10), 1808-13.

Xing, J., Sun, Y., Jie, Y., Yuan, Z., y Liu, W. (2017). Perceptions, attitudes, and current practices regards delirium in China. *Medicine*, 96:39.

Yang, J., Zhou, Y., Kang, Y., Xu, B., Wang, P., Lv Y., y Wang Z. (2017). Risk Factors of Delirium in Sequential Sedation Patients in Intensive Care Units. *BioMed Research International* 3,1-9. doi: 10.1155/2017/3539872Hindawi, 2017.

Validación de encuesta de percepción Examen Nacional de Enfermería Chileno***Validation of perception survey Chilean National Nursing Exam******Pesquisa de validação da percepção Exame Nacional de Enfermagem do Chile***

Verónica Marcela Molina-Rodríguez¹; María Patricia Masalan-Apip²; Verónica Del Carmen Drago-Machado³; Gloria Alejandra García-Vallejos⁴; Irella Alejandra Vergara-Beltrán⁵ & Alejandra F. Rojas-Rivera⁶

¹Enfermera. Magíster en Pedagogía Universitaria. Profesor Asistente, Directora Docente, Escuela de Enfermería de la Universidad Mayor, sede Santiago, Chile. Orcid: 0000-0002-0360-9458. Correo electrónico: veronica.molina@umayor.cl

²Enfermera Matrona. Magister en Salud Pública. Profesor Asociado, Directora de Extensión y Educación Continua, Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Orcid:0000-0001-7723-803. Correo electrónico: mmasalan@uc.cl

³Enfermera. Diplomada en Pedagogía Universitaria. Profesor Asistente, Escuela de Enfermería de la Universidad Católica de la Santísima Concepción, Chile. Orcid:0000-0001-5398-3686. Correo electrónico: vdrago@ucsc.cl

⁴Enfermera. Magíster en Psicología Mención Psicología Comunitaria. Profesor Asistente, Escuela de Enfermería de la Universidad de Chile. Orcid: 0000-0001-7173-6179. Correo electrónico: ggarcia@med.uchile.cl

⁵Enfermera. Magíster en Educación en Ciencias de la Salud. Profesor Asistente, Secretaria Académica, Escuela de Enfermería de la Universidad Diego Portales, Chile. Orcid: 0000-0002-5976-2056. Correo electrónico: irella.vergara@udp.cl

⁶Enfermera. Magíster en Gerontología Social. Profesor Asociado, Directora de Pos títulos de la Escuela de Enfermería de la Universidad de los Andes, Chile. Orcid:0000-0001-5134-4135. Correo electrónico: arojas@uandes.cl

Correspondencia: Pontificia Universidad Católica de Chile. Avenida Vicuña Mackenna No. 4860. Macul. Santiago de Chile.

Correo electrónico contacto: mmasalan@uc.cl

Cómo citar este artículo: Molina Rodríguez, V.M., Masalan Apip, M.P., Drago Machado V.C., García Vallejos, G.A., Vergara Beltan, I.A., & Rojas. Rivera, A.F. (2021). Validación de encuesta de percepción Examen Nacional de Enfermería Chileno. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 25(59). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.59.16>

Recibido:01/11/2020 Aceptado: 13/01/2021



RESUMEN

Investigación descriptiva cuantitativa y cualitativa. Objetivo: validar encuesta de percepción de los egresados de Enfermería en Chile, respecto al Examen Nacional de Enfermería. Metodología: lo cualitativo consideró el método Delphi participando expertos en la disciplina de enfermería y del área educación y evaluación. Para lo cuantitativo se utilizó el análisis de alfa de Cronbach, usando el sistema SPSS. Resultados: El K obtenido por los expertos estuvo entre el 0,95 a 1 lo que determinó que todos tenían un alto grado de competencia en el tema sobre el cual se les consultó. Los expertos vincularon los objetivos propuestos con cada uno de los 21 ítems de la encuesta. En 8 de ellos el 100% de los expertos coincidió con lo planteado por la Comisión del Examen Nacional de Enfermería, en 10 de los ítems un 80%, en 2 de los ítems un 50% y en 1 ítem un 33%. El alpha de Cronbach obtenido fue de 0,97, lo que demuestra un alto grado de consistencia interna del instrumento. Conclusiones: Se valida la encuesta de opinión, cumpliendo de manera rigurosa y lógica con todas sus etapas, demostrando su validez y confiabilidad.

Palabras clave: Educación en enfermería; instrumento de evaluación; encuestas; confiabilidad; validez.

ABSTRACT

Quantitative and qualitative descriptive research. Objective: to validate the survey on the perception of nursing graduates in Chile, regarding the National Exam taken and applied. Methodology: qualitative, using the Delphi method with experts in the areas of nursing, education, and evaluation; and quantitative, using Cronbach's alpha analysis with the SPSS system. Results: The K was between 0.95 to

1, which suggests that all of the experts had a high degree of competence in the opinion topic. The objectives proposed in the 21-item survey were linked. In 8 items 100% of the experts stated their agreement with the aspects raised by the National Nursing Exam Commission; in 10 items 80%, in 2 items 50% and in 1 item 33%. Cronbach's alpha method estimated the internal consistency reliability of the instrument to be 0.97, demonstrating a high degree of internal consistency among the items analyzed. Conclusions: to validate an instrument it is necessary to rigorously complete each step with a sequence that allows one to account for validity and reliability.

Keywords: Nursing education; assessment instrument; surveys; reliability; validity

RESUMO

Quantitative and qualitative descriptive research. Objective: to validate the perception survey of nursing graduates in Chile, regarding the National Nursing Exam. Methodology: the Delphi method was considered qualitative, involving experts in the nursing discipline and in the education and evaluation area. For the quantitative analysis, Cronbach's alpha was used, using the SPSS system. Results: The K obtained by the experts was between 0.95 to 1, which determined that all of them had a high degree of competence in the subject on which they were consulted. The experts linked the proposed objectives with each of the 21 items in the survey. In 8 of them, 100% of the experts agreed with what was stated by the National Nursing Exam Commission, in 10 of the items 80%, in 2 of the items 50% and in 1 item 33%. The Cronbach's alpha obtained was 0.97, which shows a high degree of internal consistency of the instrument. Conclusions: The opinion poll is validated, rigorously and logically complying with all its stages, demonstrating its validity and reliability.

Palabras claves: Educação em enfermagem; instrumento de avaliação; pesquisas; confiabilidade; validade.

formato papel-lápiz, reguardándose anonimato y confidencialidad. Su confección consideró detalles como la redacción de las aseveraciones, la sintaxis y la semántica en la construcción de las oraciones (Cardenas, 2010).

INTRODUCCIÓN

En el año 1963 se crea la Asociación Chilena de Educación en Enfermería (ACHIEEN), corporación de derecho privado, de carácter científico, sin fines de lucro, que tiene como misión velar por la calidad de la formación de las enfermeras y enfermeros en el ámbito de la educación superior. Este organismo cuenta con varias comisiones de trabajo, entre ellas la Comisión de Examen Nacional de Enfermería (CO-ENENF), encargada de desarrollar un examen de selección única, con la asesoría de un organismo experto en evaluación y medición, reconocido a nivel nacional. Este examen es de carácter voluntario para los estudiantes que cursan el último año de la carrera de universidades públicas y privadas a nivel nacional, cuyo propósito es evaluar los conocimientos de los egresados en áreas de la enfermería previamente determinadas (ACHIEEN, 2019).

Objetivo

El objetivo de este estudio es validar la encuesta utilizada para recoger la percepción de los egresados de enfermería respecto del examen nacional de enfermería y su aplicación.

Desde el año 2013, inmediatamente finalizado el examen, se solicita a los estudiantes contestar una encuesta, cuyo objetivo es conocer su percepción respecto de la prueba y del proceso rendido. Esta encuesta fue diseñada de manera rigurosa por los integrantes de la CO-ENENF con el organismo asesor en evaluación. El estudiante sabe con antelación que al finalizar la aplicación del examen se le pedirá su opinión a través de una encuesta, la cual se aplica de forma presencial en

La encuesta se divide en dos partes: (i) una carta que contiene un formato de consentimiento informado, donde se explicita el propósito de su administración, el ámbito de dominio, el modo cómo serán tratados los datos y la aplicación de los mismos. Incluye también, una declaración voluntaria que debe ser firmada por el encuestado, en que acepta las condiciones de uso de los resultados obtenidos en la encuesta, y (ii) un cuestionario de 21 ítems con 4 opciones de valoración en escala de Likert, 1: muy de acuerdo, 2: de acuerdo, 3: en desacuerdo, 4: muy en desacuerdo y se incluye la opción no aplica. En cuanto al orden de los ítems, se dispuso lo siguiente: primero se incluyeron los aspectos generales, luego la representatividad y dominio de las áreas, y por último la utilidad del examen. Los datos obtenidos en esta encuesta durante los años han permitido optimizar aspectos administrativos en la aplicación de este y a su vez mejorar el contenido y orientación de las preguntas de la prueba.

Es preciso señalar que la evaluación es un método intencionado, funcional, continuo e integral para adquirir información de los procesos educativos. De esta forma se puede evidenciar la calidad y mejorar la eficacia de estos procesos (Romero y Espinoza, 2010).

Según Hernandez, Illesca y Cabezas (2013), es relevante conocer la opinión de los estudiantes, ya que es otro factor más del proceso evaluativo, llegando a convertirse en un agente que influye en el ámbito formativo, que permite hacer un aporte al mejoramiento continuo, convirtiéndose en

una fuente de información básica en la evaluación continua de una institución educativa (Ortiz y Vergel, 2013).

La Real Academia de la Lengua Española, RAE, define la palabra “opinión” como “Un conjunto de preguntas tipificadas dirigidas a una muestra representativa de grupos sociales, para averiguar estados de opinión o conocer otras cuestiones que les afectan”

Según Huneus (1999), las encuestas de opinión son instrumentos de investigación social y de acuerdo a Cordero y Tapia (2007), en los últimos 30 años se han masificado en todos los sectores productivos y de servicios a nivel mundial. Para Martínez (2008), estas encuestas están sustentadas en objetivos y finalmente Paniagua (2015), plantea que sus preguntas deben tener relación con ellos. Es relevante señalar que para construir una encuesta de opinión se deben considerar diferentes factores y la confección del diseño debe ser rigurosa, cuidando detalles como el orden lógico en la redacción de las preguntas, la sintaxis y la semántica en la confección de las oraciones, el orden en que se disponen en el instrumento y la idoneidad de las preguntas, entre otros (Cardenas, 2010). Para el análisis de los resultados es necesario tener en cuenta la calidad de las respuestas del entrevistado, entre las que se pueden encontrar respuestas poco fiables, equivocaciones, mentiras y sesgos. Para reducir los errores se pueden utilizar algunas estrategias como: garantizar el anonimato y confidencialidad, utilizar un manual de procedimiento, aumentar el contacto con los entrevistados previo y durante la intervención (Martínez, 2008).

Para la realización de investigaciones en educación es importante contar con instrumentos validados y confiables. Según Paniagua (2015), la validez se refiere a que los instrumentos midan lo que se desea medir. Se han definido diferentes tipos de validez entre los que destacan: de contenido, de criterio y de constructo (Leyva, 2011; Bojórquez, López, Hernández y Jiménez, 2013).

Se define validez de contenido al grado en que el instrumento representa la totalidad del fenómeno que se pretende medir, lo que está en directa relación con la calidad del instrumento. Es en este tipo de validez, donde se les solicita a los expertos expresar su opinión en el área, emitiendo un juicio. Es muy relevante realizar esta etapa en forma rigurosa, tanto en la metodología como en el análisis de los datos (Cordero y Tapia, 2007; Escobar y Cuervo, 2008; Galicia, Balderrama y Navarro, 2017; Urrutia, Barrios, Gutiérrez y Mayorga 2014). Para cumplir esta validación se puede emplear el método Delphi que consiste en la utilización sistemática del juicio intuitivo de un grupo de expertos para obtener un consenso de opiniones informadas, de ahí, que también se conoce con el nombre de criterio de expertos. Es uno de los procesos subjetivos de pronóstico más confiable y constituye un procedimiento para confeccionar un cuadro de la evolución de situaciones complejas, mediante la elaboración estadística de las opiniones de los expertos en el tema de que se trate (Von der Gracht, 2012).

El método, se basa en la organización de un diálogo anónimo entre los expertos consultados de modo individual a partir de la aplicación de un cuestionario. Los expertos, seleccionados previamente, se someten a una serie de interrogantes sucesivas, cuyas respuestas se analizan para

conocer la coincidencia o discrepancia que estos tienen en cuanto a lo consultado (Torrecilla-Salinas, De Troyer, Escalona y Mejías, 2017). Para la aplicación de este método se debe tener presente, la elaboración del cuestionario y la selección del panel de expertos. Para Reguant y Torrado (2016), el experto, es un individuo preparado para opinar respecto a un tema en particular y hacer comentarios y/o sugerencias. De manera que la información recogida sea de calidad, los expertos deben ser competentes, para lo cual se les solicita su autovaloración para finalmente determinar el grado de competencia que tienen respecto al tema consultado. Otros puntos relevantes son la disponibilidad de participar e incluir especialistas de distintas profesiones vinculadas al tema en cuestión.

La validez de criterio está determinada por la comparación entre la ejecución observada y la ejecución esperada. Asimismo, mide la relación entre una variable externa, un índice o un indicador del elemento central que se está evaluando y además del tipo de instrumento que se está utilizando (Guirao-Goris, Ferrer y Montejano, 2016). Por último, la validez de constructo es uno de los principales procesos en la validación, ya que de ésta depende la capacidad de discriminar o distinguir el grado de consecución de la competencia evaluada, lo que garantiza la existencia del constructo en cuestión. Esta es una validación que requiere análisis estadístico (Leyva, 2011). Para Gonzalez (2017), la confiabilidad se refiere a tener ausencia de errores en la medida, siendo determinada por la consistencia, la estabilidad y la reproductibilidad de los resultados similares en condiciones comparables. La importancia de asegurar la confiabilidad radica en minimizar la influencia que tiene el observador, que es quien evalúa y de esta manera reducir los sesgos de medición (Manterola et al., 2018). El Alfa de Cronbach es el indicador de confiabilidad de

escalas psicométricas, un coeficiente que se basa en el promedio entre las variables que forman parte de la escala, lo que aporta a la homogeneidad de la misma y cuanto más se aproxime a su valor máximo, 1, mayor es la fiabilidad de la escala. Además, en determinados contextos y por tácito convenio, se considera que valores del alfa superiores a 0,7 son suficientes para garantizar la fiabilidad de la escala (Cervantes, 2005).

METODOLOGIA

Se trata de un estudio descriptivo, el cual fue aprobado por el Comité Ético de una de las Universidades chilenas socias de ACHIEEN. Para el proceso de validación de esta encuesta, se utilizaron metodologías cualitativa y cuantitativa.

ETAPA I: Con relación a la metodología cualitativa se consideró el apoyo de expertos basado en el método Delphi. Este proceso consideró los siguientes pasos:

1. Se eligió un panel de expertos. Se seleccionaron 3 docentes de la disciplina de enfermería y 3 especialistas en el área de educación y evaluación. Los docentes de la disciplina corresponden a Enfermeras que habían formado parte de la CO-ENENF en comisiones previas. Los expertos del área de educación y evaluación se desempeñan en Oficinas de Educación Médica de Universidades chilenas pertenecientes a ACHIEEN.
2. Se determinó el grado de competencia de los expertos a través del cálculo del Coeficiente **K**, el

cual se obtuvo aplicando la siguiente fórmula:

$$K = \frac{1}{2}(K_c + K_a)$$

Para **K_c**, Coeficiente de conocimiento o información que posee la persona, se les solicitó a los expertos que realizaran una autovaloración respecto de la información que manejan sobre el tema. Se utilizó una escala de 0 a 10, donde "0" indica que no posee absolutamente ningún conocimiento de la problemática, mientras que el 10 expresa pleno conocimiento. Dicha nota se multiplica por 0.1.

Para el cálculo del **K_a**, Coeficiente de argumentación, se les solicitó a los expertos, identificar el grado de influencia (alto, medio y bajo) que cada una de las fuentes de argumentación tuvieron en sus respuestas. Las fuentes que se consideraron fueron: análisis teóricos realizados, experiencia en el tema, trabajos de autores nacionales, trabajos de autores extranjeros, su propio conocimiento del estado del problema y su intuición. Cada una de estas categorías (alto, medio o bajo) tenía un valor numérico distinto según la fuente (Anexo 1)

A partir de la suma de los valores numéricos de cada fuente se obtiene un puntaje, que corresponde al **K_a**. Este, representa el grado de influencia que tuvieron todas las fuentes, en las respuestas expresadas por el experto. **K_a** está definido según el siguiente rango: si es menor de 0.6 se determina como bajo, entre 0.6 y 0.8 el grado es medio y mayor a 0.8 se considera alto.

Una vez calculados **K_c** y **K_a**, se aplica la fórmula descrita anteriormente, para obtener **K**. Este puede estar entre 0,25 y 1. Mientras más cercano a 1, mayor grado de

competencia del experto sobre el tema presentado.

3. A los expertos se les envió la encuesta aplicada a los estudiantes el año 2017, junto a un cuestionario tipo, para recoger sus opiniones respecto a dicha encuesta y obtener información de carácter estadístico. El cuestionario consideró los siguientes puntos:
 - a) Aspecto formal de cada ítem: vocabulario, claridad en la formulación de los ítems, extensión, tiempos de aplicación o cualquier otro aspecto que merezca comentarios o reparos.
 - b) Coherencia entre cada ítem del instrumento con los objetivos específicos planteados para la encuesta. Para ello, se les solicitó anotar el número del objetivo al cual creía que apuntaba, cada uno de los ítems. Estos eran:
 1. Identificar la percepción de los estudiantes de enfermería acerca de aspectos generales del ENENF.
 2. Describir la percepción de los estudiantes de enfermería en relación a las áreas que son representativas del quehacer profesional.
 3. Identificar la percepción de los estudiantes de enfermería acerca del dominio teórico de las áreas que son representativas del quehacer profesional.
 4. Reconocer la percepción de los estudiantes de enfermería respecto a la utilidad del examen como un instrumento para evaluar la calidad en la formación del futuro profesional.

Posteriormente se analizaron las observaciones de los expertos y se realizaron ajustes a la encuesta base.

ETAPA II: La encuesta base modificada según observaciones de expertos fue aplicada a los estudiantes en la versión del Examen Nacional de Enfermería el año 2018. De un total de 2.978 encuestas, se tomaron al azar 600 para ser analizadas desde la perspectiva del Alpha de Cronbach. Para el análisis de los datos y determinación del Alpha, se utilizó el sistema SPSS (Versión 12.0).

RESULTADOS

Respecto al nivel de competencia de los expertos se obtuvo, que:

Todos se autoevaluaron con nota de 10, por lo que cada uno obtuvo un Kc de 1

Los Ka estuvieron entre 0,9 a 1, es decir las fuentes de argumentación utilizadas tuvieron altos grados de influencia.

Se obtuvieron K entre 0,95 a 1, lo que indica que todos los expertos tenían un alto grado de competencia en el tema sobre el cual opinaron.

Los comentarios y/o sugerencias realizadas por los expertos, fueron:

- *Cambiar el verbo en un ítem.*
- *Cambiar algunos ítems a afirmaciones en vez de suposiciones*
- *Dar énfasis en el “cuidado de enfermería” y no en los problemas de salud.*
- *Replantear uno de los ítems que aparece de manera general.*
- *Separar en dos uno de los ítems, de manera de evaluar por separado las*

dos partes que conforman el examen.

- *Especificar en los ítems que hacen mención al dominio teórico, si el estudiante considera contar con este dominio.*
- *Precisar en el ítem de gestión y liderazgo, si esos conocimientos son los que debería tener un egresado de enfermería.*
- *Agregar en uno de los ítems la etiqueta conocimiento de más relevancia o fundamentales, de manera de circunscribir un poco más la aseveración.*
- *Revisar el orden de los ítems con la finalidad de facilitar la fluidez en la respuesta, se podrían posicionar primero todos los que apuntan a aspectos generales del examen.*
- *Agregar, una pregunta abierta que recoja sugerencias respecto a la realización del examen en futuras versiones.*
- *“Los ítems tienen una lógica clara y coherente, además de abordar ámbitos relacionados con el estudio y suficientes en cantidad”.*
- *“Los ítems son claros, poseen un vocabulario atinente y una extensión adecuada”.*

Posteriormente, los expertos vincularon los objetivos propuestos con cada ítem de la encuesta. De los 21 ítems, en 8 de ellos el 100% de los expertos coincidió con la comisión, en 10 de los ítems un 80%, en 2 de los ítems un 50% y en 1 ítem un 33%. Ninguno de los expertos sugirió sacar ni agregar algún ítem.

Debido a las sugerencias de los expertos y el análisis de los integrantes de la CO-ENENF, se realizaron ajustes formales y se modificó

el instrumento dejando 23 ítems en lugar de 21, de manera de optimizar la encuesta, la cual se aplicó en el siguiente versión del examen (Anexo 2). A esta nueva versión se le aplicó Alpha de Cronbach obteniéndose un valor de 0.97, lo que evidencia un grado mayor de consistencia interna en los ítems analizados.

CONCLUSIÓN

La validación de un instrumento no es un acto sencillo, requiere del cumplimiento de varias etapas con una secuencia lógica de manera tal que permita dar cuenta de la validez y confiabilidad para que ese instrumento sea utilizado en una investigación.

Cabe destacar, que a la fecha no se contaba en Chile con un instrumento validado que permitiese recoger la percepción de los egresados que rinden el Examen Nacional de Enfermería.

El método de evaluación cuantitativo, utilizado en la investigación, demostró que la encuesta estaba bien construida, lo que concuerda con la evaluación cualitativa, donde los expertos emitieron sugerencias de forma, pero no de fondo, las que se consideraron para la versión definitiva.

Finalmente, se puede señalar que la encuesta validada permite conocer la percepción de los estudiantes respecto al Examen Nacional de Enfermería rendido y el desarrollo del proceso de aplicación, por tanto, es recomendable su aplicación en actividades similares.

BIBLIOGRAFÍA

Asociacion Chilena de Educacion en Enfermeria ACHIEEN (2019). Recuperado

de <https://www.achieen.org/> , 2019 Agosto 21

Bojórquez, J., López, L., Hernández, M., y Jiménez E. (agosto 2013). Utilización del alfa de Cronbach para validar la confiabilidad de un instrumento de medición de satisfacción del estudiante en el uso del software Minitab. *Eleventh LACCEI Latin American and Caribbean Conference for Engineering and Technology. Innovation in Engineering, Technology and Education for Competitiveness and Prosperity*. Cancun, Mexico. Recuperado de <http://laccei.org/LACCEI2013-Cancun/RefereedPapers/RP065.pdf>

Cárdenas, V. (2010). La relación entre semántica y sintaxis desde la perspectiva de la producción de lenguaje escrito. *Tópicos del seminario*, (23), 241-289, recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=594/59415631008>

Cervantes, V. (2005). Interpretaciones del coeficiente de alpha de Cronbach. *Avances en Medicion*. 3(1), 9-25.

Cordero, R., y Tapia, G. (2007). Sumando opiniones: Antecedentes Históricos y Desarrollos Metodológicos de la Industria de la Opinión Pública en Chile. *Documentos de Trabajo ICSO*, 3(15).

Escobar, J., y Cuervo, A. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en medición* . 6(1), 27-36 .

Galicia, L., Balderrama, J., y Edel Navarro, R. (2017). Validez de contenido por juicio de expertos: propuesta de una herramienta virtual. *Apertura (Guadalajara, Jal.)*, 9(2), 42-53. doi: <https://dx.doi.org/10.18381/ap.v9n2.993>

González, P. (2017). *Validación de un instrumento de evaluación de las competencias adquiridas en las prácticas clínicas del grado de enfermería de la UCM*.

(Tesis Doctoral). Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad Complutense. Madrid: Ed. Universidad Complutense.

Guirao-Goris Silamani, J. A., Ferrer Ferrándiz, E., y Montejano Lozoya, R. (2016). Validez de criterio y de constructo del diagnóstico de enfermería "estilo de vida sedentario" en personas mayores de 50 años. *Rev. Esp. Salud Pública* Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272016000100404&lng=es.

Hernández, A., Illesca, M., y Cabezas, M. (2013). Opinión de Estudiantes de la Carrera de Enfermería Universidad Autónoma de Chile, Temuco, Sobre las prácticas clínicas. *Ciencia y Enfermería*, 19 (1), 131-144. doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532013000100012>.

Huneus, C. (1999). Las encuestas de opinión pública en las nuevas democracias de América Latina. *Contribuciones*, XVI(62), 9-30.

Leyva, Y. (2011). Una reseña sobre la validez de constructo de pruebas referidas a criterio. *Perfiles educativos*, 33(131), 131-154.

Manterola, C., Grande, L. Otzen, T., García, N., Salazar, P., y Quiroz, G. (2018). Confiabilidad, precisión o reproducibilidad de las mediciones. Métodos de valoración, utilidad y aplicaciones en la práctica clínica. *Revista chilena de infectología*. 35(6), 680-688. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182018000600680>

Martínez, I. (2008). Encuestas de opinión: de la teoría a la práctica. *Metodología de Encuestas* 10, 7-25 Gabinete de Prospección Sociológica. Gobierno Vasco

Ortiz, L., y Vergel, M. (2016). Fiabilidad de instrumento para medir resolución de problemas en grado tercero en

población vulnerable. *Logos Ciencia y Tecnología*, 7 (3), 86-93

Paniagua R. (2015). *Metodología para la validación de una escala o instrumento de medida*. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública. Recuperado de <http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/d76a0609-c62d-4dfb-83dc5313c2aed2f6/METODOLOG%C3%8DA+PARA+LA+VALIDACI%C3%93N+DE+UNA+ESCALA.pdf?MOD=AJPERES>

Real Academia Española.(2020). *Diccionario de la lengua española*, 23.ª ed., . Recuperado de <https://dle.rae.es>

Reguant-Álvarez, M., y Torrado-Fonseca, M. (2016). El método Delphi. *REIRE, Revista d'Innovació i Recerca en Educació*, 9 (1), 87-102. doi: 10.1344/reire2016.9.1916

Torrecilla-Salinas, C., De Troyer, O., Escalona, M., y Mejías M. (2017). *Una aplicación práctica del método Delphi para la validación de una propuesta de Ingeniería Web* Conference Paper. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/319108674_Una_aplicacion_practica_del_metodo_Delphi_para_la_validacion_de_una_propuesta_de_Ingenieria_Web

Uribe, L., y Rivas, J. (2010). Percepción de los alumnos de enfermería sobre el desempeño docente en la práctica clínica. *Enfermería universitaria* 7(4), 29-34.

Urrutia Egaña, M., Barrios Araya, S., Gutiérrez Núñez, M., & Mayorga Camus, M. (2014). Métodos óptimos para determinar validez de contenido. *Educación Médica Superior*, 28(3), 547-558. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412014000300014&lng=es&tlng=es.

Von der Gracht, H.A. (2012). Consensus measurement in Delphi studies,

Technological Forecasting and Social
Change, *Elsevier*. vol. 79(8), 1525-1536.

ANEXOS

Anexo 1. Valores para calcular el coeficiente k_a

Fuentes de argumentación	Grado de influencia de cada una de las fuentes en sus criterios.		
	A (Alto)	M (Medio)	B (Bajo)
Análisis teóricos realizados por usted	0.3	0.2	0.1
Su experiencia en el tema	0.5	0.4	0.2
Trabajos de autores nacionales consultados	0.05	0.05	0.05
Trabajos de autores extranjeros consultados	0.05	0.05	0.05
Su propio conocimiento del estado del problema en el extranjero	0.05	0.05	0.05
Su intuición	0.05	0.05	0.05

Fuente: Elaboración propia

Cultura de los Cuidados

Aspectos	ANEXO 2 Ítems de Encuesta de opinión de estudiantes 2018 (incorpora sugerencias de expertos)
Generales	1. La información sobre este examen (objetivo y condiciones de realización) fue entregada anticipadamente por mi escuela. 2. Las instrucciones que entregaron los examinadores antes del inicio del examen fueron claras. 3. El tiempo asignado a la primera parte del examen fue suficiente para responderlo. 4. El tiempo asignado a la segunda parte del examen fue suficiente para responderlo. 5. Las instrucciones del cuadernillo eran claras. 6. Las preguntas estaban redactadas de forma clara y precisa. 7. La cantidad de preguntas por área era adecuada para evaluar los conocimientos más relevantes que debe tener un egresado de Enfermería. 8. La dificultad de la prueba correspondía al nivel de un egresado de Enfermería.
Representatividad y dominio de las áreas	9. El examen abarcó preguntas relevantes de todas las áreas del rol profesional de enfermería. 10. Las preguntas del área del Adulto y Adulto Mayor abordaron problemas de salud de relevancia epidemiológica . 11. El enfoque de las preguntas del área del Adulto y Adulto Mayor se centró en la gestión del cuidado de enfermería. 12. Luego de responder el examen, considero tener dominio teórico de la gestión del cuidado en el área del Adulto y Adulto Mayor.

Utilidad examen del	13. Las preguntas del área del Recién Nacido, Niño/Niña y Adolescente, abordaron problemas de salud de relevancia epidemiológica .
	14. El enfoque de las preguntas del área del Recién Nacido, Niño/Niña y Adolescente, se centró en la gestión del cuidado de enfermería.
	15. Luego de responder el examen, considero tener dominio teórico de la gestión del cuidado en el área del Recién Nacido, Niño/Niña y Adolescente.
	16. Las preguntas del área de Gestión y Liderazgo eran representativas del quehacer profesional de enfermería
	17. Luego de responder el examen, considero tener dominio teórico en el área de Gestión y Liderazgo.
	18. Las preguntas del área de la Disciplina y Profesión eran representativas del quehacer profesional de enfermería.
	19. Luego de responder el examen, considero tener dominio teórico en el área de la Disciplina y de la Profesión.
	20. Este examen es útil para evaluar los conocimientos de los egresados en áreas establecidas del quehacer profesional.
	21. El hecho de que el examen sea voluntario influyó en mi dedicación al responderlo.
	22. Este examen debería ser obligatorio para todos los egresados de enfermería.
	23. La rendición de este examen debe ser un requisito para comenzar a ejercer como profesional.

Fuente: Elaboración propia

MISCELÁNEA

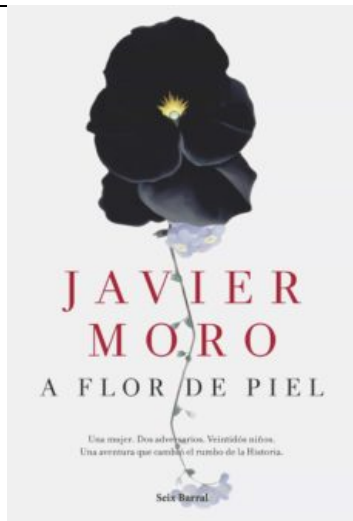
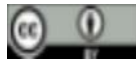
De vacunas, pandemias y una ilustre precursora de la enfermería: Isabel Zendal (Reseña)**About vaccines, pandemics and an illustrious precursor of nursing: Isabel Zendal (Review)****De vacinas, pandemias e uma ilustre precursora da enfermagem: Isabel Zendal (Revisão)****Carmen Solano Ruiz¹**

¹Profesora Titular de Universidad. Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante. Orcid: 0000-0001-8720-8397

Cómo citar esta reseña en edición digital: Solano-Ruiz, C. (2021). De vacunas, pandemias y una ilustre precursora de la enfermería: Isabel Zendal (Reseña). *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 25(59). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.59.17>

Correspondencia: Departamento de enfermería. Universidad de Alicante. 03080 Alicante
Correo electrónico: Carmen.solano@ua.es

Recibido/ Aceptado: Invitación editorial.



MORO, Javier.

A Flor de Piel. 3ª Edición 2020.
Barcelona: Editorial Planeta, 2020.

ISBN 978-84-322-2494-2

RESUMEN

En este libro el autor nos presenta la ingente labor desarrollada por la Real Expedición Filantrópica de la Vacuna viruela dirigida por Dr Francisco Javier Balmis y su equipo para llevar la vacuna a las colonias españolas repartidas por todo el mundo con la finalidad de erradicar la enfermedad más mortífera de la humanidad. Destaca la actuación de la enfermera Isabel Zandal quien se responsabilizó del cuidado y atención de los niños que transportaban la vacuna en su propio cuerpo y de llevar a cabo la vacunación en los diferentes países que recorrieron durante los 6 años que duró la expedición.

Palabras clave: Isabel Zandal; Balmis; vacunación; Viruela,

ABSTRACT

In this book the author shows us the enormous work carried out by the Royal Philanthropic Smallpox Vaccine Expedition led by Dr Francisco Javier Balmis and his team to take the vaccine to the Spanish colonies around the world. The aim was to eradicate the most deadly disease of humanity. The role of the nurse Isabel Zandal stands out, who was responsible for the care and attention of the children who carried the vaccine in

their own bodies and for carrying out the vaccination in the different countries they travelled through during the 6 years the expedition lasted.

Key words: Isabel Zandal; Balmis; Smallpox vaccine.

RESUMO

Neste livro o autor apresenta o enorme trabalho realizado pela Royal Philanthropic Expedition of the Smallpox Vaccine dirigida pelo Dr. Francisco Javier Balmis e a sua equipa para levar a vacina às colónias espanholas espalhadas por todo o mundo, a fim de erradicar a doença mais mortal da humanidade. Destaca-se a actuação da enfermeira Isabel Zandal, que foi responsável pelo cuidado e atenção das crianças que levaram a vacina nos seus próprios corpos e pela realização da vacinação nos diferentes países por onde viajaram durante os 6 anos que a expedição durou.

Palavras-chave: Isabel Zandal; Balmis; vacina; varíola

Si nos preguntan por “Isabel Zandal”, lo primero que se nos viene a la mente es el hospital recientemente inaugurado en Madrid por la presidenta Isabel Díaz Ayuso y que tanta polémica ha suscitado en nuestra sociedad y en los

Cultura de los Cuidados

diferentes partidos políticos la construcción del mismo durante la pandemia para acoger a los pacientes que padecen la enfermedad del covid. Los profesionales de enfermería podemos sentirnos orgullosos que el nombre de esta insigne enfermera haya quedado patente en dicho centro.

En 1950 la OMS considera a Isabel Zendal como la primera enfermera de la historia que realizó una misión humanitaria a nivel internacional, fue la única mujer bordo de la Real Expedición Filantrópica de la Vacuna viruela dirigida por Dr Francisco Javier Balmis y su ayudante José Salvany.

Isabel no tuvo una infancia fácil en su tierra gallega, procedente de una familia muy humilde su madre fallece de viruela cuando ella era muy joven. Su padre quiere un mejor porvenir para ella y la manda a la Coruña para servir a una familia comerciante de la élite de la ciudad. A pesar de ser madre soltera en la época y lo que implicaba, su valía y buen hacer consiguen que Isabel ocupe un puesto de rectora en el Orfanato de la Caridad de la Coruña realizando una labor de gestión y cuidados con esmero y dedicación a los niños abandonados.

El encargo realizado al alicantino Dr Balmis médico cirujano y su equipo por el rey Carlos IV en 1802, a pesar de

encontrarse la corona española en momentos de ciertas debilidades, constituye una epopeya para la época. La elevada mortalidad producida por el virus de la viruela en las colonias españolas americanas plantea la necesidad de llevar la vacuna a esos territorios. Pero ¿cómo trasportarla? El método propuesto por el cirujano implicaba la necesidad de inocular el pus de una vesícula de viruela en el brazo de una persona sana de manera que generará una inmunidad natural y para ello necesitaba niños, ya que no debían de haber pasado enfermedades.

Se reclutaron 22 niños expósitos de distintos hospicios (Madrid, La Coruña y Santiago de Compostela), proponiendo a Isabel para el encargo del cuidado y la educación de los niños durante toda la travesía, contratandola con un sueldo similar al de los varones de la expedición. Después de un periplo de casi 6 años , recorriendo las colonias y cumpliendo con la labor encomendada decide afincarse en México trabajando en el hospicio de Puebla. Apenas se conocen detalles del final de sus días.

Javier Moro nos descubre en su obra “A Flor de piel” escrita con una narrativa sencilla muy documentada y detallada la verdadera identidad de Isabel Zendal, una mujer, que paradójicamente apenas

es conocida en nuestro país a pesar de la envergadura de la labor realizada. La Escuela de Enfermería de Puebla (México) lleva el nombre de Isabel Zandal, al igual que el premio de Nacional de Enfermería de México.

Pequeños reconocimientos han quedado patentes en su Galicia natal (La Coruña) como es la estatua en su honor a su figura y la asociación que lleva su nombre.



a las Américas. Director: Miguel Bardem. Recuperado de

<https://www.rtve.es/alacarta/videos/rtve-responde/22-angeles-nueva-miniserie-tve/3595640/>

<https://www.rtve.es/alacarta/videos/rtve-responde/22-angeles-nueva-miniserie-tve/3595640/>

ABC. Isabel Zandal: el triste final de la heroína olvidada que da nombre al nuevo hospital contra el coronavirus. Recuperado de https://www.abc.es/historia/abci-isabel-zandal-triste-final-heroina-olvidada-nombre-nuevo-hospital-contra-coronavirus-202012011046_noticia.html

El Mundo. 29/08/19. Las vidas salvadas de Benito, el 'niño vacuna' del barco de la viruela. Recuperado de <https://www.elmundo.es/cronica/2019/08/29/5d601efb21efa091038b45a7.html>

BIBLIOGRAFÍA

Asociación Isabel Zandal. Recuperado de <http://www.isabelzandal.com/index.html>

Película 22 ángeles Una gran historia basada en hechos reales: la expedición a cargo del doctor Francisco Javier Balmis que llevó la vacuna de la viruela